

การพยาบาลผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน : กรณีศึกษา
Nursing Care of an Elderly Patient with Hip Fracture Complicated by Hospital-Acquired
Infection in a Community Hospital : Case Study.

(Received: June 23,2026 ; Revised: June 26,2026 ; Accepted: June 28,2026)

ปิยวรรณ ประดิษฐ์ผล¹
Piyawan Praditphon¹

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลและแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในระบบต่างๆ รวมถึงภาวะสมองเสื่อม สำหรับผู้ป่วยรายนี้เป็นหญิงไทย อายุ 89 ปี ที่มีประวัติหกล้ม ส่งผลให้เกิดกระดูกหักบริเวณคอสะโพกด้านซ้าย (Closed fracture Left neck of femur) ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการผ่าตัด ได้รับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา 3 วัน แพทย์ให้กลับมาได้รับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ร่วมกับมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism) และปอดอักเสบ (LLL Pneumonia) รวมทั้งภาวะสมองเสื่อม จึงได้รับการรักษาแบบอนุรักษ์ (Conservative) และได้รับการดูแล โดยทีมพยาบาลอย่างใกล้ชิด โดยมุ่งเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลระบบหายใจ การดูแลโภชนาการ การเฝ้าระวังการติดเชื้อ และการดำเนินการตามแนวทาง Advance Care Plan (ACP)

ผลการดูแลรักษา พบว่า ผู้ป่วยมีอาการคงที่ ไม่พบการติดเชื้อใหม่ ไม่มีไข้ รับประทานอาหารทางสายยางได้ดี ไม่มีแผลกดทับ ญาติมีความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา การใช้กระบวนการการพยาบาลอย่างเป็นระบบร่วมกับ การทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการรักษาและไม่มีการติดเชื้อเพิ่มเติมในร่างกาย

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, กระดูกสะโพกหัก, ภาวะติดเชื้อ, กรณีศึกษา

Abstract

This study was case study aimed to examine the nursing process and approaches for preventing complications in elderly patients with hip fractures complicated by infections in various body systems, including dementia. The patient in this case study was an 89-year-old Thai woman with a history of falling, resulting in a closed fracture of the left neck of femur. The patient and her relatives refused surgical treatment. She was admitted to Maharaj Nakhon Ratchasima Hospital for 3 days before being referred to a community hospital near her home for continued treatment. The patient also had pulmonary embolism, left lower lobe pneumonia (LLL pneumonia), and dementia. Therefore, conservative treatment was provided, along with close monitoring and nursing care by the healthcare team. Nursing care focused on the prevention of complications, respiratory care, nutritional support, infection surveillance, and implementation of the Advance Care Plan (ACP).

The results showed that the patient remained in stable condition without new infections or fever. She tolerated tube feeding well and developed no pressure ulcers. Her relatives demonstrated understanding and cooperation in the care process. The application of a systematic nursing process together with multidisciplinary

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสามแสง จ.นครราชสีมา

team collaboration contributed to appropriate and safe patient care, prevented complications related to treatment, and reduced the risk of additional infections.

Keywords: Hip fracture, Infection prevention, Elderly, Case study

บทนำ

ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี พ.ศ.2565 และคาดว่าปี พ.ศ.2583 ผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมด จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี พ.ศ.2565 พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุ หกล้มทุกปีหรือปีละกว่า 3 ล้านราย โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประมาณ 2 - 3 เท่า และร้อยละ 20 ได้รับความเจ็บ โดยเฉพาะการบาดเจ็บบริเวณต้นขาและข้อสะโพก ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะกระดูกสะโพกหัก¹ ภาวะกระดูกสะโพกหักเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อการเคลื่อนไหว คุณภาพชีวิต และเพิ่มอัตราการเสียชีวิต รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และภาวะลิ่มเลือดอุดตัน² จากสถิติการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักของโรงพยาบาล ชามสะแกแสง ปี พ.ศ. 2566-2568 พบว่า มีผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักมาใช้บริการ จำนวน 22, 29 และ 34 ราย ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุของภาวะกระดูกสะโพกหักแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่มีแรงกระแทกรุนแรง และการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกพรุนร่วมด้วย ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ และจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาและการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ^{2,3}

การรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย คือการรักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกหรือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกตามข้อบ่งชี้ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งและลง

น้ำหนักได้เร็ว ลดการเกิดกระดูกติดผิดรูป (Malunion) หรือข้อสะโพกผิดรูป ช่วยให้การทำหน้าที่ของข้อสะโพกกลับมาใกล้เคียงกับก่อนการบาดเจ็บ ลดอาการปวด ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงเดิม^{2,4}

อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือญาติปฏิเสธการผ่าตัด ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายชนิดและมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อทางเดินหายใจ แผลกดทับ ภาวะข้อสะโพกผิดรูป ข้อยึดติด ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน และภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง ส่งผลให้ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย^{5,6}

ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวสามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงได้ หากผู้ป่วยได้รับการประเมินและการพยาบาลอย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรก โดยอาศัยการดูแลแบบองค์รวม การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control: IPC) การฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง และการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการฟื้นตัว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการรักษาพยาบาล (Healthcare-Associated Infection: HAI)^{2,7}

การศึกษากรณีศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Holistic Geriatric Nursing Care) ร่วมกับกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นกรอบในการดูแลผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นการประเมินปัญหาครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง ได้แก่ ปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน และภาวะสับสนเฉียบพลัน ดังนั้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล นอกจากนี้ยังประยุกต์ใช้แนวคิดการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Prevention and Control: IPC) ซึ่งประกอบด้วย Standard Precautions การเฝ้าระวังการติดเชื้อ การดูแลอุปกรณ์ต่าง ๆ และการป้องกันการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการรักษาพยาบาล (Healthcare-Associated Infections: HAI) ร่วมกับแนวคิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP)⁸ เพื่อให้การดูแลสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีโรคร่วมหลายระบบ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักร่วมกับมีภาวะติดเชื้อ และภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาลชุมชน
2. เพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก โดยไม่ยินยอมผ่าตัด
3. เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ไม่ยินยอมผ่าตัด

วิธีการศึกษา

1. คัดเลือกกรณีศึกษาจากผู้รับบริการเป็น

ผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก ที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล

2. ขออนุญาตผู้ป่วย ครอบครัว และ/หรือญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการลงนามในใบยินยอมการรักษาพยาบาล และการขออนุญาตเป็นกรณีศึกษา ทั้งนี้ผู้ป่วย ครอบครัว และ/หรือญาติของผู้ดูแลของผู้ป่วยสามารถที่จะยุติการเป็นกรณีศึกษาได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อ การได้รับบริการใดๆ

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินปัญหาความต้องการการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional health pattern) 11 แบบแผนของกอร์ดอน เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล และการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร งานวิจัย ตำรา แฟ้มประวัติผู้ป่วย ประวัติแพทย์ พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญ

5. สรุปและอภิปรายผลการศึกษา จัดทำเป็นเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจสอบ แก้ไข และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม เผยแพร่

การพิทักษ์สิทธิ์

การศึกษากรณีศึกษาครั้งนี้ผ่านการขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลก่อนดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาได้อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และขั้นตอนการศึกษาแก่ญาติผู้ป่วย พร้อมขอความยินยอมในการนำข้อมูลมาศึกษาและเผยแพร่ในเชิงวิชาการ โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุล เลขประจำตัวประชาชน หรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ ทั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอในลักษณะ

ภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ผู้ป่วยและญาติมีสิทธิยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาล

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย 89 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ อาชีพ วางงาน รับ Refer กลับจากโรงพยาบาลศูนย์ โดยญาติให้ประวัติว่า 13 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเดินเข้าห้องน้ำ แล้วล้มเอง ลำตัวด้านขวากระแทกพื้น หลังจากนั้นมีอาการปวดต้นขาข้างขวา ยกขาไม่ได้ ญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน แพทย์ตรวจร่างกาย และ X-ray พบว่ากระดูกข้อสะโพกหัก Dx. CFX Lt. neck of femur แพทย์พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ ผู้ป่วยนอนรักษาตัวที่ โรงพยาบาลศูนย์ ตั้งแต่วันที่ 17 กันยายน 2568 – 30 กันยายน 2568 เป็นเวลา 13 วัน ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการผ่าตัด Sx. Ortho conservative การรักษาที่ได้รับ On skin traction 2 kg. การวินิจฉัยล่าสุด คือ 1) CFX Lt. neck of femur 2) Pulmonary embolism 3) LLL Pneumonia 4) Dementia Plan ให้อาหาร Enoxaparin+ Warfarin keep INR 2-3, Ciprofloxacin 7 day. ต่อที่โรงพยาบาลชุมชน

วันที่ 30 กันยายน 2568 เวลา 20.14 น.รับย้ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อกลับมานอนให้ยาต่อจนครบ และมีนัดติดตามอาการที่โรงพยาบาลศูนย์ อีกครั้งวันที่ 14 ตุลาคม 2568 แรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวแต่มีอาการสับสน พูดคนเดียว ไม่ทำตามคำสั่ง ไม่มีอาการกระสับกระส่ายหรือหอบเหนื่อย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ On O₂ Canular 3 LPM ,On NG Tube Feed BD 1:1 300 ml X 4 feed ,Retain Foley 's catheter ปัสสาวะออกดี สีเหลืองใส สะโพกข้างซ้ายไม่บวม ขยับแขนขาได้ แต่ยกไม่ได้ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 128/89 มิลลิเมตรปรอท วัดระดับ O₂ Saturation = 97 room air ตรวจร่างกายทั่วไป PE HEENT pale conjunctiva ,anicteric sclerae ,Heart normal S1S2, no murmur ,CRT < 2 Secs ,Lung Clear, equal BS BL ,Ext. no edema ,Neuro E1V2M4 Pupil 3 min RTLBE ปฏิเสธการแพ้ยาและแพ้อาหาร ปฏิเสธโรคประจำตัว และปฏิเสธโรคติดต่อทางพันธุกรรม ระหว่างนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นเวลา 14 วัน เพื่อให้ยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของโรงพยาบาลศูนย์ และได้รับการดูแลติดตามอาการหลังได้รับยา ได้รับการกระตุ้น pulmonary exercise และกระตุ้นลูกนึ่งบ่อย ๆ ติดตามผล F/U chest 4/10/2568 ขณะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลชุมชน เป็นเวลา 14 วัน พบว่าผู้ป่วยไม่มีไข้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยหายใจหอบปัสสาวะออกดี สีเหลืองใสให้อาหารทางสายยาง Feed BD (1:1) 300*4 ครั้ง ผู้ป่วยรับได้หมด บริเวณข้อสะโพกไม่มีบวมแดง ไม่ปวด ขยับแขนขาได้ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมจนกระทั่งวันที่ 14 ตุลาคม 2569 ได้ส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ตามนัดของแพทย์

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 30 ก.ย 2568

CBC

WBC $8.63 \times 10^3 / \mu\text{L}$

RBC $4.78 \times 10^6 / \mu\text{L}$

HCT 31 % MCV 64.9 fl

MCH 20.7 pg MCHC 31.9 g/dl

Platelet count $506 \times 10^3 / \mu\text{L}$

Neutrophil 75.3 % Lymphocyte 15.3

%

Monocyte 7.5 % Eosinophil 1.6%

BUN 17 Cr.0.81

eGFR 64.60 K 4.18

Na 1.34 Cl 82
TCO2 31.4 An-Gap 24.8
INR 1.145 PT 14.7
วันที่ 2 ต.ค 68
UA: Urine protein 1+ leukocyte 3+
Nitrate Positive WBC 10-20
RBC 0-1 Epithelial cell 1-2
Urine culture: Mixed 3 organisms
วันที่ 3 ต.ค 68 INR 1.274 PT 16.2
วันที่ 6 ต.ค 68
UA: Urine protein trace leukocyte 3+
Nitrate Positive WBC 10-20
RBC 1-2 Epithelial cell 1-2
วันที่ 7 ต.ค 68
HCT 32% DTX 146 mg%
วันที่ 8 ต.ค 68
HCT 30% INR 1.422 DTX 145 mg%
วันที่ 9 ต.ค 68
UA : Urine protein trace leukocyte 3+
Nitrate Positive WBC 5-10
RBC 0-1 Epithelial cell 1-2
วันที่ 12 ต.ค 68
INR 1.518 PT 19.0
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย (Final diagnosis)
1. CFX Lt. neck of femur
2. Pulmonary embolism
3. LLL Pneumonia

