แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

ของ

นายฐาปกรณ์ กลางหล้า
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ 224632
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรง
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ 224632
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น : กรณีศึกษา พ.ศ. 2567

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 7 พฤษภาคม 2567 - 30 มิถุนายน 2567

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษา "การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น" : กรณีศึกษา พ.ศ. 2567 ครั้งนี้ ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ดังนี้

3.1 ความรู้

3.1.1 กายวิภาคและสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้อง

ข้อสะโพกเป็นข้อที่มีลักษณะเป็น Ball and Socket ที่ใหญ่ที่สุดในร่างกาย เป็นประเภท Synovial หรือ Diarthrodial joint ประกอบด้วยหัวกระดูกต้นขา (Femoral head) และเบ้าสะโพก (acetabulum) อยู่ภายในกระดูกเชิงกราน พื้นผิวของกระดูกทั้ง 2 ด้านจะถูกปกคลุมด้วยกระดูกอ่อน ซึ่งกระดูกอ่อนที่ปกคลุมหัวกระดูกต้นขาจะหนาที่ส่วนยอดและบางลงมาจนถึงขอบส่วนยอดของหัวกระดูกต้นขาจะมีรอยบุ๋มเรียกว่า Fovea centralis ซึ่งเป็นที่เกาะของเอ็น Ligamentum teres ส่วนบนของกระดูกที่อยู่ต่ำมาจากคอกระดูกต้นขา (Femoral neck) ทางด้านนอก คือ Greater trochanter เป็นที่เกาะของกล้ามเนื้อในการกางข้อสะโพก (Hip abductors) และส่วนล่างของกระดูกที่อยู่ต่ำลงมาจากคอกระดูกทางด้านในจะเป็น Lesser trochanter ซึ่งเป็นที่เกาะของกล้ามเนื้อ Iliopsoas สันกระดูกที่อยู่ระหว่าง Greater และ Lesser trochanter นี้เรียกว่า Intertrochanteric ridge หัวกระดูกต้นขาจะมีรูปร่างประมาณ 2 ใน 3 ของทรงกลมยึดติดกับลำกระดูกต้นขา (Femoral shaft) ด้วยส่วนคอกระดูก โดยคอกระดูกจะทำมุมกับลำกระดูกต้นขา ประมาณ 125-135 องศา และจะเอียงเป็นมุมไปด้านหน้าเล็กน้อย เรียกว่า Anteversion ประมาณ 10-15 องศา เบ้าของกระดูกเชิงกรานที่ประกอบเป็นข้อสะโพก จะประกอบด้วยกระดูก 3 ชิ้น คือ Ilium, Ischium และ Pubis เบ้านี้จะหันไปทางด้านหน้าลงล่างและออกไปด้านข้าง กระดูกอ่อนที่บุผิวของเบ้าจะหนาทางด้านข้างและบางลงจนถึงตรงกลาง ผิวกระดูกอ่อนของเบ้านี้จะเป็นรูปเกือกม้า โดยส่วนล่างและตรงกลางของเบ้าจะมีลักษณะเป็นร่อง ไม่มีกระดูกอ่อนปกคลุม มีเอ็นเสริมขึงอยู่ที่ขอบล่างของร่องคือ Transverse acetabular ligament ส่วนตรงกลางเบ้าจะเป็นที่เกาะของเอ็น Ligament teres นอกจากนี้บริเวณเบ้าสะโพกจะมีกระดูกอ่อนประเภท Fibrocartilage ที่เรียกว่า Labrum ยึดเกาะอยู่โดยรอบ โดย Labrum นี้จะทำหน้าที่เสริมให้เบ้าสะโพกมีความลึกมากขึ้นและช่วยเพิ่มความแข็งแรงให้กับข้อสะโพก โดยส่วนที่มีความแข็งแรงจะหนาและกว้างอยู่ทางด้านบนและหลังของเบ้าสะโพก (ชายธวัช งามอุโฆษ, 2562)

3.1.2 ความหมายของโรค

กระดูกสะโพกหักเป็นการหักของกระดูกที่บริเวณส่วนต้นของกระดูกต้นขา ลักษณะของการหักขึ้นกับแรงที่กระทำต่อข้อสะโพกทั้งทางตรงหรือทางอ้อม รวมถึงปัจจัยอื่นที่กระทำให้แรงที่มากระทำนั้นลดลง แบ่งการหักของกระดูกสะโพกตามตำแหน่งทางกายวิภาคออกเป็น 3 ชนิด คือ

3.1.2.1 การหักตรงบริเวณคอของกระดูกต้นขา (femoral neck fracture) ซึ่งเป็นการหักที่อยู่ภายในแคปซูล (intracapsular fracture) การหักที่บริเวณนั้นอาจทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงหัวกระดูกได้

3.1.2.2 การหักของกระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอริก (intertrochanteric fracture) เป็นการหักที่อยู่ระหว่างกระดูกเกทเตอร์ (Greater) และกระดูกเลเซอร์ โทรชานเตอร์ (Lacer trochanters)

3.1.2.3 การหักของกระดูกใต้โทรแคนเทอริก (subtrochanteric fracture) ที่อยู่ภายนอกแคปซูล (extracapsular fracture) การรักษาโดยส่วนใหญ่จะยึดตรึงกระดูกให้เกิดความมั่นคง ให้ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งและยืนได้เร็วที่สุด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนเป็นเวลานาน กระดูกหักบริเวณนี้ควรผ่าตัดยึดตรึงกระดูก แต่ข้อควรระวังในการผ่าตัดผู้ป่วย คือส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย โดยแพทย์เจ้าของไข้ อายุรแพทย์และวิสัญญีแพทย์ เป็นสิ่งที่จำเป็นในการผ่าตัดยึดตรึงกระดูก ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังล้ม ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในการรักษา รวมถึงช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยที่มีการหักของกระดูกต้นขาบริเวณ Intertrochanteric fracture เป็นการหักระหว่างกระดูกเกทเตอร์ (Greater) และกระดูกเลเซอร์ โทรชานเตอร์ (Lacer trochanters) พบได้บ่อยถึงร้อยละ 50 ของกระดูกหักบริเวณต้นขาส่วนบน (proximal femoral fracture) มีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะกระดูกพรุน และพบว่าผู้ป่วย intertrochanteric fracture มีอายุและโรคประจำตัวมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นคอของกระดูกต้นขาหัก (Fracture neck of femur)

3.1.3 อุบัติการณ์

การหักของกระดูกสะโพก (Hip fracture) เป็นปัญหาสำคัญและพบได้บ่อยครั้งในผู้ป่วยโรคทางกระดูกและข้อ ซึ่งเป็นโรคที่เกิดการใช้งานของร่างกายในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ทำให้เกิดการสึกหรอของมวลกระดูก ร่วมกับปัจจัยภายนอกที่ส่งผลให้เกิดการหักของกระดูกข้อสะโพกได้มากยิ่งขึ้น เช่น การหกล้ม อุบัติเหตุ และอื่นๆ ซึ่งลักษณะของการหักจะมี 2 แบบ คือ แบบปิด (Closed Fracture) เป็นการที่กระดูกหักอยู่ภายในผิวหนัง (Skin) ไม่สัมผัสกับอากาศ และแบบเปิด (Open Fracture) เป็นการหักที่กระดูกส่วนที่หักทะลุออกมาจากผิวหนัง (Skin) สู่ภายนอก ทำให้สัมผัสกับอากาศ ทำให้มีโอกาสติดเชื้อจากสิ่งแวดล้อมได้มากกว่าแบบปิด ส่งผลให้เกิดความพิการ การเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน คุณภาพชีวิตที่แย่ลงและทำให้อัตราการตายที่เพิ่มมากขึ้น อัตราการเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักเพิ่มขึ้น ในทุกประเทศทั่วโลกคาดการณ์ว่า จะมีผู้ที่ป่วยที่มีกระดูกข้อสะโพกหักประมาณ 1.5 ล้านคน ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี ความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกสะโพกหักเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (Cheng et al.,2011)

ในประเทศไทย มีรายงานอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักสูง ถึง 151.2 ต่อแสนประชากร ในการสำรวจผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และ 185.2 ต่อแสนประชากร ในการสำรวจชุมชน และจะเพิ่มเป็น 450 - 750 ต่อแสนประชากรภายในปี พ.ศ. 2568 (Phadungkiat et al., 2002)

จากรายงานการศึกษาผู้ที่เคยมีกระดูกสะโพกหักในจังหวัดขอนแก่น พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี มีโรคประจำตัว มีปัญหาในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีปัญหาในการเดิน (poor prefecture walking ability) และเมื่อมีการหักของกระดูกสะโพกในเพศชายจะมีระยะเวลาที่รอดชีวิตสั้นกว่าเพศหญิง โดยพบว่า อัตราการตายของผู้ที่มีปัญหากระดูกสะโพกหัก ระหว่างที่รักษาในโรงพยาบาล พบร้อยละ 2.1 และเพิ่มเป็นร้อยละ 9 ร้อยละ 12 และร้อยละ 17 ในเดือนที่ 3, 6, และ 12 (Pongchaiyakul, 2008) นอกจากนั้นยังพบว่า มีอัตราการตายในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวถึงร้อยละ 29 ใน 1 ปีแรก ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานขององค์กรกระดูกพรุนนานาชาติ ที่พบว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วยทั้งหมด ในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักไม่สามารถเดินได้ภายใน 6 เดือน

จะเห็นว่าปัญหากระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาในระดับนานาชาติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

จากการศึกษาสถิติการดูแลผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมแพ อ.ชุมแพ จ.ขอนแก่น ในปี 2566 พบว่ามีจำนวน 65 ราย และต้องได้เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมด 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.46 เป็นการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมทั้งหมด (Total hip Replacement: THR) จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.81 และรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมบางส่วน (Bipolar Hemiarthroplasty) จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.38 รักษาด้วยการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น (Proximal Femoral Nailing Antirotation: PFNA) จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.81

3.1.4 สาเหตุของโรค / ปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิดโรค

การหักของกระดูกต้นขาส่วน Intertrochanteric area (กระดูกหักบริเวณอินเตอร์โทรแคนเทอริก) คือส่วนของกระดูก Femur ที่อยู่ระหว่าง Greater กับ Lesser troch กระดูกหักชนิดนี้มักจะเกิดจากแรงภายนอกที่มากระทำโดยตรงต่อกระดูก เช่น หกล้ม อุบัติเหตุทางจราจร เป็นต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ได้รับการบาดเจ็บจากการล้มภายในบ้าน เป็นการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง เชื่อว่าแรงที่มากระทำต่อกระดูกเกิดจากการกระแทกโดยตรงที่ด้านข้างของสะโพก มักมีการกระชากของกระดูก Lesser troch จากแรงดึงของกล้ามเนื้อ Gluteus medias หรือ Short external rotator (Pirifomis gemalli)

3.1.4.1 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

1) อายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในของเนื้อเยื่อกระดูกของผู้สูงอายุที่ทำให้มวลกระดูกและกระดูกบางลง

2) เพศ จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 6 เท่า โดยมีสาเหตุหลักมาจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ร้อยละ 2-3 ต่อปี

3) การสูญเสียความสมดุลในการทรงตัว อีกทั้งการรับความรู้สึก การรับรู้ตำแหน่ง การตอบสนองต่างๆ ต่อสิ่งเร้าลดลง รวมถึงความบกพร่องในการมองเห็น ส่งผลให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย

4) ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มได้ เช่น การใช้ไม้เท้าช่วยเดิน การได้รับยาหลายขนานและยาทางจิตและประสาท การใส่เสื้อผ้าที่ไม่พอดีตัว ใส่รองเท้าที่หลวมและไม่มีดอกยาง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการสะดุดล้มได้ง่าย

5) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ สภาพพื้นบ้านที่ลื่นหรือลาดเอียง มีพื้นขรุขระเป็นหลุม บ่อ มีแสงสว่างไม่เพียงพอ มีสิ่งกีดขวางทางเดิน เช่น สายไฟ การวางสิ่งของไม่เป็นระเบียบ เป็นต้น

6) โรคร่วม เป็นภาวะที่มวลกระดูกลดลงโดยมีสาเหตุจากหลายปัจจัยได้แก่ ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อและการเผาผลาญของร่างกาย ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร การใช้ยาโรคทางกระดูกและปัจจัยอื่นๆ (พัชราพร ตาใจ และคณะ, 2563)

3.1.5 อาการและอาการแสดงของโรค

ลักษณะของผู้ป่วยที่มีการหักของกระดูก Intertrochanteric area จะมาด้วยอาการปวดที่บริสะโพกหรือขาหนีบ ไม่สามารถยืนลงน้ำหนักข้างที่มีพยาธิสภาพได้ ซึ่งผู้ป่วยจะไม่สามารถเคลื่อนไหวได้มากนัก การเคลื่อนไหวขาทำให้ผู้ป่วยปวกมากขึ้น อาจมีรอบช้ำที่สะโพกข้างที่หัก ภาวะนี้มักพบสัมพันธ์กับผู้ที่มีโรคกระดูกพรุนร่วมด้วย ระดับความเจ็บปวดจะขึ้นอยู่กับความมากน้อยของการเคลื่อนของกระดูก ผู้ป่วยจะไม่สามารถลงน้ำหนักบนขาข้างที่สะโพกบาดเจ็บได้ ขาข้างที่สะโพกบาดเจ็บสั้นลงและจะบิดออกไปทางด้านนอก (External rotation) กรณีที่มีการหักของกระดูกภายในเยื่อหุ้มข้อสะโพก จะไม่พบอาการบวมและรอยฟกช้ำ แต่จะพบรอยจ้ำเลือดในกรณีที่มีการหักของกระดูกที่อยู่ภายนอกเยื่อหุ้มข้อสะโพก โดยจะพบที่บริเวณต้นขาหรือขาหนีบของผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก (พัชราพร ตาใจ และคณะ, 2563)

3.1.6 การวินิจฉัยโรค

ในผู้ป่วยที่กระดูกหักแบบเคลื่อนจะพบการหดสั้นและ external rotate ของขาด้านที่บาดเจ็บ อาจตรวจพบบวมและรอยจ้ำเลือด (ecchymosis) บริเวณต้นขา ซึ่งในผู้ป่วยที่มีกระดูกหักแบบไม่เคลื่อนจะตรวจไม่พบความผิดปกติภายนอก ยกเว้นเจ็บเวลาเคาะส้นเท้าหรือเวลาบิดหมุน สะโพกสามารถตรวจและวินิจฉัยได้จากข้อมูลดังนี้

3.1.6.1 การซักประวัติมีความจำเป็นในการได้มาซึ่งข้อมูลในการวินิจฉัย ซึ่งการซักประวัติ เน้นที่ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดงของภาวะกระดูกสะโพกหัก

3.1.6.2 การตรวจร่างกาย สำหรับภาวะกระดูกสะโพกหักการตรวจร่างกายที่สำคัญ เช่น การดู การคลำ การตรวจการเคลื่อนไหว เป็นต้น

3.1.6.3 การตรวจภาพรังสีท่าตรง และท่า Lateral cross table จะพบความไม่ต่อเนื่องของ Shenton line แต่ใน incomplete fracture รอยหักอาจไม่ชัดเจน การส่งภาพรังสีท่าสะโพกบิดเข้าด้านในจะเห็นรอยหักได้ชัดขึ้น

3.1.6.4 การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์แบบ 3 มิติ ช่วยในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีอาการปวดสะโพกและสงสัยมีการหักแต่ไม่พบรอยผิดปกติชัดเจนในภาพรังสี

3.1.6.5 การตรวจเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ช่วยในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีอาการปวดสะโพกและสงสัยมีการหักแต่ไม่พบรอยผิดปกติชัดเจนในภาพรังสี

3.1.6.6 การแบ่งลักษณะการหักของกระดูกต้นขา สามารถบอกความรุนแรง วิธีการรักษาและพยากรณ์โรคได้ นิยมใช้วิธีของ Garden โดยแบ่งเป็น

Garden I หักแบบไม่สมบูรณ์และหัวกระดูกต้นขาอัดฝังเข้ากับกระดูกคอสะโพกจะเห็นรอยหักของ Cortex ส่วนบนเท่านั้น และอาจเห็นเงาของกระดูกที่ซ้อนกัน เป็นเส้นทึบสีขาว

Garden II หักแบบสมบูรณ์แต่ไม่มีการเคลื่อนของกระดูก จะเห็นรอยหักผ่านทั้งสอง Cortex

Garden III หักแบบสมบูรณ์และมีการเคลื่อนที่เกยกันของกระดูกบางส่วน (partial displaced)

Garden IV หักแบบสมบูรณ์และมีการเคลื่อนหลุดระหว่างกระดูกสองหัวและคอ (total displaced) (วิไลลักษณ์ วิไลพันธ์, 2565)

3.1.7 การรักษา

การรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมี 2 วิธี คือ

3.1.7.1 การรักษาแบบอนุรักษ์ เป็นวิธีที่ไม่ต้องทำการผ่าตัด โดยทำการดึงถ่วงน้ำหนักขาข้างที่มีพยาธิสภาพให้อยู่นิ่ง (traction) ผู้ป่วยจะต้องนอนอยู่บนเตียง นานประมาณ 2-3 เดือน ผลตามมา คือ มักทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การยึดติดตามข้อกระดูก เกิดการติดของกระดูกผิดรูป โดยกระดูกต้นขาจะสั้นลงบิดหมุนออกและโก่งงอ (external rotation and varus deformity) นอกจากนั้นแล้วยังพบปัญหา ปอดอักเสบ หลอดเลือดดำอุดตัน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอาจเป็นสาเหตุส่งเสริมให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้

3.1.7.2 การรักษาด้วยการผ่าตัด คือ การจัดกระดูกให้เข้าที่และทำการยึดตรึงกระดูกด้วยวัสดุที่เป็นเหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น Proximal Femoral Nail Antirotation หรือ PFNA มีลักษณะเป็นแกนเหล็กที่ใช้ดามในโพรงกระดูกต้นขาส่วนต้น มีการยึดตรึง ส่วนหัวของกระดูกต้นขาด้วยการตอกเหล็กดามกระดูกเข้าไปภายในโพรงกระดูกผ่านไปในหัวของกระดูกต้นขา มีกลไกการทำงานประกอบด้วย เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น (nail) โลหะที่ยึดผ่านเหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้นไปที่หัวของกระดูกต้นขา (lag screw) น็อตยึดส่วนล่างของเหล็กแกนดาม (distal locking screw) และน็อตปิดด้านบนของเหล็กแกนดาม (end cap) เข้าไปในตำแหน่งที่ดีที่สุด เพื่อให้เกิดความแข็งแรง มั่นคง ระหว่างตำแหน่งรอยหักของกระดูก

การรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักทั้งวิธีอนุรักษ์ และวิธีการผ่าตัด ล้วนมีเป้าหมายหลักของการรักษา คือ ให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำหน้าที่ได้เหมือนเดิม หรือใกล้เคียงเดิมก่อนการเกิดกระดูกหัก โดยวิธีรักษาที่ดีที่สุดและนิยมทำกัน คือ การผ่าตัด ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด ผู้ป่วยจะถูกจำกัดการเคลื่อนไหว โดยให้นอนพักบนเตียง และผู้ป่วยอาจได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักขาข้างที่มีข้อกระดูกสะโพกหักไว้ เพื่อให้ขาข้างที่มีกระดูกสะโพกหักอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ช่วยลดอาการปวด และภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ซึ่งในปัจจุบันความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้มีการพัฒนาอย่างก้าวกระโดด เครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดทันสมัยมากขึ้น ด้านบริษัทผู้ผลิตอุปกรณ์ และผลิตภัณฑ์ที่ใช้เป็นอวัยวะเทียมมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถยืดอายุการใช้งานได้นานมากยิ่งขึ้น จึงทำให้การผ่าตัดมีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากขึ้น สามารถหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ในผู้ป่วยข้อสะโพกหักได้

3.1.8 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น

3.1.8.1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจะใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินสภาพของผู้ป่วยทั้งร่ายกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม หลังจากนั้นจะมีการวางแผนการพยาบาลให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ในระยะนี้ พยาบาลสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยได้ถึงแม้การพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติจะเป็นเพียงระยะสั้น พยาบาลสามารถสร้างความมั่นใจ ให้เกียรติและเคารพในสิทธิของผู้ป่วย พร้อมทั้งแสดงถึงความห่วงใยและเอื้ออาทร จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นไว้วางใจ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ผ่านประสบการณ์ในห้องผ่าตัดด้วยความมั่นใจได้ว่าการผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น

1) การเตรียมทางด้านร่างกาย

- ซักประวัติโรคประจำตัว การใช้ยาแอสไพรินหรือยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด อาการแพ้ต่าง ๆ ประวัติการผ่าตัด

- ดูผลตรวจร่างกาย ผลตรวจทางรังสี ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ สัญญาณชีพ

- ตรวจสอบการลงนามยินยอมผ่าตัด รายงานการเตรียมผ่าตัด ใบส่งผ่าตัด

- ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด เช่น การทำความสะอาดร่างกายก่อนไปห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด การงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน หรืองดน้ำงดอาหารให้ครบ 8 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักอาเจียนขณะทำการผ่าตัดและหลังผ่าตัด ขณะทำการผ่าตัด ผู้ป่วยจะต้องได้รับการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง หรือการให้ระงับความรู้สึกทั่วร่างกายและฉีดยาชาเฉพาะที่บริเวณเส้นประสาทร่วมด้วย เพื่อบรรเทาอาการปวดขณะและหลังผ่าตัด

- แนะนำให้ฝากของมีค่าและเครื่องประดับต่างๆ ไว้กับญาติ หากมีฟันปลอมให้ถอดออก ถ้าไม่มีญาติฝากไว้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยไม่นำมาห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันการสูญหายหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นขณะผ่าตัด

- แนะนำให้ปัสสาวะก่อนมาห้องผ่าตัด

- แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ ขณะเจ้าหน้าที่มารับอาจมีการเคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วยหลายครั้งส่งผลให้มีอาการปวด เพื่อลดความกังวลใจ จะมีเจ้าหน้าที่คอยช่วยเหลือตลอดเวลา

- หลังทำผ่าตัดหากรู้สึกปวดแผลสามารถขอยาบรรเทาปวดได้

- แนะนำการสังเกตอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น เลือดออกมากผิดปกติให้แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อรายงานแพทย์ทราบ

- แนะนำหรือสอนการฝึกการหายใจหลังผ่าตัด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจ เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะปอดติดเชื้อ เป็นต้น

2) การเตรียมทางด้านจิตใจ

- กล่าวทักทายแนะนำตนเอง ใช้ท่าทีเป็นกันเองให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจ

- ประเมินระดับความรู้ความเข้าใจสภาวะจิตใจ ทัศนคติต่อการเข้ารับการผ่าตัด โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ซักถามสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวล รวมถึงค่ารักษาพยาบาลและค่าอุปกรณ์ส่วนต่างที่อาจจะต้องจ่ายเพิ่ม

- ให้ความรู้เรื่องโรค และการเปลี่ยนแปลงของโรค ความจำเป็นที่ต้องได้รับการผ่าตัด แนวทางการรักษาพยาบาล วิธีผ่าตัด อาการหลังผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล

- อธิบายการเตรียมตัว เพื่อเข้ารับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

- อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงที่ตั้งของห้องผ่าตัด กฎระเบียบของห้อง การเตรียมคนไข้บอกระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ระยะเวลาที่อยู่ห้องพักฟื้นและแนะนำสถานที่ที่ญาติสามารถนั่งรอได้

- ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าจะได้รับการดูแลอย่างดีขณะผ่าตัด

3.1.8.2 การพยาบาลระยะระหว่างผ่าตัด

ในระยะนี้บทบาทพยาบาลแบ่งเป็น 2 หน้าที่ คือ

1) พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (Scrub nurse) จัดเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ได้ถูกต้อง วินิจฉัยความเปลี่ยนแปลงและเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ตามสถานการณ์ ช่วยแพทย์ผู้ผ่าตัดในการจัดท่าผู้ป่วยผ่าตัด จัดเตรียมเครื่องมือที่ต้องใช้งานในการผ่าตัดและคงไว้ซึ่งบริเวณปราศจากเชื้อ ช่วยแพทย์ทำการผ่าตัดและส่งเครื่องมือได้อย่างถูกต้องตามขั้นตอน โดยอาศัยกระบวนการพยาบาลและประสบการณ์ในการผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดบรรลุตามวัตถุประสงค์ จัดการชิ้นเนื้อที่ตัดออกจากร่างกายได้ถูกต้อง ป้องกันการตกค้างของเครื่องมือของมีคม ผ้าซับโลหิต และบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

2) พยาบาลช่วยเหลือรอบนอก (Circulating nurse) ตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยด้านร่างกายและเอกสาร เคลื่อนย้ายผู้ป่วยสู่เตียงถูกต้องปลอดภัย เตรียมผิวหนังบริเวณที่จะลงแผลผ่าตัด ระวังและแก้ไขการปนเปื้อนขณะผ่าตัด สังเกตและให้ความช่วยเหลือ ประเมินสภาวะเสี่ยงต่ออันตราย วางแผนแก้ไขภาวะวิกฤตได้ทันท่วงที พยาบาลห้องผ่าตัดต้องเตรียมห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ผ่าตัด โดยก่อนเริ่มผ่าตัดในแต่ละวัน ต้องทำความสะอาดห้องผ่าตัดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรคตรวจอุปกรณ์ในการทำผ่าตัดให้ครบ โคมไฟจัดให้ส่องในระยะที่เหมาะสม จัดเตรียมเครื่องมือพิเศษ น้ำยาฆ่าเชื้อ สารเคมีสำหรับผู้ป่วย เมื่อรับผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด พยาบาลสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัว พูดคุย ซักถามอาการลดความวิตกกังวล รวมถึงสอบถามชื่อ นามสกุล โรค ชนิดของการผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะได้รับ ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร โรคประจำตัว การใช้ยาต่างๆ ตรวจสอบป้ายข้อมือ ตำแหน่ง ข้างของอวัยวะที่จะทำหัตถการ ใบลงนามยินยอมผ่าตัด ความถูกต้องของเวชระเบียน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสี พยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลช่วยเหลือรอบนอกช่วยกันเปิดอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดด้วยหลักปราศจากเชื้อ (Sterile technic) พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดตรวจนับเครื่องมือ อุปกรณ์ วัสดุมีคม ผ้าซับโลหิตทั้งก่อนและหลังผ่าตัดพร้อมกับพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก เพื่อป้องกันสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย พยาบาลช่วยเหลือรอบนอก เฝ้าระวังผู้ป่วยไม่ให้ตกเตียงระหว่างการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง ร่วมจัดท่าให้เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดร่วมกับศัลยแพทย์ และใช้เครื่องมือผูกยึดแขนและขาให้เรียบร้อยติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้า คอยอำนวยความสะดวกให้กับแพทย์และพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดในระหว่างทำการผ่าตัด เช็ดทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้นได้อย่างปลอดภัยและบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้องครบถ้วน

3.1.8.3 การพยาบาลหลังผ่าตัด

การดูแลผู้ป่วยระยะนี้มีความสำคัญ ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ จึงต้องดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เริ่มต้นตั้งแต่การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัดไปถึงห้องพักฟื้น คำนึงถึงความปลอดภัยขณะเคลื่อนย้าย ประเมินภาวะเลือดออกมากผิดปกติจากแผลผ่าตัด แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด คอยสังเกตความผิดปกติของการติดเชื้อ มีอาการปวด บวม ไข้ สังเกตลักษณะ จำนวนเลือดที่แผลผ่าตัด ถ้าเลือดออกมากให้แจ้งพยาบาล เพื่อรายงานแพทย์ทราบ แนะนำให้รักษาความสะอาดของร่างกาย แนะนำการเคลื่อนไหวร่างกาย

สังเกตผิวหนังบริเวณที่มีการกดทับ ในวันแรกหลังผ่าตัดแนะนำให้รับประทานอาหารอ่อนนุ่ม หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสชาติเปรี้ยวเผ็ดร้อน งดอาหารแข็งและกากใยมาก อธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจเรื่องดูแลแผลผ่าตัด การฝึกเดิน ถ้าไม่มีอาการแทรกซ้อนใดๆ ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ใน 4-5 วัน และกลับมาตรวจหลังผ่าตัดตามนัดหรือหากพบสิ่งผิดปกติให้รีบกลับมาพบแพทย์ทันที

3.1.9 กระบวนการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

3.1.9.1 กระบวนการพยาบาล (Nursing process) มีองค์ประกอบที่สำคัญหรือมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินสภาพ (Assessment) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล เป็นการเก็บรวบรวม จัดกลุ่ม ตรวจสอบและบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการอย่างมีระบบ โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาลต่อไป

ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นขั้นตอนของการดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ เพื่อนำมาตัดสินว่าปัญหาหรือสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่เกิดขึ้น ในขณะนั้นคืออะไร หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นคืออะไร พยาบาลนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ แปลความ จัดกลุ่ม ตัดสิน และกำหนดชื่อของภาวะสุขภาพนั้น เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลต่อไป

ขั้นที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Planning) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำเอาปัญหาหรือสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ที่ประเมินได้จากขั้นตอนการวินิจฉัย มาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้ทราบว่าปัญหาใดต้องได้รับการแก้ไขก่อนหลัง จากนั้นกำหนดจุดมุ่งหมายของการพยาบาล กำหนดเกณฑ์การประเมินผล กำหนดกิจกรรมการพยาบาล และเขียนแผนการพยาบาลลงในแบบฟอร์มแผนการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน

ขั้นที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) เป็นขั้นตอนเพื่อนำแผนที่กำหนดไว้ในขั้นที่ 3 มาสู่การปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ ในขั้นตอนนี้พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจถึงศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม ภายหลังปฏิบัติการพยาบาลแล้ว จะต้องทำการบันทึกกิจกรรมที่ได้ให้การพยาบาลอย่างครบถ้วน ถูกต้อง

ขั้นที่ 5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นการประเมินว่าผู้รับบริการได้รับการดูแลและมีการพัฒนาไปสู่จุดมุ่งหมายที่วางไว้ตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ ในขั้นตอนนี้พยาบาลและผู้รับบริการต้องตัดสินร่วมกันว่าแผนการพยาบาลได้ผลหรือไม่ มีปัจจัยใดที่มีผลทำให้บรรลุผลหรือล้มเหลว ถ้าพบว่าการพยาบาลที่ปฏิบัติไม่บรรลุเป้าหมาย จำเป็นต้องปรับแผนการพยาบาลใหม่ โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ข้อ 1 - 4 ใหม่ จนสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

3.1.9.2 การประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผน

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน โดยประเมินแบบแผน พฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้นช่วงระยะเวลาหนึ่ง และมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย 11 แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน โดยการประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน เป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหา

หรือความต้องการของผู้รับบริการ แล้วนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ได้สอดคล้องกับความต้องการช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับตัว และจิตสังคมของผู้ป่วย ประกอบด้วย 11 ด้าน ดังนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแล และการฟื้นฟูสภาพ

2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ภาวะ โภชนาการ น้ำและเกลือแร่ การเจริญเติบโตและระบบภูมิคุ้มกัน

3. การขับถ่าย เกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะรวมถึงปัจจัย ส่งเสริมและปัญหาอุปสรรคต่อการขับถ่าย

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย เกี่ยวกับแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่าง ๆ การดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย การออกกำลังกายและการใช้เวลาว่าง การพัฒนาการทำงานของโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด

5. การพักผ่อนนอนหลับ เป็นแบบแผนด้านการพักผ่อนหรือการผ่อนคลายและการนอนหลับ

6. สติปัญญาและการรับรู้เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัส ความสามารถทางสติปัญญา ได้แก่ ความคิด การแก้ปัญหาการตัดสินใจและการเรียนรู้

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์เป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์และความภูมิใจในตนเอง

8. บทบาทและสัมพันธภาพ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาท สัมพันธภาพ และการสื่อสารและพัฒนาการด้านสังคม

9. เพศและการเจริญพันธุ์เป็นแบบแผนด้านพัฒนาการทางเพศ การเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์

10. การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด เป็นแบบแผนด้านการจัดการและการปรับตัวกับความเครียด

11. คุณค่าและความเชื่อ เป็นแบบแผนด้านการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลเชื่อถือ ศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ คุณค่าในชีวิต และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

3.2 ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์

การผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น (Proximal Femoral Nailing Antirotation : PFNA) ในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เป็นแบบปิด (Closed Fracture Neck of Femur) ถือเป็นการรักษาหลักวิธีหนึ่ง พยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนทางการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพกลับเข้าสู่ภาวะปกติ ทั้งร่ายกายและจิตใจ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1. เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน เพื่อประเมินปัญหา ความต้องการและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนผ่าตัด โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว ทบทวนการปฏิบัติตน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด ตรวจสอบความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมทางด้านเอกสาร ร่างกาย และจิตใจ ประสานงานกับทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วย/ ทีมวิสัญญีพยาบาล/ ศัลยแพทย์และทีมสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนให้การพยาบาล

2. ให้ข้อมูลการผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะได้รับเบื้องต้นตามแผนการรักษาของแพทย์ สภาพห้องผ่าตัด การเตรียมร่างกายก่อนได้รับการผ่าตัด ขั้นตอนในการเข้ารับการผ่าตัด ลักษณะสภาพร่างกายที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด

3. จัดเตรียมห้องผ่าตัดและสิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดให้สะอาด พร้อมสำหรับการทำผ่าตัด

4. ตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์ในห้องผ่าตัดที่ได้รับหมอบหมายดูแลรักษาให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้เสมอ

5. ประเมินความพร้อมก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล ความถูกต้องครบถ้วนของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด แผนการผ่าตัดของศัลยแพทย์ ความถูกต้องครบถ้วนของเอกสาร ผลการตรวจที่เกี่ยวข้องตามแผนการรักษา การลงนามใบยินยอมผ่าตัด อุปกรณ์หรือยาที่ติดมากับผู้ป่วย ของมีค่า ฟันปลอมและอื่นๆ ประเมินความพร้อมและดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัวต่อการผ่าตัดของผู้ป่วย

6. บันทึกทางการพยาบาล

การพยาบาลระยะผ่าตัด

1. ตรวจสอบการผ่าตัดปลอดภัยโรงพยาบาลชุมแพ (Surgical Safety Checklist) ก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก (Sign in) ก่อนที่จะลงมีด (Time Out) ร่วมกับวิสัญญีพยาบาลและศัลยแพทย์ เตรียมความพร้อมของเครื่องมือ เครื่องมือพิเศษอุปกรณ์และความพร้อมของห้องผ่าตัดและลงบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

2. จัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัดในแต่ละรายให้ถูกต้องเหมาะสมและตรวจสอบการทำปราศจากเชื้อให้ได้มาตรฐานก่อนนำเครื่องมือมาใช้กับผู้ป่วยทุกครั้ง

3. เลือกใช้น้ำยาได้ถูกต้องเหมาะสมกับการทำผ่าตัดแต่ละหัตถการ ดูแลตรวจสอบเตรียมความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัดเพื่อลดการติดเชื้อหลังผ่าตัด ป้องกันอันตรายจากการใช้จี้ไฟฟ้าโดยเลือกแผ่นสื่อนำไฟฟ้าให้เหมาะสมและติดในตำแหน่งที่ถูกต้อง

4. ทำหน้าที่พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดและช่วยผ่าตัดโดยใช้ทักษะความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือผ่าตัด เครื่องมือจากบริษัทจากภายนอก รวมถึงวัสดุทางการแพทย์ที่นำมาใช้ในการดามกระดูของผู้ป่วย

เช่น เหล็กแกนดามกระดูก สกรู และอื่นๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมหรือเป็นพยาบาลผู้ช่วยเหลือรอบนอกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยึดหลักการปราศจากเชื้อ

5. ตรวจนับเครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ของมีคมก่อนผ่าตัดและก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัดทุกครั้งเพื่อป้องกันสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยและป้องกันการสูญหายของเครื่องมือ

6. บันทึกทางการพยาบาลได้ถูกต้อง ครบถ้วน

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยครบถ้วนและถูกต้อง (Surgical Safety Checklist) Sign Out ร่วมกับวิสัญญีพยาบาลและศัลยแพทย์สรุปชนิดการผ่าตัด ความครบถ้วนของการนับเครื่องมือ อุปกรณ์การเขียนสิ่งส่งตรวจและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัดเพื่อวางแผนให้การพยาบาลต่อเนื่อง

2. สังเกตอาการแสดง ความผิดปกติ ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า การจัดท่าและอุปกรณ์ต่างๆ ในการผ่าตัด รวมทั้งอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆเพื่อให้การรักษาพยาบาลได้ถูกต้องทันเหตุการณ์

3. ดูแลเช็ดทำความสะอาดและปิดแผล ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย

4. ป้องกันความเสี่ยงจากอุบัติเหตุขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัดไปเปลนอน

5. ลงบันทึกทางการพยาบาลได้ถูกต้อง ครบถ้วนครอบคลุมกระบวนการพยาบาลใช้เป็นเอกสารส่งต่อข้อมูลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

6. ส่งต่อข้อมูลการพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่จำเป็นของผู้ป่วยให้พยาบาลประจำห้องพักฟื้น,พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลต่อเนื่อง

จากการประเมิน โดยการประเมินอาการทั่วไป ซักประวัติข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ข้อมูลแบบแผนสุขภาพผู้ป่วย (11 แบบแผนของกอร์ดอน) การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ ตรวจการเคลื่อนไหวของร่างกาย สภาพทั่วไป สัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ สามารถวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในกรณีศึกษา ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการปวดเนื่องจากกระดูกต้นขาขวาส่วนต้นหัก

ระยะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อจากการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับอันตรายจากการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า

ระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 มีอาการปวดเนื่องจากเนื้อเยื่อบาดเจ็บจากการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อบาดเจ็บจากการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 8 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน Deep Vein Thrombosis / Thrombotic Embolism

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 9 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 10 ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

การวางแผนการพยาบาล โดยมาเป้าหมายการพยาบาล ดังนี้

1. เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เข้าใจขั้นตอนและแผนการรักษา
2. เพื่อบรรเทาอาการปวดจากภาวะกระดูกต้นขาขวาส่วนต้นหัก
3. เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อจากการผ่าตัด
4. เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด
5. เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ Deep Vein Thrombosis / Thrombotic Embolism
6. เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดการพลัดตกหกล้ม
7. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถดูแลตนเองต่อที่บ้านได้

