

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านทางกล้องวีดิทัศน์

2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เรื่อง จัดทำ QR code สำหรับให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมดลูกผ่านทางกล้องวีดิทัศน์

เสนอโดย

นางสาวชิรา คุ้มเพื่อน

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 895)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มการกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประหารักษ์

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด摘除ลูกผ่านทางกล้ามวิดิทัคน์
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 4 วัน (ตั้งแต่วันที่ 29 ตุลาคม 2563 ถึงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2563)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

เนื้องอกมดลูก (myoma uteri หรือ uterine fibroid) หมายถึง การเจริญเติบโตมากผิดปกติของเซลล์กล้ามเนื้อมดลูกทำให้มีขนาดใหญ่จนแทรกหรือยึด住จากมดลูกปกติทำให้มดลูกโตขึ้นเป็นก้อนเนื้องอก พบได้บ่อยในสตรีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป สตรีที่แต่งงานแล้วไม่มีบุตรมีแนวโน้มจะพบได้บ่อยขึ้น (ชัยศรี พรพากวงศ์, 2555) เนื้องอกมดลูก ส่วนใหญ่ไม่ใช่เนื้อร้าย โดยจะพบว่ากล้ายเป็นเนื้อร้ายหรือมะเร็งได้น้อยกว่าร้อยละ 0.5 ของผู้ป่วย (ธีระ ทองสง, 2559)

สาเหตุ

ยังไม่ทราบแน่ชัดแต่จากการศึกษาเกี่ยวกับสายพันธุ์ (gene) เห็นว่าเนื้องอกมดลูกโดยทั่วไปนี้มีการกลายพันธุ์ของ gene (mutation) ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อมดลูกมีการแบ่งตัวมากผิดปกติ การเติบโตหรือการคงอยู่ของก้อนนี้ขึ้นกับฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ซึ่งมีข้อสังเกตว่าจะไม่พบเนื้องอกนี้ในวัยที่ยังไม่เข้าสู่ภาวะเจริญพันธุ์ และมักจะฟื้นตัวเล็กลงหลังจากเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน (ธันยารัตน์ วงศ์วนานุรักษ์, และ สุรศักดิ์ อังสุวัฒนา, 2561)

ชนิดของเนื้องอกมดลูก แบ่งได้เป็น 3 ชนิด (ปัญญา สนั่นพานิชกุล, 2555) ดังนี้

1. เนื้องอกที่โผล่ออกไปจากตัวมดลูก (subserous myoma) เป็นก้อนที่เกิดใต้ชั้น serosa ของตัวมดลูก มักติดกับตัวมดลูก โดยทั่วไปเนื้องอกชนิดนี้มักไม่พบอาการ
2. เนื้องอกที่โผล่ในกล้ามเนื้อมดลูก (intramural myoma) พบได้บ่อยมากที่สุด เกิดที่ชั้นกล้ามเนื้อมดลูก ซึ่งการเติบโตของก้อนอาจมีการกดเนี่ยด 逼迫 ตัวมดลูก ทำให้รูปร่างมดลูกเปลี่ยนแปลงไป
3. เนื้องอกที่โผล่ในโพรงมดลูก (submucous myoma) เป็นเนื้องอกที่โผล่เข้าไปในโพรงมดลูกแต่ยังอยู่ได้เชื่อมต่อเนื้องอกอาจทำให้โพรงมดลูกมีรูปร่างเปลี่ยนแปลงไป

พยาธิสรีรภาพ

เกิดจากเซลล์กล้ามเนื้อมดลูก ซึ่งเป็นเซลล์กล้ามเนื้อเรียบมีการแบ่งตัวมากผิดปกติ วางแผนตัวกันเป็นวง และมีเนื้อเยื่อเกี่ยวกับชั้นด้านใน (collagen, fibronectin, proteoglycan) ร่วมประสานกัน เมื่อมองด้วยตาเปล่า จะพบลักษณะเป็นก้อน สีขาวเทา เป็นวง ๆ (whorl-like) เมื่อขยับด้วย ข้อมือแยกจากเนื้อดีได้ชัดเจน จะเห็นเหมือนมีปลอกหุ้มก้อน (pseudo capsule) ซึ่งคือเซลล์กล้ามเนื้อเรียบที่ถูกเมียดน้ำเงeing บางภาวะจะมีการเสื่อมลาย (degeneration) ของก้อนเนื้องอก ซึ่งมักเกิดจากการขาดเลือด และมีการตายของเนื้องอก โดยเฉพาะบริเวณกลางก้อน เช่น ที่พบในระยะตั้งครรภ์ที่เรียกว่า red degeneration หลังจากนั้นอาจจะเกิดเป็น hyaline ซึ่งทำให้มีอาการปวดมากขึ้น (ธันยารัตน์ วงศ์วนานุรักษ์, และ สุรศักดิ์ อังสุวัฒนา, 2561)

อาการและอาการแสดง (ชัยศ ชีรพากวงศ์, 2555)

1. มีเลือดออกมากและนานผิดปกติ เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด
2. คลำพบก้อนในท้อง หรือรู้สึกว่าท้องโตมากขึ้น
3. ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะถังหรือกลั้นปัสสาวะ ไม่อุ้ย จากตัวเนื้องอกกดเบี้ยดอวัยวะข้างเคียง
4. ปวดท้องน้อย จากการบิดของก้อนชนิดที่โตยื่นออกไปจากตัวมดลูกมีการเสื่อมสภาพของก้อน มีเลือดออกในก้อนหรือมีการอักเสบ มีการเปลี่ยนแปลงของก้อน ไปเป็นมะเร็ง มีการบีบตัวของมดลูก
5. ตกขาว เกิดจากการมีเลือดคั่งในอุ้งเชิงกรานพร้อมกับการหนาตัวของเยื่อบุคอมดลูกจะทำให้มีตกขาวเป็นนูก หากมีการเสื่อมสภาพของก้อนที่ยื่นเข้าไปในโพรงมดลูก ตกขาวจะมีลักษณะเป็นนูกป่น หนองหรือเป็นเลือดขาว ๆ หากมีการอักเสบหรือเนื้อตายตกขาวจะเป็นสีน้ำตาลและมีกลิ่นเหม็นคาว
6. การตกเลือดในช่องท้อง เกิดเนื่องจากมีการแตกหรือพิษของหลอดเลือดบริเวณผิวนอกของก้อน
7. มีบุตรยากหรือแท้งบ่อย เนื่องจาก เนื่องจากของมดลูกมีการกดเบี้ยด โพรงมดลูกซึ่งเป็นตำแหน่งที่มีการฟังตัวของตัวอ่อน