4. Dementia

การรักษา

1. On NG Feed BD 300 ml x 4 feed
2. Haloperidol(C) 0.5 mg. 1X1 oral Hs.
3. CALCIUM (C) 1000 mg. 1X1 oral OD.
4. Calciferol 20,000 u. 1 แคปซูล
รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หลัง
อาหารเช้า วันจันทร์
5. ENOXAPARINE 0.4 cc Sc. q 12 hr. ห้ามIM
6. Amlodipine 1X2 oral Pc.
7. VITAMIN B CO-ED 1X1 oral OD.
8. Ciprofloxacin 500 mg 1X2 oral Pc. (7 day)
9. Ambroxol 1X3 oral Pc.
10. LACTULOSE(B) 2 Tsp. oral Hs.
11. Warfarin 3 mg. ½ X1 Hs. (off 3 ต.ค 68)
12. Ceftriaxone 2 gm. IV. OD
13. Acetin 2 ซองละลายน้ำ 3 เวลาหลังอาหาร
14. Berodal 1 NB. Q 6 Hr.
15. Retain Foley 's catheter
16. กระตุ้น Pulmonary exercise & ลูกนั่งบ่อย ๆ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

จากการประเมินอาการและอาการแสดง
ที่ได้จากการซักประวัติ ตรวจร่างกายในแต่ละระยะ
ของการรักษาพยาบาลกรณีศึกษารายนี้ ได้กำหนดข้อ
วินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ และมีภาวะลิ้มเลือดอุดตันในปอด เป้าหมาย เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนที่ เพียงพอ	1. ประเมินลักษณะภาวะพร่องออกซิเจน อาการเหนื่อย หายใจหอบ และการหายใจ 2. จัดท่านอนศีรษะสูง และดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรม พร้อมช่วยจัดทำเปลี่ยนท่าที่ เหมาะสมทุก 2 ชม. 3. ดูแลให้ O ₂ canular 3 lit/min keep O ₂ sat ≥ 95% 4. ดูแลให้ได้รับยารับประทาน ยาพ่น และยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 5. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชม.หรือตามแผนการรักษาและตามความรุนแรงของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	6.ดูแลให้ได้รับอาหารทางสายยางตามแผนการรักษา พร้อมจัดทำให้เหมาะสมเพื่อให้อาหารทางสายยาง 7.ดูแลกระตุ้น Pulmonary exercise และลูกนั่งบ่อย ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของปอด 8.ดูแลเช็ดตัวลดไข้ และให้ยาลดไข้กรณีเช็ดตัวแล้วไข้ยังไม่ลดตามแผนการรักษา การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน หรือ dyspnea ฟัง Lung Clear หายใจไม่มี Retraction นอนพักได้ ไม่มีหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที O₂ sat 96% room air
2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน/ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติด หรือ พลัดตกหกล้ม เป้าหมาย เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และคงสภาพของกล้ามเนื้อและข้อต่อไม่ให้ยึดติด และไม่เกิดการพลัดตกหกล้มซ้ำ	1.ช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างนุ่มนวลทุก 2 ชั่วโมง โดยระมัดระวังท่าทางของสะโพกข้างซ้ายที่หัก 2.ดูแลผิวหนังของผู้ป่วยให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ หากผู้ป่วยขับถ่ายต้องรีบทำความสะอาดและซับให้แห้งทันที เพื่อป้องกันผิวหนังเปื่อยยุ่ย 3.ใช้ที่นอนลมหรืออุปกรณ์ช่วยลดแรงกดทับบริเวณปุ่มกระดูก เช่น ปุ่มกระดูกสะโพก ก้นกบ และสันเท้า 4.ทำกายภาพบำบัดเบาๆ โดยการออกกำลังกายชนิดที่ผู้พยาบาลทำให้ (Passive/ ROM/ exercise) สำหรับข้อต่อส่วนที่ไม่ได้หัก และกระตุ้นให้ขยับขาข้างซ้ายในแนวราบตามที่ผู้ป่วยทำได้ 5.จัดทำของขาข้างซ้ายให้อยู่ในแนวตรง ไม่ให้หมุนออกด้านนอก (External/ rotation) และดูแลระบบดึงถ่วงน้ำหนัก (Skin traction 2 kg.) ให้สลึงและลูกตุ้มอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ไม่ตัดหรือกระแทก 6.ประเมินความเสี่ยงหรือโอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเป็นระยะ 7.จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ยกไม้กั้นเตียงทุกครั้ง หรือมีญาติเฝ้าตลอดเวลา การประเมินผล ผิวหนังทั่วร่างกายสมบูรณ์ดี ไม่มีรอยแดงหรือแผลกดทับ โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก ข้อต่อต่างๆ สามารถขยับได้ตามช่วงการเคลื่อนไหวที่จำกัดของผู้ป่วย และไม่มีภาวะข้อยึดติดเพิ่มขึ้น และไม่มีพลัดตกหกล้มขณะนอนโรงพยาบาล
3. มีโอกาสเกิดภาวะไข้วกลับซ้ำ เนื่องจากมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป้าหมาย เพื่อควบคุมและกำจัดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	1. ตรวจวัดและบันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง หากมีไข้สูงให้เช็ดตัวลดไข้ทันที 2. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Ciprofloxacin 500 mg ทางปาก วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร ให้ครบ 7 วัน 3. ดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและสายสวนปัสสาวะ (Foley's catheter) ด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ (Aseptic technique) อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือทุกครั้งหลังการขับถ่าย 4. จัดดูแลระบบสายสวนปัสสาวะให้เป็นระบบปิด ไม่ให้สายหักพับงอ และแขวนถุงเก็บปัสสาวะไว้ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะเสมอเพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของน้ำปัสสาวะ 5. บันทึกจำนวนน้ำดื่มและปริมาณปัสสาวะ (I/O) ทุกเวร เพื่อประเมินการทำงานของไตและระบบขับถ่าย 6. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง เช่น ผลตรวจปัสสาวะ (UA) และผลเพาะเชื้อปัสสาวะ (Urine/culture) การประเมินผล ผู้ป่วยมีไข้ 2 วันแรกที่นอนโรงพยาบาล หลังจากนั้นสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ผลตรวจปัสสาวะ วันที่ 2 ต.ค.69 WBC 10-20 ตรวจ UA ซ้ำ วันที่ 9 ต.ค.69 ผลปัสสาวะ WBC 5-10

