



# บันทึกข้อความ

รับที่ 9502. ๕  
 - ๘ พ.ย. ๒๕๖๔  
 ๖๘.3๐  
 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
 สำนักงานการแพทย์  
 รับเลขที่ 18570  
 วันที่ ๕ พ.ย. ๒๕๖๔  
 เวลา 18-00  
 โรงพยาบาลราชวิถี

ส่วนราชการโรงพยาบาลกลาง (งานศึกษาและฝึกอบรม ฝ่ายวิชาการและแผนงาน โทร.๐-๒๒๒๐-๘๐๐๐ ต่อ ๑๑๒๓๕)

ที่ กท ๐๖๐๕/ ๑๐๖๖๓

วันที่ ๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ สพบ.

เรื่อง ขอส่งรายงานตัวกลับเข้าปฏิบัติราชการและรายงานการศึกษา (ราย นายอาทิตย์ เอ๋โยน)

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์

ตามที่กรุงเทพมหานครได้มีหนังสือที่ กท ๐๔๐๑/๗๔๔ ลงวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๒ อนุมัติให้ นายอาทิตย์ เอ๋โยน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง สำนักงานการแพทย์ ลาศึกษาในประเทศ ระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยทุนประเภท ๑ (ก) ใช้เวลาราชการ มีกำหนด ๒ ปี ๘ วัน รายละเอียด ดังนี้

๑. การอบรมหลักสูตรเตรียมความพร้อมเชิงวิชาการก่อนเข้ารับการศึกษา
  - อบรมฟื้นฟูความรู้สรีรวิทยา ในวันที่ ๓๑ กรกฎาคม , ๑ - ๒ , ๕ - ๖ สิงหาคม ๒๕๖๒ จำนวน ๕ วัน
  - อบรมโปรแกรม SPSS ในวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๒ จำนวน ๑ วัน
๒. การประชุมพิเศษของหลักสูตร และบัณฑิตวิทยาลัย ระหว่างวันที่ ๗ - ๘ สิงหาคม ๒๕๖๒ จำนวน ๒ วัน
๓. การศึกษาตามหลักสูตร ตั้งแต่วันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๒ ถึงวันที่ ๑๒ สิงหาคม ๒๕๖๔ จำนวน ๒ ปี นั้น

ในการนี้ข้าราชการดังกล่าวได้เสร็จสิ้นการศึกษาในหลักสูตรดังกล่าวแล้ว และได้รายงานตัวกลับเข้าปฏิบัติราชการ ตั้งแต่วันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๔ และได้ชี้แจงเหตุผลในการรายงานตัวกลับล่าช้า เนื่องจากสถาบันการศึกษายังไม่สามารถออกหนังสือส่งตัวกลับเข้าปฏิบัติราชการได้จนกว่าจะผ่านการทำวิทยานิพนธ์ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการบัณฑิตวิทยาลัย โดยคาดว่าจะได้รับหนังสือส่งตัวกลับเข้าปฏิบัติราชการในวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ดังนั้นโรงพยาบาลกลางจึงขอส่งแบบรายงานตัวกลับเข้าปฏิบัติราชการ , รายงานการศึกษา , หนังสือรับรองการศึกษา และบันทึกชี้แจงการรายงานตัวกลับเข้าปฏิบัติราชการล่าช้าตามที่แนบมาพร้อมนี้ เพื่อดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นายสมเกียรติ อัครโรจน์พงษ์)

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฝ่ายการแพทย์  
 วิชาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

- กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ
- กลุ่มงานพัฒนาการบริหาร

(นางรัตนา มุลนางเดี่ยว) ส.พ.จ. ๕๔

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ ส่วนพัฒนาบุคลากร

วิชาการในตำแหน่งผู้อำนวยการส่วนพัฒนาบุคลากร

สำนักงานพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ สำนักงานการแพทย์

หม่อมคุณ สุทธิลา ตำแหน่ง กอ ๑๒

แบบรายงานตัวกลับเข้าปฏิบัติราชการของข้าราชการ

ข้าพเจ้าชื่อ นาย อาทิตย์ ..... นามสกุล ..... เอ๋ไฉน .....  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ..... สังกัด งาน/ฝ่าย/โรงเรียน ..... ฝ่ายการพยาบาล  
กอง ..... โรงพยาบาลกลาง ..... สำนัก/สำนักงานเขต ..... การแพทย์ .....  
ซึ่งได้รับอนุมัติไปศึกษาในประเทศ ระดับปริญญาโท .....  
หลักสูตร ..... พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ..... สาขาวิชา ..... การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ  
ณ ..... คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ..... โดยทุนประเภท (ก) .....  
 ใช้  ไม่ใช้ เวลาราชการ มีกำหนด ..... ๒ ..... ปี ..... - ..... เดือน ..... ๘ ..... วัน  
ตั้งแต่วันที่ ๓๑ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ วันที่ ๑-๒, ๕-๙ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ และ  
วันที่ ๑๓ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ถึงวันที่ ๑๒ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔  
ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๔๐๑/ ๗๔๔ ..... ลงวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๒  
ขณะนี้ได้กลับเข้าปฏิบัติราชการตั้งแต่วันที่ ๑๓ ..... เดือน สิงหาคม ..... พ.ศ. ๒๕๖๔  
โดยได้  สำเร็จการศึกษาตามที่หลักสูตรกำหนดแล้วตั้งแต่วันที่ ๒ ..... เดือน เมษายน ..... พ.ศ. ๒๕๖๔  
 เสร็จสิ้นการศึกษาตามที่หลักสูตรกำหนดแล้วแต่ยังไม่สำเร็จการศึกษาเนื่องจาก .....  
..... อยู่ระหว่างอนุมัติรับปริญญา มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารแนบชี้แจง .....

ลงชื่อ ..... *อาทิตย์ เอ๋ไฉน* ..... ผู้รายงาน  
( นายอาทิตย์ เอ๋ไฉน )

ลงชื่อ ..... *[Signature]* ..... ผู้รับรอง  
( นายสมเกียรติ อิศวโรจนพงษ์ )  
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง ฝ่ายการแพทย์  
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

หมายเหตุ ผู้ลงนามรับรองจะต้องเป็นระดับผู้อำนวยการกองขึ้นไป

รายงานการศึกษา ผูกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ  
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

