

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งผ่าตัด (surgical site infection [SSI]) เป็นภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดที่พบบ่อยและเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยพบได้ร้อยละ 25 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Wenzel, 1995) ทั้งนี้เนื่องจากการผ่าตัดจะทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณผ่าตัดซึ่งทำหน้าที่เป็นด่านป้องกันเชื้อโรคอันสำคัญของร่างกายสูญเสียหน้าที่ไป ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อเข้าสู่ตำแหน่งผ่าตัดจนเกิดการติดเชื้อขึ้น (Howard, 1999) จากการศึกษาทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่า การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดพบได้บ่อยในสามอันดับแรกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล ดังเช่น การสำรวจความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลในประเทศกรีซของกิกาส และคณะ (Gikas et al., 1999) ระหว่างปีค.ศ. 1994-1996 พบว่ามีอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดร้อยละ 14.6-22.7 ซึ่งสูงเป็นอันดับที่ 3 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในประเทศสวีเดนเมื่อเดือนตุลาคมปี ค.ศ. 1997 สเชิลและสทอร์มาร์ค (Scheel & Stormark, 1999) พบว่ามีอัตราการที่ติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดเป็นอันดับ 2 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 21.1 มีรายงานการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 42,509 ราย ที่ประเทศสหรัฐอเมริการะหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 1992 พบว่ามีอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดร้อยละ 37 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยที่ร้อยละ 24 เป็นการติดเชื้อ ที่ตำแหน่งผ่าตัดบริเวณรอยแผลผ่าตัด (incision surgical site infection) และร้อยละ 13 ติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดบริเวณอวัยวะหรือช่องว่างภายในร่างกาย (organ/space surgical site infection) (Horan, Culver, Gaynes, Javis, Edwards, & Reid, 1993) ที่ประเทศอังกฤษและสาธารณรัฐไอร์แลนด์ในระหว่างปีค.ศ.1993-1994 เอมเมอร์สัน, เอนสโตน, กริฟฟิน, เคลซี่, และสมิท (Emmerson, Enstone, Griffin, Kelsey, & Smyth, 1996) พบว่ามีอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดร้อยละ 10.7 เป็นอันดับที่สามของการติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล สำหรับในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2541 สมหวัง คำนชัชวิจิตร และคณะ (Danchivijitr et al., 1998) ได้ทำการสำรวจความชุกครอบคลุมโรงพยาบาลทั่วประเทศ 44 แห่ง พบว่ามีอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดสูงเป็นอันดับที่ 3 เช่นกันคิดเป็นร้อยละ 14.1 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาล

การคิดเชื่อที่ตำแหน่งผ่าตัดทำให้เกิดผลกระทบหลายอย่าง ทั้งการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เสียค่าใช้จ่าย และพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น (การศึกษาของโฮราน และคณะ (Horan et al., 1993) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแล้วเกิดการคิดเชื่อที่ตำแหน่งผ่าตัดประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าร้อยละ 21 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีสาเหตุมาจากการคิดเชื่อที่ตำแหน่งผ่าตัด โดยที่ร้อยละ 8.0 คิดเชื่อที่ตำแหน่งผ่าตัดบริเวณรอยแผลผ่าตัด และร้อยละ 13 เป็นการคิดเชื่อที่ตำแหน่งผ่าตัดบริเวณ อวัยวะหรือช่องว่างภายในร่างกาย นอกจากนี้คอลลโลและคณะ (Coello et al., 1993) ได้ศึกษาถึง ค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่เกิดการคิดเชื่อในโรงพยาบาลในประเทศอังกฤษ พบว่าผู้ป่วย คิดเชื่อที่ตำแหน่งผ่าตัดต้องพักรักษาตัวนานขึ้นเฉลี่ย 10.2 วัน ต้องเสียค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 1,295.4 ปอนด์ ในประเทศไทยจากการศึกษาเรื่องการคิดเชื่อที่ตำแหน่งผ่าตัดของสมหวัง ตันชัยวิจิตร และคณะ (2541) พบว่าผู้ป่วยที่คิดเชื่อตำแหน่งผ่าตัดต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น 8-12 วัน และยังประเมินว่าในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยคิดเชื่อที่ตำแหน่งผ่าตัดจำนวน 5 หมื่นถึง 6 หมื่นราย ทำให้ โรงพยาบาลรับผู้ป่วยได้น้อยลงประมาณ 50,000 ราย และโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 500 ล้านบาทต่อปี การป้องกันและควบคุมการคิดเชื่อที่ตำแหน่งผ่าตัดจึงเป็นสิ่งที่จะต้องทำที่ทุก โรงพยาบาลต้องดำเนินการ โดยจะต้องมีการเฝ้าระวังการคิดเชื่ออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ได้ข้อมูล ที่มีคุณภาพ มีความครบถ้วน เชื่อถือได้ และทันต่อเหตุการณ์ โดยจะต้องอาศัยการวินิจฉัยที่ถูกต้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการประเมินและพัฒนาวิธีการในการป้องกันและควบคุมการคิดเชื่อ (Emori et al., 1991; Haley, Gaynes, Aber, & Bennett, 1992) ซึ่งจากรายงานการศึกษาเรื่องการเฝ้าระวัง การคิดเชื่อที่ตำแหน่งผ่าตัดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาสิบปี ของโรงพยาบาลทหารผ่านศึกในเมือง มินนิสอาโพลิส (Minneapolis Veterans Medical Center) ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพสามารถลดอัตราการคิดเชื่อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้ร้อยละ 38 ถึงร้อยละ 56 (Olson & Lee, 1990) ทั้งนี้การวินิจฉัยการคิดเชื่อที่ตำแหน่งผ่าตัดจะต้องมีการกำหนดนิยามหรือคำจำกัดความ ของการคิดเชื่อที่ชัดเจน โดยอาศัยข้อมูลทางคลินิก ร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ มาสนับสนุน (Games, Jarvis, Emori, Horan, & Hughes, 1988) ซึ่งการวินิจฉัย ผิดอาจทำให้เกิดผลเสียหายตามมาดังการศึกษาที่รัฐฟลอริดา เรื่องการวินิจฉัยการคิดเชื่อที่ตำแหน่ง ผ่าตัดที่พบการคิดเชื่อมากกว่าที่เป็นจริง เนื่องจากผู้รับผิดชอบในการรวบรวมข้อมูลให้การวินิจฉัย การคิดเชื่อที่ตำแหน่งผ่าตัด ไม่ถูกต้อง โดยได้รายงานว่า ศัลยแพทย์คนหนึ่งทำให้เกิดการคิดเชื่อที่ ตำแหน่งผ่าตัดในผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 11 ทั้งที่ความเป็นจริงแล้วมีการคิดเชื่อที่ตำแหน่งผ่าตัดเพียง ร้อยละ 3 ทำให้ศัลยแพทย์ต้องได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงานซ้ำ (Ehrenkranz, Richter, Phillips, & Shultz, 1995)

ในการรวบรวมข้อมูลและทำการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลนั้น ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงคือพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ แต่เนื่องจากพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในประเทศไทยมีจำนวนไม่เพียงพอ และไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ ทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินงานเฝ้าระวังการติดเชื้อ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัณย์ เสนารัตน์, สุสัณหา ยิ้มแย้ม, เทียมศร ทองสวัสดิ์, จักรภพ ธาตุสุวรรณ, และ สุวรรณ ตัญจนเสถียร, 2534; Danchaivijitr, Tangtrakool, Waitayapiches, & Chokloikaew, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชญญลักษณ์ ศรีวัฒน์ (2542) เรื่องการปฏิบัติงานของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าพยาบาลควบคุมการติดเชื้อปฏิบัติหน้าที่เต็มเวลาย้อยละ 61.5 และปฏิบัติหน้าที่ไม่เต็มเวลาย้อยละ 38.5 ทำให้การดำเนินงานในการเฝ้าระวังการติดเชื้อขาดความต่อเนื่อง พยาบาลควบคุมการติดเชื้ออาจไม่สามารถดำเนินงานได้ครอบคลุมทุกหอผู้ป่วย โรงพยาบาลหลายแห่งในประเทศไทยจึงจำเป็นต้องใช้พยาบาลวิชาชีพในแต่ละหอผู้ป่วย ทำหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือที่เรียกว่าพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (infection control ward nurse [ICWN]) (อะเคื้อ อุณหเลขกะ, 2540)

พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวังการติดเชื้อและที่สำคัญคือการวินิจฉัยการติดเชื้อที่ถูกต้อง โดยต้องมีความรู้ในการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อที่กำหนดขึ้นในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ซึ่งพิจารณาจากข้อมูลทางคลินิก ทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ ในขั้นตอนแรกจะต้องสามารถแยกให้ได้ว่า การติดเชื้อที่เกิดขึ้นเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลหรือจากชุมชน หากพบว่าเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลจะต้องระบุตำแหน่งของการติดเชื้อให้ถูกต้องด้วย (Gamer et al., 1988) แต่จากการศึกษาของกาญจนา เต็มศิริพันธุ์ (2539) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี พบว่าความรู้ในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลที่มีหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูลอยู่ในระดับที่ต่ำ และความสามารถในการค้นหาผู้ที่ติดเชื้อในโรงพยาบาลยังต่ำกว่าความเป็นจริงถึงสองเท่า ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดแก่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้สามารถปฏิบัติในการวินิจฉัยการติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง

การให้ความรู้นั้นมีหลายวิธีและมีเทคนิคที่แตกต่างกัน เช่น การบรรยาย การอภิปราย และการสาธิตเป็นต้น แต่เนื่องจากการที่จะวินิจฉัยการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ผู้เรียนควรจะเห็นลักษณะของแผล และอาการแสดงของการติดเชื้อที่ชัดเจน เพราะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการวินิจฉัย ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องการวินิจฉัยการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดจึงควรมีภาพ

ประกอบให้เห็น เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ดีขึ้นสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้ การใช้ภาพสไลด์ประกอบเสียงในการสอนเป็นการให้ความรู้วิธีหนึ่ง โดยนำเอาเทคโนโลยีทางการสอนมาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการให้ความรู้ ทำให้บทเรียนที่เป็นนามธรรมกลับกลายเป็นรูปธรรมเพิ่มขึ้น (จรรยา เหนียนเฉลย, 2535) เนื่องจากสไลด์ประกอบเสียงเป็นสื่อที่สะดวกในการใช้งาน มีทั้งเสียงและภาพประกอบ เราความสนใจให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น สามารถใช้กับผู้เรียนรายบุคคล กลุ่มเล็กและกลุ่มใหญ่ (กิดานันท์ มลิทอง, 2540) เนื่องจากการใช้สไลด์ประกอบเสียงในการสอนเป็นการจัดให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริง ซึ่งจากการศึกษาวิจัยพบว่ามนุษย์เรียนรู้จากการเห็นประมาณร้อยละ 83 จากการได้ยินร้อยละ 11 จำได้จากการได้ยินเพียงร้อยละ 20 แต่จำได้จากการเห็นและการได้ยินรวมกันถึงร้อยละ 50 (กฤษมันต์ วัฒนาณรงค์, 2536) นอกจากนี้ภาพและเสียงจะช่วยทำให้ความทรงจำหลังการเรียนอยู่ได้นานกว่าการพูดเพียงอย่างเดียว หรือการแสดงให้ดูภาพเพียงอย่างเดียว (Hoffmann & Clontz, 1996) สไลด์ประกอบเสียงสามารถผลิตขึ้นใช้ให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการได้ เนื่องจากต้นทุนการผลิตน้อย กระบวนการผลิตง่าย มีความคล่องตัวสูง ความยืดหยุ่นสูงเมื่อเปรียบเทียบกับการผลิตสื่อชนิดอื่นที่มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน (สุรพล เกียนวัฒนา, 2526; Newby, Stepich, Lehman, & Russell, 1996) นอกจากนี้จะประหยัดค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อ ยังง่ายต่อการปรับปรุงให้ทันต่อเหตุการณ์อยู่เสมอ และสามารถทำสำเนาได้ ซึ่งถ้าเป็นการจัดซื้อจะไม่สามารถทำได้เพราะมีปัญหาในการละเมิดลิขสิทธิ์ (Carlson, 1988) การสอนโดยใช้สไลด์ประกอบเสียงจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะสามารถนำมาใช้ประกอบการอบรม ให้ความรู้แก่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยให้มีความรู้และมีความสามารถในการวินิจฉัยการติดเชื้อได้ดีขึ้น เนื่องจากภาพจากสไลด์จะช่วยทำให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย สามารถแยกความแตกต่างของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดได้ดีขึ้น และเสียงประกอบภาพจะช่วยให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยเข้าใจได้ถูกต้องตรงกัน และสามารถเรียนรู้ได้อย่างเท่าเทียมกัน (วารินทร์ รัศมีพรหม, 2529)

