



วารสารสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย

TPNA

Journal

Volume 14 No.2 July - December 2025

ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568

การจัดทำผู้ป่วยในการผ่าตัดกระดูกสันหลัง: บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดและประสบการณ์การปฏิบัติ

Patient Positioning for Spinal Surgery: Perioperative Nurses' Roles and Practical Experiences

การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องตัดเลาะติ่งเนื้องอกของลำไส้ใหญ่

Nursing Care for Patients Undergoing Colorectal Endoscopic Submucosal Dissection

การพยาบาลปริศัลยกรรม: การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกในการป้องกัน

การพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดทางสูติ-นรีเวช

The Perioperative Nursing: Development of Proactive Risk Management Guidelines for Fall Prevention in Outpatients Undergoing Obstetric and Gynecological Surgery

การพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยนอกที่ได้รับยา Misoprostol

สำหรับการเตรียมปากมดลูก: การศึกษาพัฒนาคุณภาพ

Development of a Pain Management Communication Model for Outpatients Receiving Misoprostol for Cervical Ripening: A Quality Improvement Study

การพัฒนารูปแบบการให้บริการผ่าตัดภาวะอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อนโดยใช้ประสบการณ์ผู้ป่วยเป็นฐาน

Enhancing Pelvic Organ Prolapse Surgical Services through a Patient-Experience Based Model

คำแนะนำในการส่งต้นฉบับ

ISSN 0859 - 4295



วารสารสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย

THE THAI PERIOPERATIVE NURSES ASSOCIATION JOURNAL

ที่ปรึกษา

นางอุไรวรรณ อเสกขสกุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศิริพร พุทธรังษี

นางชวัลทิพย์ พิทักษ์นที

รองศาสตราจารย์ ดร.เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวรรณา กิตติเนาวรัตน์

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.แสงทอง ชีระทองคำ

รองศาสตราจารย์ ไสว นรสาร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตใจ เวชประสิทธิ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิภาพร เอกศิริวรานนท์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กิรติกานต์ ป้ายงูเหลือม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตติมา ศิริโหราชัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัษฎาพร นิยมญาติ

อาจารย์ ดร.สุนิสา สีมม

ดร.พว.วรรณวิมล คงสุวรรณ

พว.ปวีณา แนนหนา

พว.รัตนา เพิ่มเพ็ชร

ผู้ทรงคุณวุฒิ

รองศาสตราจารย์ ดร.เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ

รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ แก้วปาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตติมา ศิริโหราชัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวรรณา กิตติเนาวรัตน์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิภาพร เอกศิริวรานนท์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กิรติกานต์ ป้ายงูเหลือม

ดร.พว.วรรณวิมล คงสุวรรณ

พว.รัตนา เพิ่มเพ็ชร

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและผลงานวิจัยด้านการพยาบาลผ่าตัดและวิทยาการก้าวหน้าทางศัลยกรรม
2. เป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนข่าวสาร ความคิดเห็น ประสบการณ์เกี่ยวกับพยาบาลผ่าตัด
3. เป็นสื่อสัมพันธ์และสร้างเสริมความเข้าใจอันดีระหว่างพยาบาลห้องผ่าตัดด้วยกันและบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ

Objective:

1. To disseminate knowledge, research and new technology in perioperative nursing and surgery.
2. To serve as a medium for exchange of informations, ideas and experiences in perioperative nursing.
3. To promote better relationship and understanding between professional nurses and other health professionals.

Biannual Issue: January-June and July-December

Published by: The Thai Perioperative Nurses Association

Office: Room no. 1/237, 1st Fl. Silom Grand Terrace, Tower 1 Silom Subdistrict, Bangrak District, Bangkok. 10500

กำหนดออกวารสาร: ปีละ 2 ฉบับ
มกราคม - มิถุนายน
กรกฎาคม - ธันวาคม

พิมพ์ที่ บริษัท นิวัตรธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด
202 ซอยเจริญกรุง 57 แขวงยานนาวา
เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
โทร. 02 6756062-4 แฟกซ์ 02 2114113



คณะกรรมการกลางสมาคมพยาบาลหัตถ์พันธุกรรมแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2568 - 2569

ที่ปรึกษาสมาคมฯ	นางอุไรวรรณ อเสกขสกุล	รพ.จุฬาลงกรณ์ (ข้าราชการบำนาญ)
ที่ปรึกษาสมาคมฯ	ผศ.ศิริพร พุทธิรังษี	ศูนย์ฝึกอบรมปฐมพยาบาล และสุขภาพอนามัย สภาวิชาชีพ
ที่ปรึกษาสมาคมฯ	นางชวัลทิพย์ พิทักษ์นที	รพ.จุฬาลงกรณ์ (เจ้าหน้าที่บำนาญ สภาวิชาชีพ)
นายกสมาคมฯ	รศ.ดร.เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ	รพ.พยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
อุปนายกฯ ประธานฝ่ายปฎิคม	น.ส.เบญจวรรณ ชีระเทอดตระกูล	รพ.ศิริราช (ข้าราชการบำนาญ)
ประธานเขต 2	น.ส.ธนพรพรรณ เจริญศรี	รพ.พระนารายณ์มหาราช
ประธานเขต 3	นางลำพึง เทียมวิสัย	รพ.ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ประธานเขต 4	นางสุดธิดา อินทร์ประสิทธิ์	รพ.ลำปาง
ประธานเขต 5	น.ส.วารุณี เริ่มอรุณรอง	รพ.ตรัง
ประธานฝ่ายวิชาการ	น.ส.ปวีณา แนนหนา	รพ.จุฬาลงกรณ์
ประธานฝ่ายวารสาร	รศ.ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ประธานฝ่ายต่างประเทศ	นางศุภจิรา ศิริเศรษฐ์	รพ.บีเอ็นเอช
ประธานฝ่ายอินฟอร์เมติกและดิจิทัลไลเซชัน	นางสาวนฤมล นวลฉวี	รพ.วิมุต-พหลโยธิน
ประธานฝ่ายภาพลักษณ์และสื่อสารองค์กร	นางศตญา ปานเถื่อน	รพ.ราชวิถี
ประธานฝ่ายทะเบียน	น.ส.กณิกนันต์ นรินทรกุล ณ อยุธยา	รพ.รามาธิบดี
ประธานฝ่ายหารายได้	น.ส.รัตนา เพิ่มเพชร	รพ.รามาธิบดี
ประธานฝ่ายกิจการพิเศษ	นางมานิดา วาสนสิทธิ	รพ.กรุงเทพพัทยา
ประธานฝ่ายบัญชี	นางกฤษมา จันท์แก้ว	รพ.จุฬาลงกรณ์ (เจ้าหน้าที่บำนาญ สภาวิชาชีพ)
เหรียญกิตติมศักดิ์	นางสมฤทัย มโนกุลจิต	รพ.จุฬาลงกรณ์
เลขานุการ	นางสาวบุญยง จุลนวล	รพ.รามาธิบดี
ผู้ช่วยเลขานุการ	นางนงนุช มากเจริญ	รพ.ราชวิถี



บรรณาธิการแถลง

วารสารของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทยฉบับที่ 2 ปี 2568 เล่มนี้ มีเนื้อหาสาระ ที่เป็นประโยชน์ น่าสนใจหลายเรื่อง ประกอบด้วยงานบทความ 3 เรื่อง ได้แก่ การจัดทำผู้ป่วยในการผ่าตัดกระดูกสันหลัง: บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดและประสบการณ์การปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องตัดและดึงเนื้องอกของลำไส้ใหญ่ การพยาบาลปริศลยกรรม: การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกในการป้องกัน การพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดทางสูติ-นรีเวช และงานพัฒนาคุณภาพ 2 เรื่อง ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยนอกที่ได้รับยา Misoprostol สำหรับการเตรียมปากมดลูก: การศึกษาพัฒนาคุณภาพ การพัฒนารูปแบบการให้บริการผ่าตัดภาวะอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อนโดยใช้ประสบการณ์ผู้ป่วยเป็นฐาน

กองบรรณาธิการขอขอบคุณท่านผู้อ่าน ผู้เขียนบทความและท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าในการพิจารณาถ้อยแถลงบทความซึ่งมาจากหลากหลายสถาบันที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านผู้อ่านจะได้รับข้อมูลทางวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาทางการพยาบาล และขอเชิญชวนให้ทุกท่านที่ผลิตผลงานเพื่อพัฒนาการพยาบาลผ่าตัด ความรู้ทางการพยาบาล ตลอดจนนวัตกรรมและงานพัฒนาคุณภาพงาน ส่งผลงานเข้ามาตีพิมพ์ในวารสารของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย เพื่อเป็นการเผยแพร่ความรู้และประสบการณ์อันมีค่า ให้เกิดประโยชน์ในวิชาชีพที่เรารักต่อไป หากท่านมีข้อเสนอแนะ หรือคำติชมใดๆ ทางกองบรรณาธิการยินดีน้อมรับ และจะนำมาปรับปรุงเพื่อการพัฒนาที่ดียิ่งขึ้นในโอกาสต่อไป



(รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์)

บรรณาธิการ



วารสารสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย THE THAI PERIOPERATIVE NURSES ASSOCIATION JOURNAL

สารบัญ

หน้า

บทบรรณาธิการแถลง

- | | |
|---|----|
| การจัดท่าผู้ป่วยในการผ่าตัดกระดูกสันหลัง: บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดและประสบการณ์การปฏิบัติ
Patient Positioning for Spinal Surgery: Perioperative Nurses' Roles and Practical Experiences
อรยา พุ่มพวง นุชนาฏ เชิงโชคชัย นัญญา พรมาลัยรุ่งเรือง | 1 |
| การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องตัดเลาะติ่งเนื้องอกของลำไส้ใหญ่
Nursing Care for Patients Undergoing Colorectal Endoscopic Submucosal Dissection
วาทีณี เอียร์สุคนธ์ อวยพร เค้าสมบัติวัฒนา | 16 |
| การพยาบาลปริศัลยกรรม: การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกในการป้องกัน
การพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดทางสูติ-นรีเวช
The Perioperative Nursing: Development of Proactive Risk Management Guidelines
for Fall Prevention in Outpatients Undergoing Obstetric and Gynecological Surgery
ปิ่นฤทัย ประดิษฐ์ศิลป์ รัตนา เพิ่มเพ็ชร | 26 |
| การพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยนอกที่ได้รับยา Misoprostol
สำหรับการเตรียมปากมดลูก: การศึกษาพัฒนาคุณภาพ
Development of a Pain Management Communication Model for Outpatients
Receiving Misoprostol for Cervical Ripening: A Quality Improvement Study
วาสนา ทิพย์โอสถ อรสุรางค์ อุดมสุข | 42 |
| การพัฒนารูปแบบการให้บริการผ่าตัดภาวะอวัยวะเชิงกรานหย่อนโดยใช้ประสบการณ์ผู้ป่วยเป็นฐาน
Enhancing Pelvic Organ Prolapse Surgical Services through a Patient-Experience Based Model
พีรณัฐ มั่งมีศรี อรณัฐ อินทะสะโร | 55 |
| คำแนะนำในการส่งต้นฉบับ | 69 |

การจัดทำผู้ป่วยในการผ่าตัดกระดูกสันหลัง: บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด และประสบการณ์การปฏิบัติ Patient positioning for spinal surgery: Perioperative nurses' roles and practical experiences

อริยา พุดพวง* Oraya Putpuang
นุชนาฏ เชิงโชคชัย* Nuchanad Choengchokchai
นัทธยา พรมาลัยรุ่งเรือง** Nuttaya Pommalairungruang

บทคัดย่อ

การจัดทำผู้ป่วยในการผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นขั้นตอนสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของการผ่าตัดและความปลอดภัยของผู้ป่วย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานประสบการณ์การปฏิบัติและบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการจัดทำผู้ป่วย โดยศึกษาในผู้ป่วย 30 รายที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

ผลการดำเนินงานพบว่า การใช้อุปกรณ์ Jackson Spinal Surgery Top ร่วมกับอุปกรณ์เสริมสำหรับการจัดทำผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ได้แก่ แผ่นรองแขนพร้อมอุปกรณ์กระจายแรงกด แผ่นรองสะโพกและต้นขา หมอนรองศีรษะสำหรับทำนอนคว่ำ แผ่นเจลลดแรงกด และสายรัดตัวผู้ป่วย รวมถึงการปฏิบัติตามมาตรการการตรวจสอบความปลอดภัยในการจัดทำผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด ส่งผล

ให้การผ่าตัดประสบความสำเร็จ ร้อยละ 100 และมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระดับต่ำ (ร้อยละ 13.30) โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบเป็นอาการเล็กน้อย และสามารถหายได้เองภายใน 1-3 วัน

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัดในการจัดทำผู้ป่วยอย่างถูกต้องและปลอดภัย ตลอดจนความสำคัญของการใช้อุปกรณ์และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นระบบ ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังต่อไป

คำสำคัญ: การจัดทำผู้ป่วย การผ่าตัดกระดูกสันหลัง ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามาริบัติจักรีนฤพดินทร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

** พยาบาลชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลผ่าตัดและห้องคลอด โรงพยาบาลรามาริบัติจักรีนฤพดินทร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

Abstract

Patient positioning for spinal surgery is a critical step that directly influences surgical success and patient safety. This article aims to report practical experiences and the roles of perioperative nurses in patient positioning, based on a study of 30 patients undergoing spinal surgery.

The findings revealed that the use of the Jackson Spinal Surgery Top in combination with comprehensive positioning support devices—namely arm boards with pressure-distributing pads, hip and thigh supports, a prone headrest, gel pressure-relieving pads, and patient safety straps—along with strict adherence to positioning safety protocols, resulted in a 100% surgical success rate and a low incidence of complications (13.30%). The complications observed were minor and resolved spontaneously within 1–3 days.

These findings highlight the essential role of perioperative nurses in ensuring accurate and safe patient positioning, as well as the importance of appropriate equipment utilization and systematic monitoring for complications. This approach can serve as a practical guideline for improving the quality of perioperative nursing care in spinal surgery.

Keywords: patient positioning, spinal surgery, postoperative complications, operating room nursing role

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นหัตถการที่มีความซับซ้อนสูง จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทีมนurses วิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในระยะระหว่างการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญในการประเมินสภาพผู้ป่วย การเตรียมความพร้อม และจัดทำทางผู้ป่วย (patient positioning) ให้เหมาะสมกับชนิดของการผ่าตัด เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยสูงสุดและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน¹

การจัดทำผ่าตัดมีผลโดยตรงทั้งประสิทธิภาพของการผ่าตัดและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะในท่านอนคว่ำ (prone position) ซึ่งหากจัดทำไม่เหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เช่น การกดทับเส้นประสาท แผลกดทับ การบาดเจ็บจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ ความผิดปกติทางระบบไหลเวียนโลหิต และภาวะแทรกซ้อนทางสายตา²⁻⁵ ซึ่งส่งผลต่อความสำเร็จของการผ่าตัดและการฟื้นตัวของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ

ในปัจจุบัน แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบ Enhanced recovery after surgery (ERAS) ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในฐานะกลยุทธ์สำคัญในการเพิ่มความปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยแนวทางดังกล่าวครอบคลุมถึงการจัดทำผ่าตัดที่เหมาะสม การป้องกันการกดทับ และการ

ดูแลระบบไหลเวียนอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการจัดท่าที่ถูกต้องตามหลักกายวิภาคถือเป็นองค์ประกอบสำคัญตามแนวคิด ERAS ที่ช่วยส่งเสริมผลลัพธ์ทางคลินิกและลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล⁶

พยาบาลห้องผ่าตัดจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกายวิภาคของกระดูกสันหลัง ลักษณะเฉพาะของตำแหน่งผ่าตัด และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถเลือกท่าผ่าตัดและอุปกรณ์เสริมช่วยรองรับการจัดท่าผู้ป่วย เช่น gel pads, Wilson frame, chest rolls, armboards และ headrest ได้อย่างเหมาะสมตามมาตรฐานการปฏิบัติ ทั้งนี้ การจัดท่าที่ถูกต้องจะช่วยลดแรงกดในบริเวณสำคัญของร่างกาย และป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาทและเนื้อเยื่อ^{7,8,9}

จากประสบการณ์ของผู้เขียนในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังจำนวนมากในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤเบดินทร์ พบว่าการจัดท่าผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ร่วมกับการใช้อุปกรณ์เสริมช่วยรองรับตามมาตรฐาน มีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากแรงกดทับ การบาดเจ็บของเส้นประสาท และภาวะแทรกซ้อนบริเวณรอบดวงตา (ocular complications) ทั้งนี้ มีความสอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับที่รายงานความสัมพันธ์ระหว่างการจัดท่าผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามมาตรฐานกับความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด^{10,11,12} นอกจากนี้ การดูแลความสมดุลของเหลว (fluid management) และการเฝ้าระวังการไหลเวียนโลหิต (hemodynamic monitoring) ระหว่างการผ่าตัดในท่านอนคว่ำยังเป็นปัจจัยสำคัญ

ที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน¹³ พร้อมกันนี้ การนำเทคโนโลยีช่วยผ่าตัด เช่น image guidance และ robotic assistance มาใช้มากขึ้น ช่วยเพิ่มความแม่นยำในการระบุตำแหน่งทางกายวิภาคที่ต้องผ่าตัด และเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดท่าผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัยยิ่งขึ้น¹⁴

ด้วยเหตุนี้ บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อถ่ายทอดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยเน้นบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการจัดท่าผู้ป่วยอย่างถูกต้อง การเลือกใช้อุปกรณ์เสริมช่วยรองรับการจัดท่าผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดและบุคลากรทางการแพทย์ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อไป¹⁵

วัตถุประสงค์

1. เพื่ออธิบายบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดในการจัดท่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง
2. เพื่อนำเสนอประสบการณ์การปฏิบัติในการจัดท่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ให้มีความปลอดภัย เหมาะสม และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการจัดท่าผู้ป่วยในการผ่าตัดกระดูกสันหลัง
4. เพื่อเสนอแนวทางปฏิบัติ ข้อควรระวัง และการใช้อุปกรณ์เสริมช่วยรองรับการจัดท่าผู้ป่วยเพื่อยกระดับมาตรฐานการพยาบาลในห้องผ่าตัด

ความสำคัญของการจัดทำผู้ป่วยในการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

การจัดทำผู้ป่วยในการผ่าตัดกระดูกสันหลัง มีวัตถุประสงค์หลัก 3 ประการ¹⁶ ได้แก่

1. เพื่อให้ศัลยแพทย์สามารถเข้าถึงตำแหน่งผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งช่วยเพิ่มความชัดเจนในการมองเห็นและประสิทธิภาพของการผ่าตัด
2. เพื่อคงไว้ซึ่งสรีรวิทยาที่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงการหายใจ การไหลเวียนโลหิต และการทำงานของระบบประสาท
3. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำ เช่น การบาดเจ็บของเส้นประสาท แผลกดทับ และภาวะแทรกซ้อนอื่น

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย: บทเรียนจาก 30 ราย

ลักษณะของผู้ป่วย

จากการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจำนวน 30 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) มีอายุเฉลี่ย 60.50 ปี สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบโรคประจำตัวร่วม ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและเบาหวาน ร้อยละ 56.70, 53.30 และ 33.30 ตามลำดับ

ข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญต่อการวางแผนการจัดทำ เนื่องจาก

1. ผู้สูงอายุมีผิวหนังบางและเปราะบาง เสี่ยงต่อแผลกดทับสูง
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการไหลเวียนโลหิตลดลงและแผลหายช้า
3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตระหว่างการจัดทำ

การใช้อุปกรณ์จัดทำ

จากประสบการณ์การปฏิบัติพบว่า การเลือกใช้อุปกรณ์จัดทำที่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและความสำเร็จของการผ่าตัด

อุปกรณ์หลักที่ใช้ ได้แก่

1. เตียงผ่าตัดชนิด Jackson (Jackson table with spinal surgery top) (ภาพที่ 1)

ใช้งานในผู้ป่วย 29 ราย (ร้อยละ 96.70) เป็นอุปกรณ์ที่ออกแบบมาเฉพาะสำหรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง มีข้อดี ในการรองรับร่างกายอย่างเหมาะสม ช่วยลดแรงกดบริเวณทรวงอกและช่องท้อง สามารถปรับระดับได้ตามต้องการ และมีช่องว่างช่วยส่งเสริมการหายใจ

หมายเหตุ: มีผู้ป่วย 1 รายที่ไม่ได้ใช้ Jackson Spinal Surgery Top เนื่องจากข้อจำกัดด้านลักษณะทางกายวิภาคและความเหมาะสมทางคลินิก จึงเลือกใช้อุปกรณ์ทางเลือกในการจัดทำแทน

2. อุปกรณ์เสริมช่วยรองรับการจัดทำ

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการใช้อุปกรณ์เสริมช่วยรองรับการจัดทำครบทั้ง 5 ชนิด ได้แก่ (ภาพที่ 1)

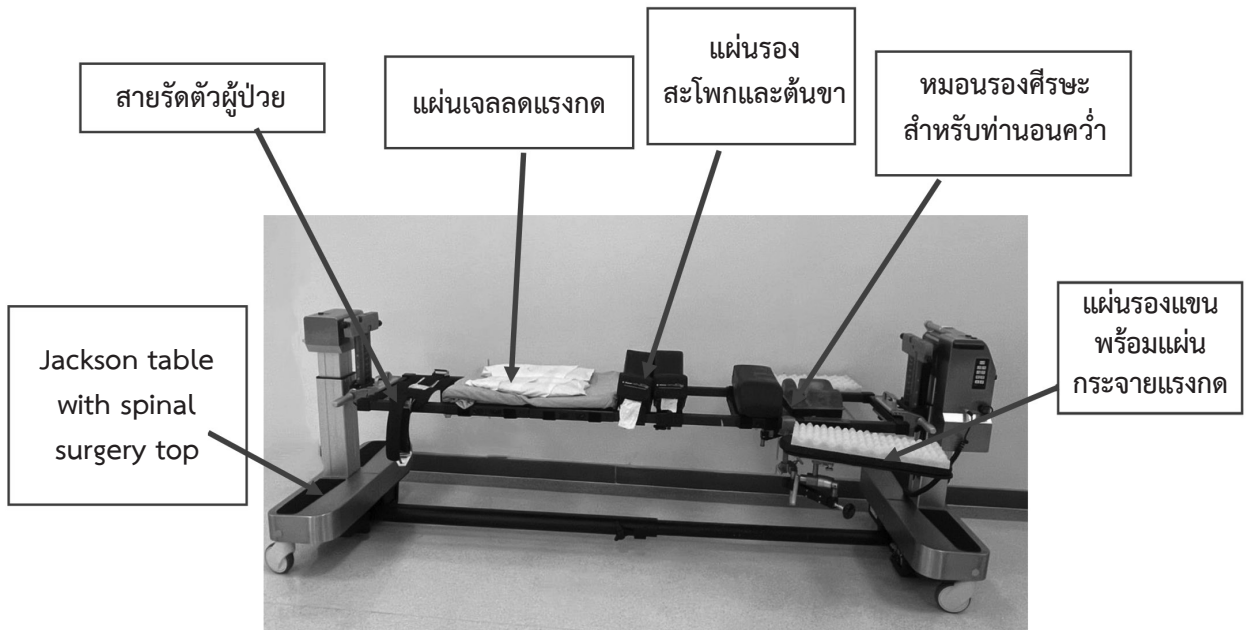
2.1 แผ่นรองแขนพร้อมแผ่นกระจายแรงกด ช่วยลดแรงกดบริเวณข้อศอกและข้อมือ และป้องกันการบาดเจ็บของกลุ่มเส้นประสาทเบรเคียล (brachial plexus)

2.2 แผ่นรองสะโพกและต้นขา ช่วยรักษา alignment ของสะโพก และลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของอวัยวะสืบพันธุ์

2.3 หมอนรองศีรษะสำหรับท่านอนคว่ำ ช่วยลดแรงกดบริเวณใบหน้าและดวงตาพร้อมช่องตรงกลางสำหรับรองรับท่อทางเดินหายใจ

2.4 แผ่นเจลลดแรงกด ช่วยกระจายแรงกดบริเวณจุดกดทับ โดยเฉพาะที่ทรวงอก เข่า และข้อเท้า

2.5 สายรัดตัวผู้ป่วย ช่วยป้องกันการเคลื่อนที่และพลัดตกของผู้ป่วยขณะผ่าตัด โดยต้องจัดให้กระชับพอเหมาะและไม่รบกวนการหายใจ



ภาพที่ 1 เตียงผ่าตัดชนิด Jackson และอุปกรณ์สนับสนุน 5 ชนิด ถ่ายโดย พว. อรยา พุ่มพวง

บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการจัดทำผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง

พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญทั้งในการบริหารจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะในการผ่าตัดกระดูกสันหลังซึ่งมีความซับซ้อนสูง จำเป็นต้องอาศัยความแม่นยำในการจัดทำผู้ป่วยและการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพกับทีมสหสาขาวิชาชีพ บทบาทสำคัญของพยาบาลสามารถจำแนกได้ดังนี้ (ตารางที่ 1)

1. การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดมีหน้าที่ประเมินความเสี่ยง

ของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ทั้งด้านสภาพร่างกาย โรคประจำตัว และข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน หรือข้อจำกัดของข้อและกระดูก เพื่อวางแผนการจัดทำที่เหมาะสม และเลือกใช้อุปกรณ์รองรับแรงกดได้อย่างเพียงพอและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย^{1,6,7}

2. การเตรียมอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม พยาบาลต้องตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดทำให้มีความสะอาด ครบถ้วน และพร้อมใช้งาน เช่น เตียงผ่าตัด Jackson หมอนรองเจล อุปกรณ์รัดตัว และแผ่นกระจายแรงกด รวมถึงต้อง

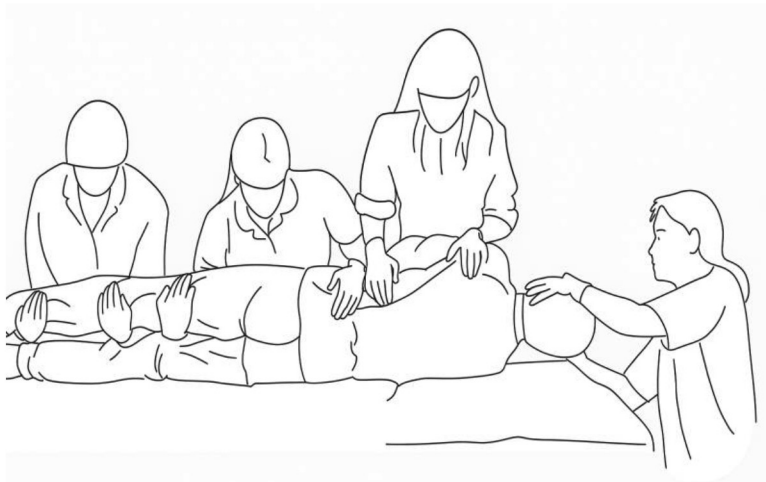
มีความรู้และทักษะในการใช้อุปกรณ์เฉพาะทาง และสามารถปรับใช้ให้เหมาะกับสภาพผู้ป่วยและลักษณะการผ่าตัด^{9,10}

3. การปฏิบัติในระหว่างการจัดท่า ในระหว่างการพลิกตัวและจัดท่าผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดต้องทำงานร่วมกับทีมวิสัญญีและศัลยแพทย์อย่างใกล้ชิดเพื่อควบคุมทิศทางการเคลื่อนไหว ซึ่งมีความสำคัญ

ต่อการปกป้องแนวกระดูกสันหลัง โดยทีมวิสัญญีรับผิดชอบการควบคุมตำแหน่งศีรษะและท่อช่วยหายใจ ขณะที่พยาบาลห้องผ่าตัดควรดูแลตำแหน่งแขนและขา รวมถึงตรวจสอบจุดกดทับและความถูกต้องของแนวลำตัว (alignment) อย่างรอบคอบก่อนเริ่มผ่าตัด^{3,11} (ภาพที่ 2 และภาพที่ 3)

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการเตรียมการจัดท่าผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

ขั้นตอน	รายละเอียด
ขั้นตอนที่ 1: การเตรียมก่อนจัดท่า	1. ตรวจสอบอุปกรณ์ให้ครบถ้วนและพร้อมใช้ 2. ประเมินผู้ป่วย ได้แก่ ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว และจุดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 3. วางแผนร่วมกับทีมวิสัญญีและศัลยแพทย์ 4. เตรียมบุคลากรอย่างน้อย 4 คนสำหรับการพลิกตัวผู้ป่วย
ขั้นตอนที่ 2: การพลิกตัวผู้ป่วย	1. ใช้เทคนิค log rolling เพื่อคงแนวกระดูกสันหลัง (spinal alignment) 2. มีผู้ควบคุมตำแหน่งศีรษะ โดยทั่วไปคือวิสัญญีแพทย์) 3. พลิกตัวผู้ป่วยพร้อมกันตามคำสั่งอย่างเป็นจังหวะ 4. ระวังสายและอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น ท่อช่วยหายใจ และสาย monitoring
ขั้นตอนที่ 3: การจัดตำแหน่ง และตรวจสอบ	1. จัดศีรษะให้อยู่ในท่า neutral position 2. จัดแขนทั้งสองข้างวางในท่า swimmer's position หรือวางข้างลำตัวตามความเหมาะสม 3. ตรวจสอบจุดกดทับทั้งหมดอย่างละเอียด 4. ประเมินการหายใจและภาวะไหลเวียนโลหิต (hemodynamic status)
ขั้นตอนที่ 4: การตรวจสอบความปลอดภัย (safety check)	1. ดวงตา: ไม่มีแรงกดทับหรือสิ่งแปลกปลอมสัมผัสบริเวณดวงตา 2. ใบหน้า: อยู่ในแนวปกติ ไม่มีการบิดเบี้ยว และจมูกไม่ถูกกด 3. แขน: ไม่กางแขนเกิน 90 องศา เพื่อลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาท 4. หน้าอกและหน้าท้อง: มีพื้นที่เพียงพอสำหรับการขยายตัวของทรวงอกและการหายใจ 5. อวัยวะสืบพันธุ์: ไม่ถูกกดทับ 6. ขาและเท้า: อยู่ในแนว neutral alignment ไม่มีการบิดหมุนผิดปกติ



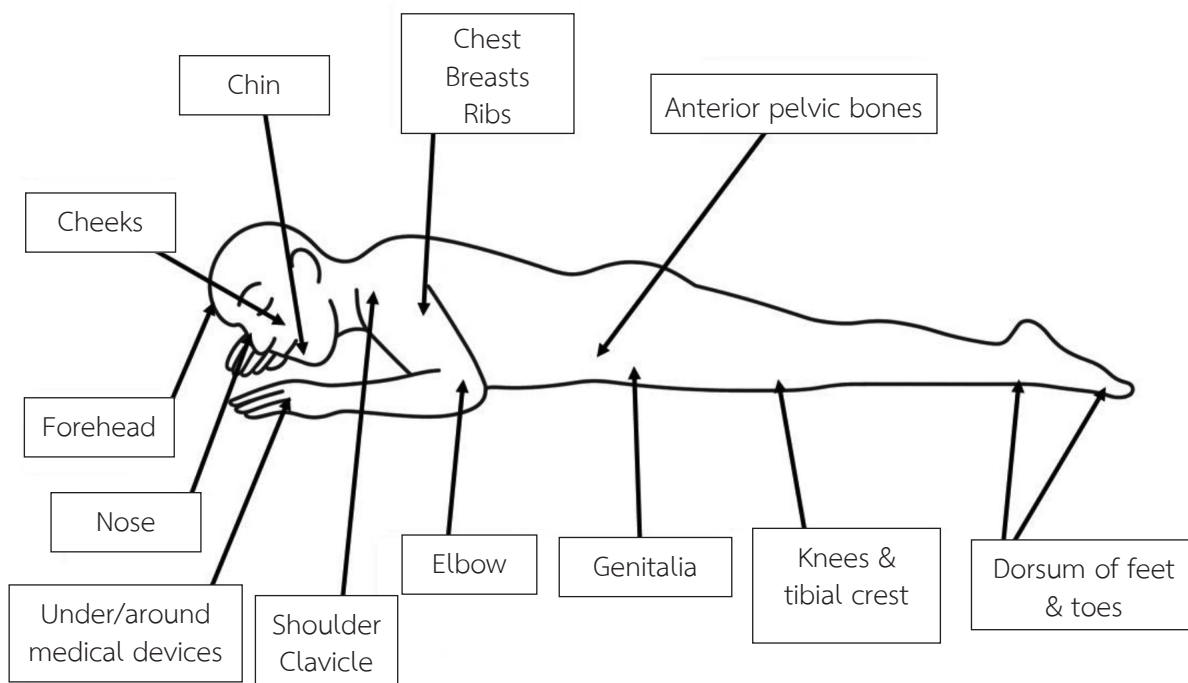
ภาพที่ 2 การพลิกตัวผู้ป่วยด้วยเทคนิค log rolling วาดโดย พว. นัญญา พรมาลัยรุ่งเรือง

4. การเฝ้าระวังระหว่างผ่าตัด

ในระหว่างการผ่าตัดที่ใช้เวลานาน พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยต้องตรวจสอบตำแหน่งของร่างกายและอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดทำเป็นระยะ โดยเฉพาะบริเวณที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแรงกดทับ ได้แก่ หน้าอก เข่า ข้อศอก และไบหน้า รวมถึงประเมินการหายใจ การไหลเวียนโลหิต และสัญญาณชีพของผู้ป่วย ร่วมกับวิสัญญีแพทย์อย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด^{2,4,12}

5. การดูแลหลังผ่าตัดและการประเมินภาวะแทรกซ้อน

ภายหลังสิ้นสุดการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดต้องประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะสภาพผิวหนังบริเวณจุดกดทับ สัญญาณของการบาดเจ็บของเส้นประสาท เช่น อาการชา อ่อนแรง และสัญญาณชีพของผู้ป่วย พร้อมบันทึกภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น รอยแดง แผลกดทับ หรืออาการชา บริเวณปลายประสาทอย่างครบถ้วนตามมาตรฐาน ทั้งนี้ควรวางแผนการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พร้อมสื่อสารข้อมูลกับทีมดูแลต่อเนื่องอย่างชัดเจน เพื่อให้การเฝ้าระวังมีประสิทธิภาพ และนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อไป^{5,8,13} (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 จุดกดทับ วาดโดย พว. นัญญา พรมาลัยรุ่งเรือง

ผลการดำเนินการ

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่าเป็นเพศหญิง ถึง 24 คน (ร้อยละ 80) และเพศชาย 6 คน (ร้อยละ 20) โดยมีอายุเฉลี่ย 60.5 ปี เมื่อพิจารณาดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.8 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน และมีผู้ที่มีภาวะอ้วน (BMI ≥ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) จำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.3) สำหรับโรคประจำตัว พบว่าโรคที่พบบ่อยที่สุดคือความดันโลหิตสูง จำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.7) รองลงมาคือไขมันในเลือดสูง

จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.3) และโรคเบาหวาน จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.3) นอกจากนี้ยังพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40)

ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และมีโรคประจำตัวเรื้อรังร่วมหลายโรค ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณาในการวางแผนการจัดทำผู้ป่วย และการดูแลระหว่างผ่าตัด (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปและโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	Mean±SD
ข้อมูลทั่วไป			
เพศหญิง	24	80.00	
เพศชาย	6	20.00	
อายุ (ปี)			60.5±10.3
พิสัย			34-75
ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)			26.8±5.4
BMI ≥30 (ภาวะอ้วน)	7	23.30	
โรคประจำตัว			
ความดันโลหิตสูง	17	56.70	
ไขมันในเลือดสูง	16	53.30	
เบาหวาน	10	33.30	
มีโรคประจำตัว >1 โรค	12	40.00	

จากผู้ป่วยจำนวน 30 คน พบว่าประเภทการผ่าตัดที่พบบ่อยที่สุดคือ การผ่าตัดแบบผสม (decompression ร่วมกับ spinal fusion) จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 66.70) รองลงมาคือ การผ่าตัดเชื่อมกระดูกสันหลังอย่างเดียว จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 16.70) และการผ่าตัดลดการกดทับเส้นประสาทอย่างเดียว จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 10.00) ส่วนการผ่าตัดประเภทอื่นพบ 2 ราย (ร้อยละ 6.60)

ระยะเวลาการผ่าตัดมีค่าเฉลี่ย 4.0 ± 2.1 ชั่วโมง โดยมีพิสัยตั้งแต่ 0.55–8.22 ชั่วโมง และเมื่อจำแนก

ตามระยะเวลา พบว่าผู้ป่วยครึ่งหนึ่ง (15 ราย; ร้อยละ 50) ใช้เวลาในการผ่าตัดมากกว่า 4 ชั่วโมง

ในด้านการใช้อุปกรณ์และการจัดทำผ่าตัด พบว่ามีการใช้ Jackson Spinal Surgery Top ในผู้ป่วย 29 ราย (ร้อยละ 96.70) และผู้ป่วยทุกรายได้รับการใช้อุปกรณ์เสริมช่วยรองรับการจัดท่าครบทั้ง 5 ชนิด ได้แก่ แผ่นรองแขน แผ่นรองสะโพก หมอนรองศีรษะ แผ่นเจล และสายรัดตัว นอกจากนี้ทุกรายได้รับการตรวจสอบความปลอดภัยก่อนการผ่าตัดตามมาตรฐาน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลการผ่าตัดและการจัดทำ (n=30)

รายการ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	Mean±SD
ประเภทการผ่าตัด			
การผ่าตัดแบบผสม*	20	66.70	
การเชื่อมกระดูกสันหลังอย่างเดียว	5	16.70	
การลดการกดทับเส้นประสาทอย่างเดียว	3	10.00	
อื่นๆ	2	6.60	
ระยะเวลาผ่าตัด (ชั่วโมง)			4.0±2.1
พิสัย			0.55-8.22
ผ่าตัด >4 ชั่วโมง	15	50.00	
อุปกรณ์และการจัดทำ			
ใช้ Jackson Spinal Surgery Top	29	96.70	
ใช้อุปกรณ์สนับสนุนครบ 5 ชนิด**	30	100.00	
ตรวจสอบความปลอดภัยก่อนผ่าตัด	30	100.00	

*การลดการกดทับเส้นประสาทรวมกับการเชื่อมกระดูกสันหลัง

**แผ่นรองแขน แผ่นรองสะโพก หมอนรองศีรษะ แผ่นเจล สายรัดตัว

หมายเหตุ: มีผู้ป่วย 1 รายที่ไม่ได้ใช้ Jackson Spinal Surgery Top เนื่องจากข้อจำกัดด้านลักษณะทางกายวิภาคและความเหมาะสมทางคลินิก จึงเลือกใช้อุปกรณ์ทางเลือกในการจัดทำแทน

สำหรับภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ พบทั้งหมด 4 ราย (ร้อยละ 13.30) โดยแบ่งเป็น อาการชาที่นิ้วหัวแม่มือเท้าขวา 1 ราย (ร้อยละ 3.33) ซึ่งหายภายใน 1 วัน รอยแดงจากแรงกด 2 ราย (ร้อยละ 6.67) หายภายใน 1 วัน และแผลกดทับบริเวณแก้มซ้าย 1 ราย (ร้อยละ 3.33) ซึ่งหายภายใน 3 วัน ขณะที่ผู้ป่วย 26 ราย (ร้อยละ 86.70) ไม่พบ

ภาวะแทรกซ้อน และไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น การบาดเจ็บของเส้นประสาทถาวร การสูญเสียการมองเห็น หรือภาวะ compartment syndrome ผลลัพธ์ของการจัดทำพบว่า ผู้ป่วยทุกรายสามารถจัดทำได้สำเร็จตามเกณฑ์ที่กำหนด (การจัดทำถูกต้องตามหลักกายวิภาค ไม่มีการเคลื่อนหลุดระหว่างผ่าตัด และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง)

โดยส่วนใหญ่มีผลลัพธ์อยู่ในระดับดีเยี่ยม จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 86.70) และระดับดี จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 13.30) โดยไม่พบกรณีล้มเหลวในการจัดทำระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดมีค่าเฉลี่ย 5.9±4.8 วัน (พิสัย 3-31 วัน) โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาก่อนนอนโรงพยาบาลนานที่สุด (31 วัน) โดยพบว่า มีค่าดัชนีมวลกายสูงร่วมกับมีโรคประจำตัวหลายโรค (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนและผลลัพธ์การรักษา (n=30)

ผลลัพธ์	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	Mean±SD / ระยะเวลา
ภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ			
พบภาวะแทรกซ้อน	4	13.30	
อาการชานิ้วโป้งเท้าขวา	1	3.33	หาย 1 วัน
รอยแดงจากแรงกด	2	6.67	หาย 1 วัน
แผลกดทับบริเวณแก้มซ้าย	1	3.33	หาย 3 วัน
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	26	86.70	
ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง*	0	0.00	
ผลลัพธ์การจัดทำ			
อัตราความสำเร็จของการผ่าตัด	30	100.00	
ระดับดีเยี่ยม	26	86.70	
ระดับดี	4	13.30	
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (วัน)			5.9±4.8
พิสัย**			3-31

*การบาดเจ็บเส้นประสาททวาร, สูญเสียการมองเห็น, compartment syndrome

**ผู้ป่วยที่นอนนานที่สุด (31 วัน) มี BMI สูง และมีโรคประจำตัวหลายโรค

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการจัดทำผู้ป่วยโดยใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมและครบถ้วน ร่วมกับการตรวจสอบความปลอดภัยอย่างเป็นระบบในทุกราย ส่งผลให้มีอัตราความสำเร็จของการผ่าตัดร้อยละ 100 และมีอัตราภาวะแทรกซ้อนต่ำ (ร้อยละ 13.30) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lange และคณะ² ที่รายงานว่า การเตรียมความพร้อมและการจัดการที่เหมาะสมสามารถลดภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดกระดูกสันหลังได้อย่างมีนัยสำคัญ

การที่ผู้ป่วยทุกรายได้รับการใช้อุปกรณ์เสริมช่วยรองรับการจัดท่าครบทั้ง 5 ชนิด สะท้อนถึงการปฏิบัติตามมาตรฐานอย่างเคร่งครัด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะแผลกดทับ ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การใช้อุปกรณ์กระจายแรงกดอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังทำนอนคว่ำสามารถลดอุบัติการณ์ของแผลกดทับและการบาดเจ็บจากแรงกดได้อย่างมีนัยสำคัญ⁵

ภาวะแทรกซ้อนที่พบทั้งหมดเป็นภาวะแทรกซ้อนเล็กน้อยและหายได้เองภายใน 1-3 วัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เมื่อเทียบกับการศึกษาของ DePasse และคณะพบว่าภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่านอนคว่ำในการผ่าตัดกระดูกสันหลังพบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ถึงร้อยละ 0.5-2.0 อาจเนื่องมาจากการตรวจสอบความปลอดภัยการจัดท่าในทุกรายก่อนเริ่มผ่าตัด³ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ Garg และคณะที่เน้นความสำคัญของการตรวจสอบการจัดท่าอย่างละเอียดก่อนเริ่มผ่าตัด⁷

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุเฉลี่ย 60.5 ปี และมีโรคประจำตัวหลายโรค สะท้อนถึงแนวโน้มผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังในปัจจุบัน

ที่มักเป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลี ยศกรณ^{8,9} ที่พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว การที่ยังคงมีผลลัพธ์ที่ดีแม้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงนี้ ยิ่งแสดงถึงประสิทธิภาพของการจัดทำที่เหมาะสม

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับแนวทาง Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) ที่ Stenberg และคณะ นำเสนอ ซึ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม รวมถึงการจัดท่าที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัวที่รวดเร็ว โดยพบว่าผู้ป่วยมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.9 วัน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ดีสำหรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

ในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางตา ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในการผ่าตัดทำนอนคว่ำพบว่าในการศึกษานี้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kaur และคณะ¹⁰ ที่เน้นความสำคัญของการจัดทำศีรษะและการป้องกันการกดทับบริเวณดวงตาในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังทำนอนคว่ำขณะเดียวกัน การจัดการด้าน hemodynamic อย่างเหมาะสมในระหว่างผ่าตัดซึ่งดำเนินการร่วมกับทีมวิสัญญีแพทย์ ก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Kukralova และคณะ¹¹

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย (30 ราย) และเป็นการศึกษาในสถาบันเดียว ซึ่งอาจจำกัดการนำผลไปอ้างอิงในวงกว้าง ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นและหลายสถาบัน เพื่อยืนยันผลลัพธ์และพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเข้มแข็งต่อไป¹²

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ในการปฏิบัติ

จากผลการศึกษาและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง มีข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดและบุคลากรทางการแพทย์ ดังนี้

1. ระยะก่อนผ่าตัด

1.1 ประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มี BMI ≥ 30 กิโลกรัม/ม² และผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรค

1.2 ตรวจสอบอุปกรณ์เสริมช่วยรองรับการจัดท่าผู้ป่วยให้ครบถ้วนก่อนเริ่มการผ่าตัด ได้แก่ แผ่นรองแขน แผ่นกระจายแรงกด แผ่นรองสะโพก และต้นขา หมอนรองศีรษะสำหรับท่านอนคว่ำ แผ่นเจลลดแรงกด และสายรัดตัวผู้ป่วย

1.3 จัดทำแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (individualized care plan)

2. ระยะระหว่างผ่าตัด: การจัดทำ

2.1 จัดท่าผู้ป่วยตามหลักกายวิภาค โดยคงแนวกระดูกสันหลังให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงการบิดหรือเอียงของลำตัว

2.2 ใช้อุปกรณ์เสริมช่วยรองรับอย่างครบถ้วนเพื่อกระจายแรงกดและป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาท โดยเฉพาะบริเวณดวงตา หน้าอก หน้าท้อง สะโพก หัวเข่า และข้อเท้า

2.3 ประเมินการไหลเวียนโลหิตและการทำงานของเส้นประสาทหลังจัดทำทุกครั้ง ด้วยการสังเกตสีผิวหนัง การบวม และการตอบสนองของแขนขา

2.4 จัดท่าศีรษะให้อยู่ในแนวเดียวกับลำตัว และหลีกเลี่ยงการกดทับบริเวณดวงตา โดยใช้หมอนรองศีรษะที่มีช่องว่างสำหรับดวงตาและจมูก

3. การตรวจสอบความปลอดภัย

3.1 ใช้ positioning safety checklist ในผู้ป่วยทุกรายก่อนเริ่มผ่าตัด โดยครอบคลุมการตรวจสอบท่าทาง การรองรับจุดสำคัญ การไหลเวียนเลือด และการทำงานของเส้นประสาท

3.2 บันทึกข้อมูลการจัดท่าและอุปกรณ์ที่ใช้อย่างละเอียด เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการติดตามผล และป้องกันภาวะแทรกซ้อน

3.3 สื่อสารกับทีมผ่าตัดอย่างชัดเจน โดยเฉพาะเมื่อพบความผิดปกติหรือความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

4. ระยะหลังผ่าตัด: การติดตามและประเมินผล

4.1 ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ โดยเฉพาะในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เช่น ตาแดง บวม ชาปลายนิ้ว ปวดเมื่อยบริเวณที่ได้รับแรงกด

4.2 ให้การดูแลและรักษาภาวะแทรกซ้อนเล็กน้อยที่พบอย่างเหมาะสม เช่น ประคบเย็นบริเวณบวม พักแขนขาให้สูง หรือใช้ยาตามแพทย์สั่ง

4.3 บันทึกและรายงานภาวะแทรกซ้อนที่พบเพื่อนำไปปรับปรุงการปฏิบัติและป้องกันการเกิดซ้ำในอนาคต

5. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

5.1 จัดการอบรมและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดทำผู้ป่วยในการผ่าตัดกระดูกสันหลังอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะสำหรับพยาบาลใหม่

5.2 จัดทำคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติ (clinical practice guideline) เกี่ยวกับการจัดทำผู้ป่วยในการผ่าตัดกระดูกสันหลังที่เป็นมาตรฐานของหน่วยงาน

5.3 ศึกษาและติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ใหม่ แนวทางการปฏิบัติที่ทันสมัย

สรุปบทบาทสำคัญของพยาบาล

จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง 30 ราย แสดงให้เห็นว่าการจัดทำผู้ป่วยอย่างถูกต้องและปลอดภัยเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการผ่าตัดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญใน

ทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินก่อนผ่าตัด การเตรียมและเลือกใช้อุปกรณ์ การจัดทำตามหลักกายวิภาค การตรวจสอบความปลอดภัย และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง

ความรู้ด้านกายวิภาคและสรีรวิทยา ทักษะในการใช้อุปกรณ์ และความสามารถในการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและปลอดภัย การปฏิบัติตามมาตรฐานอย่างเคร่งครัดและสม่ำเสมอจะช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพการพยาบาลในห้องผ่าตัดได้อย่างยั่งยืน

References

1. Maleeh A, Ruangsri P. Nursing care of patients undergoing spine surgery with nerve compression at Kalasin Hospital. J Med Health Sci Environ Educ 2023;8(4): 327-34. (in Thai)
2. Lange N, Stadtmüller T, Scheibel S, Reischer G, Wagner A, Meyer B, et al. Analysis of risk factors for perioperative complications in spine surgery. Sci Rep 2022;12(1): 14350.
3. DePasse JM, Palumbo MA, Haque M, Eberson CP, Daniels AH. Complications associated with prone positioning in elective spinal surgery. World J Orthop 2015;6(3): 351-9.
4. Choi S, Kim YJ, Oh H, Kim EJ, Park SY, Cho YJ, et al. Factors associated with perioperative hospital-acquired pressure injury in patients undergoing spine surgery in the prone position: a prospective observational study. J Neurosurg Anesthesiol 2024;36(1): 45-52.
5. Choi MA, Kim MS, Kim C. Incidence and risk factors of medical device-related pressure injuries among patients undergoing prone position spine surgery. J Tissue Viability 2021;30(3): 331-8.
6. Stenberg E, dos Reis Falcão LF, O’Kane M, Liem R, Pournaras DJ, Salminen P, et al. Guidelines for perioperative care in bariatric surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations: a 2021 update. World J Surg 2022;46(4): 729-51.
7. Garg B, Bansal T, Mehta N, Sharan AD. Patient positioning in spine surgery: what spine surgeons should know? Asian Spine J 2023;17(4): 770-81.