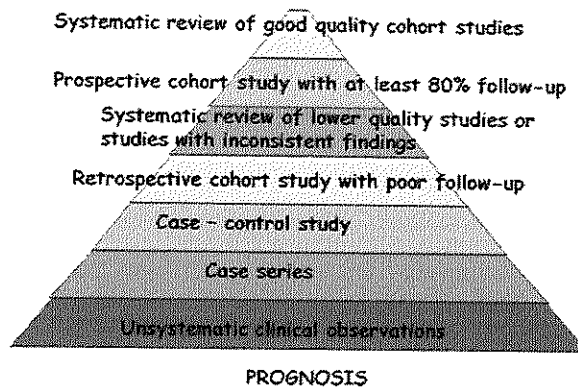
- ๑.๑ ชื่อ - นามสกุล..... นายอาทิตย์ เอ๋อไฉน.....  
อายุ ๒๗ ปี การศึกษา..... พยานาสศาสตรมหาบัณฑิต.....  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน..... เพศวิทยาคลินิก.....
- ๑.๒ ตำแหน่ง..... พยานาสวิชาปฏิบัติการ.....  
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)..... ดูแลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและผู้ป่วยวิกฤติ.....
- ๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร..... พยานาสศาสตรมหาบัณฑิต.....  
สาขา..... การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ.....  
เพื่อ  ศึกษา  ผูกอบรม  ประชุม  ดูงาน  สัมมนา  ปฏิบัติการวิจัย  
งบประมาณ  เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร  เงินบำรุงโรงพยาบาล  
 ทุนส่วนตัว
- จำนวนเงิน..... ๑๘๐,๐๐๐..... บาท  
ระหว่างวันที่ ๓๑ เดือน กรกฎาคม พ.ศ..... ๒๕๖๒..... วันที่ ๑-๒, ๕-๙ เดือน สิงหาคม  
พ.ศ..... ๒๕๖๒..... และวันที่ ๑๓..... เดือน สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๒..... ถึงวันที่ ๑๒ เดือน  
สิงหาคม พ.ศ..... ๒๕๖๔..... สถานที่..... คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.....  
คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ..... ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และ  
ผู้สูงอายุ)..... และระหว่างการศึกษาได้รับวุฒิปัตร
๑. Certificate การพัฒนาศักยภาพด้านการสอนสำหรับพยาบาลที่เลี้ยง รุ่นที่ ๒  
๒. Certificate การทดสอบการเดินในพื้นที่ราบ ในระยะเวลา ๖ นาที  
๓. Certificate หลักสูตรเพศวิทยาคลินิก (Diploma in Clinical Sexology)  
๔. Certificate จริยธรรมในคนมหาวิทยาลัยมหิดล  
๕. Certificate หลักสูตรอบรมออนไลน์ด้านการปฏิบัติการทางคลินิกที่ดี Good Clinical  
Practice (GCP) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ผูกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย  
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

- ๒.๑ วัตถุประสงค์
- ๒.๑.๑ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถนำความรู้จากทฤษฎีที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ  
และเกิดความเข้าใจในกระบวนการทางความคิด และใช้ทักษะวิจัยทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ๒.๑.๒ เพื่อพัฒนาสมรรถนะของการพยาบาลเชิงลึกทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- ๒.๑.๓ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่เข้ารับการผูกอบรมได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสามารถสร้าง  
เครือข่ายในการปฏิบัติงานได้

๒.๒ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต เริ่มต้นด้วยกระบวนการเรียนรู้ในการปรับตัวเข้าสู่พื้นฐานการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุระดับสูง ในเนื้อหาสาระวิชาในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในการประยุกต์ใช้ การส่งเสริมภาวะสุขภาพ ทฤษฎีการพยาบาลตลอดจนการทบทวนวิจัยและกระบวนการทางการพยาบาลขั้นสูง

การทบทวนวรรณกรรมวิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้หลัก Prognosis Evidence Pyramids ของ Jeanne Grace RN PhD Emeritus Clinical Professor of Nursing University of Rochester Rochester, New York, USA



การประยุกต์ใช้ในระบบสุขภาพได้ศึกษากระบวนการระบบสุขภาพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ปัญหาสุขภาพ ความต้องการการดูแล (HealthCare Need Problem) และการจัดบริการดูแล (Care Component)

พบปัญหาและความต้องการการดูแลปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ดังนี้

๑. Anemia จากการศึกษาพบว่าหลังจากการผ่าตัดภาวะความเข้มข้นของเลือด (Hct) < ๓๐ % ถือว่ามีภาวะซีด (Llanos, G. et al., ๒๐๑๖) จากการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วย Hct อยู่ในระดับ ๓๐-๔๐% จำนวน ๕ ราย (๕๐%) และ Hct < ๓๐% จำนวน ๕ ราย (๕๐%) และต้องตรวจสอบสาเหตุเพิ่มเติมว่าที่มีภาวะซีดนั้นเกิดจากอะไร โดยประเมินจาก ๑. มีภาวะซีดก่อนผ่าตัดหรือไม่ พบว่าผู้ป่วย ๑๐ ราย (๑๐๐%) มี Hct ก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับปกติ (๓๐-๔๐%) ๒. ติดตามค่า MCV ถ้าน้อยกว่า < ๘๐ fl แปลว่ามีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งจากการติดตามผู้ป่วยพบว่า MCV อยู่ในระดับปกติ ๘๐-๘๖ fl จำนวน ๑๐ คน (๑๐๐%) ๓. ติดตามค่า MCH ถ้าน้อยกว่า < ๒๘ pg/h แปลว่ามีภาวะซีดจากการขาดวิตามินบี๑๒ ซึ่งจากการติดตามผู้ป่วยพบว่า MCV อยู่ในระดับปกติ ๒๘ - ๓๓ pg/h จำนวน ๑๐ คน (๑๐๐%) (Llanos, G. et al., ๒๐๑๖)

สรุป: ผู้ป่วยมีสาเหตุภาวะซีดหลังจากการผ่าตัด (Hct) < ๓๐ % จำนวน ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๐

แนวทางการแก้ไขปัญหา (care component): จากการสังเกตและการศึกษาบริบทหอผู้ป่วยพบว่าพยาบาลมีการประเมิน Observer Bleeding แผลผ่าตัดและสายระบาย และ Sign Anemia หากพบภาวะผิดปกติจะติดตามรายงานแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษา แก้ไขในภาวะแทรกซ้อนทันที แต่ยังไม่พบแนวทางการดูแล (NO MEWS)

๒. Risk for Bleeding จากการศึกษาประเมิน HAS-BLED Score พบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงของการเลือดออกปานกลาง (๑-๒ =คะแนน) จำนวน ๑๐ ราย (๑๐๐%) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิดพบว่า ๑. ASA ๑

ราย (๑๐%) ๒.ASA+ Plavix ๕ ราย (๕๐%) ๓.ASA+ Plavix+ Warfarin ๓ ราย (๓๐%) และ ๔.ASA+ Warfarin ๑ ราย (๑๐%) โดยติดตามเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก ๑.ติดตามค่า INR ค่าปกติ ๒-๓ พบว่า INR < ๒ จำนวน ๕ ราย (๕๐%) ๒.ติดตามค่า PT ค่าปกติ ๑๑-๑๓ พบว่าค่าPT >๑๓ จำนวน ๕ ราย(๕๐%) และค่าPT <๑๑จำนวน ๑ ราย (๑๐%) (ภัทรชยา สวัสดิ์วงษ์และคณะ, ๒๕๖๐)

สรุป: ผู้ป่วยไม่พบ Bleeding แต่มีความเสี่ยงของการเลือดออกปานกลาง (๑-๒ =คะแนน) จำนวน ๑๐ ราย (๑๐๐%)

แนวทางการแก้ไขปัญหา (care component): พยาบาลในหอผู้ป่วยมีการประเมิน MEWS : Warfarin ในหน่วยงานตาม เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin จะได้รับการประเมินและเฝ้าระวังตั้งแต่การเริ่มใช้ยา โดยมีการเฝ้าระวังปัจจัยต่างๆ เช่น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยา ปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้เลือดออกง่าย ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากยิ่งขึ้น และสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา warfarin ตาม KPI: พบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ใช้ Guideline Warfarin ต้องไม่เกิน ๐ % และในปี ๒๕๖๒ ได้ ๐ % เท่าที่ตั้งเป้าหมายไว้ จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่พบภาวะ Bleed