โรงพยาบาลราชิวราชนครินทร์เป็นโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 360 เตียง หอผู้ป่วยมีทั้งหมด 16 หอ ในปีพ.ศ. 2541 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยเฉลี่ย 357 ราย ต่อเดือน มีการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรูปแบบของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลทุกหอผู้ป่วย (hospital wide surveillance) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยรวบรวมข้อมูลตลอดจนการวินิจฉัยการติดเชื้อ ซึ่งพยาบาลเหล่านี้ส่วนหนึ่งได้รับความรู้เรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลในภาพรวม ไม่ได้เฉพาะเจาะจงในการวินิจฉัยการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และใช้

วิธีการบรรยายอย่างเดียวขาดสื่อการสอนที่ใช้เสียงและภาพประกอบ ซึ่งอาจทำให้พยาบาลควบคุมการคิดเชื่อประจำหอผู้ป่วยอาจจะไม่เข้าใจ และไม่สามารถนำไปปฏิบัติในการวินิจฉัยการคิดเชื่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้จากการศึกษานำร่องโดยการสำรวจความซุกของผู้วิจัย เพื่อคัดอัตราการคิดเชื่อจากการเฝ้าระวังการคิดเชื่อของพยาบาลควบคุมการคิดเชื่อประจำหอผู้ป่วยเมื่อปีพ.ศ. 2539 พบว่าอัตราการคิดเชื่อในโรงพยาบาลจากการสำรวจความซุกโดยผู้วิจัย สูงกว่าอัตราการคิดเชื่อในโรงพยาบาลจากการเฝ้าระวังของพยาบาลควบคุมการคิดเชื่อประจำหอผู้ป่วยมาก สอดคล้องกับรายงานการเฝ้าระวังการคิดเชื่อของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ในปีพ.ศ. 2541 พบว่ามีอัตราการคิดเชื่อที่ตำแหน่งผ่าตัดเพียงร้อยละ 0.31 (รายงานสรุปผลการเฝ้าระวังการคิดเชื่อในโรงพยาบาล, 2541) เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการคิดเชื่อที่ตำแหน่งผ่าตัดกับโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน โดยการศึกษาของ ชีรากร คำปา (2538) ที่โรงพยาบาลหนองคายที่พบว่ามีอัตราการคิดเชื่อที่ตำแหน่งผ่าตัดเท่ากับ 12.7 และจากการสำรวจความซุกปีพ.ศ. 2541 ของสมหวัง ด้านชัยจิตร และคณะ (1998) ครอบคลุมโรงพยาบาลทั่วประเทศ 44 แห่ง พบว่ามีอัตราการคิดเชื่อตำแหน่งผ่าตัดร้อยละ 14.1 ของการคิดเชื่อในโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่าอัตราการคิดเชื่อที่ตำแหน่งผ่าตัดโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ต่ำกว่าโรงพยาบาลอื่นๆ ซึ่งจากการพูดคุยกับพยาบาลควบคุมการคิดเชื่อประจำหอผู้ป่วย พบว่าพยาบาลควบคุมการคิดเชื่อประจำหอผู้ป่วยไม่แน่ใจว่าตนเองวินิจฉัยการคิดเชื่อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ความรู้แก่พยาบาลควบคุมการคิดเชื่อประจำหอผู้ป่วยที่ชัดเจน เพื่อให้สามารถวินิจฉัยการคิดเชื่อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้ดีขึ้น ด้วยการใส่สไลด์ประกอบเสียง เพื่อให้มีความรู้และความสามารถในการวินิจฉัยการคิดเชื่อที่ตำแหน่งผ่าตัด ซึ่งความสามารถในการวินิจฉัยการคิดเชื่อหาได้จากค่าความไว (sensitivity) และค่าความจำเพาะ (specificity)