จากการให้การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาไม่เกิดผลข้างเคียงจากการผ่าตัด ได้แก่ การมีเลือดออกจากแผลผ่าตัด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้นและไม่พบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน ผู้ป่วยปลอดภัย และสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

กระดูกต้นขาส่วนต้นหัก (Intertrochanteric fracture) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อย เฉพาะเด็กวัยรุ่นและผู้สูงอายุ มีแนวโน้มสถิติการเกิดกระดูกต้นขาหักที่สูงขึ้น จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักพบมากถึง 250,000 รายในแต่ละปี ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้ มีอัตราการเกิดภาวะกระดูกต้นขาส่วนต้นหักเพิ่มขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก คาดการณ์ว่าจะมีผู้ที่ป่วยที่มีกระดูกต้นขาส่วนต้นหักประมาณ 1.5 ล้านคน ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และในประเทศไทย มีรายงานอัตราการเกิดกระดูกต้นขาส่วนต้นหักสูงถึง 151.2 ต่อแสนประชากร ในการสำรวจผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และ 185.2 ต่อแสนประชากร ซึ่ง 90 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วย จะพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และช่วงของวัยรุ่นที่เป็นปัญหายอดนิยม คือ เกิดจากอุบัติเหตุจราจร รวมถึงอุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา จากการที่กระดูกต้นขาหักและการได้รับการดูแลรักษาโดยการผ่าตัด ถ้าการดูแลหลังผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพที่ดีพอ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น กระดูกเลื่อนหลุด กระดูกอักเสบติดเชื้อ กล้ามเนื้อฝ่อลีบ ปอดติดเชื้อ จนส่งผลให้เกิดความพิการหรือทุพพลภาพ กระทบต่อปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต การทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายลดลง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เพื่อให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังการรักษาที่เหมาะสม ทำให้ร่างกายกลับเข้าสู่สภาวะที่เป็นปกติโดยเร็ว จึงเป็นประเด็นหลักที่บุคคลากรทางด้านการแพทย์จำเป็นต้องตระหนักในการให้การดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุซึ่งจะเกิดการสึกหรอของมวลกระดูกร่วมกับปัจจัยภายนอก ที่ส่งผลให้เกิดการหักของกระดูกข้อสะโพกได้มากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดความพิการการเจ็บปวดทุกข์ทรมาน คุณภาพชีวิตที่แย่ลงและทำให้อัตราการตายที่เพิ่มมากขึ้น (Phadungkiat et al., 2002)

จากรายงานการศึกษาผู้ที่เคยมีกระดูกต้นขาส่วนต้นหักในจังหวัดขอนแก่น พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี มีโรคประจำตัว มีปัญหาในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีปัญหาในการเดิน (poor prefecture walking ability) และเมื่อมีการหักของกระดูกต้นขาส่วนต้นหักในเพศชายจะมีระยะเวลาที่รอดชีวิตสั้นกว่าเพศหญิง โดยพบว่า อัตราการตายของผู้ที่มีปัญหากระดูกต้นขาส่วนต้นหัก ระหว่างที่รักษาในโรงพยาบาล พบร้อยละ 2.1 และเพิ่มเป็นร้อยละ 9 ร้อยละ 12 และร้อยละ 17 ในเดือนที่ 3, 6, และ 12 ตามลำดับ (Pongchaiyakul, 2008) นอกจากนั้นยังพบว่ามีอัตราการตายในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวถึงร้อยละ 29 ใน 1 ปีแรก ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานขององค์กรกระดูกพรุนนานาชาติ ที่พบว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วยทั้งหมด ในผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนต้นหัก ไม่สามารถเดินได้ภายใน 6 เดือน จะเห็นว่าปัญหากระดูกต้นขาส่วนต้นหักในผู้สูงอายุเป็นปัญหาในระดับนานาชาติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

จากการศึกษาสถิติการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนต้นหัก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมแพ ปี 2564, 2565 และ 2566 พบว่า มีจำนวน 38, 37 และ 53 ราย ตามลำดับ รักษาด้วยการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น (Proximal Femoral Nailing Antirotation: PFNA) จำนวน 37, 37 และ 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.37, 100 และ 100 ตามลำดับ และพบว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น (Proximal Femoral Nailing Antirotation: PFNA) ในปี 2564, 2565 และ 2566 มีจำนวนผู้ป่วยที่เสียเลือด

จากการผ่าตัดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร จำนวน 1, 0 และ 2 ราย ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อหลังผ่าตัดในระยะเวลา 6 เดือน จำนวน 0, 0 และ 1 ราย ตามลำดับ จากปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับพยาธิสภาพ อาการ อาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง รวมถึงภาวะไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อได้รับรักษาด้วยการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น (Proximal Femoral Nailing Antirotation : PFNA) ของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เป็นแบบปิด (Closed Fracture Neck of Femur) ซึ่งการผ่าตัดกระดูกต้นขาส่วนต้น เป็นการผ่าตัดที่ซับซ้อน ใช้เครื่องมือจำนวนมาก โดยเฉพาะเครื่องมือจากบริษัทภายนอกที่นำมาใช้ในการผ่าตัด การจัดท่าที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ดังนั้นบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีความรู้ความเข้าใจ ในเรื่องกายวิภาค สรีรวิทยาและพยาธิสภาพในขั้นตอนผ่าตัด รวมถึงการจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ให้สามารถผ่าตัดได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4.2 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น : กรณีศึกษา

4.3 เป้าหมาย

ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น : กรณีศึกษา โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

4.4 ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 1 ราย ณ ห้องผ่าตัด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ ระหว่างวันที่ 7 พฤษภาคม 2567 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2567 โดยศึกษาผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด และการดูแลต่อเนื่องที่หอผู้ป่วย 24 ชั่วโมง

4.5 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด ย้อนหลัง 3 ปี เลือกศึกษา

2. เลือกศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น เนื่องจากเป็นภาวะคุกคามในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยต้องให้การช่วยเหลือที่ปลอดภัย

3. ขออนุญาตหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด หัวหน้าพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการศึกษาและเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา

4. ศึกษาเอกสาร วิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบที่เกี่ยวข้อง สาเหตุของโรค/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค อาการและอาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค

5. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ดังนี้

5.1 ประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย บูรณาการกับแบบแผนสุขภาพ ประกอบด้วย

5.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

5.1.2 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม

5.1.3 ข้อมูลแบบแผนสุขภาพผู้ป่วย (11 แบบแผนของกอร์ดอน)

5.1.4 การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

- สภาพทั่วไป
- สัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง
- ผิวหนังศีรษะใบหน้าเล็บตาหูจมูกปากคอระบบทางเดินหายใจและทรวงอกระบบหัวใจและหลอดเลือดระบบกระดูกและกล้ามเนื้อระบบทางเดินอาหารระบบประสาท

5.1.5 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ

5.1.6 แผนการรักษาของแพทย์

5.1.7 ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยกรณีศึกษา

5.1.8 สรุปอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ได้รับ

5.2 วินิจฉัยการพยาบาล

5.3 แผนการพยาบาล

5.4 ปฏิบัติการพยาบาล

5.5 ประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

6. สรุปผลการศึกษา ปัญหา อุปสรรค

7. เสนอผลการศึกษาต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด และทีมการพยาบาล

8. จัดทำผลงานวิชาการ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกต้นขาส่วน Intertrochanteric หัก ที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น (Closed Reduction with internal fixation with Proximal Femoral Nailing Antirotation:CRIF c PFNA) จำนวน 1 ราย โดยมีผลสำเร็จดังนี้ ผู้ป่วยหญิงอายุ 66 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลสีชมพู ด้วยอาการปวด บวมที่ต้นขาขวา 4 ชั่วโมงก่อนมา ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ตกจากที่สูงประมาณ 60 เซนติเมตร ต้นขาขวาปวด บวม ผิดรูป ไปรักษาที่โรงพยาบาลสีชมพู แพทย์วินิจฉัยว่ากระดูกต้นขาส่วนต้นข้างขวาหัก แนะนำรักษาด้วยการผ่าตัด จึงส่งตัวผู้ป่วยมารักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมแพ เวลา 14.47 น. แรกรับที่โรงพยาบาลชุมแพ ผู้ป่วยมีอาการปวด บวมบริเวณกระดูกต้นขาข้างขวา ไม่สามารถเคลื่อนไหวขาขวา ได้แพทย์ Admit ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าระดับเม็ดเลือดขาว 9,030 cells/cumm. (ค่าปกติ 4,500 – 10,000 cells/cumm.) ฮีโมโกลบิน 7.3 gm/dl (ค่าปกติ 13.0 –18.0 gm/dl) ฮีมาโตคริต 31 % (ค่าปกติ 40.0-54.0%) เพลตเลต 202,000 cells/cumm. (ค่าปกติ 150,000-400,000 cells/cumm.) ผลตรวจ HIV ไม่พบเชื้อ HIV ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกปกติ ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีเชิงกราน พบกระดูกต้นขาขวาหัก แพทย์ให้การวินิจฉัย Closed Fracture Intertrochanteric Right Femur แพทย์ set ผ่าตัด Closed Reduction with internal fixation with Proximal Femoral Nailing Antirotation (CRIF c PFNA) วันที่ 8 พฤษภาคม 2567 เวลา 20.00 น.

ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยการแนะนำตัว พูดคุยซักถามประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากเป็นการเกิดอุบัติเหตุที่ไม่ได้ตั้งตัวว่าจะต้องเข้ารับการผ่าตัด และขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดที่จะต้องเข้ารับการได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

วันที่ 8 พฤษภาคม 2567 เตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัด เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งาน จัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดที่ปราศจากเชื้อให้ถูกต้องและครบถ้วน เวลา 18.30 น. ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 155/97 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9% NSS 1,000 ml rate 60 ml/hr. ตรวจสอบชื่อ นามสกุล ป้ายข้อมือ เอกสารต่างๆและใบลงนามยินยอมผ่าตัดให้ถูกต้องครบถ้วน ดูแลสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบสะอาด ห่มผ้าให้อบอุ่น เวลา 20.00 น. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด แพทย์ผู้ผ่าตัด พยาบาล และทีมวิสัญญีทำ sign in เพื่อยืนยันผู้ป่วย การผ่าตัดถูกคน ถูกข้าง จัดท่านอนตะแคง เพื่อให้วิสัญญีแพทย์ทำการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง จัดให้นอนหงายราบบนเตียงผ่าตัดที่ต่ออุปกรณ์เสริมเตียงผ่าตัดข้อสะโพก โดยขาขวาเหยียดตรงยึดกับอุปกรณ์เสริมเตียง ขาซ้ายจัดท่าขึ้นขาหยั่ง แขนขวากอดหมอนวางที่หน้าอก และแขนซ้ายกางออกในแนวฉากกับลำตัว ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้าที่อยู่ในสภาพสมบูรณ์พร้อมใช้งานที่ขาข้างขวาของผู้ป่วยโดยให้แนบสนิทกับผิวหนัง เมื่อแพทย์ผู้ทำผ่าตัดแพทย์และพยาบาลในทีมผ่าตัดพร้อม ทำ Time out เพื่อระบุผู้ป่วย การผ่าตัด ระบุข้างและตำแหน่งผ่าตัดให้ถูกต้อง ทำความสะอาดบริเวณผ่าตัดด้วย Providine และทาด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ Providine บริเวณผ่าตัดตามหลักปราศจากเชื้อ หลังจากนั้นปูผ้า Sterile

จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัด เข้าประจำที่ เริ่มผ่าตัดเวลา 20.46 – 21.15 น. แพทย์ทำการผ่าตัดตามขั้นตอน ขณะที่แพทย์ทำผ่าตัด ได้ส่งเครื่องมือและช่วยแพทย์ทำหัตถการได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ ช่วยแพทย์ทำการดัดกระดูกให้เข้าที่ และใส่เหล็กดามภายในโพรงกระดูกที่มีขนาดเทียบเท่ากับโพรงกระดูกต้นขาของผู้ป่วย ตรวจนับเครื่องมือและผ้าซับโลหิตร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือรอบนอกให้ครบตามจำนวนและบันทึกลงในใบบันทึกการพยาบาล เมื่อทำผ่าตัดเสร็จ ตรวจดูตามร่างกายไม่พบแผลกดทับ ผ่าตัดเสร็จสิ้นเวลา 21.15 น. รวมระยะเวลา ที่ใช้ในการผ่าตัด 29 นาที Estimate blood loss 100 มิลลิลิตร ทำการปิดแผลผ่าตัดด้วย Gauze ทำการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากเตียงผ่าตัดด้วยความระมัดระวัง เพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุดหรือหักซ้ำของกระดูกต้นขา วัดสัญญาณชีพก่อนนำผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 145/96 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนในเลือด 100 % การผ่าตัดเป็นไปด้วยความราบรื่น ย้ายผู้ป่วยไปห้องพักฟื้น วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาทีเป็นเวลา 1 ชั่วโมง เมื่อสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกแลข้อ เวลา 22.15 น.

วันที่ 9 พฤษภาคม 2567 เวลา 14.30 น. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยยังมีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย แผลผ่าตัดไม่มีเลือดออกผู้ป่วยเจ็บแผลพอทนได้ ประเมินระดับความปวด 3 คะแนน แผลผ่าตัดไม่ซึม ขาไม่บวม สามารถช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อย มีไข้ต่ำ ๆ อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 109/75 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้การรักษาต่อภายหลังผ่าตัดวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ปัสสาวะสีเหลืองไม่ขุ่น ไม่มีตะกอน ออก 350 มิลลิลิตร ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml 80 ml/hr.แพทย์ให้ Fentanyl 25 mg. per IV. PRN. q 6 hrs. เพื่อบรรเทาอาการปวด ให้ Regular diet. และให้ทำความสะอาดแผลผ่าตัดวันละ 1 ครั้ง

วันที่ 10 พฤษภาคม 2567 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 121/79 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะสีเหลืองไม่ขุ่น ไม่มีตะกอน ออก 300 มิลลิลิตร แพทย์ตรวจเยี่ยมพิจารณาหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง ให้คะแนนความปวด 2 คะแนน ให้ผู้ป่วยเริ่มฝึกเดินด้วยอุปกรณ์พยุงเดินผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวและเดินได้ตามแผนการรักษา

วันที่ 11 พฤษภาคม 2567 ผู้ป่วยสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 118/79 มิลลิเมตรปรอท มีอาการปวดลดลง ให้คะแนนความปวด 2 คะแนน แพทย์อนุญาตให้ถอดสายสวนปัสสาวะ หลังถอดสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เอง ไม่มีอาการแสบขัด ไม่มีเลือดออกผิดปกติ ให้ผู้ป่วยเริ่มฝึกเดินด้วยอุปกรณ์พยุงเดิน ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวและเดินได้ตามแผนการรักษา ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน คือพักผ่อนให้เพียงพอ ให้รับประทานอาหารปกติ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเดินควรใส่อุปกรณ์ในการช่วยเดิน งดการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมากๆ อาจจะทำให้เกิดการหักซ้ำบริเวณกระดูกที่ผ่าตัด

วันที่ 12 พฤษภาคม 2567 ผู้ป่วยอาการดีขึ้น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/82 มิลลิเมตรปรอท ปวดแผลเล็กน้อย pain score 2 คะแนน แผลผ่าตัดไม่มีเลือดออก แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน คือ

พักผ่อนให้เพียงพอ ให้รับประทานอาหารปกติ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเดินควรใส่อุปกรณ์ในการช่วยเดิน เพื่อป้องกันการลงน้ำหนักที่มากเกินไปและงดการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมากๆ อาจจะทำให้เกิดการหักซ้ำบริเวณกระดูกที่ผ่าตัดได้ ให้คำแนะนำการดูแลสังเกตอาการบวมแดงร้อนหรือมีสารคัดหลั่งไหลออกจากแผลบาดแผล หากพบให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัดและต้องทำการล้างแผลทุกวันจนถึงวันที่แพทย์นัดติดตามอาการ ประมาณ 4 สัปดาห์หลังผ่าตัด ให้คำแนะนำในการรับประทานยาตามแผนการรักษาให้ตรงเวลาและไม่ควรซื้อยาจากร้านขายยาหรือยาสมุนไพรอื่นๆ นอกเหนือจากที่แพทย์สั่งมารับประทานเอง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่จะตามมา หากพบอาการผิดปกติให้รีบมาพบแพทย์ทันที แพทย์นัดติดตามผลการรักษาอีกครั้งวันที่ 19 มิถุนายน 2567 เวลา 08.00–12.00 น. ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกและข้อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

จากการศึกษาพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ทั้งหมด 11 ข้อ ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการปวดเนื่องจากกระดูกต้นขาขวาส่วนต้นหัก

ระยะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อจากการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับอันตรายจากการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า

ระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 มีอาการปวดเนื่องจากเนื้อเยื่อบาดเจ็บจากการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อบาดเจ็บจากการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 8 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน Deep Vein Thrombosis / Thrombotic Embolism

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 9 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 10 ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้นในระหว่างรับผู้ป่วยไว้ดูแล ได้เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ประเมินความรู้สภาพร่างกายจิตใจและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด ชนิดของเหล็กดามกระดูกที่ใช้ ค่าส่วนต่างของอุปกรณ์ การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เพื่อนำข้อมูลต่างๆ มาวางแผนการพยาบาล เตรียมเครื่องมือผ่าตัด เครื่องมือสำหรับใส่เหล็กดามกระดูกภายในโพรงกระดูกและอุปกรณ์ในการจัดท่าผ่าตัดให้พร้อมใช้งาน ระบุตัวผู้ป่วย โรคและการผ่าตัด ตำแหน่งที่ผ่าตัด แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด ช่วยจัดท่าผ่าตัดให้เหมาะสมและปลอดภัย ขณะผ่าตัด

ทำหน้าที่ส่งเครื่องมือและช่วยเหลืออย่างเต็มความรู้ความสามารถถูกต้องรวดเร็วการผ่าตัดดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพ ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด แผลผ่าตัดแห้งดีไม่มีเลือดซึม ไม่เกิดรอยไหม้บนผิวหนังจากเครื่องจี้ไฟฟ้า ไม่พบรอยแดงจากการกดทับตามอวัยวะต่าง ๆ พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลห้องพักฟื้น หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ เพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อไป ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้ง 9 ข้อดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาได้ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการดูแลตั้งแต่แรกรับครอบคลุมขั้นตอนการประเมินการวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล จนกระทั่งบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกต้นขาส่วนอินเตอร์โทรชานเตอร์ริกหัก (Intertrochanteric Fracture) ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น (Proximal Femoral Nailing Antirotation: PFNA) ได้รับการรักษาและการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องได้รับการฝึกทักษะการปฏิบัติงานทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติก่อนที่จะขึ้นปฏิบัติงานจริง ต้องใช้ความสามารถในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล นำแผนการพยาบาล ลงสู่การปฏิบัติ และมีการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดให้ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ คือ การพยาบาลก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่ากรณีศึกษา ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงกับปกติ ซึ่งบรรลุตามตัวชี้วัดของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด คือ ผู้ป่วยไม่ได้รับการผ่าตัดซ้ำใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยผ่าตัดถูกคน ถูกข้าง ถูกตำแหน่ง และผู้ป่วยไม่มีอาการติดเชื้อหลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการดูแลผู้ป่วยสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จัดสิทธิประโยชน์ให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกต้นขาส่วนอินเตอร์โทรชานเตอร์ริกหัก (Intertrochanteric Fracture) ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น (Proximal Femoral Nailing Antirotation: PFNA) โดยไม่เสียค่าวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด

6. การนำไปใช้ประโยชน์และผลกระทบ

6.1 การนำไปใช้ประโยชน์

จากกรณีศึกษา “การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น: กรณีศึกษาพ.ศ. 2567” ผู้ศึกษานำผลการศึกษาเสนอแนวคิดจัดทำ “สื่อมัลติมีเดียให้ความรู้ในการเตรียมเครื่องมือและขั้นตอนในการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น (Proximal Femoral Nailing Antirotation: PFNA) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ” เพื่อให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ความ เข้าใจ เรื่องเครื่องมือและขั้นตอนในการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น และเพื่อให้ง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูล ที่ทันสมัย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้มีความปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

6.2 ผลกระทบ

ผู้ป่วย "การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น: กรณีศึกษาพ.ศ. 2567" ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาไม่เกิดผลข้างเคียงจากการผ่าตัด ได้แก่ การมีเลือดออกจากแผลผ่าตัด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้นและไม่พบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน ผู้ป่วยปลอดภัย และสามารถกลับมาชีวิตประจำวันได้

ผู้ศึกษา ได้ทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น (Proximal Femoral Nailing Antirotation: PFNA) เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล ทำให้การพยาบาลบรรลุตามวัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการพยาบาล

หน่วยงาน/องค์กรพยาบาล

1. พัฒนาแนวปฏิบัติ/แนวทางการผ่าตัดใส่ดามเหล็กภายในโพรงกระดูกที่ต้นขาส่วนต้นในหน่วยงานเพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดใส่ดามเหล็กภายในโพรงกระดูกที่ต้นขาส่วนต้นเป็นไปอย่างมีคุณภาพและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2. พัฒนาศักยภาพบุคลากร เพิ่มพูนประสบการณ์ของบุคลากรซึ่งประสบการณ์การทำงานมีความสำคัญที่ช่วยให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วน Intertrochanteric หัก ที่ได้รับการผ่าตัดใส่ดามเหล็กภายในโพรงกระดูกที่ต้นขาส่วนต้น (Proximal Femoral Nailing Antirotation: PFNA) เนื่องจากกรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซีดร่วมด้วย ทำให้ต้องมีความระมัดระวังเป็นอย่างมากในการเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 ที่มีภาวะกระดูกข้อสะโพกหักจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักจะมีโรคร่วม และมีภาวะเลือดออกภายในข้อได้ ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้ป่วยที่รายนี้เสี่ยงต่อการสูญเสียเลือดมากขณะผ่าตัดได้ พยาบาลต้องประเมินความพร้อมในด้านต่างๆ ทั้งด้านผู้ป่วย เจ้าหน้าที่อุปกรณ์ต่างๆ รวมถึงอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนในกรณีฉุกเฉินให้พร้อมใช้เมื่อเกิดกรณีฉุกเฉินขึ้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องประเมินผู้ป่วยและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นอย่างใกล้ชิด ระหว่างผ่าตัดพยาบาลช่วยผ่าตัดได้ช่วยแพทย์ทำการผ่าตัดอย่างเต็มความสามารถ ทำให้การผ่าตัดเป็นไปด้วยเรียบร้อย ผู้ป่วยสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 100 มิลลิลิตร และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซีดร่วมด้วย ทำให้ต้องระมัดระวังภาวะเลือดออกภายในข้อได้ ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้ป่วยที่รายนี้เสี่ยงต่อการสูญเสียเลือดมากขณะผ่าตัดได้ พยาบาลผู้ดูแลต้องประเมิน และช่วยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดระมัดระวังให้การผ่าตัดเป็นไปตามวัตถุประสงค์และให้ผู้ป่วยสูญเสียเลือดจากการผ่าตัดน้อยที่สุด หลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 100 มิลลิลิตร และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

2. บุคลากรทางการแพทย์บางส่วนยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และความชำนาญในการจัดท่าผู้ป่วยผ่าตัดเนื่องจากมีการใช้อุปกรณ์เสริมเตียง (Fracture table) และการใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการผ่าตัดเท่าที่ควร ทำให้

เกิดความล่าช้าในการผ่าตัดและทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกที่หักได้ หลังจากที่ได้รับการแนะนำจากวีดีทัศน์ทำให้สามารถเข้าใจการใช้อุปกรณ์ และขั้นตอนในการผ่าตัดมากยิ่งขึ้น

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดทำแผนการสอนเรื่องโรค การใช้อุปกรณ์ และขั้นตอนการผ่าตัดแก่บุคลากรทางการแพทย์ โดยใช้สื่อทางวีดีทัศน์ และปรับแผนการสอนเป็นรูปภาพ ลดการใช้ตัวหนังสือ ในรูปแบบคิวอาร์โค้ด เพื่อให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย สามารถรับชมได้บ่อย และเข้าใจได้ง่าย

2. ควรมีการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล

3. มีการส่งเสริมสมรรถนะแก่บุคลากรให้ได้รับการอบรมเฉพาะ และฟื้นฟูความรู้สม่ำเสมอเพื่อประสิทธิภาพและมาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

10. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นายฐาปกรณ์ กลางหล้า สัดส่วนของผลงาน 100 %

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นายฐาปกรณ์ กลางหล้า สัดส่วนของผลงาน 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายฐาปกรณ์ กลางหล้า)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 19 / พ.ค. / 2568

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายฐาปกรณ์ กลางหล้า	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวกนกอร ตางจงราช)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด

(วันที่)...../...../.....

(ลงชื่อ).....

(นางละม่อม ไชยสิริ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

รองผู้อำนวยการ ฝ่ายการพยาบาล

(วันที่) 19 / 05 / 2568

(ลงชื่อ).....

(นายธนนิตย์ สังคมกำแหง)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ

(วันที่) ๑๕ มิ.ย. ๒๕๖๘

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

1. **เรื่อง** แนวปฏิบัติการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้นในรูปแบบสื่อมัลติมีเดีย

2. **หลักการและเหตุผล**

กระดูกต้นขาส่วนต้นหัก (Intertrochanteric fracture) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อย และมีความสำคัญสำหรับประเทศไทยปัญหาหนึ่ง โดยเฉพาะเด็กวัยรุ่นและผู้สูงอายุ มีแนวโน้มสถิติการเกิดกระดูกต้นขาหักที่สูงขึ้น จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักพบมากถึง 250,000 รายในแต่ละปี ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้ 90 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยจะพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และช่วงของวัยรุ่นที่เป็นปัญหายอดนิยมคือ เกิดจากอุบัติเหตุจราจร รวมถึงอุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา (April Reynolds, 2013) สามารถวินิจฉัยได้จากการซักประวัติหาสาเหตุการบาดเจ็บ ระยะเวลาและอาการที่เกิดขึ้นหลังการบาดเจ็บตรวจร่างกายในตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บพบมีการบวม ผิดรูป ลักษณะการหัก ผิดรูปเอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์ การรักษามีเป้าหมายสำคัญ คือ เพื่อลดอาการปวดและป้องกันความพิการ แบ่งเป็น 2ชนิด ดังนี้ 1) รักษาแบบประคับประคองโดยการดึงกระดูกหักให้เข้าที่และให้เกิดการเชื่อมติดเองตามธรรมชาติมักจะถูกพิจารณาในผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากการผ่าตัดสูง 2) การรักษาโดยการผ่าตัด

จากการศึกษาสถิติการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนต้นหัก ที่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมแพ ปี 2564, 2565 และ 2566 พบว่า มีจำนวน 38, 37 และ 53 ราย ตามลำดับ รักษาด้วยการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น (Proximal Femoral Nailing Antirotation: PFNA) จำนวน 37, 37 และ 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.37, 100 และ 100 ตามลำดับ จากข้อมูลทำให้เห็นว่าการผ่าตัดเป็นทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนต้นหักที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นพยาบาลช่วยผ่าตัดและพยาบาลช่วยเหลือรอบนอกจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก แต่ที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลช่วยผ่าตัดและพยาบาลช่วยเหลือรอบนอกบางส่วนยังคงไม่มีความมั่นใจในการช่วยแพทย์ทำการผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น (Proximal Femoral Nailing Antirotation: PFNA) มีการใช้เครื่องมือพื้นฐาน เครื่องมือจากบริษัทจากภายนอก และเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดท่าผ่าตัดจำนวนมาก คิดเป็นร้อยละ 80 ของพยาบาลห้องผ่าตัดทั้งหมด 25 คน ซึ่งทางห้องผ่าตัดได้มีแนวทางการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น (Proximal Femoral Nailing Antirotation: PFNA) ไว้สำหรับเป็นแนวทางในการจัดเตรียมเครื่องมือ แต่ไม่ได้มีการพัฒนาให้เป็นปัจจุบัน ทำให้พยาบาลช่วยผ่าตัดและพยาบาลช่วยเหลือรอบนอกขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น ส่งผลให้การผ่าตัดไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์อย่างที่ควร หรืออาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยเสียเลือดมากขณะผ่าตัด การผ่าตัดใช้เวลานาน เกิดแผลกดทับจากการใช้อุปกรณ์ในการจัดท่าผ่าตัด หรืออาจจะทำให้เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดได้ ดังนั้น พยาบาลช่วยผ่าตัดจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากในการช่วยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด สามารถทำการผ่าตัดให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ พยาบาลช่วยผ่าตัดจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องกายวิภาค สรีรวิทยา และพยาธิสภาพเป็นอย่างดี

รวมถึงการช่วยแพทย์จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และเป็นส่วนสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด การรักษาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความสำเร็จควบคู่ไปกับการดูแลนั้น การดูแลของพยาบาลจึงมีวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่านพ้นอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับชีวิต พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการผ่าตัดรวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถฟื้นสภาพจนสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

จากการศึกษาสถิติการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนต้นหัก ที่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมแพ ปี 2564, 2565 และ 2566 พบว่า มีจำนวน 38, 37 และ 53 ราย ตามลำดับ รักษาด้วยการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น (Proximal Femoral Nailing Antirotation: PFNA) จำนวน 37, 37 และ 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.37, 100 และ 100 ตามลำดับ และพบว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น (Proximal Femoral Nailing Antirotation: PFNA) พบว่าในปี 2564, 2565 และ 2566 มีจำนวนผู้ป่วยที่เสียเลือดจากการผ่าตัดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร จำนวน 1, 0 และ 2 ราย ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อหลังผ่าตัดในระยะเวลา 6 เดือน จำนวน 0, 0 และ 1 ราย ตามลำดับ จากข้อมูลส่วนต้นทำให้เห็นว่าการรักษาผู้ป่วยด้วยการผ่าตัดเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยให้รอดพ้นภาวะวิกฤต ทำให้ลดภาวะไม่พึงประสงค์ เช่น ปวด พิการได้ ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดไม่ว่าจะเป็นพยาบาลช่วยผ่าตัด หรือพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดจึงมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้แพทย์ทำการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องกายวิภาค สรีรวิทยา และพยาธิสภาพเป็นอย่างดี รวมถึงการช่วยแพทย์จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้แพทย์ผ่าตัดได้สะดวกและจัดเตรียมเครื่องมือที่สามารถเรียกใช้เพิ่มเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยได้ทันที เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อ ร่ายกาย จิตใจ ของผู้ป่วยและญาติ

3.2 แนวความคิด

สื่อมัลติมีเดียให้ความรู้ในการเตรียมเครื่องมือและขั้นตอนในการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น (Proximal Femoral Nailing Antirotation: PFNA)

จุดมุ่งหมาย

เพื่อให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ความเข้าใจเรื่องเครื่องมือและขั้นตอนในการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้มีความปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

3.3 ข้อเสนอ

สื่อมัลติมีเดียให้ความรู้ในการเตรียมเครื่องมือและขั้นตอนในการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกขาส่วนต้น (Proximal Femoral Nailing Antirotation: PFNA)

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวทางการให้ความรู้แก่บุคลากรที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น มีความรู้ ความเข้าใจในขั้นตอน กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยและสามารถจัดเตรียมเครื่องมือที่จำเป็นให้พร้อม เพียงพอครบถ้วนต่อการผ่าตัดในแต่ละครั้ง และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นขณะผ่าตัดและเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะเสี่ยงซ้อนหลังผ่าตัด

เป้าหมาย

1. พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ เข้าใจและใช้เป็นแนวปฏิบัติงานในการให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้นได้ถูกต้องครบถ้วนเป็นแนวทางเดียวกัน

2. พนักงานเปลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ เข้าใจและใช้เป็นแนวปฏิบัติงานในการให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้นได้ถูกต้อง

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการให้ความรู้ ได้แก่ พยาบาลช่วยผ่าตัด พยาบาลช่วยเหลือรอบนอก พนังงานเปลและผู้ช่วยเหลือคนไข้

2. กำหนดช่วงเวลาในการให้ความรู้

2.1 ช่วงเวลาหลังประชุมประจำวัน

2.2 หลังจากให้ความรู้มีการประเมินและทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ขั้นตอนการเข้าผ่าตัดขณะอยู่ห้องผ่าตัด ทบทวนแนวทางการปฏิบัติ และเยี่ยมติดตามอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงที่หอผู้ป่วย

3. จัดทำเนื้อหาความรู้ประกอบด้วย ลักษณะการหัก อุปกรณ์ที่จำเป็นที่ใช้ในการผ่าตัด วิธีการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น และหน้าที่ของแต่ละบุคคล

4. จัดทำสื่อการให้ความรู้ ได้แก่ วิดีโอการผ่าตัด รูปภาพเครื่องมือและวิธีการใช้ ขั้นตอนการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น

5. นำเสนอ วิดีโอ “ผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น (Proximal Femoral Nailing Antirotation: PFNA)” ในรูปแบบคิวอาร์โค้ด ต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด เพื่อขออนุมัติดำเนินการ

6. ประชุมชี้แจงให้สมาชิกในทีมพยาบาลห้องผ่าตัดทราบและขอความร่วมมือให้นำไปใช้ในการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น (Proximal Femoral Nailing Antirotation: PFNA) ทุกราย

7. สร้างแบบสอบถามจำนวน 10 ข้อ เพื่อใช้ในการทดสอบความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด หน้าที่ของอุปกรณ์แต่ละชนิด และขั้นตอน ปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น (Proximal Femoral Nailing Antirotation: PFNA) โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนคือถ้าตอบถูกต้องได้ข้อละ 1 คะแนน

8. ดำเนินการสอนตามเนื้อหาที่กำหนดในวิดีโอ ก่อนสอนให้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด

9. ประเมินความรู้ ความเข้าใจตามแบบสอบถามชุดเดิมหลังการสอนอีกครั้ง

10. ติดตาม และประเมินผลการดำเนินการ

10.1 พยาบาลวิชาชีพช่วยผ่าตัดและพยาบาลวิชาชีพช่วยเหลือรอบนอก ติดตามการลำดับขั้นตอนการผ่าตัด จัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดและทักษะในการช่วยแพทย์ทำการผ่าตัด ค้นหาปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ ทุกสัปดาห์

10.2 พนักงานเปลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ ติดตามการเตรียมเครื่องมือที่จำเป็นในการผ่าตัด

11. สรุปผลการดำเนินการ ปัญหา อุปสรรค

12. เสนอผลการดำเนินการต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด และทีมการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด

ระยะเวลาดำเนินการ

ดำเนินการระหว่างวันที่ 10 พฤษภาคม 2567 ถึง วันที่ 31 ตุลาคม 2567

3.4 ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ทักษะ ความชำนาญของพยาบาลในการใช้เครื่องมือของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน เนื่องจากข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอทำให้พยาบาลบางส่วนใช้เครื่องมือที่จำเป็นในการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้นน้อยครั้งทำให้ไม่คุ้นชินกับอุปกรณ์ รวมถึงอายุงานไม่มากประสบการณ์ยังน้อย ขาดความมั่นใจในการใช้เครื่องมือ อาจส่งผลกระทบต่อการช่วยเหลือแพทย์ในการผ่าตัดได้

แนวทางแก้ไข ให้ความรู้ วางแผนการผ่าตัดร่วมกับแพทย์และทีมผ่าตัดก่อนทำการเริ่มผ่าตัดตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ทราบถึงแผนการรักษาของแพทย์และความต้องการเครื่องมือเพิ่มเติมในการผ่าตัดผู้ป่วย จัดให้มีพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่าทบทวนความรู้และตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมืออีกครั้ง ผู้ศึกษาติดตามผลการดำเนินงานทุกสัปดาห์

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ มีแนวทางการให้ความรู้แก่บุคลากรในการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ และขั้นตอนในการผ่าตัดการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้นได้อย่างถูกต้อง และสามารถใช้ในการนิเทศให้กับบุคลากรใหม่ได้

4.2 พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในเตรียมเครื่องมือและสามารถช่วยแพทย์ทำการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย

4.3 ผู้ป่วยผ่าตัดผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น ทุกรายได้รับการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ ไม่เกิดความเสี่ยง และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับการผ่าตัดและหลังผ่าตัด

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 บุคลากรในห้องผ่าตัดมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80

5.2 ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด น้อยกว่า ร้อยละ 2

5.3 พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดสามารถเตรียมเครื่องมือและเข้าช่วยแพทย์ทำการผ่าตัดใส่เหล็กแกนดามกระดูกต้นขาส่วนต้น เป้าหมาย ร้อยละ 100

(ลงชื่อ).....

(นายฐาปกรณ์ กลางหล้า)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 19 / ๓.๓. / 2568

4. แบบสรุปความคิดเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมินนายฐาปกรณ์ กลางหล้า

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ 224632
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
1. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงานผลการปฏิบัติราชการและประวัติทางวินัย	20	17
2. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	30	26
3. เค้าโครงผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงานให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	30	27
4. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	10	8
5. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควรเช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทัศนคติเสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	10	8
รวม	100	86

1. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

( ) เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....

( ) ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อ).....

(นางสาวกนกอร ตางจงราช)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด

(วันที่)...../...../.....

(ลงชื่อ).....

(นางละม่อม ไชยสิริ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

รองผู้อำนวยการ ฝ่ายการพยาบาล

(วันที่) 19 / 05 / 2568

2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

( ) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

( ) ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....

(นายธนนิตย์ สังคมกำแหง)

(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ)

(ตำแหน่ง) .....

(วันที่) ...../...../..... ๑๕ ก.ค. ๒๕๖๘

(นางสาลินี ไวยนนท์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

รักษาราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

3. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

(✓) ผ่านการประเมินได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70

( ) ไม่ผ่านการประเมินได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70

(ระบุเหตุผล) .....

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....

(นายยุทธพร พิรุณสาร)

(ตำแหน่ง) รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น

(วันที่) ๒๖ / ก.ค. / ๒๕๖๘