๓.Arrhythmia จากการประเมิน MEWS: Tachyarrhythmia post cardiac surgery ประกอบด้วย symptom, pain, electrolyte, hypoxia และ temperature ซึ่งปัจจัยการเกิดภาวะผิดปกติของคลื่นหัวใจ พบว่าผู้ป่วยคลื่นหัวใจเต้นผิดจังหวะหลังผ่าตัด CABG ๓ ราย (๓๐%) แบ่งเป็นหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว(AF) ๒ ราย (๒๐%) และSinus Tachycardia ๑ ราย(๑๐%) โดยประเมินจาก ๑.ติดตามสมดุสสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ พบว่าค่าElectrolyte มีความผิดปกติตั้งนี้จากจำนวนผู้ป่วย ๑๐ ราย พบว่า ๑.Na จำนวน ๓ ราย (๓๐%) ๒.K จำนวน ๑ ราย (๑๐%) ๓.Cl จำนวน ๒ ราย (๒๐%) ๔.HCO<sub>3</sub> จำนวน ๔ ราย (๔๐%) ๕.Mg จำนวน ๔ ราย (๔๐%) ๖.Ca จำนวน ๑ ราย (๑๐%) ๒.ติดตามอุณหภูมิร่างกายพบผู้ป่วยอุณหภูมิ >๓๗.๔ oC ๑ ราย (๑๐%) และอุณหภูมิ <๓๖.๕oC ๕ ราย (๕๐%) ๓.ภาวะHypoxia จากการศึกษาไม่พบผู้ป่วยเกิดภาวะHypoxia ร้อยละ ๑๐๐ ๔.Pain (Post-op day ๒ Paracetamol Control q ๖ hr) พบผู้ป่วยไม่มีอาการปวด ๑ ราย (๑๐%) ระดับ Mild pain (๑-๓ คะแนน) ๘ ราย (๘๐%) ระดับ Moderate Pain (๔-๖ คะแนน) ๑ ราย (๑๐%) และ๕. ประเมินจากอาการทั่วไป เช่นเหนื่อยหอบ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย ๒ ราย (๒๐%) ที่มีการหายใจผิดปกติ(Koh, L. Y. & Hwang, N. C., ๒๐๒๐; ศศิยา ศิริรัตนวงกูร, ๒๕๖๒)

สรุป: พบว่าผู้ป่วยคลื่นหัวใจเต้นผิดจังหวะหลังผ่าตัดCABG ๓ ราย (๓๐%) แบ่งเป็นหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว(AF) ๒ ราย(๒๐%) และSinus Tachycardia ๑ ราย(๑๐%)

แนวทางการแก้ไขปัญหา (care component): พยาบาลในหอผู้ป่วยมีการติดตามภาวะแทรกซ้อนการเกิดภาวะคลื่นหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยติดตามMonitor EKGทุกรายอย่างใกล้ชิดทั้ง ๒๓ เตียง และจะดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยใน Cell ๑ เป็นพิเศษเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่เพิ่งรับย้ายกลับจาก ICU ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษและยังมีอาการไม่คงที่ พยาบาลหัวหน้าทีมจะมีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ ๑๐ ขึ้นไป ซึ่งเป็นระดับExpert และผ่านการอบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกในทุกแคว มีการติดตาม KPI: ในหน่วยงานได้แก่ ๑.อุบัติการณ์การเกิด Cardiac arrest from AF with RVR ในระยะ Intermediate ไม่เกิน ๐ ราย ๒.การเกิด Stroke จาก cardiac arrhythmia ในระยะ Intermediate < ๓% หน่วยงานมีความพร้อมในด้านทรัพยากร และทักษะการแก้ไขปัญหา โดยพยาบาลในหอผู้ป่วยจะใช้แนวทางปฏิบัติเฝ้าระวังอาการของภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะโดยการใช้ MEWS: Tachyarrhythmia post cardiac surgery เสมอทุกราย มีการพัฒนา CNPG ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG จัดทำโครงการเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลในการ

ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ตลอดจนอบรมเพื่อเพิ่มทักษะการทำ AED เมื่อมีภาวะฉุกเฉิน Cardiac arrhythmia แบบ Ventricular tachycardia (VT) และ Ventricular fibrillation (VF) สำหรับบุคลากรพยาบาลทั้งภายในและนอกโรงพยาบาล

๔.Pain (Post-op day ๒ Paracetamol Control q ๖ hr) เนื่องจากการประเมิน Pain ใน Day ๑ อยู่ในบริบทของ ICU CVT ข้าพเจ้าจึงเก็บข้อมูลเป็น Post-op day ๒ เนื่องจากรับย้ายผู้ป่วยมาจาก ICU CVT มีการใช้แบบประเมิน ๑.Wong-Baker Faces Pain Rating scale ๒.Numeric Pain Rating scale พบผู้ป่วยไม่มีอาการปวด ๑ ราย (๑๐%) ระดับ Mild pain (๑-๓ คะแนน) ๘ ราย (๘๐%) ระดับ Moderate Pain (๔-๖ คะแนน) ๑ ราย (๑๐%) และไม่พบผู้ป่วย Severe Pain (Schnakers et al., ๒๐๑๐)

สรุป: พบว่าผู้ป่วยมี Pain อยู่หลัง Post-op day ๒ (Paracetamol Control q ๖ hr) พบผู้ป่วยมีอาการปวดระดับ Mild pain (๑-๓ คะแนน) ๘ ราย (๘๐%) ระดับ Moderate Pain (๔-๖ คะแนน) ๑ ราย (๑๐%)

แนวทางการแก้ไขปัญหา (care component): จากการศึกษาบริบทในหน่วยงานพบว่าการมอบหมายบุคลากรเป็นหัวหน้าและสมาชิกโครงการพัฒนาคุณภาพ เรื่อง Pain management มีการเข้าส่งพยาบาลเข้าอบรมการจัดการความปวด และได้มีใช้แนวทางการปฏิบัติตามแบบประเมินในการสำรวจ และได้รับการแก้ไขเมื่อเกิด Pain โดยได้รับยา Opioid, Paracetamol ตามแผนการรักษา และมีหมอน Support เวลาไอหรือเคลื่อนไหวร่างกาย จากการศึกษาในหอผู้ป่วยพบว่าไม่มีการประเมิน Pain ซ้ำจากการศึกษาในบันทึกการพยาบาล ทำให้บกพร่องในด้านการพยาบาล

๕.Infection โดยติดตาม ๑. ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลก่อนผ่าตัด(กมลเนตร สิงหะพลและคณะ, ๒๕๕๗) พบว่าระยะเวลา < ๓วัน ๗ ราย(๗๐%) และระยะเวลา >๓วัน ๓ ราย(๓๐%) ๒. อุณหภูมิร่างกาย พบผู้ป่วย อุณหภูมิ >๓๘.๐C ๑ ราย (๑๐%) อุณหภูมิ <๓๖.๐๐C ๕ ราย (๕๐%) และอุณหภูมิปกติ ๔ ราย (๔๐%)(Gokalp, O. et al., ๒๐๑๘) ๓. จำนวนเม็ดเลือดขาว(WBC) ระดับ Normal ๓ ราย (๓๐%) และ Abnormal ๗ ราย(๗๐%) ๔.จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาฆ่าเชื้อ จำนวน ๓ ราย(๓๐%) ๕.ระยะเวลาของการผ่าตัด > ๒๔๐ min พบ ๗ ราย (๗๐%) ระยะเวลาของการผ่าตัด < ๒๔๐ min พบ ๓ ราย (๓๐%)(กมลเนตร สิงหะพล และคณะ, ๒๕๕๗)