จากแนวคิดดังกล่าวในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลควบคุมการคิดเชื่อซึ่ง มีบทบาทในการให้ความรู้แก่พยาบาลควบคุมการคิดเชื่อประจำหอผู้ป่วยเรื่องการคิดเชื่อในโรงพยาบาล จึงมีความสนใจที่จะผลิตสไลด์ประกอบเสียงช่วยสอน เพื่อให้ความรู้แก่พยาบาลควบคุมโรคคิดเชื่อประจำหอผู้ป่วยเรื่องการวินิจฉัยการคิดเชื่อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งผ่าตัด เพื่อที่จะทำให้พยาบาลควบคุมการคิดเชื่อประจำหอผู้ป่วย สามารถวินิจฉัยการคิดเชื่อตำแหน่งผ่าตัดได้ถูกต้องยิ่งขึ้น ทำให้ข้อมูลจากการเฝ้าระวังการคิดเชื่อในโรงพยาบาลมีคุณภาพ สามารถนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังมาประเมิน และพัฒนาวิธีการป้องกันและควบคุมการคิดเชื่อที่ตำแหน่งผ่าตัดให้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการคิดเชื่อน้อยลงเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการวินิจฉัยการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังได้รับการสอนด้วยสไลด์ประกอบเสียง
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการวินิจฉัยการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังได้รับการสอนด้วยสไลด์ประกอบเสียง

### สมมติฐานการวิจัย

1. พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยหลังได้รับการสอนด้วยสไลด์ประกอบเสียง มีความรู้เรื่องการวินิจฉัยการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับการสอน
2. พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยหลังได้รับการสอนด้วยสไลด์ประกอบเสียง มีความสามารถในการวินิจฉัยการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้อย่างถูกต้องเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับการสอน

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง (one group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลการสอนด้วยสไลด์ประกอบเสียงเรื่องการวินิจฉัยการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ในพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยจำนวน 16 คน โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 6 ถึง 20 ตุลาคม พ.ศ 2543

### นิยามศัพท์

การสอนด้วยสไลด์ประกอบเสียง หมายถึง การให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งผ่าตัดโดย ใช้แผ่นภาพนิ่งลักษณะโป่งใสทำจากฟิล์มถ่ายภาพขนาด 35 มม. หลายๆภาพนำมาเรียงต่อกันเป็นเรื่องราว และประกอบกับเทปบันทึกเสียงคำบรรยายที่ผู้วิจัยผลิตขึ้นเพื่อใช้ในการให้ความรู้แก่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย เนื้อหาประกอบด้วย

ชนิดของแผลผ่าตัด การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด เกณฑ์ในการวินิจฉัยการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และขั้นตอนการวินิจฉัยการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด

เกณฑ์ในการวินิจฉัยการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด หมายถึง ลักษณะอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และผลการตรวจวินิจฉัยอื่นๆของผู้ป่วยที่สนับสนุนในการตัดสินใจหรือลงความเห็นว่าคุณป่วยมีการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ตามข้อกำหนดโดยอาศัยหลักเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ของศูนย์ควบคุมโรค (Centers for Disease Control [CDC]) ประเทศสหรัฐอเมริกาปีค.ศ.1988 และนิยามการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดตามเกณฑ์ของศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกาปีค.ศ.1992

พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย หมายถึง พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วย

ความรู้ในการวินิจฉัยการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด หมายถึง ความเข้าใจของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อเท็จจริง รายละเอียดต่างๆที่เกี่ยวกับชนิดของแผลผ่าตัด การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และขั้นตอนการวินิจฉัยการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ที่ทำให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ ซึ่งวัดได้จากแบบทดสอบความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ความสามารถในการวินิจฉัยการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด หมายถึง การที่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยคัดแยกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อและไม่มีการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดออกจากกันได้อย่างถูกต้อง พร้อมทั้งระบุตำแหน่งของการติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง ซึ่งคำนวณค่าได้จากสูตรการหาค่าความไวและค่าความจำเพาะ ของการวินิจฉัยการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด