



ประกาศจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลหัวหิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับ
การประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้น จำนวน ๓ ราย ดังนี้

<u>ลำดับที่</u>	<u>ชื่อ - สกุล</u>	<u>ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก</u>	<u>ส่วนราชการ</u>
๑.	นางสาวศิริภาณี เทียนมนัส	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประจวบคีรีขันธ์ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย ออโรโธปิดิกส์
๒.	นางสาวพจนนา พิณทิพย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประจวบคีรีขันธ์ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย ออโรโธปิดิกส์
๓.	นางสาวชนิษฐา อินทร์เสวีต	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประจวบคีรีขันธ์ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน และศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง

/ทั้งนี้...

ทั้งนี้ ให้ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกฯ เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายกิตติพงษ์ สุขภาคกุล)
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

๙ ต.ค. ๒๕๖๕

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลหัวหิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ลำดับที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์		
๑	นางสาวศิริราณี เทียนมนัส	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๔๐๐๙๐	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๔๐๐๙๐	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
						ชื่อผลงานส่งประเมิน "การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิดที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึง กระดูกภายใน : กรณีศึกษา" ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "Foot box ป้องกันภาวะ Foot drop" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิดที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน : กรณีศึกษา.
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนเมษายน - พฤษภาคม 2565
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

กระดูกต้นขาส่วนกลางหัก (Femoral Shaft Fracture) กระดูกต้นขาส่วนกลางหักเป็นการบาดเจ็บที่พบบ่อย ในผู้ป่วยอายุน้อยที่ประสบอุบัติเหตุรุนแรง โดยเฉพาะอุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่งทางบก เป็นสาเหตุที่ทำให้คนไทยเสียชีวิต เป็นอันดับต้นในแต่ละปี รวมถึงมีผู้รักษาตัวในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์จำนวนมาก ดังนั้น ความสำคัญในการรักษาผู้ป่วย กลุ่มนี้นอกจากรักษากระดูกต้นขาแล้ว ยังจำเป็นต้องรู้จักการบาดเจ็บร่วมและภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย เพื่อที่จะสามารถป้องกัน รักษาและให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

กระดูกหัก (Bone Fracture) คือภาวะที่กระดูกได้รับแรงกระแทกมากเกินไปเกินกว่าที่กระดูกจะรับได้ และก่อให้เกิดการหักขึ้น โดยการ หักอาจเป็นเพียงรอยร้าว (crack) หรือหักเคลื่อนออกจากกัน ก็ได้ (displacement) ทั้งนี้ ขึ้นกับความรุนแรงของอุบัติเหตุ ส่งผลให้กระดูกไม่สามารถรองรับน้ำหนักจากแรงดังกล่าวได้ และเกิดหัก ก่อให้เกิดอาการปวด เสื่อมสมรรถภาพในการทำงาน รวมทั้งมีเลือดออกและได้รับบาดเจ็บบริเวณ รอบกระดูกที่ได้รับแรงกระแทก โดยทั่วไปแล้ว กระดูกจัดเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันชนิดหนึ่ง ประกอบด้วย แคลเซียมและเซลล์กระดูก ตรงกลางกระดูกจะอ่อนกว่า เรียกว่าไขกระดูก ซึ่งทำหน้าที่ผลิตเซลล์เม็ดเลือดแดง กระดูกแต่ละส่วนจะประกอบกันเป็นโครงสร้างกระดูกที่รองรับร่างกาย ช่วยในการเคลื่อนไหวและปกป้อง อวัยวะภายในของร่างกาย หากร่างกายได้รับแรงกระแทกอย่างรุนแรง จะส่งผลให้กระดูกแตกหรือหักได้

กายวิภาคของกระดูกต้นขา

กระดูกต้นขา (Femur) เป็นกระดูกยาวที่อยู่ภายในต้นขา (thigh) ในมนุษย์ถือว่าเป็นกระดูกที่ยาวที่สุด มีปริมาตรมากที่สุด และแข็งแรงที่สุด ความยาวของกระดูกต้นขาโดยเฉลี่ยของมนุษย์ประมาณ 48 เซนติเมตร และเส้นรอบวงโดยเฉลี่ย 2.34 ซม. และสามารถรับน้ำหนักได้ถึง 30 เท่าของน้ำหนักผู้ใหญ่ กระดูกนี้รับเข้ากับส่วนของสะโพกที่เข้าหัวกระดูกต้นขา (acetabulum) และส่วนของเข่า

พยาธิสภาพของการเกิดกระดูกต้นขาหัก

1. เมื่อมีแรงมากระทำที่กระดูกจากทางตรงหรือทางอ้อมที่เกิดจากอุบัติเหตุหรือพยาธิสภาพของโรคก็ตาม ทำให้กระดูกหักได้เมื่อแรงกระทำนั้นมีมากกว่าความแข็งแรงของกระดูกกระดูกเมื่อหักจะไม่สามารถเคลื่อนไหวอวัยวะส่วนนั้นได้ตามปกติ ในระยะแรกที่กระดูกหักจะมีอาการชา การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ทั้งนี้ เนื่องจากการสูญเสียการทำงานของเส้นประสาทชั่วคราว นานประมาณ 2-3 นาที รวมถึงกล้ามเนื้อที่อยู่รอบๆ กระดูกที่หักจะมีการหดเกร็ง ทำให้เกิดอาการปวดและกดเจ็บ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

2. มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อหุ้มกระดูก หลอดเลือดที่เลี้ยงไขกระดูก เนื้อเยื่อกระดูกและเนื้อเยื่อรอบกระดูกที่หักหรือออกมาภายนอกทางบาดแผลในกรณีที่กระดูกหักแบบเปิด เลือดจะไหลออกจากบริเวณแผลให้เห็นชัดเจน ถ้าเลือดไหลออกมาจากจะกระทบกระเทือนต่อระบบไหลเวียนเลือดในร่างกายจนทำให้เกิดอาการช็อกจากการเสียเลือดได้

3. เมื่อเกิดการฉีกขาดของกระดูก เยื่อกระดูก เนื้อกระดูกแข็งและไขกระดูกทำให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบเกิดขึ้นบริเวณกระดูกหัก ซึ่งระยะการอักเสบจะเป็นขั้นตอนแรกของการซ่อมแซมกระดูกที่หัก

4. เส้นประสาท กล้ามเนื้อ เอ็นกล้ามเนื้อและเอ็นยึดข้อ เมื่อได้รับการบาดเจ็บหรือถูกทำลายจะทำให้อวัยวะที่เกี่ยวข้องทำงานไม่ได้ตามปกติ มีผลทำให้เกิดการรับความรู้สึกจากระบบประสาทความเจ็บปวดทำให้เกิดการเจ็บปวดมากขึ้น

5. อาจเกิดลักษณะผิดรูปขึ้นอยู่กับกระดูกและแรงที่มากกระทำ เช่น แรงโก่งและแรงดึงของกล้ามเนื้อที่ไม่เท่ากัน ซึ่งผลจากการหักของกระดูกจะทำให้รูปร่างและหน้าที่ของกระดูกเสียไป รวมทั้งกล้ามเนื้อที่ยึดกระดูก เอ็นและเอ็นยึดรอบๆกระดูกเสียหายที่และความมั่นคง

6. กระดูกที่หักบริเวณแขนขาจะมีความยาวสั้นลง เกิดจากแรงดึงของกล้ามเนื้อตามแนวแกนของกระดูก ทำให้กระดูกเกยกัน อาจได้ยินเสียงกรอบแกรบเมื่อคลำดู ซึ่งเกิดจากปลายของชิ้นกระดูกที่หักเสียดสีกัน

กระดูกหักสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ กระดูกหักชนิดไม่มีแผล (Closed Fracture) และกระดูกหักแบบแผลเปิด (Open หรือ Compound Fracture) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. กระดูกหักชนิดไม่มีแผล (Closed Fracture) คือ กระดูกหัก แต่ผิวหนังไม่ได้รับบาดเจ็บใด ๆ

2. กระดูกหักแบบแผลเปิด (Open หรือ Compound Fracture) คือ กระดูกที่ที่ผิวหนังออกมา หรือได้รับบาดเจ็บจนผิวหนังเปิด ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้สูง