สรุป: พบว่าผู้ป่วยมีภาวะ Infection ที่ได้รับการรักษาด้วยยาฆ่าเชื้อ จำนวน ๓ ราย (๓๐%)

แนวทางการแก้ไขปัญหา (care component): จากการศึกษาในบริบทหน่วยงานมีการประเมินการติดตามภาวะติดเชื้อของแผลผ่าตัด โดยใช้หลักเกณฑ์การประเมิน SIRS (Marik, P. E., ๒๐๑๗) จากการสังเกตการดูแลแผลผ่าตัดภายในหน่วยงาน พบว่าแพทย์จะเป็นผู้ที่เปิดทำความสะอาดแผลเอง มักจะเปิดทำความสะอาดพร้อมกับวันที่นำสาย chest drain ออก ส่วนในกรณีที่แผลมี discharge ซึมผ้าก๊อช พยาบาลจะรายงานแพทย์ให้แพทย์เป็นผู้ที่ทำความสะอาด และในวันที่ผู้ป่วยกลับบ้านแพทย์จะทำการประเมินแผลและทำความสะอาดแผลอีกครั้ง ในกรณีที่แพทย์ยังไม่เปิดทำ จะมี Nurse educator ๑ ท่าน ประเมินแผลผ่าตัด และทำความสะอาดแผลเอง ซึ่งในหอผู้ป่วยไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลแผลผ่าตัดภายในหน่วยงาน

๖.Lung complication จากการศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ๑๐ ราย พบว่า ๑. มีอัตราการหายใจผิดปกติ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย ๒ ราย (๒๐%) ๒. มีผล Chest X-Ray Abnormal ๕ ราย (๕๐%) ๓.Lung sound Abnormal ๕ ราย (๕๐%) ๔.มีการใช้อุปกรณ์ช่วยป้องกัน Hypoxia พบว่ามีการใช้ O๒ Cannular ๒ ราย (๒๐%) และ ๕.สมดุลน้ำในร่างกาย(I/O) พบว่า Negative ๓ ราย(๓๐%) และ Positive ๖ ราย(๖๐%)(Jawitz, O. K. et al., ๒๐๒๐)

สรุป: พบว่าผู้ป่วยมีภาวะ Lung complication หลังผ่าตัดCABG ๕ ราย (๕๐%) ที่มี Lung sound และ Chest X-Ray ผิดปกติ ผู้ป่วยหายผิดปกติ และมีการใช้อุปกรณ์ช่วยป้องกัน Hypoxia เป็น O<sub>2</sub> Cannular ๒ ราย (๒๐%)

แนวทางการแก้ไขปัญหา (care component): จากการศึกษาในบริบทหน่วยงานพยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยจะปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล Clinical Pathway CABG (ภาคผนวก) โดยการพยาบาลจะเริ่มที่ Post op Day ๒ จะได้รับการประเมิน Record I/O q ๘ hr ดูแลให้Oxygen therapy ติดตามChest และRecord BW ตามแผนการรักษา และเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน พยาบาลหัวหน้าเวรจะรายงานแพทย์เพื่อทำการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นทันที

๗. Renal impairment จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ผลทำให้เกิดAKI ได้แก่ ระยะเวลาของการผ่าตัด > ๒๔๐ min ระยะเวลาที่ใช้ CBP > ๑๒๐ min และระยะเวลาAox > ๙๐min จะมีโอกาสทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น เช่น Ischemia, Heart failure และภาวะไตวายเฉียบพลันได้(ภัทรชยา สวัสดิ์วงศ์และคณะ, ๒๕๖๐; ศศิยา ศิริรัตนวารการ., ๒๕๖๒) จากการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยใช้ระยะเวลาของการผ่าตัด > ๒๔๐ min พบ ๗ ราย (๗๐%) ระยะเวลาของการผ่าตัด < ๒๔๐ min พบ ๓ ราย (๓๐%) ระยะเวลาที่ใช้ CBP > ๑๒๐ min พบ ๗ ราย (๗๐%) ระยะเวลาที่ใช้ CBP < ๑๒๐ min พบ ๓ ราย (๓๐%) ระยะเวลาAox > ๙๐min พบ ๘ ราย (๘๐%) และระยะเวลา Aox < ๙๐min พบ ๒ราย (๒๐%) (ภัทรชยา สวัสดิ์วงศ์และคณะ, ๒๕๖๐; ศศิยา ศิริรัตนวารการ., ๒๕๖๒) ประกอบกับติดตามค่าผล BUN Cr และ eGFRที่เปลี่ยนแปลงโดยใช้การประเมิน KDIGO พบว่าการเปลี่ยนแปลงของ BUN Cr และ eGFRแรกรับผู้ป่วยกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีค่า BUN พบ ๔ ราย (๔๐%) Cr พบ ๔ ราย (๔๐%) และ eGFR พบ ๔ ราย (๔๐%) ซึ่งจากการศึกษากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติดูแลผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเป็น CKD จำนวน ๔ ราย (๔๐%) (Shahram, A. et al., ๒๐๑๙)

สรุป: จากการศึกษาไม่พบ Renal impairment แต่กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติดูแลผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเป็น CKD จำนวน ๔ ราย (๔๐%) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดจากการประเมิน KDIGO

แนวทางการแก้ไขปัญหา (care component): จากการศึกษาในบริบทหน่วยงานพยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยจะปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล Clinical Pathway CABG (ภาคผนวก) โดยการพยาบาลจะเริ่มที่ Post op Day ๒ จะได้รับการ Record I/O q ๘ hr เท่านั้น และสามารถประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นจากผลการตรวจล่าสุดจากห้องปฏิบัติการหลังผ่าตัด เมื่อรับย้ายจากICU CVT จากการศึกษาพบว่าในหอผู้ป่วยไม่มีแนวปฏิบัติการดูแลภาวะ Renal impairment ภายในหน่วยงาน

๘. Prolong Length of stay ประเมินจากการแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็น KPI: อัตราจำนวนวันนอนหลังผ่าตัดCABG น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๗ วัน จากการศึกษาพบผู้ป่วย ๑๐ ราย พบว่า ระยะเวลาอนโรงพยาบาลทั้งหมด (LOS) < ๗ วัน พบ ๒ ราย (๒๐%) ระยะเวลา > ๗ วัน พบ ๖ ราย (๖๐%) และยังได้รับการรักษาอยู่จำนวน ๒ ราย (๒๐%) โดยผู้ป่วยที่มี Prolong LOS นั้นส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนที่กล้ำขำตัน และประกอบกับการประเมินจาก Ambulation ผู้ป่วยหลังผ่าตัด Day ๒ ซึ่งรับกลับจากICU CVTโดย Active Ambulation จากการศึกษางานวิจัยพบว่าการประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีความพร้อมจะบริบทที่ได้รับการพักผ่อนในหอผู้ป่วยจะได้รับการประเมินและมีความพร้อมหลังผ่าตัด ๗๒ ชั่วโมง (Borzou, R. S. et al., ๒๐๑๘) โดยวิธีการประเมินที่ข้าพเจ้าเลือกใช้ในการประเมินความพร้อมคือ TEST ๖MWTS โดยจะประเมินด้วยการเดินระยะทาง > ๒๐๐ เมตร ใน ๖ นาที ถือว่าผ่าน (Maurice, Z. et al.,

๒๐๑๙) จากการศึกษาแบ่งการประเมิน Active Ambulation เป็น ๑. < post op day ๓ ๒ ราย (๒๐%) ๒. Post op day ๓-๗ ๔ ราย (๔๐%) ๓. Post op > day ๗ ๑ ราย (๑๐%) และไม่ได้รับการ Active Ambulation ๓ ราย (๓๐%)

สรุป: จากการศึกษาพบว่าระยะเวลาอนโรยพยาบาลทั้งหมด (LOS) < ๗ วัน พบ ๒ ราย (๒๐%) ระยะเวลา > ๗ วัน พบ ๖ ราย (๖๐%) และยังได้รับการรักษาอยู่จำนวน ๒ ราย (๒๐%) และ Active Ambulation ในระยะเวลาที่เหมาะสม < post op day ๓ ๒ ราย (๒๐%)

แนวทางการแก้ไขปัญหา (care component): จากการศึกษาในบริบทหน่วยงานพยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยจะปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล Clinical Pathway CABG (ภาคผนวกรูปที่ ๑) โดยมีพยาบาลในหอผู้ป่วยมีบทบาททางการหน้าที่ประเมินและส่งเสริมการทำกิจกรรมของผู้ป่วย มีการกระตุ้น Ambulation ทั้ง Passive and Active exercise ตั้งแต่หลังผ่าตัดวันแรก ส่งเสริมการดู Tri Flow กระตุ้น Breathing exercise Mobility: Evaluation training และ ROM exercise ตามแนวทาง Clinical Pathway CABG และจะได้รับการดูแลจากสหสาขาตาม Guideline rehabilitation โดยนักกายภาพเข้ามามีบทบาททำหน้าที่ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายแก่ผู้ป่วย ในเรื่อง Cardiac rehabilitation (ภาคผนวกรูปที่ ๔) ในแต่ละวันพร้อมประเมินผล และในผู้ป่วยหลังผ่าตัด Day ๕-๖ จะการประเมิน ๖ MWTS ซึ่งหอผู้ป่วยจะมีการติดตาม KPI ในหน่วยงาน เพื่อประเมินสมรรถนะหน่วยงานโดยจะติดตามอัตราผู้ป่วยปฏิบัติตาม Guideline rehabilitation ต้อง > ๘๐ % โดยในปี ๒๕๖๒ พบว่าผู้ป่วยปฏิบัติตาม Guideline rehabilitation ร้อยละ ๑๐๐ และมีการติดตามอัตราจำนวนวันนอนหลังผ่าตัด CABG น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๗ วัน ต้อง > ๘๐ % ในปี ๒๕๖๒ ประเมินได้ ๖๕.๐๙% ซึ่งจากการศึกษาจำนวนผู้ป่วย ๑๐ ราย พบว่าระยะเวลา < ๗ วัน พบ ๒ ราย (๒๐%) และได้รับการ Active Ambulation ในระยะเวลาที่เหมาะสม < post op day ๓ ๒ ราย (๒๐%) ทางหอผู้ป่วยจึงได้คิดค้นนวัตกรรมในการกระตุ้นการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้เร็วขึ้น คือ การทำนวัตกรรมอุปกรณ์ “สไลด์พาเดิน” (รหัสนวัตกรรม : นว. A/๑๔๓ )

๙. Discharge planning จากการศึกษา พบว่ามี Giving Information มีการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับก่อนผ่าตัด ๖ ราย (๖๐%) หลังได้รับการผ่าตัดไม่ได้รับข้อมูลร้อยละ ๑๐๐ และการได้รับการความรู้ก่อน Discharge พบว่ามี ๙ ราย (๙๐%) และไม่ได้รับข้อมูล ๑ ราย (๑๐%) และตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วย พบว่ามีผู้ป่วยมีความพร้อม ๗ ราย (๗๐%) โดยประเมินความรู้ของผู้ป่วยก่อน และหลังผ่าตัด พบว่าแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจ Preop ได้รับการทดสอบ ๗ ราย (๗๐%) โดยอีก ๓ ราย (๓๐%) ไม่ได้รับเนื่องจากรับย้ายมาจากแผนกอื่นไม่ได้ทดสอบ และทดสอบความรู้ความเข้าใจ D/C ๖ ราย (๖๐%) ไม่ได้รับการทดสอบ ๓ ราย (๓๐%) และอีก ๑ รายไม่ได้รับการทดสอบ ๑ ราย (๓๐%) จากการเก็บข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด CABG ๑๐ ราย อายุผู้ดูแลเฉลี่ย ๓๙.๕ ปี พบว่ายังไม่พบแบบประเมินความพร้อมของผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ จากการสอบถามผู้ดูแลมีความต้องการทราบในเรื่องการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน ๒ ราย (๒๐%) เรื่องอาหาร ๓ ราย (๓๐%) เรื่องแผล ๒ ราย (๒๐%) เรื่องการจัดการอารมณ์ผู้ป่วย ๑ ราย (๑๐%) เรื่องการปฏิบัติตัว ๑ ราย (๑๐%) และการเตรียมตัวมาตรวจตามนัด ๑ ราย (๑๐%) (Aydin, A. & Gursoy, A., ๒๐๑๙; Ann, K. B. et al., ๒๐๑๙; Margo A. H. et al., ๒๐๑๖)

สรุป: จากการศึกษาพบว่า มีการให้ความรู้ความเข้าใจ (Giving Information) ก่อนผ่าตัด ๖ ราย (๖๐%) หลังผ่าตัดไม่ได้รับข้อมูล ๑๐๐% และการได้รับการความรู้ก่อน Discharge ๙ ราย (๙๐%) จากการสำรวจการ



ประเมินความพร้อมในด้านผู้ป่วยได้รับการประเมินความพร้อม ๗ ราย (๗๐%) และการประเมินความพร้อมในผู้ดูแลไม่ได้รับการประเมิน ๑๐๐ %

แนวทางการแก้ไขปัญหา (care component): จากการศึกษาบริบทในหน่วยงานพบว่าพยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยจะปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล Clinical Pathway CABG (ภาคผนวกรูปที่๑) และการพยาบาลตามหลัก Discharge planning (ภาคผนวกรูปที่๒) เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัด CABG โดยแรกเริ่มมีการประเมินความรู้ของผู้ป่วย และประเมินความรู้อีกครั้งในวันจำหน่ายเพื่อเป็นการตรวจสอบว่าผู้ป่วยพร้อมในการดูแลตนเอง เป็นไปตามหลัก KPI ที่หน่วยงานตั้งไว้ได้แก่ ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง >๘๐% และอัตราผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่าย ๑๐๐% ซึ่งถือเป็นจุดแข็งของหน่วยงาน มีการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมทั้งบริบทงานและบทบาททางการพยาบาล มีการจัดพื้นที่ในการเป็นมุมพักก่อนให้แก่ผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ยังติดตามประเมินผู้ป่วยจาก Nurse Educator ภายหลังจากจำหน่าย ซึ่งมีโครงการติดตามอาการผู้ป่วยผ่าน Telephone F/U แต่ด้วยข้อจำกัดในบุคคล ทำให้ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ครบ ขณะนี้มีโครงการการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัด CABG ผ่านทางแอปพลิเคชัน(ดำเนินการ) แต่ในด้านการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลยังไม่ได้มีการประเมินหรือติดตาม ซึ่งในหอผู้ป่วยยังไม่มีแนวทางการการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล

**สมรรถนะระบบ/รูปแบบการทำงานของทีมสุขภาพ ข้อจำกัดและทรัพยากรที่มีผลต่อการจัดการปัญหาสุขภาพ (Healthcare need problems)**

อัตรากำลังพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก จำนวนพยาบาล ๒๑ ท่าน เวรเช้า ๖ ท่าน เวรบ่าย ๔ ท่าน เวรดึก ๓ ท่าน Nurse Educator ติดตามผู้ป่วย ๑ ท่าน จำนวนเตียงที่ดูแลผู้ป่วย ๒๓ เตียง ตามแนวทางของสภาการพยาบาลโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย (ประกาศสภาการพยาบาล, ๒๕๔๙) พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมต้องดูแลผู้ป่วยในอัตรา ๑: ๔ ในหอผู้ป่วยพบว่าเวรเช้าอัตรากำลัง ๑: ๓.๘ ราย เวรบ่ายอัตรากำลัง ๑: ๕.๗๕ ราย เวรดึกอัตรากำลัง ๑: ๗.๖ ราย เปรียบเทียบชั่วโมงการพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการ (Target NHPPD) = ๗ และชั่วโมงทำงานของบุคลากรพยาบาลที่จัดให้ได้ (Actual NHPPD) = ๘.๐๘ แสดงว่าอัตรากำลังเพียงพอ ซึ่งสัดส่วนในการกระจายของภาระงานในหอผู้ป่วย ๔๕:๓๐:๒๕ RN:PN ๖๐/๔๐ พบว่าเวรเช้ามีภาระงานที่เหมาะสม เวรบ่ายและเวรดึกภาระงานไม่เหมาะสมทำให้เกิดอัตรากำลังไม่เพียงพอจากการประเมิน Productivity ที่ผ่านมากในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก เฉลี่ยอยู่ที่ ๘๙.๖๒ (ประจำเดือน ตุลาคม ๒๕๖๑ - กันยายน ๒๕๖๒) ซึ่งปกติ Productivity ควรอยู่ระหว่าง ๙๕ - ๑๐๕ % แสดงให้เห็นถึงผลงานทางการพยาบาลที่ต่ำกว่ามาตรฐาน ทั้งด้านคุณภาพ และประสิทธิภาพ

แนวทางการแก้ไขจากการสอบถามจากหอผู้ป่วยเรื่องอัตรากำลัง โดยจะจัดอัตรากำลังเพิ่มเพื่อให้มีจำนวนบุคลากรพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลเพียงพอต่อการให้บริการพยาบาลผู้ป่วย โดยการจัดอัตรากำลังจ้างทั้งบุคลากรพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลขึ้นปฏิบัติงานเสริมเวรเช้าวันละ ๑ - ๒ คน การตรวจสอบสมรรถนะของพยาบาลในด้านความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย CAD พบว่า พยาบาลในหอผู้ป่วย ๒๑ ราย ผ่านการทดสอบ ๑๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๕ ไม่ผ่านการทดสอบ ๓ รายคิดเป็นร้อยละ ๑๕ (Novice ๒ ราย , Expert ๑ ราย)

รูปแบบการทำงานในหอผู้ป่วย เป็นการนำแนวคิด Lean มาพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ Cell concept ปรับปรุงระบบการให้บริการพยาบาลและสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วย บุคลากรพยาบาลให้การดูแล

ผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้รวดเร็ว นำ ๒P safety เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการดูแลให้บริการครุภัณฑ์ทางการแพทย์และจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงและมีการบำรุงรักษาของครุภัณฑ์ทางการแพทย์ทุก ๖ เดือน มีการหมุนเวียนเครื่องมือให้เพียงพอพร้อมใช้ภายในหอผู้ป่วยโดยใช้ระบบ MES-BARCODE กรณีต้องการเครื่องมือทดแทนและเข้าร่วมโครงการการหมุนการใช้เครื่อง Infusion pump, Syringe pump ด้วยระบบ MES-BARCODE มอบหมายให้มีผู้ตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือทุกเวร มีการปรับสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการฟื้นหายของผู้ป่วย ได้แก่ การทำอุปกรณ์หมอนจากถุงน้ำยาล้างไต (ป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณก้นกบ), ตู้หนังสือ, มุมพักผ่อนสำหรับผู้ป่วยและญาติ การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัด CABG ผ่านทางแอปพลิเคชันพบว่า มี Nurse Educator ประจำหน่วยงานทำหน้าที่ติดตามผู้ป่วย ๑ ท่านติดตามอาการผู้ป่วยหลัง discharge โดยใช้ Telephone F/U แต่เนื่องจากบุคลากรน้อยจึงไม่สามารถติดตามได้ครบทุกคน

แนวทางการแก้ไขปัญหาที่สนใจโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับทรัพยากรและบริบทของหน่วยงาน การผ่าตัดหัวใจเป็นเหตุการณ์สำคัญในชีวิต ผู้ป่วยมีความหวังที่กลับมาเป็นปกติเมื่อได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด CABG จะถูกส่งตัวกลับมาพักฟื้นที่บ้านหลังผ่าตัดประมาณ ๗ วัน ด้วยข้อจำกัดการปฏิบัติตัว ข้อห้ามต่าง ๆ หลังผ่าตัด ผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาการช่วยเหลือจากผู้ดูแล ผู้ดูแลจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ตลอดจนการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้เร็วขึ้น ดังนั้น การวางแผนการดูแลจึงเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพเมื่อได้รับการเปลี่ยนผ่าน จากการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ดูแลมีภาระการดูแลที่ไม่แน่นอน ภาระการดูแลที่มากขึ้น มีความสัมพันธ์กับเพศ เศรษฐกิจ และทักษะการดูแลผู้ป่วย จากการเก็บข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด CABG ๑๐ ราย อายุผู้ดูแลเฉลี่ย ๓๙.๕ ปี พบว่ายังไม่พบแบบประเมินความพร้อมของผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ จากการสอบถามผู้ดูแลมีความต้องการทราบในเรื่องการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน ๒ ราย (๒๐%) เรื่องอาหาร ๓ ราย (๓๐%) เรื่องแผล ๒ ราย (๒๐%) เรื่องการจัดการอารมณ์ผู้ป่วย ๑ ราย (๑๐%) เรื่องการปฏิบัติตัว ๑ ราย (๑๐%) และการเตรียมตัวมาตรวจตามนัด ๑ ราย (๑๐%) ข้าพเจ้าจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะด้านความรู้เรื่องโรค การมีส่วนร่วมในการดูแล เพศ เศรษฐกิจ ตลอดจนความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

#### แนวทางการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล

๑. ภาระการดูแล ภาระของการดูแลการผ่าตัดหัวใจได้รับการอธิบายตั้งแต่ปี ๑๙๙๐ แต่มีการศึกษาเพียงจำนวนจำกัด ปัจจุบันมีการประเมินประสิทธิภาพ เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระการดูแล จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยผ่าตัด CABG เมื่อออกจากโรงพยาบาล ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว กังวล และขาดการให้ข้อมูลที่ชัดเจน ตลอดจนการสนับสนุนและติดตามเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน (Margo A. H. et al., ๒๐๑๖) อายุของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุระหว่าง ๓๖ – ๕๙ ปี เป็นช่วงที่ผ่านการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งผู้ดูแลอายุเฉลี่ย ๓๙.๕ ปี จากการศึกษาหลายกลุ่ม N = ๕๐๐๐๐ การดูแลผู้ป่วยมากกว่า ๒๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดเมื่อเทียบกับ ผู้ดูแล ๑-๘ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (Ann, K. B. et al., ๒๐๒๐) ภาระการดูแลที่มากขึ้น มีความสัมพันธ์กับเพศ เศรษฐกิจ และทักษะการดูแลผู้ป่วย

การขาดความพร้อมในการดูแลจะส่งผลทำให้เกิดความเครียดทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ (Plothner, M. et al., ๒๐๑๙)

วิธีใช้แบบประเมินภาระของผู้ดูแลจะประเมินตั้งแต่แรกเริ่ม และวันที่จำหน่ายผู้ป่วยเพื่อดูแลและให้การพยาบาลต่อไปเมื่อเกิดปัญหาทางการดูแล โดยผู้ดูแลจะได้รับประเมิน The Zarit Burden Interview: Short Form (ภาคผนวกรูปที่๓) ถ้าคะแนนมากกว่า ๘ คะแนน ให้ทำประเมิน Full Form (ภาคผนวกรูปที่๔) โดยการประเมินผล แบ่งออกเป็น ๑.คะแนน ๐-๒๐ คะแนน อยู่ในระดับ No to mild burden ๒. คะแนน ๒๑-๔๐ คะแนน อยู่ในระดับ mild to moderate burden ๓. คะแนน ๔๑-๖๐ คะแนน อยู่ในระดับ moderate to Severe burden และ ๔. คะแนน ๖๑-๘๘ คะแนน อยู่ในระดับ Severe burden

๒.ด้านความรู้ ความรู้ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลควรมี เพื่อใช้ในการประเมิน พัฒนา ส่งเสริม เผื่อระวัง ชีตจำกัดในการรักษา ตลอดจนแนวทางการดูแลรักษาทำให้เกิดทักษะในการดูแลที่ง่ายขึ้น(Margo, A. H. et al., ๒๐๑๖; Ann, K. B. et al., ๒๐๑๙) จากการศึกษาพบว่าความรู้ที่ผู้ดูแลต้องการประกอบด้วย

๑.โรคและการผ่าตัด ต้องอธิบายให้ผู้ดูแลทราบถึงโรคและการดำเนินโรค เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงบริบทของผู้ป่วย  
๒.การจัดการและการดูแลยา โดยอธิบายตรวจสอบยาขณะรักษาและก่อนจำหน่าย (Margo, A. H. et al., ๒๐๑๖)

๓.อาการที่ผิดปกติและภาวะแทรกซ้อน โดยอธิบายอาการสำคัญ วิธีการสังเกตอาการปกติ และผิดปกติที่ตรวจสอบไม่ได้ เช่น ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว การติดตามภาวะน้ำเกิน โดยติดตามน้ำหนักควรมีการจดบันทึก เป็นต้น

๔.ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม/การเคลื่อนไหวร่างกาย โดยระบุกิจกรรมให้ชัดเจน การเคลื่อนไหวร่างกาย การขับถ่าย ใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำฝักบัว การนอน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

๕.ใบนัดและการมาตรวจตามนัด ต้องระบุให้ชัดเจน วัน เวลา สถานที่ ข้อจำกัดและต้องมีแนวทางก่อนตรวจรักษา

๓.การเตรียมตัวด้านต่าง ๆ ด้านเศรษฐกิจ จากการศึกษาพบว่าต้องประเมินผู้ดูแลเกี่ยวกับผู้ป่วย โดยสอบถามสถานะการเงิน จากการศึกษาพบว่า ๖๖ % ของผู้ป่วยกังวลสูญเสียรายได้หากผู้ดูแลเป็นเพศหญิงจะพบว่าภาระการดูแลสูงชันมีความสัมพันธ์การขาดรายได้ของผู้ป่วย และตรวจสอบสิทธิการรักษา เป็นการตรวจสอบการรักษาในการประสานงานวางแผนจำหน่ายสู่ชุมชน เพื่อติดตามประสิทธิภาพในการเปลี่ยนผ่านด้านการเตรียมบ้าน จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ควรดูแลจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน โดยระยะเวลา ๒ สัปดาห์แรก ผู้ดูแลต้องเตรียมที่นอนจากชั้นบน ให้มานอนชั้นล่าง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถเดินขึ้นบันไดได้ ควรเตรียมห้องน้ำ โดยเปลี่ยนเป็นอาบน้ำฝักบัว ซึ่งผู้ป่วยห้ามอาบน้ำอ่างหรือว่ายน้ำเพราะแผลจะฉีกขาด ตลอดจนงดทำสวน หรือยึนนาน ๆ ทำเต็ม ๑๕ นาทีเพราะจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น Hematoma หรือ การอักเสบบริเวณแผลได้ ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจในบริบทของผู้ป่วย ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยได้ ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกิจกรรมตั้งแต่แรกทั้งในเรื่องการประเมินแผล เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ(ภาคผนวกรูปที่๔) และเรื่องการรับประทานอาหาร จากงานวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูและส่งเสริมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย ตลอดจนส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และแรงจูงใจในการฟื้นตัวเร็วขึ้น(Margo, A. H. et al., ๒๐๑๖; Ann, K. B. et al., ๒๐๑๙)

๔.ด้านเพศ การผ่าตัด CABG ส่งผลต่อการทำงานของฮอร์โมนเพศโดยเฉพาะเพศชาย (Androgen) และการไหลเวียนของเลือดแดงไปยังองคชาติ ลดลงทำให้เกิดความผิดปกติด้านสมรรถภาพทางเพศร้อยละ๔๖ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศส่งผลทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยรวมถึงความสัมพันธ์กับคู่นอน (Doulatyari et al., ๒๐๑๙) ปัญหาเรื่องเพศ เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจากงานวิจัยพบว่า ๓๘ % ของผู้ป่วย กังวลเรื่องเพศ ส่วนใหญ่ผู้หญิงจะเป็นผู้ดูแล ๘๔%ของผู้ดูแลสมรส ผู้ดูแลจะเกิดภาวะซึมเศร้า และเกิดความเครียดเกี่ยวกับการกระตุ้นให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากมีความแตกต่างกัน ทำให้เกิดความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์น้อยลง การสื่อสารเรื่องเพศเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลคู่สมรส ดังนั้นผู้ดูแลควรได้รับการอธิบาย การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่จะได้รับ ต้องมีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ส่งเสริมให้เกิดความใกล้ชิดสนิทสนมกัน และป้องกันการหย่าร้าง (Jennifer, B. R. et al., ๒๐๑๖; Ann, K. B. et al., ๒๐๑๙)

๕.ด้านการรับมือในการปรับตัว การประเมินสภาพทางอารมณ์สภาพอารมณ์ไม่ว่าจะเป็นอารมณ์โกรธ น้อยใจ เศร้า หรือหมดหวังถือเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG (Aydin, A. & Gursoy, A., ๒๐๑๙) ผู้ดูแลควรมีความเข้าใจในบริบทต่างๆ ของผู้ป่วย การกล่าวชื่นชมหรือการรับฟังถือเป็นสิ่งที่ดีในการดูแล นอกจากผู้ดูแลที่จะรับมือกับผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องดูแลตนเองด้วย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเครียด วิตกกังวลหรือ ภาวะซึมเศร้า ดังนั้น ผู้ดูแลควรมีความพร้อมในการรับมือผู้ป่วย เช่น เมื่อพบอารมณ์หงุดหงิดของผู้ป่วย ให้ผู้ดูแล ออกจากห้องหรือสถานการณ์ตึงเครียดนั้นทันที หรือเมื่อพบอาการสับสนของผู้ป่วย ผู้ดูแลจะจัดการบริหารยา และสิ่งต่าง ๆ เองทั้งหมด ทั้งนี้ผู้ดูแลต้องมีความอดทนและเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ การจัดการอารมณ์ตนเอง ก็ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลควรมีคือเมื่อตนเองรู้สึกมีอาการซึมเศร้า ควรโทรปรึกษาใครบางคนเพื่อระบาย ความรู้สึกนั้นออกมา แสดงความรักในการดูแล/รักษาความสงบ ควรได้รับการสนับสนุนข้อมูลผู้บริการผ่าน ติดตามจาก Telehealth, Application หมั่นคอยชื่นชมให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย(Monica, P. et al., ๒๐๒๐) ช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ตลอดจนสอบถามถึงภาระการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการรับมือ และปรับตัวในสิ่งที่ต้องเผชิญหน้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Margo, A. H. et al., ๒๐๑๖; Ann, K. B. et al., ๒๐๑๙)

๕.ความต้องการของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลต้องการความรู้ที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร สะดวกต่อการใช้งาน สามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยผู้ดูแลต้องการเอกสารต่าง ๆ คู่มือดูแล การติดตามข้อมูลเบอร์ โทรศัพท์และติดต่อสื่อสารกันทั้งด้านความรู้ การปฏิบัติตัว การให้คำปรึกษา การดูแลผ่านสื่อทางไกลจาก Application, Telehealth และสื่อการสอน VDO (Margo, A. H. et al., ๒๐๑๖; Ann, K. B. et al., ๒๐๑๙; Plothner, M. et al., ๒๐๑๙) ตัวอย่าง RCT ตัวอย่าง Application จากการศึกษาพบว่า N=๓๖๒ แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแล จำนวน๑๘๑ ราย กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วย จำนวน๑๘๑ ราย โดยให้การสนับสนุนด้าน อารมณ์และข้อมูลจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพผ่านการดูแลสื่อทางไกล (Telehealth) โดยติดตามทุกวัน ระยะเวลา ๓ สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลสามารถลดความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และนำข้อมูลด้าน สุขภาพไปใช้ประโยชน์ (Ann, K. B. et al., ๒๐๑๙)

#### การประยุกต์ใช้กับบริบทหน่วยงาน Discharge planning

การวางแผนจำหน่าย (D/C Planning) เป็นโครงการที่มีความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการ วางแผนดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างเป็นระบบครอบคลุมปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมี

ความรู้เกี่ยวกับโรคแนวทางการรักษา ป้องกันการเกิดโรคซ้ำ สามารถดูแลตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตามตัวชี้วัด KPI: Clinical tracer area of excellence: Isolate coronary artery bypass graft (CABG) ได้แก่ ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ได้ถูกต้อง >๘๐%, อัตราผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่าย ๑๐๐% และอัตราจำนวนวันนอนหลังผ่าตัด CABG น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๗ วัน > ๘๐ % ดังนั้นผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินความรู้ความเข้าใจ จากการศึกษาพบว่า ความพร้อมของผู้ป่วยและความพร้อมของผู้ดูแล สามารถทำควบคู่กันได้ โดยการศึกษาบริบทหน่วยงานและความพร้อมของพยาบาล พบว่า จำนวนพยาบาล ๒๑ ท่าน เวรเช้า ๖ ท่าน Nurse Educator ติดตามผู้ป่วย ๑ ท่าน ตามแนวทางของสภาการพยาบาลโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย (ประกาศสภาการพยาบาล, ๒๕๔๙) พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมต้องดูแลผู้ป่วยในอัตรา ๑: ๔ ในเวรเช้าอัตรากำลัง ๑: ๓.๘ ราย เพียงพอต่อภาระงาน ซึ่งสัดส่วนในการกระจายของภาระงานในหอผู้ป่วย ๔๕:๓๐:๒๕ RN:PN ๖๐/๔๐ จาก Productivity ที่ผ่านมาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก เฉลี่ยอยู่ที่ ๘๙.๖๒ (ประจำเดือนตุลาคม ๒๕๖๑ - กันยายน ๒๕๖๒) ซึ่งปกติ Productivity ควรอยู่ระหว่าง ๙๕ - ๑๐๕ % แสดงให้เห็นถึงผลงานทางการพยาบาลที่ต่ำกว่ามาตรฐาน ทั้งด้านคุณภาพ และประสิทธิภาพ ดังนั้นข้าพเจ้าจึงได้พัฒนาการวางแผนจำหน่าย (D/C Planning) ในด้านการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อเป็นการต่อยอดทรัพยากรที่มีอยู่ในหอผู้ป่วยให้เกิดผลงานทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในหน่วยงาน

วิธีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยจะเป็นไปตามแนวทางการดูแลของหอผู้ป่วย จากการศึกษาบริบทในหน่วยงานพบว่าพยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยจะปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล Clinical Pathway CABG และการพยาบาลตามหลัก Discharge planning เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยที่ได้ผ่าตัด CABG โดยแรกเริ่มมีการประเมินความรู้ของผู้ป่วย และประเมินความรู้อีกครั้งในวันจำหน่ายเพื่อเป็นการตรวจสอบว่าผู้ป่วยพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งถือเป็นจุดแข็งของหน่วยงาน มีการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมทั้งบริบทงานและบทบาททางการพยาบาล มีการจัดพื้นที่ในการเป็นมุมพักผ่อนให้แก่ผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ยังติดตามประเมินผู้ป่วยจาก Nurse Educator ภายหลังจากจำหน่าย ซึ่งมีโครงการติดตามอาการผู้ป่วยผ่าน Telephone F/U แต่ด้วยข้อจำกัดในบุคคล ทำให้ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ครบ ขณะนี้มีโครงการการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัด CABG ผ่านทางแอปพลิเคชัน(ดำเนินการ) แต่ในด้านการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลยังไม่ได้รับการประเมินหรือติดตาม หากเพิ่มการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลที่ข้าพเจ้าได้ศึกษามีการประเมินที่ชัดเจนจะทำให้เป็นหอผู้ป่วยเป็น Clinical tracer area of excellence: Isolate coronary artery bypass graft (CABG) ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยวิธีการปฏิบัติจะให้พยาบาลในหอผู้ป่วยที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยดังเช่นเดิมขณะรับผู้ป่วย แต่จะเพิ่มการพูดคุยและประเมินผู้ดูแลให้มีลายลักษณ์อักษร จากการศึกษาข้างต้นสามารถทำกิจกรรมได้ไม่เพิ่มภาระงาน โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งสิ้น ๗ วัน ได้แก่

#### ๑.Pre-op: Admit

ด้านผู้ป่วยจะได้รับการประเมินตรวจร่างกายเบื้องต้น พร้อมทำแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและอธิบายความรู้ความเข้าใจของโรคการเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัด(ภาคผนวกรูปที่๓) ด้านผู้ดูแลจะได้รับการประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแล(ภาคผนวกรูปที่๕) ประเมินสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการทราบตลอดจนรับฟังความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัดของผู้ป่วย

#### ๒.Post-op day ๒-๖:

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

การศึกษาอบรม ฯ เป็นการเสริมสร้างความรู้ให้กับบุคลากร เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นหลักสูตรที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

ลงชื่อ.....หัวหน้าส่วนราชการ

(นายสมเกียรติ อัครโรจน์พงษ์)

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฝ่ายการแพทย์  
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง