



รวมผลงานวิชาการ

ในเวทีวิชาการมหกรรมคุณเทพครั้งที่ 12

เขตตลาดนัด KM ครั้งที่ 9

๑ THA WANG PHA , NAN

24-25 สิงหาคม 2565

คำนำ

ก้าวเข้าสู่ปีที่ ๙ ของ คปสอ.ท่าวังผา ที่มีการนำองค์ความรู้และประสบการณ์การทำงานของบุคลากรในองค์กรมาถ่ายทอดเรื่องราวดีๆ และร้อยเรียงผ่านตัวอักษร เกิดเป็นเรื่องราวในการปฏิบัติงานและถอดบทเรียน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ สร้างแนวปฏิบัติจนกระทั่งนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเป็นปีที่ ๑๒ ของการพัฒนางานคุณภาพเพื่อนำไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์และภารกิจของ คปสอ.ท่าวังผา

ในปี ๒๕๖๔ จังหวัดน่านเริ่มมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งประชากรในพื้นที่และหน่วยบริการด้านสุขภาพ คปสอ. ท่าวังผาซึ่งเป็นหนึ่งในองค์กรสาธารณสุขจึงเร่งพัฒนางานในด้านต่างๆ ทั้งด้านการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน และรักษา ผู้ที่ติดเชื้อโควิด-๑๙ และด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ จึงไม่มีการจัดงานมหกรรมคุณภาพในปีที่ผ่านมาเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-๑๙ จากการรวมกลุ่มและชุมนุม ซึ่งเป็นหนึ่งในมาตรการของรัฐบาล

ปี ๒๕๖๕ ถึงแม้ว่า คปสอ.ท่าวังผา จะประสบปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติงานในการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน และรักษา ผู้ที่ติดเชื้อโควิด-๑๙ รวมทั้งบุคลากรในองค์กรมีการติดเชื้อโควิด-๑๙ เพิ่มมากขึ้นจากการปฏิบัติงานแต่ คปสอ.ท่าวังผา เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพจึงไม่ละเลยในการเรียนรู้และสร้างระบบงานหรือแนวปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาที่พบในการปฏิบัติงาน เป็นการพลิกวิกฤตนำไปสู่โอกาสในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ทั้งการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย(R๒R) นวัตกรรม การพัฒนางานคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) และการจัดการองค์ความรู้(KM) เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพและบุคลากรในองค์กรเกิดความรู้สึกรับประกันและปลอดภัยจากระบบบริการ

อย่างไรก็ตาม ๙ ปีแห่งการจัดการองค์ความรู้และ ๑๒ ปีแห่งการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จะเป็นก้าวสำคัญของชาว คปสอ.ท่าวังผา ในการขับเคลื่อนไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้และมีการพัฒนาอย่างยั่งยืน

คณะผู้จัดทำ
สิงหาคม ๒๕๖๕

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ผลงาน RiR	
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ ในหอผู้ป่วยรวม โรงพยาบาลท่าวังผา	๕
พัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผา	๑๙
พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยทันตกรรม โรงพยาบาลท่าวังผา	๓๖
ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙	
การติดเชื้อโควิด-๑๙ ในบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน	๔๕
การจัดการขยะติดเชื้อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโรนา-๒๐๑๙	๕๔
อย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลท่าวังผา	
พัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลสนาม วัดป่าันทบุรี จังหวัดน่าน	๖๑
พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีนโควิด ๑๙	๗๓
อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน	
พัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโควิด-๑๙ งานยานพาหนะ โรงพยาบาลท่าวังผา	๘๓
การบริหารจัดการบริการคลินิกใช้หวัด ในสถานการณ์โควิด ๑๙ โรงพยาบาลท่าวังผา จ.น่าน	๙๓
พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙	๑๐๕
อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน	
การประเมินความเสี่ยงในการจัดซื้อจัดจ้างตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้าง	๑๑๘
และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐ วิธีการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (E-Bidding)	
ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมใช้ทรัพยากร	๑๒๗
และอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) สำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙(COVID-๑๙)	
ของ โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน	
ความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร กับ HbA๑c	๑๓๘
ของผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยโรคโควิด-๑๙ ในเขตอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน	๑๔๖
ผลงานนวัตกรรม	
ผ้ารองหมอน	๑๕๘
กล่องกันฟุ้งกระจาย	๑๖๔
๑ กำปั้น = ๑ มือ	๑๖๗
กล่องรับธนบัตรฆ่าเชื้อโรคด้วยรังสี UV-C	๑๖๙
รหัสยาโควิด	๑๗๑
สวมก่อนวัด วัดแล้วปลอดภัย	๑๗๖
ป้ายต้องตา..... เตือนเรา	๑๗๙
ผลงาน CQI	
การจัดระบบการดูแลผู้ป่วย COVID – ๑๙ ในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	๑๘๓
โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน	

เรื่อง	หน้า
ผลงาน CQI (ต่อ)	
การพัฒนาการสอบสวนโรคและประเมินความเสี่ยงผ่านระบบออนไลน์ เพื่อเข้าระบบการรักษา เจอ แจก จบ ในผู้ติดเชื้อโควิด ๑๙ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาลชุม	๑๘๖
การพัฒนารูปแบบการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ อำเภอท่าวังผา	๑๘๘
พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ แบบ Home Isolation โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน	๑๙๑
การจัดการทรัพยากร โรงพยาบาลสนาม วัดป่านันท์บุรี เฟสที่ ๑	๑๙๓
การจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัย (PPE)ในคลินิกไข้หวัด	๑๙๕
การพัฒนาแบบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน สู่ภาวะปกติใหม่ (EMS new normal) เพื่อความปลอดภัยแก่ชีวิต	๑๙๗
การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตในเด็ก สตรี และผู้ถูกระบาดด้วยความรุนแรงในครอบครัว	๒๐๑
พัฒนากระบวนการทบทวนการทบทวนงานอุดฟันและเกลารากฟันงานทันตกรรม	๒๐๓
พัฒนาระบบการติดตามผู้เดินทางมาจากต่างจังหวัดที่เข้ามาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.ริม ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-๑๙	๒๐๕
พัฒนาแบบโปรแกรมการบำบัดสารเสพติดในชุมชนแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน	๒๑๒
พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ แบบ OP SI โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน	๒๑๕
พัฒนาแบบการประเมินและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลท่าวังผา	๒๑๗
พัฒนาการรับและจ่ายเลือด ของงานธนาคารเลือด โรงพยาบาลท่าวังผา	๒๑๙
ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินระบบทางเดินหายใจ ในสถานการณ์โควิด ๑๙	๒๒๑
ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าวังผา (Respiratory Care in New Normal care)	
ส่งเสริมและพัฒนาระบบการจ่ายยาสมุนไพรในเขตบริการสุขภาพ อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน	๒๒๔
พัฒนาระบบการจัดเก็บและการจัดเตรียมเอกสาร กลุ่มงานการพยาบาล	๒๒๖
Safety – Safe cost - Safe Net	๒๒๘
พัฒนาระบบการชะลอไตเสื่อม คลินิกโรคไตเรื้อรัง ในช่วงภาวะวิกฤต โรคระบาดCovid-๑๙	๒๓๐
พัฒนาระบบการให้บริการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในคลินิกสุขภาพเด็กดี	๒๓๒
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำโมง ตำบลผาตอ อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน	
การRefer STROKE FAST ภายใน ๓๐ นาที	๒๓๖
การลดระยะเวลารอคอยการให้บริการพนักงานเปลโรงพยาบาลท่าวังผา	๒๓๘
ผลงาน KM	
พัฒนาระบบการดูแลมารดาคลอดที่เป็น COVID - ๑๙ โรงพยาบาลท่าวังผา	๒๔๑
สรุปถอดบทเรียนที่ได้รับจากกิจกรรมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกิจกรรม KM ในหัวข้อ “ ความผูกพันต่อองค์กรของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลท่าวังผา ”	๒๔๖

การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ ในหอผู้ป่วยรวม โรงพยาบาลท่าวังผา

พจนพร พลแดง, ศิริลักษณ์ พันธุ์แก้ว, อรทัย ไชยช่อฟ้า, สุภาวดี เชียงสอน, นพพัชร ไชยสาลี,
ภคณาวรรณ โชติพัฒนภูมิ และคณะ

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรค COVID-๑๙ (Coronavirus disease ๒๐๑๙, COVID-๑๙) ได้มีการค้นพบการระบาดครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่ช่วงปลายปี พ.ศ. ๒๕๖๒ และได้มีการแพร่กระจายเชื้อไปยังประเทศต่างๆ ทั่วโลกอย่างต่อเนื่องซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่า การระบาดครั้งนี้ เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of Concern : PHEIC) จากข้อมูลสถิติ พบ จำนวนผู้ติดเชื้อนี้ทั่วทุกประเทศในโลกและมีการติดเชื้อสะสม จำนวน ๒๓๔,๑๑๕,๕๘๗ ราย (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมอนามัย, ๒๕๖๔) พบประเทศสหรัฐอเมริกา มีการติดเชื้อสูงสุด รองลงมาเป็นประเทศอินเดีย และ ประเทศบราซิล ตามลำดับ และพบผู้ป่วยเสียชีวิตสะสม จำนวน ๖,๓๔๑,๐๐๔ ราย

ประเทศไทยเป็นอีกประเทศหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ พบว่า ปี ๒๕๖๓ ประเทศไทยมีผู้ป่วยติดโรคโควิด-๑๙ สะสม จำนวน ๓,๕๖๔ คน ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต และ ผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน ๑,๖๐๓,๔๗๔ ราย พบผู้ป่วยเสียชีวิต สะสม จำนวน ๑๖,๗๒๗ คน ในปี ๒๕๖๔ (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมอนามัย, ๒๕๖๔) จากข้อมูลสถิติพบจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๓) มีประกาศความว่า เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตรายโดยโรค COVID-๑๙ ได้มีการแพร่กระจายด้วยการถ่ายทอดผ่านการสัมผัสโดยตรงกับฝอยละออง (Droplet) จากลมหายใจของผู้ติดเชื้อ ที่เกิดจากการไอและจาม (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๓) ซึ่งประเทศไทยมีการระบาดของโรค COVID-๑๙ ครั้งแรกวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๓ จากกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวจีนที่เข้ามา แต่กลุ่มที่ใหญ่ที่สุดเกิดขึ้นในการจัดแข่งขันชกมวยไทย ณ สนามมวยเวทีลุมพินี ในวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๓ จัดเป็นซูเปอร์สเปดเตอร์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในประเทศไทย ในเดือนธันวาคม ๒๕๖๓ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานที่ควบคุมโรคที่ภาครัฐจัด (Alternative State Quarantine: ASQ) ติดเชื้อจากการสัมผัสผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่ไม่แสดงอาการ หลังจากนั้นเพียงไม่กี่วันมีการระบาดรอบที่ ๒ ภายในจังหวัดสมุทรสาคร จากแรงงานชาวมียานมาที่มาทำงานในอุตสาหกรรมประมงเพียง ๓ วันเชื้อกระจายไปอย่างรวดเร็วหลายจังหวัด และจำนวนมากถึง ๗๐๐ ราย/วัน มีการระบาดรอบที่ ๓ โดยเกิดจาก สถานบันเทิงย่านทองหล่อที่กลับมาเป็นแหล่งระบาดหนักสร้างความแตกตื่นไปทุกวงการ และมีการระบาดรอบที่ ๔ ตามมา ซึ่งเมื่อติดเชื้อแล้วจะมีอาการเล็กน้อยถึงปานกลางในรูปแบบที่แตกต่างกันไป บางรายมีไข้ ไอมีเสมหะ ภาวะเสียการรู้กลิ่น และภาวะเสียการรู้รส และหากเกิดในผู้สูงอายุอาจมีอาการหายใจหอบเหนื่อย เมื่อป่วยแล้ว อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต มาตรการที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เสนอยกระดับมาตรการควบคุมโรคด้วยการแบ่งโซนพื้นที่ ได้แก่ พื้นที่สีแดง พื้นที่สีส้ม พื้นที่สีเหลือง พื้นที่สีเขียว แสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อโรค COVID-๑๙ สามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ที่เข้าไปสัมผัสผู้ติดเชื้อ และบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นด่านหน้ามีโอกาสติดเชื้อได้เช่นกัน