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
4.มีโอกาสดังอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด เป้าหมาย เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะเลือดออกผิดปกติในร่างกายจากการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด	1.ดูแลให้ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา คือ ฉีด Enoxaparin 0.4 cc เข้าชั้นใต้ผิวหนัง (Sc.) ทุก 12 ชั่วโมง โดยห้ามฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (IM) เด็ดขาด และตรวจสอบการรับประทานยา Warfarin ตามสั่ง 2.สังเกตและอาการแสดงของภาวะเลือดออกในระบบต่างๆ เช่น เลือดออกในทางเดินอาหาร (อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระดำ) หรือเลือดออกใต้ผิวหนัง 3.ใช้ความระมัดระวังในการทำหัตถการต่างๆ หลีกเลี่ยงการเจาะเลือดหรือฉีดยาที่ไม่จำเป็น หากต้องเจาะเลือดให้กดแผลไว้นานกว่าปกติ 4.แนะนำญาติให้ใช้แปรงสีฟันขนอ่อนนุ่มในการทำทำความสะอาดช่องปากผู้ป่วย หรือใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำเช็ด เพื่อป้องกันเลือดออกตามไรฟัน 5.ติดตามผลการตรวจระดับการแข็งตัวของเลือด (PT, INR) อย่างใกล้ชิดตามที่แพทย์สั่งเพื่อควบคุมระดับยาให้ปลอดภัย การประเมินผล ระหว่างนอนโรงพยาบาลไม่พบภาวะเลือดออกผิดปกติ เช่น ไม่มีจ้ำเลือดตามผิวหนัง ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะไม่มีเลือดปน หรือไม่มีอุจจาระสีดำ สัญญาณชีพปกติ โดยเฉพาะความดันโลหิตไม่ต่ำ อยู่ระหว่าง 100/60-130/80 mmHg และชีพจรไม่เบาเร็ว ผลการแข็งตัวของเลือดอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย INR = 1.59
5.มีภาวะซีด (Anemia) เนื่องจากคะแนนความเข้มข้นของเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ เป้าหมาย เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่ช่วยสร้างเม็ดเลือดแดง และเฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะซีดที่รุนแรงขึ้น	1.ประเมินอาการแสดงของภาวะซีด เช่น อาการเหนื่อย หอบ อ่อนเพลีย ตัวซีด เยื่อบุตาซีด และบันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะ 2.ดูแลให้อาหารทางสายยางสูตรอาหารที่ครบถ้วนตามแผนการรักษา (BD 1:1 300 ml x 4 feed) เพื่อให้ได้รับพลังงาน สารอาหาร และธาตุเหล็กที่เพียงพอในการสร้างเม็ดเลือด 3.ดูแลให้ได้รับวิตามินบำรุงร่างกายตามแผนการรักษา คือ Vitamin B Co-ed วันละ 1 ครั้ง หลังอาหาร 4.จำกัดและวางแผนกิจกรรมการพยาบาลเพื่อช่วยลดการใช้พลังงานของผู้ป่วย ป้องกันอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย 5.ติดตามผลความเข้มข้นของเลือด (HCT) จากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซีด การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ หรือเหนื่อยง่ายเวลาทำกิจกรรม เยื่อบุตาอ่อน (Conjunctiva) มีสีชมพูขึ้น หรือซีดลดลง ตรวจวัดความเข้มข้นของเลือด (HCT) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหรือคงที่อยู่ในระดับที่ปลอดภัย HCT=30% ,32% ,30%
6.มีภาวะสับสนเฉียบพลันและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงจากภาวะสมองเสื่อมร่วมกับการย้ายสถานที่ เป้าหมาย ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหรืออันตรายจากภาวะสับสน และช่วยให้อาการทางจิตและพฤติกรรมสงบลง	1.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาควบคุมพฤติกรรมตามแผนการรักษา คือ Haloperidol 0.5 mg ทางปาก วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน พร้อมเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา เช่น อาการง่วงซึมมากเกินไป 2.ยกไม้กั้นเตียงขึ้นสูงทั้งสองข้างตลอดเวลา และดูแลเตียงให้อยู่ในระดับต่ำสุดเพื่อป้องกันผู้ป่วยปีนเตียงหรือพลัดตกล้มซ้ำ 3.จัดสิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วยให้เงียบสงบ มีแสงสว่างที่เพียงพอในเวลากลางวัน และลดแสงสว่างลงในเวลากลางคืนเพื่อส่งเสริมการนอนหลับและการปรับตัว 4.พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล ใช้คำพูดสั้นๆ เข้าใจง่าย และคอยบอกวัน เวลา สถานที่สม่ำเสมอ เพื่อช่วยลดอาการสับสนเฉียบพลัน (Reality orientation) 6.ส่งเสริมให้ญาติสายตรงที่ผู้ป่วยคุ้นเคยมาอยู่ดูแลข้างเตียงอย่างใกล้ชิด เพื่อสร้างความรู้สึกปลอดภัยและลดความวิตกกังวลจากการเปลี่ยนสถานที่

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
7. ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลรักษาเนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดและมีโรคแทรกซ้อนหลายระบบ เป้าหมาย ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ และเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยแบบอนุรักษ์ (Conservative treatment)	การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหล่นจากเตียงในระหว่างนอนโรงพยาบาล และผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่สงบขึ้น อาการกระสับกระส่ายหรือบ่นคนเดียวลดลง สามารถนอนพักผ่อนได้ 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติ เปิดโอกาสให้ญาติได้ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวล และซักถามข้อสงสัยอย่างเป็นมิตร 2. ร่วมมือกับทีมแพทย์และสหสาขาวิชาชีพในการอธิบายแผนการรักษา แผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan: ACP) และเป้าหมายการดูแลให้ญาติเข้าใจอย่างชัดเจนสม่ำเสมอ 3. สอนและให้คำแนะนำแก่ญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เช่น วิธีการให้อาหารทางสายยางอย่างถูกต้อง การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ และการทำความสะอาดระบบสายสวนปัสสาวะ 4. ประเมินทักษะและความพร้อมของญาติ โดยเปิดโอกาสให้ญาติฝึกปฏิบัติทำหัตถการพื้นฐานร่วมกับพยาบาลตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมในการกลับไปดูแลต่อที่บ้าน 5. ให้กำลังใจ เสริมพลัง (Empowerment) และชื่นชมความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยของญาติ เพื่อสร้างแรงเสริมเชิงบวก การประเมินผล ญาติบอกว่ามีความกังวลลดลง และสื่อน้ำท่าทางผ่อนคลายขึ้น มีส่วนร่วมในการทำหัตถการพื้นฐานและการดูแลผู้ป่วยอย่างมั่นใจ และญาติสามารถอธิบายแนวทางการรักษาแบบอนุรักษ์และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนได้ถูกต้อง
8. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณกระดูกสะโพกที่หัก เป้าหมาย เพื่อบรรเทาอาการปวด	1. ประเมินลักษณะอาการปวด ได้แก่ ตำแหน่ง ความรุนแรง ระยะเวลา และปัจจัยที่กระตุ้นให้ปวด โดยใช้ Pain score อย่างสม่ำเสมอ 2. สังเกตอาการแสดงของความปวด เช่น สีหน้าเกร็ง หน้า nhăn ร้องคราง กระสับกระส่าย หรือปฏิเสธการเคลื่อนไหว 3. ประเมินสัญญาณชีพ เช่น ชีพจร ความดันโลหิต และอัตราการหายใจ ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงเมื่อมีอาการปวด 4. ดูแลจัดท่านอนให้สุขสบาย ลดแรงกดบริเวณกระดูกสะโพกที่หัก และหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวบริเวณที่บาดเจ็บโดยไม่จำเป็น 5. ดูแลให้ skin traction อยู่ในแนวที่ถูกต้อง น้ำหนักถ่วงไม่แตะพื้น เพื่อช่วยลดการเคลื่อนของกระดูกและลดอาการปวด 6. ระวังระวังขณะพลิกตะแคงตัวหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคที่ถูกต้องเพื่อลดแรงกระแทกบริเวณสะโพก 7. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ และลดสิ่งรบกวนที่อาจกระตุ้นอาการปวด 8. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา พร้อมติดตามผลข้างเคียงของยา เช่น ง่วงซึม คลื่นไส้ หรือลดการหายใจ 9. ติดตามและบันทึกอาการปวดอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้วางแผนการพยาบาลต่อไป การประเมินผล ผู้ป่วยพักผ่อนได้ ไม่บ่นปวด
9. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเหนื่อยล้าจากบทบาทการดูแล เป้าหมาย เพื่อส่งเสริมความพร้อมของผู้ดูแล	1. ประเมินความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ รวมถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน 2. ประเมินระดับความเครียด ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และภาระในการดูแลของผู้ดูแล เช่น อาการพักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร หรือความรู้สึกท้อแท้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	3.สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ความกังวล และปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วย 4.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ การดำเนินโรค แผนการรักษา และแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย 5.สอนและสาธิตทักษะการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็น เช่น • การให้อาหารทางสายยาง • การดูแลสายสวนปัสสาวะ • การพลิกตะแคงตัว • การป้องกันแผลกดทับ • การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ 6.เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ทดลองปฏิบัติจริง และประเมินความเข้าใจกลับ (Teach back method) 7.แนะนำการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมและปลอดภัยต่อผู้ป่วยติดเตียง 8.ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อช่วยลดภาระของผู้ดูแลหลัก 9.แนะนำให้ผู้ดูแลจัดเวลาพักผ่อนและดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม เช่น รับประทานอาหารให้ครบ พักผ่อนเพียงพอ 10.ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด แพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือ อสม. เพื่อสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 11.แนะนำสิทธิการรักษาและแหล่งช่วยเหลือในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน การเยี่ยมอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือการดูแลแบบประคับประคอง 12.ประเมินความพร้อมของผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านทุกครั้ง การประเมินผล ญาติมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้ กรณีผู้ป่วยแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ญาติผู้ดูแลมีทักษะในการดูแล ถามตอบข้อมูลได้ชัดเจน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า การใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบร่วมกับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพสามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักและปฏิเสธการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันแผลกดทับ และการป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติศักดิ์ ตำนวิบูลย์ และวรารัณณา พิพัฒน์พงศ์⁵ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง และจำเป็นต้องได้รับการประเมินและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับพิมพ์พันธ์ วงศ์สุวรรณ⁶ ที่รายงานว่า การพลิกตะแคงตัวอย่างสม่ำเสมอ การส่งเสริมการเคลื่อนไหว และการดูแลด้านโภชนาการสามารถลดการเกิดแผลกดทับและภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงได้

ในด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ พบว่าการปฏิบัติตามหลักการ Infection Prevention and Control การดูแลสายสวนปัสสาวะแบบระบบปิด และการเฝ้าระวังอาการติดเชื้ออย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มเติม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของกรมควบคุมโรค⁹ และ APIC⁸ การดำเนินการตามแนวทาง Advance Care Planning ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยลดความวิตกกังวลของญาติ เพิ่มความร่วมมือในการ

ดูแล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญกับเป้าหมายการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่กระดุกสะโพกหักร่วมกับภาวะแทรกซ้อนหลายระบบในโรงพยาบาลชุมชน จำเป็นต้องอาศัยการพยาบาลเชิงรุก การป้องกันการติดเชื้อ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง และการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จัดทำมาตรฐานการดูแล (Standard of Care): ควรพัฒนาคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติ (Clinical Nursing Practice Guideline) สำหรับผู้สูงอายุกระดุกสะโพกหักที่ไม่ได้เข้ารับการผ่าตัดใน

โรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

1.2 การจัดการความรู้ ควรมีการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) และเทคนิคการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเตียงที่มีความเสี่ยงสูง

2. ด้านการดูแลต่อเนื่องและครอบครัว

การเสริมพลังญาติ (Empowerment) ส่งเสริมให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและการทำหัตถการพื้นฐาน ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล เพื่อลดโอกาสการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission) จากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

3. ด้านการประสานงานเครือข่าย

ระบบส่งต่อข้อมูล ควรพัฒนาระบบการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะข้อมูลด้านแผนการรักษาต่อเนื่องและเป้าหมายการดูแลของผู้ป่วย (Goal of Care) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องไร้รอยต่อ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. (2565). คู่มือการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
2. กรมการแพทย์. (2564). แนวทางการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดุกสะโพกหัก. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
3. บุญชัย จิตอนันต์, & สุพัตรา อินทรกำแหง. (2562). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุภายหลังภาวะกระดุกสะโพกหัก. วารสารเวชศาสตร์ฟื้นฟู, 29(3), 112-124.
4. สมาคมออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการรักษาภาวะกระดุกสะโพกหักในผู้สูงอายุ. สมาคมออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย
5. กิตติศักดิ์ ด่านวิบูลย์, & วรางคณา พิพัฒน์พงศ์. (2563). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดุกสะโพกหัก. วารสารการพยาบาลผู้สูงอายุ, 19(2), 45-58.
6. พิมพ์พันธ์ วงศ์สุวรรณ. (2561). ภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงในผู้สูงอายุที่กระดุกสะโพกหัก. วารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี, 34(2), 95-108.
7. กัธธ ฆาลาธรรม และ ยงค์ รุ่งเรือง. (2560). คู่มือป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิก แอนด์ดีไซน์.
8. APIC. (2019). Guidelines for the prevention of healthcare-associated infections.
9. กรมควบคุมโรค. (2566). แนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับโรงพยาบาลชุมชน. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.