การวินิจฉัย

1. การขักประวัติ ผู้ป่วยจะมีประวัติเลือดระบุออกมาก บางคนออกมากจนมีภาวะเลือดจาง การขักประวัติ ควรขักให้ได้ทั้งรูปแบบของระบุว่าผิดปกติแบบใด ระยะห่างของรอบระบุ จำนวนวันของ การมีระบุ ปริมาณผ้าอนามัยที่ใช้ต่อวัน ลักษณะระบุมีลิ่มเลือดร่วมด้วยหรือไม่ อาการที่บ่งบอกว่ามีเลือด ขาว เช่น เหนืออย่างขึ้น หน้ามีดเป็นลมบ่อย ๆ (ธันยารัตน์ วงศ์วนานุรักษ์, และสุรศักดิ์ อังสุวัฒนา, 2561) ประวัติตกขาว หรือภาวะมีบุตรยาก เป็นต้น ประวัติครอบครัว (family history) โดยพบว่าปัจจัยทาง พันธุกรรมทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดโรคมากขึ้น 2.5 เท่าของบุคคลทั่วไป (ชีระ ทองสง, 2559)
2. การตรวจร่างกาย คลำพบก้อนบริเวณหน้าท้องน้อย คลำพบมดลูกโตขึ้น ความแข็งของก้อน ปานกลาง (firm หรือ rubbery consistency)
3. การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงอวัยวะในอุ้งเชิงกราน เพื่อให้ทราบตำแหน่งของก้อนเนื้องอกและ นำมาระบุแผนการผ่าตัด
4. การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพร้อมการฉีดน้ำเกลือเข้าโพรงมดลูกน้ำ (saline infusion sonography: SIS) กรณีสัมภารอยโรคในโพรงมดลูก จะทำให้เห็นรอยโรคได้ชัดเจนมากขึ้น กรณีเป็นเนื้องอกชนิดใดเยื่อบุนมดลูกจะทำให้เห็นตำแหน่ง ขนาดของก้อนที่ยื่นเข้าโพรงมดลูกมากกว่าน้อยเพียงใด
5. การถ่ายภาพด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) กรณีมดลูกมีขนาดใหญ่กว่า 375 มิลลิเมตร หรือมี ก้อนมากกว่า 4 ก้อนขึ้นไป จะสามารถกำหนดตำแหน่งของก้อนได้อย่างแม่นยำ
6. การใช้กล้องส่องตรวจโพรงมดลูก (diagnostic hysteroscopy) มักได้ประโยชน์ในรายที่เป็น submucous myoma มีความแม่นยำในการวินิจฉัยและยังเป็นการรักษาอีกด้วย

การรักษา

1. การผ่าตัดตาม ในรายที่ไม่มีอาการความผิดปกติเกิดขึ้น หรือเกิดความผิดปกติแต่ยังไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ให้ตัดตามการเปลี่ยนแปลงขนาดของก้อนเป็นระยะ และนัดผู้ป่วยมาตรวจเป็นระยะๆ 3-6 เดือน เพื่อตรวจภายในหรือตรวจถี่น้ำเสียงความดันสูง แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการแสดง มีความผิดปกติรุนแรงขึ้น หรือก้อนเนื้องอกมีขนาดโตขึ้นอย่างรวดเร็ว สูตินรแพทย์อาจแนะนำให้ทำการรักษาด้วยวิธีอื่นต่อไปตามความเหมาะสม (วารลักษณ์ สมบูรณ์พร, 2555)

2. การใช้ยา ปัจจุบันยังไม่มีการใช้ยาที่ทำให้หายขาดได้ มีเพียงการใช้ยาเพื่อให้นีองอกมีขนาดลดลงชั่วคราว เช่น Danazol เป็นอนุพันธุ์ของออร์โโนนเพคชา ยาในกลุ่ม GnRH agonist ซึ่งสามารถลดขนาดของก้อนเนื้องอก และลดการเสียเลือดได้ ส่วนใหญ่จะใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ เท่านั้น

3. การผ่าตัด แพทย์จะเลือกทำในกรณีที่ก้อนมีขนาดใหญ่ ผู้ป่วยมีเลือดออกมาก ซึ่ด ปวดท้องรุนแรง แบ่งเป็น 2 แบบ ดังนี้

3.1 การผ่าตัดคนคลูกออกทั้งหมด (hysterectomy) ใช้ในกรณีที่ขนาดก้อนเนื้องอกไม่ใหญ่กว่า 12 สัปดาห์ของขนาดอยุครรภ์และผู้ป่วยไม่ต้องการมีบุตร ในรายที่ใกล้หมดประจำเดือนก้อนเนื้องอกอาจเลิกลงได้เอง โดยปกติแพทย์มักจะนัดมาตรวจติดตามเป็นระยะๆ 3-6 เดือน เป็นการรักษาที่หายขาด วิธีการผ่าตัดได้แก่ การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง การผ่าตัดทางช่องคลอด การผ่าตัดผ่านกล้องวิดีโอทัศน์ขั้นอยู่กับขนาดเนื้องอก ความเชี่ยวชาญของแพทย์ ความพร้อมของทีมและแนวทางการผ่าตัดที่มีความปลอดภัย

3.1.1 การผ่าตัดทางหน้าท้อง (total abdominal hysterectomy) คือการเปิดแผลยาวที่หน้าท้องแล้วใช้เครื่องมือถ่างขยายทำการผ่าตัดเอ岡คลูกออกทางหน้าท้องแล้วจึงเย็บปิด

3.1.2 การผ่าตัดคนคลูกออกทั้งหมดผ่านกล้องวิดีโอทัศน์ (laparoscopic hysterectomy) คือการผ่าตัดคนคลูกโดยวิธีผ่าตัดส่องกล้อง ปั๊มนดคลูกด้วยเครื่องปั๊มน้ำ (morcellator) และเอาเนื้องอกผ่านทางเข้าของเครื่องมือทางหน้าท้อง (total laparoscopic hysterectomy) หรือนำเอามดคลูกที่มีเนื้องอกออกทางช่องคลอด (laparoscopy assisted vaginal hysterectomy) ผู้ป่วยจะมีแพลเล็ก 0.5-1 เซนติเมตร ประมาณ 3-4 แพล ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่แพลเล็ก เจ็บน้อย พื้นทั่วเร็ว (ธันยารัตน์ วงศ์วนานุรักษ์, และสุรหัตี อังสุราพานา, 2561)

3.2 การผ่าตัดเอ岡เฉพาะก้อนเนื้องอก (myomectomy) ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการมีบุตรในอนาคตและอายุไม่เกิน 35 ปี การผ่าตัดชนิดนี้มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับมาเป็นช้ำได้อีก จึงจำเป็นต้องตรวจติดตามอย่างสม่ำเสมอ วิธีการผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดเนื้องอกแบบเปิดแผลทางหน้าท้อง (exploratory myomectomy) ใช้ในกรณีเนื้องอกขนาดใหญ่ การผ่าตัดเนื้องอกในโพรงมดคลูกผ่านกล้องวิดีโอทัศน์ (hysteroscopic myomectomy) ใช้ในกรณีเนื้องอกที่โถช่องออกไปจากด้านด้านหลัง ด้านด้านด้านหลัง หรือมีจำนวนตั้งแต่ 4 ก้อนขึ้นไป

การพยาบาล

1. การพยาบาลแบบประคับประคอง ให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของก้อนมดลูก ภาวะเลือดออก การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานยาในผู้ป่วยที่มีการรักษาด้วยยา การมาพบแพทย์ตามนัด พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

2. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคัดลอกผ่านทางกล้องวิดีโอบนศัพท์

2.1 การพยาบาลก่อนการผ่าตัด (preoperative phase) มีขั้นตอน ดังนี้

2.1.1 เมื่อผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยทางร่างกายและจิตใจ ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ประเมินสภาพร่างกาย เตรียมผู้ป่วยด้านความสะอาดของร่างกายทั่วไป เตรียมบริเวณที่ทำผ่าตัด โดยการ ก้อนบนบริเวณหน้าท้องและอวัยวะเพศ สวนถั่งช่องคลอด (vaginal douche) ตรวจสอบรายงานประวัติของผู้ป่วย รวมทั้งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครบถ้วน ประเมินสภาพผู้ป่วยทางด้านจิตใจ พูดคุยด้วยความเป็นมิตร เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามงานหมัดข้อสงสัย

2.1.2 การจัดเตรียมห้องผ่าตัด โดยทำความสะอาดห้องผ่าตัด เตียงผ่าตัด อุปกรณ์สำหรับใช้จัดท่าขึ้นขาหงาย โคมไฟ เครื่องจีไฟฟ้า ชุดอุปกรณ์วิดีโอบนศัพท์สำหรับผ่าตัดส่องกล้อง โดยจัดเรียงไว้ในตำแหน่งที่เหมาะสมสมสัมภាឍะและพร้อมใช้งาน จัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ในการผ่าตัด ให้ครบถ้วน ปราศจากเชื้อ ตรวจนับเครื่องมือและผ้าซับโลหิต โดยตรวจสอบร่วมกันระหว่างพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดและพยาบาลช่วยรอบนอก พร้อมบันทึกจำนวนเพื่อใช้ตรวจสอบ

2.1.3 เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดอย่างปลอดภัย

2.2 การพยาบาลขณะผ่าตัด (intraoperative phase)

ย้ายผู้ป่วยลงเตียงผ่าตัดด้วยความระมัดระวัง ตรวจสอบความถูกต้องเรื่องการผ่าตัดถูกคน ถูกขา ถูกตำแหน่ง ร่วมกันกับทีมแพทย์ ทีมนิสัญญ์และผู้ป่วย ทีมนิสัญญ์ติดเครื่องวัดศัลยญาณเข้าพกับหัวผู้ป่วย เพื่อประเมินผู้ป่วยตลอดการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับยาแรงความรู้สึกขันดิทัวร่างกายและได้ท่อช่วยหายใจ หลังผู้ป่วยรับการคอมบาร์บัน จัดท่าผู้ป่วย แบบขึ้นขาหงาย (lithotomy position) นอนหงาย (supine position) ศีรษะต่ำ (trendelenburg) ใช้สายรัดด้วรัดผู้ป่วย เก็บแขนทั้งสองข้างแนบลำตัว วางที่ดันไอล์เพื่อป้องกันตัวผู้ป่วยเคลื่อนตัว แต่ยังคงสามารถหายใจได้ ใช้เครื่อง compactor สำหรับป้องกันตัวผู้ป่วยเคลื่อนตัว ที่ห้องและอวัยวะเพศ ปุ่มผ้าสะอาดปราศจากเชื้อ สำหรับเครื่องมือตามลำดับการผ่าตัด สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัดเพื่อตอบสนองความต้องการเพิ่มเติมจากห้องผ่าตัด ให้ทันเวลา ตัดสินใจแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ทันต่อเหตุการณ์ เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินต่อไปและเสร็จสิ้นลงด้วยความเรียบร้อย ในเวลาที่เหมาะสม เกิดผลดีต่อผู้ป่วย มีการจัดการขั้นเนื่องที่ส่งตรวจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2.3 การพยาบาลหลังผ่าตัด (postoperative phase)

ก่อนนำผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด ไปยังห้องพักฟื้น ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียบ เอกสารต่าง ๆ ให้ถูกต้อง ปัญหาสำคัญที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัด ได้แก่ เสื่อมของการแพคดิค เช่น ความเจ็บปวด ภาวะลมในขั้นได้พิวหนัง ภาวะท้องอืด วัตสันญญาเชื้อ ทุก 15 นาทีในครบ 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นวัดทุก 30 นาที จนครบ 1 ชั่วโมง ประเมินภาวะเสื่อมของการหายใจในช่องท้อง ภาวะท้องอืด แน่นท้อง อาการปวดแพล ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ การดูแลแพลผ่าตัด ห้ามไม่ให้แพลโดนน้ำ สังเกตอาการ ปวด บวม แดง ร้อนบริเวณแพลผ่าตัด งดยกของหนักเกิน 10 กิโลกรัม งดการมีเพศสัมพันธ์ 2-3 เดือนหลังผ่าตัด รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายและการมาตรวจตามนัด

ความรู้ทางเภสัชวิทยา (ปราภี ทีไฟเราะ, 2559)

Cefazolin เป็นยาปฏิชีวนะใช้รักษาโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ติดเชื้อทางผิวหนัง เนื้อเยื่ออ่อน โรคติดเชื้อหลังการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนในกรณีแพ้ยาที่พบมากก่ออุบัติ ผื่นคัน การพยาบาล สังเกตอาการแพ้ยา เช่น คลื่นไส้ ท้องเสีย เบื่ออาหาร ผื่นคัน วัดสัณฐานชี้พ เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง

Parecoxib เป็นยาแรงจัดในการปวดหลังผ่าตัด อาการข้างเคียง เช่น การร่วงซึม แผลน้ำออก หายใจหนัก อุ่นหอบ การพยานาล ตรวจด้วยกลูโคซีฟ และประเมินอาการปวด หลังได้รับยา 30 นาที เพื่อระวังการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารถ้ามีการแพ้ยาควรหยุดยา และรายงานแพทย์ทันที

Dioxzye ยาขับลมช่วยบรรเทาอาการท้องเสียดท้องอืด แน่นท้อง ภาวะแทรกซ้อนจากการแพ้ยาอย่างรุนแรง ทำให้เกิดผื่น อาการบวมตามใบหน้า ลิ้น หรือคอ เวียนศีรษะอย่างรุนแรง มีปัญหาในการหายใจ การพยานาล ตรวจสังคัญาณรีพ เพื่อระวังการแพ้ยา ถ้ามีการแพ้ยาควรรายงานแพทย์ทันที

Ibuprofen มีสรรพคุณช่วยรับอาการปวด ลดอาการอักเสบ และลดไข้ เช่น ปวดศีรษะ เจ็บคอ ปวดประจำเดือน อาการข้างเคียง เช่น กลืนไม่ได้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องอืด เกิดแพลงในกระเพาะอาหาร กระสับกระส่าย ตัวบวมน้ำ หัวใจเต้นแรง การพยานาค แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาหลังอาหารทันที ดื่มน้ำในปริมาณมาก ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ เพราะจะเพิ่มโอกาสให้เกิดเลือดออก

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

เมื่องอกนคลูก เป็นเนื้องอกที่พบบ่อยของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี เป็นสาเหตุของการผ่าตัดคลูกมากที่สุด พบร้อยละ 20-50 ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ พบมากในช่วงอายุ 45-50 ปี และพบมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น พบร่วมกับการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน โดยพบว่าหลังจากผ่าตัดร้อยละ 80 ในช่วงอายุ 60 ปี ส่วนชาวพิวชาร์ พบร้อยละ 70 ในช่วงอายุ 50 ปี (ขั้นยารักนิ่ง วงศ์วนานุรักษ์, และสุรศักดิ์ อังสุวัฒนา, 2561) สติดผู้ป่วยโรคเมื่องอกนคลูก ที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดที่มารับบริการในโรงพยาบาลเจริญกรุงประหารักษ์ มีจำนวนมาก ในช่วงปี พ.ศ. 2561-2563 คิดเป็นร้อยละ 10.33, 10.95 และ 9.63 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสห-นรีเวชทั้งหมด

ตามลำดับ โดยผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการผ่าตัดแบบผ่าน้ำทั้งกล้องวิดีทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 7.75, 7.33 และ 5.78 ตามลำดับ (โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2563) ซึ่งการผ่าตัดมุ่งลุกผ่านทางกล้องวิดีทัศน์ พยาบาลห้องผ่าตัด มีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การยาบำบัดขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดมีประสิทธิภาพ การให้ความรู้ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด ผู้จัดทำในฐานะพยาบาลห้องผ่าตัด จึงได้จัดทำ กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมุ่งลุกผ่านทางกล้องวิดีทัศน์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามมาตรฐาน และปลอดภัย

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษา และรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเนื่องอกมุ่งลุกที่ได้รับการผ่าตัดมุ่งลุกผ่านทางกล้องวิดีทัศน์ จากตำรา และเอกสารวิชาการต่าง ๆ วารสาร และอินเตอร์เน็ต

2. รวบรวมสถิติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมุ่งลุกผ่านทางกล้องวิดีทัศน์ของโรงพยาบาลเจริญกรุง ประชารักษ์ ปี พ.ศ. 2561 - ปี พ.ศ. 2563 จากงานเวชระเบียน และสถิติของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

3. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 48 ปี ให้ประวัติ คลำพนก้อนที่ท้องน้อยด้านขวาบนมา 2 เดือน ส่ง ทำอัลตร้าซาวด์ซ่องท้องพบเนื้องอกขนาด 8×10 เซนติเมตร แพทย์วินิจฉัยโรคเนื้องอกกล้ามเนื้อมุ่งลุก ทำการผ่าตัดมุ่งลุกผ่านทางกล้องวิดีทัศน์ ตั้งแต่วันที่ 29 ตุลาคม 2563 ถึงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 รวมอยู่ โรงพยาบาล 4 วัน

4. ให้การพยาบาล ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ประเมินผลการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลต่อเนื่องเมื่อปัญหาดังไม่สื้นสุดจนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน พร้อมทั้งให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเองย่างถูกต้อง

5. สรุปกรณีศึกษา นำข้อมูลมาสรุป ตรวจสอบความถูกต้อง จัดทำเป็นผลงานวิชาการ นำเสนอ ตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี)

- ไม่มี -

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย สถานภาพสมรส สูง อายุ 48 ปี น้ำหนัก 54 กิโลกรัม ส่วนสูง 153 เซนติเมตร เลขที่ผู้ป่วยนอกร 1969/61 เลขที่ผู้ป่วยใน 17253/63 มาโรงพยาบาล วันที่ 3 กันยายน 2563 เวลา 10.25 นาฬิกา ให้ประวัติ คลำพนก้อนที่ท้องน้อยด้านขวาบนมา 2 เดือน ไม่มีอาการปวดท้อง และภาวะเดือดออกทางซ่องคลอด ผลตรวจ อัลตร้าซาวด์ซ่องท้องพบเนื้องอกขนาด 8×10 เซนติเมตร แพทย์วินิจฉัยเป็น โรคเนื้องอกกล้ามเนื้อมุ่งลุก นัดนอนโรงพยาบาล เพื่อทำการผ่าตัดมุ่งลุกผ่านทางกล้องวิดีทัศน์ (laparoscopic total hysterectomy) ที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม วันที่ 29 ตุลาคม 2563 เวลา 10.30 นาฬิกา แรกรับที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม สัญญาณเรียก อุณหภูมิร่างกาย

37.3 องค่าเฉลี่ยสีพาร์ 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 124/73 มิลลิเมตรปอร์ท ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี คลำพ้นก้อนบริเวณหน้าท้อง ปฏิเสธแพ้อาหาร ปฏิเสธโรคประจำตัว จากการเยี่ยมผู้ป่วยก่อน ผ่านด้วยแพทย์คุณผู้ป่วยมีสีหน้า蒼白 พบปัญหาผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เมื่อจากขาดความรู้ และเมื่อการผ่าตัดครั้งแรก ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ โรค ขั้นตอนการผ่าตัด การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และการปฏิบัติตัว หลังผ่าตัดสอนสาขิดให้คำแนะนำเกี่ยวกับการ ไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) การบริหารปอด กระตุ้นการหายใจเข้าออกลึกๆ (deep breathing exercise) การลุกจากเตียง (early ambulate) เพื่อป้องกันการเกิดพังผืดในห้องท้อง พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยผู้ป่วยมีสีหน้า蒼白ความวิตกกังวลลง ผู้ป่วยได้รับการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัดโดย ให้หงุด น้ำดื่มน้ำอาหารหลังเที่ยงคืน สวนล้าง ช่องคลอด เตรียมบริเวณที่จะผ่าตัด โดยการ โภนขนบริเวณหน้าท้อง และอวัยวะเพศ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น RLS 1,000 มิลลิลิตร อัตราการ ไฟล 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เพื่อรักษาสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ในระหว่างการผ่าตัด

วันที่ 30 ตุลาคม 2563 เวลา 08.40 นาฬิกา ผู้ป่วยมาถึงห้องรอผ่าตัด อาการแกรรับรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง หวานสอบความถูกต้องของเวชระเบียน สอบถามชื่อผู้ป่วย นามสกุล ตรวจสอบป้ายข้อมือ ตรวจสอบวันเดือนปีเกิดเพื่อให้ทราบว่ารับผู้ป่วยถูกคน ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องค่าเฉลี่ยสีพาร์ 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 124/70 มิลลิเมตรปอร์ท ค่าความเข้มข้นของซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ เวลา 9.15 นาฬิกา ผู้ป่วยมีโอกาสปนเปื้อนเชื้อระหว่างผ่าตัด ให้การพยาบาลโดยก่อนผ่าตัด ให้ยาปฏิชีวนะ cefazolin 2 กรัม ชนิดฉีดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาเพื่อให้ยาปฏิชีวนะทำลายเชื้อแบคทีเรียที่ปนเปื้อนอยู่ในน้ำด้วยแรงห่วงผ่าตัด และภายหลังผ่าตัด ทำความสะอาดผิวน้ำบริเวณผ่าตัดด้วยน้ำยา povidone iodine บูผ้าสะอาดปลอกเชื้อ ใส่คาดท้องผนังบันดาลหักเทคนิคปลอกเชื้อ หลังได้รับยาไม่พนอาการผิดปกติได้แก่ ผื่นคัน แน่นหน้าอก หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีไข้ แต่ผ่าตัดติดดี ไม่มีบวมแดง ไม่มี discharge ซึ่ง ผู้ป่วยได้รับยาแรงันความรู้สึกนิคทั่วร่างกาย และใส่ท่อช่วยหายใจ หลังผู้ป่วยรับการคอมยาสลบ จัดท่าผู้ป่วยแบบขึ้นขาหยั่ง (liphotomy position) ระหว่างผ่าตัดจัดท่าศีรษะต่ำ (trendelenburg) เพื่อให้ลำไส้ไม่บีบอัดหัวใจ ที่ต้องการผ่าตัด เมื่อจากขณะจัดท่าศีรษะต่ำจะทำให้อวัยวะในช่องท้องเบิดกระบังลงทำให้สภาวะการหายใจลดลง ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่าผ่าตัด ให้การพยาบาลโดยพันขาด้วยเครื่อง Intermittent pneumatic compression เพื่อป้องกันการกดทับเส้นประสาท และหลอดเลือด ใช้เข้าหน้าที่ 2 คน ยกขาผู้ป่วยขึ้นบนขาหยั่งพร้อมกันด้วยความมุ่งมั่น วางแผนขาทั้งสองข้างบนขาหยั่ง กางขาไม่เกิน 45 องศา ปรับอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และการผ่าตัด วางแผนรองรับบริเวณได้ เช่นเพื่อไม่เกิดการเสียดสีของผิวนัง และใช้ที่รัดขาหยั่งให้แน่น ระมัดระวังไม่ให้มีการกดทับขาผู้ป่วยขณะทำการผ่าตัด โดยเฉพาะตรงเข่าด้านนอก และส่วนล่างของขาทั้ง 2 ข้าง วางแผนเบนแบบให้กระชับพอดีกับเบ้าร่องเท้า เก็บแขนทั้งสองข้างแบบล้ำตัว วางที่ดัน ให้หลังเพื่อป้องกันตัวผู้ป่วยเคลื่อนตัวได้ ติดตามสัญญาณชีพขณะจัดท่า หลังจัดท่าผู้ป่วยสัญญาณชีพปกติ ชีพาร์ 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/88 มิลลิเมตรปอร์ท ค่าความเข้มข้นของซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์

และไม่มีอาการบานาดเจ็บของเส้นประสาทบริเวณขา หลังจัดทำผู้ป่วยแบบแผ่นสื่อน้ำไฟฟ้าที่ต้นขาค้านขวาและพยายามลส่งเครื่องมือจัดเตรียมเครื่องมือสำหรับการผ่าตัด ติดตั้งอุปกรณ์ปราศจากเชื้อต่อเข้ากับอุปกรณ์ควบคุมภายนอก โดยมีพยาบาลช่วยรอบนอกช่วยเหลือ โดยการส่งสายสัญญาณจากกล้องวิดีโอทัศน์ สายไฟ สายส่งก๊าซการ์บอนไดออกไซด์ สายส่งน้ำอัลกอ สายดูดน้ำก้อน และอุปกรณ์ไฟฟ้าเพื่อต่อ กับอุปกรณ์ภายนอก เริ่มผ่าตัดเวลา 09.30 นาฬิกา พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดตามลำดับการผ่าตัด โดยเวลา 09.40 นาฬิกา เริ่มใส่แก๊สในช่องท้อง (abdominal insufflation) พยาบาลช่วยรอบนอกควบคุมอุปกรณ์จ่ายแก๊ส ความดัน 15 มิลลิเมตรปอร์ต เพื่อเพิ่มพื้นที่สำหรับกต้อง และอุปกรณ์เมื่อแพทย์ปิดแพลที่ใส่กต้องวิดีโอทัศน์สำเร็จ พยาบาลรอบนอกปรับลดความดันของแก๊สในช่องท้องเป็น 12 มิลลิเมตรปอร์ต เพื่อลดความดันในช่องท้อง ปรับลดแสงสว่างในห้องผ่าตัดเพื่อให้ทีมสามารถมองเห็นภาพได้ชัดเจน ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือด 50 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดตรวจรอบบริเวณที่เปละแผ่นสื่อน้ำไฟฟ้าที่ต้นขาไม่พบรอยแผลรอยใหม่ จัดทำผู้ป่วยนอนหงาย (supine position) ไม่พบภาวะลมในชั้นใต้ผิวนัง (subcutaneous emphysema) ผ่าตัดเสร็จเวลา 12.00 นาฬิกา ผู้ป่วยเสียงต่อการมีเครื่องมือ และอุปกรณ์ตอกค้างในร่างกาย พยาบาลส่งเครื่องมือ และพยาบาลช่วยรอบนอกตรวจนับครั้งเครื่องมือ และอุปกรณ์ ผ้าชั้นโลหิต กือซุ ของมีคิม พร้อมบันทึก ก่อนเริ่มผ่าตัด และตรวจนับอีกครั้ง เมื่อเริ่มเย็บปิดแพลท หลังตรวจนับ อุปกรณ์ครบถ้วน ทวนสอบความถูกต้องของชิ้นเนื้อ และเอกสารที่แพทย์ระบุชื่อชิ้นเนื้อ จัดเก็บอุปกรณ์ สายสัญญาณจากกล้องวิดีโอทัศน์ สายไฟ สายส่งก๊าซการ์บอนไดออกไซด์ อย่างนุ่มนวล ระมัดระวังไม่ให้อุปกรณ์ตกกระแทกเพื่อป้องกันอุปกรณ์เสียหาย ส่งผู้ป่วยเข้าห้องพักพื้นเวลา 12.15 นาฬิกา สัญญาณชี้พก่อนส่งปอดติ เวลา 12.30 นาฬิกา ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแพลท่าตัด ผู้ป่วยมีแพลทที่หน้าท้องบริเวณสะโพกขนาด 10 มิลลิเมตร 1 แพล เมินด้วยไหมละลาย แพลงนาด 5 มิลลิเมตร 3 แพล ยึดติดแพลด้วยเคนปิดแพลปราศจากเชื้อ (leukostrip) ปิดแพลด้วยแผ่นปิดแพลกันน้ำ (tegaderm) แพลไม่มีสีดัดชิ้นประเมินอาการปวดแพล pain score เท่ากับ 7 แนะนำหายใจเข้าออกลึก ๆ จัดให้นอน Fowler's Position ให้หายแก้ปวด parecoxib 40 มิลลิกรัม ชนิดนีดทางหลอดเดือดดำตามแผนกรรรยา ประเมินอาการปวดหลังให้ยา 30 นาที pain score เท่ากับ 3 ไม่พบอาการคลื่นไส้อเจียนหลังได้รับยา และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมด้วยความนุ่มนวล เวลา 14.10 นาฬิกา

วันที่ 31 ตุลาคม 2563 เวลา 15.10 นาฬิกา เช่นผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันแรก สัญญาณชี้พกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 104/65 มิลลิเมตรปอร์ต ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 98 เมอร์เซ็นต์ บริเวณแพลท่าตัดปิดแพลกันน้ำไม่พบรดีดชิ้น ผู้ป่วยดอดลาย ล้วนปัสสาวะ แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ อย่างน้อย 2,000 มิลลิลิตร ต่อวัน แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการถ่ายปัสสาวะ แบบชัด ดูแลให้ผู้ป่วยปัสสาวะเองภายใน 4-8 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีภาวะห้องอีดแน่นห้องน่องจากการใส่แก๊สในช่องท้องขณะผ่าตัด สังเกตประเมินอาการห้องอีด และสอนถ่านการผาลม การเรอ กระดุนให้ถูกจากตีyang ผู้ป่วยได้รับยา dioxyze 80 มิลลิกรัม ตามแผนกรรยา เดียว ก่อนรับประทาน ประเมินอาการหลังได้รับยา ผู้ป่วยมีอาการห้องอีดแน่นห้องลดลงสามารถพักผ่อนได้ ยังมีอาการปวดแพล pain score เท่ากับ 3 เปลี่ยนยาแก้ปวด parecoxib 40

มิลลิกรัม ชนิดน้ำเป็นยา ibuprofen 400 มิลลิกรัม ชนิดรับประทาน หลังได้รับยาไม่พนยาการคลื่นไส้อาเจียน เวียนศีรษะ จากการสอบถามพบว่าผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

วันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 เวลา 10.00 นาฬิกา หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยสืบเน้นยาสตชื่น ทำกิจวัตรประจำวันได้ สัญญาณเชิงปกติ แพทเทิลนูญาตให้กลับบ้านได้ จากการพูดคุยพบปัญหา ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ให้คำแนะนำการดูแลแพลงผ่าตัด ห้ามไม่ให้แพลงโคน้ำ สังเกตอาการ ปวดบวม แดง ร้อนบริเวณแพลงผ่าตัด แนะนำดูดไขของหนักเกิน 10 กิโลกรัม งดการน้ำเสียพัฒนาร์ 2-3 เดือน ควรรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย แนะนำการมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยเข้าในและสามารถตอบอภิการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง แพทเทิลนัดติดตามอาการหลังผ่าตัดวันที่ 6 พฤศจิกายน 2563 เวลา 09.00 นาฬิกา ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกสูตินรีเวชกรรม

7. ผลสำเร็จของงาน

จากการฝึกน้ำผึ้งป้ายเนื่องอกมดลูก ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านทางกล้องวิดีโอทัฟน์ รับไว้ในความดูแลตั้งแต่วันที่ 29 ตุลาคม 2563 ถึงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 รวมระยะเวลาอนในโรงพยาบาล 4 วัน ผู้ป่วยฟื้นฟูดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการขัดท่าผ่าตัด ผู้ป่วยเสียงดี อุปกรณ์ติดตั้งในร่างกาย ผู้ป่วยไม่สูญเสียเนื่องจากปวดแพลงผ่าตัด ผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดแน่นท้องเนื่องจากการใส่แก๊สในช่องท้องขณะผ่าตัด ผู้ป่วยฟื้นฟูดี ไม่มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไข คงเหลือปัญหาปวดแพลงผ่าตัด ประเมิน pain score เท่ากับ 2 ให้คำแนะนำการดูแลแพลง ห้ามเบิดแพลง ระวังไม่ให้แพลงถูกน้ำ สังเกตอาการมีไข้ ปวดบวม แดง ร้อน บริเวณแพลงผ่าตัด เน้นข้อการมาตรวจตามนัด

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านทางกล้องวิดีโอทัฟน์ ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

8.2 เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านทางกล้องวิดีโอทัฟน์

8.3 เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านทางกล้องวิดีโอทัฟน์ของหน่วยงาน ที่เป็นแนวทางเดียวกัน

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

9.1 ผู้ป่วยอายุ 48 ปียังอยู่ในวัยทำงาน วิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว และประวัติคلامพาก้อนที่ท้องน้อยด้านขวาบน 2 เดือน โดยไม่มีอาการปวดท้อง และภาวะเดือดออกทางช่องคลอด จึงยังไม่เห็นความจำเป็นในการผ่าตัด พยาบาลต้องใช้เวลาในการอธิบายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจพยาธิสภาพ และการดำเนินของโรคที่จะเกิดขึ้นรายต่อไป และยอมรับว่ามีใน การรักษา

9.2 การผ่าตัดผ่านกล้องมีความหลากหลายขั้นตอน อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้มีราคาสูง พยาบาลห้อง

ผ่าตัดซึ่งต้องมีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางในการเตรียม และการบำรุงรักษาอุปกรณ์ เครื่องมือที่ถูกต้อง

10. ข้อเสนอแนะ

- 10.1 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือผู้ป่วยด้านเศรษฐกิจ
- 10.2 จัดทำสื่อการสอนเรื่องเนื้องอกนodule ที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย
- 10.3 พัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลห้องผ่าตัดให้ความรู้ ความชำนาญด้านการผ่าตัดผ่านกล้อง

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ..... ๑๒๗ ๗๒๔๖๐๙
(นางชิรา คุ้มเพื่อน)

ผู้ขอรับการประเมิน
วันที่ ๒๒ ก.ย. ๒๕๖๔

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ฉ.๒๒ ๗๒๔๖๐๙
(นางนิตยา ศักดิ์สุภา)

ลงชื่อ..... ๑๒๗ ๗๒๔๖๐๙
(นายพรเทพ แซ่เง้ง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

(วันที่) ๒๒ ก.ย. ๒๕๖๔

(วันที่) ๒๒ ก.ย. ๒๕๖๔

หมายเหตุ ผู้บังคับบัญชาหนีอื่นไป 1 ระดับในช่วงเวลาดังแต่วันที่ 29 ตุลาคม 2563 ถึงวันที่ 1 พฤศจิกายน

2563 คือ นายเกรียงไกร ตั้งจิตรณณิศักดา ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

- ชัยศ ชีรพากวงศ์. (2555). เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก ตอนที่ 1. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 มกราคม 2565
จาก <http://www.si.mahidol.ac.th>
- ธีระ ทองส่ง. (2559). นรีเวชวิทยา (ฉบับสอนบอร์ด). (เรียนเรียงครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พี.บี.ฟอร์เนนบุ๊กส์
ธันยารัตน์ วงศ์วนานุรักษ์, และสุรศักดิ์ อังสุวัฒนา. (2561). เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก. ใน ประสang
ตันมหาสมุทร, พฤหัส จันทร์ประภา, อรรถพล ใจชื่น, ธันยารัตน์ วงศ์วนานุรักษ์, สมสิญจน์
เพ็ชรยิ่น, ตรีกพ เดิศบรรณพงษ์, ศนิตรา อนุวัฒนาวิน, และพิสุทธิ์ ศรีชัยกุล (บรรณาธิการ),
สูตินรีเวชทันยุก (หน้า 223-220). กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ�.
- ปราลี ทุ่มไพรະ. (2559). คู่มือยา HANDBOOK OF DRUGS. (พิมพ์ครั้งที่ 14). กรุงเทพฯ: N P Press Limited
Partnership
- ปัญญา สนั่นพานิชกุล. (2555). เนื้องอกมดลูก. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาล
พระปกเกล้า, 29(4), 312-340.
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์. (2563). เวชระเบียบและสถิติโรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์.
(2561-2563). สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.
- วรลักษณ์ สมบูรณ์พร. (2555). เนื้องอกมดลูก (*Myoma uteri*). สืบค้นเมื่อวันที่ 15 มกราคม 2565
จาก <https://haamor.com>

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางชิรา คุ้มเพื่อน

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้คำปรึกษาด้านการพยาบาลทั่วไป
(คำแนะนำเลขที่ รพจ. 895) สังกัด ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มการกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประภารักษ์
สำนักการแพทย์

เรื่อง จัดทำ QR code สำหรับให้คำแนะนำการปฎิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดนอดลูกผ่านทางกล้องวิดีทัศน์
หลักการและเหตุผล

เนื้องอกนอดลูก (myoma uteri) หมายถึง เนื้องอกนอดลูกที่เจริญเติบโตมากผิดปกติ จนแทรกเข้าไปในตัว
นอดลูกที่ปกติ จนทำให้นอดลูกหักอัน トイขึ้นมาเป็นก้อนเนื้องอก เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง ที่พบมากที่สุดใน
อุ้งเชิงกรานของสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยพบได้ร้อยละ 20-25 ในสตรีก่อนวัยหมดครรภ์ พูนมากในช่วงอายุ 45-
50 ปี (ชัยศรี ธรรมวงศ์, 2555) ร้อยละ 50 มักไม่มีอาการ ในก้อนที่มีอาการ มักจะมาพบแพทย์ด้วยเรื่อง
เลือดออกผิดปกติจากซ่องคลอด และอาการปวด โดยทั่วๆไปมักจะพบว่าอยู่เนื้องอกมีขนาดที่ใหญ่ขึ้นก็มักจะ
มีอาการมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบไปยังอวัยวะอื่นเมื่อเกิดการกดเบี้ยดต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น หากกด
ทับที่กระเพาะปัสสาวะก็จะมีอาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะถังหรือกลั้นปัสสาวะไม่อよด หากกดทับที่ลำไส้
ก็จะมีอาการท้องผูก อาการที่พบได้บ่อยในโรคเนื้องอกนอดลูกคือ มีเลือดออกมากและนานกว่าปกติ การ
คลำจะพบก้อนในท้อง หรือรู้สึกว่าท้องมีขนาดโตมากขึ้น บางรายอาจมาด้วยอาการมีบุตรยากหรือแท้ง
บ่อย เนื่องจากเนื้องอกนอดลูกมีการกดเบี้ยด 逼迫 นอดลูกซึ่งเป็นตำแหน่งที่มีการฟังตัวของตัวอ่อน (ปัญญา
สนั่นพานิชกุล, 2555) เนื้องอกนอดลูก ส่วนใหญ่ไม่ใช่เนื้อร้าย โดยจะพบว่ากล้ายเป็นเนื้อร้ายหรือมะเร็ง ได้น้อย
กว่าร้อยละ 0.5 ของผู้ป่วย (ธีระ ทองสง, 2559) การรักษาเนื้องอกนอดลูกสามารถทำได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับ
อาการ ลักษณะของเนื้องอก และปัจจัยโดยรวมของผู้ป่วย เช่น อายุ ความต้องการในการมีบุตร การ
ตั้งครรภ์ ซึ่งผู้ป่วยบางรายสามารถรักษาโดยการตัดตามการเปลี่ยนแปลงของเนื้องอกเป็นระยะ มักจะทำใน
รายที่เนื้องอกขนาดไม่ใหญ่ หรือขนาดก้อนเนื้องอกไม่ใหญ่กว่า 12 สัปดาห์ของขนาดอายุครรภ์ ซึ่งเมื่อใกล้
หมดครรภ์ก้อนเนื้องอกจะมีโอกาสเล็กลง โดยปกติแพทย์มักจะนัด มาตรวจติดตามเป็นระยะทุก 3-6 เดือน
การรักษาด้วยยา เช่น Danazol ซึ่งเป็นอนุพันธ์ของฮอร์โมนเพศชาย สามารถลดขนาดของก้อนเนื้องอก และ
ลดการเสียเลือด ได้ ยาในกลุ่ม GnRH agonist เป็นตัวยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาเนื้องอกนอดลูก เพราะ
พบว่าหลังการให้ยาในกลุ่มนี้นานประมาณ 3-6 เดือน สามารถลดขนาดของเนื้องอก ขนาดของนอดลูก และลด
การเสียเลือด ได้ แต่การประทานยาคุมมีข้อจำกัด และมีผลข้างเคียงมากซึ่งไม่นิยมใช้ บางรายแพทย์จึง
พิจารณาให้ใช้การรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งจะเดือดชนิดการผ่าตัดแบบใด จะต้องคำนึงถึง ขนาด ตำแหน่ง
จำนวนของเนื้องอกนอดลูก ตลอดจนความต้องการมีบุตรของผู้ป่วยมาประกอบการพิจารณาด้วย (จิราภรณ์
ทองคงนุช, 2556) การผ่าตัดมี 2 วิธี คือ การผ่าตัดเปิดหน้าท้องโดยวิธีปกติ (abdominal myomectomy or
hysterectomy) และการผ่าตัดผ่านทางกล้องส่องทางหน้าท้อง(laparoscopic myomectomy or hysterectomy)

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เป็นโรงพยาบาลดิจิทัลขั้นสูงที่มีการผ่าตัดผ่านทางกล้องวิดีโอทัศน์ มาเป็นเวลานาน สถิติผู้ป่วยเนื่องจากคลูกที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดในช่วงปี พ.ศ. 2561-2563 คิดเป็นร้อยละ 10.33, 10.95 และ 9.63 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสูตรี-นรีเวททั้งหมด ตามลำดับและผู้ป่วยเหล่านี้ใช้วิธีการผ่าตัดผ่านทางกล้องวิดีโอทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 7.75, 7.33 และ 5.78 ตามลำดับ (โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2563) ซึ่งการผ่าตัดแบบผ่านทางกล้องวิดีโอทัศน์ มีข้อดี คือ ระดับความเจ็บปวดน้อย การพื้นฟื้นตัวเร็ว ทำให้จำนวนวันในการนอนพักที่โรงพยาบาลสั้น สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วขึ้น แต่ผ่าตัดมีขนาดเล็ก และมีโอกาสเกิดพังผืดในช่องห้องหลังผ่าตัดน้อย อย่างไรก็ตามถึงแม้การผ่าตัดแบบผ่านทางกล้องวิดีโอทัศน์ จะมีผลขนาดเล็ก แต่ก็ยังคงเป็นการผ่าตัดใหญ่ประเภทหนึ่งซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ เช่นเดียวกับการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบผ่านทางกล้องวิดีโอทัศน์ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เนื่องจากการระงับความรู้สึกในการทำผ่าตัด ภาวะแผลน้ำอุดอัดท้อง อาการปวดหัว ไอหล่ำหน่วง ๆ คล้ายปวดเมื่อย เนื่องจากลมในช่องห้องไปคั้นกระเพาะ อาการเหล่านี้สามารถบรรเทาได้ด้วยการรับประทานยาแก้ปวดและจะหายกลับเป็นปกติภายใน 1 วัน หลังผ่าตัดจะให้ผู้ป่วยนอนทัยกันสูงศีรษะต่ำ (Trendelenburg position) เพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดไหล่และการแน่นอุดอัดท้อง ถึงแม้อาการเหล่านี้จะไม่รุนแรง แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ในเรื่องการดูแลตนเองอย่างหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน หรือไม่ตระหนักรถึงอาการผิดปกติที่ต้องรับ nanopatch อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเป็นอันตรายได้ เช่น ภาวะกรวยไถอักเสบ ภาวะกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ภาวะติดการเชือดของแผลผ่าตัด หรือภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งนำไปสู่การกลับเข้ามารักษาเข้าในโรงพยาบาล (Re-admit) ภายใน 28 วัน หลังผ่าตัดได้ ในฐานะพยาบาลห้องผ่าตัด จึงต้องมีการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพได้มาตรฐานตามหลักสากล ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อหลังการผ่าตัด การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังการผ่าตัด ทั้งนี้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติจึงจะทำให้การผ่าตัดเป็นไปด้วยความเรียบร้อย การให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดซึ่งมีความสำคัญที่ต้องให้ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ซึ่งขณะให้ข้อมูลผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลทำให้ประสิทธิภาพการรับรู้ในรายละเอียดไม่ครบถ้วนทุกขั้นตอน ทำให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องหลังผ่าตัดหรือเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การให้คำแนะนำโดยการจัดทำเป็น QR code จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถทราบความรู้ได้ตลอดเวลาแม้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง ช่วยคลายความวิตกกังวล ส่งผลให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และลดอัตราการกลับเข้ารักษาเข้าในโรงพยาบาลหลังได้รับการผ่าตัดภายใน 28 วัน เนื่องจาก การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

- เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมีความรู้ที่ต้องการได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ศึกษาทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
3. เพื่อใช้เป็นสื่อการสอนสำหรับให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมดลูกผ่านทางกล้องวิดีโอบันทึกของหน่วยงาน

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การผ่าตัดเป็นภาวะทุกความต่อชีวิต และเป็นภาวะวิกฤติของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน เกิดความกลัวต่าง ๆ เช่น กลัวการผ่าตัด กลัวการสูญเสียการควบคุมตนเอง ส่งผลให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ เช่น การได้รับยาและน้ำดื่ม ความรู้สึก ความปวดที่จะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง (รัตนนา เพิ่มพิชร์, และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูม, 2560) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวันก่อนผ่าตัดและวันผ่าตัดซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความเครียดและความวิตกกังวลสูงที่สุด ความเครียด และความวิตกกังวลนี้จะส่งผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ทางด้านร่างกายนั้นทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น และอาจมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ส่วนทางด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยมีความกระวนกระวาย นอนไม่หลับ และอาจส่งผลกระทบต่อการผ่าตัดได้ (เอ่องพร พิทักษ์สังข์, จุฑาไล ต้มฯ เทิดธรรม, สุกัญญา ศุภฤกษ์ และ อรทัย วรรณดุลศักดิ์, 2554) พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย การรักษาจะประสบผลสำเร็จมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับความสามารถของพยาบาลที่จะบูรณาการศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล มาประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย ได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านทางกล้องวิดีโอบันทึกที่มีภาวะแทรกซ้อนและบางรายต้องกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำหลังผ่าตัด เนื่องจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง การให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้จริงเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นจึงนำแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนของ โอเร็ม มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านทางกล้องวิดีโอบันทึก

ทฤษฎีการดูแลตนของ โอเร็ม (the theory of self-care) เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นโดยมีจุดเน้นเรื่อง การดูแลตนและระดับบุคคล และความสามารถในการนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาล และใช้เป็นกรอบแนวคิดในการทrieveทางการพยาบาล ได้อย่างเหมาะสม (Meleis, 2012) โอเร็มอธิบายในทัศน์ของการดูแล ไว้ว่า “การดูแลตนของเป็นการปฏิบัติกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต มีสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี” (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001) ทั้งนี้ หากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเอง ได้ยื่นต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (McEwen & Wills, 2014) แนวคิดทฤษฎีของ โอเร็ม มี 6 โนทัศน์หลัก ประกอบด้วย การดูแลตนเอง (self-care) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (self - care agency) ความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ความสามารถทางการพยาบาล (nursing agency) และปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (basic conditioning factors) ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน และประกอบกันเป็นทฤษฎี ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีหลัก ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเอง ที่เน้นการกระตุ้นความสามารถในการดูแลตนเองและ ตอบสนองความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองที่เกิดจากความไม่สมดุลของความสามารถ

หรือศักยภาพของบุคคลกับความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด และทฤษฎีระบบการพยาบาลที่เน้นให้พยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกรรม หรือกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ ความพากสุก และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี(พารุณี วงศ์ศร, และทีปทัศน์ ชนิตาปัญญาภูต, 2561) การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมดลูกผ่านทางกล้องวิดีโอทัศน์ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลและผู้ป่วยกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยมีวิธีการกระทำได้ใน 5 วิธี ได้แก่ การกระทำให้หรือกระทำแทน (acting for or doing for) การชี้แนะ (guiding) การสนับสนุน (supporting) การสอน (teaching) และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (providing an environment) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านทางกล้องจะได้รับการสอนหรือให้ความรู้ในการเยี่ยมผู้ป่วย ก่อนผ่าตัด 1 วัน โดยให้ความรู้เรื่องโรค การรักษา การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และเมื่อกลับบ้าน ซึ่งมีรายละเอียดมาก ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำได้ครบถ้วน จึงมีแนวคิดจัดทำ การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมดลูกผ่านทางกล้องวิดีโอทัศน์ ในรูปแบบ QR code โดยใช้แนวคิดทฤษฎีกระบวนการทางสมองในการประมวลข้อมูล ของคลอสเมียร์มาประยุกต์ใช้

ทฤษฎีกระบวนการทางสมองในการประมวลข้อมูล (Information Processing Theory) มีความเชื่อว่า การทำงานของสมองมนุษย์มีความคล้ายคลึงกับเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยจะมีการทำงานเป็นขั้นตอน คือ การรับข้อมูล (Input) โดยผ่านทางอุปกรณ์หรือเครื่องรับข้อมูล การเข้ารหัส (Encoding) โดยอาศัยชุดคำสั่งหรือซอฟต์แวร์ (Software) การส่งข้อมูลออก (Output) โดยผ่านทางอุปกรณ์ (Klausmeier,1985:108) คลอสเมียร์ อนิบายการประมวลผลข้อมูลโดยเริ่มต้นจากการที่มนุษย์รับสิ่งเร้าเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 สิ่งเร้าที่เข้ามายังได้รับการบันทึกไว้ในความจำระยะสั้น ซึ่งการบันทึกนี้จะขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 2 ประการ คือ การรู้จัก (Recognition) และความสนใจ (Attention) ของบุคคลที่รับสิ่งเร้า บุคคลจะเลือกรับสิ่งเร้าที่ตนรู้จักหรือมีความสนใจ สิ่งเร้านั้นจะได้รับการบันทึกลงในความจำระยะสั้น (Short-Term Memory) ซึ่งดำเนินอยู่ในระยะเวลาที่จำกัดมาก แต่ละบุคคลมีความสามารถในการจำระยะสั้นที่จำกัด ในการทำงานที่จะเน้นต้องเก็บข้อมูลไว้ใช้ชั่วคราว อาจจำเป็นต้องใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการเข้าช่วย เช่น การจดกุญแจ หรือการท่องชา้ำ ๆ ซึ่งจะสามารถช่วยให้จดจำไว้ได้เจิงแจ้ง ได้การเก็บข้อมูลไว้ใช้ในภายหลัง สามารถทำได้โดยข้อมูลนั้นจำเป็นต้องได้รับการประมวลและเปลี่ยนรูปโดยการเข้ารหัส (Encoding) เพื่อนำไปเก็บไว้ในความจำระยะยาว (Long Term Memory) ซึ่งอาจต้องใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การท่องชา้ำหลาย ๆ ครั้ง หรือการทำข้อมูลให้มีความหมายกับตนเอง

QR code คือรหัสชนิดหนึ่งที่สามารถเก็บข้อมูลต่าง ๆ สามารถแสดงผลได้รวดเร็ว ใช้งานง่าย พยาบาลจึงได้นำ QR code ใช้สำหรับให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมดลูกผ่านทางกล้องวิดีโอทัศน์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเปิดดูทบทวนคำแนะนำเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ได้

ขั้นตอนการดำเนินงานและวิธีปฏิบัติงาน

1. เสนอแนวคิดที่จัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมดลูกผ่านทางกล้องวิดีโอทัศน์ ในรูปแบบ QR code กับหัวหน้าห้องผ่าตัดเพื่อขอความเห็นชอบ

2. ศึกษา และค้นคว้าหาข้อมูลต่าง ๆ ความรู้ในตำรา เอกสารวิชาการและอินเตอร์เน็ต
 3. ออกแบบคู่มือการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องวิดีทัศน์ โดยเนื้อหาประกอบด้วย
 - 3.1 โรคเนื้องอกมดลูก
 - 3.2 การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด
 - 3.3 การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน
 - 3.4 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องวิดีทัศน์
 - 3.5 การสังเกตอาการพิเศษหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องวิดีทัศน์
 4. นำคู่มือการปฏิบัติตัวก่อนและหลังหลังผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องวิดีทัศน์ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ตรวจสอบความถูกต้องประกอบด้วย หัวหน้าพยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลประจำห้องผ่าตัด และสุตินรีแพทย์
 5. ทดลองใช้เป็นระยะเวลา 3 เดือน กับผู้ป่วยและญาติในวันที่ตรวจเยี่ยม ประเมินความรู้ความเข้าใจ ก่อนเข้ารับการผ่าตัด
 6. รวบรวมผลการประเมิน ปรับปรุงแก้ไขคู่มือให้สมบูรณ์และนำไปใช้ในหน่วยงาน
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**
1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ครบถ้วนทั้งก่อนและหลังผ่าตัดมดลูกผ่านทางกล้องวิดีทัศน์
 2. หน่วยงานมีสื่อการสอนเรื่อง การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมดลูกผ่านทางกล้องวิดีทัศน์ที่เป็น แนวทางเดียวกัน และเป็นการเพิ่มช่องทางในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ
 3. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและลดจำนวนวนนันนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
- ตัวชี้วัดความสำเร็จ**
1. อัตราการเลื่อนผ่าตัดจากการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 0.02
 2. อัตราการกลับบ้านอนโรงพยาบาลจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเนื่องจาก การปฏิบัติตัว ไม่ถูกต้องของผู้ป่วย ร้อยละ 0.5

(ลงชื่อ) ดร. พัฒนา

(นางสาวชิรา คุ้มเพื่อน)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่) ๒๕๖๓.๐๘.๑๗

เอกสารอ้างอิง

- ชัยยศ ชีรพากวงศ์. (2555). เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก ตอนที่ 1. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 มกราคม 2565 จาก <http://www.si.mahidol.ac.th>
- ปัญญา สนั่นพานิชกุล. (2555). เนื้องอกมดลูก. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 29(4), 312-340.
- พารุณี วงศ์คร, และทีปทัศน์ ชินตาปัญญาคุล. (2561). การประยุกต์ใช้ ทฤษฎีของโอเร็มกับการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลตำราฯ, 10(1), 209-219.
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์. (2563). เวชระเบียนและสติ๊กโรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์ (2561-2563). สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.
- รัตนา เพิ่มเพ็ชร, และเบญจนาภรณ์ บุตรครีญ. (2560). บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด: การให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. *Rama Nurs J • January*, 22(1), 9-20.
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2553). ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ไฮสติ๊ก พับลิชชิ่ง เอชั่งพร พิพักษ์สังข์, จุฬาโล ตัณฑเทิดธรรม, สุกัญญา ศุภฤกษ์, และอรทัย วนนฤกุลศักดิ์. (2554). การศึกษา ความวิตกกังวลความเครียดและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อน ได้รับการผ่าตัดทางตาแบบผู้ป่วยนอก. วารสารพยาบาลศิริราช, 4(1), 35-42.
- Klausmeier, H. J. (1985). *Educational psychology* (5th ed.). New York: Harper & Row.
- McEwen, M., & Will, E.M. (2014). *Theoretical basis for nursing* ,(4thEd.).Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Philadelphia. Lippincott.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.