รัฐบาลได้จัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-๑๙ (ศบค.) ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินและมาตรการในการควบคุมการระบาด มีการระดมและกระจายทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพจัดการข้อมูลและสื่อสารความเสี่ยงแก่สาธารณะให้ทันต่อสถานการณ์ระบาดของโรค เพื่อลดความเสียหายและผลกระทบให้เหลือน้อยที่สุด ร่วมมือกันออกแนวทางปฏิบัติให้กับบุคลากรทางแพทย์ในการบริหารจัดการเตรียมสถานพยาบาลในการรองรับการติดเชื้อไวรัส COVID-๑๙ แนวทางปฏิบัติการปรับรูปแบบบริการ การบริการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก (OPD) การดูแลรักษาผู้ป่วยใน (IPD) และการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-๑๙ แนวปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อไวรัส COVID-๑๙ สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ อีกทั้งจัดทำคู่มือการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อไวรัส COVID-๑๙ สำหรับประชาชนและจัดตั้งสถานที่ควบคุมโรคที่ภาครัฐจัด (State Quarantine: SQ) แบบบูรณาการเพื่อรองรับประชาชนที่เดินทางกลับมาจากต่างประเทศเข้ากักกันตัวเป็นเวลา ๑๔ วัน ตามระยะเวลาในการฟักตัวของเชื้อ และเน้นย้ำในเรื่องมาตรการการป้องกัน คือสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ และเว้นระยะห่าง มาตรการในการป้องกันโรคราตรการหลักที่สำคัญ คือ การให้วัคซีน COVID ๑๙ ในประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความจำเป็นต้องจัดหาวัคซีนให้เพียงพอแก่ประชาชน

ข้อมูลสถิติของจังหวัดน่าน พบ ในปี ๒๕๖๓ ไม่พบผู้ติดเชื้อในพื้นที่ และมีการแพร่ระบาดของโรค โดยเริ่มตั้งแต่ มกราคม ๒๕๖๔ จากประชากรในพื้นที่ที่เดินทางกลับมาเยี่ยมญาติที่บ้านเกิด และมีการแพร่ระบาด และเพิ่มสูงขึ้นจากนโยบายรับผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อมารักษาตัวต่อที่บ้านเนื่องจากพื้นที่ส่วนกลางเตียงไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วย โดยพบว่า ปี ๒๕๖๔ มีผู้ติดเชื้อโควิด-๑๙ สะสม จำนวน ๒,๓๖๑ คน และเสียชีวิตจำนวน ๙ คน(ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมอนามัย, ๒๕๖๔) โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาตัวแบบนอนโรงพยาบาลในโรงพยาบาลน่าน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว และ โรงพยาบาลสนาม

โรงพยาบาลท่าวังผาได้มีการปฏิบัติตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในระยะแรกที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ในจังหวัดน่าน ได้มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อพบผู้ติดเชื้อโควิด-๑๙ มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาตามสถานพยาบาลที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้กำหนด แต่มีการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลกรณีที่เป็นผู้ที่เข้าเกณฑ์เฝ้าระวังและสอบสวนโรค (Patient Under Investigation : PUI) และได้มีการส่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยในพัฒนาทักษะและองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ พร้อมทั้งส่งไปปฏิบัติงานหอผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่โรงพยาบาลน่าน จากข้อมูลสถิติของจังหวัดน่านซึ่งมีจำนวนผู้ติดเชื้อประสงค์กลับบ้านมารักษาตัวที่บ้าน ประกอบกับการแพร่ระบาดและเชื้อในพื้นที่เพิ่มสูงขึ้นส่งผลให้เตียงผู้ป่วยและบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน่าน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว และ โรงพยาบาลสนาม สาธารณสุขจังหวัดน่านจึงได้มีนโยบายส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้านมารักษาตัว ในโรงพยาบาลชุมชนและเปิดรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลท่าวังผาเป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งแรกในจังหวัดน่านที่รับผู้ป่วยกลับบ้านมารักษา จึงมีการจัดตั้งหอผู้ป่วยรวม (Cohort ward) เพื่อให้ผู้ป่วยโควิด-๑๙ ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม ให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันโดยมีอาการแทรกซ้อนจากโรคโควิด-๑๙ น้อยที่สุดและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ที่มีวิจัยเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้ทำวิจัยขึ้นเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยรวมโรงพยาบาลท่าวังผา

วัตถุประสงค์การวิจัย:

๑. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ ในหอผู้ป่วยรวม โรงพยาบาลท่าวังผา
๒. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ ในหอผู้ป่วยรวม โรงพยาบาลท่าวังผา

ระเบียบวิธีวิจัย (research methodology)

- แบบของการวิจัย (research design ; action research) : วิจัยเชิงปฏิบัติการ
- ประชากร/กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยรวมโรงพยาบาลท่าวังผา ตั้งแต่ ตุลาคม ๒๕๖๔ – มิถุนายน ๒๕๖๕ จำนวน ๕๙๒ ราย คัดเลือกโดยเฉพาะเจาะจง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (instrument of research) ใช้เครื่องมือ ๖ ชิ้นคือ
 ๑. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยรวมโรงพยาบาลท่าวังผา
 ๒. แบบบันทึกการติดเชื้อเจ้าหน้าที่จากการปฏิบัติงาน Cohort ward
 ๓. แบบบันทึกการเสียชีวิตผู้ป่วยโควิด-๑๙
 ๔. แบบบันทึกวันนอนผู้ป่วยโควิด-๑๙
 ๕. แบบติดตามอาการแทรกซ้อนหลังจากติดเชื้อโควิด-๑๙ ๗ วัน
 ๖. แบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยโควิด-๑๙

วิธีการดำเนินการวิจัย ดำเนินการระหว่าง สิงหาคม ๒๕๖๔ ถึง มิถุนายน ๒๕๖๕ แบ่งการดำเนินการเป็น ๓ ระยะ ได้แก่

ระยะที่ ๑ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์และออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยรวม รพ. ท่าวังผา เดือนสิงหาคม ๒๕๖๔ ทีมวิจัยประเมินสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ และประสานโรงพยาบาลน่านในการกำหนดหลักเกณฑ์การส่งผู้ป่วยกลับมารักษาตัวที่ รพ.ท่าวังผา ศึกษาแนวคิด แนวปฏิบัติในการจัดตั้งหอผู้ป่วยรวม ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ จากตัวแทนพยาบาลที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยโควิด-๑๙ รพ.น่าน และนำมาปรับใช้ ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยรวมที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลท่าวังผา จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.๒๕๕๔ ได้ใช้แนวคิด ๓S หรือโรงพยาบาลสาธารณสุขยุคใหม่เพื่อคนไทยสุขภาพดี มีรอยยิ้มได้แก่ (๑) Structure คือการสร้างบรรยากาศที่ดี (๒) Service คือบุคลากรให้บริการที่ดี และ (๓) System คือการบริหารจัดการที่ดี (สำนึกนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๔) และหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) ซึ่งเน้นให้ห้องค์การจัดให้มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โดยมีระบบหลักได้แก่ (๑) รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตามที่เหมาะสมกับบริบท ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอและมีการประสานงานที่ดี (๒) การปฏิบัติเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ (infection prevention practice) องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อการป้องกันการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ ซึ่งจะเน้นการป้องกันการติดเชื้อทั่วไปและการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคติดเชื้อ covid-๑๙ เป็นโรคอุบัติใหม่การป้องกันการติดเชื้อจึงเป็นการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กรเช่นการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ผู้ที่ติดเชื้อ covid-๑๙ จัดเป็นผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ จึงต้องมีการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงในการติดและแพร่กระจายของเชื้อ ทำให้ต้องมีการแยกพื้นที่ใช้งานออกจากพื้นที่อื่น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยอื่น ๆ ได้รับความเสี่ยงจากการติดเชื้อน้อยที่สุด (คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ, ๒๕๖๕)

ระยะที่ ๒ ระยะดำเนินการ ระหว่าง เดือน ตุลาคม ๒๕๖๔ – มิถุนายน ๒๕๖๕ โรงพยาบาลท่าวังผาได้ออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยรวมโรงพยาบาลท่าวังผา โดยแบ่งเป็น ๓ องค์ประกอบ ได้แก่

๑. **ด้านโครงสร้างอาคารสถานที่ (structure) ประกอบด้วย**

- ๑.๑ คัดเลือกตึกสงฆ์อาพาธ เป็นหอผู้ป่วยรวมโควิด เนื่องจากการแบ่งโซนพื้นที่อย่างชัดเจน และห่างไกลจากจุดบริการอื่น
- ๑.๒ ปรับอาคารตึกสงฆ์อาพาธ
 - ๑.๒.๑ nurse station เป็นห้องควบคุมและอำนวยความสะดวก มีการติดกระจกล้อมรอบเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วยสู่เจ้าหน้าที่
 - ๑.๒.๒ ติดตั้งกล่องวงจรปิดในห้องพักผู้ป่วยทุกห้องเพื่อเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วย
 - ๑.๒.๓ นำเตียงผู้ป่วยเข้าไปวางในห้องพักแต่ละห้อง โดยกำหนดห้องละ ๓ เตียง
 - ๑.๒.๔ ติดตั้งไมโครโฟนสำหรับสื่อสารกับผู้ป่วย
- ๑.๓ จัดทำป้ายเตือน หอผู้ป่วยโควิด และห้ามบุคคลภายนอกของเข้า
- ๑.๔ นำแผงเหล็กมาติดตั้งเพื่อให้มีทางสำหรับเข้าและออกจากตึกสงฆ์อาพาธเพียงทางเดียว
- ๑.๕ ล้อมรอบตึกสงฆ์อาพาธด้วยเชือกกัน แฉกกันและแผ่นป้ายเพื่อป้องกันผู้ป่วยหรือญาติจากตึกผู้ป่วยในเข้าไปในพื้นที่ผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยส่วนตัวและรักษาสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยโควิด-๑๙
- ๑.๖ ปรับทางลาดด้านหลังตึกเพื่อรับและส่งผู้ป่วยที่นอนรถเข็นหรือนั่งรถเข็นนั่ง
- ๑.๗ ปรับอาคารจอดรถสำหรับผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
- ๑.๘ กำหนดเส้นทางจราจรสำหรับรับและส่งผู้ป่วยโควิด-๑๙ จาก รพ.น่าน

ปัญหาและอุปสรรคในด้านโครงสร้างและสถานที่คือ อาคารคือตึกสงฆ์อาพาธไม่มีระบบระบายอากาศที่เหมาะสมสำหรับการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ covid-๑๙ อากาศถ่ายเทไม่สะดวก ไม่มีเครื่องฟอกอากาศ ไม่มีม่านหรือฉากกั้นระหว่างเตียง ซึ่งไม่เหมาะสมตามหลักการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วยรวมแยกโรค จากปัญหาที่พบข้างต้นได้มีการปรับแก้ไขเบื้องต้นคือ จัดให้มีเตียง ๓ เตียงต่อ ๑ ห้อง เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วย รวมถึงติดป้ายแสดงอาณาเขตหรือบริเวณหวงห้ามสำหรับผู้ป่วย covid-๑๙ เท่านั้น แต่พบปัญหาเพิ่มเติมคือในช่วงที่มีการระบาดหนัก ๆ จำนวนเตียงไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยทำให้ต้องมีการขยายเตียงผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลสนาม นอกจากนี้ยังขาดอุปกรณ์สื่อสารกับผู้ป่วยแม้ว่าจะมีโทรศัพท์แต่อาจไม่เพียงพอทำให้ต้องตะโกนคุยกันระหว่างแพทย์ พยาบาลและผู้ป่วย ดังนั้นหากต้องมีการระบาดของ covid-๑๙ หรือโรคติดเชื้ออื่น ๆ ในอนาคต อาจต้องมีการติดตั้งเครื่องมือเพื่อช่วยในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยเพิ่มเติม

๒. ด้านการให้บริการของบุคลากร (service) ประกอบด้วย

- ๒.๑ พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร
- ๒.๒ พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสวมและถอดอุปกรณ์ PPE พร้อมทั้งการจัดทำจัดขยะ โดย ทีม IC โรงพยาบาลท่าวังผา
- ๒.๓ จัดอัตรากำลังบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย Cohort ward โดย พยาบาล ๑ คน และ ผู้ช่วยเหลือคนใช้ ๑ คน ประจำ Cohort ward และมีแพทย์สลับสับเปลี่ยนหมุนเวียนในการประเมินผู้ป่วย
- ๒.๔ จัดอัตรากำลังพยาบาลในหน่วยงานอื่นๆภายใน รพ. สลับสับเปลี่ยนหมุนเวียนมาดูแลผู้ป่วยหอผู้ป่วยโควิดรวม

การดำเนินการส่วนใหญ่เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ พยาบาลทุกคนได้รับการอบรมและปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ โดยยึดหลัก standard precaution อย่างเคร่งครัดในการดูแลผู้ป่วยทุกราย แต่พบปัญหาในระหว่างการปฏิบัติงานได้แก่ การใส่ชุด PPE ที่ค่อนข้างยุ่งยากทำให้อาจมีลำดับการใส่ชุด PPE ไม่ถูกต้อง จึงได้มีการจัดอบรมการใส่และถอดชุด PPE ให้เป็นไปตามมาตรฐาน ในด้านอัตรากำลังของพยาบาลใน cohort

ward ได้จัดให้มีพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ๑ คนและผู้ช่วยเหลือคนไข้ ๑ คน ซึ่งอาจไม่เพียงพอแม้ว่าจะมีการหมุนเวียนกำลังพยาบาลจากหน่วยอื่นมาช่วย แต่ทำให้มีภาระงานที่เพิ่มขึ้น อาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน จนทำให้มีประสิทธิภาพในการทำงานลดลงได้

๓. ด้านระบบบริการ (system)

๓.๑ การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

๓.๑.๑ มีการเตรียมความพร้อมก่อนรับและส่งผู้ป่วย โดย การแสดงบทบาทสมมุติ

๓.๑.๒ กำหนดให้รถพยาบาล เบอร์ ๒ เป็นรถที่ใช้ในการรับและส่งต่อผู้ป่วย

๓.๑.๓ แนวทางส่งต่อกรณีผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่าง

๓.๒ การเตรียมเพื่อรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

๓.๒.๑ เตรียมความพร้อมของห้องพักและอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย

๓.๒.๒ เตรียมอุปกรณ์ PPE ให้พร้อมและเพียงพอ

๓.๒.๓ กำหนดเกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยรวม ได้แก่ ผู้ป่วยสีเขียว (ในระยะแรก) และ ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคประจำตัว(ระยะหลัง) ภายหลังจาก ATK เป็น positive หรือ ภายหลังจากรักษาตัวในโรงพยาบาลนานจนกระทั่งอาการเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยสีเขียว

๓.๓ การปฏิบัติตัวระหว่างพักรักษาตัวใน Cohort ward

๓.๓.๑ กำหนดให้ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

๓.๓.๒ ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัวก่อนเข้ารับบริการ

๓.๓.๓ แจ้งไม่ให้ผู้ป่วยออกจากห้องพักของตนเอง

๓.๓.๔ กำหนดให้ผู้ป่วยวัดไข้ ความดันโลหิตและออกซิเจนในเลือดด้วยตัวเอง ในเวลา ๐๖.๐๐ น. และ ๑๘.๐๐ น.โดยแจ้งพยาบาลประจำตึกผ่าน Line หรือทางโทรศัพท์ในห้องผู้ป่วย

๓.๓.๕ กำหนดให้เจ้าหน้าที่โภชนาการนำอาหารไปแจก โดยนำไปวางไว้ที่โต๊ะหน้าห้อง ในเวลา ๐๗.๐๐ น. , ๑๑.๐๐ น. และ ๑๖.๐๐ น.

๓.๓.๖ กรณีที่ญาตินำของฝากมาให้ผู้ป่วยให้ฝากไว้ตึกผู้ป่วยในและเจ้าหน้าที่จะนำไปแจกจ่ายในเวลา ๑๑.๐๐ น.

๓.๓.๗ แพทย์ติดตามและประเมินอาการผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ที่ติดอยู่ในห้อง ในเวลา ๐๘.๐๐ น. และเวลาผู้ป่วยมีปัญหาที่ต้องการให้แพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการ

๓.๓.๘ กำหนดให้ผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย X-ray ปอดบนหอผู้ป่วยในเวลา ๑๐.๐๐ น. และเวลา ๑๔.๐๐ น. ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อเชื้อโควิด-๑๙ ลงปอด

๓.๓.๙ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยติดตามอาการผ่านกล้องวงจรปิด ทุกๆ ๑ ชั่วโมง

๓.๓.๑๐ กรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องทำหัตถการอื่นๆ ตามที่แพทย์สั่ง ให้พยาบาลประจำตึกเข้าไปทำหัตถการในห้องผู้ป่วย

๓.๓.๑๑ ผู้ป่วยติดเตียง ให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดที่ติดโควิด-๑๙ เข้ามาดูแลในหอผู้ป่วย.โควิดรวม หากญาติไม่เคยติดโควิด-๑๙ มีการสร้างความเข้าใจกับญาติและ ATK ญาติผู้ป่วยโควิดทุกราย ก่อนออกจากโรงพยาบาล

๓.๔ การเตรียมความพร้อมก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน

๓.๔.๑ กำหนดแนวทางการจำหน่าย ได้แก่ พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยตามที่กำหนด

๓.๔.๒ ประสานและเตรียมความพร้อมของชุมชน

๓.๔.๓ เตรียมความพร้อมบ้านผู้ป่วยโควิด-๑๙

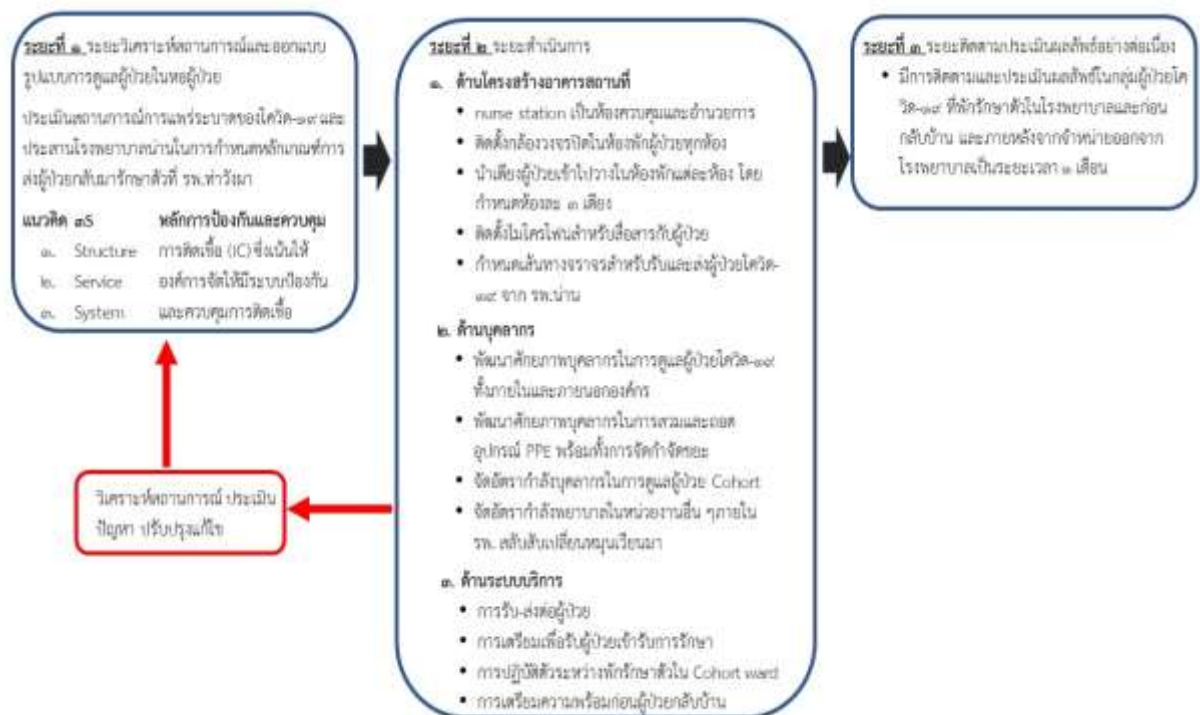
๓.๔.๔ ให้สุขศึกษาผู้ป่วย

๓.๔.๕ ให้รถพยาบาลเบอร์ ๒ นำส่งผู้ป่วยกลับบ้านหากไม่สามารถเดินทางกลับได้ด้วยตนเอง

ปัญหาที่พบในด้านระบบบริการสามารถแบ่งออกเป็น ๓ ระยะได้แก่ (๑) ระยะเริ่มต้นเป็นระยะที่เริ่มมีผู้ป่วยเข้ามารักษาตัวที่โรงพยาบาล ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ ได้มีการสำรวจเตรียมความพร้อมและวางแผนในด้านต่าง ๆ รวมถึงวางแผนเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น เครื่อง x-ray การจัดตั้ง cohort ward อัตรากำลัง การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการรักษา covid-๑๙ และเตรียมบริการพยาบาล ซึ่งได้มีการอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ความพร้อม (๒) ระยะที่มีการแพร่ระบาดหนัก เป็นระยะที่มีการเข้ารับการรักษาตัวของผู้ป่วยใน cohort ward จำนวนมาก จนเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลต้องจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม และรับรักษาผู้ป่วย covid-๑๙ ที่มีอาการรุนแรงไว้ที่ cohort ward ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องนอนโรงพยาบาลนาน ๑๔ วัน ทำให้ทางโรงพยาบาลต้องจัดสรรอัตรากำลังเพิ่มเติมเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลสนาม ในระยะนี้ยังพบอีกปัญหาหนึ่งคือเงินโยบาย มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษาโรค covid-๑๙ ค่อนข้างบ่อยที่ให้แนวทางการรักษา การให้การพยาบาลของโรงพยาบาลทำวังผาต้องปรับเปลี่ยนตาม ซึ่งทางโรงพยาบาลได้มีการจัดอบรมแก่บุคลากรเป็นระยะเพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของประเทศไทย และ (๓) เป็นระยะที่มีการรักษาผู้ป่วยโควิดกลุ่มเฉพาะคือกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียงเป็นต้น ซึ่งได้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยในผู้ป่วยที่มีอาการหนัก รวมถึงมีการติดเชื้อที่ปอด

ระยะที่ ๓ ระยะติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เดือน มิถุนายน ๒๕๖๕ มีการติดตามและประเมินผลในพื้นที่ในกลุ่มผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลและก่อนกลับบ้าน และภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา ๑ เดือน

รายละเอียดของการดำเนินงานดังแสดงในภาพที่ ๑ แก่แนวคิด ๓ s เป็น staff



ภาพที่ ๑ รูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-๑๙ โรงพยาบาลท่าวังผา

- ระยะเวลาในการทำวิจัย นับตั้งแต่ สิงหาคม ๒๕๖๔ ถึง มิถุนายน ๒๕๖๕
- สถิติที่ใช้ สถิติเชิงพรรณนา คิดเป็นค่าเฉลี่ยและร้อยละ

ผลการวิจัย (สาระสำคัญที่ได้จากการวิจัย /ศึกษา/ทดลอง)

จากการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยรวมโรงพยาบาลท่าวังผา แสดงดังตารางที่ ๑ ตารางที่ ๒ และตารางที่ ๓

ตารางที่ ๑ ตารางแสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโควิดที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโควิดรวม n= ๕๙๒

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๒๔๗	๔๑.๗๒
หญิง	๓๔๕	๕๘.๒๘
อายุ		
น้อยกว่า ๓๐ ปี	๑๖๒	๒๗.๓๖
๓๐-๓๙ ปี	๗๒	๑๒.๑๖
๔๐-๔๙ ปี	๗๔	๑๒.๕๐
๕๐-๕๙ ปี	๙๕	๑๖.๐๕
มากกว่า ๖๐ ปี	๑๘๙	๓๑.๙๓
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	๕๑๓	๘๖.๖๖
มีโรคประจำตัว	๗๙	๑๓.๓๔
ความดันโลหิตสูง	๔๒	๕๓.๑๖
เบาหวาน	๑๒	๑๕.๑๙
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	๘	๑๐.๑๓
หัวใจ	๖	๗.๕๙
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	๑๑	๑๓.๙๒

จากตารางพบว่าผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโควิดรวมเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๒๘ ส่วนมากเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ ๓๑.๙๓ รองลงมาเป็นผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ๓๐ ปี และ อายุระหว่าง ๕๕-๕๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๓๖ และ ๑๖.๐๕ ตามลำดับ และผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโควิดส่วนมากจะไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ ๘๖.๖๖ สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ส่วนมากเป็นความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๑๖ รองลงมาเป็น เบาหวาน ร้อยละ ๑๕.๑๙ และมีทั้งความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ร้อยละ ๑๓.๙๒ ตามลำดับ

ตารางที่ ๒ ตารางแสดงวันนอนของผู้ป่วยโควิด-๑๙ n=๕๙๒

ข้อมูลทั่วไป	วันนอนรวม	จำนวนวันนอนเฉลี่ย
เพศ		
ชาย	๙๒๔	๓.๗๔
หญิง	๑๓๘๐	๔.๐๐
อายุ		
น้อยกว่า ๓๐ ปี	๕๕๗	๓.๔๔
๓๐-๓๙ ปี	๒๑๐	๒.๙๒
๔๐-๔๙ ปี	๓๐๘	๔.๑๖
๕๐-๕๙ ปี	๔๐๑	๔.๒๒
มากกว่า ๖๐ ปี	๘๒๘	๔.๓๘
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	๑๗๗๓	๓.๔๖
มีโรคประจำตัว	๕๓๑	๖.๗๒
ความดันโลหิตสูง	๒๕๒	๖.๐๐
เบาหวาน	๗๒	๖.๐๐
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	๕๖	๗.๐๐
หัวใจ	๕๘	๙.๖๗
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	๙๓	๘.๔๕

จากตารางพบว่าผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโควิดรวมเพศหญิงมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยมากกว่าเพศชายเฉลี่ย ๔.๐๐ ด้านอายุของผู้ป่วยโควิด-๑๙ พบว่า ผู้สูงอายุมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยสูงสุด เฉลี่ย ๔.๓๘ รองลงมาเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง ๕๐-๕๙ ปี และ ๔๐-๔๙ ปี เฉลี่ย ๔.๒๒ และ ๔.๑๖ ตามลำดับ และโรคประจำตัวของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยโควิดที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจ มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย ๙.๖๗ ซึ่งสูงที่สุด รองลงมาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน และ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีวันนอนเฉลี่ย ๘.๔๕ และ ๗.๐๐ ตามลำดับ

ตารางที่ ๓ ตารางแสดงผลลัพธ์ทางคลินิก n=๕๙๒

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโควิด-๑๙	๓	๐.๕๑
ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ	๑๑	๑.๘๖
ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน		
ระหว่างพักรักษาตัวใน รพ ได้แก่ ปอดอักเสบ	๗	๑.๑๘
หลังจากจำหน่ายออกจาก รพ. ๑ เดือน	๐	๐

จากตารางพบว่าผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโควิดรวมเสียชีวิตที่ รพ.ท่าวังผา จำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๕๑ ซึ่งผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโควิด-๑๙ เป็นผู้หญิง ๒ ราย ผู้ป่วยหญิงรายที่ ๑ มีโรคประจำตัว CKD ผู้ป่วยหญิงรายที่ ๒ มีโรคประจำตัว CKD และโรคหัวใจ และผู้ป่วยชาย รายที่ ๓ มีโรคประจำตัว COPD ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าโดยไม่ได้มีอาการรุนแรงจนกระทั่งใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน ๑๑ รายคิดเป็นร้อยละ ๑.๘๖ พบผู้ป่วย ๙ ราย มีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ผู้ป่วย ๒ รายส่งต่อไปพักรักษาตัวร่วมกับญาติที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน และระหว่างพักรักษาตัวใน รพ. พบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อโควิด-๑๙ ได้แก่ ปอดอักเสบ ร้อยละ ๑.๑๘ แต่ภายหลังจากจำหน่ายออกจาก รพ. ๑ เดือน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อโควิด-๑๙

- อภิปรายผล

จากผลลัพธ์การวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโควิดรวมเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๒๘ และส่วนมากเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ ๓๑.๙๓ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของชูลีกร ธนฉัตร(๒๕๖๔) ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนมากเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ ๕๒.๓๔ ผู้ป่วยมีอายุน้อยกว่า ๓๐ ปี ร้อยละ ๕๒.๓๒ อย่างไรก็ตามรายการการวิจัยดังกล่าวได้มีการศึกษาในช่วงเวลาที่แตกต่างกันและบริบทที่แตกต่างส่งผลให้ผลลัพธ์มีความแตกต่างเนื่องจากจังหวัดน่าในช่วงระยะเวลาดังกล่าวได้มีนโยบายให้ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวเข้ารับการรักษาโดยการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลสนาม ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มวัยอื่นๆให้มีการกักตัวและรักษาตัวที่บ้านในรูปแบบ HI และ SI ส่งผลให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยโควิดเป็นผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ ในพื้นที่ พบว่าในช่วงเวลาดังกล่าวได้มีการระบาดในกลุ่มนักเรียนทุกระดับชั้น ส่งผลพบว่ามีผู้ป่วยที่อยู่ในวัยศึกษาเข้าพักรักษาตัวแบบนอนโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยโควิดรองลงมา และพบผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโควิดส่วนมากจะไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ ๘๖.๖๖ สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ส่วนมากเป็นความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๑๖ รองลงมาเป็นเบาหวาน ร้อยละ ๑๕.๑๙ สอดคล้องกับการศึกษาของบรรพต ปานเคลือบ(๒๕๖๓) พบผู้ป่วยโควิดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ ๖๕.๘ สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ ๑๔.๐๘ รองลงมาเป็นเบาหวาน ร้อยละ ๙.๑๕

การศึกษาพบผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโควิดรวมเพศหญิงมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยมากกว่าเพศชายเฉลี่ย ๔.๐๐ ด้านอายุของผู้ป่วยโควิด-๑๙ พบว่า ผู้สูงอายุมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยสูงสุด เฉลี่ย ๔.๓๘ รองลงมาเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง ๕๐-๕๙ ปี และ ๔๐-๔๙ ปี เฉลี่ย ๔.๒๒ และ ๔.๑๖ ตามลำดับ จากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าเพศหญิงเมื่อติดเชื้อโควิด-๑๙ จะมีอาการรุนแรงมากกว่า ด้านอายุจะพบว่าผู้สูงอายุเมื่อติดเชื้อโควิด-๑๙ จะมีอาการรุนแรงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของบรรพต ปานเคลือบ (๒๕๖๓) โดยพบว่าด้านเพศหญิงเมื่อติดเชื้อโควิด-๑๙ จะมีอาการรุนแรงมากกว่าเพศชาย ด้านอายุยิ่งอายุมากขึ้นจะมีการที่รุนแรงมากกว่าคนที่อายุน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มเด็กส่วนมากจะไม่พบอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย ด้านศาสนา ชาวพุทธจะมีอาการรุนแรงกว่าผู้ที่นับถือศาสนาอื่นๆ และสถานภาพจะพบว่าคนที่มียศสถานภาพสมรสจะมีอาการที่รุนแรงกว่าคนที่มียศสถานภาพโสด และพบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวจะมีอาการรุนแรงกว่า

ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย ๖.๗๒ วัน และพบว่าผู้ป่วยโควิดที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจ มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย ๙.๖๗ ซึ่งสูงที่สุด รองลงมาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน และปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีวันนอนเฉลี่ย ๘.๔๕ และ ๗.๐๐ ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคโควิด-๑๙ ที่มีโรคประจำตัวอาการของโรคจะรุนแรงมากกว่าโดยเฉพาะผู้ป่วยในระบบทางเดินหายใจและหลอดเลือด จากการศึกษาพบว่าโรคโควิด-๑๙ เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาเป็นไวรัสที่สามารถก่อโรคได้ในคนและสัตว์มีกระดูกสันหลัง โดยเซลล์เป้าหมายหลักของเชื้อไวรัสโคโรนา คือ เซลล์เยื่อทางเดินหายใจและทางเดินอาหาร (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,๒๕๖๓) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านระบบทางเดินหายใจและหลอดเลือดมีอาการที่รุนแรงมากกว่า

ผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโควิดรวมเสียชีวิตที่ รพ.ท่าวังผา จำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๕๑ ซึ่งผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโควิด-๑๙ เป็นผู้หญิง ๒ ราย ผู้ป่วยหญิงรายที่ ๑ มีโรคประจำตัว CKD ผู้ป่วยหญิงรายที่ ๒ มีโรคประจำตัว CKDและโรคหัวใจ และผู้ป่วยชาย รายที่ ๓ มีโรคประจำตัว COPD ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าโดยไม่ได้มีอาการรุนแรงจนกระทั่งต้องใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน ๑๑ รายคิดเป็นร้อยละ ๑.๘๖ พบผู้ป่วย ๙ ราย มีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ผู้ป่วย ๒ รายส่งต่อไปพักรักษาตัวร่วมกับญาติที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานและระหว่างพักรักษาตัวใน รพ. พบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อโควิด-๑๙ ได้แก่ ปอดอักเสบ ร้อยละ ๑.๑๘ แต่ภายหลังจากจำหน่ายออกจาก รพ. ๑ เดือน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโควิด-๑๙ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนกระทั่งเสียชีวิตได้ เนื่องจากภาวะของโรค สุขภาพและปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆได้แต่อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลท่าวังผาเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F๒ เมื่อแพทย์ได้ประเมินผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยและพบว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจะส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ดังนั้นการประเมินผู้ป่วยและพบอาการปอดอักเสบก่อนลูกถามจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในหอโควิดรวม ในส่วนผู้ป่วยที่เสียชีวิตเป็นผู้ป่วยกลุ่ม palliative care ในระยะสุดท้าย และมีโรคร่วมที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง แต่ญาติได้เซ็นเอกสารยินยอมการรักษาแบบประคับประคอง จึงไม่มีการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ทีมผู้รักษาจึงให้การดูแลตามอาการและผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบในโรงพยาบาลใกล้บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของบรรพต ปานเคลือบ(๒๕๖๓)โดยพบผู้เสียชีวิต จำนวน ๑ ราย และการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-๑๙ ขึ้นอยู่กับปริมาณไวรัสที่ได้รับเข้าทางเดินหายใจและปัจจัยทางผู้ติดเชื้อ เช่น สุขภาพ โรคประจำตัว ปฏิกริยาภูมิคุ้มกัน การปฏิบัติตนเมื่อเริ่มป่วย (แพทย์โรคติดเชื้อและระบาดวิทยา,๒๕๖๓) รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งส่วนมากจะดูแลรักษาเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลางและสอดคล้องกับงานวิจัยของ McIntosh K, Hirsch MS and Bloom A (๒๐๒๐) ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงของโรคที่เด่นชัดได้แก่ ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคประจำตัว โดยโรคร่วมที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคและการเสียชีวิต ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคปอดเรื้อรัง ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ๑๒ เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มียปัจจัยเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและหัวใจเมื่อป่วยเป็นโรคโควิด-๑๙ อาจมีความเสี่ยงจากภาวะหัวใจวายและเสียชีวิตได้สูง เนื่องจากเชื้อไวรัส ส่งผลให้ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ร้อยละ ๑๗ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ร้อยละ ๗ ส่งผลให้เกิดระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว ร้อยละ ๙ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานจะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการติดเชื้อ เนื่องจากระบบการทำงานของเม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่กำจัดเชื้อโรคไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง โดยเฉพาะที่ปอดสูง ๒-๔ เท่า

สรุป

ทีมวิจัยได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยรวมโรงพยาบาลท่าวังผาถึงแม้ว่าจะขาดความพร้อมในการดูแลและรักษาผู้ป่วยแต่ทีมได้นำประสบการณ์จากพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยโควิดที่หอผู้ป่วยโรงพยาบาลร่วมกับนำแนวทางและแนวปฏิบัติตามมาตรฐานของกรมควบคุมโรคมาปรับใช้ให้เหมาะสม พร้อมทั้งปรับปรุงแบบอย่างต่อเนื่อง ๓ ระยะ ได้แก่

ระยะแรก ได้มีการปรับปรุงแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อรองรับการส่งผู้ป่วยสีเขียวซึ่งมีอาการคงที่และไม่รุนแรงจากโรงพยาบาลนำกลับมารักษาตัวที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน โดยมีการปรับปรุงอาคารสถานที่ วางรูปแบบบริการและพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ ตามมาตรฐานของกรมควบคุมโรค นอกจากนี้ก่อนรับผู้ป่วยกลับได้มีการแสดงบทบาทสมมติและถอดบทเรียนเพื่อเตรียมรับผู้ป่วยกลับอย่างปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

ระยะที่ ๒ ภายหลังจากช่วงหยุดยาวได้แก่ช่วงสิ้นปี และสงกรานต์ ปี ๒๕๖๕ พบว่าจังหวัดน่านเริ่มมีการระบาดของโควิด-๑๙ สายพันธุ์โอไมครอนอย่างหนักจากญาติที่กลับมาจากต่างจังหวัด แต่อย่างไรก็ตามช่วงระยะเวลาดังกล่าวประชาชนในพื้นที่เริ่มได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ตามมาตรการของรัฐส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการที่ไม่รุนแรง แต่เนื่องจากการระบาดในวงกว้างโรงพยาบาลท่าวังผาจึงได้มีการเปิดโรงพยาบาลสนามเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามด้วยสถานการณ์การระบาดในพื้นที่และโรงพยาบาลสนามเตียงไม่เพียงพอต่อการให้บริการ โรงพยาบาลท่าวังผาจึงรับผู้ป่วยที่มีผล PCR เป็นบวกไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล จึงได้มีการปรับปรุงแบบบริการที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่เข้ารับบริการ ร่วมกับคลินิก ARI โดยภายหลังจากผล ATK เป็นบวก ให้ผู้ป่วยกลับไปกักตัวที่บ้านและเตรียมของใช้ส่วนตัว เมื่อผล PCR เป็นบวกจะมีรถพยาบาลโดยใช้รถ ambulance เบอร์ ๒ นำผู้ป่วยมาพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยโควิด-๑๙ รวมถึงปรับปรุงแบบบริการโดยให้ญาตินำอาหาร ของเยี่ยมและขอใช้สำหรับผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่นอนพักรักษาตามมาวางไว้บนโต๊ะหน้า nurse station บนเตียงผู้ป่วยในและทีมพยาบาลจะนำไปแจกจ่ายให้ผู้ป่วยโควิด-๑๙ ในช่วงเวลา ๑๑.๐๐ น. พร้อมกับอาหารกลางวัน และด้านสถานที่ได้มีการจัดที่จอดรถสำหรับผู้ป่วยที่ walk in เข้ามาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลท่าวังผาและโรงพยาบาลสนาม

ระยะที่ ๓ สถานการณ์การแพร่ระบาดยังคงรุนแรงเช่นเดิม แต่ประชาชนและผู้ให้บริการได้รับวัคซีนครบตามมาตรการของรัฐบาลและเริ่มมีมาตรการให้มีการกักตัวที่บ้านในรูปแบบ HI และ SI ทีมวิจัยจึงได้ปรับเกณฑ์ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ โดยใช้ผล ATK และให้พักรักษาตัวในโรงพยาบาลในกรณีที่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงและผู้ป่วย palliative care นอกจากนี้ทีมได้ปรับปรุงแบบบริการ ดังนี้ ด้านสถานที่ มีการทำทางลาดสำหรับรถเข็นนั่งและรถเข็นนอน ด้านรูปแบบบริการมีการประเมินผู้ป่วยโดยการ X-ray บนหอผู้ป่วยโควิด-๑๙ เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วงเวลา ๑๐.๐๐ น. และเวลา ๑๔.๐๐ น. ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อเชื้อโควิด-๑๙ ลงปอด จากเดิมมีการ X-ray ในผู้ป่วยโควิดทั้งนอนโรงพยาบาล HI และ SI ที่มีความเสี่ยง และให้นักโภชนาการและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนำอาหารไปแจกจ่ายให้ผู้ป่วยโควิดในหอผู้ป่วยจากเดิมเป็นพยาบาลประจำตึก

จากผลลัพธ์การวิจัยจะพบว่าผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโควิดรวมเสียชีวิตที่ รพ.ท่าวังผา จำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๕๑ ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าโดยไม่ได้มีอาการรุนแรงจนกระทั่งใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน ๑๑ รายคิดเป็นร้อยละ ๑.๘๖ และภายหลังจากติดเชื้อโควิด-๑๙ ๗ วันพบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อโควิด-๑๙ ได้แก่ ปอดอักเสบ ร้อยละ ๑.๑๘

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากระยะเวลาในการวิจัยสั้น ส่งผลให้ไม่สามารถติดตามอาการผู้ป่วยเพื่อประเมินและป้องกันภาวะ long COVID ที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้ จึงควรร่วมกับชุมชนและเครือข่ายในการติดตามอาการ ในระยะเวลา ๓ เดือน ๖ เดือน และ ๑ ปี
2. ควรมีรูปแบบการประเมินผลลัพธ์ที่ชัดเจน
3. นโยบายในการควบคุมและป้องกันโรคโควิด-๑๙ มีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา ทีมควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ และศึกษาแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดและมาตรการของรัฐ

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

ทีมได้มีการนำผลการวิจัยไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่มาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลท่าวังผา และ คปสอ.ท่าวังผา และเป็นพี่ศึกษาดูงาน และที่ปรึกษาให้กับโรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียง รวมทั้งการนำรูปแบบที่ได้รับ ขยายผลในการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามวัดป่าบ้านหนองรี ๓ รอบ

บทเรียนที่ได้รับ

- ๘.๑ โรคโควิด-๑๙ เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ไม่มีแนวทางปฏิบัติหรือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนประกอบกับการที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กซึ่งมีข้อจำกัดในหลายๆด้าน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่ายจึงมีความสำคัญในการศึกษาและเรียนรู้ พร้อมทั้งนำมาปรับรูปแบบบริการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
- ๘.๒ จากศักยภาพของโรงพยาบาลท่าวังผาซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด F๒ มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่อาการเล็กน้อยถึงปานกลาง การประเมินผู้ป่วยและตรวจพบภาวะแทรกซ้อนที่ปอดในระยะแรกมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ เพราะอาการผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ ดังนั้นการตรวจพบภาวะแทรกซ้อนและการพยากรณ์โรคอย่างแม่นยำ พร้อมทั้งส่งต่ออย่างรวดเร็วส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เป็นอันตรายจนกระทั่งเสียชีวิต

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. การสนับสนุนของผู้บริหารทั้งระดับจังหวัดและภายในองค์กร ที่สนับสนุนทั้งด้านบุคลากร ทรัพยากร และงบประมาณในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ ในหอผู้ป่วยรวมโรงพยาบาลท่าวังผา
๒. ระบบพี่เลี้ยงจาก รพ.น่าน ที่ให้คำแนะนำ และประสานการส่งผู้ป่วยโควิด-๑๙ ทั้งการรับผู้ป่วยกลับมาดูแลและการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาใน รพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่า
๓. การทำงานร่วมกับเป็นทีมของทุกหน่วยงานใน รพ.ท่าวังผา ทั้งหน่วยงานที่ให้บริการและหน่วยงานในระบบสนับสนุนที่คอยช่วยเหลือและสนับสนุนจนกระทั่งสามารถดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๔. ประสบการณ์จากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโควิดรวม รพ.น่าน ซึ่งเป็นการนำบทเรียนที่ได้มาวางแผนในการจัดรูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙
๕. ความร่วมมือของผู้ป่วย ญาติ และชุมชน ที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเองตามที่กำหนด ญาติผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ที่กำหนดและไม่ไปเยี่ยมผู้ป่วย รวมทั้งญาติผู้ป่วยที่เข้าไปดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโควิดรวมกรณีที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงและช่วยเหลือตนเองได้น้อย

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๓ (ประกาศลงวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓). กรุงเทพมหานคร.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓). แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยใน (IPD) ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๓ สืบค้น

จาก http://covid๑๙.dms.go.th/backend///Content//Content_File/Covid_Health/Attach/๒๕๖๓๐๖๑๖๒๔๒๓๓PM_%E๐%B๘%๙B%E๐%B๘%A๓%E๐%B๘%B๐%E๐%B๘%๘๑%E๐%B๘%B๒%E๐%B๘%A๘%๒๐IPD%๒๐COVID๑๙.pdf

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓). คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณี

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๓ สืบค้นจาก https://w๒.med.cmu.ac.th/nd/wp-content/uploads/๒๐๒๐/๐๓/COVID๑๙_๐๔๐๓๒๐๒๐.pdf

กรมสนับสนุนการบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓). แนวทางการจัดทำ Cohort ward. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๓ สืบค้น

จาก https://hss.moph.go.th/fileupload_doc/๒๐๒๐-๐๔-๐๒-๑-๒๐-๕๐๗๘๐๐๗๕.pdf

คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ศูนย์ควบคุมความเป็นเลิศทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. นโยบายและคู่มือปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๕ สืบค้นจาก

<http://excellent.med.cmu.ac.th/meccmu/wp-content/uploads/๒๐๑๙/๑๑/%E๐%B๘%๙๙%E๐%B๘%๘๒%E๐%B๘%A๒%E๐%B๘%๙A%E๐%B๘%B๒%E๐%B๘%A๒%E๐%B๘%๘๐%E๐%B๘%A๓%E๐%B๘%B๗%E๐%B๘%๘๘%E๐%B๘%AD%E๐%B๘%๘๗-%E๐%B๘%๘๑%E๐%B๘%B๒%E๐%B๘%A๓%E๐%B๘%๙B%E๐%B๘%๘๙%E๐%B๘%AD%E๐%B๘%๘๗%E๐%B๘%๘๑%E๐%B๘%B๑%E๐%B๘%๙๙%E๐%B๘%๘๑%E๐%B๘%A๕%E๐%B๘%B๐%E๐%B๘%๘๔%E๐%B๘%A๗%E๐%B๘%๙A%E๐%B๘%๘๔%E๐%B๘%B๘%E๐%B๘%A๑%E๐%B๘%๘๑%E๐%B๘%B๒%E๐%B๘%A๓%E๐%B๘%๙๕%E๐%B๘%B๔%E๐%B๘%๙๔%E๐%B๘%๘๐%E๐%B๘%๘A%E๐%B๘%B๗%E๐%B๘%๘๙%E๐%B๘%AD-IC-๓-๒.pdf>

ชูลีกร ธนธิติกร.(๒๕๖๔). ระบบและประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ : กรณีศึกษาหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ กรมควบคุมโรค. วารสารควบคุมโรค, ๔๗(๒), ๑๑๓๘-๑๑๕๐.

บรรพต ปานเคลือบ. (๒๕๖๓). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยโรคโควิด-๑๙ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๓ สืบค้นจาก

<https://www.vachiraphuket.go.th/articles/research/factors-related-to-symptoms-of-patients-covid-๑๙-in-the-community-hospital-thalang-phuket/>

- แพทย์โรคติดเชื้อและระบาดวิทยา. (๒๕๖๓). ความรู้พื้นฐาน COVID-๑๙. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๓ สืบค้นจาก <http://phoubon.in.th/covid๒๐%รามา.pdf>
- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๔). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ จังหวัดน่าน [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/covid๑๙-dashboard/?dashboard=province>
- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๔). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ทั่วโลก [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no๒๗๑-๓๐๐๙๖๓.pdf>
- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๔). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/covid๑๙-dashboard/>
- สภาการพยาบาล. (๒๕๖๓). แนวทางเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส ๒๐๑๙ สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๓ สืบค้นจาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/Covid-update๐๑๔๒๐๒๐.pdf>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๕๔
- McIntosh K, Hirsch MS and Bloom A. (๒๐๒๐). Coronavirus disease ๒๐๑๙ (COVID-๑๙). [Internet]. Available from: <https://www.update.com/contents/covid-๑๙-clinical-features>

พัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผา

วาสนา วันควร, วัชรินทร์ ภิมาลย์ และคณะ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ความเสี่ยง (Risk) หมายถึงเหตุการณ์หรือการกระทำใดๆที่อาจเกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอนและมีโอกาสส่งผลกระทบต่อหรือสร้างความเสียหายให้แก่องค์กรได้ เช่น การลดโอกาสที่จะบรรลุเป้าหมายขององค์กร การประสบกับความสูญเสียหรือเกิดสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, ๒๕๕๘) ความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นโดยบังเอิญ หรือที่เราคาดไม่ถึงอันเนื่องมาจากความรู้และข้อมูลที่เรามีอยู่ ขณะที่มีการวางแผนดำเนินการนั้นยังไม่ชัดเจนหรือมากพอที่จะตัดสินใจได้ดีกว่าที่วางแผนไว้อย่างไรก็ตามหากผู้บริหารและคณะทำงานได้ตระหนัก ตั้งข้อสังเกต และระบุสิ่งที่พึงระวังไว้ตั้งแต่ต้น หรือเมื่อมีความรู้และข้อมูลใหม่ที่พอจะคาดเดาสิ่งที่อาจเกิดขึ้นและทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ จึงหาทางป้องกัน หรือแก้ไขได้ทันเวลาทำให้ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับองค์กรลดลงหรือไม่เกิดขึ้นได้ (สมาน อัครภูมิ, ๒๕๖๑)

ความเสี่ยงสามารถแบ่งออกได้เป็น ๔ ด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงทางด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk : SR) ความเสี่ยงทางการเงิน (Financial Risk : FR) ความเสี่ยงทางการปฏิบัติงาน (Operational Risk : OR) และ ความเสี่ยงทางด้านกฎหมาย และข้อกำหนดผูกพันองค์กร (Compliance Risk : CR) (องค์การพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติ, ม.ป.ป). นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งความเสี่ยงออกเป็นความเสี่ยงทางทั่วไป คือ ความเสี่ยงที่พบทั่วไปไม่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษา เช่น สิ่งของสูญหาย/ขโมย การทะเลาะวิวาท หลังคารั่ว/ท่อน้ำแตก คอมพิวเตอร์เสีย สูญเสียรายได้ เป็นต้น และความเสี่ยงทางคลินิก คือ เหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยซึ่งเกิดจากระบบการให้บริการ กิจกรรมการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษา หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยแบ่งได้เป็น ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป คือ ความเสี่ยงทั่วไปในกระบวนการรักษาพยาบาลไม่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นโรคของผู้ป่วย เช่น ความผิดพลาดในการสื่อสารและระบุตัวผู้ป่วย ความผิดพลาดของการวินิจฉัย ตกเตียง หกล้ม ให้น้ำผิดและให้เลือดผิด เป็นต้น และความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค คือ ความเสี่ยงเฉพาะตามกลุ่มโรค/หัตถการที่สำคัญหรือภาวะแทรกซ้อน โดยกำหนดโรคหรือหัตถการเป็นตัวตั้ง พิจารณาว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยงอะไรบ้าง เช่น ผู้ป่วยโรค Myocardial Infraction มีโอกาสเกิด CHF หรือ Shock หรือ Head injury มีโอกาสเกิด IICP หรือ Herniation เป็นต้น ดังนั้นจะพบว่าความเสี่ยงมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับทุกๆองค์กร

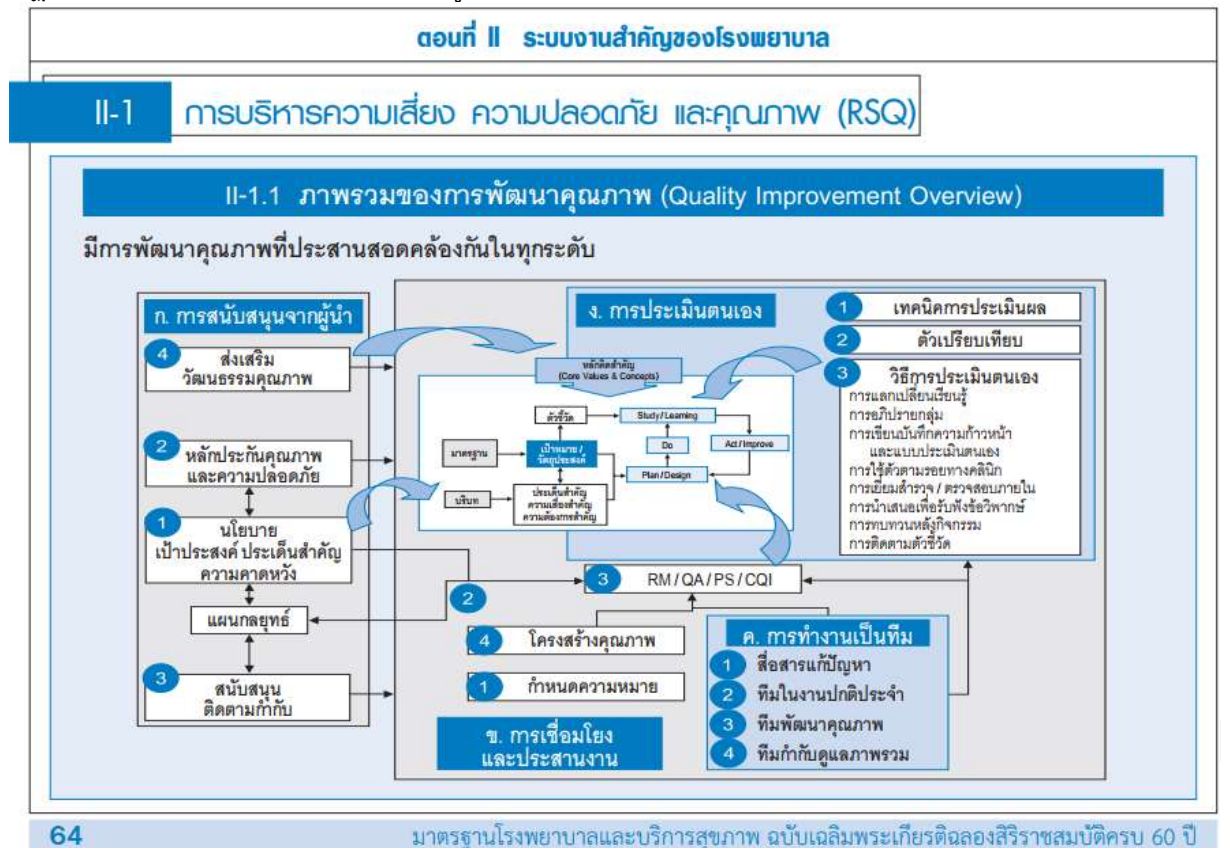
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ คือ การบาดเจ็บหรือความพิการที่ไม่คาดหวังซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการให้บริการทางการแพทย์ โดยไม่ได้เกิดจากระบบการตามธรรมชาติของภาวะของโรคที่ผู้ป่วยเป็นและมีผลทำให้ยืดยาวระยะเวลาการรักษาพยาบาล ซึ่งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์บางเหตุการณ์สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ หากปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการในขณะนั้น (ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และคณะ, ๒๕๕๖)

โรงพยาบาลเป็นสถานที่ให้บริการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การดูแลผู้ป่วย รวมถึงเป็นสถานที่ส่งเสริมสุขภาพไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อมให้กับชุมชน ผู้ป่วยที่มาใช้บริการทุกรายมีความคาดหวังว่าเมื่อมารับบริการแล้วต้องมีความปลอดภัย ไม่ได้รับของแถมเป็นโรคหรืออาการต่างๆที่เพิ่มขึ้นจากอาการเดิมหรือได้รับผลกระทบที่อาจถึงแก่ชีวิตของผู้ป่วยจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเจ้าหน้าที่มีความคาดหวังให้เกิดความปลอดภัยขณะปฏิบัติงานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่ถูกฟ้องร้องลงชื่อเสียชื่อเสียงเสียเงินจนกระทั่งเกิด

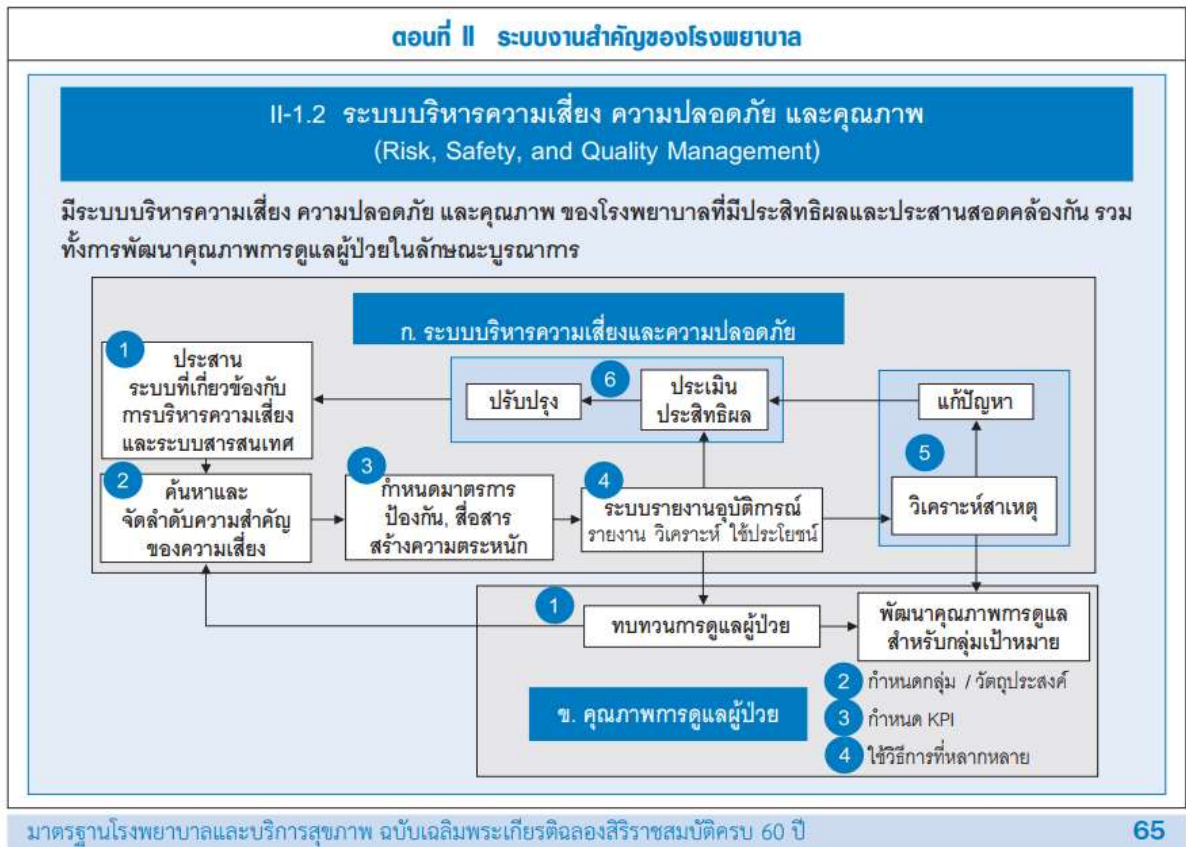
ผลกระทบต่อชื่อเสียงขององค์กร การบริหารความเสี่ยงจึงมีความสำคัญเพื่อเป็นการป้องกันความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในองค์กร

การบริหารความเสี่ยงเป็นระบบงานที่สำคัญที่ส่งเสริมความปลอดภัยทั้งชีวิตและทรัพย์สินแก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นในระบบบริการ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ขาดความเชื่อมั่นในการรับบริการ ในการพัฒนาระบบงานบริหารความเสี่ยงจะต้องอาศัยมาตรฐานต่างๆ ทำนองเดียวกันความเสี่ยงที่ต่างกันจะต้องมีมาตรการจัดการที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละสถานการณ์ โดยองค์กรจะต้องมีการกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยเป็นเป้าหมายหลักของการบริการรวมถึงกำหนดแนวทางปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ทุกคนในองค์กรทราบและปฏิบัติตามแนวทางเพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (ผ่องพรรณ จันชนสมบัติ และคณะ, ๒๕๕๕) เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษา และเพื่อลดข้อขัดแย้งรวมถึงข้อร้องเรียนด้านคุณภาพการรักษายาบาล การบริหารความเสี่ยงเป็นการบริหารเชิงรุกเพราะเป็นการบริหารจัดการเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาหรือลดความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถลดความสูญเสียขององค์กรได้ ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียเงิน ชื่อเสียงของโรงพยาบาลหรือสูญเสียบุคลากรที่ดี ดังนั้นองค์กรจะต้องมีบุคลากรที่รับผิดชอบโดยเฉพาะ ซึ่งต้องไม่ใช่บุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำ เพราะหากปฏิบัติงานประจำจะทำให้การดำเนินงานด้านการบริหารความเสี่ยงเป็นไปอย่างไม่เต็มที่ซึ่งกระบวนการในการบริหารความเสี่ยง

จากมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, ๒๕๕๘) ให้ความสำคัญกับระบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล และกำหนดมาตรฐานในการบริหารความเสี่ยงสำหรับโรงพยาบาลทุกแห่งเพื่อออกแบบระบบ นำลงสู่การแนวปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ ดังแสดงตามรูปภาพที่ ๑ และ ๒



รูปที่ ๑ รูปแสดงระบบบริหารความเสี่ยง II-๑.๑ การบริหารงานคุณภาพ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล,๒๕๕๘)



รูปที่ ๒ รูปแสดงระบบบริหารความเสี่ยง II-๑.๒ ระบบบริหารความเสี่ยง (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล,๒๕๕๘)

โรงพยาบาลท่าวังผาเป็นโรงพยาบาลของรัฐขนาด ๓๐ เตียง มีวิสัยทัศน์ “โรงพยาบาลท่าวังผา โรงพยาบาลคุณภาพที่ชุมชนไว้วางใจ” และพันธกิจ (๑) พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ให้ครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ (รักษา ส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟู) (๒) พัฒนาระบบบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (๓) พัฒนา ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรมีความสุขแปดประการ (๔) พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ และ (๕) ส่งเสริมและสนับสนุนภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ จากวิสัยทัศน์และพันธกิจดังกล่าวประการหนึ่งในการสร้างความไว้วางใจให้ชุมชนนอกจากมาตรฐานการบริการแล้วความปลอดภัยของผู้ให้และผู้รับบริการจึงมีความสำคัญ ทีมจึงได้มีการนำมาตรฐานในการบริหารความเสี่ยงภายในองค์กรตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพมาเป็นแนวทางในการพัฒนาและจัดระบบบริหารจัดการความเสี่ยงในองค์กร ตั้งแต่เริ่มจัดตั้งโรงพยาบาล มีการพัฒนาและปรับระบบมาจนกระทั่งปัจจุบัน

จากการค้นหาความเสี่ยงในโรงพยาบาลพบรายงานอุบัติการณ์ ในปี ๒๕๕๗ จำนวน ๑,๑๖๐ อับัติการณ์ ปี ๒๕๕๘ จำนวน ๑,๐๖๓ อับัติการณ์ ปี ๒๕๕๙ จำนวน ๑,๖๘๐ อับัติการณ์ และ ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๒,๓๗๐ อับัติการณ์ และทุกอับัติการณ์ความเสี่ยงได้รับการจัดการและการแก้ไขอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจำนวนรายงานอับัติการณ์ความเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและได้รับการแก้ไข แต่ยังคงพบปัญหาการดำเนินงาน ได้แก่ รูปแบบการรายงานความเสี่ยงโดยใช้โปรแกรม HosXp โปรแกรมระบบยา สมุดบันทึก โซเชียลมีเดีย เช่น Line และ face book เป็นต้น มีความหลากหลายส่งผลให้ข้อมูลกระจัดกระจาย ไม่

สามารถรวบรวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โปรแกรมเข้าถึงง่ายส่งผลให้เจ้าหน้าที่ทุกรายสามารถเข้าถึง อุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบได้ซึ่งความเสี่ยงบางเรื่องเป็นความลับที่มีผลกระทบต่อองค์กร ระบบการ รายงานอุบัติการณ์ เจ้าหน้าที่บางรายไม่กล้ารายงานความเสี่ยงในระบบ HosXP เนื่องจากหวาดกลัวความผิด ของตนจะถูกบันทึกในระบบและอาจเกิดความขัดแย้งระหว่างงานหรือบุคลากรท่านอื่น ส่งผลให้เกิด under report และความเสี่ยงไม่ได้รับการจัดการหรือแก้ไขอย่างเหมาะสม ภายหลังจากการรายงานอุบัติการณ์บาง หน่วยงานหัวหน้าไม่รับทราบและรับรู้ความเสี่ยงได้ การรวบรวมรายงานอุบัติการณ์มีการดึงข้อมูลจาก HosXp ระบบยา ENV และแหล่งอื่นผู้รับข้อมูลจำเป็นต้องนำมาบันทึกใน excel ซึ่งมีความยุ่งยากและเสี่ยงต่อข้อมูล สูญหาย ไม่ครบถ้วน เมื่อรับความเสี่ยงที่บริหารจัดการความเสี่ยงได้กำหนดให้มีการสะท้อนข้อมูลความเสี่ยง ให้หน่วยงานทุกวัน โดยเฉพาะความเสี่ยงในระดับ E ขึ้นไป หรือ ระดับ ๓ ขึ้นไป ส่งผลให้ความเสี่ยงระดับที่ ต่ำกว่า E หรือ ๓ ไม่ได้รับการทบทวนหรือจัดการอย่างทันที่และเพิ่มภาระงานของทีมเพิ่มมากขึ้น การ วิเคราะห์ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ขาดการระบุความเสี่ยง และจัดลำดับความสำคัญส่งผลไม่สามารถจัดอันดับ ความเสี่ยงที่สำคัญของ รพ. และหน่วยงานไม่ทราบความเสี่ยงของตนเอง ระบบการทบทวน มีการทบทวน รายงานอุบัติการณ์ในระดับ E ขึ้นไป /ระดับ ๓ ขึ้นไป หรือ ความเสี่ยงระดับต่ำกว่า E / ระดับ ๓ แต่มีความถี่ ในการรายงานที่เยอะ พบการทบทวนไม่ทันเวลาและไม่ถึง root cause ที่แท้จริง นอกจากนี้ยังพบว่าภายหลังจาก ทบทวนไม่พบเอกสารทบทวนหรือการปรับแนวทางปฏิบัติที่ได้จากการทบทวนหรือมีการส่งแต่ล่าช้า แนวทางปฏิบัติจึงไม่ถูกนำลงสู่การปฏิบัติส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำด้วยสาเหตุเดิมในระดับที่รุนแรงขึ้น จาก ปัญหาดังกล่าวจะพบว่าโรงพยาบาลท่าวังผามีการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยแต่อยู่ในระดับปานกลางซึ่ง ต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ทีมเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงได้ทำวิจัยขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการ บริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผาให้องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผล และประสานสอดคล้องกัน จัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่และผู้ ที่มาเยือนตามมาตรฐานการให้บริการ และมีวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ดีในองค์กร

วัตถุประสงค์การวิจัย

- a. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผา
- b. เพื่อประเมินผลรูปแบบการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผา

ระเบียบวิธีวิจัย (research methodology)

- แบบของการวิจัย (research design):. วิจัยและพัฒนา (Research & Development : R&D)
- ประชากร/กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรในโรงพยาบาลท่าวังผาทุกคน ตั้งแต่ เดือน มกราคม ๒๕๖๑ - กันยายน ๒๕๖๔ จำนวน ๑๘๕ ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (instrument of research) ใช้เครื่องมือ จำนวน ๖ ชิ้น ประกอบด้วย
 ๑. รูปแบบการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผา
 ๒. แบบบันทึกจำนวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยการดึงข้อมูลผ่านโปรแกรม HRMS ในรูปแบบ ของโปรแกรม excel และบันทึก รวบรวมข้อมูล
 ๓. แบบบันทึกการเข้าถึงโปรแกรม HRMS โดยบันทึกโดยใช้โปรแกรม excel
 ๔. แบบบันทึกความเสี่ยงระดับ Moderate ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวน โดยบันทึกโดยใช้โปรแกรม excel

๕. แบบบันทึกความเสี่ยงระดับ Moderate ขึ้นไปเกิดซ้ำด้วยสาเหตุเดิม โดยบันทึกโดยใช้โปรแกรม excel

๖. แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล (Hospital Survey on Patient Safety Culture) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) มีข้อคำถาม ๑๒ มิติ จำนวน ๔๒ ข้อ ดังนี้

มิติที่ ๑ ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ จำนวน ๓ ข้อ

มิติที่ ๒ ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม จำนวน ๔ ข้อ

มิติที่ ๓ ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย จำนวน ๔ ข้อ

มิติที่ ๔ การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จำนวน ๓ ข้อ

มิติที่ ๕ การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล จำนวน ๔ ข้อ

มิติที่ ๖ การสื่อสารที่เปิดกว้าง จำนวน ๓ ข้อ

มิติที่ ๗ การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด จำนวน ๓ ข้อ

มิติที่ ๘ การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง จำนวน ๓ ข้อ

มิติที่ ๙ การจัดคนทำงาน จำนวน ๔ ข้อ

มิติที่ ๑๐ การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย จำนวน ๓ ข้อ

มิติที่ ๑๑ การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล จำนวน ๔ ข้อ

มิติที่ ๑๒ การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร จำนวน ๔ ข้อ

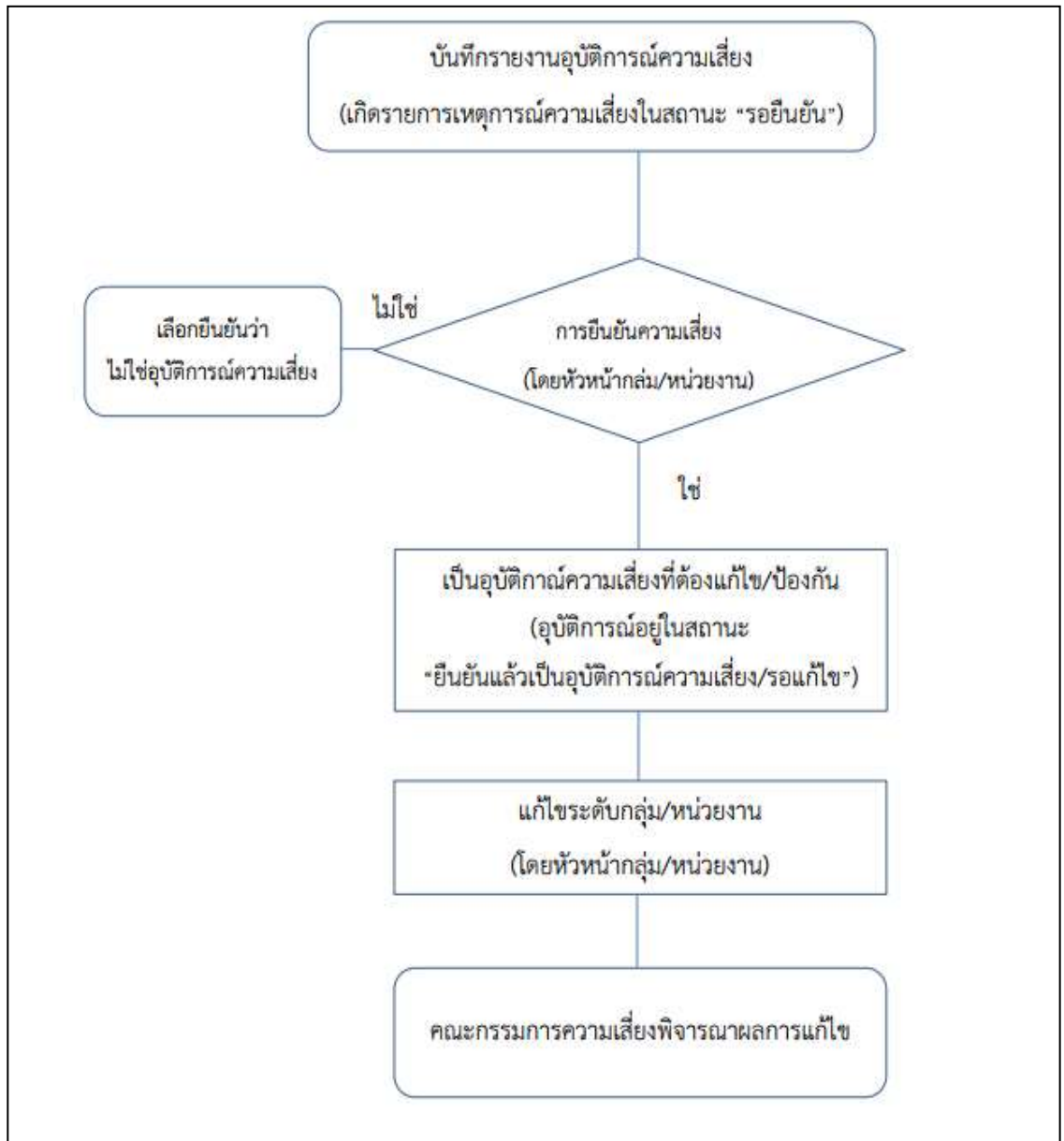
ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) มีความคิดเห็น ดังนี้

เห็นด้วยอย่างมาก	ให้คะแนน ๕ คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน ๔ คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน ๓ คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน ๒ คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ให้คะแนน ๑ คะแนน

- ระยะเวลาในการทำวิจัย นับตั้งแต่ ธันวาคม ๒๕๖๐ – ตุลาคม ๒๕๖๔
- แบ่งการศึกษาเป็น ๕ ระยะ ได้แก่

ระยะที่ ๑ การวิจัย (Research : R๑) ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน เดือน ธันวาคม ๒๕๖๐ เป็นการศึกษาบริบท ปัญหาและอุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผา ประเมินระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผา และจัดประชุมคณะกรรมการความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผาเพื่อร่วมออกแบบรูปแบบการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผาตามประเด็นปัญหาที่พบ โดยรูปแบบการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผา ได้แก่

๑. การค้นหาความเสี่ยง : นำโปรแกรม HRMS on Cloud (Healthcare Risk Management System : HRMS) ที่พัฒนาโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมาใช้ในองค์กร โดยมี work flow การทำงานของระบบ ดังแสดงในรูปที่ ๓



รูปที่ ๓ รูปแสดง work flow การทำงานโปรแกรม HRMS on cloud (ศิริลักษณ์ โพธิกุล, ๒๕๖๐)

- ๑.๑ ติดตั้งระบบโปรแกรม
- ๑.๒ ประชาสัมพันธ์และสื่อสารการใช้โปรแกรม
- ๑.๓ อบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลท่าวังมา ๑๐๐% โดยแบ่งเป็น ๒ ระดับได้แก่ บุคลากรทั่วไป และหัวหน้าหน่วยงาน ในการใช้งานโปรแกรม

๒. การประเมินความเสี่ยง :

- ๒.๑ พัฒนาศักยภาพทีมบริหารความเสี่ยงในการระบุความเสี่ยง
- ๒.๒ นำ Risk Matrix มาใช้ในการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ แสดง Risk Matrix

LIKELIHOOD (โอกาสเกิด)		CONSEQUENCE (ผลกระทบ)				
		Insignificant	Minor	Moderate	Major	Catastrophic
Almost certain	Low	Significant	High	High	High	
Likely	Low	Significant	Significant	High	High	
Possible	Low	Low	Significant	High	High	
Unlikely	Very Low	Low	Significant	Significant	Significant	
Rare	Very Low	Very Low	Low	Low	Significant	

- สื่อสารในทีมบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน
- จัดทำ risk profile โรงพยาบาลท่าวังผาและระดับหน่วยงาน

๒.๓ จัดเวทีนำเสนอความเสี่ยงของหน่วยงาน ทุกๆ ๓ เดือน

๓. การจัดการความเสี่ยง มีการสร้างระบบการทบทวน โดยการพัฒนาองค์ความรู้ทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลและทีมคร่อมสายงาน

๔. การนำแนวทางลงสู่ปฏิบัติ

๔.๑ กำหนดให้ทุกทีมทบทวนและส่งเอกสารภายในระยะเวลาที่กำหนด

๔.๒ ทีมบริหารความเสี่ยงติดตามเอกสารทบทวน

๔.๓ ประสานทีมระบบเอกสารเพื่อลงทะเบียนแนวปฏิบัติที่ได้รับการแก้ไขและประกาศใช้

ระยะที่ ๒ การพัฒนา (Development : D๑) พัฒนารูปแบบ ระหว่าง มกราคม ๒๕๖๑ - กันยายน

๒๕๖๒ ภายหลังจากออกแบบรูปแบบการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผา โดยทีมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผาที่มวิจัยได้มีการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผาทดลองใช้แต่ยังพบปัญหาจึงได้มีการปรับปรุงแบบการดำเนินการ ดังแสดงใน

ตารางที่ ๒ แสดงการปัญหาและพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผา

กิจกรรม	ปัญหาที่พบ	การปรับปรุงแบบฯ
การค้นหาความเสี่ยง	๑. โปรแกรมเข้าถึงยาก	ลงหน้างานนำโปรแกรมวางหน้าจอคอมพิวเตอร์ของหน่วยงานทุกเครื่อง
	๒. ลืมรหัสผ่านเข้าโปรแกรม	ส้อมให้เข้าโปรแกรมในการประชุมทีม FA
	๓. ระบบรายงานไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะระบบยา	นำเสนอข้อมูลสะท้อนกลับสถานบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเพื่อปรับโปรแกรมฯ