การรักษากระดูกหัก ผู้ป่วยกระดูกหักจะได้รับการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ โดยวิธีรักษากระดูกหักประกอบด้วย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น จัดเรียงกระดูก ใส่เฝือก และผ่าตัด

กระดูกต้นขา (Femur) นับเป็นกระดูกที่มีความยาวและความแข็งแรงมากที่สุด การที่กระดูกจะหัก ได้ต้องมีแรงภายนอกมากระทำอย่างรุนแรง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร การตกจากที่สูง ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน กระดูกบริเวณ shaft of femur เป็นกระดูกที่แข็งแรงและยาวที่สุดของร่างกายมีเลือดมาเลี้ยงมาก ร่วมกับมีกล้ามเนื้อขนาดใหญ่ห่อหุ้ม การหักมักเกิดจากการกระแทกอย่างแรงจึงทำให้เนื้อเยื่อข้างเคียงได้รับบาดเจ็บมากร่วมด้วย อาจทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดมาก ถึงข้างละ 1,500 cc จนทำให้เกิดภาวะช็อกได้ โดยเฉพาะเมื่อมีการบาดเจ็บของหลอดเลือดในรายที่เป็น open fracture และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ เช่น ลิ่มไขมันหลุดอุดหลอดเลือดเฉียบพลัน (fat embolism) มักเกิดภายหลังได้รับอุบัติเหตุ 24-72 ชม. เนื่องจากกระดูกส่วนนี้มีเลือดมาเลี้ยงมากร่วมกับมีกล้ามเนื้อขนาดใหญ่

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ห่อหุ้มจึงทำให้กระดูกหักสมานกันเร็ว แต่ขณะเดียวกันการที่มีกล้ามเนื้อจำนวนมากอยู่โดยรอบจึงเกิดการดึงกระดูกให้ผิดรูปและสั้นลง การจัดกระดูกและรักษากระดูก ให้กลับสู่สภาพปกติจึงต้องใช้แรงมากในการต้านแรงดึงของกล้ามเนื้อเหล่านี้การรักษาในเบื้องต้นตาม กระดูกที่หักชั่วคราวโดยการ splint หรือ traction หลังจากผู้ป่วยได้รับการประเมินและแก้ไขการบาดเจ็บ ร่วมของระบบอื่นเรียบร้อยแล้วจึงพิจารณาการรักษาด้วยการทำ skin traction หรือ skeletal traction และการผ่าตัดเพื่อจัดขึ้นกระดูกหักให้เข้าที่และยึดตรึงกระดูกภายใน เพื่อให้เกิดความสามารถในการดูแล ตนเองภายหลังการรักษาที่เหมาะสม ทำให้ร่างกายกลับเข้าสู่สภาวะที่เป็นปกติโดยเร็ว

การผ่าตัดใส่กระดูกยึดตรึงกระดูกภายในร่างกายเป็นวิธีการรักษาอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็น การผ่าตัดเพื่อจัดกระดูกที่หักให้เข้าที่โดยใช้วัสดุต่างๆเช่นแผ่นเหล็กแท่งเหล็กไปแหลมลวดหมุดเกี่ยวโลหะหรือสกรูหรือแกนตามกระดูก ตรึงกระดูกที่หักไว้เพื่อช่วยในการสมานกันของกระดูก ข้อดีเป็นวิธีการที่สามารถจัดเรียงกระดูกที่หักได้โดยตรง สามารถยึดตรึงกระดูกที่หักได้อย่างมั่นคง แต่หลังจากการผ่าตัดอาจพบภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับคำแนะนำและการพยาบาลที่ถูกต้อง ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนของกระดูกหักที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วย พยาบาลจะต้องมีความรู้ในการประเมินผู้ป่วยและให้การพยาบาลและรายงานอาการแพทย์ได้ทันท่วงที

1. ภาวะช็อกจากการเสียเลือดมาก (hypovolemic shock) อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ในรายที่กระดูกต้นขาหักอาจเสียเลือดได้ถึง 2.5 ลิตร กระดูกเชิงกราน (pelvis) อาจเสียเลือดได้มากกว่า 3 ลิตรขึ้นไป ในผู้ใหญ่เสียเลือด 1 - 2 ลิตร อาจเกิดภาวะช็อกได้ ให้การพยาบาลวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที /จนอาการคงที่ Keep map > 65mmHg พบความผิดปกติของ Pulse > 120 ครั้ง/นาที, Blood pressure 90/60 mmHg, MAP < 65mmHg , Respiratory rate > 30ครั้ง/นาทีรายงานแพทย์ทันที เฝ้าความเข้มข้นของเลือด Hct ตามแผนการรักษา ดูแลให้ได้รับออกซิเจน Retain foley's cath เพื่อบันทึกจำนวนปัสสาวะ ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ เตรียมเลือดส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา

2. ไขมันอุดตันหลอดเลือด (fat embolism) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ทำให้เสียชีวิตได้ เนื่องจากอวัยวะที่สำคัญขาดเลือดไปเลี้ยงโดยเฉพาะสมองและปอด ภาวะนี้พบในผู้ป่วยที่กระดูกหัก หลายแห่ง อาการและอาการแสดงผู้ป่วยจะสับสน ซึม เจ็บหน้าอก เหนื่อย หายใจเร็ว ซีด มีไข้สูง มีผื่น จุด เลือดออกใต้ผิวหนัง (petechia) บริเวณคอ หน้าอก ไหล่ รักแร้ และเยื่อตา (conjunctive) ของเปลือกตาต่าง แต่ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยได้รับการ วินิจฉัยว่ามีภาวะ FES การรักษาหลัก คือ การรักษาแบบประคับ ประคอง (supportive care) โดยการแก้ไขตามอาการของผู้ป่วย หากมีปัญหาระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ (hypoxemia) สามารถ แก้ไขได้โดยการใช้เครื่องช่วยหายใจ (mechanical ventilation support) หากมีปัญหาสารน้ำในร่างกายไม่เพียงพอ (hypovolemia) สามารถแก้ไขได้โดยการให้สารน้ำและยากระตุ้นการทำงานของ หลอดเลือดและหัวใจ (inotropes) หากมีปัญหาโลหิตจาง/ซีด หรือมีเกล็ดเลือดต่ำ อาจจำเป็นต้องให้เลือดหรือเกล็ดเลือดทดแทน

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

หากมีอาการทางระบบประสาท โดยทั่วไปมักจะกลับสู่ภาวะปกติได้ หากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการประคบประครองดั่งที่กล่าวไปข้างต้นเป็นอย่างดี

3. ภาวะความดันเพิ่มขึ้นในช่องกล้ามเนื้อ (compartment syndrome) จะพบในบริเวณแขนและขาบ่อยกว่าตำแหน่งอื่น อาการและอาการแสดง ปวด (pain) เป็นมากเมื่อเหยียดกล้ามเนื้อให้ยาแก้ปวดไม่ทุเลา การรับความรู้สึกผิดปกติ ชา (paresthesia) ชีด (pallor) จับชีพจรบริเวณที่มีพยาธิสภาพไม่ได้ (pulseless) และเคลื่อนไหวส่วนนั้นไม่ได้ตามปกติ (paresis หรือ paralysis) ให้การพยาบาลโดยประเมินอาการโดยใช้หลัก 7P ได้แก่ Pain: อาการปวดรุนแรงแม้จะได้รับยาบรรเทาปวดก็ไม่อาจทุเลา Pulseless: คลำชีพจรของอวัยวะส่วนปลายไม่ได้ Pallor: อาการ ชีดของอวัยวะส่วนปลาย Paresthesia: มีอาการชา รู้สึกเจ็บลดลง Paralysis: เคลื่อนไหวไม่ได้ อ่อนแรง Passive stretch: ปวดมากขึ้นเมื่อถูกยืดกล้ามเนื้อ โดยการดันนิ้วของผู้ป่วย Palpable Tenseness หรือ Puffiness: อวัยวะส่วนปลายบวมตึงอย่างเห็นได้ชัด โดยการคลายผ้ายึดที่รัดแน่น จัดทำนอน โดยยกขาสูงเท่ากับระดับหัวใจเพื่อเพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดและป้องกันอาการบวม ตรวจสอบ Capillary refill ดูแลให้ Oxygen cannula 3 LPM เพื่อคงค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในร่างกายและรายงานแพทย์รับทราบ

การพยาบาลผู้ป่วย

1. สังเกตติดตามและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยการตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าค่าต่าง ๆ จะไม่เปลี่ยนแปลง มีสัญญาณชีพผิดปกติรีบรายงานแพทย์ เพื่อจะได้ให้การรักษาอย่างทันที่

2. ตรวจสอบปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) ทางห้องปฏิบัติการ พร้อมติดตามผล และรายงานแพทย์เพื่อประเมินภาวะซีด จากการสูญเสียเลือด

3. จัดให้ขาข้างซ้ายอยู่นิ่งด้วยการดาม (Splint) เพื่อป้องกันการเคลื่อนไหวของกระดูกในระหว่าง การเคลื่อนย้าย ไม่ให้เกิดการทิ่มแทงหลอดเลือดหรือเนื้อเยื่อเพิ่มมากขึ้น

4. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะช็อค เช่น กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง พร้อมรีบรายงานแพทย์

5. ให้การพยาบาลทางด้านจิตใจโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยให้รับทราบถึงพยาธิสภาพของโรคและแผนการรักษาของแพทย์อย่างคร่าวๆ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

6. ตรวจสอบความพร้อมในเรื่อง การรับรู้และยอมรับการผ่าตัด พร้อมทั้งเซ็นใบยินยอมผ่าตัด เตรียมผล Lab , EKG , Film และจองเลือดตามแผนการรักษา อุปกรณ์และยาที่ต้องเตรียมไปห้องผ่าตัด

7. ให้การพยาบาลหลังผ่าตัด โดยประเมินการเสียเลือดจากบาดแผลผ่าตัดและจากท่อระบายเลือด ดูแลขวดระบายเลือดให้เป็นสุญญากาศ (closed system) สังเกตอาการผิดปกติจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด และจดบันทึกจำนวนเลือดที่ออกจากท่อระบายเลือด ถ้ามมากกว่า 200 มิลลิลิตร/ชั่วโมง รายงานแพทย์ ติดตามประเมินอาการซีด เจาะ Hct ตามแผน การรักษาและรายงานแพทย์เมื่อ Hct ต่ำกว่า 30 %

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ) การพยาบาล(ต่อ)

8. ประเมินภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด โดยสังเกตลักษณะบวมแดง รอบ ๆ แผล และ discharge ที่ซึมจากแผลผ่าตัด Dressing แผลโดยใช้หลัก Aseptic technique ปิดแผลด้วย Fixamul บันทึกลักษณะสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิ ถ้า > 37.5 C ให้ประเมินทุก 4 ชม.

9. ประเมินอาการปวดแผลของผู้ป่วยโดยการสอบถาม สังเกตสีหน้าท่าทาง โดยใช้ Pain Scale ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เขามือ ดูแลจัดท่านอนให้ได้รับความสบาย ยกขาข้างที่ทำผ่าตัดให้สูงโดยวางบนหมอน เพื่อให้การไหลเวียนโลหิตดี ไม่เกิดการคั่งของเลือดที่อวัยวะส่วนปลาย ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และความต้องการของผู้ป่วยพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา พุดคุยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ ส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมที่ชอบและสามารถปฏิบัติได้คนเดียว เช่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์

10. ประเมินการไหลเวียนของโลหิตที่เปลี่ยนอวัยวะส่วนปลาย ประเมินสีของผิวหนังบริเวณส่วนปลายเท้า ประเมิน Dorsalis pedis pulse ที่หลังเท้า ทั้งอัตรา และจังหวะของชีพจร ดูแลการพัน Elastic bandage ไม่ให้แน่นเกินไปดูแลให้อนยกดขาสูง เพื่อช่วยให้มีการไหลเวียนโลหิตกลับได้สะดวก

11. การประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านเพื่อให้คำแนะนำปรับให้เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน.

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 24 ปี สถานภาพโสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพพนักงานบริษัท เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหัวหินเมื่อวันที่ 3 เมษายน 2565 อาการสำคัญ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ชีรลจกรยานยนต์ชนกรวยจราจร ไม่สลบ ขาซ้ายบวม ผิดรูป ปวด เดินไม่ได้ มีแผลฉีกขาดใต้เข่าซ้าย 3 cms. แรกที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วย E4V5M6 pupill 2 min RTL BE. สัญญาณชีพแรกเริ่ม อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 96 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/78 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ตรวจร่างกาย ABCD OK Fast negative ส่ง Film Chest , Lt femur AP, Lat , both hip AP , Lt.knee AP, Lat , Lt.ankle AP, Mortise แพทย์วินิจฉัย Closed fracture shaft femur Lt. ได้รับการรักษาทำความสะอาดแผลแผลตามตัว suture wound ที่แขนซ้าย 6 stitch ใส่เฝือกอ่อนรองขาซ้าย เจาะ Lab CBC, Bun , Creatinine. , Electrolyte , Coagulopathy , Anti HIV , DTX ได้ยา Cefazolin 1 g IV Stat. รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล

แรกเริ่มที่ตึกศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 pupill 2 min RTL BE. ใส่เฝือกอ่อนรองขาซ้าย ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิด compartment syndrome โดยประเมิน neurovascular คล่าชีพจรบริเวณหลังเท้า (dorsalis pedis pulse) ได้ชัดเจน กระดกนิ้วเท้าได้ ไม่ชา ปวดขาซ้าย ประเมินระดับความปวด 4 คะแนน สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 82 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/72 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดบริเวณต้นขาหักผู้ป่วย โดยดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ NSS 1000 ml IV 80 cc/hr. ตามแผนการรักษา ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบมีการติดเชื้อในร่างกาย WBC 25,840/uL Hct. 48 % Plt. 276,000 /uL BUN 18 mg/dL Cr.1.01 mg/dL Sodium 142 mmol/L Potassium 4.1 mmol/L Chloride 108 mmol/L Carbondioxide 15.6 mmol/L PT13.4 sec PTT 24.9 sec INR 1.02 sec และ Anti HIV negative แพทย์ตรวจเย็บอาการ Set OR For CRIF with IM nail Lt. Femur ให้จอง PRC 2 Unit ไปห้องผ่าตัด , NPO AMN , ON IVF Acetar 1000 ml IV 80 cc/hr. , นำยา Cefazolin 1 g ไปห้องผ่าตัด ผู้ป่วยยินยอมผ่าตัด ดูแลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมผ่าตัด ระหว่างวันผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปวดขาพอทน สัญญาณชีพอยู่ในช่วง อุณหภูมิ 37-38 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ชีพจร 90-110 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/65 มิลลิเมตรปรอท

ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 98 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/81 มิลลิเมตรปรอท รับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด CRIF with IM nail Lt. Femur. under GA. แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจ Room air แผลที่ขาซ้าย Seal ไว้ ไม่มี bleed ชิม ประเมิน neurovascular คล่าชีพจรบริเวณหลังเท้า (dorsalis pedis pulse) ได้ชัดเจน กระดกนิ้วเท้าได้ ไม่ชา capillary refill < 2 sec. ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดระยะแรกเพื่อป้องกันภาวะ Hypovolumic shock จากการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ Acetar1000 ml IV 150 cc/hr. then Acetar1000 ml IV 100 cc/hr.

ผู้ป่วยตื่นดี ดูแลให้รับประทานอาหารได้ตามแผนการรักษา

ดูแลเจาะ Hct = 26 % Notify แพทย์รับทราบดูแลให้ได้รับ PRC 1 Unit IV drip in 3 hrs. ตามแผนการรักษา ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับส่วนประกอบของเลือด ผู้ป่วยได้รับเลือดตามแผนการรักษา ไม่มีอาการแพ้เลือด ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 10,410/uL Hct. 29 % Plt. 150,000 /uL ผลไม่มีเลือดซึม Urine เหลืองใส วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ซีพจร 110 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/87 มิลลิเมตรปรอท ได้รับยาปฏิชีวนะ Cefazolin 1g. IV ทุก 6 ชั่วโมง

ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัด ประเมินระดับความปวด 7 คะแนน ดูแลความไม่สุขสบายจากการผ่าตัด ดูแลให้ได้รับยา Morphine (1:1) IV 3 mg. prn ทุก 4 ชั่วโมง Check V/S อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ซีพจร 110 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/79 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยมีใช้หลังผ่าตัด

แพทย์มีแผนการรักษาปรึกษากายภาพบำบัด ฟีกเดิน NWB with cruth ให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ฟีกลุกนั่งบนเตียงและนั่งห้อยขาข้างเตียง ค่อยๆฟีกเดิน จนหลังผ่าตัด Day 5 ผู้ป่วยสามารถเดิน NWB with cruth เข้าห้องน้ำได้ดี ไม่ปวดแผลผ่าตัด แพทย์อนุญาตกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล 12 วัน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ : ให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาซ้ายหักแบบปิดที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน 1 ราย

- เชิงคุณภาพ :
1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดบริเวณต้นขาหัก
 2. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด
 3. ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดแผลผ่าตัด
 4. ไม่เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด
 5. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ลดความรุนแรงและอันตรายที่เกิดอย่างเฉียบพลันได้ ตลอดจนผู้ป่วยและญาติมีความรู้และสามารถดูแลตนเองภายหลังกลับไปอยู่บ้านและพึงพอใจในการได้รับบริการที่มีมาตรฐาน
2. การเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และแนวความคิดใหม่ๆ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักซึ่งเป็นการพัฒนาตนเองให้ทันต่อวิวัฒนาการทางการแพทย์และการรักษา
3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศบุคลากรทางการพยาบาล

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยที่มีกระดูกต้นขาหัก อาจเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดได้ เนื่องจากกระดูกหักอาจมีหลอดเลือดหรือเนื้อเยื่อที่อยู่รอบๆ ภาวะไขมันอุดตันหลอดเลือด (fat embolism) ภาวะความดันเพิ่มขึ้นในช่องกล้ามเนื้อ (compartment syndrome) การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต้องมีความรู้ความสามารถประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และถูกต้อง และให้การดูแลอย่างใกล้ชิด

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้ประสบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนกับกรวยจราจร เนื่องจากเป็นวัยทำงาน ขาดความระมัดระวังในการขับขี่อย่างปลอดภัย เช่น ใส่หมวกกันน็อค ความเร็วในการขับขี่

9. ข้อเสนอแนะ

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกต้นขาหัก อาจมีภาวะช็อก ควรมีการจ้องเลือดไว้สำรองตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยเพื่อใช้ในกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นต้องผ่าตัด และพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความสามารถ มีทักษะในการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว มีการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง และให้การรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง ทันทางที่ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

10. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวศิริณี เทียนมนัส สัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ศิริณี เทียนมนัส

(นางสาวศิริณี เทียนมนัส)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 5 สิงหาคม 2565

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)



(นางจันทนา วิชญ์เศรษฐ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)

หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

(วันที่)

19 พฤษภาคม 2565

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)



(นางสุวัชรีย์ เดชาธรรม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)

รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล

(วันที่)

11 ก.ย. 2565

(ลงชื่อ)



(นายจิตตรัตน์ เดชาธรรม)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

(วันที่)

19 ก.ย. 2565

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง Foot box ป้องกันภาวะ Foot drop

2. หลักการและเหตุผล

จากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชายของโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ข้อมูลสถิติ ในปี 2562-2564 พบว่าผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูก จำนวน 84 ราย, 61 ราย และ 52 รายตามลำดับ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยยังพบการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องทางผู้จัดทำได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหา จึงเกิดการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักหลังการผ่าตัดเหล็กยึดตรึงกระดูกภายใน โดยจัดทำนวัตกรรม Foot box เพื่อลดภาวะเท้าตก เป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ภาวะเท้าตก คือ ภาวะที่กระดูกปลายเท้าไม่ขึ้น เดินลากเท้า ยกเท้าไม่พ้นพื้น ภาวะดังกล่าวเรียกว่า “ภาวะเท้าตก หรือ Foot drop” เกิดจากบริเวณเส้นประสาทพีโรเนียล (Peroneal nerve) มีความผิดปกติซึ่งอยู่บริเวณด้านข้างของกระดูกบริเวณข้อเข่าด้านนอก ผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขาพร้อมกับกระดูกที่หักเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บจะส่งผลให้หน้าที่การทำงานของกล้ามเนื้อที่ถูกเลี้ยงโดยเส้นประสาทนั้นๆ ทำงานลดลงหรือหยุดทำงาน ผู้ป่วยไม่สามารถขยับกล้ามเนื้อได้ ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหรือกระดูกหน้าแข้งส่วนบนหัก ทำให้เส้นประสาท common peroneal บาดเจ็บ ผู้ป่วยไม่สามารถกระดกข้อเท้าและผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะ foot drop รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน ที่นอนนิ่งๆเป็นเวลานาน กระดกข้อเท้าไม่ถูกต้อง การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ก็อาจส่งผลให้เกิดภาวะfoot drop ได้ ซึ่งภาวะfoot drop เป็นภาวะแทรกซ้อนหนึ่งที่สามารถส่งผลต่อผู้ป่วยในระยะฟื้นฟู อาจทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และเกิดความไม่พึงพอใจในบริการ เพราะฉะนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะข้อเท้าตกจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยและบุคลากรที่ดูแล

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

(ระดับชำนาญการ)

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ลดการเกิดภาวะข้อเท้าตกในผู้ป่วยผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในร้อยละ 80
2. ทีมบุคลากรผู้ดูแลมีอัตราความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมอย่างน้อย ร้อยละ 80

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราการเกิดภาวะข้อเท้าตก (Foot drop) เท้ากับศูนย์

(ลงชื่อ)

ศิริณี เกษมณี

(นางสาวศิริณี เทียนมนัส)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 5 / สิงหาคม / 2565

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลหัวหิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ลำดับที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒	นางสาวพจนาน พิณทิพย์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์	๑๘๖๐๒๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์	๑๘๖๐๒๘	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)		
		ชื่อผลงานส่งประเมิน "การพยาบาลผู้ป่วยช่องไขสันหลังตีบแคบ : กรณีศึกษา"				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "หมอนรองลดแรงกด-ลดปวด"				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยช่องไขสันหลังตีบแคบ : กรณีศึกษา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 15 เมษายน 2565 – 1 กรกฎาคม 2565

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ช่องไขสันหลังตีบแคบคือ ภาวะที่มีการตีบแคบลงของโพรงที่เป็นช่องว่าง ตลอดความยาวภายในกระดูกสันหลัง ที่เรียกกันว่าโพรงกระดูกสันหลัง หรือโพรงประสาท (Spinal canal) ซึ่งเป็นช่องทางผ่านของเส้นประสาทไขสันหลัง (spinal cord) โดยการตีบแคบอาจเกิดเพียงระดับเดียว หรือหลายระดับของโพรงกระดูกสันหลังก็ได้ พยาธิสภาพเกิดจากการตีบแคบของช่องกระดูกสันหลัง ซึ่งเป็นสาเหตุให้เส้นประสาทไขสันหลังถูกรัด ถูกกดทับ และเกิดอาการปวดร้าวปวดจากสะโพกไปตามขาข้างใดข้างหนึ่งโรคนี้พบได้ในทุกกลุ่มอายุ ที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับกระดูกสันหลังอาทิเช่นผู้สูงอายุ เช่น ผู้ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ที่มีกระดูกสันหลังเสื่อมสภาพตามวัยหรือผู้ที่มีกระดูกสันหลังตีบแคบแต่กำเนิด ซึ่งพบได้บ่อยในคนเอเชีย ผู้ป่วยประเภทนี้อาจแสดงอาการได้ตั้งแต่อายุยังน้อย หรือโรคนี้พบได้บ่อยในผู้ที่ใช้กระดูกสันหลังมาอย่างหนักเป็นประจำ ผู้ที่ต้องยกของหนักผู้ที่ต้องก้มๆเงยๆอยู่ตลอดเวลา ผู้ที่อยู่กับเครื่องจักรที่มีการสั่นสะเทือนหรือผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน เป็นต้น

กระดูกสันหลัง (Spine หรือ Vertebral column) เป็นกระดูกแกนกลางของร่างกาย ทำหน้าที่ป้องกันอันตรายต่อไขสันหลัง (spinal cord) และรากประสาท (spinal nerve root) เป็นจุดยึดเกาะของกล้ามเนื้อ เอ็นกล้ามเนื้อ และเอ็นกระดูก ช่วยให้เกิดการเคลื่อนไหวและความมั่นคงแก่ร่างกาย นอกจากนั้นยังเป็นแหล่งสร้างไขกระดูก เป็นแหล่งกำเนิดของเม็ดเลือดต่างๆ และเป็นแหล่งสะสมแร่ธาตุที่มีประโยชน์

พยาธิสภาพ และการดำเนินโรค

โรคนี้เป็นผลมาจากการเสื่อมสภาพของข้อต่อกระดูกสันหลัง พยาธิสภาพจะเริ่มต้นจาก การเสื่อมสภาพของหมอนรองกระดูกสันหลัง (intervertebral disc) ปริมาณน้ำใน nucleus pulposus (ส่วนของเจลตรงกลางของ disc) ลดลง เกิดการฉีกขาดและหย่อนตัวของ annulus fibrosus ที่อยู่รอบๆ การเคลื่อนตัวของ nucleus pulposus ปริมาณและความสูงของ disc ลดลง โดยรวมจะทำให้ความสามารถในการดูดซับแรงที่มากกระทำลดลงแรงจึงไปกระทำที่ข้อฟาเซต (facet joints) มากขึ้น จนเกิดการอักเสบและเยื่อหุ้มข้อ เกิดการเสื่อมสภาพของกระดูกอ่อน เกิดการหลวมหรือไม่มั่นคงของกระดูกสันหลัง ร่างกายจึงพยายามทำให้กระดูกสันหลังมั่นคงขึ้น โดยการเกิดกระดูกงอก ตามข้อต่อต่างๆ เกิดการหนาตัวของ ligaments โดยรวมทำให้เกิดความมั่นคงของกระดูกสันหลังขึ้น หมอนรองกระดูกสันหลังที่ยุบตัวลง ปลิ้นนูนเข้าไปในโพรงกระดูกสันหลัง osteophytes discs และ ligamentum flavum ที่หนาตัวจะกดเบียดทำให้ทั้ง central canal และ lateral canal แคบลง dural sac และ nerve root ถูกกดเบียด

สาเหตุ

โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (spinal canal stenosis) มี 2 สาเหตุ ได้แก่

1. โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบตั้งแต่กำเนิด (congenital/developmental spinal canal stenosis) ผู้ป่วยมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบอยู่แล้วน้อยกว่า 10 มม.
2. โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบภายหลัง (acquired spinal canal stenosis) ผู้ป่วยมีขนาด เส้นผ่านศูนย์กลางของโพรงกระดูกสันหลังปกติ แต่เริ่มตีบแคบลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น สาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบจากข้อต่อกระดูกสันหลังเสื่อม (degenerative lumbar spinal canal stenosis)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

อาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้คือ

1. มีอาการปวดบริเวณสะโพกร้าวลงมาขา เป็นข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง เดิน ยืน ปวดมากขึ้นนอนไม่ปวด จนบางคนลงน้ำหนักขาข้างนั้นไม่ได้ ถ้าลงน้ำหนักจะปวดร้าวลงขาทันที เดินกระเผลกยิ่งเดินไกลยิ่งมีอาการปวดขา จนต้องหยุดพักเป็นระยะ
2. ปวดขาและปวดสะโพก เมื่อเดินติดต่อกัน บางคนปวดเมื่อเดินนานๆ บางคนปวดตั้งแต่สับก้าวแรก
3. มีความรู้สึกเท้าและขาชาไม่ค่อยรู้สึก โดยเฉพาะเวลาเดินหรือยืนนานยิ่งเดินหรือยืนยิ่งชา
4. อาการขาอ่อนแรงเดินกระเผลกให้เห็น ยิ่งเดินยิ่งอ่อนแรงหรือขาอ่อนให้เห็น มีทั้งถาวรและไม่ถาวร
5. ในบางรายที่มีอาการเป็นมากจะมีอาการนอนราบไม่ได้ ผู้ป่วยบางรายต้องนอนตะแคง เพราะเป็นท่านอนที่ผู้ป่วยมีอาการปวดน้อยที่สุด กระดุกทับเส้นน้อยที่สุด
6. ในรายที่เป็นมากจะมีอาการขาลีบเล็ก ผู้ป่วยบางรายมีอาการเกือบเป็นอัมพาต

การรักษา

ส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ รักษาได้ผลดี โดยวิธีโดยวิธีการไม่ผ่าตัด (conservative treatment) การรักษา มี 2 วิธี คือ

1. การรักษาโดยไม่ผ่าตัด เช่น การรับประทานยา การลดน้ำหนัก การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น
2. การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด โดยหลักการในการผ่าตัด คือการขยายช่องทางออกของเส้นประสาทให้กว้างขึ้น เพื่อลดการกดทับของเส้นประสาท การพยาบาลผู้มารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ที่ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวล เตรียมร่างกายก่อนผ่าตัดด้วยการให้ความรู้และผู้ป่วยมีส่วนร่วม รวมทั้งการเตรียมความพร้อมของเครื่องมือ สถานที่ อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อ ระยะผ่าตัดดูแลให้การผ่าตัดเป็นไปด้วยความถูกต้อง รวดเร็ว โดยใช้หลักปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะหลังผ่าตัด ประเมินผลการพยาบาลป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและดูแลความสบายด้านร่างกายลดความเครียด วิตกกังวลจากการจำกัดกิจกรรม และผลของการผ่าตัด ตลอดจนให้คำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

การพยาบาล

ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกสันหลัง เพื่อป้องกันการกดทับเส้นประสาท อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนดังนี้

1. อาจเกิดภาวะช็อคหลังผ่าตัด 24 ชม. แรก หลังผ่าตัดต้องมีการบันทึกสัญญาณชีพ 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ สังเกตแผลผ่าตัด เพื่อประเมินการเสียเลือด ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการสังเกตอาการผิดปกติ
2. อาจเกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดได้ หลังผ่าตัดผู้ป่วยยังมีอาการปวดแผลมาก เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย และนอนกดทับแผลเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการอักเสบ อาจมีสารคัดหลังซึมจากแผลผ่าตัด จึงจำเป็นต้องให้ความรู้ในการปฏิบัติตนในการ Ambulate และการรักษาความสะอาดแผล
3. วิตกกังวล เนื่องจากกลัวการผ่าตัดประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและเข้าใจ แผนการรักษา โดยการผ่าตัดและให้ความร่วมมือใน การรับการรักษาเกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้า ทำทางดีขึ้น พุดคุยตามปกติและพร้อมที่จะรับการ รักษาโดยการผ่าตัด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

4. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เนื่องจากหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการปวด วิดกกังวล และขาดความรู้ความมั่นใจในการเคลื่อนไหวร่างกาย การทำกายภาพบำบัด ก่อนผ่าตัดจึงต้องมีการปรึกษากายภาพบำบัด สอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดความวิตกกังวลหลังผ่าตัด

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยชายไทย วัย 56 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัวปฏิเสธการแพ้ยาแพ้อาหารและไม่เคยผ่าตัด สูบบุหรี่ปางครั้ง ปฏิเสธการดื่มสุรา มาโรงพยาบาลด้วยอาการ 10 ปีก่อนปวดหลังร้าวลงขาขวา เดินได้น้อยกว่า 10 เมตร และยืนได้นาน 5 นาที แพทย์จึงนัดมาผ่าตัด

แรกรับผู้ป่วยรู้ตัวดี ลูกเดิน ช่วยเหลือตนเองได้ สัญญาณชีพอุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/78 มิลลิเมตรปรอท มีอาการปวดหลังพอทนได้ Pain score = 2 คะแนน แพทย์นัดผ่าตัด Laminectomy + PDS L2-S1 วันที่ 23 ธ.ค. 2563 และได้เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด จอง PRC 4 unit , cefazolin 1 gm. ไปห้องผ่าตัด และ retain foley's cath ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 % NSS 1000 ml iv 80 cc/hr. หลังผ่าตัดผู้ป่วยตื่นรู้ตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หายใจ Room air ไม่เหนื่อย ปริมาตรความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด 96-98 % สัญญาณชีพหลังผ่าตัด อุณหภูมิกาย 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 137/68 มิลลิเมตรปรอท แผลผ่าตัดแห้งดี On redivac drain 1 เส้น content 20 ml. Pain score 3 คะแนน ให้สารน้ำ Acetar 1000 ml iv 100 cc/hr. morphine 4 mg iv prn.q 4 hr. ติดตามค่าความเข้มข้นในเลือดทุก 6 ชั่วโมงอยู่ในช่วง 35-38 % หลังผ่าตัดมีอาการปวด Pain score = 4-5 คะแนน ให้ morphine 4 mg iv q 4-6 hr.ตามแผนการรักษา อาการปวดทุเลาลง ดูแลให้นอนพัก ให้ยา cefazolin 1 gm. iv q 6 hr. หลังผ่าตัดยังมีอาการขาชาวล็กน้อย ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย Pain score = 3 แพทย์อนุญาตให้ย้ายห้องพิเศษได้ ambulate ไข่เตียงนั่งศีรษะสูงได้ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลปวดแผล ambulate ได้น้อย มีอาการท้องผูก แพทย์เพิ่มยาระบายอาการดีขึ้น ขณะ ambulate มีอาการเวียนศีรษะเล็กน้อย Off foley's cath , off redivac drain และให้ On L-S support ปรึกษากายภาพ ambulate with walker อาการขาชาตดีขึ้นสามารถ ambulate ลูกนั่ง ห้อยขาข้างเตียง และเดินเองพอได้ แผลผ่าตัดแห้งดี ตัดไหม 1 มกราคม 2564 ไม่ปวดแผล ambulate ได้ดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะรักษาตัวใน รพ. 10 วัน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ การพยาบาลผู้ป่วยช่องไขสันหลังตีบแคบ 1 ราย

เชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อกหรือแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
2. ไม่มีการติดเชื้อหลังผ่าตัด
3. อาการปวดลดลงจากการประคบเย็น
4. ไม่มีแผลกดทับจากการนอนนานหลังผ่าตัด
5. ไม่เกิดอุบัติเหตุจากอาการชา และช่วยเหลือตนเองได้น้อย
6. ผู้ป่วยและญาติสามารถทำกายภาพฟื้นฟูร่างกายได้อย่างถูกต้อง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคคลากร ในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
2. เพื่อเพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษาในการพัฒนาคุณภาพในการให้บริการทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการ Ambulate กลัวจะเกิดผลกระทบต่อแผลผ่าตัด จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ มีอาการท้องผูก ท้องอืด และอาจเกิดแผลกดทับได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการปวดแผล วิตกกังวล ไม่ให้ความร่วมมือในการทำกายภาพบำบัด
2. ความทนในการ Ambulate น้อย
3. ท้องผูก แน่นอึดอัดท้อง
4. เวียนศีรษะ ชมะหลุนงง และก่อนการทำกายภาพบำบัด

9. ข้อเสนอแนะ

ควรมีการปรึกษากายภาพบำบัดก่อนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยทราบวิธีการปฏิบัติตน การ Ambulate หลังผ่าตัด และยังเป็นการเพิ่มความมั่นใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

10. การเผยแพร่ผลงาน : ไม่มี

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวพจนนา พิณทิพย์ สัดส่วนของผลงาน 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) พจนนา พิณทิพย์ (ผู้ขอประเมิน)

(นางสาวพจนนา พิณทิพย์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๕ / ๕.๐ / ๒๕๖๕

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางจันทนา วิชญเศรณี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)

หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

(วันที่) 12 / 1 / 2565

(ลงชื่อ) 

(นางสุวารี เดชาธรรม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)

รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 2 / 1 / 2565

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายจิตตรัตน์ เดชอุดมพร)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

(วันที่) 1 / 1 / 2565

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง หมอนรองลดแรงกด-ลดปวด

2. หลักการและเหตุผล

จากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย ของโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จากสถิติการให้บริการของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย พบว่ามีผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดเกี่ยวกับกระดูกสันหลัง เช่น spinal stenosis , spondylolithesis ในปี พ.ศ.2562- 2564 พบจำนวน 7 , 9 และ 11 ราย ตามลำดับ การให้การพยาบาลยังพบ ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และการทำกายภาพบำบัด หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว บางรายมีพฤติกรรมนอนท่าเดิมๆ กังวลเกี่ยวกับความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยบางรายมีอาการปวดมาก Ambulate ลำบากทำให้เกิดแผลกดทับได้ ทางผู้จัดทำได้เห็นความสำคัญของการทำนวัตกรรม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การเกิดแผลกดทับ และลดอาการปวด จึงได้จัดทำนวัตกรรม หมอนรองลดแรงกด-ลดปวด เพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเกี่ยวกับกระดูกสันหลังฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้ดีขึ้น

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แผลกดทับ (bed sore, pressure sore) หมายถึง บริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังมีการถูกทำลายเฉพาะที่ จะพบผิวหนังมีลักษณะเป็นรอยแดง บ้างจะสำคัญที่ทำให้เกิดแผลกดทับ ได้แก่ แรงกด แรงเสียดทาน และความเปียกชื้นของผิวหนัง การเกิดแผลกดทับจากแรงกด คือ เมื่อเซลล์ได้รับสารอาหารและออกซิเจนไม่เพียงพอในระยะแรกเซลล์เกิดเสื่อมสภาพหรือตาย เซลล์จะปล่อยสารที่มีคุณสมบัติคล้ายฮีสตามีนออกมา ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ผิวหนังมีสีแดง ซึ่งถ้ามีแรงกดกระทำต่อไปหลอดเลือดจะมีการอุดตัน และเกิดการจับตัวเป็นลิ่มเลือด ผิวหนังจะเปลี่ยนเป็นสีแดงคล้ำๆ เมื่อกดลงบนรอยแดง รอยแดงนั้นจะไม่จางหายไป ถ้าขจัดแรงกดได้ ผิวหนังจะสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ในเวลาสั้นที่สุดประมาณ 1 สัปดาห์ แต่ถ้ายังคงมีแรงกดกระทำต่อไปจะก่อให้เกิดผิวหนังชั้นหนังกำพร้าเกิดการอักเสบ บวม และเกิดเป็นตุ่มน้ำพองได้ ทำให้ผิวหนังถูกทำลายเพิ่มมากขึ้น เกิดการหลุดลอกของหนังกำพร้าและหนังแท้จะถูกทำลายฉีกขาดเห็นเป็นแผลตื้น แผลจะหายได้ดี ในเวลา 2 – 4 สัปดาห์ แต่ถ้าไม่มีแรงกดมากระทำ ถ้าดูแลแผลไม่ถูกต้องจะมีการทำลายถึงเส้นเอ็น กล้ามเนื้อ และกระดูกกลายเป็นแผลเปิดที่ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

อาการปวดเป็นภาวะทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้นได้กับทุกคน แต่สามารถรับรู้ได้เฉพาะบุคคลหลังการผ่าตัด เกิดจากการบาดเจ็บของเส้นประสาทในระหว่างการผ่าตัด การอักเสบและปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันที่เกิดภายหลังจากเส้นใยประสาท axon ได้รับบาดเจ็บ ทำให้ร่างกายหลังสารสื่อประสาทที่ทำให้เกิดความรู้สึกไวกว่าปกติ (hypersensitivity) และเกิดการนำกระแสประสาทผิดปกติ(ectopic neuronactivity) สองสิ่งนี้มีผลทำให้เกิดกระบวนการกระตุ้นของระบบประสาทส่วนกลาง (central sensitization)

ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวดซ้ำๆ จนเกิดการขยายสัญญาณการรับรู้ความรู้สึกที่ไขสันหลัง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบประสาทอย่างถาวร ดังนั้นการป้องกันรักษาจึงควรให้ความสำคัญกับกลไกที่ทำให้เกิดความปวด ซึ่งการจัดการความปวดเฉียบพลัน ก่อนระหว่าง และหลังผ่าตัด ที่มีประสิทธิภาพ ร่วมกับเทคนิคการผ่าตัดที่ดี ช่วยลดอุบัติเหตุได้ นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เรื่องความปวดเรื้อรังหลังการผ่าตัด