8. Yosakorn A. Complications and length of hospital stay in patients undergoing anterior cervical spine surgery. *Vajira Nurs J* 2022;24(1): 41-50. (in Thai)
9. Yosakorn A. Complications in patients undergoing spine surgery. *Vajira Nurs J*. 2021;23(2): 44-56. (in Thai)
10. Kaur K, Khanduri N, Sachdeva S, Kumar V, Singh GP. A study to evaluate ocular changes in patients undergoing spine surgery in the prone position. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol* 2021;37(4): 580-5.
11. Kukralova L, Dostalova V, Cihlo M, Benes J, Sklienka P, Hanych A, et al. The impact of individualized hemodynamic management on intraoperative fluid balance and hemodynamic interventions during spine surgery in the prone position: a prospective randomized trial. *Medicina (Kaunas)* 2022;58(11): 1683.
12. Martinez-Nicolas I, Arnal-Velasco D, Romero-García E, Lozano-Giménez M, Fernández-Candela A, Hevilla FJ, et al. Perioperative patient safety recommendations: systematic review of clinical practice guidelines. *BJS Open* 2024;8(6):zrae143.
13. Campbell DH, McDonald D, Araghi K, Lubelski D, Benzel EC, Mroz TE. The clinical impact of image guidance and robotics in spinal surgery: a review of safety, accuracy, efficiency, and complication reduction. *Int J Spine Surg* 2021;15(Suppl 2):S10-20.
14. Benze C, Spruce L, Groah L. Perioperative nursing. Denver (CO): AORN; 2021.
15. Salazar Maya ÁM. Nursing care during the perioperative within the surgical context. *Investig Educ Enferm* 2022;40(2):e04.
16. Sriwianggaew T, Butsiripoom B, editors. Perioperative nursing. Bangkok: Offset Plus; 2015. p. 145-88. (in Thai)

การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องตัดเลาะติ่งเนื้องอกของลำไส้ใหญ่ Nursing care for patients undergoing colorectal endoscopic submucosal dissection

วาทีณี เจริญสุคนธ์* Vathinee Thiensukon
อวยพร คำสมบัติวัฒนา** Uayporn Kaosombatwattana

บทคัดย่อ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากมะเร็งเป็นอันดับ 3 ในประเทศไทย การตรวจคัดกรอง การตัดติ่งเนื้อในระยะก่อนเป็นมะเร็ง และการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น มีบทบาทสำคัญในการลดอุบัติการณ์ของโรคและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย การตัดติ่งเนื้อผ่านกล้องส่องตรวจลำไส้ใหญ่มีหลายวิธี ได้แก่ การตัดด้วยปากคีบ (forceps polypectomy) การใช้ห่วงคล้อง (snare polypectomy) การฉีดสารละลายเพื่อยกติ่งเนื้อร่วมกับการใช้ห่วงคล้อง (endoscopic mucosal resection, EMR) การตัดเลาะติ่งเนื้อในชั้นใต้เยื่อ (endoscopic submucosal dissection, ESD) และการตัดผนังลำไส้ทั้งชั้น (endoscopic full-thickness resection, EFTR) โดย ESD เป็นเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับรอยโรคขนาดตั้งแต่ 2 เซนติเมตรขึ้นไป สามารถรักษาเนื้องอกหรือมะเร็งทางเดินอาหารในระยะเริ่มต้นได้ทั้งทางเดินอาหารส่วนบนและส่วนล่าง ให้ผลการรักษาที่

มีประสิทธิภาพ มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำ และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้รวดเร็วเมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัด อีกทั้งยังมีโอกาสหายขาดสูง

อย่างไรก็ตาม การทำ ESD เป็นหัตถการที่มีความซับซ้อน ใช้ระยะเวลาในการทำหัตถการค่อนข้างนาน และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน พยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหารจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ บทความนี้จึงมุ่งเน้นให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมอุปกรณ์ ขั้นตอนการรักษา โดยเน้นเฉพาะการทำ ESD ของลำไส้ใหญ่ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่ก่อนการทำหัตถการ ระหว่างการทำหัตถการ จนถึงระยะหลังการทำหัตถการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการรักษาและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การส่องกล้องตัดติ่งเนื้องอก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

**ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรคระบบทางเดินอาหาร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Abstract

Colorectal cancer is the third leading cause of cancer-related mortality in Thailand. Screening, removal of precancerous polyps, and early-stage treatment play crucial roles in reducing disease incidence and improving patient survival. Various endoscopic techniques are available for colorectal polypectomy, including forceps polypectomy, snare polypectomy, endoscopic mucosal resection (EMR), endoscopic submucosal dissection (ESD), and endoscopic full-thickness resection (EFTR). Among these, ESD is an advanced technique particularly suitable for lesions ≥ 2 cm in size, enabling effective treatment of early-stage gastrointestinal neoplasms in both the upper and lower gastrointestinal tract. Compared with surgical resection, ESD provides favorable clinical outcomes, is associated with a lower complication rate, facilitates faster recovery, and offers a high likelihood of curative resection.

However, ESD is a technically demanding and time-consuming procedure with potential risks of complications. Gastrointestinal endoscopy nurses therefore play a critical role in the comprehensive care of these patients. This article aims to enhance nurses' knowledge and understanding of equipment preparation and procedural processes, with a particular focus on colorectal ESD, in order to enable comprehensive patient care addressing both physical and psychological aspects. Emphasis is placed on patient care before, during, and after the procedure to ensure the achievement of treatment goals and patient safety, while minimizing potential complications.

Keywords: nursing role, colorectal cancer, endoscopic submucosal dissection.

บทนำ

Endoscopic submucosal dissection (ESD) เป็นเทคนิคการรักษาด้วยการส่องกล้องชั้นสูงที่พัฒนาขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการตัดเลาะรอยโรคของทางเดินอาหาร โดยเฉพาะรอยโรคที่มีขนาดใหญ่หรือมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งระยะเริ่มต้น ซึ่งวิธีการตัดตึงเนื้อแบบดั้งเดิมอาจไม่สามารถตัดออกได้อย่างสมบูรณ์¹ เทคนิค ESD อาศัยการเลาะจากชั้นเยื่อบุผิว (mucosa) ลงสู่ชั้นใต้เยื่อบุ (submucosa) ด้วยอุปกรณ์จี้ตัดไฟฟ้าเพื่อแยกรอยโรคออกจากชั้นกล้ามเนื้อ (muscularis propria) ทำให้สามารถตัดรอยโรคออกได้เป็นชิ้นเดียว (en bloc resection) แม้ในกรณีที่มีขนาด ≥ 2 เซนติเมตร^{2,3} ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค³

ในปัจจุบัน ESD ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการรักษาเนื้องอกหรือมะเร็งระยะเริ่มต้นของทางเดินอาหาร ทั้งในส่วนต้นและลำไส้ใหญ่ เนื่องจากให้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี มีอัตราการตัดออกครบ (complete resection) สูง ภาวะแทรกซ้อนต่ำเมื่อเทียบกับการผ่าตัดแบบเปิดหรือการผ่าตัดผ่านกล้อง และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้รวดเร็ว อีกทั้งยังเพิ่มโอกาสในการหายขาดโดยไม่จำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่^{2,4}

อย่างไรก็ตาม ESD เป็นหัตถการที่มีความซับซ้อนสูง ต้องอาศัยทักษะเฉพาะทาง การฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง และการใช้เครื่องมือที่มีเทคโนโลยีชั้นสูง นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออกจากแผลผ่าตัด (artificial ulcer) และการทะลุของผนังทางเดินอาหาร รวมถึงอาการ

ไม่พึงประสงค์อื่น เช่น ภาวะท้องอืด (abdominal distension)^{4,5}

ด้วยเหตุนี้ บุคลากรพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหารจึงมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ การสนับสนุนระหว่างหัตถการ และการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการทำหัตถการ เพื่อส่งเสริมความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพของผลลัพธ์ทางการรักษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่ออธิบายหลักการ เทคนิค และขั้นตอนการทำหัตถการ ESD ในลำไส้ใหญ่
2. เพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมอุปกรณ์และระบบการจัดการที่จำเป็นสำหรับหัตถการ ESD
3. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการทำหัตถการ ESD

พยาธิสรีรวิทยา

ลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีหน้าที่สำคัญในการดูดซึมน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การสะสมกากอาหาร การเคลื่อนไหวของลำไส้ และการขับถ่ายอุจจาระ ความผิดปกติของหน้าที่ดังกล่าวอาจทำให้เกิดอาการทางคลินิก เช่น ท้องผูก ท้องเสีย หรือการอักเสบ อย่างไรก็ตาม พยาธิสรีรวิทยาของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colorectal cancer; CRC) มีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์และโมเลกุลเป็นหลัก⁶

CRC ส่วนใหญ่เกิดจากกระบวนการ adenoma-carcinoma sequence ซึ่งเป็น

การเปลี่ยนแปลงจากเยื่อบุปกติไปสู่ติ่งเนื้อ (adenomatous polyps) และพัฒนาเป็นมะเร็งในที่สุด โดยเกี่ยวข้องกับการกลายพันธุ์ของยีนสำคัญ เช่น APC, KRAS และ TP53 รวมถึงความไม่เสถียรของไมโครแซทเทลไลต์ (microsatellite instability)^{6,7} นอกจากนี้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น อาหาร พฤติกรรมการดำเนินชีวิต การเสียสมดุลของจุลินทรีย์ในลำไส้ และการอักเสบเรื้อรัง ล้วนมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นการเกิดโรค^{7,8}

ในด้านระบาดวิทยา CRC เป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งอันดับที่ 2 ในสหรัฐอเมริกา โดยในปี ค.ศ. 2023 มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 153,020 ราย และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 52,550⁹ สำหรับประเทศไทย มะเร็งชนิดนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง การตรวจคัดกรอง การตัดติ่งเนื้อในระยะ เริ่มต้นก่อนพัฒนาเป็นมะเร็ง และการรักษาในระยะเริ่มต้น มีบทบาทสำคัญในการลดอุบัติการณ์และเพิ่มโอกาสการหายขาดของโรค¹⁰

เทคนิคการตัดติ่งเนื้อผ่านกล้องส่องตรวจลำไส้ใหญ่

การตัดติ่งเนื้อผ่านกล้องส่องตรวจลำไส้ใหญ่ มีหลายวิธี ได้แก่ การตัดด้วยปากคีบ (forceps polypectomy) การใช้ห่วงคล้อง (snare polypectomy) การตัดเยื่อบุผิว (endoscopic mucosal resection; EMR) การตัดเลาะชั้นใต้เยื่อบุ (endoscopic submucosal dissection; ESD) และการตัดผนังลำไส้ทั้งชั้น (endoscopic full-thickness resection; EFTR)⁴

การตัดติ่งเนื้อด้วยวิธีดังกล่าวช่วยหลีกเลี่ยงการผ่าตัดใหญ่ และสามารถนำชิ้นเนื้อไปตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อประเมินความสมบูรณ์ของการตัดออกได้ หากพบการลุกลามลึก เช่น submucosal invasion อาจต้องพิจารณาการรักษาเพิ่มเติม เช่น การผ่าตัด^{4,5} ภาวะแทรกซ้อนจากการทำ ESD/CESD

แม้การทำ colorectal ESD (CESD) จะให้ผลลัพธ์ที่ดีและมีอัตราการหายขาดสูง แต่ยังคงมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่

1. การทะลุของลำไส้ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบไม่บ่อยแต่มีความรุนแรง ต้องเฝ้าระวังอาการปวดท้อง ท้องอืด หรืออาการระคายเคืองช่องท้องหลังหัตถการ^{3,5}

2. ภาวะเลือดออกหลังหัตถการ (Post-ESD-bleeding) อาจเกิดจากแผลที่เกิดจากการตัดเลาะ (artificial ulcer) จำเป็นต้องเฝ้าระวังการถ่ายเป็นเลือดหรือสัญญาณของการเสีย⁵

3. Post-ESD coagulation syndrome เป็นอาการปวดท้องหลังทำหัตถการที่เลียนแบบภาวะลำไส้ทะลุ แต่ไม่มีการรั่วของผนังลำไส้ มักเกิดจากการอักเสบของผนังลำไส้จากความร้อน⁵

4. ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น การสำลัก (aspiration) และภาวะท้องอืด (abdominal distension)⁴

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ESD จำเป็นต้องอาศัยพยาบาลส่องกล้องที่มีความรู้ ความชำนาญ และทักษะในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด

บทบาทพยาบาลส่องกล้องทางเดินอาหาร

บทบาทของพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหารสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทำหัตถการ ระยะระหว่างการทำหัตถการ และระยะหลังการทำหัตถการ โดยมีรายละเอียดดังนี้¹²

1. ระยะก่อนการทำหัตถการ

สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ด้าน ได้แก่

1.1 การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจมีบทบาทสำคัญในการลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความร่วมมือของผู้ป่วย โดยพยาบาลควรให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการตรวจ ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในการดูแล^{12,13}

1.2 การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย การเตรียมลำไส้และการประเมินก่อนทำหัตถการ การเตรียมลำไส้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพของการตรวจ การมองเห็นรอยโรค และอัตราการตรวจพบความผิดปกติ โดยควรเริ่มเตรียมล่วงหน้า 1-2 วันก่อนการตรวจ ด้วยการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักใบเขียว เมล็ดพืช และธัญพืชไม่ขัดสี และปรับเป็นอาหารเหลวใส (clear liquid diet) ในวันก่อนตรวจ

การเตรียมลำไส้ร่วมกับการใช้ยาาระบายที่เหมาะสม เช่น polyethylene glycol (PEG) ซึ่งมีความปลอดภัยสูงและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ รวมถึงผู้ป่วยโรคไตและโรคหัวใจ ขณะที่ยาาระบายชนิด sodium phosphate แม้มีประสิทธิภาพสูง

แต่อาจไม่เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ ผู้ป่วยควรดื่มสารละลาย PEG ให้ครบตามปริมาณที่กำหนด โดยทั่วไปอยู่ในช่วง 2-4 ลิตร และควรดื่มให้หมดภายในระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมงต่อครั้งของการให้ยา ทั้งนี้การให้ยาาระบายควรใช้รูปแบบ split-dose regimen โดยแบ่งดื่มในช่วงเย็นวันก่อนตรวจและช่วงเช้ามืดก่อนตรวจประมาณ 4-6 ชั่วโมง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำความสะดวกลำไส้

ในวันทำหัตถการ พยาบาลควรประเมินความพร้อมของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยซักถามลักษณะของอุจจาระและระดับความสะอาดของลำไส้ ซึ่งควรมีลักษณะเป็นน้ำใสหรือสีเหลืองอ่อน ไม่มีเศษกากอาหารตกค้าง พร้อมทั้งตรวจสอบการงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง และยืนยันการรับประทานยาาระบายตามแผนการรักษา นอกจากนี้ควรซักประวัติการแพ้ยาและอาหาร รวมถึงประเมินปัจจัยเสี่ยงที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของหัตถการ

พยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการตรวจ การปฏิบัติตัวระหว่างและหลังการตรวจ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความร่วมมือของผู้ป่วยระหว่างหัตถการ อีกทั้งต้องเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ และสิ่งแวดล้อมให้พร้อมใช้งาน เพื่อให้การดำเนินหัตถการเป็นไปอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูงสุด^{12,13,14}

2. ระยะระหว่างการทำหัตถการ

สามารถแบ่งบทบาทการพยาบาลออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่

2.1 การดูแลผู้ป่วย พยาบาลมีหน้าที่จัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่านอนตะแคงซ้ายกึ่งคว่ำ (sims position)

ซึ่งเหมาะสมต่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พร้อมทั้งเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง และติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) เพื่อประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการทำหัตถการ

2.2 การจัดการเครื่องมือและสิ่งแวดล้อม
พยาบาลมีบทบาทในการเตรียมความพร้อมของสถานที่และอุปกรณ์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินหัตถการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยครอบคลุม

2.2.1 การจัดท่าและเตรียมสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมและปลอดภัย

2.2.2 การเตรียมและตรวจสอบอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำหัตถการให้พร้อมใช้งาน

2.2.3 การช่วยแพทย์ระหว่างการทำหัตถการอย่างถูกต้องและทันทั่วทั้ง

บทบาทดังกล่าวมีความสำคัญต่อความราบรื่นของหัตถการ และช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการรักษา

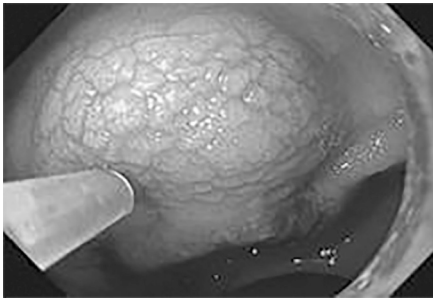
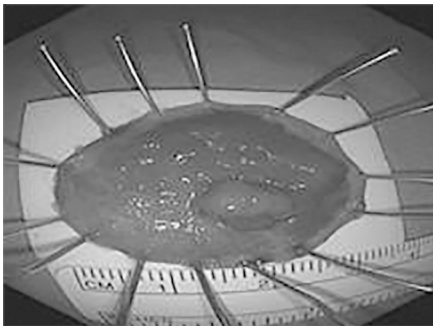
ตารางที่ 1 แสดงขั้นตอนการทำหัตถการ CESD

ขั้นตอนการทำหัตถการ	ภาพแสดง
1. ด้านการเตรียมอุปกรณ์ 1.1 Endoscope ประกอบด้วย กล้องส่องตรวจทางเดินอาหารสำหรับเนื้องอกที่ rectum และ sigmoid ใช้กล้อง therapeutic gastroscope (1T) และสำหรับเนื้องอกที่ เหนือ descending colon ขึ้นไปใช้กล้อง Pediatric Colonoscope (PCF190) ที่มีช่องการทำงาน (functioning channel) ตั้งแต่ 2.8 มิลลิเมตรขึ้นไป (ภาพที่ 1) 1.2 เครื่องฉีดน้ำ (flushing pump) 1.3 Endoscopic Co₂ regulation unit 1.4 เครื่องจี้ไฟฟ้า (electrosurgical unit) โดยใช้เครื่อง ERBE 1.5 Dissecting device ได้แก่ Electrosurgical knife: needle knife มีขนาดความยาว 1.5 และ 2 มิลลิเมตร insulated-tip หรือ scissors knife (ภาพที่ 2) 1.6 Injection Catheter No.25 ใช้เพื่อยกชั้นเยื่อบุผิวทางเดินอาหาร 1.7 Coagulation forceps (ภาพที่ 2)	 ภาพที่ 1 กล้องส่องตรวจทางเดินอาหาร  ภาพที่ 2 อุปกรณ์ Coagulation forceps และ Electrosurgical knife

ตารางที่ 1 แสดงขั้นตอนการทำหัตถการ CESD (ต่อ)

ขั้นตอนการทำหัตถการ	ภาพแสดง
1.8 Transparent cap หรือ Hood เป็นอุปกรณ์ติดปลายกล้อง 1.9 Injection fluid (เตรียมอย่างใดอย่างหนึ่ง ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ผู้ทำหัตถการ) Glyceol 500 ml., Gelofusine 500 ml., 0.9 NSS 500 ml. Indigo carmine 5 ml. , Adrenaline 1 amp. (ภาพที่ 3) 1.10 อุปกรณ์ยึดชิ้นเนื้อ แผ่นโฟม (ตัดขนาดประมาณ 3*3 cm.) 1.11 Hemoclip 1.12 Electrosurgical snare	 ภาพที่ 3 Injection fluid
2. ด้านการช่วยแพทย์ทำหัตถการ 2.1 เตรียม endoscope ให้พร้อมใช้งาน โดยการใส่ transparent cap เพื่อคง operative field ขณะทำ submucosal dissection 2.2 เมื่อแพทย์ส่องกล้องพบรอยโรคที่ต้องการตัดแล้วให้ส่งเข็มฉีดยา เพื่อฉีดยาชั้น mucosa ให้ลอยขึ้นโดยฉีดเข้าไปในชั้น submucosa โดยใช้สารละลาย Glyceol+ Indigocarmine ที่ผสมเจือจางไว้ เพื่อให้รอยโรคติดสีและยกรอยโรคให้มองเห็นชั้น submucosa แยกกับชั้นกล้ามเนื้อได้ชัดเจนขึ้น (ภาพที่ 5) 2.3 การทำ submucosal dissection จะใช้ electrosurgical knife เลาะจากขอบของรอยโรคที่ได้ทำ marking ไว้ เริ่มจากขอบโดยทำในแนวขนานเพื่อหลีกเลี่ยงการทะลุ แล้วค่อยๆ ตัดเลาะเข้าไปด้านในได้รอยโรคเรื่อย ๆ 2.4 แพทย์จะสลับกับการฉีดสารละลาย Injection fluid + Indigo carmine เป็นระยะเมื่อสารที่ฉีดไว้เริ่มยุบตัวหรือสีจางลง เพื่อให้เห็นชั้น submucosa ที่จะทำการเลาะได้ชัดเจน ในขั้นตอนนี้พยาบาลผู้ช่วยแพทย์จะต้องส่ง electrosurgical knife ที่ต่อจไฟฟ้าสลับกับเข็มฉีดยาให้แพทย์ (ภาพที่ 6)	 ภาพที่ 4 การเตรียมอุปกรณ์  ภาพที่ 5 สารละลาย Glyceol+ Indigo carmine

ตารางที่ 1 แสดงขั้นตอนการทำหัตถการ CESD (ต่อ)

ขั้นตอนการทำหัตถการ	ภาพแสดง
2.5 ระหว่างการทำ submucosal dissection ในกรณีที่เกิดเลือดออก ให้เตรียม coagulation forceps ต่อจี้ไฟฟ้าเพื่อทำการจี้หยุดเลือด (setting soft coagulation, effect 4, 80 watt) 2.6 หากตัดเนื้อมากเกินไปหรือไม่หมด จะมีการใช้ snare เพื่อคล้องตัดชิ้นเนื้อส่วนที่ไม่ยกออกจากผนังลำไส้ 2.7 เมื่อทำการเลาะจนครบ ได้ชิ้นเนื้อที่หลุดออกมา แพทย์อาจทำการปิด แผลเทียมที่เกิดจากการตัดเนื้อมากเกินไป ด้วย Hemoclip 2.8 นำชิ้นเนื้อยัดเข้ากับแผ่นโฟมที่ตัดเตรียมไว้ด้วยเข็มหมุดเพื่อไม่ให้รอยโรคหลุดตัวก่อนนำไปแช่ในน้ำยา formalin เพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา (ภาพที่ 7)	 ภาพที่ 6 การฉีก submucosa  ภาพที่ 7 ลักษณะการส่งชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

3. ระยะหลังทำหัตถการ

การพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกและเคลื่อนย้ายมายังห้องพักฟื้น มีรายละเอียดดังนี้

3.1 การจัดท่า (positioning) จัดท่าผู้ป่วยเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง โดยสามารถเลือก ท่านอนหงายหนุนหมอนบริเวณต้นคอและไหล่ เพื่อป้องกันลิ้นตก หรือท่านอนตะแคง ร่วมกับการให้ออกซิเจนผ่านทาง nasal cannula อัตรา 3 ลิตร/นาที หรือ face mask อัตรา 5 ลิตร/นาที ตามความเหมาะสม

3.2 การเฝ้าระวังสัญญาณชีพและออกซิเจนในเลือด ตรวจวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด พร้อมทั้งบันทึกและเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที ในช่วง 15 นาทีแรก จากนั้นหากคงที่ให้ปรับเป็น ทุก 15 นาที จนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่ อย่างน้อย 1 ชั่วโมง

3.3 การประเมินภาวะแทรกซ้อนทางช่องท้อง เฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น ปวดท้องรุนแรง ท้องแข็ง แน่นอึดอัดท้อง กดเจ็บ มีไข้สูง หรืออาเจียน ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงภาวะลำไส้ทะลุ (perforation)

3.4 การเฝ้าระวังภาวะเลือดออก สังเกตลักษณะอุจจาระ ซึ่งอาจมีเลือดปนได้ หากพบเลือดออกผิดปกติหรือมีปริมาณมาก ควรรายงานแพทย์ทันที

3.5 การประเมินอาการทางระบบหัวใจและทางเดินหายใจ สังเกตอาการผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นแรงและเร็ว หายใจลำบาก แสบยอตกรุนแรง หรือภาวะขาดน้ำ ซึ่งอาจสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด

3.6 การให้ข้อมูลและการดูแลด้านอาการไม่สุขสบาย อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการแน่นอึดอัดท้องจะทุเลาลงเมื่อมีการผายลม และอาจมีอาการเจ็บบริเวณทวารหนัก หรือท้องน้อยบวม อาการเหล่านี้จะค่อยๆ ทุเลาลงและหายไป

3.7 การให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลหลังทำหัตถการ เช่น การหลีกเลี่ยงการยกของหนัก และการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดท้องรุนแรงอาเจียน หรือถ่ายเป็นเลือด พร้อมทั้งให้คำแนะนำให้รีบมาพบแพทย์เมื่อมีอาการดังกล่าว

สรุป

Endoscopic submucosal dissection (ESD) เป็นเทคนิคการส่องกล้องผ่าตัดเนื้องอกจากผนังทางเดินอาหาร เหมาะสำหรับชิ้นเนื้อที่มีขนาดใหญ่ตั้งแต่ 2 เซนติเมตรขึ้นไป ใช้การเลาะจากเยื่อบุชั้นบน (mucosa) เข้าไปถึงชั้นเยื่อบุรอยโรคระดับใต้ชั้นบนด้วยอุปกรณ์จี้ตัดด้วยไฟฟ้า เป็นวิธีการรักษาเนื้องอกหรือมะเร็งในทางเดินอาหารระยะเริ่มแรกได้ทั้งทางเดินอาหารส่วนบนและลำไส้ใหญ่ มีผลแทรกซ้อนน้อย ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว และหวังผลหายขาดสูง แต่อย่างไรก็ตามวิธีนี้จำเป็นต้องอาศัยการฝึกฝนเฉพาะและอุปกรณ์ที่มีเทคโนโลยีสูงและมีผลแทรกซ้อนที่พบได้

การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องตัดตึงเนื้องอก (CESD) จึงต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการให้ข้อมูลที่ชัดเจนและสนับสนุนผู้ป่วยในทุกขั้นตอนของการรักษา พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่ระยะก่อนทำหัตถการ ระยะทำหัตถการ และระยะหลังการทำหัตถการ เพื่อให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Colorectal cancer statistics, 2023. *CA Cancer J Clin.* 2023;73(3): 233–54.
2. Ono H, Kondo H, Gotoda T, Shirao K, Yamaguchi H, Saito D, et al. Endoscopic mucosal resection for treatment of early gastric cancer. *Gut.* 2001;48(2): 225–9.
3. Gotoda T, Yamamoto H, Soetikno RM. Endoscopic submucosal dissection of early gastric cancer. *J Gastroenterol.* 2006;41(10): 929–42.
4. Yahagi N, Fujishiro M, Omata M. Endoscopic submucosal dissection of colorectal lesion. *Dig Endosc.* 2004;16(Suppl): S178–81.
5. Soetikno R, East J, Suzuki N, Uedo N, Matsumoto T, Watanabe K, et al. Endoscopic submucosal dissection for nonpolypoid colorectal dysplasia in patients with inflammatory bowel disease: in medias res. *Gastrointest Endosc.* 2018;87(4): 1085–94. doi:10.1016/j.gie.2018.01.013.
6. Kinoshita S, Uraoka T, Nishizawa T, Naganuma M, Iwao Y, Ochiai Y, et al. The role of colorectal endoscopic submucosal dissection in patients with ulcerative colitis. *Gastrointest Endosc.* 2018;87(4): 1079–84. doi:10.1016/j.gie.2017.10.035.
7. Bai X, Wang JP, Ming L, Xu YJ, Sun X. Clinical nursing path after endoscopic submucosal dissection reduces the risk of postoperative complications. *Chin Nurs Res.* 2016;3(1): 24–7.
8. Dai ZH, Xu L, Yang Y, He XN, Chen K. Effects of integrated management on surgical outcomes and mental health of patients following endoscopic submucosal dissection. *World J Clin Cases.* 2024;12(20): 4034.
9. Chen N, Wu Y, Pan Q. Nursing care of endoscopic mucosal resection for submucosal tumors of the digestive tract. *Lingnan Mod Clin Surg.* 2017;17(5): 615.
10. Muangtat H, Khunphakdee S, Jinda C, Rojanametinth J. Treatment of gastrointestinal polyps using en-bloc resection via gastrointestinal endoscopy at the National Cancer Institute. *J Gen Surg Assoc Thailand Royal Patronage.* 2022;10–18.
11. American College of Gastroenterology. (2023). ACG clinical guideline: Management of inflammatory bowel disease. <https://gi.org>
12. National Comprehensive Cancer Network. (2024). NCCN clinical practice guidelines in oncology: Colon cancer. <https://www.nccn.org>

การพยาบาลปริศัลยกรรม: การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความเสี่ยง เชิงรุกในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการ ผ่าตัดทางสูติ-นรีเวช

The perioperative nursing: Development of proactive risk
management guidelines for fall prevention in outpatients
undergoing obstetric and gynecological surgery

ปิ่นอุทัย ประดิษฐ์ศิลป์* Phinruethai Praditsilp
รัตนา เพ็ญเพชร** Rattana Permpech

บทคัดย่อ

การพลัดตกหกล้มเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยในโรงพยาบาล และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย บุคลากร และองค์กร โดยเฉพาะผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดทางสูติ-นรีเวช ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากการงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด การใช้ยา และการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดทางสูติ-นรีเวช เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงและการพยาบาลที่เหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมให้บุคลากรสามารถปฏิบัติได้ตรงตามมาตรฐานเดียวกัน

แนวปฏิบัติพัฒนาโดยใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มแบบ Morse Fall Risk Assessment ร่วมกับการประเมินปัจจัยเฉพาะของผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดทางสูติ-นรีเวช ได้แก่ ประวัติการพลัดตกหกล้ม การทรงตัว การมองเห็น โรคร่วม การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ อายุ การใช้ยา misoprostol และอาการข้างเคียงที่เพิ่มความเสี่ยง แนวปฏิบัติแบ่งมาตรการเป็น standard fall precaution สำหรับผู้ป่วยความเสี่ยงต่ำ และ strict fall precaution สำหรับผู้ป่วยความเสี่ยงสูง ครอบคลุมการจัดสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวัง การสื่อสารในที่มืด การดูแลขณะเคลื่อนย้าย และการจัดการอาการที่เกี่ยวข้อง เช่น ความปวดและภาวะท้องเสีย

*พยาบาลวิชาชีพ ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**ผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding author) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทบาพยาบาลครอบคลุมระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยเน้นการ ประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง การเตรียมความ พร้อมผู้ป่วย การดูแลความปลอดภัย และการส่งต่อ ข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ผลจากการพัฒนาแนว ปฏิบัติช่วยเพิ่มความเป็นระบบในการประเมินและ ป้องกันการพลัดตกหกล้ม ส่งเสริมความปลอดภัย ของผู้ป่วย และยกระดับคุณภาพการพยาบาลใน ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช

คำสำคัญ: การพยาบาลปริศัลยกรรม การป้องกัน การพลัดตกหกล้ม ผู้ป่วยนอก สูติ-นรีเวช การจัดการความเสี่ยงเชิงรุก

Abstract

Falls are common adverse events in hospitals and have significant impacts on patients, healthcare personnel, and organizations. Outpatients undergoing obstetric and gynecological surgery are at increased risk due to factors such as preoperative fasting, medication use, and physiological changes. This article aims to develop proactive risk management guidelines for fall prevention in outpatients undergoing obstetric and gynecologic surgical services, ensuring appropriate risk assessment and nursing care, as well as promoting standardized practice among healthcare personnel.

The guidelines were developed using the Morse Fall Risk Assessment in combination with patient-specific risk factors relevant to this population including history of falls, balance impairment, visual deficits, comorbidities, intravenous fluid administration, age, use of misoprostol, and its side effects that may increase fall risk. Preventive measures were categorized into Standard fall precautions for low-risk patients and strict fall precautions for high-risk patients. The measures encompass environmental safety management, patient monitoring, team communication, assistance during mobilization, and management of related symptoms such as pain and diarrhea.

Nursing roles cover the preoperative, intraoperative, and postoperative phases, emphasizing continuous risk assessment, patient preparation, safety management, and information handover for continuity of care. The implementation of this guideline enhances systematic assessment and fall prevention, improves patient safety and elevates the quality of perioperative nursing in obstetric and gynecologic operating rooms.

Keywords: perioperative nursing, fall prevention, outpatients, obstetrics and gynecology, proactive risk management

บทนำ

การพลัดตกหกล้ม หมายถึง การเปลี่ยนตำแหน่งของร่างกายจากการลื่น ไถล ทรุด พลัดตกหกล้มไปสู่พื้นผิวที่ต่ำกว่า ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจ และไม่สามารถควบคุมได้ขณะอยู่โรงพยาบาล อาจส่งผลให้ร่างกายของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ หรือไม่เกิดการบาดเจ็บ¹ การพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในเด็กและผู้สูงอายุ ผู้มีประวัติการพลัดตกหกล้ม ผู้มีประวัติการใช้ยาบางชนิด ผู้มีภาวะความเจ็บป่วยที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่ต้องเข้ารับบริการผ่าตัด ต้องมีการงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด และมีการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ที่บางชนิดที่อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาล เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับสองรองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยสถิติขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2564 รายงานว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มประมาณปีละ 684,000 คน เฉลี่ยวันละ 1,160 คน และร้อยละ 80 พบในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง² มีการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจากรายงานของคณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาลในช่วงปี พ.ศ. 2557-2560 พบว่าอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มเป็น 1 ใน 5 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุดของโรงพยาบาล และมีแนวโน้มเกิดขึ้นได้ในทุกหน่วยบริการทั้งหอผู้ป่วยพิเศษและสามัญ ในทุกช่วงเวลาทั้งเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึกทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บตั้งแต่การบาดเจ็บเล็กน้อย เช่น เกิดรอยฟกช้ำ ผลัดลอกหรือฉีกขาดจนอาจส่งผลต่อการดำเนิน

ของโรคที่รุนแรงขึ้น³ จากสถิติย้อนหลังของห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี ในช่วงปี พ.ศ. 2565-2567 แม้ว่าจะยังไม่พบรายงานการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดทางสูติ-นรีเวช อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ เช่น การงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด และการใช้ยา misoprostol ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกในการป้องกันการพลัดตกหกล้มจึงมีความสำคัญ เพื่อคงไว้ซึ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยและพัฒนาระบบการดูแลให้เป็นเป็นมาตรฐานเดียวกัน

การพลัดตกหกล้ม เป็นอุบัติการณ์ด้านความเสี่ยงที่สำคัญจำเป็นต้องมีแนวทางในการป้องกัน เพราะมีผลกระทบต่อผู้ป่วย จำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านตัวผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วย ผลกระทบต่อร่างกาย มากกว่าร้อยละ 30 ทำให้เกิดการบาดเจ็บตั้งแต่เล็กน้อย เช่น อาการปวด บวม รอยแดงบริเวณผิวหนัง ฟกช้ำ เลือดออก เนื้อเยื่อฉีกขาด ไปจนถึงบาดเจ็บ รุนแรง เช่น การได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะและมีเลือดออกในสมอง กระดูกหักโดยเฉพาะกระดูกสะโพก และผลกระทบต่อจิตใจ เกิดความกลัวการหกล้ม ภาวะเครียด วิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นในตนเองและขาดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม 2) ด้านสังคม เกิดภาวะพึ่งพิงและระยะเวลาในการฟื้นหายช้า หากเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้เป็นภาระต่อครอบครัว ผู้ดูแล และสังคมได้แก่ การเกิดแผลกดทับ กล้ามเนื้ออ่อนแรงและลีบ ข้อติดแข็ง และภาวะทุพพลภาพ 3) ด้านบุคลากร เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลและรู้สึกผิด อาจมีการฟ้องร้องดำเนินคดีจากครอบครัวของผู้ป่วยตามมา และ 4) ด้านองค์กร เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เนื่องจากระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น⁴ จากผลกระทบดังกล่าว

ทำให้การพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่มีความสำคัญ จำเป็นต้องมีแนวทางการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง การป้องกันการหกล้ม และจัดการการหกล้มในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) กำหนดเป้าหมายสำคัญด้านคุณภาพในมิติความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการป้องกันการพลัดตกหกล้มเป็นหนึ่งในประเด็นความปลอดภัยที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย⁵ การรับรองคุณภาพในโรงพยาบาล มุ่งเน้นป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงเพื่อคงไว้ซึ่งมาตรฐานและยกระดับคุณภาพการบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการป้องกันปัญหาและลดความสูญเสียจากการให้บริการ เช่น อันตรายจากอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บ⁶ ทั้งนี้ การพลัดตกหกล้มเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาสำคัญในระบบสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกและนานาชาติให้ความสนใจ

ผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช แพทย์จะมีคำสั่งการรักษาเพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ได้แก่ การงดน้ำงดอาหาร การทบทวนและปรับยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัว (medication reconciliation) และการใช้ยา misoprostol เพื่อเตรียมปากมดลูกให้นุ่มและขยายตัว ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ ปวดท้อง ท้องเสียร่วมกับการเข้าห้องน้ำบ่อย อาการดังกล่าวส่งผลต่อการทรงตัวและเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ดังนั้น บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยควรมีความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม สามารถประเมินความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม และให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพและผู้ป่วยมีความปลอดภัยสูงสุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินและได้รับการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น
3. เพื่อให้บุคลากรภายในหน่วยงานดูแลให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการที่ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช ได้อย่างครบถ้วนตามมาตรฐาน

เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

เครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ Morse Fall Risk Assessment ซึ่งประเมินความเสี่ยงใน 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) ประวัติการพลัดตกหกล้ม 2) การมีโรคร่วมหลายโรค 3) การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน 4) การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือการคาเข็ม heparin lock 5) ลักษณะการเดินหรือการเคลื่อนย้ายตัว และ 6) สภาพจิตใจหรือการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การประเมินดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อจำแนกระดับความเสี่ยงและกำหนดแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยการป้องกันการพลัดตกหกล้มหมายถึง การกำหนดมาตรการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยอมรับ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยลื่น ล้ม หรือตก และลดการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้น เป้าหมายสำคัญคือการลดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม และการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้อง⁵

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมการเกิดการพลัดตกหกล้ม

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่า การพลัดตกหกล้มเป็นเหตุการณ์ที่สามารถทำนายและป้องกันได้⁷ โดยการค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1. ปัจจัยภายใน (intrinsic factors) เป็นปัจจัยที่มีสาเหตุมาจากตัวผู้ป่วยเอง และมีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยพบว่า ปัจจัยที่มีหลักฐานสอดคล้องกันมากที่สุด ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความพร้อมของการรับรู้และภาวะสับสน รองลงมาคือ ประวัติการพลัดตกหกล้ม การเคลื่อนไหว การควบคุมการขับถ่าย และการมองเห็น ส่วนปัจจัยอื่น ได้แก่ การใช้ยา เพศ และอายุ 2. ปัจจัยภายนอก (extrinsic factors) เป็นปัจจัยที่มีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อมและความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เช่น สภาพพื้นผิวทางเดิน แสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นต่างระดับหรือพื้นลื่น ทางลาดชัน ห้องน้ำที่ไม่มีอุปกรณ์ช่วยพยุงพรมในห้องผู้ป่วย ความไม่เหมาะสมของเตียงและอุปกรณ์ (เช่น ล้อเตียง ระดับความสูงของเตียง) รวมถึงข้อจำกัดของพื้นที่ เช่น พื้นที่ระหว่างเตียงแคบ หรือทางเข้าห้องน้ำแคบและมีธรณีประตู ในห้องน้ำ นอกจากนี้ยังรวมถึงบริเวณที่เกิดอุบัติเหตุ ช่วงเวลาที่หกล้ม กิจกรรมที่ทำขณะหกล้ม และระยะเวลานอนโรงพยาบาล⁴

การประเมินปัจจัยเสี่ยงถือเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยมุ่งเน้นการระบุและจัดการปัจจัยเสี่ยงอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยทุกรายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลควรได้รับการประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อจำแนกระดับความเสี่ยงรายบุคคล และนำไปสู่การวางแผน

การพยาบาล และมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้เกิดระบบการดูแลที่เป็นมาตรฐานในองค์กร⁴

การให้บริการผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดทางสูติ-นรีเวช

ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามารามิบัติให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยสตรีที่เข้ารับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกด้านสูติกรรม และนรีเวชกรรม โดยครอบคลุมการดูแลตั้งแต่ระยะแรกรับผู้ป่วยจนถึงการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด การผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นหัตถการ เช่น การขูดมดลูกในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งบุตร การขูดมดลูกในสตรีที่มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด และการผ่าตัดส่องกล้องโพรงมดลูก เป็นต้น

ก่อนผ่าตัดแพทย์จะมีคำสั่งการรักษาเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ได้แก่ การงดน้ำงดอาหาร การรับประทานยารักษาโรคประจำตัว การงดยาบางประเภท เช่น ยาต้านการแข็งตัวของเลือด รวมถึงการใช้ยา misoprostol เพื่อรักษาภาวะแท้งและสิ้นสุดการตั้งครรภ์ หรือเพื่อเตรียมปากมดลูกให้พร้อมก่อนการผ่าตัด

การงดน้ำและงดอาหารก่อนการผ่าตัด

การงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัดเป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก โดยเฉพาะการสำลัก (aspiration) ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะหมดสติ ส่งผลให้กลืนป้องกันทางเดินหายใจลดลงหรือสูญเสียไป หากมีอาหารหรือน้ำ ค้างอยู่ในกระเพาะอาหาร อาจเกิดการอาเจียนหรือสำลัก

ไหลลงสู่ปอด ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น และอาจทำให้ระยะเวลาฟื้นตัวและการนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น⁸

สำหรับผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการผ่าตัดทางสูติ-นรีเวช มักใช้การระงับความรู้สึกที่แบบให้ยาทางหลอดเลือดดำ (Total intravenous anesthesia: TIVA) ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของของการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย โดยอาจมีหรือไม่มีการควบคุมการหายใจร่วมด้วย วิธีนี้นิยมใช้ในหัตถการหรือการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลาสั้น⁹

แนวทางปฏิบัติโดยทั่วไป แพทย์จะสั่งให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานอาหารและเครื่องดื่มทุกชนิดก่อนเข้ารับการผ่าตัดตั้งแต่ช่วงเวลาที่เที่ยงคืนเป็นต้นไป รวมทั้งต้องให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอย่างชัดเจนถึงความจำเป็นและความสำคัญของการงดน้ำและอาหาร โดยเน้นย้ำไม่ให้รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำแม้เพียงเล็กน้อย ยกเว้นยาบางชนิดที่แพทย์อนุญาตให้รับประทานได้ตามแผนการรักษา โดยให้จิบน้ำได้เล็กน้อยประมาณ 30 มิลลิลิตร หากผู้ป่วยรับประทานหรือดื่มน้ำโดยไม่ได้ตั้งใจ ต้องแจ้งบุคลากรทางการแพทย์ทันที เนื่องจากอาจต้องพิจารณาเลื่อนการผ่าตัด

อย่างไรก็ตาม การงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัดโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคลมชัก โรคหัวใจ หอบหืด หรือโรคทางจิตเวช อาจส่งผลต่อภาวะของโรคได้นอกจากนี้ยังอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

การใช้ยา Cytotec (misoprostol) ในผู้ป่วยทางด้านสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา^{10,11}

ยา misoprostol เป็นยาในกลุ่มพรอสตาแกรนดิน E1 (prostaglandins E1) เดิมใช้เพื่อป้องกันและรักษาแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันมีการนำมาใช้ในข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาอย่างแพร่หลาย เช่น การกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์ การป้องกันและรักษาภาวะการตกเลือดหลังคลอด และการเตรียมปากมดลูกให้นุ่มลงก่อนการผ่าตัดส่องกล้องโพรงมดลูก

ยาสามารถให้ได้หลายรูปแบบ ได้แก่ การเหน็บทางช่องคลอด การอมใต้ลิ้น การอมใต้กระพุ้งแก้ม และการรับประทาน โดยแนวทางปฏิบัติโดยทั่วไป แพทย์มักสั่งให้ผู้ป่วยอมยาใต้ลิ้นในเช้าวันผ่าตัด ก่อนเวลาผ่าตัดประมาณ 2-3 ชั่วโมง หรือให้ผู้ป่วยเหน็บยาทางช่องคลอดในคืนก่อนวันผ่าตัด ประมาณ 10-12 ชั่วโมง ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ยาออกฤทธิ์ได้ดี การให้ยาในรูปแบบอมใต้ลิ้นและเหน็บทางช่องคลอดมีประสิทธิภาพสูง และเหมาะสมสำหรับการดูแลแบบผู้ป่วยนอก เนื่องจากสามารถบริหารยาได้สะดวกภายใต้คำแนะนำของแพทย์

อย่างไรก็ตาม การใช้ยา misoprostol อาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น เลือดออกในทางเดินอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง ท้องแน่น และมีไข้ โดยเฉพาะอาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องเสีย ปวดท้อง และการถ่ายอุจจาระบ่อย ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องลุกเข้าห้องน้ำบ่อยครั้ง เพิ่มการเคลื่อนไหวโดยเร่งรีบ รวมทั้งอาจเกิดอาการอ่อนเพลีย หน้ามืด หรือเสียสมดุลจากการ

สูญเสียสารน้ำ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการประเมินความเสี่ยงและกำหนดมาตรการป้องกันอย่างเป็นระบบ

แนวปฏิบัติในการประเมินและป้องกันความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดทางสูติ-นรีเวช

แนวปฏิบัตินี้พัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงเครื่องมือ Morse Fall Risk Assessment ซึ่งใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มใน 6 ด้าน ร่วมกับการพิจารณาปัจจัยเฉพาะตามบริบทของผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดทางสูติ-นรีเวช เพื่อกำหนดมาตรการป้องกันเชิงรุกอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับการปฏิบัติทางการพยาบาลในหน่วยงานดังนี้

1. ผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดทางสูติ-นรีเวชทุกราย ต้องได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และได้รับมาตรการป้องกันตามระดับความเสี่ยง

2. การประเมินความเสี่ยงครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

2.1 ประวัติการพลัดตกหกล้มภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา

2.2 ความสามารถในการทรงตัวผิดปกติ เช่น การทรงตัวไม่ดี ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน หรือมีภาวะแขนขาอ่อนแรง

2.3 ปัญหาด้านการมองเห็น เช่น สายตาสั้น สายตายาว หรือมองเห็นไม่ชัด โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่ได้สวมแว่นตาหรือเลนส์สัมผัส

2.4 การมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคลมชัก โรคหัวใจ หอบหืด หรือโรคทางจิตเวช รวมถึงภาวะซีดหรือภาวะพร่องออกซิเจน ($SpO_2 < 95\%$)

2.5 อายุ น้อยกว่า 7 ปี หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี

2.6 การใช้ยา misoprostol ตามแผนการรักษาของแพทย์ และมีอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ท้องเสีย ปวดท้อง หรือมีระดับความปวด (pain score) มากกว่า 5 คะแนน

2.7 การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือมีการคาเข็ม heparin lock

3. ผู้ป่วยที่ไม่พบปัจจัยเสี่ยง ให้ปฏิบัติตามหลัก standard fall precaution for low-risk patients

4. ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป ให้ปฏิบัติตามมาตรการ strict fall precaution for high risk patients

5. บันทึกผลการประเมินความเสี่ยงลงในแบบบันทึกที่หน่วยงานกำหนด “สมุดบันทึกการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการที่ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ” เพื่อใช้ในการติดตามและสื่อสารข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยต่ออย่างเป็นระบบ

ตารางที่ 1 ตัวอย่างแบบบันทึกการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช

[illegible]

Standard fall precaution for low-risk patients

1. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานให้ปลอดภัย พื้นแห้งไม่เปียกชื้น ไม่มีสิ่งกีดขวาง แสงสว่างเพียงพอ
2. ดูแลให้ผู้ป่วยใส่รองเท้าสะอาดของห้องผ่าตัดที่มีขนาดพอดีกับเท้าของผู้ป่วย ไม่เล็กหรือใหญ่จนเกินไป
3. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยหากมีความผิดปกติเกิดขึ้น และต้องการความช่วยเหลือ เช่น แนะนำวิธีและตำแหน่งสำหรับกดกริ่งขอความช่วยเหลือ ไม่ถือคานประตูล็อกห้องน้ำ ให้นั่งลงที่พื้นเมื่อมีอาการเวียนศีรษะ
4. การดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่บนรถนอนและเตียงผ่าตัด
 - 4.1 ยกראวกันเตียงทั้งสองข้างเมื่อผู้ป่วยอยู่บนรถนอน และอธิบายเหตุผลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และให้ความร่วมมือ
 - 4.2 ก่อนการขึ้น-ลงจากรถนอน ต้องล็อกรถนอนให้มั่นคง และมีพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา
 - 4.3 ขณะผู้ป่วยนอนบนเตียงผ่าตัด ให้ใช้อุปกรณ์ยึดตรึงร่างกายผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการเคลื่อนไหวหรือการพลัดตก

Strict fall precaution for high-risk patients

ให้ปฏิบัติตามมาตรการ standard fall precaution for low risk patients อย่างเคร่งครัด

และเพิ่มเติมมาตรการดังต่อไปนี้

1. ติดสัญลักษณ์แสดงความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยติดสติ๊กเกอร์สีเหลืองที่มีสัญลักษณ์กำกับที่ข้อมือผู้ป่วยด้านขวา และที่เวชระเบียนบริเวณมุมบนด้านขวา เพื่อสื่อสารความเสี่ยงภายในทีมและเพิ่มการเฝ้าระวังอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ไม่ทิ้งผู้ป่วยไว้ตามลำพัง โดยเฉพาะขณะเปลี่ยนเสื้อผ้าหรือเข้าห้องน้ำ ต้องมีญาติหรือบุคลากรทางการแพทย์ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา
3. บริหารจัดการขณะผู้ป่วยรอคอยเพื่อเข้ารับการผ่าตัด โดยจัดให้ผู้ป่วยนั่งรอบริเวณที่ใกล้จุดปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ หรือให้นอนบนรถนอนตามความเหมาะสม
4. พิจารณาใช้อุปกรณ์ยึดตรึงผู้ป่วยบนรถนอนตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ผู้ป่วยเด็กที่มีพฤติกรรมซุกซนหรือสมาธิสั้น ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ากว่าวัย ผู้ป่วยเด็กที่มีพัฒนาการปกติแต่มีพื้นอารมณ์ที่ทำให้เคลื่อนไหวมาก ซุกซน ไม่อยู่นิ่ง ผู้ป่วยสับสน หรือผู้ป่วยจิตเวช
5. จัดการความปวดเพื่อลดความไม่สบายและอาการกระสับกระส่าย เช่น การประคบอุ่น การให้นั่งหรือนอนที่เหมาะสม และการให้นั่งพักบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงหรือรถนอน
6. จัดการภาวะห้องเสีย โดยประเมินความต้องการในการช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ และดูแลความปลอดภัยระหว่างการเคลื่อนไหว



ภาพที่ 1 ติดสติ๊กเกอร์ fall สีเหลืองที่ปลายข้อมือผู้ป่วยด้านขวา เพื่อเป็นสัญลักษณ์แสดงว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

XGY 40 ปี 4
 ห้าง 3 รายที่ 1
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 Faculty of Medicine Ramathibodi
 Mahidol University
 รหัสนี้แผนก XGY
 ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวชวิทยา
 คลินิก ผ่าตัดสูติ-นรีเวช
 หนังสือนี้แสดงเจตนาขอรับการรักษา การผ่าตัด และหัตถการ
จนสิ้นสุดกระบวนการ
 ข้าพเจ้าในฐานะ ☐ ผู้ป่วย ชื่อ
☐ ผู้มีอำนาจจะทำการแทนผู้ป่วย ชื่อนาย/นาง/นางสาว
 อายุ ปี สัญชาติ ☐ ประจําตัวประชาชน ☐ ราชการ ☐ อื่น ๆ
 เลขที่ โดยแพทย์ของในฐานเป็น
 ได้รับการอธิบายให้ทราบถึงการตรวจรักษา การผ่าตัด / การใช้อายระับความรู้สึก / ตรวจรักษาทางรังสีวิทยา / การ

ภาพที่ 2 ติดสติ๊กเกอร์ fall สีเหลืองที่ Chart ผู้ป่วยบริเวณมุมบนด้านขวา เพื่อเป็นสัญลักษณ์แสดงว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

การปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มตามแนวปฏิบัติของฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี¹

1. รายงานแพทย์ทันทีเพื่อตรวจร่างกายและลงบันทึกใน progress note

2. หากผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บด้านการแข็งตัวของเลือด ต้องแจ้งให้แพทย์ทราบทันที

3. รายงานเหตุการณ์ให้หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายทราบภายใน 24 ชั่วโมง

4. ประเมินอาการผู้ป่วย ดังนี้

4.1 กรณีไม่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ

4.1.1 ประเมินสัญญาณชีพ รวมทั้งความดันโลหิตและชีพจรขณะเปลี่ยนท่า

4.1.2 วัดระดับน้ำตาลในเลือด กรณีผู้ป่วยเป็นเบาหวาน

4.1.3 ประเมินสภาพแวดล้อมที่เป็นสาเหตุนำไปสู่การพลัดตกหกล้ม พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไข

4.1.4 ติดตามอาการภายใน 48 ชั่วโมง หลังการพลัดตกหกล้ม ดังนี้ ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 8 ชั่วโมง สังเกตการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นได้ แม้ไม่ได้รับการกระทบกระเทือนขณะเกิดการพลัดตกหกล้ม (เช่น การขยับแขน-ขา การเคลื่อนไหวของข้อต่อต่าง ๆ การลงน้ำหนักตัว เป็นต้น) ประเมินการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว และหากเกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ต้องคำนึงว่าสาเหตุหนึ่งอาจเกิดจากการพลัดตกหกล้ม

4.2 กรณีบาดเจ็บที่ศีรษะ

ใช้การประเมินรูปแบบเดียวกับกรณีไม่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยเพิ่มเติมให้ประเมิน neuro signs ทุก 2 ชั่วโมงใน 12 ชั่วโมงแรก และทุก 4 ชั่วโมงต่อเนื่องอีก 1 วัน หากมีอาการเปลี่ยนแปลง รายงานแพทย์ทันที

บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช

บทบาทในระยะก่อนผ่าตัด

บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในระยะก่อนผ่าตัด เริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจรับการรักษาพยาบาลด้วยการผ่าตัดจนกระทั่งนำผู้ป่วยขึ้นเตียงผ่าตัด โดยมีการปฏิบัติดังนี้

1. เรียกผู้ป่วยและญาติเข้ารับการซักประวัติ และเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 30 นาที

2. แนะนำตัวเองด้วยท่าทีสุภาพ เป็นมิตร เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงบทบาทของผู้ให้การดูแล และสร้างสัมพันธภาพที่ดี

3. เตรียมความพร้อมด้านเอกสาร ดังนี้

3.1 ตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วยโดยตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล อายุ ของผู้ป่วย เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN และวัน-เดือน-ปีเกิด ให้ตรงกับตารางการผ่าตัด จากป้ายข้อมือ เวชระเบียน และการซักถามพูดคุย เพื่อป้องกันการระบุตัวผู้ป่วยผิด

3.2 ทวนสอบชนิดของการผ่าตัดร่วมกับผู้ป่วย และตรวจสอบกับตารางการผ่าตัด เพื่อยืนยันความถูกต้องของหัตถการที่ทำผ่าตัด

3.3 ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ใบยินยอมการทำผ่าตัด เอกสารประกอบการรักษา และคำสั่งการรักษาของแพทย์ว่าถูกต้อง ครบถ้วน และพร้อมใช้งานก่อนผ่าตัด

4. เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้

4.1 ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการประเมินและป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช รพ.รามาธิบดี

4.2 ประเมินความพร้อมทางด้านจิตใจ โดยสังเกตอาการแสดง และพฤติกรรมของที่บ่งชี้ถึงความกลัว และวิตกกังวล สอบถามพูดคุยกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและซักถาม ในสิ่งที่สงสัยหรือมีความวิตกกังวล

4.3 การตรวจวัดสัญญาณชีพของผู้ป่วย ประเมินด้วยแบบประเมินและเฝ้าระวังติดตามต่อ อาการและอาการแสดงเตือนของผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของโรงพยาบาลรามธิบดี (Ramathibodi Early Warning sign: REWs) ซึ่งประกอบไปด้วย 6 พารามิเตอร์ ได้แก่ อัตราการหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด อุณหภูมิร่างกาย ความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure) อัตราการเต้นของหัวใจ และระดับความรู้สึกตัว พร้อมกับลงข้อมูลในแบบบันทึกทางการพยาบาลปริศัลยกรรม (Perioperative Nursing Record: PNR) ให้ครบถ้วน เพื่อเป็นการประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัด เพื่อการตัดสินใจหรือวางแผนการรักษาเพิ่มเติม

4.4 ทวนสอบข้อมูล การดื่มน้ำและอาหาร หลังเที่ยงคืน การได้รับยาตามแผนการรักษา สิ่งแปลกปลอมหรือของมีค่าที่ติดตัวมาด้วย ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยาและอาหาร ประวัติการแพ้ยาทาแผลหรือพลาสติกปิดแผล และประวัติการผ่าตัด เพื่อประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ และลงข้อมูลในแบบบันทึกทางการพยาบาลปริศัลยกรรม

4.5 แนะนำขั้นตอนการเข้ารับการผ่าตัด คร่าว ๆ วิธีและผลของการให้ยาระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะได้รับ บรรยาอากาศที่ต้องพบเจอภายในห้องผ่าตัด สภาพร่างกายของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด แจ้งให้ทราบถึงการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

5. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนเสื้อผ้า เป็นชุดสะอาดของห้องผ่าตัด สวมหมวกคลุมผม เก็บผมให้มิดชิด เปลี่ยนหน้ากากอนามัย พร้อมตรวจสอบการถอดสิ่งของมีค่าเครื่องประดับทุกชนิด รวมถึงอุปกรณ์เสริมในร่างกาย เช่น เครื่องช่วยฟัง ฟันปลอมชนิดถอดได้ และเลนส์สัมผัส เพื่อป้องกันการเกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า การบาดเจ็บจากการกดทับ หรือการอุดกั้นทางเดินหายใจจากหลุดของอุปกรณ์พลัดเข้าไปในหลอดลม

6. สวมป้ายข้อมือผู้ป่วยที่ข้อมือด้านขวา โดยตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล วันเดือนปีเกิด และเลขประจำตัวผู้ป่วยให้ถูกต้องตรงกันก่อนการสวมใส่ เพื่อยืนยันตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

7. บริหารจัดการให้ผู้ป่วยและญาติรอผ่าตัดในบริเวณที่มีความเหมาะสม

8. ดูแลผู้ป่วยให้นอนบนรถนอนอย่างปลอดภัย โดยจัดเตรียมม้ายืนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยขึ้น-ลงได้สะดวก

9. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้ายจากรถนอนไปยังเตียงผ่าตัดอย่างถูกวิธี ด้วยความระมัดระวัง

10. ยกราวข้างเตียงของรถนอนขึ้นทั้งสองข้าง ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่บนรถนอน เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

บทบาทพยาบาลระยะผ่าตัด

การพยาบาลในระยะผ่าตัด เริ่มตั้งแต่นำผู้ป่วยขึ้นรถนอนเตียงผ่าตัด จนกระทั่งเสร็จสิ้นการผ่าตัด และนำผู้ป่วยส่งไปยังห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด (Post Anesthetic Care Unit: PACU)

1. ประสานงานกับทีมผ่าตัดเพื่อประเมินความพร้อมและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยร่วมทวนสอบข้อมูล ร่วมกับทีมผ่าตัดตามแบบประเมิน

Ramathibodi Surgical Safety Checklist ที่ครอบคลุมการตรวจสอบความถูกต้องทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก (Sign in) ก่อนลงมีดผ่าตัด (Time out) และก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (Sign out) พร้อมกับลงบันทึกลงในเอกสารให้ครบถ้วนในทุกระยะ

2. ดูแลจัดทำผู้ป่วยให้นอนอยู่ในท่าที่เหมาะสมกับการผ่าตัด ได้แก่ ท่าชันขาหยั่ง (lithotomy position)

3. ดูแลความปลอดภัยขณะผู้ป่วยอยู่บนเตียงผ่าตัด โดยการรัดตัวผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์ป้องกันตามความเหมาะสม เพื่อป้องกันผู้ป่วยเลื่อนหลุดจากเตียงขณะทำผ่าตัด

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่ถูกต้องตามแผนการรักษา

5. ดูแลประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด ได้แก่ การบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากสิ่งแปลกปลอมตกค้างในแผลผ่าตัด การติดเชื้อ การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า การสูญเสียโลหิต การสูญเสียความร้อนในขณะผ่าตัด การบาดเจ็บจากการจัดท่า การบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด

6. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในห้องพักฟื้นภายหลังการผ่าตัด เกี่ยวกับข้อควรระวังและความต้องการการดูแลพิเศษหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในห้องพักฟื้นในระยะหลังผ่าตัด

7. ดูแลการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัดไปยังรถนอน เพื่อนำส่งไปยังห้องพักรักษาอย่างถูกวิธีด้วยความระมัดระวังและนุ่มนวล โดยล้อคล้อรถนอนใช้กระดานเลื่อนในการเคลื่อนย้าย และมีบุคลากรอย่างน้อย 4 คนร่วมดำเนินการ เมื่อเคลื่อนย้ายเสร็จจึงสั่งให้กรวาช้างเตียงขึ้นทั้งสองข้างทันที เพื่อ

ป้องกันการพลัดตกหกล้มและบาดเจ็บระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

บทบาทพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ระยะหลังผ่าตัดเริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในห้องพักรักษา เพื่อดูแลจนปลอดภัยและส่งผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยในระยะนี้ถือว่าอยู่ในภาวะวิกฤตต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและเฝ้าระวังการทำงานของสัญญาณชีพต่าง ๆ จนกว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยจากผลของยาระงับความรู้สึก จุดประสงค์ของการพยาบาลในระยะนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้ยาระงับความรู้สึกกลับคืนสู่ภาวะปกติโดยปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังผ่าตัด

1. รับ-ส่งข้อมูลที่มีความสำคัญขณะรับย้ายผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ-นามสกุล และอายุ โรคประจำตัว วิธีให้ยาระงับความรู้สึกและชนิดของยาระงับความรู้สึก การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นขณะผ่าตัดและการแก้ไข ระยะเวลาผ่าตัด ชนิดและปริมาณของสารน้ำที่ได้รับ ปริมาณเลือดที่สูญเสียไปขณะผ่าตัด การให้เลือดที่ได้รับทดแทน และปริมาณปัสสาวะที่ออกในระยะผ่าตัด เพื่อใช้ประเมินอาการผู้ป่วยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด สามารถให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยจัดท่านอนผู้ป่วยให้อยู่ในท่านอนหงาย ศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ทรวงอกขยายตัวเต็มที่

3. ประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาที เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมง

4. ดูแลประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น การเกิดภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจและภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำหลังผ่าตัด ความไม่สุขสบายจากอาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน การมีโอกาสเกิดความ

ไม่สมดุลของสารน้ำเข้าและออก การมีโอกาสดูเสียโลหิตจากบริเวณที่ทำผ่าตัด การมีโอกาสดูการบาดเจ็บขณะอยู่บนรณอนและการบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด เป็นต้น

5. ให้การดูแลทางด้านจิตใจ ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงสถานการณ์ของผู้ป่วยในปัจจุบัน เช่น ตอนนี้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว ขณะนี้กำลังพักอยู่ในห้องผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและสามารถเผชิญกับสถานการณ์ปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม ให้กำลังใจผู้ป่วยโดยการสัมผัส เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความปลอดภัย และผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล

6. ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ประเมินคะแนนโดยใช้การประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประกอบด้วย Modified Aldrete score 5 ข้อหลัก ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย การหายใจ การไหลเวียนเลือด ภาวะความรู้สึกตัว และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ร่วมกับคะแนนประเมินอาการที่พบบ่อย 3 ข้อ ได้แก่ อาการคลื่นไส้/อาเจียน ความปวด การมีเลือดซึมจากแผลผ่าตัดและสายระบาย โดยคะแนนรวมทั้ง 8 ข้อ ต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนน และไม่มีคะแนนข้อใดเป็น ศูนย์ โดยคะแนน Modified Aldrete score ได้คะแนนรวมเต็มสิบในผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เพื่อเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

7. ประเมินภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (orthostatic hypotension assessment) เป็นการประเมินการตอบสนองของระบบไหลเวียนเมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนท่าจาก ท่านอน → นั่ง → ยืน โดยต้องลือคล้อรณอนก่อนทุกครั้ง และมีขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้

7.1 วัดในท่านอน: โดยการวัดความดันโลหิตและชีพจรขณะผู้ป่วยอยู่ในท่านอน หลังจากนอนหงายราบมาเป็นเวลาอย่างน้อย 5-10 นาที

7.2 ให้ผู้ป่วยลุกนั่งและนั่งห้อยขาที่รณอน รอจนครบ 1-3 นาที สังเกตอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น ชีต หรือเหงื่อออก หากไม่มีอาการดังกล่าว ให้ผู้ป่วยลุกขึ้นยืน

7.3 วัดในท่านยืน: ให้ผู้ป่วยลุกขึ้นยืนข้างรณอน โดยมีพยาบาลดูแลและพุงอย่างใกล้ชิด จากนั้นวัดความดันโลหิตและชีพจรขณะยืนทันทีหรือภายใน 1 นาทีแรก และวัดซ้ำอีกครั้งในนาทีที่ 3

7.4 รายงานแพทย์ ถ้าผลการตรวจ positive ดังนี้¹²

1) ความดันโลหิตซิสโตลิก เมื่อยืนขึ้น ค่าความดันลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 20 มิลลิเมตรปรอท

2) ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 10 มิลลิเมตรปรอท

8. กรณีผู้ป่วยไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ไม่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น ชีต หรือเหงื่อออก ให้ผู้ป่วยลองเดินก้าวสั้น ๆ บริเวณใกล้กับรณอน เพื่อสังเกตอาการขณะเคลื่อนไหว หากไม่มีอาการผิดปกติ จึงสามารถให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ โดยมีญาติเป็นผู้พาผู้ป่วยกลับบ้าน

9. ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อกลับบ้าน ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัด การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องออกแรง การรับประทานยาตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพบแพทย์หลังผ่าตัดตามนัดเพื่อการตรวจติดตามอาการหลังผ่าตัด และฟังผลส่งตรวจทางพยาธิวิทยา อาการผิดปกติ

ที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ตลอดจนดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้า ให้ผู้ป่วยนำสิ่งของที่ผู้ป่วยนำติดตัวมาด้วยกลับบ้านให้ครบถ้วน และรับฟังข้อคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาใช้ปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลผ่าตัดให้ดียิ่งขึ้น

สรุป

การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญซึ่งอาจนำไปสู่การบาดเจ็บ การนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ส่งผลให้สถานบริการสุขภาพทั่วโลกให้ความสำคัญกับการป้องกันและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินและป้องกันการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดกระบวนการดูแล ตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

แนวปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการผ่าตัดทางสูติ-นรีเวช มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน ความเสี่ยงและการพยาบาลอย่างเป็นระบบ และสนับสนุนให้บุคลากรปฏิบัติงานตามมาตรฐานเดียวกัน โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Morse Fall Risk Assessment) ร่วมกับปัจจัยเฉพาะของผู้ป่วย ได้แก่ ประวัติการพลัดตกหกล้ม การทรงตัวและการเคลื่อนไหว ปัญหา

การมองเห็น โรคร่วมหลายโรค ช่วงอายุ การใช้ยา misoprostol และอาการข้างเคียง รวมถึงการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือการคาสาย heparin lock ผลการประเมินถูกนำไปใช้ในการจำแนกระดับความเสี่ยง เพื่อกำหนดแนวทางการดูแล โดยผู้ป่วยกลุ่มความเสี่ยงต่ำได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และผู้ป่วยกลุ่มความเสี่ยงสูงได้รับการดูแลแบบเข้มงวด เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของพยาบาลปริศลยกรรม ในการบูรณาการองค์ความรู้ด้านสรีรวิทยาการผ่าตัด เกสัชวิทยาของยาเตรียมปากมดลูก misoprostol และการฟื้นตัวจากการระงับความรู้สึก เข้ากับการประเมินปัจจัยเสี่ยงเฉพาะรายและการสื่อสารข้อมูลความปลอดภัยของผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นระบบ ผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินและการพยาบาลตามมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มเป็นศูนย์ (zero fall) และเพิ่มความเชื่อมั่นในการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (one day surgery)

ทั้งนี้ การจัดการความเสี่ยงเป็นความรับผิดชอบของบุคลากรทุกคนในทีมสุขภาพ โดยต้องอาศัยกระบวนการพยาบาลอย่างครบถ้วน การทำงานเป็นทีม และการสื่อสารข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เพื่อ สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย และยกระดับคุณภาพการพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. วิธีปฏิบัติงานเรื่อง การป้องกันพลัดตกหกล้ม. ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. 2568.
2. World Health Organization. (2021). Violence and Injury Prevention: Falls. Retrieved June 4, 2019 from http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/falls/en/
3. Medical Record and Statistics Section, An-nual Statistics Report 2017. Information Tech-nology Division. Rajavithi Hospital. Retrieved at 20/3/2563 from http://intranet.rajavithi.go.th/news_raja/index.php?mode=topicsshow&tp_id=164731 (In Thai).
4. ทิพนตร งามกาละ, ประคอง อินทรสมบัติ, สุปรีดา มั่นคง. การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและจัดการหกล้มในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2554; 17(1): 108-25.
5. Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2561 (Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: เพมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล; 2561.
6. ฟาอิส วาเลาะเต, ศิริพันธ์ ศิริพันธ์. แนวทางการปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล (Guidelines for Preventing Falls of Elderly Patients in Hospitals). วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2565; 14(2): 282-96.
7. Morse, J. M. Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls. American Journal of Infection Control. 2002; 30(6): 376-80.
8. ศศิณี คำเคย, ปฏิพัทธ์ คำเคย, ฉันทพิชชา คำเคย. ผลของการให้ข้อมูลเชิงลึกเรื่องการดื่มน้ำ อาหาร และการถอดฟันปลอม ในผู้ป่วยที่เตรียมผ่าตัด โดยวิธีระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย. สวรรค์ประชารักษ์ เวชสาร. 2554; 8(2): 82-90.
9. สมชาย อมรโยธิน. การให้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ (Total intravenous anesthesia). In: Update in anesthesiology. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: Tanapress; 2555. 94-108.
10. สรินยา ทองพูนพันธ์. การศึกษาประสิทธิภาพการใช้ยาไมโซพรอสตอลโดยวิธีอมใต้ลิ้นในการรักษาภาวะการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก (Efficacy of sublingual misoprostol for management of early pregnancy failure). วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2565; 5(3): 202-9.
11. Nomura RMY, Nakamura-Pereira M, Nomura RMY, Brizot ML, Trapani Júnior A, Paro HBMS, Rosas CF, et al. Misoprostol use in obstetrics: Number 6 – June 2023. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2023; 45(6): 356-67.
12. Ringer M, Hashmi MF, Lappin SL. Orthostatic Hypotension. [Updated 2025 Jan 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448192/>

การพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยนอกที่ได้รับยา misoprostol สำหรับการเตรียมปากมดลูก: การศึกษาพัฒนาคุณภาพ

Development of a pain management communication model for outpatients receiving misoprostol for cervical ripening: A quality improvement study

วาสนา ทิพย์โอสถ* Watsana Tip-osot
 อรสุรางค์ อุดมสุข** Onsurang Udomsuk

บทคัดย่อ

ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวชให้บริการผ่าตัดทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยหัตถการในผู้ป่วยนอกที่พบบ่อย ได้แก่ การขูดมดลูกและการส่องกล้องโพรงมดลูก ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องได้รับการเตรียมปากมดลูกด้วยยา misoprostol เมื่อคาดว่าจะต้องใช้เครื่องมือที่มีขนาดใหญ่ โดยให้ยาทางการเหน็บทางช่องคลอดในคืนก่อนผ่าตัด หรือการอมใต้ลิ้นในเช้าวันผ่าตัดตามแผนการรักษา เพื่อช่วยให้ปากมดลูกนุ่มและขยายได้เหมาะสม อย่างไรก็ตาม ยาดังกล่าวอาจก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ปวดท้อง ไข้ ท้องเสีย หรือหนาวสั่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อสมาธิ การตัดสินใจ และเพิ่มความวิตกกังวลในผู้ป่วย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยนอกที่ได้รับยา misoprostol เพื่อเตรียมปากมดลูก ให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวด

อย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน ได้รับการจัดการความปวดอย่างทันท่วงที และเพื่อพัฒนาการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ดำเนินการโดยพัฒนารูปแบบการสื่อสารที่ครอบคลุมการประเมินความปวด การให้ข้อมูลผู้ป่วย การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ และการส่งต่อข้อมูลระหว่างทีม ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน

ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดด้วย Numeric Pain Rating Scale ครบทุกราย (ร้อยละ 100) บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดและอาการข้างเคียงอย่างทันท่วงที โดยระยะเวลาการรอคอยการพยาบาลและการจัดการความปวดอยู่ภายใน 10 นาที ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมาย นอกจากนี้ รูปแบบดังกล่าวช่วยลดความซ้ำซ้อนในการซักประวัติและการให้กรพยาบาล และเพิ่มความชัดเจนในการ

* ผู้ช่วยพยาบาล งานการพยาบาลห้องผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding author) พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลห้องผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สื่อสารและการส่งต่อข้อมูลภายในทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยบุคลากรมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการสื่อสารในระดับสูง (ร้อยละ 98) ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด

โดยสรุป รูปแบบการสื่อสารเพื่อการจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้นช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยนอกที่ได้รับยา misoprostol ให้มีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน อีกทั้งยังส่งเสริมการสื่อสารและการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทการดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยนอก misoprostol การจัดการความปวด รูปแบบการสื่อสาร

Abstract

The obstetrics and gynecology operating room provides surgical services for both inpatients and outpatients. Common outpatient procedures include uterine curettage and hysteroscopy. Some patients require cervical ripening with misoprostol when the use of larger instruments is anticipated. Misoprostol may be administered vaginally on the night before surgery or sublingually on the morning of surgery according to the treatment plan to facilitate cervical softening and dilation. However, the medication may cause adverse effects such as abdominal pain,

fever, diarrhea, and chills, which may affect concentration, decision-making, and increase patient anxiety.

This quality improvement study aimed to develop a communication model for pain management in outpatients receiving misoprostol for cervical ripening to ensure standardized pain assessment, timely pain management, and effective communication and information transfer among the inter-professional team. The model encompassed pain assessment, patient education, monitoring of adverse effects, and information transfer among team members from the preoperative period through discharge.

Following implementation, all patients received pain assessment using the Numeric Pain Rating Scale (100%), achieving the predefined target. Pain and adverse effects were managed promptly, with waiting time for nursing care and pain management maintained within 10 minutes, meeting the established goal. The model also reduced redundancy in history taking and nursing care, and improved clarity in communication and information transfer within the inter-professional team. Staff satisfaction with the communication model was high (98%), exceeding the target level.

In conclusion, the developed communication model for pain management improved the quality of care for outpatients receiving misoprostol by enhancing patient safety, effectiveness, and standardization of care. It also strengthened interprofessional communication and collaboration and can be applied in similar clinical settings.

Keywords: outpatient, misoprostol, pain management, communication model

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช ให้บริการผ่าตัดทั้งผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก หัตถการแบบผู้ป่วยนอกที่พบได้บ่อย ได้แก่ การขูดมดลูก และการส่องกล้องโพรงมดลูก ผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการดังกล่าวที่แพทย์ประเมินแล้วว่าอาจต้องใช้เครื่องมือที่มีขนาดใหญ่จะต้องได้รับการเตรียมปากมดลูกด้วย misoprostol เหน็บทางช่องคลอดคืนก่อนวันผ่าตัด หรืออมใต้ลิ้นในเช้าวันทำหัตถการตามแผนการรักษา เพื่อให้ปากมดลูกขยายและมีความนุ่ม ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับยา misoprostol เพื่อเตรียมปากมดลูกบางรายมีอาการข้างเคียงของยา¹ ได้แก่ ปวดท้องมาก มีไข้ ท้องเสีย หรือหนาวสั่น ซึ่งความปวด² คือ ภาวะที่ทำให้รู้สึกไม่สุขสบายของบุคคลทั้งทางด้านความรู้สึกทางกายและอารมณ์ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่เนื้อเยื่อได้รับอันตรายจากสารเคมีที่สร้างขึ้น กระตุ้นปลายประสาทที่รับรู้ความรู้สึกปวด ความปวดส่งผลให้ความใส่ใจ ความสามารถในการจดจำ ความสามารถ

ในการแก้ปัญหา และความไวในกระบวนการคิดของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความลังเลและความวิตกกังวลมากขึ้น ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดได้รับการประเมินและการจัดการความปวดตั้งแต่ก่อนเริ่มหัตถการและการให้คำแนะนำต่าง ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัดทันทีเมื่อมีอาการ

จากสถิติเดือน มกราคม 2567-เมษายน 2568³ มีผู้ป่วยนอกที่รับการผ่าตัดและได้รับยา misoprostol ก่อนการผ่าตัด ทั้งสิ้น 176 ราย และพบผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ปวดท้อง (Pain Score ≥ 4) หนาวสั่น หรือท้องเสีย รวม 20 ราย จากการปฏิบัติงานเดิมเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดแล้วพบว่า ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยา misoprostol เจ้าหน้าที่จะมีการทวนสอบประวัติผู้ป่วย ร่วมกับตรวจสอบเอกสารคำสั่งแพทย์และให้ผู้ป่วยพักรอในห้องพักรอก่อนผ่าตัดแต่เนื่องจากในห้องผ่าตัดผู้ป่วยหลายรายและมีการหมุนเวียนทีมในการปฏิบัติงานประกอบกับมีทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยทำให้การส่งต่อข้อมูลล่าช้า ไม่ครบถ้วน เกิดการทวนสอบประวัติผู้ป่วยซ้ำซ้อน ผู้ป่วยต้องตอบคำถามเดิมหลายครั้ง อีกทั้งในห้องผ่าตัดยังมีจำนวนผู้ป่วยหลายรายทำให้เกิดการเร่งรีบในการทวนสอบประวัติผู้ป่วยและหลงลืมการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ในด้านของผู้ป่วยเองไม่ทราบอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นรวมถึงไม่เข้าใจวิธีการประเมินความปวด ผู้เขียนจึงมีแนวความคิด พัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยนอกที่ได้รับยา misoprostol สำหรับการเตรียมปากมดลูก เพื่อให้ผู้ป่วยนอกทุกรายที่ได้รับการเตรียม

ปากมดลูกด้วยยาได้รับการประเมินและจัดการความปวดตามความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ภายใต้มาตรฐานเดียวกัน โดยจัดทำป้ายสื่อสารที่สามารถบันทึก ได้แก่ สัญญาณชีพ ขนาดและปริมาณยาที่อมได้ลิ้นหรือเหน็บทางช่องคลอด คะแนนความปวด อาการไม่สุขสบาย และการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

การปรับปรุงกระบวนการครั้งนี้ใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการประเมินความปวดด้วย Facial Pain Rating Scale ร่วมกับ Numeric Pain Rating Scale⁴ เป็นการประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดในผู้ป่วยโดยใช้ตัวเลขเพื่อให้เข้าใจง่ายให้ผู้ป่วยสามารถบอกระดับความปวดได้อย่างชัดเจนและรวดเร็ว โดยคะแนน 0 ไม่ปวด คะแนน 1-3 ปวดระดับเล็กน้อย (minimal pain) คะแนน 4-6 ปวดระดับปานกลาง (moderate pain) และคะแนน 7-10 ปวดมากถึงมากที่สุด (severe pain) ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ สามารถวัดและติดตามระดับความปวดของผู้ป่วยในช่วงเวลาต่าง ๆ ได้ สามารถประเมินผลของการรักษา เช่น การใช้ยา หรือการรักษาอื่น ๆ ได้ และช่วยในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพชัดเจนและรวดเร็วยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

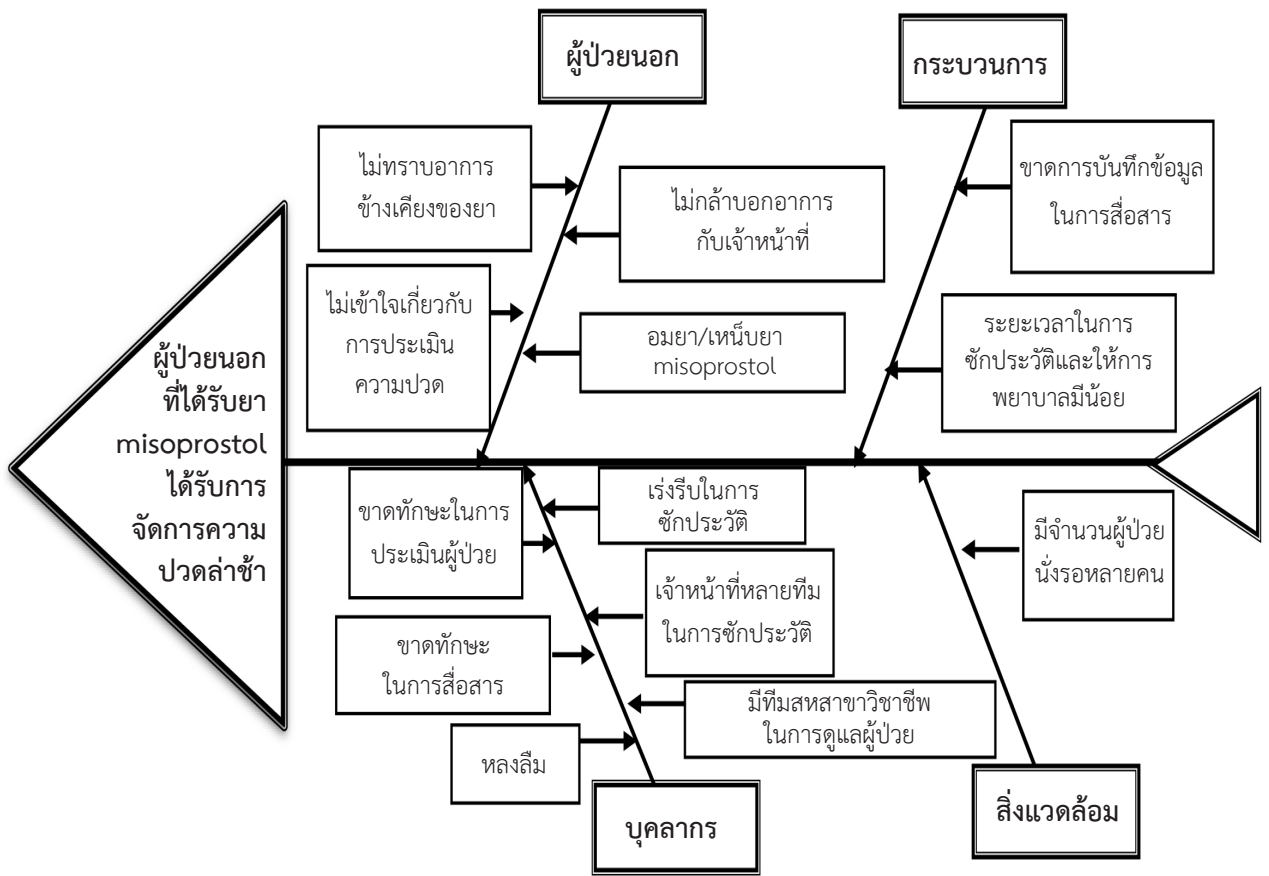
1. เพื่อให้ผู้ป่วยนอกที่ได้รับยา misoprostol เพื่อเตรียมปากมดลูกได้รับการประเมินความปวดอย่างเป็นระบบและเป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยนอกที่ได้รับยา misoprostol ได้รับการจัดการความปวดและอาการข้างเคียงอย่างเหมาะสมและทันทั่วถึง
3. เพื่อพัฒนาระบบการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพให้มีความต่อเนื่องและเป็นระบบ

ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วยนอกที่ได้รับยา misoprostol ได้รับการประเมินความปวดด้วย Numeric Pain Rating Scale ครบทุกราย (ร้อยละ 100)
2. ระยะเวลาการรอคอยการจัดการความปวดของผู้ป่วยนอกน้อยกว่า 10 นาที
3. ความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลมากกว่าร้อยละ 95

การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยใช้แผนภูมิ ก้างปลา (fish bone diagram) เพื่อหาสาเหตุและแก้ปัญหาในเชิงระบบ โดยแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับสาเหตุทั้งหมดที่เป็นไปได้ ดังรายละเอียดในแผนภูมิที่ 1



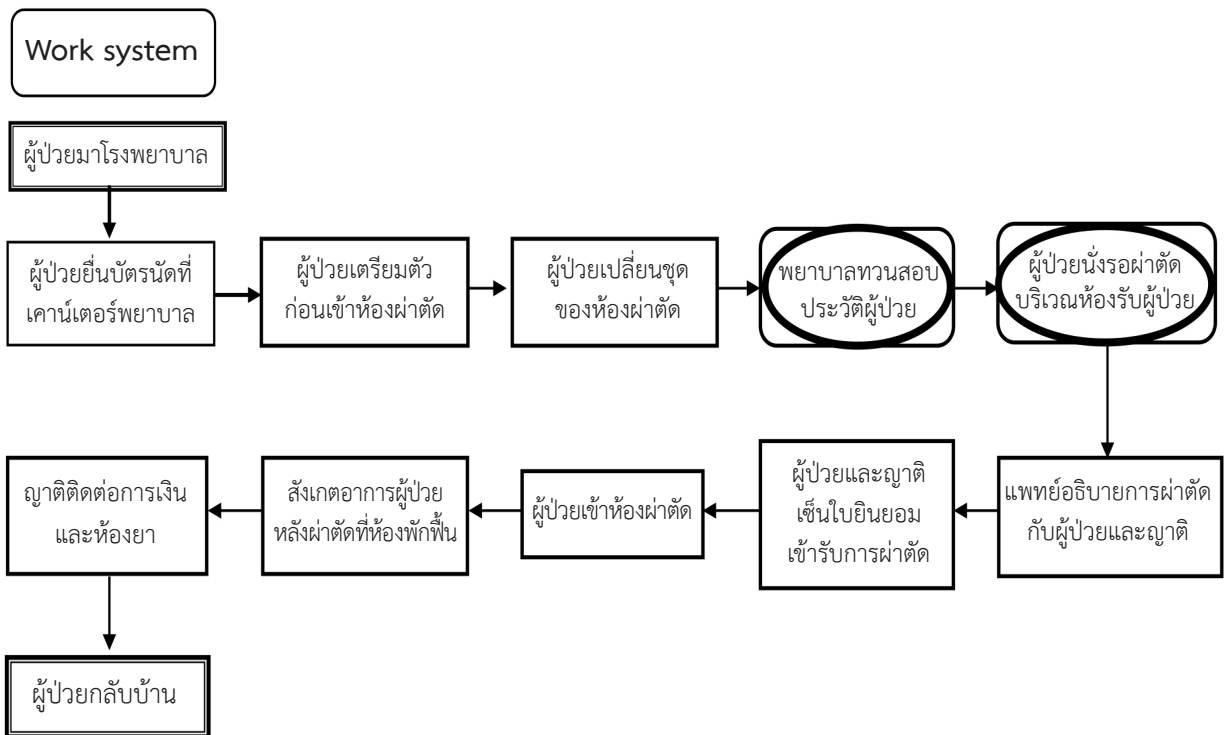
แผนภูมิที่ 1 การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

กระบวนการทำงาน (work process)

กระบวนการปฏิบัติงานในการพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยนอกที่

ได้รับยา Misoprostol สำหรับการเตรียมปากมดลูกก่อนเข้ารับบริการที่ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช ดัง ผังงาน (flow chart)

ระบบการทำงานของห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช



ผังงาน ระบบการทำงานของห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาจากกระบวนการปฏิบัติงาน ทีมงานได้นำปัญหาเข้าสู่กระบวนการปรับปรุงการปฏิบัติงานเรื่อง การพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยนอกที่ได้รับยา misoprostol สำหรับการเตรียม

ปากมดลูก ก่อนเข้ารับบริการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช และแสดงผลลัพธ์จากกระบวนการปรับปรุงการปฏิบัติงาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 และขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบการสื่อสารเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยนอก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 กระบวนการและวิธีปรับปรุง การพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยนอกที่ได้รับยา misoprostol สำหรับการเตรียมปากมดลูก ก่อนเข้ารับบริการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช

สภาพการทำงานเดิม	กระบวนการปรับปรุง	ประเมินผลการปรับปรุง
1. ผู้ป่วยนอกยื่นบัตรนัด/เอกสารและรอเรียกชื่อหน้าห้องผ่าตัด 2. ผู้ป่วยเปลี่ยนชุดของห้องผ่าตัด 3. ผู้ป่วยนั่งรอผ่าตัดบริเวณห้องรับผู้ป่วยนอก 4. พยาบาล Incharge/พยาบาลห้องรอก่อนผ่าตัด ทวนสอบประวัติผู้ป่วย 5. ผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบายจากยา misoprostol 6. พยาบาล Incharge/พยาบาลห้องรอก่อนผ่าตัด (holding room) ประเมินความปวดจากการสอบถาม และให้การพยาบาลผู้ป่วย 7. ทีมวิสัญญีมาถึง ทวนสอบประวัติผู้ป่วย และสอบถามอาการไม่สุขสบาย 8. ทีมแพทย์ผ่าตัดมาถึง ทวนสอบประวัติผู้ป่วย และสอบถามอาการไม่สุขสบาย	PDSA 1 (พ.ค.- ส.ค. 67) รูปที่ 2 1. ผู้ป่วยยื่นบัตรนัดที่เคาน์เตอร์พยาบาล 2. ผู้ป่วยเปลี่ยนชุดเป็นชุดสะอาดของห้องผ่าตัดและนั่งรอในห้องรับผู้ป่วย 3. พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาลทีม Incharge ทวนสอบประวัติผู้ป่วย 4. หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดจากการได้รับยา misoprostol ให้ลงบันทึกอาการในกระดานทั่วไป และติดไว้บริเวณเสาน้ำเกลือรอนอน/บริเวณที่ผู้ป่วยนั่งเพื่อส่งต่อข้อมูล 5. ทีมวิสัญญี/ทีมสูติแพทย์มาถึงห้องผ่าตัด อ่านข้อมูลในกระดานและทวนสอบประวัติผู้ป่วยเพิ่มเติมอีกครั้ง เช่น ปริมาณยาที่ได้รับ และอาการไม่สุขสบายอื่น ๆ เป็นต้น 6. พยาบาลให้การพยาบาลตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ 7. ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด	ประเมินผล: ทีมสหสาขาวิชาชีพรับทราบข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่ต้องสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยซ้ำและสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง จุดเด่น: ทีมสหสาขาวิชาชีพ รับทราบข้อมูลผู้ป่วยและสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง จุดด้อย: ไม่ระบุ pain score ป้ายสื่อสารไม่มีความแข็งแรง ทำให้บันทึกข้อมูลไม่สะดวก ไม่ระบุปริมาณยาและการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ทำให้ยังคงต้องถามผู้ป่วยซ้ำ แนวทางการแก้ไข: จัดทำป้ายสื่อสารให้มีความแข็งแรงมากขึ้นและให้ระบุรายละเอียดให้ครอบคลุมครบถ้วน

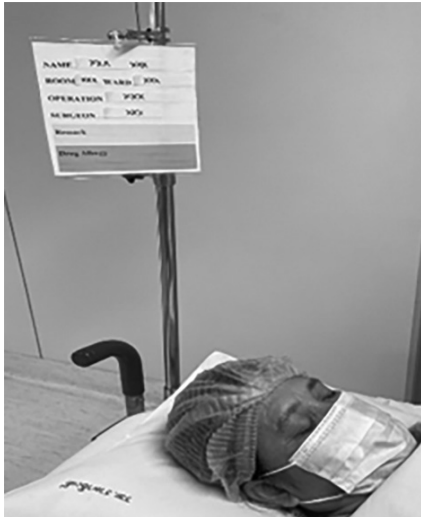
ตารางที่ 1 กระบวนการและวิธีปรับปรุง การพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยนอกที่ได้รับยา misoprostol สำหรับการเตรียมปากมดลูก ก่อนเข้ารับบริการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช (ต่อ)

สภาพการทำงานเดิม	กระบวนการปรับปรุง	ประเมินผลการปรับปรุง
	<u>PDSA 2</u> (ก.ย.- พ.ย. 67) รูปที่ 3 1. แก้ไขและจัดทำป้ายสื่อสารใหม่ โดยระบุสัญญาณชีพ แรก รับ ชื่อ ยา ปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับ ช่องทางการให้ยา ได้แก่ แก้ว อมใต้ลิ้น หรือเหน็บทางช่องคลอด การประเมินระดับความปวด การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และอื่น ๆ สำหรับระบุชื่อยาบรรเทาปวดที่ได้รับ เคลือบป้ายด้วยพลาสติกแข็ง 2. นำป้ายสื่อสารอาการปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมปากมดลูกด้วยยา misoprostol ก่อนเข้ารับบริการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช สื่อสารกับบุคลากรในหน่วยงานและกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติ โดย 2.1 พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาลทีม In charge หรือพยาบาลทีมห้องรอก่อนผ่าตัด ทวนสอบประวัติผู้ป่วยและอาการผิดปกติ พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลตามป้ายสื่อสารอาการปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมปากมดลูกด้วยยา misoprostol ก่อนเข้ารับบริการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช 2.2 หากผู้ป่วยไม่มีอาการปวดให้นั่งรอในห้องรับ-ส่งตามเดิม 2.3 หากผู้ป่วยมีอาการปวด pain score 1-3 พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาลลงบันทึกข้อมูลและติดป้ายบริเวณที่ผู้ป่วยนั่งพักรอ ร่วมกับการพยาบาลอื่น ๆ ด้วย ได้แก่ ประคบอุ่นบริเวณที่ปวด	<u>จุดเด่น</u>: ทีมสหสาขาวิชาชีพ รับทราบข้อมูลผู้ป่วยและสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง <u>จุดด้อย</u>: ข้อมูลที่ลงบันทึกลงในป้ายสื่อสารไม่สามารถลบออกได้ จึงไม่สามารถนำป้ายไปใช้ในครั้งต่อไปได้ <u>แนวทางการแก้ไข</u>: จัดทำป้ายสื่อสารใหม่มีความแข็งแรงและสามารถลบออกเพื่อนำไปใช้ครั้งต่อไปได้

ตารางที่ 1 กระบวนการและวิธีปรับปรุง การพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยนอกที่ได้รับยา misoprostol สำหรับการเตรียมปากมดลูก ก่อนเข้ารับบริการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช (ต่อ)

สภาพการทำงานเดิม	กระบวนการปรับปรุง	ประเมินผลการปรับปรุง
	2.4 หากผู้ป่วยมีอาการปวด pain score ≥ 4 พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาลลงบันทึกข้อมูล และแวนป้ายบริเวณเสาน้ำเกลือรณอนของผู้ป่วย จากนั้นให้ผู้ป่วยนอนพักบนรณอน พยาบาลทีม In charge รายงานแพทย์เจ้าของไข้ และให้การพยาบาลตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ หากมีการใช้ยาบรรเทาปวดร่วมด้วยให้เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปสังเกตอาการต่อในห้องรผ่าตัด 3. ทีมวิสัญญีและทีมสูติแพทย์สามารถรับทราบข้อมูลผู้ป่วยจากป้ายสื่อสารอาการปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมปากมดลูกด้วยยา misoprostol ก่อนเข้ารับบริการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช พร้อมทั้งสอบถามเพิ่มเติมเพื่อให้การรักษาต่อไป	
	PDSA 3 (ธ.ค. 67 - เม.ย. 68) รูปที่ 4 1. แก้ไขและจัดทำป้ายสื่อสารใหม่โดยระบุสัญญาณชีพแรกเริ่ม ชื่อยา ปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับ ทางที่ผู้ป่วยได้รับยา ได้แก่ อมใต้ลิ้น หรือเหน็บทางช่องคลอด การประเมินระดับความปวด การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับและอื่น ๆ สำหรับระบุชื่อยาบรรเทาปวดที่ได้รับ เคลือบแผ่นป้ายด้วยพลาสติกแข็งและสติ๊กเกอร์ใส เพื่อให้สามารถลบข้อมูลและนำกลับมาเขียนใหม่ได้ 2. ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด	ประเมินผล: ทีมสหสาขาวิชาชีพรับทราบข้อมูลผู้ป่วยโดยที่ไม่ต้องสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยซ้ำและสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง จุดเด่น: ทีมสหสาขาวิชาชีพ รับทราบข้อมูลผู้ป่วยและสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง สามารถนำป้ายสื่อสารไปใช้ในครั้งต่อไปได้ จุดด้อย: ไม่มี

ตารางที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนการดำเนินงาน	
ก่อนการดำเนินงาน	PDSA 1
 รูปที่ 1 สื่อนำข้อมูลผู้ป่วยด้วยการอธิบายแบบปากเปล่า	 รูปที่ 2 สื่อนำข้อมูลผู้ป่วยด้วยการระบุข้อมูลลงในกระดาษทัวไปและติดบริเวณเสาน้ำเกลือ
ขั้นตอนการดำเนินงาน	
PDSA 2	PDSA 3
 รูปที่ 3 ทำป้ายสื่อนำข้อมูลผู้ป่วยที่บันทึกข้อมูลได้อย่างครอบคลุม และเคลือบด้วยกระดาษแข็ง	 รูปที่ 4 พัฒนาป้ายสื่อนำด้วยการเคลือบด้วยสติ๊กเกอร์ใสอีก 1 ชั้น เพื่อให้สามารถลบข้อมูลและนำกลับมาใช้ซ้ำได้

จากแนวคิด PDSA ที่งานออกแบบกระบวนการวิธีการแก้ไขปัญหา โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ผู้รับผิดชอบทุกกิจกรรมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินการปรับปรุง ทดลองปฏิบัติ และการประเมินผล พร้อมทั้งนำปัญหาที่พบในทุกวงจรกระบวนการปรับปรุงมาใช้

ในการออกแบบระบบเพื่อแก้ไขปัญหาในวงรอบต่อไป ได้แก่ กระบวนการปรับปรุงปฏิบัติงานในวงรอบที่ 3 เมื่อสามารถแก้ไขปัญหาได้ครบทุกปัญหา ทีมงานจึงร่วมกันดำเนินการสรุปผลการดำเนินโครงการ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวางแผนการดำเนินการและการดำเนินการตามแผนกิจกรรมที่กำหนด

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ (เดือน / ปี)				ผู้รับผิดชอบ
	ม.ค. - เม.ย. 67	พ.ค. - ส.ค. 67	ก.ย. - พ.ย. 67	ธ.ค. 67 - เม.ย. 68	
รวบรวมปัญหาที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยนอกมีอาการไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยา Misoprostol	↔ ←-----→				วาสนา ทิพย์โอสถ อรสุรางค์ อุดมสุข
PDSA ครั้งที่ 1 วิเคราะห์ปัญหา		↔ ←--→			วาสนา ทิพย์โอสถ อรสุรางค์ อุดมสุข
วางแผนดำเนินงาน		↔ ←--→			
ระบุข้อมูลผู้ป่วยด้วยกระดาษทั่วไป เพื่อสื่อสารข้อมูล		↔ ←--→			วาสนา ทิพย์โอสถ อรสุรางค์ อุดมสุข พยาบาล Incharge พยาบาลห้องรอก่อนผ่าตัด สูติแพทย์ ทีมวิสัญญี
ประเมินและสรุปผลการดำเนินการ		↔ ←--→			
PDSA ครั้งที่ 2 วิเคราะห์ปัญหา			↔ ←--→		วาสนา ทิพย์โอสถ อรสุรางค์ อุดมสุข
วางแผนดำเนินงาน			↔ ←--→		
จัดทำป้ายสื่อสารใหม่และเคลือบด้วยพลาสติกแข็ง			↔ ←--→		วาสนา ทิพย์โอสถ อรสุรางค์ อุดมสุข พยาบาล Incharge พยาบาลห้องรอก่อนผ่าตัด สูติแพทย์ ทีมวิสัญญี
ประเมินและสรุปผลการดำเนินการ			↔ ←--→		
PDSA ครั้งที่ 3 วิเคราะห์ปัญหา				↔ ←--→	วาสนา ทิพย์โอสถ อรสุรางค์ อุดมสุข
วางแผนดำเนินงาน				↔ ←--→	
พัฒนาป้ายสื่อสารโดย ชั้นที่ 1 เคลือบด้วยพลาสติกแข็ง ชั้นที่ 2 เคลือบด้วยสติ๊กเกอร์ใส				↔ ←--→	วาสนา ทิพย์โอสถ อรสุรางค์ อุดมสุข พยาบาล Incharge พยาบาลห้องรอก่อนผ่าตัด สูติแพทย์ ทีมวิสัญญี
ประเมินและสรุปผลการดำเนินการ				↔ ←--→	

ผลการดำเนินงาน

จากการติดตามผลการดำเนินงานใน 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 พบว่า ด้านการประเมินความปวด อัตราการประเมินความปวดด้วย Numeric Pain Rating Scale มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยภายหลังการดำเนินงานสามารถประเมินได้ครบทุกราย (ร้อยละ 100) บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ด้านระยะเวลา รอคอยการจัดการความปวดมีแนวโน้มลดลงอย่าง

ต่อเนื่อง ในแต่ละระยะของการดำเนินงาน จนอยู่ภายใน 10 นาที ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด สะท้อนถึงประสิทธิภาพในการจัดการความปวดที่ดีขึ้น ด้านความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบการสื่อสารมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยภายหลังการดำเนินงานครั้งที่ 2 มีค่าร้อยละ 98 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด แสดงถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการสื่อสารที่พัฒนาขึ้น ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการดำเนินการใช้แผ่นป้ายสื่อสารเพื่อการจัดการความปวด

ตัวชี้วัด	วัตถุประสงค์ (ข้อที่)			ก่อนดำเนินการ การ (ม.ค. - เม.ย. 67)	เป้าหมาย	ผลดำเนินการ (เดือน / ปี)		
	1	2	3			หลัง		
				ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	
				พ.ค.- ส.ค. 67		ก.ย.- พ.ย. 67	ธ.ค. 67 - เม.ย. 68	
1. ผู้ป่วยนอกที่ได้รับยากระตุ้นปากมดลูกได้รับการประเมินความปวดด้วย Numeric Pain Rating Scale (ร้อยละ)	✓			70	100	70 (N=40)	80 (N=30)	100 (N=50)
2. ระยะเวลาการรอคอยการพยาบาล (นาที)		✓		20	≤ 10	15	10	10
3. ความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบการสื่อสาร (ระดับดีมาก) (ร้อยละ)			✓	80	≥ 95	85 (N=32)	95 (N=32)	> 98 (N=32)

สรุปผลโดยรวม

โดยสรุป ผลการดำเนินงานแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการสื่อสารเพื่อการจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้น สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการประเมินและจัดการความปวดในผู้ป่วยนอกที่ได้รับยา misoprostol ได้อย่างชัดเจน โดยมีแนวโน้มผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกตัวชี้วัดเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ รูปแบบดังกล่าวยังช่วยส่งเสริมการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้มีความเป็นระบบ ลดความซ้ำซ้อนในการ

ปฏิบัติงาน และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย ต่อเนื่อง และเป็นมาตรฐานเดียวกัน

นอกจากนี้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยนอกที่มีอาการไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยา misoprostol ได้อย่างเหมาะสม และสามารถขยายผลไปยังหน่วยงานหรือบริบทการดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลโดยภาพรวม

เอกสารอ้างอิง

1. อนุกรรมการจริยธรรม ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. Misoprostol ใช้อย่างไร...ให้ปลอดภัย [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก https://www.rtcog.or.th/files/1690188944_e6e6fac399b09a8c78e3.pdf
2. ชัตติยาพร คนเที่ยง, อัสมา วารีย์, ปรมารณ นิมล. บทบาทของพยาบาลแบบองค์รวมในการจัดการความปวด (Holistic Nursing Pain Management) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/download/273689/184827/1229951>
3. ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามารามธิบดี. สถิติผู้ป่วยนอกที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับยา Misoprostol ณ ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามารามธิบดี ปี พ.ศ. 2567-2568. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2568.
4. นุช ตันติศิรินทร. ความรู้พื้นฐานในการบำบัดความปวด (Basic Pain Control) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/graded/sites/default/files/public/High_Diploma/handout_HD/handout_HD701/handout_HD64/Basic_pain180821.pdf

การพัฒนารูปแบบการให้บริการผ่าตัดภาวะอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อน โดยใช้ประสบการณ์ผู้ป่วยเป็นฐาน Enhancing pelvic organ prolapse surgical services through a patient-experience based model

พีรณัฐ มั่งมีศรี * Peeranuch Mangmeesri
อรณัฐ อินทสระไร** Oranuch Intasaro

บทคัดย่อ

ภาวะอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อนเป็นภาวะทางนรีเวชที่พบบ่อยในสตรีสูงอายุและผู้ที่ผ่านการคลอดบุตรหลายครั้ง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แม้ว่าการผ่าตัดจะเป็นแนวทางหลักในการรักษา แต่รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะด้านการให้ข้อมูล การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และการดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัด

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดภาวะอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อน โดยอาศัยประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นฐาน ใช้วิธีการแบบผสมผสาน โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสำรวจประสบการณ์ ความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยขาดข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาและการปฏิบัติตัวก่อน

และหลังผ่าตัด มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน และมีความเข้าใจในกระบวนการดูแลแต่ละระยะไม่เพียงพอ ข้อมูลดังกล่าวนำไปสู่การพัฒนารูปแบบบริการที่มุ่งเน้นการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น และการจัดทำสื่อให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

ภายหลังการปรับปรุงรูปแบบการให้บริการพบว่าสามารถลดอุบัติการณ์การเลื่อนหรือยกเลิกการผ่าตัดจากความผิดพลาดของระบบ ลดจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการก่อนผ่าตัด เพิ่มความเข้าใจและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย รวมทั้งส่งผลให้ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การนำประสบการณ์ผู้ป่วยมาเป็นฐานในการพัฒนาระบบบริการ ช่วยให้สามารถปรับปรุงคุณภาพการดูแลได้อย่างตรงจุด และส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ: ภาวะอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อน ประสบการณ์ผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพบริการ ความพึงพอใจผู้ป่วย

* พยาบาลวิชาชีพ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลรามารัตน

** พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามารัตน

Abstract

Pelvic organ prolapse (POP) is a common gynecological condition among older women and those with a history of multiple childbirths, significantly affecting both physical and psychological quality of life. Although surgery is the primary treatment, current care models do not fully address patients' needs, particularly regarding information provision, preoperative preparation, and continuity of postoperative care.

This study aimed to develop a patient experience-based service model for women undergoing pelvic organ prolapse surgery. A mixed-methods approach was employed, combining quantitative data from questionnaires and qualitative data from in-depth interviews to explore patients' experiences, needs, and expectations.

The findings revealed that patients often lacked clear information about treatment processes and pre- and post-operative care. They experienced anxiety related to potential complications and had

insufficient understanding of care processes across different phases. These findings informed the development of a service model emphasizing structured information provision, enhanced preoperative preparation, reduction of unnecessary service steps, and the development of patient-appropriate educational materials.

Following implementation, the model reduced the incidence of surgery postponement or cancellation due to system errors and decreased the number of preoperative visits. It also improved patients' understanding, reduced anxiety, and increased patient satisfaction. Incorporating patient experience into service design enables targeted quality improvement and supports the development of sustainable, high-quality healthcare services.

Keywords: pelvic organ prolapse, patient experience, quality improvement, patient satisfaction

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อน (pelvic organ prolapse: POP) เป็นภาวะที่อวัยวะในอุ้งเชิงกราน ได้แก่ มดลูก ช่องคลอด ลำไส้ และกระเพาะปัสสาวะ เคลื่อนต่ำลงมาโป่งนูนในช่องคลอดหรือยื่นออกมาภายนอกช่องคลอด อันเป็นผลจากความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่ทำหน้าที่ยึดพยุงอวัยวะให้อยู่ในตำแหน่งปกติ ซึ่งเป็นปัญหาทางนรีเวชที่พบบ่อยในผู้หญิงสูงอายุ หรือผู้ที่มีประวัติคลอดบุตรหลายครั้ง และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นอย่างมาก^{1,2}

ภาวะอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อนส่งผลกระทบต่อผู้หญิงจำนวนมากทั่วโลก โดยในปี 2021 มีอัตราความชุกอยู่ที่ 2,769 ต่อผู้หญิง 100,000 คน และคาดการณ์ว่าจะมีผู้หญิงทั่วโลกได้รับผลกระทบถึง 156 ล้านคนภายในปี 2036 ภาวะนี้มีผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 18–50 ที่เข้ารับการรักษา เนื่องจากข้อจำกัดด้านความรู้ ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ^{3,4,5} ขณะที่ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 40–70 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น^{6,7} โดยภาวะนี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยในด้านร่างกาย ผู้ป่วยมักมีอาการสำคัญคือความรู้สึกล้นหรือมีก้อนยื่นในช่องคลอด ซึ่งถือเป็นอาการจำเพาะของโรค ร่วมกับอาการปวดอุ้งเชิงกรานหรือปวดหลังส่วนล่าง นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติของระบบขับถ่าย ได้แก่ อาการปัสสาวะเล็ด ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะไม่สุด

ท้องผูก กลั้นอุจจาระไม่ได้ หรือจำเป็นต้องใช้นิ้วช่วยดันผนังช่องคลอดเพื่อให้สามารถขับถ่ายได้^{5,8,9} นอกจากนี้ ภาวะดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพทางเพศ โดยมีความต้องการทางเพศลดลง ขาดความตื่นตัว และมีความยากลำบากในการถึงจุดสุดยอด เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีภาวะอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อน ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจรู้สึกอับอาย ขาดความมั่นใจในตนเอง และมีความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การเข้าสังคม และการทำกิจกรรมต่าง ๆ¹⁰

แม้ว่าจะมีแนวทางการรักษาทั้งแบบไม่ผ่าตัด เช่น การฝึกกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน การใช้ห่วงพยุงช่องคลอด และการปรับพฤติกรรมและการผ่าตัด เป็นต้น แต่ในทางปฏิบัติผู้ป่วยจำนวนมากยังคงเลือกผ่าตัดเป็นหลัก เพราะการผ่าตัดเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยรักษาโครงสร้างของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานให้กลับมามีอยู่ในตำแหน่งปกติ¹¹ อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของการรักษาไม่ขึ้นอยู่กับการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว หากแต่ยังต้องอาศัยกระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัดอย่างมีระบบและต่อเนื่อง¹²

ข้อมูลจากห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดภาวะอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (85, 99 และ 107 ราย ตามลำดับ) สะท้อนถึงภาระงานและความซับซ้อนของการดูแลที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม กระบวนการดูแลในปัจจุบันยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะการให้ข้อมูลที่ไม่เป็นระบบ ความไม่ต่อเนื่องของการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน และการที่ผู้ป่วยยังขาด

ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและประสบการณ์การรับบริการที่ไม่สอดคล้องกับแนวทางการดูแลแบบยัดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

จากการทบทวนกระบวนการดูแล ผู้บัติการณ์ข้อร้องเรียน และประสบการณ์การปฏิบัติงานที่ผ่านมา พบประเด็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะความไม่ต่อเนื่องของการให้ข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีลักษณะแยกส่วน และการสื่อสารยังไม่เป็นระบบ ทำให้การดูแลไม่ครอบคลุมมุมมองและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย แม้ว่าการพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐานโรงพยาบาลจะให้ความสำคัญกับการยัดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แต่ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ ความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงมีจำกัด

ดังนั้น การศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญในการทำความเข้าใจมุมมองของผู้รับบริการอย่างรอบด้าน และนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการให้บริการที่สามารถลดช่องว่างของการดูแลที่มีความซับซ้อน และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยการศึกษาจะใช้วิธีการแบบผสมผสาน ได้แก่ แบบสอบถามและการ

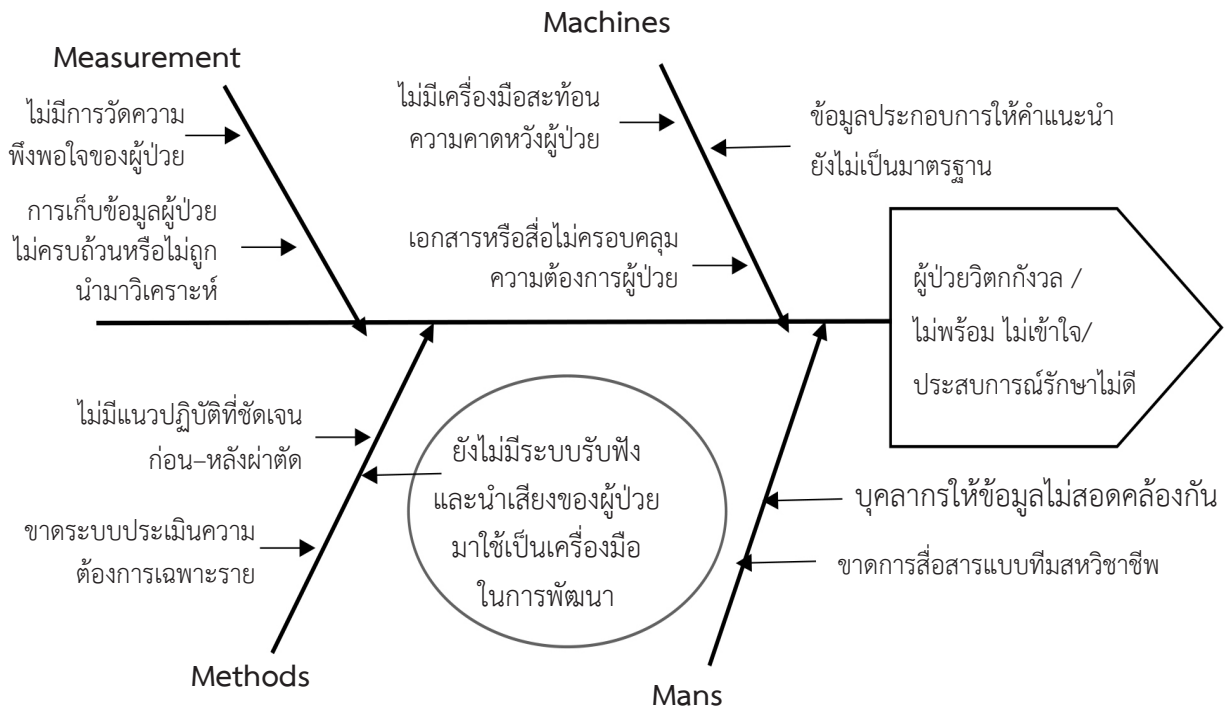
สัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงประสบการณ์ของผู้ป่วย และนำไปสู่การพัฒนารูปแบบบริการที่มีคุณภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจประสบการณ์การเข้ารับบริการและความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแก้ไขภาวะอวัยวะเชิงกรานหย่อน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการผ่าตัดภาวะอวัยวะเชิงกรานหย่อนโดยอาศัยประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นฐาน เพื่อยกระดับคุณภาพบริการ
3. เพื่อเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเข้ารับบริการผ่าตัดภาวะอวัยวะเชิงกรานหย่อน

การวิเคราะห์สาเหตุ

การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาดำเนินการโดยใช้แนวคิด Root cause analysis (RCA) และประยุกต์ใช้แผนภูมิแก๊งปลา (fishbone diagram) เพื่อระบุปัจจัยเชิงระบบที่เกี่ยวข้อง



แผนภูมิแก๊งปลา

*** สาเหตุของปัญหา คือ หน่วยบริการยังไม่มีระบบรับฟังและนำเสียงของผู้ป่วยมาใช้พัฒนา จึงจัดทำโครงการรับฟังประสบการณ์ผู้รับบริการ เพื่อให้การดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการ (Method)

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาคุณภาพบริการโดยใช้แนวคิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement: CQI) ร่วมกับวงจรการพัฒนาแบบ PDCA (Plan-Do-Check-Act) จำนวน 3 วงรอบ ดำเนินการระหว่างปี พ.ศ. 2566–2568 โดยมุ่งเน้นการนำประสบการณ์ของผู้ป่วย (patient experience) มาเป็นฐานในการพัฒนาระบบบริการ

รูปแบบการศึกษาเป็นแบบผสมผสาน (mixed-methods) ประกอบด้วยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดภาวะอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อนอย่างต่อเนื่องในแต่ละปี โดยใช้เครื่องมือ ได้แก่

1. แบบสอบถาม (questionnaire) เพื่อประเมินประสบการณ์ ความพึงพอใจ และความต้องการของผู้ป่วย

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เพื่อสำรวจความคาดหวัง มุมมอง และปัญหาเชิงลึกของผู้ป่วย (ภาพที่ 1-2)

อัตราการตอบแบบสอบถามเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50 ในระยะแรกเป็นมากกว่าร้อยละ 80 ในระยะถัดมาข้อมูลจากทั้งสองวิธีถูกนำมาวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อระบุประเด็นปัญหา แนวโน้ม และสาเหตุเชิงระบบโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ และสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ



ภาพที่ 1 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview)



QR-code เอกสารแนบ 1

ตัวอย่างแบบสอบถามและผลลัพธ์
ของการสัมภาษณ์เชิงลึก
(In-dept Interview)



ภาพที่ 2 ตัวอย่างบันทึกการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ซึ่งรวมการบันทึกข้อมูลและการสะท้อนความรู้สึกในแต่ละช่วงของการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย

การวิเคราะห์ปัญหา (Problem Analysis)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นปัญหาหลัก 5 ด้าน ได้แก่

1. ระบบบริการและกระบวนการดูแล: การเลื่อน/ยกเลิกผ่าตัด และความผิดพลาดในการจัดคิว
2. การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด: ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เช่น การลืมหยุดยาละลายลิ่มเลือดก่อนผ่าตัด

3. ความต่อเนื่องของการดูแล: ผู้ป่วยต้องมารับบริการหลายครั้งก่อนผ่าตัด

4. ข้อมูลและการสื่อสาร: ผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลตนเอง และเกิดความวิตกกังวลจากการขาดความเข้าใจในกระบวนการรักษา

5. สิ่งแวดล้อมและประสบการณ์: ความไม่สะดวกด้านสถานที่และสภาพแวดล้อม เช่น ที่นั่งรอไม่เพียงพอ อุณหภูมิในห้องผ่าตัด



QR-code เอกสารแนบ 2
ตัวอย่างผลการเก็บข้อมูล

การพัฒนาแนวทางแก้ไข (intervention)

จากประเด็นปัญหาที่พบ ได้มีการพัฒนาแนวทางแก้ไข ได้แก่

- พัฒนาระบบตารางผ่าตัดแบบออนไลน์เพื่อลดความผิดพลาด
- จัดทำ checklist และแนวทางเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด

- ปรับลดขั้นตอนบริการเพื่อลดจำนวนครั้งในการมารับบริการ
- พัฒนาสื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วย
- ปรับปรุงการสื่อสารระหว่างหน่วยงานและกับผู้ป่วย



QR-code เอกสารแนบ 3

ตัวอย่างแนวทางแก้ไข

จากการวิเคราะห์ข้อมูลประสบการณ์ของผู้ป่วยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในช่วง 3 ปี พบว่าประเด็นปัญหาที่สะท้อนจากผู้ป่วยมีความสอดคล้องกันในหลายมิติ และส่วนใหญ่เป็นปัญหาเชิงระบบที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในกระบวนการให้บริการ คณะทำงานจึงได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อระบุสาเหตุเชิงระบบ และออกแบบแนวทางการปรับปรุงบริการตามแนวคิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (continuous

quality improvement: CQI) โดยใช้วงจร PDCA ในการดำเนินงานในแต่ละระยะ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาแนวทางแก้ไขที่สอดคล้องกับปัญหาที่พบ และสามารถติดตามผลลัพธ์เชิงประจักษ์ได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยความเชื่อมโยงระหว่างประเด็นปัญหา แนวทางการปรับปรุง และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น สามารถสรุปได้ดังแสดงในตาราง matrix of change จากข้อมูล 3 ปี (พ.ศ. 2566–2568) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เมทริกซ์การเปลี่ยนแปลงจากประสบการณ์ของผู้ป่วย (Matrix of change based on patient experience)

เสียงสะท้อนผู้ป่วย (Pain point)	แนวทางการพัฒนา (Intervention)	ผลลัพธ์ที่วัดได้ (Outcome)
การเลื่อน/ยกเลิกการผ่าตัดจากความผิดพลาดของระบบคิว	ปรับระบบจากสมุดบันทึกเป็นระบบตารางผ่าตัดออนไลน์แบบ real-time	อุบัติการณ์การเลื่อน/ยกเลิกผ่าตัดจากระบบลดลงเป็นศูนย์
การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดไม่ถูกต้อง	จัดทำเอกสารคำแนะนำและ checklist สำหรับพยาบาล	อุบัติการณ์เลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมตัวไม่ถูกต้องลดลงเป็นศูนย์
ผู้ป่วยต้องมารับบริการหลายครั้งก่อนผ่าตัด	วิเคราะห์สาเหตุ (RCA) และปรับลดขั้นตอนร่วมกับทีมสหสาขา	จำนวนครั้งมารับบริการลดลงจาก 5 ครั้ง เหลือ 2 ครั้ง
ผู้ป่วยขาดข้อมูลและความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด	พัฒนาสื่อให้ความรู้และให้ข้อมูลตั้งแต่ OPD	ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ประเมินร้อยละ 95 และความวิตกกังวลลดลง
ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด	ให้ข้อมูลล่วงหน้าและใช้สื่อภาพ พร้อมอุปกรณ์ให้ความอบอุ่น	ผู้ป่วยมีความเข้าใจและความพร้อมทางจิตใจดีขึ้น
ที่นั่งรอไม่เพียงพอ	เพิ่มจำนวนที่นั่งใน OPD	ปัญหาลดลงบางส่วน แต่ยังมีข้อจำกัดด้านพื้นที่
ข้อมูลประสบการณ์ผู้ป่วยไม่ลึกเพียงพอ	เพิ่มการสัมภาษณ์เชิงลึกควบคู่แบบสอบถาม	ได้ข้อมูลเชิงลึกและระบุปัญหาเชิงระบบได้ชัดเจน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง matrix of change พบว่า ประเด็นปัญหาที่ผู้ป่วยสะท้อนออกมาส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับ 3 ด้านหลัก ได้แก่ ประสิทธิภาพของการให้บริการ ความต่อเนื่องของการดูแล และการสื่อสาร ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบ

สำคัญของคุณภาพบริการสุขภาพ โดยภายหลังการปรับปรุงในประเด็นดังกล่าว พบว่าผลลัพธ์ของระบบบริการดีขึ้นอย่างชัดเจน เช่น ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดลดลง และจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องมารับบริการก่อนผ่าตัดลดลง

นอกจากนี้ ยังพบว่าบางปัญหาเกิดขึ้นซ้ำอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน สะท้อนให้เห็นว่าเป็นปัญหาเชิงระบบที่มีความซับซ้อน ไม่ใช่เหตุการณ์เฉพาะราย การปรับปรุงบริการโดยอาศัยข้อมูลประสบการณ์ของผู้ป่วยร่วมกับการวิเคราะห์เชิงระบบจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ผลการดำเนินการ

ภายหลังการดำเนินงานตามวงจร PDCA ทั้ง 3 รอบ พบการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทุกตัวชี้วัดสำคัญ

- อัตราการเลื่อนหรือยกเลิกการผ่าตัดจากความผิดพลาดของระบบลดลงเป็นศูนย์
 - จำนวนครั้งเฉลี่ยที่ผู้ป่วยต้องมารับบริการก่อนผ่าตัดลดลงจาก 5 ครั้ง เหลือ 2 ครั้ง
 - ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 90
- การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดขึ้นชัดเจนในวงรอบที่ 2 ภายหลังการวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (Root cause analysis) และการปรับปรุงในระดับโครงสร้างบริการ ขณะที่ในวงรอบที่ 3 การพัฒนาด้านการสื่อสารและการให้ข้อมูลผู้ป่วย ส่งผลให้ประสบการณ์ผู้ป่วยดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดสำคัญของระบบบริการในแต่ละวงรอบการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินการ (เดือน/ ปี)			
		ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ		
			การ		
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
			ม.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-พ.ค.
			66	67	68
1. อัตราการเลื่อนหรือยกเลิกการผ่าตัดจากความผิดพลาดของระบบ (ราย)	0	N/A*	3	1	0
2. จำนวนครั้งเฉลี่ยของการเข้ารับบริการก่อนการผ่าตัด (ครั้งต่อราย)	≤ 2	5	4	3	2
3. ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเข้ารับบริการผ่าตัดภาวะอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อน (ร้อยละ)	≥ 80	N/A*	80	85	90

*N/A เนื่องจากยังไม่มีมีการสำรวจความพึงพอใจ ความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก่อน จึงยังไม่มีเก็บข้อมูลอัตราความพึงพอใจ และอัตราการเลื่อน/ยกเลิกการผ่าตัดก่อนการดำเนินโครงการ

สรุปผลการดำเนินการและการเปลี่ยนแปลงในแต่ละวงจร

จากผลการดำเนินงานพบว่า ภายหลังจากปรับปรุงระบบบริการอย่างต่อเนื่องในแต่ละวงจรของ PDCA มีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนในทุกตัวชี้วัดสำคัญ โดยเฉพาะด้านความถูกต้องของระบบบริการ ความต่อเนื่องของการดูแล และความพึงพอใจของผู้ป่วย ในระยะเริ่มต้น พบปัญหาการเลื่อนหรือยกเลิกการผ่าตัดจากความผิดพลาดของระบบ รวมถึงผู้ป่วยต้องมารับบริการหลายครั้งก่อนการผ่าตัด (เฉลี่ย 5 ครั้ง) ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดของระบบบริการด้านการจัดการข้อมูลและความต่อเนื่องของการดูแล

ภายหลังจากดำเนินงานในวงจรที่ 1 (PDCA 1) แม้จะเริ่มมีการเก็บข้อมูลประสบการณ์ของผู้ป่วย และนำข้อเสนอแนะมาใช้ในการปรับปรุง แต่ผลลัพธ์ยังไม่เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน เนื่องจากการปรับปรุงยังอยู่ในระดับเบื้องต้นและยังไม่ได้แก้ไขสาเหตุเชิงระบบอย่างตรงจุด ต่อมาในวงจรที่ 2 (PDCA 2) ภายหลังจากวิเคราะห์สาเหตุเชิงลึก (Root cause analysis: RCA) และการปรับปรุงในระดับระบบ เช่น การพัฒนาระบบตารางผ่าตัดแบบออนไลน์ และการจัดทำ checklist สำหรับเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ส่งผลให้อุบัติการณ์การเลื่อนหรือยกเลิกการผ่าตัดจากความผิดพลาดของระบบลดลงเป็นศูนย์ และจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการก่อนผ่าตัดลดลงจาก 5 ครั้ง เหลือ 2 ครั้ง ในวงจรที่ 3 (PDCA 3) มีการต่อยอดโดยเน้นการสื่อสารและการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยตั้งแต่วะเริ่มต้น ผ่านการพัฒนาสื่อให้ความรู้

ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในกระบวนการรักษามากขึ้น และระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (จากร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 90)

โดยสรุป การเปลี่ยนแปลงในแต่ละวงจรเกิดจากการพัฒนาอย่างเป็นลำดับ เริ่มจากการรับฟังเสียงของผู้ป่วย การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และการออกแบบแนวทางแก้ไขที่สอดคล้องกับปัญหา ส่งผลให้คุณภาพระบบบริการดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและชัดเจน

อภิปรายและสรุปผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจประสบการณ์ของผู้ป่วย พัฒนาระบบบริการ และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดภาวะอวัยวะเชิงกรานหย่อน ผลการดำเนินงานสามารถตอบวัตถุประสงค์ได้ครบถ้วน

ในด้านการสำรวจประสบการณ์ของผู้ป่วย การใช้ทั้งแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกช่วยให้เข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะในประเด็นด้านความสะดวกในการเข้ารับบริการ ความต่อเนื่องของการดูแล และการได้รับข้อมูลที่เพียงพอ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ไม่สามารถสะท้อนจากระบบบริการเพียงอย่างเดียว ข้อมูลดังกล่าวถูกนำไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการอย่างเป็นระบบ เช่น การพัฒนาระบบตารางผ่าตัด การจัดทำ checklist และการปรับลดขั้นตอนบริการ ส่งผลให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงจุด ลดความผิดพลาดของระบบ และเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการให้บริการ ขณะเดียวกัน ในด้านผลลัพธ์

ของผู้ป่วย พบว่าระดับความพึงพอใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะภายหลังการพัฒนาการสื่อสารและการให้ข้อมูลที่ชัดเจน ซึ่งช่วยเพิ่มความเข้าใจ ความมั่นใจ และประสบการณ์การรับบริการโดยรวมของผู้ป่วย

โดยสรุป การนำประสบการณ์ของผู้ป่วยมาเป็นฐานในการพัฒนา (patient-centered care) ร่วมกับการวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยยกระดับคุณภาพบริการได้อย่างเป็นรูปธรรม และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นได้

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

หน่วยงานสามารถนำแนวทางนี้ไปประยุกต์ใช้ โดยเริ่มจากการจัดระบบรับฟังเสียงของผู้ป่วย ควบคู่กับการวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบ และออกแบบแนวทางแก้ไขที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน โดยให้ความสำคัญกับความต่อเนื่องของการดูแล ความถูกต้องของกระบวนการบริการ และการสื่อสารกับผู้ป่วย โดยเฉพาะการให้ข้อมูลตั้งแต่ระยะ

ก่อนการรักษา เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจของผู้ป่วย การพัฒนาควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง พร้อมการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดความยั่งยืน รวมทั้งส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในระยะต่อไป ควรพัฒนาเครื่องมือเก็บข้อมูลและเพิ่มการเก็บข้อมูลเชิงลึก เพื่อสะท้อนประสบการณ์และความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น

การขยายผล

โครงการนี้ได้ขยายผลไปสู่ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกลุ่มอื่น โดยเริ่มเก็บข้อมูลประสบการณ์ของผู้ป่วยตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการในภาพรวม นอกจากนี้ คณะทำงานมีแผนต่อยอดผลการศึกษาไปสู่การพัฒนากระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้มีมาตรฐานที่สูงขึ้น และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. Kuo CH, Martingano DJ, Mikes BA. Pelvic organ prolapse. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2026 Mar 22]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563229>
2. กัญญารัตน์ เชื้อหมอ. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระบังลมหย่อนที่มารับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2014 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/478/pelvic%20organ%20prolapse.pdf>
3. Padoa A, Braga A, Brecher S, Fligelman T, Mesiano G, Serati M. Pelvic organ prolapse: current challenges and future perspectives. *J Clin Med* 2024;13(21):6515. doi:10.3390/jcm13216515.
4. Brown HW, Hegde A, Huebner M, Neels H, Barnes HC, Marquini GV, et al. International urogynecology consultation chapter 1 committee 2: Epidemiology of pelvic organ prolapse: prevalence, incidence, natural history, and service needs. *Int Urogynecol J* 2022 Feb;33(2):173-187. doi: 10.1007/s00192-021-05018-z.
5. Zumrutbas AE. Understanding pelvic organ prolapse: a comprehensive review of etiology, epidemiology, comorbidities, and evaluation. *Soc Int Urol J* 2025;6(1):6. doi:10.3390/siuj6010006.
6. Piya-Anant M, Therasakvichya S, Leelaphatanadit C, Techatrirak K. Integrated health research program for the Thai elderly: prevalence of genital prolapse and effectiveness of pelvic floor exercise to prevent worsening of genital prolapse in elderly women. *J Med Assoc Thai.* 2003;86:509-515.
7. Chuenchompoonut V, Bunyavejchevin S, Wisawasukmongchol W, Taechakraichana N. Prevalence of genital prolapse in Thai menopausal women (using new standardization classification). *J Med Assoc Thai.* 2005;88(1):1-4.
8. Carroll L, O’Sullivan C, Doody C, Perrotta C, Fullen B. Pelvic organ prolapse: the lived experience. *PLoS One* 2022;17(11):e0276788. doi:10.1371/journal.pone.0276788.

9. Bureau M, Carlson KV. Pelvic organ prolapse: a primer for urologists. *Can Urol Assoc J* 2017;11(6 Suppl 2):S125–30. doi:10.5489/cuaj.4634.
10. Özel B, White T, Urwitz-Lane R, Minaglia S. The impact of pelvic organ prolapse on sexual function in women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2006;17(1):14–17.
11. Kow N, Siff L, Ferzandi TR. Nonsurgical vs. surgical treatment options for pelvic organ prolapse: review of the current evidence. *Curr Bladder Dysfunct Rep* 2016;5:172–175.
12. University of Pittsburgh. Patient preparedness for pelvic organ prolapse surgery (PREOP) [Internet]. ClinicalTrials.gov [cited 2025 Jun 29]. Available from: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03836365>

คำแนะนำในการส่งต้นฉบับ

วารสารสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความทางการแพทย์พยาบาลห้องผ่าตัด และการพยาบาลด้านศัลยกรรม ซึ่งผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน กองบรรณาธิการวารสารสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย จึงขอเรียนเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งบทความเพื่อพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ทั้งนี้มีข้อตกลงในการส่งผลงานวิชาการ ดังนี้

1. บทความหรือรายงานการวิจัย หรือนวัตกรรม ที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน หรือ ไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น
2. ข้อความและข้อคิดเห็นต่างๆ ในเนื้อหาเป็น ความรับผิดชอบของผู้เขียน
3. กองบรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่วารสาร กำหนด
4. เมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ ผู้เขียนจะต้อง เป็นสมาชิกของวารสารสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัด แห่งประเทศไทยอย่างน้อย 1 ปี
5. ในกรณีที่บทความ รายงานการวิจัย และ นวัตกรรม ที่ผ่านReviewer ของวารสารแล้ว ไม่สามารถ ถอนคืนได้

ชนิดของบทความที่ตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ (Article) คือ บทความที่มุ่ง ถ่ายทอดความรู้ ความคิด หรือผลการค้นพบ
2. รายงานการวิจัย (Research Article) คือ เรื่องราวที่เป็นผลจากการค้นคว้าทางวิชาการ แล้วนำมาเรียบเรียงอย่างมีระเบียบแบบแผน เรื่องราวที่น่าสนใจ

เขียนรายงานต้องเป็นข้อเท็จจริง หรือความรู้ อันเกิด จากการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการค้นคว้าที่เป็นระบบ มีลักษณะเป็นวิทยาศาสตร์

3. นวัตกรรม (Innovation) คือ การนำสิ่งใหม่ ๆ อาจเป็นแนวความคิด หรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ ๆ ที่ยังไม่ เคยมีใช้มาก่อน หรือเป็นการพัฒนาดัดแปลงจากของ เดิมที่มีอยู่แล้วให้ทันสมัย และได้ผลดีมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงกว่าเดิม ทั้งยังช่วยประหยัดเวลาและ แรงงานได้ด้วย

4. บทความพิเศษ (Reviewed Article) คือ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review)

5. บทความปกิณกะ คือ การถามตอบทั่วไปและ บทความแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ได้รับจากการประชุมที่ เกี่ยวกับการพยาบาลห้องผ่าตัดทั้งในประเทศและต่าง ประเทศ

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับ ต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรม ไมโครซอฟเวิร์ด วินโดวส์ ใช้ตัวอักษร Thai sarabun UPC ขนาด 16 point และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด เอ 4 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้วโดยรอบ ความยาวของรายงาน การวิจัย หรือนวัตกรรมไม่ควรเกิน 12 หน้า ส่วนบทความ วิชาการไม่ควรเกิน 10 หน้า (ไม่รวมเอกสารอ้างอิง) ในหนึ่งหน้ามีความยาวประมาณ 30 บรรทัด สามารถ ใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อหาได้ ให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ

2. ชื่อเรื่อง มีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 20 point

3. ชื่อผู้เขียน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์อยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือขนาดตัวอักษร 14 point ส่วนตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถในหน้าแรก ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีที่มีผู้เขียนหลายคนให้ระบุผู้แต่งหลัก พร้อม E-mail address ด้วย

4. บทคัดย่อภาษาไทยและบทคัดย่อภาษาอังกฤษ บทความทางวิชาการ รายงานการวิจัย และนวัตกรรม ต้องมีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวนไม่เกิน 300 คำ) โดยมีเฉพาะสาระสำคัญครบถ้วน ไม่ต้องใส่ references และคำสถิติในบทคัดย่อ (อาจใส่คำสถิติที่จำเป็นเท่านั้น) และระบุคำสำคัญ (key words) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตรงประเด็นที่เหมาะสม สำหรับการนำไปใช้เป็นคำค้นในระบบฐานข้อมูล โดยใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษาอย่างละไม่เกิน 4 คำ ระบุชื่อผู้เขียนและผู้เขียนร่วมพร้อมทั้งคุณวุฒิอยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือ ชื่อผู้เขียนต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ส่วนตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียน หมายเลขโทรศัพท์/ โทรสาร และ E-mail address ที่สามารถติดต่อได้ พิมพ์เป็นเชิงอรรถในหน้าแรก

5. หัวข้อสังเขป ของแต่ละชนิดของบทความ มีดังนี้

5.1 บทความวิชาการ (Article) ประกอบด้วย

5.1.1 ส่วนบทนำ ระบุความสำคัญของการเขียนบทความ บทความดังกล่าวต้องการให้ความรู้อะไรที่เป็นองค์ความรู้ใหม่และเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพ

5.1.2 วัตถุประสงค์ของการเขียนบทความ

5.1.3 ส่วนเนื้อหา

5.1.4 บทสรุป

5.2 บทความวิจัย (Research Article)

5.2.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมที่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการวิจัย โดยมีข้อมูลทางวิชาการที่น่าเชื่อถือ อ้างอิงและตรวจสอบได้

5.2.2 วัตถุประสงค์การวิจัย และ/หรือ สมมติฐานของการวิจัย

5.2.3 กรอบแนวคิด เขียนให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

5.2.4 วิธีดำเนินการวิจัย บอกชนิดหรือประเภทการวิจัย

1) ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

2) เครื่องมือการวิจัย ระบุเครื่องมือหรือแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยพร้อมวิธีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3) วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล ระบุวิธี ขั้นตอน วัน เวลา สถานที่ และเลขที่ของเอกสารจริยธรรมที่ขอกับหน่วยงาน

4) การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ (สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ) ระบุสถิติที่ใช้ให้เหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด

5.2.5 ผลการวิจัย เสนอผลการวิจัยอย่างชัดเจน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการนำเสนอ ถ้าการวิจัยเป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มีตัวเลขไม่มากนัก ควรใช้คำบรรยาย แต่ถ้ามีตัวเลขหรือตัวแปรจำนวนมาก ควรนำเสนอโดยใช้ตารางหรือแผนภูมิ ทั้งนี้ไม่เกิน 3 ตาราง โดยมีการแปลความหมาย และวิเคราะห์ผลที่ค้นพบ

5.2.6 การอภิปรายควรสอดคล้องกับผลการวิจัยและมีหลักฐานงานวิจัยสนับสนุนผลงานวิจัย ให้ชี้แจงผลการวิจัยว่าตรงกับวัตถุประสงค์ /สมมติฐาน การวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับหลักทฤษฎี หรือผลการวิจัยของผู้อื่นที่มีอยู่ก่อนหรือไม่ การที่ผลการวิจัยออกมาเป็นเช่นใด เพราะเหตุใด

5.2.7 ข้อเสนอแนะ ควรระบุให้เห็นว่าจะนำผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ทางการพยาบาล ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารการพยาบาล การศึกษา การวิจัยอย่างไร

5.3 บทความนวัตกรรม (Innovation)

5.3.1 ระบุความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

5.3.2 ระบุวัตถุประสงค์ เชิงผลลัพธ์ที่ต้องการบรรลุผล

5.3.3 ทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัย ที่สะท้อนให้เห็นถึงการนำไปสู่การพัฒนาวัตกรรม

5.3.4 วิธีดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล ระบุขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมรายละเอียด และการเก็บรวบรวมผลของการใช้นวัตกรรม

5.3.5 สรุปผลการดำเนินการ จัดทำตารางการนำเสนอข้อมูลตามตัวชี้วัดที่กำหนด และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

5.3.6 ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ ระบุข้อเสนอแนะแก่ผู้อ่าน ที่เป็นข้อดีและข้อเสีย เพื่อการนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

5.4 บทความพิเศษ (Review Article) เป็นการนำเสนอบทความที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย

5.4.1 ระบุความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

5.4.2 ระบุวัตถุประสงค์

5.4.3 ทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัย ที่สะท้อนให้เห็นถึงการนำไปสู่การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

6. การส่งไฟล์รูป สำหรับกรณีที่มีรูปภาพเจ้าของบทความต้องส่งไฟล์รูปและคำบรรยายได้ภาพ พร้อมการอ้างอิง ได้ภาพ และส่งไฟล์ภาพแยกกับไฟล์ข้อความ

7. เอกสารอ้างอิงใช้ระบบ Vancouver เอกสารอ้างอิงจะต้องสอดคล้องตรงกันทั้งในเนื้อหา และเอกสารอ้างอิงท้ายบทความใช้รูปแบบของ Vancouver รายละเอียดดังนี้

การอ้างอิงในเนื้อหา

ให้เรียงลำดับเอกสารตามลำดับเลขที่มีการอ้างอิงในเนื้อหาบทความ/ งานวิจัย และหมายเลขที่อ้างอิงต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายบท โดยเรียงจากเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย โดยตัวเลขที่อ้างอิงในเนื้อหาให้เป็นตัวยก (superscript) ใส่ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง กรณีที่อ้างอิงหลายรายการในทีเดียวกันให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่น โดยไม่ต้องเว้นวรรคเพื่อแยกหมายเลขแต่ละหมายเลข

ตัวอย่าง

การปิดกั้นการไหลเวียนของหลอดเลือด อาจทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดเลือดไปเลี้ยงได้^{1,3,5}

การอ้างอิงท้ายบท

บทความจากวารสาร

รูปแบบพื้นฐาน

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อย่อของวารสาร (Title of the Journal). ปีที่พิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

กรณีผู้แต่งที่เป็นชาวต่างชาติ ให้เขียนชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง

ตัวอย่าง ผู้มีพจนานุกรมเดียวหรือหลายคน

St-Arnaud D, Paquin MJ. Safe positioning for neurosurgical patients. AORN J 2008;87: 1156-72.
รัตนา เพิ่มเพ็ชร, เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด: การให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2559;22: 13-24.

กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,) และตามด้วย et al. (คำว่า et al เป็นคำย่อมาจากคำในภาษาละติน คือ et alli หรือ et alia แปลเป็นภาษาอังกฤษว่า “and other”) ภาษาไทยใช้คำว่า “และคณะ”) เช่น Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009;361: 1529-38.

จริญา เลิศอรสมยณิ, เอมอร รักษมณิ, อนุพันธ์ ต้นดวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒติพรณิ วรวิจิโกคาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545;85: 1288-95.

ข้อสังเกต การใช้ตัวอักษร สำหรับชื่อเรื่องให้ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ (Uppercase) เฉพาะอักษรตัวแรกของคำแรกเท่านั้น (ยกเว้นชื่อเฉพาะ) ส่วนชื่อวารสารจะย่อ โดยต้องเป็นไปตามที่กำหนดไว้ใน Index Medicus หรือจาก Website ของ National Library of Medicine ที่ <http://www.nlm.nih.gov> ในกรณีที่วารสารไม่มีชื่อย่อให้เขียนชื่อเต็ม

ตัวอย่าง ผู้นิพนธ์เป็นคณะบุคคล

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension. 2002;40(5): 679-86.

การอ้างอิงหนังสือ/ ตำราทั้งเล่ม

รูปแบบพื้นฐาน

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year).

ตัวอย่าง

Fuller JK. Surgical technology: Principles and practice. 7th ed. St.Louis: Saunders; 2017.

อุษาวดี อัครวิเศษ. ความก้าวหน้าทางการพยาบาลปริศลยกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.

การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและมีบรรณาธิการ

รูปแบบพื้นฐาน

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบท (title of chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ/editor(s). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

Ball KA. Surgical modalities. In: Rothrock JC, McEwen DR, editors. Alexander's care of the patient in surgery. 14th ed. St. Louis: Elsevier; 2011. p. 204-49.

กิริติกันต์ ป้ายงูเหลือม. การทำให้เครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัดปลอดเชื้อ. ใน: ศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติตระกูล, เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, บรรณาธิการ. การพยาบาลปริศลยกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ออฟเซ็ทพลัส; 2559. หน้า 99-119.

วิทยานิพนธ์/ ดุษฎีนิพนธ์

รูปแบบพื้นฐาน

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา].เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา

ตัวอย่าง

Monkong S. Psychometric analysis of family care action index (FCAI) in the Thai population [dissertation]. Portland, Oregon Health & Science University; 2003.

เบญจมาภรณ์ พูลสวัสดิ์. ผลการฝึกการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลก่อนและหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูก [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.

บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต**รูปแบบพื้นฐาน**

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วัน];ปีที่: [หน้า/about screen]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

Sam PR. Caring for a patient with moyamoya disease: a case report. Indian J Cont Nsg Edn [internet]. 2015 [cited 2021 May 28]; 16: 23-9. Available from: <https://www.ijcne.org/text.asp?2015/16/2/23/284857>

ฉัตรสุตา กานกายนต์, อภริณี เจริญกุล, วิทยา วาโย. การชะลอการเกิดข้อเข่าเสื่อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ. ราชบัณฑิตยบาลสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ

18 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/issue/view/16647>

บทความที่มีรหัสประจำบทความ

Digital Object Identifier; DOI เป็นหมายเลขมาตรฐานประจำเอกสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ตช่วยให้สืบค้นข้อมูลได้อย่างถาวร

ตัวอย่าง

Houba A., Laariba N, Meziane M, Jaafari A, Abouelalaa K, Bensghir M. Moyamoya disease in a Moroccan baby: a case report. J Med case Rep 2018;12: 165 DOI: 10.1186/s13256-018-1642-y

ฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต (Database)

เป็นรูปแบบที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ตามข้อมูลที่จะนำมาอ้างอิง

ตัวอย่าง

Ratner D, Elston DM. Suturing techniques technique [Internet]. 2020 [cited 2021 June 11]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/1824895-technique>

กรมการแพทย์. แนวปฏิบัติการจัดการและการผ่าตัดในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8182>

เนื้อหาบทความหรือข้อคิดเห็นต่างๆ ในวารสารสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทยนี้เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนบทความนั้น ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หรือ สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย

การส่งต้นฉบับ

ส่งรายงานต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด (Hard Copy) พร้อมข้อมูลที่บันทึกในรูปแบบ microsoft word 97-2003 ลงบนแผ่นซีดี พร้อมทั้งระบุชื่อเรื่องและชื่อผู้แต่งภาษาไทยบนแผ่นซีดี และกรุณาพิมพ์บันทึกข้อความเป็นเอกสาร นำส่ง (เอกสารตัวอย่าง) พร้อมระบุที่อยู่ซึ่งสามารถติดต่อได้สะดวกสำหรับส่งเอกสารเพื่อแก้ไข เบอร์โทรศัพท์ E-mail ที่สามารถติดต่อกลับทั้งในเอกสารที่ส่งและหน้าจอ และส่งมาที่

ที่บรรณาธิการ

บรรณาธิการวารสารสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย

ที่อยู่

สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย

เลขที่ 1/237 อาคารสีลมแกรนด์เทอร์ส ถ.ศาลาแดง แขวงสีลม

เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

ตัวอย่างเอกสารนำส่ง

บันทึกข้อความ

วันที่..... เดือน..... ปี.....

เรื่อง.....

เรียน บรรณาธิการ

เอกสารที่ส่งมาด้วย 1. บทความเรื่อง.....

2. แผ่นซีดีจำนวน.....แผ่น

ดิฉัน (ระบุชื่อ นามสกุล คำนำหน้านาม) ขอส่งบทความเรื่อง.....

พร้อมทั้งส่งแผ่นซีดีซึ่งได้บันทึกเป็น microsoft word -2003 เรียบร้อยแล้ว เมื่อผ่านผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว สามารถติดต่อกลับมายังที่อยู่ดังนี้

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไป

ลงลายมือชื่อ.....

(.....)



ใบสมัครสมาชิการรสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย

ชื่อ – สกุล (ตัวบรรจง) ☐ สมัครใหม่ ☐ ต่ออายุสมาชิการร

ที่อยู่ (สำหรับส่งวารสาร)

สถานที่ / เลขที่ ตำบล / แขวง

อำเภอ / เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

เบอร์โทรศัพท์ E-mail:

มีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิการรพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย

ประเภท ☐ 1 ปี 200 บาท (2 เล่ม) ☐ 2 ปี 360 บาท (4 เล่ม) ☐ 3 ปี 540 บาท (6 เล่ม)

ชำระค่าสมัคร เข้าบัญชีออมทรัพย์
ชื่อบัญชี สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย
เลขที่ 045-5-03358-5

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขาสาขาวัดไทย
จำนวนเงิน บาท (.....)
ลายเซ็นผู้สมัคร.....
วันที่ เดือน พ.ศ.....

แนบสำเนาใบสมัครและหลักฐานการชำระเงิน
ส่งมาที่ :
สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย
1/237 อาคารสีลมแกรนด์เทอร์ส อ.สาละแดง แขวงสีลม
เขตบางรัก จ.กรุงเทพฯ 10500 โทรศัพท์ 02-6320003
มือถือ 087-1132270 โทรสาร 02-6320004 www.tpna.or.th
E-mail : tpna.association@gmail.com

หมายเหตุ : กำหนดออกวารสารปีละ 2 ฉบับ (มกราคม – มิถุนายน) (กรกฎาคม – ธันวาคม) (**ราคาสมัครรวมค่าจัดส่ง**)

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกเท่านั้น

ได้ให้วารสารไป ณ.วันสมัคร

☐ ให้แล้ว ☐ ไม่ได้ให้

เล่มปี พ.ศ.

ฉบับที่

เล่มปี พ.ศ.

ฉบับที่

☆ เริ่มต้นที่เล่ม ☆

พ.ศ. / ฉบับที่

--	--	--	--	--

จำนวนเงิน บาท (.....)

รหัสธนาคาร.....ว / ค / ป.

ออกใบเสร็จเลขที่ เล่มที่

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับ.....

รวมหนังสือที่ได้รับแล้ว..... เล่ม

หมายเหตุ

.....
.....



ใบสัญญาลงโฆษณา / แจ้งความจำนง / อภินันทนาการใน วารสารสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย

เขียนที่

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เรียน นายกสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

บริษัท,ห้างร้าน,ร้าน..... ที่อยู่.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรสาร..... เบอร์มือถือ

มีความประสงค์ลงโฆษณาในวารสารสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย จำนวน ฉบับ
ตั้งแต่ ฉบับ.....เดือน พ.ศ. ตามอัตราค่าโฆษณา ดังนี้

	อัตรา/ครั้ง	อัตรา/ปี
☐ ปกหลังด้านนอก	☐ 6,000 บาท	☐ 11,000 บาท
☐ ปกหลังด้านใน	☐ 4,500 บาท	☐ 8,000 บาท
☐ ปกหน้าด้านใน	☐ 4,500 บาท	☐ 8,000 บาท
☐ ในเล่มเต็มหน้า	☐ 2,500 บาท	☐ 4,000 บาท
☐ ใบแทรกเย็บติดเล่ม	☐ 2,500 บาท	☐ 4,000 บาท
▶▶ ทางสมาคมฯ กำหนดออกวารสารปีละ 2 ฉบับ (ม.ค.-มิ.ย., ก.ค.-ธ.ค. ของทุกปี) ◀◀		

ข้อความที่ข้าพเจ้าประสงค์ลงในโฆษณาได้แนบมากับใบสัญญาแล้ว รวมทั้งแม่พิมพ์ จำนวน ชิ้น
หรือใบแทรก จำนวน แผ่น

ลงชื่อ ผู้แจ้งลงโฆษณา

(.....)

ลงชื่อ ผู้รับแจ้งลงโฆษณา

(.....)

หมายเหตุ : 1.) ส่งจ่ายเช็คในนาม “สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย” หรือ นำเงิน

เข้าบัญชีออมทรัพย์ “สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย” เลขที่ 045-5-03358-5

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาสาทรเขตไทย

2.) ส่งใบสัญญาโฆษณา แม่พิมพ์ หรือใบแทรกโฆษณา พร้อมหลักฐานการชำระเงิน มาที่

สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย เลขที่ 1/237 อาคารสีลมแกรนด์เทอร์ส อ.ศาลาแดง

แขวงสีลม เขตบางรัก จ.กรุงเทพฯ 10500 ☎02-6320003 FAX.02-6320004

