



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่
ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณีและตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป
กรณีเกษียณอายุและลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ
และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๑๒๓ ลงวันที่
๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
แต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการ
ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคลในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ มีมติให้
ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
พิเศษของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร จำนวน ๕ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางสุนทรี สติระพจน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
๒.	นางรัตนา จันทราอุกฤษฏ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด
๓.	นางสาวนภัสวรรณ สุขวิสุทธิ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี
๔.	นางสาววิภาวี จารุมา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๕.	นางสุนิศา จันทร์ศิริวิชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลหากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖

(นางสาวปัทมพันธ์ อนันตาทวงศ์)
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
 ๑. มีความรู้ ความสามารถในการประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม ค้นหาปัญหา วางแผนให้การพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล แก้ไขปัญหาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว
 ๒. มีความรู้ ความสามารถ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง
 ๓. มีความรู้ ความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทั้งเด็กและผู้ใหญ่ การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยสูงหลายชนิด และการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน
 ๔. มีความรู้ ความชำนาญในเรื่องการใช้และดูแลเครื่องช่วยหายใจ การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ การปฏิบัติการฟอกเลือดด้วยเครื่องล้างไต ชนิด IHD และชนิดต่อเนื่อง ๒๔ ชั่วโมง การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ซับซ้อน
 ๕. มีความรู้ความชำนาญในการช่วยแพทย์ทำหัตถการสำคัญ เช่นการใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่สายสวนเลือดดำส่วนกลาง การใส่สายสวนเลือดแดง การใส่สายระบายทรวงอก การเจาะหลัง การเจาะปอด การเจาะท้อง
 ๖. มีความเข้าใจภาวะจิต สังคม ของผู้ป่วย ความขัดแย้งทางจริยธรรม มีความเข้าใจในหัวใจความเป็นมนุษย์ของบุคคล
 ๗. มีความรู้ความสามารถในการเฝ้าระวัง ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคและโรคติดต่อ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน สรุปสาระสำคัญ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของเนื้อปอดบริเวณหลอดลมฝอยส่วนปลาย (terminal และ respiratory bronchiole) ถุงลม (alveoli) และในผนังถุงลมหรือเนื้อเยื่อรอบถุงลม (interstitium) การอักเสบที่เกิดขึ้น อาจเกิดเฉพาะบางส่วนของเนื้อปอด (lobar pneumonia) หรืออาจกระจายทั่วไปในเนื้อปอดสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส ถ้าอาการรุนแรงหรือรักษาไม่ทันท่วงที การอักเสบของปอดจะไปขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรงแม้จะได้รับออกซิเจนอยู่ก็ตามซึ่งเรียกอากการนี้ว่า ภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลวไปด้วย นำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด การติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากการสูดละอองเชื้อโรคเข้าปอด รองลงมาเป็นการสูดสำคัญควันหรือ สารเคมี อุบัติการณ์การเกิดเพิ่มขึ้นตามอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและสรีรวิทยาของระบบการหายใจ และระบบภูมิคุ้มกัน โดยพบว่าโรคปอดอักเสบร้อยละ ๕๐-๘๐ เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่เกิดขึ้นนอกโรงพยาบาล (community acquired pneumonia; CAP) และพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี นอกจากนี้ยังพบปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ (asthma, COPD) ภาวะหายใจล้มเหลวเลือดคั่ง (congestive heart failure; CHF) โรคหัวใจอื่นๆ น้ำหนักตัว หรือสมรรถนะร่างกายที่แย่ง เป็นต้น โดยประมาณร้อยละ ๒๐-๓๐ จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และประมาณ ร้อยละ ๑๐-๒๐ ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นปอดอักเสบชนิดรุนแรง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ ๓๐-๔๐ ดังนั้นจึงถือว่าโรคปอดอักเสบมีอัตราการเสียชีวิตสูง ที่สุดเมื่อเทียบกับการติดเชื้อที่อวัยวะอื่นๆ จากรายงานสถานการณ์การเสียชีวิตของประชากรโลกด้วยโรคปอดอักเสบใน ปี ๒๐๑๙ โดยองค์การอนามัยโลก(World Health Organization:WHO)พบว่ามีการเสียชีวิตจากโรคนี้อันจำนวน ๒.๖ ล้านคน จัดเป็น ๑ ใน ๑๐ อันดับของสาเหตุการเสียชีวิต(WHO ,๒๐๑๙)

การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) คือ กลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic Inflammatory Response Syndrome: SIRS) เนื่องจากผลของภาวะนี้ทำให้เกิดการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ (tissue hypoxia) จากความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตนำไปสู่ ภาวะ Hypoperfusion และ Organ dysfunction หากไม่ได้รับการประเมินและติดตามการดำเนินโรครวมถึงการให้การรักษาย่างทันที่ทั้งที่ สามารถเพิ่มระดับความรุนแรงเป็น septic shock จนทำให้มีการทำลายเนื้อเยื่อและการทำงานของอวัยวะ หลายระบบล้มเหลว (Multiple organ system dysfunction) และเสียชีวิตได้ในเวลาที่รวดเร็ว โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงสุด ๑ ใน ๔ ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก (Rhodes et al., ๒๐๑๗) ในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดย พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ ๑๗๕,๐๐๐ ราย/ ต่อปี และเสียชีวิต ประมาณ ๔๕,๐๐๐ ราย/ต่อปี ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ ๓๒.๐๓ (กระทรวง สาธารณสุข, ๒๕๖๑) ดังนั้นการค้นหาอาการระยะแรกที่จะปรากฏเมื่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตให้มากขึ้น

จังหวัดชุมพรมีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ เข้ารับการรักษาแบบพักรักษาในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑,๔๔๔ ราย (เวชสถิติ รพ.ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ๒๕๖๕) ทั้งนี้มีผู้ป่วยหนักเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑ ปี ๒๕๖๔ และปี ๒๕๖๕ เป็นจำนวน ๑๔๐ และ ๑๘๒ รายตามลำดับ ซึ่งเป็นกลุ่มโรคสำคัญอันดับ ๑ และมีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ ๒ ของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑ จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย เป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินอาการให้การรักษาย่างรวดเร็ว และวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางในการดูแล ผู้ป่วยวิกฤตให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. เลือกตัวอย่างกรณีศึกษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ๑ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ที่น่าสนใจ ๒ รายมาเปรียบเทียบกัน
๒. รวบรวมข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา และการประเมินสภาพผู้ป่วย
๓. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจอื่นๆ ที่สำคัญ และแผนการรักษาของแพทย์
๔. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา ปรึกษาพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทางและแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นข้อมูล
๕. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์นำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยเน้นการพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ
๖. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล
๗. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติ
๘. เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษาประวัติการดำเนินโรค การรักษา การพยาบาลและผลการรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ๒ รายเปรียบเทียบกัน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

๑. มีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ไว้ใช้ในหน่วยงาน
๒. ได้ศึกษารณศึกษาศึกษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ๒ ราย

เชิงคุณภาพ

๑. ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
๒. ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ
๓. เป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เป็นการพัฒนาทักษะความรู้ทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
๒. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างถูกต้องปลอดภัย
๓. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยและไม่มีภาวะคุกคามที่รุนแรงต่อชีวิต

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ในการดูแลผู้ป่วยพยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และความรวดเร็วในการให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและป้องกันภาวะคุกคามต่อชีวิต
๒. การลงบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนไม่ครบถ้วน เนื่องจากเป็นภาวะเร่งด่วนในการซักประวัติ และให้การรักษาพยาบาลในระยะวิกฤต
๓. ปัญหาของผู้ป่วยมีความซับซ้อนแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. การเลือกกรณีศึกษาเพื่อนำมาเปรียบเทียบค่อนข้างมีความหลากหลายและมีความซับซ้อนที่แตกต่างกัน
๒. การศึกษารณศึกษาศึกษาต้องศึกษาความรู้และทฤษฎีต่างๆเพื่อนำมาวิเคราะห์กรณีศึกษา
๓. ระยะเวลาในการศึกษาและจัดทำข้อมูล
๔. การเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยเป็นระบบ Paperless

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการจัดทำกรณีศึกษาในหอผู้ป่วยเป็นประจำ
๒. ควรนำผลการศึกษาไปเผยแพร่ในหอผู้ป่วยหนักหน่วยอื่นๆต่อไป
๓. ควรมีการจัดโครงการวิชาการให้ความรู้แก่บุคลากรพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เช่น การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

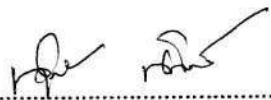
๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

คาดว่าจะนำเสนอในงานประชุมวิชาการของโรงพยาบาลหรือจังหวัดต่อไป

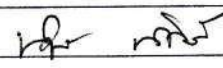
๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นางสาวสุนทรี สติระพจน์ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%
- ๒)..... สัดส่วนของผลงาน.....
- ๓)..... สัดส่วนของผลงาน.....

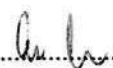

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... .....
 (นางสุนทรี สติระพจน์)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 (วันที่) 11 / ๓.๑. / 2๕๖๖
 ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสุนทรี สติระพจน์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... .....
 (นางสาวปฐมพร ชุมพลวิระพงษ์)
 (ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
 (วันที่) 11 / ๓.๑. / 2๕๖๖
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล
 (ลงชื่อ)..... .....
 (นางเบญจวรรณ นครพัฒน์)
 (ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
 (วันที่) 11 / ๓.๑. / 2๕๖๖
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี)ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเครื่องไตเทียมชนิดต่อเนื่อง ๒๔ ชั่วโมง (CRRT) ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม๑ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

๒. หลักการและเหตุผล

ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury: AKI) เกิดจากการสูญเสียความสามารถของไตอย่างเฉียบพลันในการกำจัดของเสีย เช่น ยูเรีย สูญเสียความสามารถในการควบคุมน้ำ เกลือแร่ อาการแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะน้ำเกิน ภาวะเลือดเป็นกรด โพแทสเซียมในเลือดสูง โซเดียมในเลือดสูงหรือต่ำและมีของเสียต่างๆคั่งในกระแสเลือด ไตวายเฉียบพลันเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบสูงมากในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ทำให้ระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายต่างๆเพิ่มสูงขึ้น เป็นปัจจัยที่ทำให้อัตราตายเพิ่มขึ้น รวมทั้งยังทำให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรังตามมา

ปัจจุบันหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม๑ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ มีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชนิดต่อเนื่อง (CRRT) จำนวน ๑ คน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม๑ ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเครื่องไตเทียมชนิดต่อเนื่อง (CRRT) โดยการเรียนรู้จากการถ่ายทอดประสบการณ์จากพยาบาลผู้ผ่านการอบรม การศึกษาด้วยตนเองเรียนรู้จากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ จากการสาธิตการใช้เครื่องจากผู้แทนจำหน่ายเครื่องฟอกเลือด และการเรียนรู้จากอายุรแพทย์โรคไต ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเครื่องไตเทียมชนิดต่อเนื่อง ๒๔ ชั่วโมง ใช้เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความวิตกกังวล ขาดความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเครื่องไตเทียมชนิดต่อเนื่อง ในปี ๒๕๖๗ แผนกอายุรกรรมมีแผนพัฒนาบริการเพิ่มสมรรถนะในการบำบัดรักษาด้วยเครื่องไตเทียมชนิดต่อเนื่อง ในการรักษาภาวะไตวายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยหนักทุกหน่วย เพื่อลดความเสี่ยงที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องเคลื่อนย้ายไปฟอกเลือดที่หน่วยไตเทียม รวมถึงลดความเสี่ยงจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างหอผู้ป่วยหนัก

การจัดทำแนวปฏิบัตินี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม๑ มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเครื่องไตเทียมชนิดต่อเนื่อง ๒๔ ชั่วโมง ไว้ใช้สำหรับเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วย แก่ไขภาวะฉุกเฉินให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างทันท่วงที ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลและมีความมั่นใจในการใช้เครื่องไตเทียมชนิดต่อเนื่อง ลดค่าใช้จ่ายจากความสูญเสียของชุดอุปกรณ์การฟอกเลือด ขั้นตอนการดำเนินงานประกอบด้วย ๓ ขั้นตอนได้แก่ ๑) ขั้นตอนเตรียมการ ๒) ขั้นตอนการดำเนินการ และ ๓) ขั้นตอนประเมินผล กลุ่มประชากรตัวอย่าง ได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม๑ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จำนวน ๑๕ คน และผู้ป่วยภาวะไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเครื่องไตเทียมชนิดต่อเนื่องที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม๑ จำนวน ๑๐ รายและแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม๑ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จำนวน ๑๕ ชุด

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การบำบัดรักษาด้วยเครื่องไตเทียมแบบต่อเนื่อง (Continuous Renal Replacement Therapy: CRRT) เป็นการรักษาผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่มีภาวะคุกคามชีวิตที่อยู่ในภาวะวิกฤต มีความดันโลหิตไม่คงที่ และมักจะพบอวัยวะหลายระบบล้มเหลวร่วมด้วย การรักษาดังกล่าวจึงเป็นทางเลือกในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ การบำบัดรักษาด้วยเครื่องไตเทียมแบบต่อเนื่องเป็นวิธีการรักษาที่มีความซับซ้อน เป็นการพอกเลือดทดแทนการทำงานของไตด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อขจัดของเสีย กรด กลีโกลแร่ และน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายซ้ำๆและต่อเนื่อง ส่งผลต่ออัตราการฟื้นตัวของไตที่ดีขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายลดลง มีผลต่อการรักษาในระยะยาว กรณีที่เริ่มต้นการบำบัดรักษาด้วยเครื่องไตเทียมแบบต่อเนื่องที่รวดเร็วเหมาะสม รวมถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาด้วยเครื่องไตเทียมแบบต่อเนื่องที่ยาวนานกว่า มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องในช่วงเวลาสั้นๆ

บทบาทที่สำคัญของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเครื่องไตเทียมแบบต่อเนื่อง คือ การให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของครอบครัวและการดูแลตลอดระยะเวลาที่ทำการรักษา ซึ่งต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยในแต่ละราย ไม่เกิดการอุดตันของระบบวงจรก่อนเวลาอันควร เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลต้องมีทักษะความชำนาญในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ มีการประสานความร่วมมือของทีมนสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานการปฏิบัติ ดังนั้น พยาบาลต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านผู้ป่วยและเครื่องมืออุปกรณ์สำหรับการดูแลในแต่ละระยะของการรักษา มีการฝึกทักษะการปฏิบัติต่างๆ ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว เช่น การต่อชุดสายส่งเลือด การแทนที่น้ำในระบบและการคืนเลือด เป็นต้น มีการเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีการประเมินและติดตามอาการผู้ป่วย รวมถึงเฝ้าระวังการทำงานของเครื่องให้สามารถทำงานได้ตามปกติ

แนวปฏิบัติทางการพยาบาล (clinical nursing practice guideline: CNPG) เป็นข้อกำหนดหรือข้อความที่จัดทำอย่างเป็นระบบ จากการนำประสบการณ์ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติทางคลินิกร่วมกับการนำความรู้จาก ผลการวิจัยที่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบเพื่อนำมาช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ผู้จัดทำแนวปฏิบัติได้สังเกตและสอบถามพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม๑ พบว่ามีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย คือ ๑) การเริ่มต้นให้การรักษาที่ล่าช้า ประมาณ ๔-๘ ชั่วโมง จากขั้นตอนการเตรียมความพร้อมทั้งด้านตัวผู้ป่วยและอุปกรณ์ ๒) ในระยะให้การรักษาพบว่า ยังไม่มีแนวปฏิบัติทางปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอุบัติการณ์สำคัญที่ทำให้ต้องยุติการรักษา คือ การอุดตันของตัวกรองไตเทียม การมีฟองอากาศเข้าไปในระบบ การอุดตันของสายสวนหลอดเลือด การเลื่อนหลุดของสายส่งเลือด ๓) ระยะสิ้นสุดการรักษาเป็นขั้นตอนการคืนเลือดให้แก่ผู้ป่วย พบว่า ในภาวะเร่งด่วนที่ต้องยุติการรักษาพบว่าบางครั้ง พยาบาลไม่สามารถตัดสินใจว่าควรคืนเลือดหรือไม่ หรือควรจะคืนเลือดด้วยวิธีใดที่จะรวดเร็ว และมีความปลอดภัยกับผู้ป่วยมากที่สุด จะเห็นได้ว่า พยาบาลผู้ดูแลยังไม่มี ความชัดเจนของปฏิบัติการกิจกรรมการดูแลในแต่ละระยะของการรักษา ขาดความมั่นใจ และยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเครื่องไตเทียมแบบต่อเนื่อง ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญของพยาบาล ดังนั้น ผู้จัดทำจึงมีความสนใจที่จะจัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเครื่องไตเทียมแบบต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการอุดตันและเกิดลิ่มเลือดในระบบวงจร โดย ประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้เพื่อให้เกิดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นขั้นตอน และเป็นไปในแนวทางเดียวกันเมื่อมีการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ เป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน จะช่วยให้

รูปแบบการพยาบาลในดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการพยาบาลที่เป็นเลิศและผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในการรักษาพยาบาล ส่งผลต่อต้นทุนค่ารักษาพยาบาลลดลงเกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเครื่องไตเทียม
แบบต่อเนื่อง ๒๔ ชั่วโมง

แนวปฏิบัติประกอบด้วย ๓ ส่วนดังนี้ ๑. ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย วัตถุประสงค์การจัดทำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ นิยามศัพท์และขั้นตอนการจัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ๒. เนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเครื่องไตเทียมแบบต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม๑ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ที่แบ่งออกเป็น ๓ ระยะ คือ ระยะก่อนการรักษา ระยะให้การรักษา และระยะสิ้นสุดการรักษา (อรรพรรณ ชันสารี, ๒๕๖๐)

กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนการรักษา

๑. แจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอนและประโยชน์ของการ รักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติทราบ
๒. การประสานงานกับแพทย์ผู้ให้การรักษา ร่วม อธิบายถึงความจำเป็น และผลลัพธ์ของการรักษา
๓. อธิบายในขั้นตอนการรักษา แก่ผู้ป่วยญาติให้เซ็นยินยอมรับการรักษาในรูปแบบฟอร์ม
๔. แนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ ในขณะที่ ทำการรักษา พร้อมทั้งการจัดการค่าใช้จ่ายต่าง ๆ
๕. การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย อุปกรณ์และ เครื่องมือ ก่อนให้การรักษา
๖. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและอุปกรณ์ สำหรับใส่สายหลอดเลือดชนิดรูคู่
๗. จัดทำผู้ป่วย ช่วยแพทย์ ติดตามให้ได้รับการ ถ่ายภาพเอกซเรย์ ให้การพยาบาลหลังแพทย์ใส่สายสวน
๘. ตรวจสอบการใช้งานของสายสวนหลอดเลือด ก่อนเริ่มต้นใช้งาน ขณะรักษา และสิ้นสุดการรักษา
๙. เตรียมอุปกรณ์ให้ครบก่อนต่อวงจรสายส่งเลือด เข้ากับเครื่อง หมุนบริเวณข้อต่อต่างๆให้แน่น
๑๐. เติมน้ำในระบบ (priming) ก่อนการรักษาโดย ระมัดระวังการเกิดฟองอากาศ
๑๑. เตรียมสารน้ำทดแทน ส่งคำสั่งการรักษาส่งให้ห้องยา ใช้หลัก Sterile technique ดูแลให้มีน้ำยาล้างไตหรือสารน้ำทดแทนในระบบวงจร อย่างต่อเนื่อง
๑๒. ทดสอบการทำงานก่อนการเชื่อมต่อกับสายส่งเลือด ทำความสะอาดจุดเชื่อมต่อน้ำยาฆ่าเชื้อ
๑๓. ตรวจสอบระบบการต่อเข้า พร้อมทั้งปิดด้วยผ้าก๊อซสะอาด และติดพลาสติกยึดให้แน่น
๑๔. ปรับตั้งค่าการทำงาน สัญญาณเตือนของเครื่องทุกครั้งเมื่อเริ่มต้นและเมื่อการเปลี่ยนแปลงอาการและคำสั่งการรักษา

ระยะให้การรักษา

๑๕. การประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาทีหลังการเชื่อมต่อกับสายส่งเลือดและเริ่มต้นการรักษา
๑๖. จัดตำแหน่งสายส่งเลือด ยึดตรึงสายไม่ให้หัก พับงอ หรือ ดึงรั้ง และตรวจสอบทุก ๑ ชั่วโมง
๑๗. การบันทึกความเปลี่ยนแปลงของปริมาตรค่าความดัน ซึ่งได้แก่ Pv, Pa, Pin, TMP ทุก ๑ ชั่วโมง
๑๘. คอยเพิ่มปริมาตรช่องว่างในกระเปาะสายส่งเลือดให้อยู่ในระดับ ๑ ใน ๓ หรือประมาณ ๔- ๕ ซม.จากระดับขอบบนของกระเปาะเพื่อลดแรงเสียดทานและลดการเกาะตัวของลิ่มเลือด
๑๙. ใช้ ๐.๙% NSS ล้างระบบสายก่อนเข้าสู่ตัวปั๊ม ปริมาณ ๑๐๐ - ๒๐๐ มิลลิลิตร ทุก ๓๐ นาที
๒๐. ไม่ให้เลือด เกร็ดเลือด ยาที่ทำปฏิกิริยากันแล้ว เกิดเป็นตะกอนใน ระบบวงจรการฟอกเลือด
๒๑. ให้อาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น เฮพาริน โมเลกุลต่ำ เฮพาริน น้ำยาซี-เตรด ตาม โปรโตคอล
๒๒. ประเมินและบันทึกลักษณะ สีปริมาณของ ultra-filtrate ทุก ๑ ชั่วโมง

๒๓. สั่งเลือดตรวจและติดตามผลการตรวจต่าง ๆ ตามแผนการรักษาอย่างน้อยทุก ๖ ชั่วโมง

๒๔. บันทึกสารน้ำเข้าและสารน้ำออกทุก ๘ ชั่วโมง

๒๕. ทำความสะอาดแผลบริเวณ exit site เมื่อแผลซึมเปื้อนและปิดแผลด้วยผ้าก๊อซ sterile หรือ แผ่นปิดแผลชนิดโปร่งใส

๒๖. เปลี่ยนท่านอนให้แก่ผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๒ ชั่วโมงแนะนำไม่ให้นอนงอเข่า กรณีแทงเส้นที่ขาหนีบ

๒๗. ประเมินและบันทึกปัญหาและการแก้ไขที่เกิดขึ้นทุกครั้ง

๒๘. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ผลการรักษา แผนการรักษาในแต่ละวันให้ผู้ป่วยและญาติทราบ
ระยะสิ้นสุดการรักษา

๒๙. ชี้แจงเหตุผลการสิ้นสุดการรักษาให้ผู้ป่วย/ ญาติทราบ

๓๐. เมื่อต้องคืนเลือดให้ผู้ป่วย ยึดหลักปลอดภัย ป้องกันไม่ให้มีฟองอากาศ หรือลิ่มเลือดเข้าสู่ผู้ป่วย ปิดตัวหนีบของระบบสายส่งเลือดทุกตำแหน่งก่อน ถอดสายออกจากเครื่องและทิ้งลงขยะติดเชื้อ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. หน่วยงานหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม๑ มีแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษา ด้วยเครื่องไตเทียมแบบต่อเนื่องไว้ใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติงาน ๑ ฉบับ
๒. ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดแทรกซ้อนขณะทำการบำบัดรักษา
๓. พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวทางปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติการ
๔. ลดค่าใช้จ่ายจากการสูญเสียอุปกรณ์ฟอกเลือด

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. มีแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเครื่องไตเทียมแบบต่อเนื่อง ๑ ฉบับ
๒. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือด = ๐
๓. พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวทาง ความพึงพอใจมากกว่า ๘๐%
๔. ใช้ชุดตัวกรองฟอกเลือด ๑ ชุด ต่อการฟอกเลือด ๑ cycle

(ลงชื่อ).....

(นางสุนทรี สติระพจน์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๑ / ๓.๑. / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ผลการให้ความรู้เรื่องโรคต้อกระจกและการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ผ่านสื่อวีดิทัศน์ในผู้ป่วยต้อกระจก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ธันวาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความรู้ทางวิชาการเรื่องการผ่าตัดต้อกระจก

ต้อกระจก (Cataract)

โรคต้อกระจกเกิดจากความเสื่อมของเลนส์ตา ทำให้การมองเห็นลดลง (ผาดิกุลศิลา, ๒๕๕๒; ณีภฐา สกลสัตยาทร, ๒๕๕๘) ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุของการตาบอดมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง โดยในแต่ละปีมีผู้สูงอายุราว ๖๐,๐๐๐ ราย ที่เป็นผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจกรายใหม่และจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตา ด้วยการผ่าตัดเอาเลนส์ตาขุ่นออก และใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปแทน จะช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นได้ชัดขึ้น ซึ่งการรักษาด้วยการผ่าตัดนั้น การให้การพยาบาลที่มีส่วนสำคัญอย่างหนึ่ง คือ การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างผ่าตัด ผู้ป่วยเกิดความพร้อมทางด้านจิตใจ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้การผ่าตัดสำเร็จ และลดความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดต้อกระจกมีโอกาสดังต่อไปนี้ แต่ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นได้ลดลง การติดเชื้อ กระจกตาบวม ศูนย์กลางจอประสาทตาบวม จอประสาทตาลอกหลุด และเลนส์ตาลอกหลุดหรือเคลื่อน ผลการการรักษาล่าช้า อาจเกิดการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร (ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย ๒๕๕๓; ดิเรก ผาดิกุลศิลา, ๒๕๕๒; จิรพล สุโกคเวช, ๒๕๕๘)

การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด หมายถึง การเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ให้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด รวมถึงการตรวจสอบเครื่องมือ อุปกรณ์ เครื่องใช้ กล้องผ่าตัด เลนส์ที่ใช้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดเริ่มตั้งแต่แพทย์มีแผนการรักษา ให้เตรียมการผ่าตัด จนถึงส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด (นัทธมน วุฒานนท์, ๒๕๕๔)

การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์ควรดำเนินการดังนี้ (Powe, Schein, & Gieser, ๑๙๙๔; ๑๙๙๕; Christen, Ajani, Schaumberg, & Glynn., ๒๐๐๑)

๑. การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยเตรียมสภาพร่างกายและสภาพจิตใจให้พร้อม

๒. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในด้านการวินิจฉัยโรค ผลดี ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนตลอดจนผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด จนผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับได้จากผลที่อาจเกิดขึ้นหลังรับการผ่าตัด

๓. ให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมผ่าตัดหลังจากได้รับข้อมูลและเข้าใจดี

๔. ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

คำแนะนำก่อนผ่าตัดแบ่งเป็น ๓ ระยะคือ

๑. การเตรียมตัวก่อนมาอนโรงพยาบาล ได้แก่ การฝึกนอนราบ การนอนคลุมโปงไม่หนุนหมอน การนอนนิ่งไม่ขยับตัว ระวังสุขภาพไม่เป็นไข้หวัด ตาแดง จะไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ เนื่องจากเสี่ยงต่อการติดเชื้อ งดยาละลายลิ่มเลือด ๗ วัน ยกเว้นกรณีเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจต้องรับการปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทางหัวใจก่อน

๒. การเตรียมตัวขณะมาอยู่หอผู้ป่วยวันก่อนผ่าตัด ๑ วัน ผู้ป่วยต้องถอดเครื่องประดับ, ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป, ควรสระผม, รับประทานอาหารและยาประจำตัวตามปกติ, หากมีอาการผิดปกติ เช่น ตาแดง, มีไข้ ตาอักเสบ, มีไข้ ไอ นอนไม่หลับ ควรรายงานจักษุแพทย์ทราบ

๓. เข้าวันผ่าตัดผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกายประจำวัน รับประทานอาหารและยาประจำตัว พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะทำการขยาย่านตาผู้ป่วยข้างที่ทำผ่าตัดก่อนผ่าตัดล่วงหน้าประมาณ ๑ ชั่วโมง หน้าทีของพยาบาลห้องผ่าตัดระยะก่อนผ่าตัด คือการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ๑ วันที่หอผู้ป่วย

- โดยการให้ความรู้เรื่องโรคต่อกระจก ทบหนักการรักษาความสะอาดของร่างกาย
- สอบถามความสามารถในการนอนหงายไม่หนุนหมอน การนอนคลุมโปง
- การนอนนิ่งไม่ขยับตัว ไม่ยกมือหรือขยับขา
- บอกขั้นตอนการมารับผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด
- ตรวจสอบการเซ็นยินยอมผ่าตัด
- ตรวจสอบสภาพตาข้างที่ทำผ่าตัด มีขี้ตา ตาแดง
- ตรวจสอบโรคประจำตัวที่มีผลกับการผ่าตัด เช่น หอบ หัวใจ ความดัน เบาหวาน การงดยาละลายลิ่มเลือด
- ตรวจสอบความพร้อมด้านจิตใจของผู้ป่วย

การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยระยะผ่าตัด

เมื่อมาถึงห้องผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการขยาย่านตาซ้ำ แพทย์จะหยอดยาชาหรือฉีดยาชา แล้วแต่แพทย์พิจารณา ผู้ป่วยควรทำตามแพทย์สั่ง ขณะทำการผ่าตัดไม่ควรส่ายหน้าหรือขยับตัว พยายามไม่ไอหรือจามแรงๆ ถ้าหากจะไอหรือจามต้องแจ้งแพทย์ก่อน ระหว่างทำผ่าตัดผู้ป่วยจะได้ยินเสียงสลายต่อกระจกทำงาน การผ่าตัดใช้เวลาประมาณ ๓๐ - ๔๐ นาที ขึ้นอยู่กับสภาพต่อกระจกของผู้ป่วยแต่ละราย และความร่วมมือของผู้ป่วย

หน้าที่พยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัด

- จัดเตรียมห้องผ่าตัด, เครื่องมือผ่าตัด, อุปกรณ์ต่างๆ, กล้องผ่าตัด, น้ำยาทำลายเชื้อ, ยาหยอดตา, เลนส์แก้วตาเทียม

- ช่วยแพทย์ทำผ่าตัด และส่งเครื่องมือผ่าตัดตามขั้นตอนอย่างถูกต้องด้วย Sterile technique
- ตรวจสอบเช็คเลนส์แก้วตาเทียมก่อนส่งให้แพทย์
- เมื่อเสร็จผ่าตัดหยอดยาตาให้ผู้ป่วยปิดตาด้วยผ้าปิดตา และที่ครอบตา
- จัดเก็บเครื่องมือ และอุปกรณ์ ทำความสะอาดห้อง และเตรียมเครื่องมือสำหรับผู้ป่วยรายต่อไป

การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

เมื่อกลับไปถึงหอผู้ป่วย สามารถหนุนหมอนได้ พักผ่อนบนเตียงไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ๕ - ๗ วัน เพื่อให้ขยับถ่ายสะดวก ห้ามล้างหน้า ๑ เดือน ใช้ผ้าเช็ดหน้าแทน เพื่อป้องกันน้ำเข้าตา ใช้ที่ครอบตาปิดตาเวลานอนเพื่อป้องกันขี้ตา ไม่ควรก้มหน้าหรือออกกำลังรุนแรง ระวังอุบัติเหตุขณะที่ปิดตาอยู่ การเคลื่อนไหวควรทำช้าๆ เมื่อกลับบ้านควรหยอดยาต่อเนื่อง มาพบแพทย์ตามนัด หากมีอาการผิดปกติควรมาพบแพทย์ทันทีเช่นตาแดง มีขี้ตาเหลืองขุ่น ตามัวลง เป็นต้น

หน้าที่พยาบาลห้องผ่าตัด ในการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด คือ การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ๒๔ ชั่วโมงแรก

- สอบถามอาการของผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการหลังผ่าตัด อาการปวดตา, สภาพตา, อาการเวียนศีรษะ, คลื่นไส้อาเจียน

- ทบทวนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ห้ามน้ำเข้าตา ๑ เดือน งดกิจกรรมรุนแรง การสังเกตอาการผิดปกติของตา การมาตรวจตามนัด

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

การผ่าตัดต่อกระจกเป็นผ่าตัดที่ใช้การหยอดยาหรือฉีดยา โดยแพทย์เป็นผู้เลือกตามสภาพความร่วมมือของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวตลอดเวลาที่ทำผ่าตัด หากผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีขณะผ่าตัดจะทำให้การผ่าตัดราบรื่น ประสบความสำเร็จ ลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

ผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดย่อมเกิดความรู้สึกวิตกกังวลและกลัว (Leske.๑๙๙๕;Pierantognett.Covelli.& Vario.๒๐๐๒. อ้างใน ยุวเรศ เสนาธรรม.๒๕๕๕) และเป็นเหตุการณ์คุกคามต่อความเป็นอยู่ตามปกติของผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ จะส่งผลให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล เกิดความร่วมมือในขณะผ่าตัดได้ดี กระบวนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดจึงมีความสำคัญยิ่งในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ (สภาวี หมัดกะคำ .๒๕๕๔)

การให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด ๑ วัน คือการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด มีการทบทวนความรู้การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจ โดยการสอนในห้องประชุมของหอผู้ป่วยพร้อมญาติ ซึ่งเป็นการสอนโดยการใช้พูดคุย จากการประเมินพยาบาลห้องผ่าตัดที่มาเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดพบว่ามีปัญหา ดังนี้

๑. ใช้เวลาในการสอนแนะนำผู้ป่วยไม่แน่นอน
๒. ข้อมูลในการสอนแนะนำผู้ป่วยไม่ครบถ้วน
๓. ผู้สอนมีเสียงเบาเกินไป

นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยมีความไม่พร้อมขณะผ่าตัดมีการขยับตัว เกร็งตา บีบตา กรอกตาไปมา ทำให้การผ่าตัดยุ่งยาก มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะสร้างรูปแบบการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก ที่มีแบบแผนเป็นประโยชน์กับผู้ป่วย และสามารถให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือขณะผ่าตัด ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. เพื่อทราบผลการให้ความรู้เรื่องโรคต่อกระจกของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่รับฟังด้วยวาจาจากผู้ป่วยที่ดูวิดีโอ
๒. เพื่อทราบผลการให้ความร่วมมือขณะผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่รับฟังด้วยวาจาจากผู้ป่วยที่ดูวิดีโอ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยต่อกระจกได้รับความรู้เรื่องโรคต่อกระจกมากขึ้น
๒. ผู้ป่วยต่อกระจกให้ความร่วมมือในขณะผ่าตัด การผ่าตัดราบรื่น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้
๓. มีเครื่องมือที่ใช้ในการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระจกที่เป็นแบบแผน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ผู้ศึกษาสืบค้นปัญหาจากการปฏิบัติงานประจำวันในห้องผ่าตัด
 ๒. ศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ ตำรางานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก
 ๓. นำข้อมูลที่ศึกษา สร้างแบบการประเมินความรู้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และสร้างแบบประเมินความร่วมมือผู้ป่วยขณะผ่าตัด
 ๔. จัดทำวิดีโอทัศน์เรื่องความรู้โรคต่อกระดูก และถ่ายทำขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วยในห้องผ่าตัด โดยได้รับอนุญาตจาก ผู้ป่วยที่เป็นแบบและแพทย์ผู้ผ่าตัด ก่อนวันผ่าตัดจริง
 ๕. ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๖๐ ราย ทำแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคต่อกระดูก (ก่อนให้ความรู้โดยพยาบาลห้องผ่าตัด)
 ๖. กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๖๐ ราย จะถูกแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม กลุ่มละ ๓๐ ราย ได้แก่
 กลุ่มควบคุม ได้รับความรู้เรื่องโรคต่อกระดูกและการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ผ่านการสื่อสารด้วยวาจาจากพยาบาลห้องผ่าตัด
 กลุ่มทดลอง ได้รับความรู้เรื่องโรคต่อกระดูกและการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดผ่านสื่อวิดีโอทัศน์ ซึ่งมีพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้ควบคุม
 ๗. ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทำแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคต่อกระดูกอีกครั้ง (หลังให้ความรู้โดยพยาบาลห้องผ่าตัด)
 ๘. ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จะได้รับการผ่าตัดโดยไม่เจาะจงแพทย์ และไม่เจาะจงชนิดการให้ยาชา และจะได้รับการประเมินการให้ความร่วมมือขณะผ่าตัดตามแบบบันทึก โดยผู้ศึกษาเป็นผู้ประเมินกลุ่มตัวอย่าง
 ๙. นำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ T-test
 ๑๐. สรุปผลการดำเนินการวิจัย จัดทำเอกสารวิชาการนำเสนอตามลำดับ
๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)
- ยังไม่เริ่มดำเนินการ
 ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ
 ยังไม่เริ่มดำเนินการ
 ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ
 ยังไม่เริ่มดำเนินการ
 ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ
 ยังไม่เริ่มดำเนินการ
 ๙. ข้อเสนอแนะ
 ยังไม่เริ่มดำเนินการ
 ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน
 ไม่มี
 ๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)
 - ๑) นางรัตนา จันทราอุกฤษฏ์ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%
 - ๒).....-..... สัดส่วนของผลงาน.....-.....
 - ๓).....-..... สัดส่วนของผลงาน.....-.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รัตน์ จันทราอุกฤษฏ์

(นาง รัตนา จันทราอุกฤษฏ์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 17 / ๓.ค. / 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางรัตน์ จันทราอุกฤษฏ์	รัตน์ จันทราอุกฤษฏ์

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ชุตินา สโมสร

(นางสาว ชุตินา สโมสร)

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด

(วันที่) 17 / ๓.ค. / 2566

เบญจวรรณ นครพัฒน์

(นาง เบญจวรรณ นครพัฒน์)

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

(วันที่) 17 / ๓.ค. / 2566

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง พัฒนาการพยาบาลผ่าตัดผู้ป่วยต่อกระจกแบบ ONE DAY SURGERY

๒. หลักการและเหตุผล

โรคต่อกระจกเป็นโรคที่มักเกิดกับผู้สูงอายุ โดยมีโอกาสเกิดขึ้นสูงเป็นร้อยละ ๕๐ ในผู้สูงอายุ ๖๕-๗๐ ปี และร้อยละ ๗๐ ในกลุ่มอายุมากกว่า ๗๕ ปี (EDPRG, ๒๐๐๔; ถิรวรรณ อุณนาภิรักษ์, ๒๕๕๒) โรคต่อกระจกทำให้การมองเห็นลดลงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญจัดเป็น service plane ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการที่ทั่วถึง ในขณะที่ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ จำนวนผู้สูงอายุยิ่งเพิ่มจำนวนมากขึ้น (ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์และคณะ, ๒๕๕๗) โรคต่อกระจกมีความชุกเพิ่มขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบชีวิต การสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นและความชุกของโรคที่เกี่ยวข้อง โรคต่อกระจกที่เพิ่มขึ้น เช่นโรคเบาหวานรวมถึงการวินิจฉัยที่ดีขึ้นด้วย (Hashemi et al, ๒๐๒๐)

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เป็นโรงพยาบาลที่มีการผ่าตัดต่อกระจกมากเป็นอันดับ ๒ ของการผ่าตัดในแต่ละปี พบว่ามีการผ่าตัดต่อกระจกปีงบประมาณ ๒๕๖๓, ๒๕๖๔, ๒๕๖๕ มีผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกจำนวน ๖๕๙ ราย, ๕๔๒ ราย และ ๑,๐๒๘ ราย ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์, ๒๕๖๓, ๒๕๖๔, ๒๕๖๕) เมื่อมีผู้ป่วยต่อกระจกเพิ่มมากขึ้น การนัดหมายเพื่อการผ่าตัดใช้เวลานานขึ้นจาก ๑ - ๒ เดือน ในปี ๒๕๖๕ พบว่าปี ๒๕๖๖ การนัดทำผ่าตัดต่อกระจกใช้เวลานานถึง ๓ - ๔ เดือน ในขณะที่อัตราการครองเตียงผ่าตัดในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก สูงขึ้นเนื่องจาก จำนวนผู้ป่วยหู คอ จมูก มีความจำเป็นต้องพักรักษาตัวนาน พยาบาลที่หอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูกมีภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่า ปัจจุบันการผ่าตัดต่อกระจกแบบผู้ป่วยในและแบบผู้ป่วยนอกให้ผลลัพธ์ในการรักษาไม่ต่างกัน (ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย, ๒๕๔๓) การผ่าตัดต่อกระจกแบบ ONE DAY SURGERY เป็นการแก้ปัญหา เรื่องความแออัดในหอผู้ป่วย ลดภาระงานของพยาบาล

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคต่อกระจกเป็นสาเหตุสำคัญให้เกิดการตาบอดมากที่สุดในประเทศไทย เมื่อเป็นโรคต่อกระจกไม่ได้รับการรักษาหากปล่อยไว้เป็นเวลานาน ไม่ได้รับการรักษาทันที่หรือไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดโรคต้อหินแทรกซ้อนได้ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดตาเฉียบพลันจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรีบด่วน เพื่อไม่ให้เสียการมองเห็นอย่างถาวร (ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย, ๒๕๔๑; ดิเรกผาดิกุลศิลา, ๒๕๕๒; จิราพล สุโภคะเวช, ๒๕๕๘) การได้รับการรักษาที่ดี ถูกต้อง ผู้ป่วยจะสามารถกลับมามองเห็นเป็นปกติมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

การรักษาโดยการผ่าตัด Phacoemulsification เป็นการผ่าตัดแบบแผลเล็ก โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงสลายต่อกระจก เป็นวิธีที่ดีที่สุด แผลที่กระจกตามีขนาดเพียง ๒.๘ - ๓ มิลลิเมตร ไม่ต้องเย็บแผล ใช้เวลาผ่าตัดสั้นเพียง ๓๐ - ๔๐ นาที ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วสามารถกลับบ้านได้ และสามารถมองเห็นได้ภายใน ๖ ชั่วโมง (จิราพล สุโภคะเวช, ๒๕๕๘)

การผ่าตัดแบบ ONE DAY SURGERY เหมาะสมกับการผ่าตัดตาดชนิด Phacoemulsification เนื่องจากการผ่าตัดแบบใช้ยาชา การดูแลหลังทำผ่าตัดไม่ยุ่งยาก ไม่มีความเสี่ยงจากการดมยาสลบ และการผ่าตัดใช้เวลาไม่ถึง ๖๐ นาที (ธวัช ชาญชญาพันธ์ และเนาวรัตน์ บุญยตา, ๒๕๕๘) มีหลายงานวิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดต่อกระจกแบบต้องนอนพักค้างและแบบไม่ต้องนอนพักค้างในโรงพยาบาล พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (Atalla. et al. ๒๐๐๐)

นอกจากนี้การผ่าตัดแบบ ONE DAY SURGERY ยังเป็นแนวทางการเพิ่มคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัดและยังสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งของผู้ป่วยและของโรงพยาบาล (Weingessel, Richter, Muekhch, Weingessel, Gand, Vecsei-Marlovits, ๒๐๐๘; พรทิพย์ มงคลสวัสดิ์, ๒๕๕๘)

นอกจากนี้การผ่าตัดแบบ ONE DAY SURGERY ยังเป็นแนวทางการเพิ่มคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด และยังสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งของผู้ป่วยและของโรงพยาบาล (Weingessel, Richter, Muekhch, Weingessel, Gand, Vecsei-Marlovits, ๒๐๐๘; พรทิพย์ มงคลสวัสดิ์, ๒๕๕๘)

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. การเข้าถึงการผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกมีจำนวนมากขึ้น
๒. ช่วยลดเวลารอคอยผ่าตัดต่อกระจกของผู้ป่วยให้สั้นลง
๓. สามารถลดงบประมาณของโรงพยาบาลในเรื่องการค่าอาหาร และค่าบริการทางการพยาบาล
๔. สามารถลดค่าใช้จ่ายในด้านการเดินทาง และค่าอาหารของญาติที่ต้องมาเฝ้าหรือมาเยี่ยม
๕. สามารถลดภาระงานของพยาบาลที่หอผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก
๖. สามารถเพิ่มเตียงในหอผู้ป่วยให้กับผู้ป่วยแผนกอื่นๆ
๗. สามารถเป็นแนวทางการให้บริการบริการผ่าตัดแบบ ONE DAY SURGERY ให้กับการผ่าตัดสาขาอื่นๆ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกลดลงอย่างน้อยรายละ ๕๐๐ บาท
๒. มีผู้ป่วยต่อกระจกใช้บริการผ่าตัดแบบ ONE DAY SURGERY อย่างน้อยเดือนละ ๑๕ - ๒๐ ราย ในระยะแรก
๓. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อกระจกใช้บริการผ่าตัดแบบ ONE DAY SURGERY ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ)..... รัตนา จันทราอุกฤษฏ์.....

(นาง รัตนา จันทราอุกฤษฏ์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่)..... 17 / ๓๐ / 25๖๖.....

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง อัตราและสาเหตุของการเลื่อนผ่าตัดกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ (Incidence rate and Causes of Surgery Cancellation in Anesthesia Department of Chumphon Khet Udomsakdi Hospital)

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๖ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การให้ยาระงับความรู้สึก (Anesthesia)

หมายถึงการทำให้หมดความรู้สึก หรือสูญเสีย ความรู้สึกชั่วคราวในขณะที่ผ่าตัด ผู้ป่วยอาจหมดความรู้สึกทั่วร่างกายหรือหมดความรู้สึกของอวัยวะบางส่วน แต่อาจยังรู้สึกตัวได้อยู่

การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากถ้าเตรียมผู้ป่วยไม่ดีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งมีโอกาสเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยในขณะที่ได้รับยาระงับความรู้สึกได้เช่น การสำลัก อาเจียน และมีสิ่งแปลกปลอมหลุดเข้าไปในทางเดินหายใจทำให้เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจหรืออาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆเกิดขึ้นได้จากโรคประจำตัวของผู้ป่วยซึ่งในบางโรคจำเป็นต้องให้การรักษาแก้ไขก่อน มิฉะนั้นอาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก

การประเมินสภาพของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาเลือกใช้วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสมต่อสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมจะเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ ทั้งนี้จะต้องได้รับความร่วมมือที่ดีจากผู้ป่วยด้วย การให้คำแนะนำทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ เข้าใจถึงประโยชน์และโทษที่จะเกิดขึ้นต่อตนเอง ก็จะช่วยให้อัตราเสี่ยงในการได้รับยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้จะเป็นข้อดีในการช่วยลดความกังวลของผู้ป่วยได้ด้วยการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดประกอบด้วย

๑. การเตรียมทางด้านร่างกาย
๒. การเตรียมทางด้านจิตใจ
๓. การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้
๔. การให้ยาก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

วัตถุประสงค์ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

๑. เพื่อลดอันตราย ที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึก
๒. เพื่อลดความวิตกกังวล และความหวาดกลัวต่อการดมยาสลบและการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการรับยาระงับความรู้สึก

๓. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึกที่ปลอดภัย ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก และฟื้นกลับสู่สภาพเดิม

๔. เพื่อให้ผู้ป่วยหายสลบมีความมั่นใจ และมีการตัดสินใจที่ดีในระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งเป็นผลเนื่องจากการที่ได้พูดคุยและทำความเข้าใจกับผู้ป่วย จึงทำให้ได้รู้ถึงสภาพทั่วไปของผู้ป่วยดี

๕. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบวิธีการ และข้อปฏิบัติที่จะต้องเตรียมในคืนวันก่อนเข้ารับการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

การเตรียมผู้ป่วยมาให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อทำผ่าตัดเป็นกระบวนการที่ต้องเตรียมความพร้อมหลายด้าน เช่นการเตรียมความพร้อมของเครื่องมือ บุคลากร การตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นต้น โดยเฉพาะการเตรียมผ่าตัดผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วน ต้องมีการวางแผนในการใช้ห้องผ่าตัด การเรียงลำดับการผ่าตัด ผู้ป่วยต้องงดน้ำและอาหารหรือยาบางชนิดที่รับประทานอยู่ประจำ ผู้ป่วยหรือญาติอาจต้องลางานสำหรับมาผ่าตัด ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นทั้งค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา และอาจสูญเสียรายได้ที่เกิดจากการทำงานของผู้ป่วยเนื่องจากต้องมารักษาตัวในโรงพยาบาลตลอดจนการสูญเสียรายได้ของญาติที่มาดูแลผู้ป่วยแต่ในบางครั้งผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการผ่าตัดตรงตามตารางที่นัดหมาย ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความไม่พร้อมของผู้ป่วย ความไม่พร้อมของเครื่องมือ ความไม่พร้อมของแพทย์ผ่าตัดหรือเหตุฉุกเฉินต่างๆที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นเสียเวลาสูญเสียค่าใช้จ่าย อาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยและญาติ

การเลื่อนผ่าตัดเป็นตัวชี้วัดอีกอย่างหนึ่งที่แสดงถึงประสิทธิภาพของการให้บริการ ของกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี อัตราการเลื่อนผ่าตัดของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ มีจำนวน ๒๑๔ ราย (๓.๔๘%) ๒๐๕ ราย (๔.๕๒%) และ ๔๔๗ ราย (๘.๖๕%) ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นโดยเฉพาะในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จากข้อมูลดังกล่าวที่ผ่านมาจึงได้มีการศึกษาสาเหตุสำคัญที่ทำให้ต้องมีการงดหรือเลื่อนผ่าตัดเพื่อนำมาแก้ปัญหาดังกล่าว

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาอัตราและสาเหตุของการเลื่อนผ่าตัดกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉินเพื่อที่จะได้นำผลการวิจัยมาพัฒนาปรับปรุงประสิทธิภาพในการทำงานของกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีและเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้เหมาะสมก่อนมารับบริการระงับความรู้สึก เพื่อลดโอกาสการถูกเลื่อนหรืองดการผ่าตัดในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอัตราและสาเหตุของการเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยในกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

วิธีการดำเนินการวิจัย

- ๑.เป็นการศึกษาแบบ Retrospective analytic study
- ๒.การเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อมาศึกษาเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉินในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๔ - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕) โดยการเลือกผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์
- ๓.เก็บข้อมูลผู้ป่วยโดยกำหนดตัวแปรดังนี้ เพศ อายุ ASA classification โรคประจำตัว ชนิดของการทำผ่าตัด แผนกที่ผ่าตัด และสาเหตุของการเลื่อนผ่าตัด
- ๔.ทำการเก็บข้อมูลหลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยใช้เวลาประมาณ ๑ เดือน โดยผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกเลื่อนผ่าตัด จาก anesthetic record
- ๕.ประชากรเป้าหมาย คือเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน
- ๖.การเลือกตัวอย่างเข้าศึกษา โดยวิธีเลือกจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉินและถูกเลื่อนผ่าตัดเป็นเวชระเบียนที่มีความครบถ้วนในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๔ - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕)

๗.กระบวนการเก็บข้อมูล ทำการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๔ - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕)เป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการทำผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉินที่ถูกเลื่อนผ่าตัด และมีความครบถ้วนของเวชระเบียนตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยเริ่มทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๖ ข้อมูลที่ถูกเก็บได้แก่ เพศ อายุ ASA classification โรคประจำตัว ชนิดของการทำผ่าตัด แผนกที่ทำผ่าตัด และสาเหตุของการเลื่อนผ่าตัด

๘.การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ผลการศึกษา

ตารางที่ ๑ แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ถูกเลื่อนหรืองดผ่าตัด (n = ๔๔๗)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๒๐๐	๔๔.๗
หญิง	๒๔๗	๕๕.๓
อายุ		
น้อยกว่า ๒๐	๒๔	๕.๔
๒๑ - ๔๐	๘๖	๑๙.๒
๔๑ - ๖๐	๑๐๙	๒๔.๔
๖๑ - ๘๐	๑๗๙	๔๐.๐
น้อยกว่า ๘๑	๔๙	๑๑.๐
ประเภทผู้ป่วย		
OPD	๕๔	๑๒.๑
IPD	๓๙๓	๘๗.๙
ASA Status		
๑	๕๖	๑๒.๕
๒	๑๘๔	๔๑.๒
๓	๑๔๕	๓๒.๔
๔	๖๑	๑๓.๖
๕	๑	๐.๒
แผนก		
Ortho	๙๗	๒๑.๗
Med	๑๕	๓.๔
Gen	๒๔๓	๕๔.๔
GYN	๓๐	๖.๗
OBS	๒๒	๔.๙
EENT	๒๙	๖.๕
Plastic	๘	๑.๘
Dental	๑	๐.๒
Uro	๒	๐.๔

ตารางที่ ๑ แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ถูกเลื่อนหรืองดผ่าตัด (n = ๔๔๗) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
สาเหตุ		
ด้านผู้ป่วย	๒๐๖	๔๖.๑
ด้านแพทย์	๒๐๑	๔๕.๐
ด้านโรงพยาบาล	๔๐	๘.๙
โรคประจำตัว		
ไม่มีประจำตัว	๒๓๔	๕๒.๓๕
มีโรคประจำตัว	๒๑๓	๔๗.๖๕
ความดันโลหิตสูง	๑๒๓	๒๗.๕
เบาหวาน	๕๙	๑๓.๒
ไขมันในเส้นเลือด	๖๓	๑๔.๑
ภูมิคุ้มกันบกพร่อง	๑	๐.๒
หอบหืด	๑๖	๓.๖
ระบบไต	๒๒	๔.๙
โรคทางจิตเวช	๓	๐.๗
ภูมิแพ้	๑๗	๓.๘
ไทรอยด์	๒๑	๔.๗
ตับอักเสบ	๕	๑.๑
มะเร็ง	๑๔	๓.๑
โรคระบบหัวใจ	๕๐	๑๑.๒

ตารางที่ ๒ แสดงจำนวนและร้อยละของการเลื่อนผ่าตัดหรืองดผ่าตัดจำแนกตามสาเหตุ (n=๔๔๗)

สาเหตุ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
สาเหตุจากผู้ป่วย	๒๐๖	๔๖.๐๘
ผู้ป่วยเป็นโรค Covid-๑๙	๕๖	๑๒.๕๓ *
ผู้ป่วยไม่มาที่บ้าน	๔๑	๙.๑๗
ผู้ป่วยอาการทรุดลง	๓๙	๘.๗๒
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	๒๐	๔.๙๗
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ	๑๙	๔.๒๕
ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา	๙	๒.๐๑
ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารไม่ครบตามเวลา	๗	๑.๕๗
ผู้ป่วยขอไปรักษาที่อื่น	๕	๑.๑๒
ผู้ป่วยไม่สบาย	๔	๐.๘๙
ผู้ป่วยไม่ได้หยุดยาละลายลิ่มเลือด	๔	๐.๘๙
อายุรแพทย์ยังไม่อนุญาตให้ทำการผ่าตัด	๑	๐.๒๓
ผู้ป่วยลืมนัด	๑	๐.๒๓
สาเหตุจากแพทย์	๒๐๑	๔๔.๕๗
แพทย์ทำการผ่าตัดไม่ทัน	๑๔๕	๓๒.๐๘ *
แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษา	๔๕	๙.๙๕ ✓
แพทย์ป่วย	๖	๑.๓๓
แพทย์ติดภารกิจ	๔	๐.๘๘
แพทย์นัดผ่าตัดผิดวัน	๑	๐.๒๒
สาเหตุจากโรงพยาบาล	๔๐	๘.๙๕
ไม่มีห้องผ่าตัดให้ทำ	๑๙	๔.๒๕
เตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม	๖	๑.๓๔
ไม่มีเตียง ICU รองรับ	๔	๐.๙๐
ไม่มีเลือดสำหรับผ่าตัด	๔	๐.๙๐
เครื่องมือผ่าตัดไม่พร้อม	๓	๐.๖๗
ไม่มีตู้อบทารกสำหรับผ่าตัดคลอด	๓	๐.๖๗
หอบผู้ป่วยส่งผู้ป่วยไปล้างไต	๑	๐.๒๒

ตารางที่ ๓ แสดงชนิดของการผ่าตัดที่ถูกเลื่อนหรืองดผ่าตัด (n = ๔๔๗)

ชนิดของการผ่าตัด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Colonoscope	๖๙	๑๕.๔๔ ✓
ORIF with plate	๕๕	๑๒.๓๐ ✓
Explor Laparotomy	๔๔	๙.๘๔
Debridement	๓๙	๘.๗๒
Laparoscopic. Cholecystectomy	๒๖	๕.๘๒
Herniorrhaphy	๒๕	๕.๕๙
Cesarean Section	๒๑	๔.๖๙
Tracheostomy Tube	๑๙	๔.๒๕
Excision	๑๙	๔.๒๕
Thyroid	๑๘	๔.๐๓
Total Knee Arthroplasty	๑๕	๓.๓๖
Transabdominal hysterectomy	๑๒	๒.๖๘
Ambulation	๑๐	๒.๒๔
STSG	๙	๒.๐๑
Tubal Sterilization	๗	๑.๕๗
Hemorrhoidectomy	๗	๑.๕๗
D&C / MVA	๗	๑.๕๗
Modified Radical Mastectomy	๗	๑.๕๗
Laminectomy	๕	๑.๑๒
Vein Stripping	๕	๑.๑๒
Total knee Arthroplasty	๕	๑.๑๒
Off TBW / Off Nail	๓	๐.๖๗
Fistulectomy	๓	๐.๖๗
Open Cholecystectomy	๒	๐.๔๕
ORIF With MMF	๒	๐.๔๕
Arthotomy	๒	๐.๔๕
ERCP	๒	๐.๔๕
Off K-wire	๒	๐.๔๕
Orchidectomy	๑	๐.๒๒
Embolectomy	๑	๐.๒๒
Varicocelectomy	๑	๐.๒๒
Cranioplasty	๑	๐.๒๒
Circumcision	๑	๐.๒๒
Revision Ilizarove	๑	๐.๒๒
Palatoplasty	๑	๐.๒๒

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ถูกเลื่อนหรืองดผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ ๕๕.๓ มีอายุอยู่ในช่วง ๖๑ - ๘๐ ปี ร้อยละ ๔๐ รองลงมาคือ อายุ ๔๑ - ๖๐ ปี ร้อยละ ๒๔.๔ ผู้ป่วยส่วนใหญ่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ ๘๗.๙ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มี ASA Status ๒ ร้อยละ ๔๑.๒ รองลงมาคือ ASA Status ๓ ร้อยละ ๓๒.๔ แผนกที่มีการเลื่อนหรืองดผ่าตัดมากที่สุดคือแผนกศัลยกรรมทั่วไปร้อยละ ๕๔.๔ รองลงมาคือแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อร้อยละ ๒๑.๗ สาเหตุของการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นจากตัวผู้ป่วยเองร้อยละ ๔๖.๑ รองลงมาคือจากแพทย์ที่ทำการผ่าตัดร้อยละ ๔๕.๐ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ ๕๒.๓๕ การผ่าตัดที่ถูกเลื่อนหรืองดมากที่สุดคือ Colonoscope ร้อยละ ๑๕.๔๔ รองลงมาคือ ORIF with plate ร้อยละ ๑๒.๓๐

ขั้นตอนการวิจัย

๑. เลือกเรื่องที่จะศึกษา
๒. ศึกษาค้นคว้า เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
๓. เขียนโครงร่างวิจัย
๔. จัดทำเครื่องมือในการวิจัย
๕. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
๖. ดำเนินการวิจัย ตามวิธีการวิจัยที่กำหนดไว้
๗. เก็บรวบรวมข้อมูล
๘. วิเคราะห์ข้อมูล
๙. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ
๑๐. จัดพิมพ์ เผยแพร่ผลงาน

เป้าหมายของงาน

๑. เพื่อหาสาเหตุของการเลื่อนหรืองดผ่าตัด
 ๒. เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการป้องกันการเลื่อนหรืองดผ่าตัด
๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)
- เชิงปริมาณ
๑. ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย
 ๒. ลดวันนอนโรงพยาบาล
- เชิงคุณภาพ
๑. พัฒนาคุณภาพในการบริการผู้ป่วยให้ดีขึ้น
 ๒. เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของเจ้าหน้าที่
 ๓. ผู้รับบริการพึงพอใจ
๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ
๑. เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนได้รับบริการทางวิสัญญีอย่างถูกต้อง เหมาะสม
 ๒. ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและแผนในการให้ยาระงับความรู้สึกได้อย่างถูกต้อง
 ๓. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความพร้อมในการให้บริการผู้ป่วย
๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ
- รายละเอียดของสาเหตุการงดหรือเลื่อนผ่าตัดมีค่อนข้างมากทำให้มีความยุ่งยากในการนำเสนอข้อมูลทำการแก้ไขโดยการนำเสนอเป็นหมวดหมู่แทน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากการเก็บข้อมูลย้อนหลังความไม่เป็นระเบียบของการจัดเก็บเอกสารทำให้เป็นปัญหาและอุปสรรคในการค้นหาข้อมูล

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. มีการนำปัญหาที่พบจากงานวิจัยแจ้งในระบบ PCT ต่างๆ เพื่อให้รับทราบทั่วกันและได้นำไปพัฒนางาน
๒. นำเสนอข้อมูลแก่ผู้บริหารเพื่อช่วยสนับสนุนเรื่องเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอ


๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

รอการเผยแพร่

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นางสาวนภัสวรรณ สุขวิสุทธิ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %
- ๒) สัดส่วนของผลงาน.....
- ๓) สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

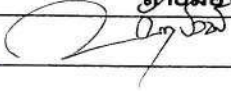
(นางสาวนภัสวรรณ สุขวิสุทธิ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 17 / ๓.ค. / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวนภัสวรรณ สุขวิสุทธิ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) 

(นางสาววิภาวี จารุมา)

ปฏิบัติหน้าที่แทนหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี

(วันที่) 17 / ๓.ค. / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นางเบญจวรรณ นครพัฒน์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

(วันที่) 17 / ๓.ค. / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑. เรื่อง การพัฒนาคุณภาพแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

๒. หลักการและเหตุผล

การให้ยาระงับความรู้สึก (Anesthesia) หมายถึงการทำให้หมดความรู้สึกหรือสูญเสียความรู้สึกชั่วคราว ในขณะที่ผ่าตัดผู้ป่วยอาจหมดความรู้สึกทั่วร่างกายหรือหมดความรู้สึกของอวัยวะบางส่วน แต่อาจยังรู้สึกตัวอยู่ การเตรียมผู้ป่วยมาให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อทำผ่าตัดเป็นกระบวนการที่ต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในหลายด้าน เช่นการเตรียมความพร้อมของเครื่องมือ บุคลากร การตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นต้น โดยเฉพาะการเตรียมผ่าตัดผู้ป่วยในที่ไม่เร่งด่วน ต้องมีการวางแผนในการให้ยาระงับความรู้สึกวางแผนในการใช้ห้องผ่าตัด การเรียงลำดับการผ่าตัด ผู้ป่วยต้องงดน้ำและอาหารหรือยาบางชนิดที่รับประทานอยู่ประจำก่อนมาผ่าตัด ผู้ป่วยหรือญาติอาจต้องลงนามสำหรับมาผ่าตัด ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเกิดขึ้น ทั้งค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา และอาจสูญเสียรายได้ที่เกิดจากการทำงานของผู้ป่วยเนื่องจากต้องมารักษาตัวในโรงพยาบาลตลอดจนการสูญเสียรายได้ของญาติที่มาดูแลผู้ป่วยแต่ในบางครั้งผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการผ่าตัดตรงตามตารางที่นัดหมาย ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความไม่พร้อมของผู้ป่วย ความไม่พร้อมของเครื่องมือ ความไม่พร้อมของแพทย์ผ่าตัดหรือเหตุฉุกเฉินต่างๆที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นเสียเวลา สูญเสียค่าใช้จ่าย อาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยและญาติอาจทำให้เกิดความไม่พึงพอใจและมีการฟ้องร้องตามมาได้ถ้าสาเหตุของการเลื่อนหรืองดผ่าตัดเป็นปัญหาที่เกิดจากความไม่พร้อมของโรงพยาบาล

เพื่อลดปัญหาการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม ป้องกันปัญหาจากการฟ้องร้อง และเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางวิสัญญีผู้ศึกษาจึงคิดที่จะจัดทำการพัฒนาคุณภาพแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนมาให้ยาระงับความรู้สึกขึ้นมาใช้ในหน่วยงาน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การเลื่อนผ่าตัดเป็นตัวชี้วัดอีกอย่างหนึ่งที่แสดงถึงประสิทธิภาพของการให้บริการอย่างหนึ่งของกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีจากการเก็บข้อมูลอัตราการเลื่อนผ่าตัดของกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ มีจำนวน ๒๑๔ ราย (๓.๔๘%) ๒๐๕ ราย (๔.๕๒%) และ ๔๔๗ ราย (๘.๖๕%) ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นโดยเฉพาะในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จากข้อมูลดังกล่าว ผู้ศึกษาได้ทำการวิเคราะห์สาเหตุการงดหรือเลื่อนผ่าตัดพบว่าสาเหตุสูงสุดมาจากสาเหตุด้านผู้ป่วยร้อยละ ๔๖.๐๘ รองลงมาคือสาเหตุด้านแพทย์ ร้อยละ ๔๔.๙๗ และสาเหตุสุดท้ายคือด้านโรงพยาบาลร้อยละ ๘.๙๕ ตามลำดับซึ่งสาเหตุด้านผู้ป่วยที่ไม่พร้อม ๕ อันดับคือผู้ป่วยเป็นโรคโควิด ๑๙ รองลงมาคือผู้ป่วยไม่มาจากบ้าน ผู้ป่วยอาการทรุดลง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ ส่วนสาเหตุด้านแพทย์ มี ๕ อันดับคือ แพทย์ทำการผ่าตัดไม่ทัน แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษา แพทย์ป่วย แพทย์ติดภารกิจ และแพทย์นัดผ่าตัดผิดวัน ตามลำดับ ส่วนสาเหตุสุดท้ายคือด้านโรงพยาบาล ไม่มีห้องผ่าตัดให้ทำ เตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม ไม่มีเตียง ICU รองรับ ไม่มีเลือดสำหรับผ่าตัด และเครื่องมือผ่าตัดไม่พร้อม ตามลำดับประกอบกับในปัจจุบันทางโรงพยาบาลได้มีการเปลี่ยนมาใช้ระบบ Paperless ทำให้มีปัญหาในการลงข้อมูลเพิ่มขึ้นมาที่หน่วยงานมีการลงข้อมูลของผู้ป่วยแล้วแต่ทางหอผู้ป่วยไม่เห็น

จากข้อมูลดังกล่าวผู้ศึกษาจึงได้สนใจที่จะทำการแก้ปัญหาดังกล่าวโดยการจัดทำ การพัฒนาคุณภาพ
แนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนมาให้ยาระงับความรู้สึกขึ้นมาเพื่อนำมาช่วยแก้ปัญหา

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑.เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบและปฏิบัติตามแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนมาให้ยาระงับความรู้สึก
- ๒.ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามวันที่กำหนด

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๑.เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนมาให้ยาระงับความรู้สึก ๑๐๐ %
- ๒.อุบัติการณ์การเลื่อนหรืองดผ่าตัดเท่ากับ ๐

(ลงชื่อ) 
(นางสาวนภัสวรรณ สุขวิสุทธิ)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(วันที่) 17 / ม.ค. / 2566
ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหนาวสั่น (Shivering) ในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดคลอดที่ห้องพักฟื้น
โรงพยาบาลชุมชนพรเชตรอุดมศักดิ์

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ - ๒๕ กันยายน ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความหมายของภาวะหนาวสั่น

ภาวะหนาวสั่น (Shivering) เป็นกลไกการตอบสนองของร่างกายเพื่อให้อุณหภูมิของร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ เป็นภาวะที่มีอาการสั่นของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ศีรษะ ลำตัว และระยางค์ของร่างกายนานมากกว่า ๑๕ วินาที ภาวะหนาวสั่น (Shivering) นี้จะทำให้ผู้ป่วยมี metabolic activity เพิ่มขึ้นและเพิ่มการใช้ออกซิเจนของร่างกาย ทำให้เกิดผลเสียตามมา คือ ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตามมาได้

กลไกการเกิดภาวะหนาวสั่น

ภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดพบว่าเกิดจากสาเหตุสำคัญคือเมื่อร่างกายเผชิญกับแหล่งความเย็นในห้องผ่าตัด ร่วมกับยาสลบทุกตัวที่ผู้ป่วยได้รับขณะผ่าตัด จะรบกวนการควบคุมอุณหภูมิปกติ ส่งผลให้ร่างกายเมื่อได้รับความเย็นหลอดเลือดไม่สามารถหดตัวได้ตามกลไกปกติทำให้หลอดเลือดบริเวณผิวหนังเกิดการขยายตัวเกิดการกระจายความร้อนจากส่วนกลางของร่างกายไปยังบริเวณส่วนปลาย โดยเลือดอุ่นจากส่วนกลางของร่างกายไหลไปบริเวณส่วนปลาย ทำให้เกิดการสูญเสียความร้อนทางผิวหนัง ส่งผลให้อุณหภูมิผิวหนังลดลง โดยตัวรับอุณหภูมิเย็นจะถูกกระตุ้น จากนั้นส่งสัญญาณประสาทจากปลายประสาทไปยังไฮโปทาลามัสส่วนหลังโดยตรง เพื่อรวบรวมประสาทนำเข้า ตั้งระดับอุณหภูมิ และสัญญาณไปตามประสาทนำออก เพื่อจัดการแก้ไขอุณหภูมิที่ผิวหนังและส่งสัญญาณประสาทลงไปตามก้านสมอง เพื่อลงไปสู่มอเตอร์นิวรอนส่วนหน้า (anterior motor neuron) ของไขสันหลัง โดยไปทำให้เกิดความตึงตัวของกล้ามเนื้อทั่วร่างกายเพิ่มขึ้น เมื่อเพิ่มถึงจุดๆหนึ่ง จะทำให้เกิดอาการสั่น ซึ่งอาการสั่นของกล้ามเนื้อเป็นกลไกอย่างหนึ่งที่ร่างกายต้องการผลิตความร้อนเพื่อสู้กับความหนาวเย็นความร้อนนั้นได้มาจากการหดตัวอย่างเป็นจังหวะถี่ๆ ของกล้ามเนื้อลายการหดตัวแบบนี้ไม่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวตามปกติ เนื่องจากกล้ามเนื้อลายที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการงอเข้า หรือเหยียดงออาจหดตัวพร้อมกัน ดังนั้นพลังงานทั้งหมดจะแปรรูปออกมาเป็นความร้อน ไม่มีพลังงานที่ถูกใช้ในการเคลื่อนไหว ภาวะหนาวสั่นเปลี่ยนเป็นวิธีการเพิ่มความร้อนให้กับร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ อัตราการหดตัวของกล้ามเนื้อลายจะเกิดขึ้น ๑๐-๒๐ ครั้งต่อนาที ซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ (involuntary control) และเกิดขึ้นเป็นพักๆ (waxing and waning) เพิ่มขึ้นและลดลงสลับกันไปภาวะหนาวสั่นอาจจะเพิ่มจำนวนความร้อนให้กับร่างกายได้สูงถึง ๔ - ๕ เท่าขณะพัก อุณหภูมิที่กระตุ้นให้เริ่มเกิดอาการหนาวสั่น คือประมาณ ๒๓ องศาเซลเซียส (ในคนที่ไม่สวมเสื้อผ้าเลย) อุณหภูมินี้บางที่เรียกว่าอุณหภูมิวิกฤต (Critical temperature) ส่วนในเด็กทารกไม่ค่อยพบภาวะหนาวสั่น แต่จะอาศัยการผลิตความร้อนจากไขมันสีน้ำตาล (สุพัตราโลห์สิริวัฒน์, ๒๕๖๒)

สำหรับกล้ามเนื้อ ยังไม่มีคำอธิบายหรือการศึกษาแน่นอน ถึงกระแสประสาทที่ออกมาจากกล้ามเนื้อ แต่พอจะกล่าวได้ว่าศูนย์การควบคุมอุณหภูมิหนาวสั่นจะถูกยับยั้งจากสัญญาณความร้อนที่มาจากหรือออปติเทอร์โมสแตติก (Preoptithermostatic area) ตามกลไกการเกิดจริงๆ และกระแสประสาทที่ลงมาจากสมองจะมีอยู่ตลอดเวลา แต่การหดตัวเกิดขึ้นเป็นพักๆ ได้ หรืออาจเกิดจากการนำส่งกระแสประสาทจากกล้ามเนื้อย้อนกลับขึ้นมาในไขสันหลัง ซึ่งจะมีผลยับยั้งการนำออก (efferent outflow) ของกระแสประสาท อาการหนาวสั่นก็จะหยุด แต่เมื่อใดก็ตามถ้ากระแสประสาทนำออกถูกกระตุ้นอีกอาการหนาวสั่นก็จะเกิดขึ้นอีกเหตุการณ์จะเกิดขึ้นสลับกันไปเช่นนี้ตลอดเวลา

กลไกการปรับอุณหภูมิ (thermoregulatory effector mechanism)

เมื่อร่างกายมีอุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่ว่าจะร้อนขึ้นหรือเย็นลง จะมีกลไกการตอบสนองเพื่อปรับอุณหภูมิในส่วนแกนไว้ให้ใกล้เคียงกับระดับปกติ (warm response and cold responses) โดยมีการปรับการสร้างความร้อนจากการเผาผลาญสารอาหารหรือการสูญเสียความร้อนแก่สิ่งแวดล้อมซึ่งแบ่งออกเป็น

๑. การตอบสนองทางพฤติกรรม ได้แก่ การเลือกความหนาของเสื้อผ้าที่สวมใส่ให้เหมาะสม การเดินงอตัวห่อไหล่ มือซุกกระเป๋า หรือนั่งกอดเข่า เพื่อลดพื้นที่ผิวที่สูญเสียความร้อนไป หรือพยายามลุกขึ้นออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความร้อนขึ้นภายในร่างกายในฤดูหนาวมักหิวบ่อยและเจริญอาหาร

๒. การตอบสนองทางสรีรวิทยา

๒.๑ การสร้างความร้อน (heat gain) หมายถึง เมื่ออุณหภูมิแวดล้อมลดต่ำลงมาก ร่างกายจะตอบสนองโดยเร่งผลิตความร้อน และพยายามลดการสูญเสียความร้อนทางผิวหนัง โดยอาศัยการกระตุ้นฮัยโปธาลามัสส่วนหลัง ซึ่งมีกลไกการตอบสนอง ดังนี้

ก. การหดตัวของหลอดเลือดที่ผิวหนัง (cutaneous vasoconstriction) ช่วยลดการสูญเสียความร้อนโดยการเพิ่มขนาดของฉนวนที่หุ้มแกนกลางของร่างกาย ลดการส่งผ่านความร้อนไปสู่เนื้อเยื่อรอบนอก และลดการสูญเสียความร้อนโดยการพาและการแผ่รังสีจากผิวหนัง ในขณะที่อุณหภูมิของสิ่งแวดล้อมต่ำ เช่นที่ ๑๐ องศาเซลเซียส ร่างกายมีกลไกที่จะเก็บรักษาความร้อนไว้โดยอาศัยการทำงานของปลายประสาทรับความรู้สึกเย็น (cold receptor) ที่ถูกกระตุ้นและส่งคลื่นประสาทไปยังศูนย์ควบคุมความร้อนในสมอง และมีผลมากระตุ้นศูนย์ประสาทซิมพาเทติกที่ฮัยโปธาลามัสส่วนหลัง ทำให้หลอดเลือดเกิดการหดตัวลดปริมาณเลือดที่ไหลไปยังผิวหนัง และเกิดปรากฏการณ์ที่เรียกว่า เคาน์เตอร์ เคอร์เรนท์ ฮีท เอกเชนจ์ (counter current heat exchange) เพื่อเป็นการสงวนความร้อนมิให้สูญเสียออกจากร่างกายโดยการที่หลอดเลือดแดง (artery) และหลอดเลือดดำ (vein) อยู่ชิดกันมากขึ้น ทิศทางการไหลของเลือดสวนทางกัน ความร้อนจากเลือดแดงจะถ่ายเทให้กับเลือดดำที่มีอุณหภูมิต่ำกว่า จึงไม่มีการสูญเสียความร้อนให้แก่อากาศ ปรากฏการณ์นี้มักเกิดขึ้นที่บริเวณปลายแขน ปลายขา เป็นการช่วยรักษาอุณหภูมิของร่างกายให้มีความคงที่

ข. การสร้างความร้อนโดยไม่มีอาการหนาวสั่น (non-shivering thermogenesis) เป็นการสร้างความร้อนโดยไม่มีอาการหดตัวของกล้ามเนื้อ หรือการทำงานของหัวใจ และระบบทางเดินอาหาร (mechanical work) เพิ่มขึ้นโดยให้ความเย็นกระตุ้นให้มีการหลั่งนอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) ซึ่งจะไปกระตุ้นให้มีการสลายไขมันสีน้ำตาล (brown fat) ที่กระจายบริเวณคอ หลัง อวัยวะภายในและหลอดเลือดใหญ่ ทำให้มีการปล่อยกรดไขมันอิสระ (free fatty acid) ซึ่งจะถูกออกซิไดซ์ (oxidized) เพื่อให้พลังงานต่อไปในเด็กแรกเกิดใช้กลไกนี้ถึงร้อยละ ๔๐ ของการสร้างความร้อนในร่างกาย (สุพัตรา โสสิริวัฒน์, ๒๕๖๒) และกลไกนี้จะเพิ่มความร้อนได้ถึงร้อยละ ๑๐๐ ในเด็กทารก แต่ในผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ ๒๕-๔๐

ค. อาการหนาวสั่น (shivering) การกระตุ้นให้เกิดอาการหนาวสั่นเป็นผลรวมของ ๓ ปัจจัยคือ อุณหภูมิของฮัยโปธาลามัส การนำเข้า (input) จากปลายประสาทรับความรู้สึกที่ผิวหนัง และการนำเข้า (input) จากบริเวณอื่นที่มีความไวต่ออุณหภูมินอกเหนือจากฮัยโปธาลามัส เช่น ไซสันหลัง การเพิ่มความตึงตัว (tone) ของกล้ามเนื้อเพียงอย่างเดียวจะเพิ่มการสร้างความร้อนได้ร้อยละ ๑๐๐ แต่ถ้ามีอาการหนาวสั่นรุนแรง สามารถเพิ่มได้ ๒-๓ เท่า การที่จะบอกว่าอาการหนาวสั่นเนื่องจากอุณหภูมิกายต่ำ (thermogenic shivering) ได้ก็ต่อเมื่ออุณหภูมิเฉลี่ยของร่างกายต่ำกว่าเทรชโฮล (threshold) โดยมีการหดตัวของหลอดเลือดบริเวณส่วนปลายของร่างกาย (peripheral vasoconstriction) มีการสร้างความร้อนโดยไม่มีอาการหนาวสั่น (non-shivering thermogenesis) นำมาก่อน

๒.๒ การสูญเสียความร้อนแก่สิ่งแวดล้อม (heat loss) หมายถึง การที่ร่างกายสูญเสียความ

ร้อน เนื่องจากบริเวณต่างๆ ของร่างกายสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมซึ่งได้แก่ผิวหนังและทางเดินหายใจ ในขณะที่พัก เสียความร้อนโดยการพา (convection) การนำ (conduction) และการแผ่รังสี (radiation) จากพื้นผิว ประมาณร้อยละ ๗๕ ที่เหลืออีกร้อยละ ๒๕ เสียไปจากการที่น้ำระเหยออกจากร่างกาย โดยไม่รู้สีกตัว (insensible perspiration) โดยออกไปทางผิวหนังและลมหายใจ การเสียความร้อนโดยวิธีใดมากหรือน้อย นั้นขึ้นอยู่กับสภาพของอากาศภายนอก การสูญเสียความร้อนนี้แบ่งออกเป็น

ก. การขยายตัวของหลอดเลือดบริเวณผิวหนัง (cutaneous vasodilation) ทำให้มีการกระจายความร้อนในร่างกาย โดยเลือดจากส่วนแกนของร่างกายซึ่งอุ่นกว่าไหลไปยังผิวหนังซึ่งเย็นกว่า เป็นผลให้อุณหภูมิในส่วนแกนมีค่าลดลงใกล้เคียงกับอุณหภูมิผิวหนัง และเพิ่มการระบายความร้อนได้อีกร้อยละ ๑๕ โดยการนำ การแผ่รังสีและการระเหย อัตราเร็วในการส่งผ่านความร้อนจากส่วนแกนของร่างกายไปยังผิวหนัง เรียกว่า ทิวชีว คอนดัคแทนซ์ (tissue conductance) การหลั่งสารเบรดีไคนิน พอร์มิงเอ็นไซม์ (bradykinin forming enzyme) จากต่อมเหงื่อ ทำให้มีการเปลี่ยนพรีเคอร์เซอร์ (precursor) ในเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังให้เป็นเบรดีไคนิน (bradykinin) และมีผลให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดฝอยตามมา

ข. การขับเหงื่อ (sweating) เป็นกลไกสำคัญของการสูญเสียความร้อนจากร่างกายโดยการระเหย และเป็นกลไกเพียงอย่างเดียวที่ทำให้ร่างกายสามารถระบายความร้อนได้ เมื่ออุณหภูมิของสิ่งแวดล้อมสูงกว่าอุณหภูมิในส่วนแกน อัตราสูงสุดในการขับเหงื่อมีค่าประมาณ ๒ ลิตรต่อชั่วโมง หรือ ๑๕ เท่าของการสร้างความร้อนในขณะพัก ร่างกายสามารถขับเหงื่อได้มากที่สุดวันละ ๕ ลิตร ซึ่งกลไกนี้ถูกควบคุมโดยใยประสาทซิมพาเธติก ชนิดโกลิเนอริจิก (post-ganglionic sympathetic nerve)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป หรือยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง มีปัจจัยที่สำคัญ ๓ ประการที่ทำให้เกิดภาวะหนาวสั่นหลังผ่าตัด ได้แก่

๑. ปัจจัยจากภายนอก

๑.๑ อุณหภูมิห้องผ่าตัด ปกติอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ของห้องผ่าตัดจะอยู่ในช่วง ๒๐-๒๔.๔ องศาเซลเซียส และร้อยละ ๕๒-๗๒ ซึ่งจะเหมาะสำหรับการทำงานของบุคลากรในห้องผ่าตัดเป็นอุณหภูมิที่เหมาะสมไม่ให้เกิดการส่งเสริมการเจริญเติบโตของแบคทีเรียถ้าห้องผ่าตัดมีอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ต่ำ ผู้ป่วยจะมีการสูญเสียความร้อนได้ จากการศึกษาของ ลัดดา ชุกกลิน, สุจิตรา ทองแก้ว, และสุปราณี อุดมรัตนศิริชัย (๒๕๖๓) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป พบว่าอุณหภูมิของห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และภาวะหนาวสั่น คือที่อุณหภูมิต่ำกว่า ๒๓ องศาเซลเซียส ผู้ป่วยจะมีภาวะเหล่านี้้อย่างชัดเจนและการเกิดภาวะทั้งสองนี้จะน้อยลงเมื่อห้องผ่าตัดมีอุณหภูมิสูงกว่า ๒๓.๕ องศาเซลเซียส ถ้าห้องผ่าตัดมีอุณหภูมิต่ำกว่า ๒๑ องศาเซลเซียส ผู้ป่วยทุกรายจะเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เนื่องจากมีแผ่รังสีความร้อนจากตัวผู้ป่วยไปยังผนังห้องผ่าตัด ในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป และไม่มีผ้าปกคลุมจะเสียความร้อนโดยการแผ่รังสีประมาณ ๕๐ กิโลแคลอรีต่อชั่วโมง

๑.๒ น้ำยาทำความสะอาดผิวหนัง การชะล้างแผล และการทาน้ำยาที่เย็นบนตัวผู้ป่วยขณะได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป และไม่มีเสื้อผ้าปกคลุม ทำให้การเสียความร้อนโดนระเหยเพิ่มมากขึ้น ส่วนการล้างแผลหรือช่องท้อง เช่น กระเพาะปัสสาวะด้วยน้ำที่อุณหภูมิห้องจะเสริมการเสียความร้อน โดยการระเหย การพาความร้อน และนำความร้อน จากการศึกษาของ จินตนา อินตาคำ (๒๕๔๕) ถึงอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะหนาวสั่นหลังจากได้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ที่โรงพยาบาลมหาสารคามพบว่าปริมาณสารน้ำที่ใช้ล้างบริเวณแผลผ่าตัดมีความแตกต่างกัน ในกลุ่มที่เกิดภาวะหนาวสั่นมีการใช้สารน้ำที่ใช้ล้างบริเวณแผลผ่าตัดปริมาณมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดภาวะหนาวสั่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕

๑.๓ การให้สารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำการให้สารน้ำที่อุณหภูมิห้องทางหลอดเลือดดำ จะทำให้มีการเสียความร้อนโดยการนำความร้อน ๑๖ กิโลแคลอรีต่อ ๑ ลิตร ส่วนการให้เลือดที่อุณหภูมิ ๔ องศาเซลเซียส จะสูญเสียความร้อนเพิ่มขึ้นเป็น ๓๐ กิโลแคลอรีต่อ ๑ ลิตร ทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลงประมาณ ๐.๒๕ องศาเซลเซียส และเกิดภาวะหนาวสั่นขึ้นได้ การให้เลือดจำนวนมากในอัตราที่เร็วและเย็น ร่างกายไม่สามารถปรับอุณหภูมิของเลือดให้เท่ากับร่างกายได้ อาจเกิดอาการตั้งแต่หนาวสั่นไปจนถึงหัวใจหยุดเต้นได้ เลือดที่ให้อาจเป็นเลือดที่อุ่นเสียก่อน (นิภา สุวรรณเวลา, ๒๕๕๖)

๒. ปัจจัยจากการผ่าตัด

๒.๑ การเปิดเผยเนื้อที่พื้นผิวภายในร่างกาย ถ้าปล่อยให้ผิวของเยื่อหุ้มปอด เยื่อหุ้มหัวใจและเยื่อช่องท้องสัมผัสกับอากาศจะทำให้มีการสูญเสียความร้อนโดยการระเหยมากถึง ๔๐๐ กิโลแคลอรีต่อชั่วโมง (สมัญญา บุรณอรรชชัย, ๒๕๕๖)

๒.๒ การสูญเสียเลือดเป็นจำนวนมาก ทำให้การสูญเสียความร้อนโดยการนำออกจากร่างกาย (วรภา สุวรรณจินดา, ๒๕๕๗)

๒.๓ ระยะเวลาในการผ่าตัด เมื่อศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาในการผ่าตัดกับอุณหภูมิของห้องผ่าตัดแล้วพบว่า ในห้องผ่าตัดที่มีอุณหภูมิที่เย็นใน ๑ ชั่วโมงที่ผ่านมาจะทำให้อุณหภูมิของคนไข้ลดลงไปถึง ๑ องศาเซลเซียส และการเกิดภาวะหนาวสั่นนั้น ถ้าผู้ป่วยอยู่ในห้องที่มีอุณหภูมิสูงกว่า ๒๓ องศาเซลเซียส ไม่ว่าจะระยะเวลาที่ผ่าตัดจะสั้นหรือยาว โอกาสที่จะเกิดภาวะหนาวสั่นนั้นพบได้น้อย และถ้าผ่าตัดนานไม่เกิน ๑ ชั่วโมง พบภาวะหนาวสั่นเพียงร้อยละ ๗.๘๙ แต่ถ้ากลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในห้องผ่าตัดที่อุณหภูมิต่ำกว่า ๒๓ องศาเซลเซียส และนานเกิน ๑ ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายต่ำ และมีภาวะหนาวสั่นได้มากขึ้นกว่าร้อยละ ๕๐ (เบญจมาศ ปรีชาคุณ, ๒๕๕๗)

๒.๔ การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปแก่ผู้ป่วย จะลดความสามารถของร่างกายในการรักษาระดับอุณหภูมิของร่างกายให้ปกติ อุณหภูมิของร่างกายจะลดลงอย่างน้อย ๑-๒ องศาเซลเซียส นอกจากนั้นในขณะที่ผู้ป่วยสลบจะเกิดการขยายของเส้นเลือด ร่วมกับการหายใจด้วยก๊าซที่แห้งและเย็น ทำให้ร่างกายสูญเสียความร้อนได้ง่าย ระยะเวลาให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ระหว่าง ๖๑ - ๒๑๐ นาที ที่ผู้ป่วยเกิดภาวะหนาวสั่นร้อยละ ๕๐ และระยะเวลาการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเกิน ๖๐ นาที มีผู้ป่วยเกิดภาวะหนาวสั่นร้อยละ ๒๖ (ลัดดา ชุกกลิน, สุจิตรา ทองแก้ว, และสุปราณี อุดมรัตน์ศิริชัย, ๒๕๖๓)

๒.๕ การให้ยาเฉพาะที่ทางไขสันหลัง จะทำให้ร่างกายเสียความร้อนจากการขยายตัวของหลอดเลือดในบริเวณที่หมดความรู้สึก และบริเวณที่ยังมีการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้ไม่สามารถสร้างความร้อนจากอาการหนาวสั่นได้ การสร้างความร้อนจากการเผาผลาญสารอาหารในร่างกาย ยังถูกยับยั้งทางอ้อมจากการที่ระดับของแคทีโคลามีน (Catecholamine) ในกระแสเลือดลดลง

๓. ปัจจัยจากผู้ป่วย

๓.๑ อายุ ในเด็กความสามารถในการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายจะหายไปโดยเฉพาะในเด็กที่คลอดก่อนกำหนดและเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำ ในเด็กแรกเกิดการเสียความร้อนออกจากร่างกายจะเพิ่มขึ้นจากการมีอัตราส่วนพื้นที่ผิวต่อมวลสูง ไขมันใต้ผิวหนังมีน้อย การตอบสนองโดยการเกิดภาวะหนาวสั่นทำได้ไม่ดี (สุพัตรา โล่ศิริวัฒน์, ๒๕๖๒) การระเหยของน้ำจากทางเดินหายใจมีปริมาณมาก การสร้างความร้อนจากการเมตะบอลิสมต่ำ ในจำนวนนี้ร้อยละ ๗๐ เป็นความร้อนที่เกิดจากเมตะบอลิสมของระบบประสาทกลาง ในเด็กคลอดครบกำหนดที่สัมผัสกับความหนาวเย็น สามารถสร้างความร้อนเพิ่มขึ้นโดยไม่มีอาการหนาวสั่น สำหรับเด็กที่คลอดก่อนกำหนดจะขาดไขมันสีน้ำตาล (brown fat) ทำให้ไม่สามารถสร้างความร้อนโดยวิธีนี้ได้ ในผู้สูงอายุ จะมีการสร้างความร้อนจากเมตะบอลิสมลดลง โดยเริ่มลดลงเมื่ออายุ ๖๕ ปีและจะลดลงมากเมื่ออายุมากกว่า ๘๐ ปี จึงเสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอย่างอื่น ได้แก่ การลดลงของมวล และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การมีอัตราส่วนพื้นที่ผิวต่อ

น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น การไหลเวียนโลหิตเป็นไปอย่างช้าๆ ความสามารถในการหดตัวของหลอดเลือดที่ผิวหนังลดลง และการมีความจุของหัวใจและหลอดเลือดจำกัด

๓.๒ โรคที่ผู้ป่วยเป็น (Underlying disease) โรคที่ทำให้การสร้างความร้อนจากเมตาบอลิซึมลดลง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคที่เกิดจากการขาดฮอร์โมน โรคขาดอาหาร โรคที่เกี่ยวกับหลอดเลือดส่วนปลาย ผู้ที่มีแผลไหม้ โรคพิษสุราเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีการสูญเสียความร้อนเพิ่มมากขึ้น

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

ภาวะหนาวสั่น (Shivering) เป็นอาการสั่นของกล้ามเนื้อหลายซึ่งเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองนอกอำนาจจิตใจจากกลไกการปรับอุณหภูมิกายที่ตอบสนองต่อความเย็นหรืออุณหภูมิร่างกายที่ลดลงเพื่อสร้างพลังความร้อนให้กับร่างกายยังทำให้สภาพร่างกายต้องการออกซิเจนมากขึ้นเป็นเท่าตัวและเพิ่มการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์และปริมาณเลือดออกจากหัวใจเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน (Hypoxia) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial Ischemia) กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infraction) นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายอีกด้วย สถิติการเกิดภาวะหนาวสั่นในประเทศสหรัฐอเมริกา พบร้อยละ ๓๓-๖๖ พบมากที่สุดในห้องพักฟื้น สถิติการเกิดภาวะหนาวสั่นในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบร้อยละ ๔๑.๙ สถิติการเกิดภาวะหนาวสั่นในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์พบได้บ่อยในห้องพักฟื้นโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ภาวะหนาวสั่นเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรงพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั้งแบบทั่วไปและแบบได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์และเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในห้องพักฟื้นโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งพบว่าเกิดภาวะหนาวสั่นในพักฟื้นมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ มีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ๑,๙๗๗ รายมีอาการหนาวสั่น ๑๘๗ ราย คิดเป็น ๙.๖๙ % ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ มีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ๑,๘๙๕ ราย มีอาการหนาวสั่น ๑๘๙ รายคิดเป็น ๙.๙๗ % ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ๑,๘๙๓ มีอาการหนาวสั่น ๒๗๘ รายคิดเป็น ๑๔.๖๙ % ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ภาวะหนาวสั่นมีแนวโน้มสูงมากขึ้นกว่าในแต่ละปีที่ผ่านมา จึงทำให้ผู้ทำวิจัยสนใจและต้องการทราบถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเกิดภาวะหนาวสั่น (Shivering) เพื่อจะได้นำมาป้องกันไม่ให้เกิดภาวะดังกล่าวกับผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและผู้ป่วยทั่วไปที่มาให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อจะได้นำผลการวิจัยมาพัฒนาการให้บริการระงับความรู้สึกผู้ป่วยให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะหนาวสั่น (Shivering) ในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดคลอดที่ห้องพักฟื้นโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

๒. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหนาวสั่น (Shivering) ในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดคลอดที่ห้องพักฟื้น โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน :

๑. เป็นการศึกษาแบบ Retrospective analytic study

๒. ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๔ - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕) การเลือกตัวอย่างเข้าศึกษา (Sampling method) โดยวิธีเลือกจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นเวชระเบียนที่มีความครบถ้วนทั้งหมดในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๔ - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕) ได้จำนวน ๑,๗๒๐ ราย

๓. การศึกษานี้ใช้การคำนวณทางสถิติแบบ intention to treat ใช้โปรแกรม Stata® version ๑๔ ในการคำนวณ ใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ในการทดสอบการกระจายของข้อมูลในแต่ละกลุ่ม และกำหนดค่าระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ดังนี้

๓.๑ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของประชากรโดยแสดงเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) ด้วย Chi-square เปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยระหว่าง ๒ กลุ่ม ด้วย student t-test

๓.๒ วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหนาวสั่น (Shivering) ด้วยการวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุโลจิสติก (multivariable logistic regression analysis)

๔. การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโดยการใช้แบบเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากใบ anesthetic record และ ใบ Post anesthetic record

ผลการดำเนินงาน/ผลการศึกษา :

การศึกษาจากการทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ผ่านห้องพักฟื้นโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่น (shivering) ในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดคลอดที่ห้องพักฟื้นโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จากกลุ่มตัวอย่าง ๑,๗๒๐ ราย ผลการศึกษาพบว่ามีความชุกของการเกิดภาวะหนาวสั่นร้อยละ ๑๒.๖๗ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุอยู่ในช่วง ๒๐ - ๓๐ ร้อยละ ๗๓.๗ รองลงมาคืออายุ ≥ 35 ปี ร้อยละ ๒๒.๒ BMI group (Body Mass Index Group) $> 23 \text{ Kg/M}^2$ ร้อยละ ๘๙.๕ การได้รับการระงับความรู้สึกส่วนใหญ่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวร้อยละ ๔๗.๙ รองลงมาคือ การได้รับการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังร้อยละ ๔๐.๙ ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดส่วนใหญ่น้อยกว่า ๖๐ นาที ร้อยละ ๘๗.๔ ปริมาณเลือดที่เสียจากการผ่าตัดส่วนใหญ่น้อยกว่า ๕๐๐ ml ร้อยละ ๖๘.๓ ปริมาณเลือดที่เสียในระหว่างผ่าตัด $\geq 1,500 \text{ ml}$ ร้อยละ ๖๗.๔ สำหรับ ASA classification ส่วนใหญ่เป็น ASA classification status ๒ โดยมี status ๒ ร้อยละ ๓๑.๘ และ status ๒E ร้อยละ ๓๒.๓ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการเหน็บยา Cytotec ร้อยละ ๖๗.๕

อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่น (Shivering) ในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดคลอดที่ห้องพักฟื้นโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ พบว่ามี ๓ ปัจจัยคือ ปัจจัยที่ ๑ ผู้ป่วยที่มีอายุอยู่ในช่วง ๒๐ - ๓๔ ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหนาวสั่น ๑.๒๕ เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของคุณวนิดา ศรีสถาน (๒๕๖๓) ที่ทำการศึกษาก่อนหน้านี้มีผลต่อภาวะหนาวสั่นที่ห้องพักฟื้นในผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังพบว่า ผู้ป่วยอายุ < 25 ปี และ ๒๕ - ๓๔ ปี มีภาวะหนาวสั่นที่ห้องพักฟื้นมากกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่ ๒ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหนาวสั่น (Shivering) คือผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบการฉีดยาชาทางช่องไขสันหลังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหนาวสั่น ๑.๙๑ เท่าเมื่อเทียบกับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของคุณสุกัญญา อองอาจ (๒๕๖๑) ที่ได้ทำการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (GA) หรือการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (SB) ในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาชาเฉพาะส่วนมีโอกาสเกิดภาวะหนาวสั่นเพิ่มขึ้น ๖.๓๑ เท่าเมื่อเทียบกับการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (odds ratio = ๖.๓๕, ๙๕% CI = ๒.๐๕๒-๑๙.๗๗๗, $p=0.01$) เพราะการฉีดยาชาทางช่องไขสันหลังมีการขยายตัวของหลอดเลือดมากกว่า และปัจจัยที่ ๓ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหนาวสั่น (Shivering) คือผู้ป่วยที่ได้รับยา cytotec เหน็บทางช่องคลอดมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหนาวสั่น ๓.๖๙ เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการเหน็บยา ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของคุณ ภาวิณี กาญจนถวัลย์ (๒๕๕๘) ที่ได้ทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลและผลข้างเคียงของการใช้ Misoprostal (Cytotec) ระหว่าง

การอมได้ล้มกับการเหน็บยาทางช่องคลอดผลการศึกษาพบว่าประสิทธิผลไม่ต่างกันแต่การเหน็บยาทางช่องคลอดส่งผลข้างเคียงคือผู้ป่วยมีไข้หนาวสั่นสูงกว่าคือ ร้อยละ ๖๘.๔๒ ซึ่งอาจเป็นเพราะการบริหารยาทางช่องคลอดทำให้ระดับยาในเลือดสูงอยู่นานจึงพบผู้ป่วยมีไข้หนาวสั่นได้มากกว่า

ขั้นตอนการวิจัย

- ๑.เลือกเรื่องที่จะศึกษา
- ๒.ศึกษาค้นคว้า เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- ๓.เขียนโครงร่างวิจัย
- ๔.จัดทำเครื่องมือในการวิจัย
- ๕.ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
- ๖.ดำเนินการวิจัย ตามวิธีการวิจัยที่กำหนดไว้
- ๗.เก็บรวบรวมข้อมูล
- ๘.วิเคราะห์ข้อมูล
- ๙.สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ
- ๑๐.จัดพิมพ์ เผยแพร่ผลงาน

เป้าหมายของงาน

- ๑.เพื่อหาสาเหตุของการเกิดภาวะหนาวสั่น(shivering)
- ๒.เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการป้องกันภาวะหนาวสั่น(shivering)ในห้องพักฟื้น

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

๑. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะหนาวสั่น
๒. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

เชิงคุณภาพ

- ๑.มีมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกัน
- ๒.พัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการระงับความรู้สึก
- ๓.ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- ๑.เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจนำไปศึกษาค้นคว้าต่อ
- ๒.นำผลการวิจัยมาวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายอื่นๆเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการหนาวสั่น

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสร็จแล้วปรากฏว่าปัจจัยเรื่องอายุมีผลทำให้เกิดการหนาวสั่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่หน่วยงานวิจัยมาสนับสนุนที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่อนข้างยากต้องใช้เวลาในการค้นคว้าเป็นเวลายาวนาน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังการจัดเอกสารไม่มีการเรียงตามปีงบประมาณจึงทำให้มีปัญหาในการค้นหาข้อมูลของผู้ป่วย

๙. ข้อเสนอแนะ

- ๑.ผลการวิจัยมาพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะหนาวสั่น(Shivering)โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง
- ๒.นำผลการวิจัยมาเสนอใน PCT สูติกรรมแจ้งให้ทราบถึงข้างเคียงของการใช้ยา Cytotec
- ๓.ควรมีการตั้งงบประมาณจัดซื้อ Wärmmer ไว้ในห้องผ่าตัดสูติกรรมทุกห้อง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอในงานวิชาการจังหวัดชุมพร วันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๖

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นางสาววิภาวี จารุมา สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %
 ๒) สัดส่วนของผลงาน
 ๓) สัดส่วนของผลงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

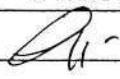
(นางสาววิภาวี จารุมา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ


(วันที่) 17 / ๓.๓. / 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาววิภาวี จารุมา	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) 

(นางเบญจวรรณ นครพัฒน์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

(วันที่) 17 / ๓.๓. / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นางสาวปัทมพันธ์ อนนต์พงศ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

(วันที่) 17 ๓.๓. 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง แนวทางการป้องกันภาวะหนาวสั่นในห้องพักฟื้นสำหรับมารดาที่ผ่าตัดคลอด

๒. หลักการและเหตุผล

ภาวะหนาวสั่น (Shivering) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วไปและได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ เนื่องจากระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยเสียความร้อนออกจากร่างกาย อาการหนาวสั่นเป็นกลไกในการสร้างความร้อนให้แก่ร่างกาย ที่ต้องอาศัยพลังงานโดยการหดตัวของใยกล้ามเนื้อทั่วตัวเพื่อเพิ่มอุณหภูมิให้เร็วขึ้นซึ่งต้องใช้ออกซิเจนเป็นจำนวนมากจึงอาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ (สมหมาย ทองมี, ๒๕๖๑) ผลของการหนาวสั่นนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยไม่สบายแล้วยังทำให้สภาพร่างกายต้องการออกซิเจนมากขึ้นเป็นเท่าตัวและเพิ่มการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์และปริมาณเลือดออกจากหัวใจทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน (Hypoxia) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial Ischemia) และกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infraction) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางระบบหัวใจและหลอดเลือดอยู่แล้ว นอกจากนั้นภาวะหนาวสั่นยังทำให้ความสามารถในการทำลายและขับถ่ายยาออกจากร่างกายลดลง การที่อุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัดส่งผลทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแล้วเกล็ดเลือดยังทำงานผิดปกติทำให้การแข็งตัวของเลือดช้าลง เป็นสาเหตุให้มีโอกาสสูญเสียเลือดมากขึ้นทั้งในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดส่งผลต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่ผลได้ง่าย

สำหรับโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ภาวะหนาวสั่นเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในห้องพักฟื้นเช่นเดียวกันโดยเฉพาะในกลุ่มมารดาที่มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบว่าเกิดภาวะหนาวสั่นในพักฟื้นมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการหนาวสั่นและให้มารดามีความสบายมากขึ้นสามารถกลับไปเลี้ยงบุตรได้อย่างรวดเร็วหลังผ่าตัดผู้จัดทำจึงได้สนใจที่จะจัดทำแนวทางการป้องกันภาวะหนาวสั่นในห้องพักฟื้นสำหรับมารดาที่ผ่าตัดคลอดขึ้นมาเพื่อนำมาพัฒนางานในหน่วยงาน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการเก็บข้อมูลย้อนหลังไป ๓ ปี พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการหนาวสั่นหลังพักฟื้นคือกลุ่มมารดาที่มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ มีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ๑,๙๗๗ ราย มีอาการหนาวสั่น ๑๙๗ ราย คิดเป็น ๙.๖๙ % ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ มีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ๑,๘๙๕ ราย มีอาการหนาวสั่น ๑๘๙ รายคิดเป็น ๙.๙๗ % ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ๑,๘๙๓ ราย มีอาการหนาวสั่น ๒๗๘ รายคิดเป็น ๑๔.๖๙ % ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ภาวะหนาวสั่นมีแนวโน้มสูงมากขึ้นกว่าในแต่ละปีที่ผ่านมา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังร่วมกับงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษาทำให้ผู้ศึกษาทราบแล้วว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการเกิดภาวะหนาวสั่น (Shivering) ในมารดาที่มาผ่าตัดคลอดโดยผู้จัดทำจะได้นำปัจจัยต่างๆ เหล่านั้นมากำหนดเป็นแนวทางในการป้องกันภาวะหนาวสั่นเพื่อให้มารดาเหล่านั้นไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพราะถ้าหากเกิดภาวะแทรกซ้อนจะทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอีกด้วย


๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีแนวทางในการป้องกันภาวะหนาวสั่นในห้องพักฟื้นสำหรับมารดาที่ผ่าตัดคลอด
๒. มารดาที่มาผ่าตัดคลอดได้รับการดูแลตามแนวทางในการป้องกันภาวะหนาวสั่นในห้องพักฟื้นสำหรับมารดาที่ผ่าตัดคลอด
๓. มารดาที่มาผ่าคลอดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการหนาวสั่นในห้องพักฟื้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. มารดาที่มาผ่าตัดคลอดได้รับการดูแลตามแนวทางในการป้องกันภาวะหนาวสั่นในห้องพักฟื้นสำหรับมารดาที่ผ่าตัดคลอด > ๘๐ %

๒. มารดาที่มีปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดอาการหนาวสั่นได้รับการดูแลตามแนวทางในการป้องกันภาวะหนาวสั่นในห้องพักฟื้นสำหรับมารดาที่ผ่าตัดคลอด ๑๐๐ %

(ลงชื่อ) 

(นางสาววิภาวี จารุมา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 17 / ๓.ค. / 2566

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ (Study of incidence of complications in Total Abdominal Hysterectomy at Chumphon Khet Udomsakdi Hospital.)

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖ – ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ทางวิชาการ เรื่องโรค สาเหตุของการเกิดโรค ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง อาการและอาการแสดง การรักษา วิธีการผ่าตัด ช่องทางในการผ่าตัด ลักษณะของการเกิดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด การวางแผนจำหน่าย การดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง

๓.๒ ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลมา ๓๒ ปี เริ่มปฏิบัติงานครั้งแรกที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ช่วงเวลานั้นหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงรับผู้ป่วยเพศหญิงที่มีปัญหาด้านศัลยกรรมทั้งหมด รวมถึงผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสูติ-นรีเวช จึงมีประสบการณ์การให้การพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกมดลูกออกทางหน้าท้อง ซึ่งเป็นการผ่าตัดใน ๕ อันดับโรคของผู้ป่วยสูติ-นรีเวช การพยาบาลที่สำคัญคือการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยเฉพาะใน ๒๔ ชั่วโมงหลังผ่าตัด หลังจากนั้นได้ย้ายไปปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม คลินิกอายุรกรรม งานผู้ป่วยนอก ในช่วงเวลาที่ย้ายไปปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆ ได้สะสมประสบการณ์ความเป็นพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมาก และได้ย้ายมาดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงส่วนหนึ่งที่เข้ามาใช้บริการมีปัญหาซับซ้อนเกี่ยวเนื่องและร่วมกันในด้านนรีเวชและศัลยกรรมเสมอ โดยเฉพาะผู้ป่วยเพศหญิงที่มาด้วยเรื่องปวดท้อง ซึ่งเบื้องต้นส่วนหนึ่งต้องรับเข้ามาดูแลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงก่อนเพื่อรอการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น ผู้ป่วย Rupture Ovarian tumor, Ectopic pregnancy หรือผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะลุกลามต้องผ่าตัดมดลูกออกและอวัยวะอื่นในช่องท้องร่วมด้วย เป็นต้น ทำให้พยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญ ประสบการณ์ในการประเมินและการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรคด้านสูติ-นรีเวชสูง เพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการผ่าตัดปลอดภัยและให้การพยาบาลได้ถูกต้องมีประสิทธิภาพ รวมทั้งต้องอาศัยความรู้ ประสบการณ์ของวิชาชีพพยาบาลที่สะสมมาช่วยในการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคด้านอายุรกรรมร่วม หรือมีโรคประจำตัว ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง หรือผู้ป่วยที่ผ่าตัดด้านสูติ-นรีเวช ต้องได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกเช่นเดียวกันกับผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ในการให้การพยาบาลในการจัดการความปวด การพยาบาลการดูแลผู้ป่วยเสียเลือดจากการผ่าตัด การพยาบาลดูแลแผลผ่าตัด การเฝ้าระวังอุบัติการณ์ อาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งประสบการณ์การพยาบาลเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแผนกสูตินรีเวช ให้ผู้ป่วยปลอดภัย ป้องกันอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

ในการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง โดยใช้ข้อมูลมาเป็นพื้นฐานในการปรับปรุงและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องให้เป็นแนวทางเดียวกันต่อไป เนื่องจากปัจจุบันโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ มีหอผู้ป่วยที่เปิดให้บริการในกลุ่มงานการพยาบาลสูตินรีเวชอยู่ ๓ หน่วยงาน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง (TAH) จะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและรับไว้ในหอผู้ป่วย สูตินรีเวชกรรม, หอผู้ป่วยหลังคลอด และหอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดระยะเวลาอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย และผู้ป่วยพึงพอใจ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

มดลูกเป็นอวัยวะสำคัญในการเจริญพันธุ์ เป็นสัญลักษณ์ที่สำคัญของสตรีเพศ การผ่าตัดมดลูก (abdominal hysterectomy) เป็นการผ่าตัดเพื่อการรักษาโรคทางนรีเวชกรรม เช่น เนื้องอกในมดลูก ภาวะเยื่อ
บุมดลูกเจริญผิดที่ การมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด หรืออาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกราน (Williamson, M.L., ๑๙๙๒) การตัดมดลูกเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ส่งผลต่อสตรีได้ในด้านบวกคือทำให้สตรีนั้นหายจากโรคทางนรี
เวชกรรมลดอุบัติเหตุการตั้งครรภ์เป็นมะเร็งในระบบสืบพันธุ์ลงมีคุณภาพชีวิตที่ดีแต่ก็อาจส่งผลในด้านลบได้เช่นกัน เช่น
ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดจากการผ่าตัด อาการเจ็บปวด การดมยาสลบ หรือการสูญเสียอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับ
การสืบพันธุ์ และการสูญเสียความสามารถในการมีบุตร (Carlson, K.J., Miller, B.A., & Fowler, F.J., ๑๙๙๔)
ระยะผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ การติดเชื้อและมีอันตรายจากการสูญเสียเลือด ส่วนระยะหลัง
ผ่าตัดมีปัญหาปวดแผล (ณัฐวรรตี จิรายุสวุฒินา, ๒๕๖๕)

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ๑) ขณะผ่าตัด (intraoperative complication) การบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะ (bladder injury) พบได้บ่อยที่สุด ๑-๒% การบาดเจ็บต่อ
ลำไส้ (bowel injury) พบ ๐.๑-๑% โดยลำไส้ส่วนที่บาดเจ็บได้บ่อยคือ ลำไส้เล็ก (small bowel injury) การ
บาดเจ็บต่อท่อไต (ureter injury) พบ ๐.๑-๐.๕% เลือดออก โดยเฉพาะส่วนของ uterine artery และ
ovarian artery (infundibulo pelvic ligament) ๒) หลังการผ่าตัด (postoperative complication) เสีย
เลือด แผลติดเชื้อ (surgical wound infection) การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน (pelvic infection) การติดเชื้อใน
ทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) และปอดอักเสบ (pneumonia) ทางเชื่อมระหว่างกระเพาะ
ปัสสาวะและช่องคลอดทะลุ (vesicovaginal fistula) พบได้น้อยประมาณ ๐.๑-๐.๒% ปวดบริเวณแผลผ่าตัด
เรื้อรังเนื่องจากการบาดเจ็บของ ilioinguinal nerve และ iliohypogastric nerve โดยเฉพาะในกรณีที่ลง
แผลแบบ Pfannenstiel incisions (พัชรี เรื่องเจริญ, ๒๕๖๑)

จากอุบัติการณ์ ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด
มดลูกทางหน้าท้องมีความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วที่สุด โดยภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพ
การดูแลผู้ป่วย วันนอนที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นด้วย (Tappenden, K. A.,
Quatrara, B., Parkhurst, M. L., Malone, A. M., Fanjiang, G., & Ziegler, T. R., ๒๐๑๓) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมี
ความสนใจในการศึกษาอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องในโรงพยาบาล
ชุมพรเขตรอดมศักดิ์ย้อนหลังตั้งแต่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕-๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ เนื่องจากที่ผ่านมาไม่มีใคร
ศึกษา เพื่อนำผลวิจัยมาปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องให้ปลอดภัย
ต่อไปและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วย เช่น การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง (Laparoscopic
Hysterectomy) ซึ่งเป็นการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ที่ช่วยให้แผลผ่าตัดมีขนาดเล็กลง ลดอาการเจ็บ
แผล และใช้ระยะเวลาในการพักฟื้นน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดแผลหน้าท้อง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้
ชีวิตตามปกติได้เร็วขึ้น (ณัฐวรรตี จิรายุสวุฒินา, ๒๕๖๕)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง
ในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอดมศักดิ์

รูปแบบการวิจัย Retrospective medical record review

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. เข้ารับการอบรมหลักสูตร GCP online training (Computer -based) เรื่องแนวทางการปฏิบัติ
การวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP: E๖ (R๒)) ได้รับประกาศนียบัตรรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาแพทยศาสตร์

๒. คัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจและเป็นปัญหาในการปฏิบัติงานมาเป็นหัวข้อในการวิจัย

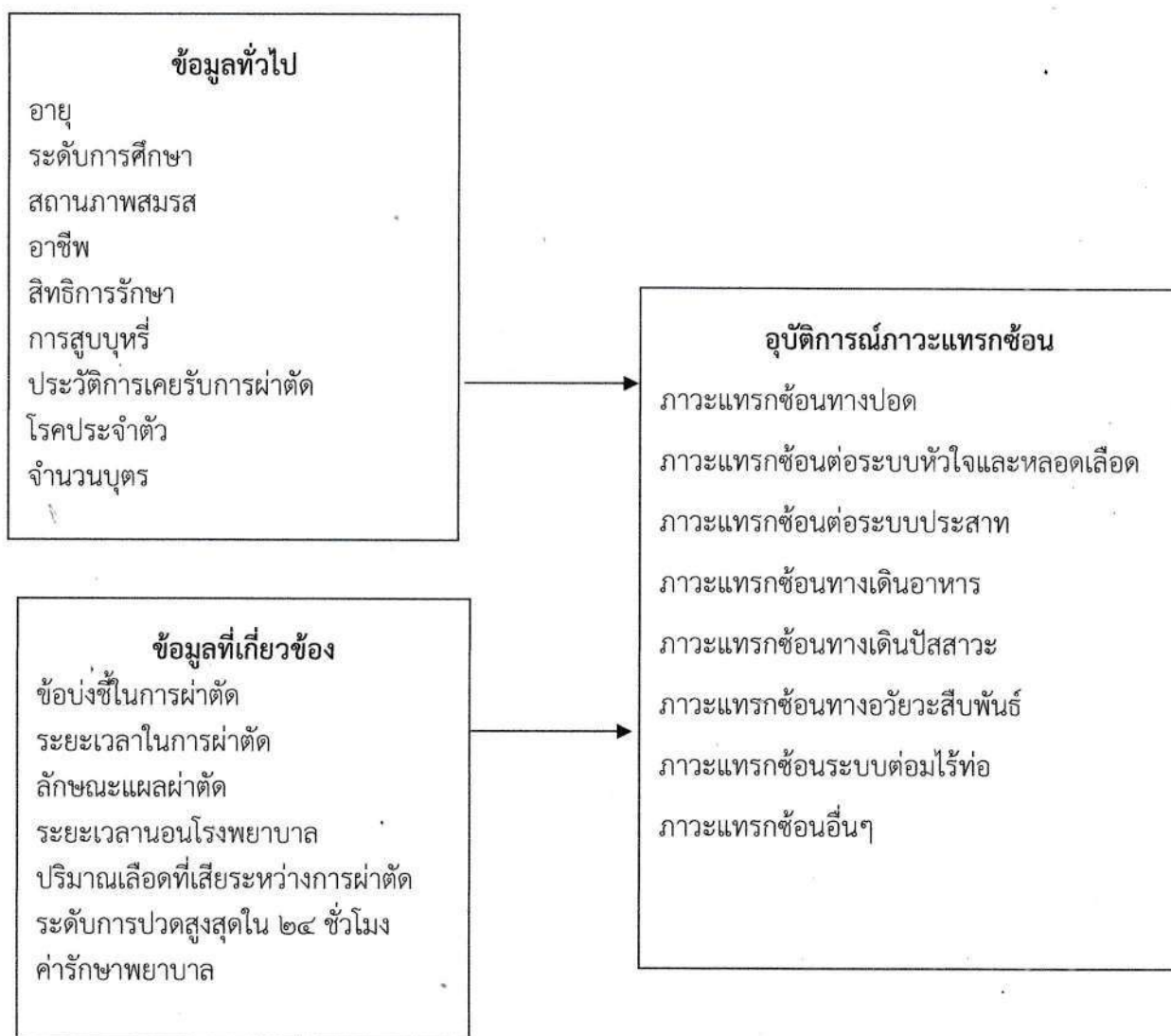
๓. ปรึกษาผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้ทรงคุณวุฒิ

๔. ศึกษาเอกสาร เนื้อหา วิชาการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปฏิบัติการการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ร่วมกับการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้อง

๕. คำนวณขนาดตัวอย่าง เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ที่มารับการรักษาตั้งแต่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ โดยใช้เกณฑ์ ๑) เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยมารับการผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน มีการนัดหมายล่วงหน้า ๒) เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัยคือผู้ป่วยที่เวชระเบียนไม่สมบูรณ์ และผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจก่อนเข้ารับการผ่าตัด ๓) เกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัยคือเวชระเบียนที่มีปัญหาฟ้องร้อง หรือเป็นคดี

๖. การกำหนดประชากรเป้าหมาย คือเวชระเบียนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ที่มารับการรักษาตั้งแต่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ จำนวนทั้งหมด ๑๑๐ ราย การเลือกตัวอย่างเข้าศึกษาโดยวิธีเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ที่มีความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดโดยใช้ตารางการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Krejcie R.V., & D.W. Morgan, ๑๙๗๐) โดยได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ ๘๖ ราย

๗. การกำหนดกรอบแนวคิดโดยผู้วิจัยนำปฏิบัติการการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องจากการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา



๘. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล (case record form) จากเวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งแบ่งเนื้อหาเป็น ๓ ส่วน ดังนี้ ๑) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ๒) ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ๓) แบบบันทึกข้อมูลอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน

๙. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล โดยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเสนอเค้าโครง การวิจัยและแบบรวบรวมข้อมูลต่อคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เพื่อขออนุมัติและได้รับการอนุมัติในการวิจัยหนังสือรับรองเลขที่ ๐๕๘/๒๕๖๖ รหัสโครงการวิจัย CPH-EC-๐๖๔/๒๕๖๖

๑๐. บันทึกขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์เพื่อขอเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน

๑๑. ค้นหากลุ่มเป้าหมายโดยค้นจากรหัส ICD - ๑๐, ICD ๙ - CM รหัส C๕๖, C๗๙๖, D๐๖๐, D๐๖๑, D๐๖๗, D๐๖๙, D๒๕๐, D๒๕๑, D๒๕๒, D๒๕๙, D๘๗๙, N๗๑๙, N๘๐๐, N๘๓๒, N๗๓๑, N๘๑๓, N๘๑๔, N๘๗๑, C๕๓๐, Z๙๐.๗๑๐, ๖๘๔๙ เมื่อได้เลข Hospital number และ Admission number แล้วนำไปค้นหาเวชระเบียน

๑๒. นำข้อมูลจากเวชระเบียนกรอกลงใน case record form และนำข้อมูลลงโปรแกรม Excel

๑๓. การวิเคราะห์ผลการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลปัจจัยภายนอก ข้อมูลอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

๕.๑ มีผลงานวิจัย ๑ เรื่อง

๕.๒ ชนิดและจำนวนอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

๕.๓ จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

๕.๔ ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

๕.๕ ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

เชิงคุณภาพ

มีข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปพัฒนาแนวทางปฏิบัติการการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง เพื่อให้บุคลากรพยาบาลได้ปฏิบัติไปในทางเดียวกันและให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการพยาบาลและส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังเห็นความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกการพยาบาลในส่วนที่เป็นข้อบกพร่องเพื่อสามารถนำไปพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพบันทึกการพยาบาลต่อไป

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ นำไปใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง เพื่อให้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๖.๒ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการต่อยอดงานวิจัยเป็นการวิจัยพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องต่อไป

๖.๓ ใช้เป็นเอกสารวิชาการประกอบการพิจารณาประเมินผลงานในตำแหน่งที่สูงขึ้น

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยศึกษาจากเวชระเบียน มีข้อจำกัดในเรื่องรายละเอียดของข้อมูล

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแบบบันทึก ทำให้ไม่สามารถ ทราบข้อมูลเชิงลึก เช่น ความรู้สึกนึกคิด ความรู้สึก ความพึงพอใจ ปัญหาหรืออาการผิดปกติที่ไม่ได้บันทึกไว้ หรือเหตุผลในการดูแลรักษา ข้อจำกัดในเรื่องความไม่สมบูรณ์ของการบันทึก ลายมือที่ใช้บันทึกในเวชระเบียนอ่านยากทั้งในส่วนของแพทย์และพยาบาล และพบความไม่สอดคล้องของการบันทึกทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่สมบูรณ์

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การวิจัยไม่สามารถเก็บข้อมูลย้อนหลังเกินจากระยะเวลาที่กำหนดได้เนื่องจากก่อนนี้ โรงพยาบาลชุมพร เขตอุดมศักดิ์มีการเก็บเวชระเบียนเป็นแฟ้มเอกสาร ไม่มีระบบการเก็บเอกสารใน Computer อาจเกิดปัญหาในการค้นหาเวชระเบียนย้อนหลังในปริมาณที่มากได้และข้อมูลอาจไม่สมบูรณ์ งานวิจัยนี้จึงสามารถเก็บข้อมูลย้อนหลังได้เพียง ๑๒ เดือน

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

๙.๑.๑ ควรนำข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องไปพัฒนาทีมแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้ ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้น เพื่อให้มีการป้องกันและเฝ้าระวังก่อนเกิด หรือเกิดแล้วช่วยเหลือแก้ไขได้รวดเร็วทันเวลา

๙.๑.๒ พัฒนาปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง เพื่อลดอันตรายความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วย ลดต้นทุน ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

๙.๒ ด้านการบริหารและนโยบาย นำผลวิจัยไปบริหาร จัดการ กำลังคน อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ และการพัฒนาทักษะและความรู้ของบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาล เพิ่มศักยภาพและสมรรถนะในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป เช่น การพัฒนาการผ่าตัดผู้ป่วยมดลูกออกทางหน้าท้องแบบส่องกล้อง

๙.๓ ด้านการวิจัย ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติมทั้งในส่วนของความเสี่ยงของผู้ป่วย และการดูแลที่ได้รับหลังผ่าตัด เพื่อให้การศึกษามีความสมบูรณ์มากขึ้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ในขั้นดำเนินการ

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- | | | |
|------------------------------|-----------------|-------|
| ๑) นางสุนิศา จันทร์ศิริวิชัย | สัดส่วนของผลงาน | ๑๐๐ % |
| ๒)..... | สัดส่วนของผลงาน | |
| ๓)..... | สัดส่วนของผลงาน | |

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

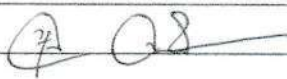
(นาง สุนิศา จันทร์ศิริวิชัย)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 17 ต.ค. 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสุนิศา จันทร์ศิริวิชัย	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 

(นางธนวรรณ สุกลี)

(ตำแหน่ง) ปฏิบัติหน้าที่แทนหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม

(วันที่) 17 ต.ค. 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... 

(นางเบญจวรรณ นครพัฒน์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

(วันที่) 17 ต.ค. 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูติ - นรีเวช โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

๒. หลักการและเหตุผล

ความปวด คือ ประสบการณ์ทางความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่สบาย ซึ่งเกิดขึ้นร่วมกับการที่เนื้อเยื่อ ถูกทำลายหรือมีแนวโน้มในการทำลายเนื้อเยื่อนั้น (Hinkle, J., & Cheever, K. H., ๒๐๑๘) สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย ได้กำหนดให้ความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้า (Fifth Vital Sign) ของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการประเมินติดตามอย่างถูกต้องเหมาะสมที่ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของความปวด (Pakanta, I, Lincharearn, A. and Toolyodpum, S., ๒๐๑๗) ดังนั้นการคัดกรองความปวดอย่างรวดเร็ว จึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการควรได้รับเช่นเดียวกับการประเมินสัญญาณชีพอื่น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด มีเนื้อเยื่อถูกทำลายหรือบาดเจ็บทำให้เกิดความปวด ความปวดหลังผ่าตัดส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ รบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในด้านกิจวัตรประจำวันทั่วไป การนอนหลับ ความสามารถในการเดิน การเคลื่อนไหว การหายใจ อารมณ์ การทำกิจกรรมอื่นๆ และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, ๒๕๕๔) เมื่อเกิดความปวดต้องมีการจัดการอย่างรวดเร็ว ต้องมีการติดตามผลการจัดการและประสิทธิผลของการรักษา ซึ่งพยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด ๒๔ ชั่วโมง แต่ทว่าปัญหาที่พบโดยทั่วไป คือ การประเมินและการจัดการความปวดของผู้ป่วยนั้นพยาบาลวิชาชีพยังไม่สามารถจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจาก ๑) ขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด (SombutyanuchitT, Binya N. and Sungkaew,S., ๒๐๑๖) ๒) เครื่องมือ ที่ใช้ประเมินความปวดไม่ครอบคลุมทั้งในด้านพฤติกรรม ไม่เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วย ๓) ขาดการบันทึกข้อมูลความปวดอย่างต่อเนื่องและ ๔) ไม่มีนโยบายชัดเจนในด้านการจัดการความปวดเป็นต้น

จากสถิติของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ กลุ่มงานสูติ-นรีเวช มีจำนวนผู้ป่วยในผ่าตัดจำนวน ๑,๒๑๕ ราย, ๑,๕๖๙ และ ๒,๗๔๐ ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยเหล่านี้รับไว้ดูแลรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวช หอผู้ป่วยหลังคลอด และหอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่าการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลยังไม่เป็นไปในทางเดียวกัน มีความล่าช้าในการประเมินและจัดการให้การพยาบาลความเจ็บปวด ส่วนใหญ่กิจกรรมการพยาบาลที่พบในเวชระเบียน พยาบาลจะให้การพยาบาลลดปวดโดยการให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์เท่านั้น และนอกจากนี้ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติในการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูตินรีเวชที่ชัดเจน

ผู้เสนอแนวทางการพัฒนาจึงเห็นควรมีการพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูตินรีเวช เพื่อให้ผู้ป่วยสูติ-นรีเวช ได้รับการบรรเทาปวดหลังผ่าตัดอย่างมีระบบ มีการจัดการระงับความปวดหลากหลายไม่เป็นเพียงแต่เนื่องการให้ยาตามแผนการรักษาเท่านั้น ซึ่งแนวทางการจัดการความปวดแบบใหม่นี้ นำเสนอจะก่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดีต่อผู้ป่วย โดยสามารถลดความปวดและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการจัดการความปวดผู้ป่วยสูตินรีเวชหลังผ่าตัดตามแบบเดิม

๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไข

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Hinkle & Cheever, ๒๐๑๘) เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงไม่ได้ การผ่าตัดของผู้ป่วยสุติ-นรีเวชส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ใช้เวลาผ่าตัดนาน โดยเฉพาะการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ต้องผ่าตัดเปิดหน้าท้อง ก่อให้เกิดความปวดที่กล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวร่างกายและการหายใจ สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดนานาชาติ (International Association for the Study of Pain) มีแนวคิดที่ว่า ความปวดหลังผ่าตัดสามารถจัดการได้ และควรมีการวางแผนล่วงหน้า โดยใช้การจัดการความปวดแบบผสมผสาน (Multimodal Pain Management) เป็นการจัดการความเจ็บปวดแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา (IASP, ๒๐๑๗) ซึ่งในปัจจุบันมีวิธีการควบคุมความปวดแบบไม่ใช้ยามีหลากหลาย เช่น การใช้ความเย็นบรรเทาปวด การจัดทำหรือยกแขน ขาข้างที่ปวดสูง เพื่อลดอาการปวด บวม การนวด คลึงเบาๆ บริเวณที่ไม่มีแผลหรือสายน้ำเกลือ การเปลี่ยนท่าที่ถูกต้อง เช่น ใช้วิธีการตะแคงตัว ในการเปลี่ยนท่าจากนอนเป็นนั่ง หรือจากนั่งเป็นนอนจะช่วยลดการเกร็งกล้ามเนื้อและการดึงของแผลผ่าตัด การฝังเข็ม (Acupuncture) การระงับความปวดจากการกระตุ้นปลายประสาท (Transcutaneous electric nerve stimulation: TENS) การกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า การกำหนดลมหายใจ การใช้สมาธิบำบัด การใช้ดนตรีบำบัด การสร้างจินตภาพ เพื่อเสริมฤทธิ์ในการระงับปวด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่การนำดนตรีบรรเลงมาใช้ ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไปในระยะหลังผ่าตัด ๔๘ ชั่วโมง พบว่าระดับความปวดลดลง (Im-erb, Kongchoom, Rimsueb, & et al, ๒๐๑๓) ซึ่งดนตรีจะมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ กระตุ้นต่อมพิทูอิทารี ให้หลั่งสารเอนดอร์ฟิน และยังช่วยเบี่ยงเบนความสนใจทำให้เกิดความผ่อนคลาย สงบ สบายใจ ส่งผลต่อการปวดให้ลดลง การนำสมาธิบำบัดมาใช้ก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกหรือเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ทำให้มีระยะห่างระหว่างเวลาปวดถึงหายปวดได้เร็วกว่ากลุ่มให้การพยาบาลปกติและจำนวนครั้งของการให้ยาแก้ปวดลดลง (Dhamakawinwong & Yaiyaung, ๒๐๑๒) การทำสมาธิบำบัดจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสารเคมีภายในร่างกาย ทำให้เกิดการผ่อนคลาย เกิดการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญในร่างกาย การเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตและสารเคมีในสมอง เพิ่มการทำงานของเซลล์เอสจี ปิดกั้นสัญญาณความปวดไม่ให้ไปที่ระบบควบคุมส่วนกลาง และมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้ความปวดลดลง การใช้จินตภาพกับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด ที่มีความปวดในระดับปานกลางจะทำให้ความปวดลดลงเหลืออยู่ในระดับเล็กน้อย (Utsahapanich & Tudpinij, ๒๐๑๒) อธิบายได้ว่าการสร้างจินตภาพเป็นการกระตุ้นการทำงานของสมองซีกขวา เปลี่ยนแปลงการรับรู้ความปวดโดยการรับรู้ภาพที่พึงพอใจแทนลดการรับรู้ทางอารมณ์ ส่งผลให้ลดการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็ก เมื่อร่างกายผ่อนคลายจะทำให้หลั่งสารเอนดอร์ฟิน การหดเกร็งของกล้ามเนื้อลดลงทำให้อาการปวด อึดราซึพจร อึดราการหายใจ และความดันโลหิตลดลง

ด้วยหลักการเหล่านี้ จึงมีแนวคิดในการจัดการความเจ็บปวดของผู้ป่วยสุติ-นรีเวชพยาบาล โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์แบบผสมผสานทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยาควบคู่กันไปใน การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยใช้กิจกรรมบำบัด ที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย เช่น การทำสมาธิ การฟังเพลง/ดนตรี การจัดทำ การประคบเย็น การนวด การฝังเข็ม เป็นต้น ร่วมกับการตั้งเป้าหมายลดปวดหลังผ่าตัดร่วมกับผู้ป่วย ดังนั้นการพัฒนาและปรับปรุงแนวทางการจัดการความปวดแบบผสมผสานจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อสร้างความพึงพอใจ ลดความทุกข์ทรมาน ลดค่าใช้จ่าย ลดปริมาณการใช้ยาและลดผลข้างเคียงของยา ให้กับผู้ป่วย ร่วมกับการตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วย จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งของการจัดการความปวด โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมวางแผนและมีพันธะสัญญาในการจัดการความปวดร่วมกัน โดยการตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัดเป็นกระบวนการคิดที่ผู้ป่วยกำหนดขึ้น เพื่อนำความคิดของตนมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อลดอาการปวดให้อยู่ระดับที่ตนเองยอมรับได้และเกิดผลลัพธ์ดีหลังการผ่าตัด (จุฑารัตน์ สว่างชัย, ชุสิทธิ์ ปิยสุทธิ, และ

ศิริพร แก้วกุลพัฒน์, ๒๕๖๒) การสร้างแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยเป็นการจัดการความปวดแบบผสมผสานจะส่งผลให้การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดของแผนกสูติรีเวชเกิดประสิทธิผลยิ่งขึ้น
ขั้นตอนในการดำเนินการ (กิจกรรมการพัฒนา)

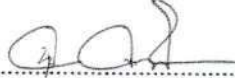
๑. กำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขจากการทบทวนและวิเคราะห์เวชระเบียน
๒. จัดตั้งทีมและประชุมปรึกษาในการพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูติรีเวช
กลุ่มงานการพยาบาลสูติรีเวช
๓. การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ทฤษฎี และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวด การจัดการความปวด กิจกรรมระงับปวด
๔. ประชุมให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวดทั้งใช้ยาและไม่ใช้ กับพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานสูติรีเวช
๕. สร้างแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูติรีเวช
 - ๕.๑ ทำแนวปฏิบัติการจัดการความเจ็บปวดที่ใช้ต้องใช้ยาและไม่ใช้ยาควบคู่กันไป และสื่อการสอน
 - ๕.๒ มี Flow ในการบริหารจัดการ ความปวดในส่วนการประเมินและการจัดการความปวด การตั้งค่าเป้าหมายความปวดของผู้ป่วย หลังผ่าตัด
 - ๕.๓ กำหนดรายการยา ที่ใช้บ่อยในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูติรีเวช
 - ๕.๔ การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา opioid
 - ๕.๕ กำหนดกิจกรรมการพยาบาลระงับปวดแบบไม่ใช้ยา การจัดการความปวด รวมถึงการประเมินระดับความปวดซ้ำหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยสูติรีเวช
 - ๕.๖ นำแนวทางปฏิบัติที่จัดทำบริการผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ
 - ๕.๗ ทบทวนแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง
๖. ประเมินปัญหาความปวดของผู้ป่วยรายบุคคลซึ่งอาจจะมีประเด็นความแตกต่าง ทางเพศ อายุ วัฒนธรรม ความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ ประสบการณ์ความปวดในอดีตและการจัดการความปวด โดยใช้ทักษะการสังเกต และเลือกใช้แบบประเมินที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย
๗. ก่อนผ่าตัดพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายความปวดหลังผ่าตัดที่ยอมรับได้ นำเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัดมาวางแผนร่วมกับ ทีมสุขภาพและผู้ป่วยโดยระบุงิจกรรมและแนวทางการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาที่เป็นไปได้และสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยเสนอเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและถือเป็นพันธะสัญญาที่ต้องทำร่วมกัน
๘. ดำเนินการจัดการความปวดแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาโดยกระตุ้น ช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับรู้คุณค่าความสามารถของตนเอง มีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างเต็มศักยภาพโดยมีวิธีการสื่อสาร และให้ข้อมูลกับผู้ป่วยที่สร้างความเชื่อมั่นไว้วางใจในแผนการรักษาพยาบาล
๙. ติดตามประเมินแผนการรักษาการจัดการความปวด เพื่อให้ข้อมูลกับแพทย์ที่เกี่ยวข้องและประเมินกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการความปวดของผู้ป่วยและระดับความปวดตามที่ได้ร่วมกันวางแผน
๑๐. ให้ข้อมูลย้อนกลับทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์แก่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องว่าแผนการจัดการความปวดมีประสิทธิภาพเพียงใด ทั้งนี้ในกรณีที่กระบวนการหรือกิจกรรมบางขั้นตอนยังไม่บรรลุผล หรือไม่ มีประสิทธิภาพเพียงพอ พยาบาลต้องกระตุ้นช่วยเหลือ สนับสนุน หรือให้เวลาในการฝึกฝน และปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว หรือปรับเปลี่ยนแนวทางการจัดการความปวดให้บรรลุตามผลลัพธ์ที่ตั้งไว้
๑๑. การนิเทศติดตามประเมินผล
๑๒. ทบทวนแนวทางปฏิบัติและปรับปรุงทุกปี

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๔.๑ มีแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูตินรีเวชแบบผสมผสมทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา เพื่อช่วยบรรเทาปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด และพึงพอใจต่อกิจกรรมการระงับปวด
- ๔.๒ ลดค่าใช้จ่ายในกิจกรรมการพยาบาลระงับปวดที่ไม่ใช้ยา
- ๔.๓ ลดอาการข้างเคียงและอาการแทรกซ้อนจากการใช้ยาลดความเสี่ยงจากการแพ้ยาในการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา
- ๔.๔ เป็นผลดีต่อตนเองคือก่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนางาน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๕.๑ แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูตินรีเวช
- ๕.๒ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลเพื่อระงับปวด > ร้อยละ ๘๐
- ๕.๓ มีสื่อการให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยในการจัดการความปวดที่ทันสมัย ๑ ชิ้น

(ลงชื่อ).....

(นางสุนิศา จันทร์ศิริวิชัย)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 17 ต.ค. 2566

ผู้ขอประเมิน