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

(ระดับชำนาญการ)

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ในการจัดทำนวัตกรรมเรื่อง หมอนรองลดแรงกด-ลดปวด ทางผู้จัดทำได้เห็นถึงปัญหาในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ บางรายมีพฤติกรรมการนอนในท่าเดิมๆ ซ้ำๆ ร่วมกับหลังผ่าตัดมีอาการปวดมาก จึงทำให้นอนในท่าเดิมเป็นเวลานาน บางรายเกิดแผลกดทับบริเวณก้นกับผู้ป่วยขาดความรู้และความมั่นใจในการทำกายภาพบำบัด จึงทำให้ ambulate ได้น้อย ทางผู้จัดทำจึงได้คิดค้นนวัตกรรม หมอนรองลดแรงกด-ลดปวด เพื่อลดอาการปวดและป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ดีขึ้น ทั้งนี้ยังเป็นการพัฒนาระบบงานให้ดีขึ้น

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. บรรเทาอาการปวดแผลหลังผ่าตัดได้
2. ป้องกันการเกิดแผลกดทับ
3. ผู้ป่วยสุขสบายตัวมากขึ้น

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80
2. อัตราการเกิดแผลกดทับเท่ากับศูนย์

(ลงชื่อ) พณ ทัศนวิทย์ (ผู้ขอประเมิน)

(นางสาวพจนา ทัศนวิทย์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 5 / ก.ค. / 2566

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลหัวหิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ลำดับที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๓	นางสาวณิชฐา อินทร์เสวียด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน และศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	๒๓๔๓๓๓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน และศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๓๔๓๓๓	เลื่อนระดับ ๑๐๐% ชื่อผลงานส่งประเมิน "ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ คลินิกประกันสังคมโรงพยาบาลหัวหิน ๔ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์" ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน : แนวคิดและแนวทาง การประยุกต์สู่การปฏิบัติ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการคลินิก ประกันสังคมโรงพยาบาลหัวหิน 4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนมกราคม 2565 ถึง เดือนมิถุนายน 2565

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

3.2 การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลเท้าที่ถูกต้อง

3.3 การตรวจเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

3.4 การใช้โปรแกรมสถิติด้านสาธารณสุข (SPSS V21.) ขั้นพื้นฐาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ความเป็นมาของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข ในระดับโลก รายงานระบุว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 387 ล้านคนทั่วโลก หรือร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด ประมาณการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2580 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเกิด ขึ้นในโลก 592 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.3 สำหรับ ประเทศไทยในภาพรวม พบว่า อัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ต่อประชากรแสนคนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี พ.ศ.2556-2558 เท่ากับ 14.93, 17.53 และ 17.83 ตามลำดับ และพบว่า ใน ช่วงชีวิตผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดแผลร้อยละ 15 โดยมีโอกาสตัดเท้าและขาถึงร้อยละ 85 และยังพบว่ามีความเสี่ยง ต่อการตัดขามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวานถึง 25 เท่า ปัจจัยของการเกิดแผลที่เท้าคือความเสื่อมของสภาวะเท้า รวมทั้งมีความผิดปกติของรูปร่างเท้าทำให้มีแรงกดที่ฝ่าเท้า มากกว่าปกติ การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี ระยะเวลาที่เป็น เบาหวาน โดยการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกส่วนปลาย เป็น ปัจจัยหลักของการเกิดแผลที่เท้ามากที่สุด ร้อยละ 45-60

สถานการณ์โดยรวมของประเทศไทยที่พบว่าผู้ป่วย เบาหวานถูกตัดขาจำนวนขึ้นต่ำ 14,000 คนต่อปี คาดว่าปี พ.ศ.2563 จะเพิ่มขึ้นเป็น 30,000 คนต่อปี และพบว่า ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกในการรักษาพยาบาล เฉลี่ย 1,172 บาทต่อราย ส่วนผู้ป่วยในค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลเฉลี่ย 10,217 บาท ต่อราย รวมค่ารักษาพยาบาล ทั้งสิ้น 3,984 ล้านบาทต่อปี จากข้อมูลดังกล่าวเห็นได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าและถูกตัดขาได้รับผลกระทบ ต่อคุณภาพชีวิตอย่างมากตั้งแต่ในระยะของการดูแลรักษา เกิดความพิการ และสูญเสียภาพลักษณ์ หลังการรักษาไม่ สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ สูญเสียภาพลักษณ์ แยกตัวออกจากสังคม และเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ซึ่งจากปัญหาดังกล่าว ผู้จัดทำได้สังเกตเห็นความสำคัญของปัญหาแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกประกันสังคมโรงพยาบาลหัวหิน 4 ซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยดูจากผู้มารับบริการตั้งแต่เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2564 มีผู้รับบริการ 811 คน รับบริการฉีดยา/ทำแผล 267 คน มีผู้ป่วยเบาหวาน 40 คน มีแผลที่เท้า 5 คน และตั้งแต่เดือนมกราคม-มีนาคม 2565 มีผู้รับบริการ 862 คน รับบริการฉีดยา/ทำแผล 301 คน มีผู้ป่วยเบาหวาน 44 คน มีแผลที่เท้า 10 คน โดยเพิ่มขึ้นภายใน 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 50 ดังนั้น การลดอัตราการเกิดแผลที่เท้าและการถูกตัดเท้า ในผู้ป่วยเบาหวานจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรสาธารณสุขในการค้นหาปัจจัยเสี่ยงและคัดกรอง ความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานเป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการดูแลเท้ากับการรับรู้ภาวะสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กันหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกประกันสังคมโรงพยาบาลหัวหิน 4
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการดูแลเท้าของตนเองกับการรับรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

สมมุติฐานงานวิจัย

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กัน
2. ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลเท้าของตนเองในผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กัน

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

กำหนดตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยได้แก่

- 1.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล, ปัจจัยเกี่ยวกับเบาหวาน, ปัจจัยเกี่ยวกับการดูแลเท้า, พฤติกรรมการดูแลเท้า

- 1.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ การเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน

2. ขอบเขตด้านประชากร

ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกประกันสังคมโรงพยาบาลหัวหิน 4 จำนวน 44 ราย

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หมายถึง การวัดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดหรือการเจาะน้ำตาลหลังงดอาหาร 8 ชั่วโมง (Fasting Blood Sugar หรือ FBS) เพื่อตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารและเครื่องดื่มทุกชนิดมาแล้วอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีค่า 80 -130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรและที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีค่ามากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)⁽⁷⁾

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

2. โปรแกรมสุขศึกษา หมายถึง กระบวนการการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับการรักษาในคลินิกประกันสังคมโรงพยาบาลหัวหิน 4 โดยใช้เวลาดำเนินการทั้งหมด 6 เดือน

3. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้เข้ารับบริการโดยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารเช้า (Fasting blood sugar) อย่างน้อย 8 ชั่วโมง พบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วงค่าระหว่าง 126-160 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มากกว่า อย่างน้อย 1 ครั้ง ขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่คลินิกประกันสังคมโรงพยาบาลหัวหิน 4

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของผู้ที่มารับการรักษาที่คลินิกประกันสังคมโรงพยาบาลหัวหิน 4 เพื่อที่จะดำรงไว้ซึ่งการมี สุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ คือ

สม่ำเสมอ = ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำ สม่ำเสมอ (ปฏิบัติ 6-7 ครั้ง/สัปดาห์)

บ่อยครั้ง = ปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยครั้ง (ปฏิบัติ 4-5 ครั้ง/สัปดาห์)

บางครั้ง = ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง (ปฏิบัติ 3 ครั้ง/สัปดาห์)

นาน ๆ ครั้ง = ปฏิบัติกิจกรรมนั้นนาน ๆ ครั้ง (ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์)

ไม่ปฏิบัติ = ไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดแผลเบาหวานที่เท้า

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดแผลเบาหวานที่เท้า ที่รับบริการที่คลินิกประกันสังคมโรงพยาบาลหัวหิน 4

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาในคลินิกประกันสังคมโรงพยาบาลหัวหิน 4 ระหว่างเดือนมกราคม ถึงมิถุนายน 2565 จำนวน 44 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาในคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลหัวหิน 4 ระหว่างเดือนมกราคม ถึงมิถุนายน 2565 จำนวน 44 คน โดยใช้สูตรการคำนวณของทาโรยามาเน (Taro Yamane, 1973)⁽¹⁰⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดจำนวน 44 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random sampling) ด้วยวิธีตารางเลขสุ่ม (Table of Random Numbers) สถานที่เก็บ คือ คลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลหัวหิน 4

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา เก็บข้อมูลในส่วนการรับรู้ด้านสุขภาพ เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลเท้า ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความเสี่ยงของการมีแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยหลัก 3อ. และระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารเช้า 8 ชั่วโมง (Fasting blood sugar) ก่อนได้รับสุขศึกษาไม่เกิน 2 เดือน เดือนที่ 4 ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานครั้งที่ 1 โดยยึดการนัดหมายของแพทย์ เดือนที่ 6 ภายหลังได้รับสุขศึกษา เก็บข้อมูลในส่วนการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าของผู้ป่วยตามแบบบันทึกการดูแลเท้าและการตรวจการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย

โรคเบาหวานและความเสี่ยงของการมีแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานการรับรู้ความรุนแรงของโรค การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยหลัก 3อ. และระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารเช้า 8 ชั่วโมง (Fasting blood sugar) ภายหลังได้รับสุขศึกษาไม่เกิน 2 เดือน ประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพและประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยหลัก 3อ. และการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย การหายใจเพื่อคลายเครียด และการตรวจเท้า

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งดำเนินการดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก รอบเอว ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต โดยคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังได้รับสุขศึกษา โดยใช้ค่าร้อยละ และสถิติ t- test Dependent
3. วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 เชิงปริมาณ มีงานวิจัยที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพอย่างน้อย ปีละ 1 เรื่อง

5.2 เชิงคุณภาพ สามารถเป็นเครื่องมือด้านสุขภาพให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานได้นำไปปรับใช้ในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1.1 สามารถนำโปรแกรมสุขศึกษาไปเป็นแนวทางการให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวาน เพื่อลดการค่าใช้จ่ายเรื่องยารักษาโรคเบาหวาน/การทำแผล ของโรงพยาบาลหัวหิน ตลอดจนเป็นแนวทางในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนกลับบ้าน (Discharge planning)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 ต้องใช้ทักษะความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ ในทางวิชาการมาประยุกต์ใช้กับแต่ละบุคคลเพื่อให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิตของบุคคลคนนั้น

7.2 เป็นงานวิจัยที่ต้องมีการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก วิเคราะห์ความเป็นไปได้ ความคุ้มค่า โดยต้องระบุปัญหาและสาเหตุ พร้อมทั้งกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาให้ชัดเจน

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ได้แก่ เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

9. ข้อเสนอแนะ

1. ศึกษาเปรียบเทียบในเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลและผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแล รวมทั้งความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม ข้อจำกัดต่างๆในการดูแลเท้า เพื่อนำมาปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าอย่างเหมาะสม

2. ทำวิจัยกึ่งทดลองโดยการส่งเสริมการดูแลเท้าที่เหมาะสม ซึ่งควรส่งเสริมการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า

10. การเผยแพร่ผลงาน ไม่มี

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน นางสาวชนิษฐา อินทร์เสวีียด สัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสาวชนิษฐา อินทร์เสวีียด)

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

(วันที่) / 1 ก.ย. 2565

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) (ผู้ประเมิน)

(นางสุไรดา ศรีอุทราวงศ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)

(วันที่) 3 / 08 / 2565

(ลงชื่อ) (นางสาวพิชราภรณ์ มาลีเวช)

(นางสาวพิชราภรณ์ มาลีเวช)

(ตำแหน่ง) รองผู้อำนวยการภารกิจบริการด้านปฐมภูมิ

(วันที่) 5 / 08 / 2565

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) (นายจิตตรัตน์ เตชะวุฒิพร)

(นายจิตตรัตน์ เตชะวุฒิพร)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

(วันที่) 19 / 08 / 2565

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลและผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน : แนวคิดและแนวทางการประยุกต์สู่การปฏิบัติ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

2. หลักการและเหตุผล

ผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่นำไปสู่การถูกตัดเท้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง และเพิ่มภาระการดูแลของครอบครัว การดูแลเท้าเบาหวานในชุมชนจึงมีความสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและลดภาวะแทรกซ้อนนำไปสู่การถูกตัดเท้า บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานการพัฒนาการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนถนนแบบเคหาสน์ อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาสองระยะ ในระยะแรกประกอบด้วยวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนารูปแบบ และการทดลองใช้รูปแบบการดูแลเท้า ส่วนระยะที่สองเป็นการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวาน โดยศึกษาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญรูปแบบการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาในชุมชนถนนแบบเคหาสน์ อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เลยได้ผลดี ควรได้รับการสนับสนุนให้มีการนำไปใช้ในชุมชนอื่น รวมทั้งกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลเท้า กรณีศึกษาชุมชนถนนแบบเคหาสน์ อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ยังเป็นแบบอย่างในการเรียนรู้และปฏิบัติตามให้กับชุมชนอื่น

การดูแลเท้าในปัจจุบัน เน้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เบาหวานและครอบครัวจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เพียงอย่างเดียว จึงทำให้อุบัติการณ์การเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานยังคงเพิ่มขึ้น การเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานพบตั้งแต่ร้อยละ 1.7-11.9 และมีอัตราการเกิดแผลใหม่ร้อยละ 0.6-2.2 ต่อปี 11 ผู้ป่วยเบาหวานขาดความตระหนักอาการขาที่เท้า จึงทำให้เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าได้ รวมทั้งขาดความร่วมมือในการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวและชุมชนในการดูแลเท้าเบาหวาน 12 ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกฝ่ายในชุมชนจะต้องร่วมมือกัน อย่างจริงจังในการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเน้นหนัก การมีส่วนร่วมของคนในครอบครัว ชุมชน และองค์กร ส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่า และไม่ถูกตัดเท้าในอนาคต

กลยุทธ์การส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลเท้าของผู้ป่วย เบาหวานจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่ง นโยบายของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผ่านทาง กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น สอดคล้องกับ องค์การอนามัยโลกที่ได้กำหนดแนวทางการดูแลสถานะ โรคเรื้อรัง เพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้นนั้นต้องได้รับการสนับสนุนจากชุมชนโดยเน้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ดังนั้น ผู้จัดทำจึงได้จัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้า ผู้ป่วยเบาหวาน ชุมชนถนนแบบเคหาสน์ อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข
- 3.1 เพื่อสร้างรูปแบบการ เสริมสร้างความเข้มแข็ง โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการ ส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน
- 3.2 เพื่อสร้าง นวัตกรรมต้นแบบการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ประชาชน

- 4.1 ประชาชนในชุมชนถนนแบบเทศบาล อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีความรอบรู้ด้านการดูแลเท้าเพิ่มขึ้น
- 4.2 ประชาชนมีนวัตกรรมต้นแบบการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกรสร้างเสริมความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพแก่ประชาชนมีระบบวิธีการ และช่องทางการสื่อสาร มีการคัดกรอง ตรวจสอบความถูกต้อง เหม่งยา และเชื่อถือได้ของข้อมูลและเป็นไปเพื่อการมีต้นแบบการดูแลเท้าดี คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน
 2. บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับการพัฒนาศักยภาพ สามารถปฏิบัติงานตามบทบาท หน้าที่ ตามความรับผิดชอบได้อย่างแท้จริง
5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ
- 5.1 ประชาชนมีอัตราการได้รับข้อมูลการดูแลเท้าที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบันมากขึ้น
 - 5.2 ประชาชนมีระดับความรอบรู้ด้านการดูแลเท้าสูงขึ้น
 - 5.3 ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลเท้าที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น
 - 5.4 ประชาชนมีอัตราการตัดเท้าเป็นศูนย์

(ลงชื่อ)

(นางสาวนิษฐา อินทร์เสวียด)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

(วันที่) 1 ก.ย. 2565

ผู้ขอประเมิน