	๔. เจ้าหน้าที่กลัวความผิดพลาดจะถูกบันทึกในประวัติ	ประกาศนโยบาย No balm No shame ร่วมกับ ๒P safety
การประเมินความเสี่ยง	๑. หน่วยงานระบุความเสี่ยงไม่ได้	- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่บริหารความเสี่ยงประจำหน่วยงานในการระบุความเสี่ยง - จัดทำคู่มือ specific risk
	๒. จัดเวทินำเสนอไม่เป็นไปตามที่กำหนด	จัดเวทินำเสนอให้เป็นไปตามที่กำหนด
การจัดการความเสี่ยง	๑. ทบทวนล่าช้า	- สร้างระบบที่เสี่ยงในการทบทวน RCA
	๒. ทบทวนไม่ถึง root cause	- กำหนดระยะเวลาการรายงานและการทบทวน
การนำแนวทางลงสู่ปฏิบัติ	๑. ส่งเอกสารล่าช้า	ทีมบริหารความเสี่ยงกระตุ้นและติดตาม
	๒. เกิดอุบัติเหตุซ้ำ	
	๓. ยกเลิกทีมระบบเอกสาร	ประสานเลขา HA ในการขึ้นทะเบียนและจัดส่งเอกสารให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ นำลงสู่ปฏิบัติ

ระยะที่ ๓ การวิจัย (Research : R๒) นำรูปแบบไปใช้และปรับปรุง ระหว่าง ตุลาคม ๒๕๖๒ - กันยายน ๒๕๖๓ ทีมวิจัยได้ประเมินผลลัพธ์การดำเนินการยังคงพบปัญหาของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผา จึงได้มีการปรับรูปแบบการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผา ดังแสดงในตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ แสดงการปัญหาและพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผาในระยะวิจัย

กิจกรรม	ปัญหาที่พบ	การปรับรูปแบบฯ
การค้นหาความเสี่ยง	๑. ปรับโปรแกรม HRMS โดยสรรพ. ส่งผลให้ลิ้ม website	ลงงานนำโปรแกรมที่ปรับวงหน้าจอคอมพิวเตอร์ของหน่วยงานทุกเครื่อง
	๒. ลิ้มรหัสผ่านเข้าโปรแกรม	- สร้างคณะทำงานสู่การเข้าใช้โปรแกรมฯ - สร้างช่องทางการขอ reset รหัสผ่าน - เจ้าหน้าที่บริหารความเสี่ยงประจำหน่วยงานกำหนดแนวทางในการรายงานของแต่ละหน่วยงาน ได้แก่ สมุดบันทึก กล้องรับความเสี่ยง เป็นต้น และนำมาบันทึกในโปรแกรมฯ
	๓. หัวหน้าไม่ทราบและไม่ยืนยันความเสี่ยง	- มอบหมายให้ทีมบริหารความเสี่ยงจำนวน ๕ คน ติดตามและกระตุ้นผ่านหัวหน้างานหรือผู้ที่หัวหน้างานรับผิดชอบ โดยติดตามคนละ ๑ วัน - สรุปรายงานอุบัติการณ์ที่ไม่ยืนยันและติดตามผ่านระบบ line ทุกสัปดาห์
	๔. เจ้าหน้าที่ไม่ทราบชื่อเรื่องในการรายงานความเสี่ยง	จัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยง

	๕. เจ้าหน้าที่ใหม่ไม่สามารถเข้าใช้งานในระบบ HRMS	- บรรจุการบริหารความเสี่ยงในหลักสูตรการปฐมนิเทศน์เจ้าหน้าที่ใหม่ - เจ้าหน้าที่ความเสี่ยงประจำหน่วยงานประสานทีมบริหารความเสี่ยงในการกำหนด username และ password ในการเข้าใช้งานโปรแกรม HRMS
	๖. under report	- กำหนดนโยบายการรายงานความเสี่ยง ๑ คน / ๑ เดือน/ อย่างน้อย ๑ รายงาน - IS ในองค์กร
การจัดการความเสี่ยง	๑. ทบทวนล่าช้า ๒. ทบทวนไม่ถึง root cause	- กำหนดเป็น ๑ ในระเบียบวาระการประชุมในการประชุมกรรมการบริหาร - สัปดาห์ RCA ทุกๆ วันพฤหัสบดี
	ระบบใกล้เคียง - บทบาทของเทคโนโลยีที่เข้ามา มีผลต่อชีวิตประจำวันส่งผลให้ รพ. ได้รับความเสียหายจากการร้องเรียนผ่านสื่อโซเชียลมีเดีย - มีระบบใกล้เคียงสำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากบริการทางสุขภาพทั้งผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่แต่ไม่นำลงสู่ปฏิบัติ	- พัฒนาระบบใกล้เคียง
การนำแนวทางลงสู่ปฏิบัติ	๑. ส่งเอกสารล่าช้า ๒. เกิดอุบัติเหตุซ้ำ	ประชุมทีมคร่อมสายงานและติดตามผ่านทีมคร่อมสายงาน

ระยะที่ ๔ การพัฒนา (Development : D๒) เป็นการนำรูปแบบไปใช้ในองค์กร ระหว่าง ตุลาคม ๒๕๖๓ - กันยายน ๒๕๖๔ โดยมีรูปแบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผา ดังนี้

๑. การค้นหาความเสี่ยง

- ประกาศนโยบาย No balm No shame ร่วมกับ ๒P safety
- โปรแกรม HRMS มาใช้ในการรายงานความเสี่ยง โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้
 - วางโปรแกรม HRMS หน้าจอคอมพิวเตอร์ของหน่วยงานทุกเครื่อง
 - สร้างช่องทางการขอ reset รหัสผ่าน
 - บรรจุการบริหารความเสี่ยงในหลักสูตรการปฐมนิเทศน์เจ้าหน้าที่ใหม่
 - เจ้าหน้าที่ความเสี่ยงประจำหน่วยงานประสานทีมบริหารความเสี่ยงในการกำหนด username และ password ในการเข้าใช้งานโปรแกรม HRMS ของเจ้าหน้าที่ใหม่ในหน่วยงาน

- สร้างคณะทำงานสູ່มการเข้าใช้โปรแกรมฯหน้างาน
 - มอบหมายให้ทีมบริหารความเสี่ยงจำนวน ๕ คน ติดตามและกระตุ้นผ่านหัวหน้างานหรือผู้ที่หัวหน้างานรับผิดชอบ โดยติดตามคนละ ๑ วัน
 - ส่ູงปริมาณอุบัติการณ์ที่ไม่ยืนยันและติดตามผ่านระบบ line ทุกสัปดาห์
 - เจ้าหน้าที่บริหารความเสี่ยงประจำหน่วยงานกำหนดแนวทางในการรายงานของแต่ละหน่วยงาน ได้แก่ สมุดบันทึก กล่องรับความเสี่ยง เป็นต้น และนำมาบันทึกในโปรแกรมฯ
- กำหนดนโยบายการรายงานความเสี่ยง ๑ คน / ๑ เดือน/ อย่างน้อย ๑ รายงาน
 - IS ในองค์กร กระตุ้นและติดตามการค้นหาและรายงานความเสี่ยง
 - จัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยง
๒. การประเมินความเสี่ยง
- นำ Risk Matrix มาใช้ในการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญ
 - จัดทำ risk profile โรงพยาบาลท่าวังผาและระดับหน่วยงาน
 - จัดทำคู่มือ specific risk
 - จัดเวทีนำเสนอความเสี่ยงของหน่วยงาน ทุกๆ ๓ เดือน
๓. การจัดการความเสี่ยง
- กำหนดความเสี่ยงเป็น ๑ ในระเบียบวาระการประชุมในการประชุมกรรมการบริหาร ทีมคืนข้อมูลให้ทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาลและทีมบริหารติดตามผ่านระบบ line กลุ่มในโรงพยาบาลท่าวังผา
 - สร้างระบบพี่เลี้ยงในการทบทวน RCA
 - กำหนดระยะเวลาการรายงานและการทบทวน
 - สัปดาห์ RCA ทุกๆ วันพฤหัสบดี
 - แนวทางการใกล้เคียง กรณีที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น
๔. การนำแนวทางลงสู่ปฏิบัติ
- ประสานเลขา HA ในการขึ้นทะเบียนและจัดส่งเอกสารให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ นำลงสู่ปฏิบัติ
 - คืนข้อมูลความเสี่ยงระดับ Moderate ขึ้นไปให้ทีมคร่อมสายงาน ทุกๆ ๓ เดือน
 - ติดตามการแก้ไขและนำลงสู่ปฏิบัติผ่านทีมคร่อมสายงาน

ระยะที่ ๕ ประเมินผลรูปแบบ เดือน ตุลาคม ๒๕๖๔ ทีมวิจัยได้มีการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน เปรียบเทียบก่อนดำเนินงาน และหลังดำเนินงาน โดย แบบบันทึกจำนวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง แบบบันทึกการเข้าถึงโปรแกรม HRMS แบบบันทึกความเสี่ยงระดับ Moderate ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวน แบบบันทึกความเสี่ยงระดับ Moderate ขึ้นไปเกิดซ้ำด้วยสาเหตุเดิมและแบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล

- สถิติที่ใช้ : วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คิดเป็นค่าเฉลี่ยและร้อยละ

ผลการวิจัย (สาระสำคัญที่ได้จากการวิจัย /ศึกษา/ทดลอง)

จากการวิจัยและพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผา พบผลลัพธ์การดำเนินงานระหว่างและหลังดำเนินการ ดังแสดงในตารางที่ ๔ และ ตารางที่ ๕ ตารางที่ ๔ แสดงผลลัพธ์การบริหารจัดการความเสี่ยง

รายการ	ก่อนดำเนินการ (ปี ๒๕๖๑) (ร้อยละ)	หลังดำเนินการ (ปี ๒๕๖๔) (ร้อยละ)
จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงใน HRMS	๑,๕๑๒	๑,๑๖๓
การเข้าถึงโปรแกรม HRMS	๓๐	๗๔
ความเสี่ยงในโปรแกรม HRMS ได้รับการ ยืนยันตามระยะเวลาที่กำหนด	๗๗.๕๗	๗๗.๘๑
ระดับความเสี่ยง Moderate ขึ้นไปได้รับการ ทบทวนทันตามระยะเวลาที่กำหนด	๔๖.๘๘	๖๓.๑๖
ระดับความเสี่ยง Moderate ขึ้นไปที่ได้รับ การทบทวน	๙๗.๕	๙๓.๗๕
ความเสี่ยงระดับ Moderate ขึ้นไปเกิดซ้ำ ด้วยสาเหตุเดิม	๖๐	๓๗.๕

จากตารางพบว่าจำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงใน HRMS ลดลงหลังดำเนินการ จาก ๑,๕๑๒ อับัติการณ์ เป็น ๑,๑๖๓ อับัติการณ์ และมีการเข้าถึงโปรแกรม HRMS หลังดำเนินการเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ ๓๐ เป็น ร้อยละ ๗๔ ความทันเวลา พบว่าความเสี่ยงในโปรแกรม HRMS ได้รับการยืนยันตามระยะเวลาที่กำหนด เพิ่มขึ้นหลังดำเนินการ คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๘๑ จากร้อยละ ๗๗.๕๗ และระดับความเสี่ยง Moderate ขึ้นไปได้รับการทบทวนทันตามระยะเวลาที่กำหนด เพิ่มขึ้นหลังดำเนินการ คิดเป็นร้อยละ ๖๓.๑๖ จากร้อยละ ๔๖.๘๘ การทบทวนอุบัติการณ์พบว่าระดับความเสี่ยง Moderate ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวนหลังดำเนินการลดลงจากร้อยละ ๙๗.๕ เป็น ร้อยละ ๙๓.๗๕ และ ความเสี่ยงระดับ Moderate ขึ้นไปเกิดซ้ำด้วยสาเหตุเดิม ลดลง จากร้อยละ ๖๐ เป็น ร้อยละ ๓๗.๕

ตารางที่ ๕ แสดงผลลัพธ์ด้านวัฒนธรรมความปลอดภัย (n=๑๘๕)

มิติ	ก่อนดำเนินการ (ปี ๒๕๖๑) (ร้อยละ)	หลังดำเนินการ (ปี ๒๕๖๔) (ร้อยละ)
มิติที่ ๑ ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์	๕๓.๑	๕๑.๑
มิติที่ ๒ ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม	๖๙.๗	๗๒.๑
มิติที่ ๓ ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย	๗๕.๓	๗๔.๒
มิติที่ ๔ การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	๗๕.๒	๗๖.๘
มิติที่ ๕ การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล	๗๓.๓	๖๘.๓
มิติที่ ๖ การสื่อสารที่เปิดกว้าง	๖๕.๙	๖๓.๗
มิติที่ ๗ การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด	๗๐.๓	๗๓.๘
มิติที่ ๘ การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง	๕๕.๘	๖๐.๗
มิติที่ ๙ การจัดคนทำงาน	๕๕.๓	๕๕.๑
มิติที่ ๑๐ การสนับสนุนด้านการจัดการ รพ. สำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย	๗๒.๒	๗๓.๒
มิติที่ ๑๑ การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ใน รพ.	๖๖.๑	๖๙.๘
มิติที่ ๑๒ การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร	๖๓.๐	๖๗.๗

จากตารางพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนวัฒนธรรมความปลอดภัยก่อนการดำเนินการในมิติที่ ๓ ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย ร้อยละ ๗๕.๓ รองลงมา เป็น มิติที่ ๔ การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ ๗๕.๒ และมิติที่ มิติที่ ๕ การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล ร้อยละ ๗๒.๒ หลังดำเนินการพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนวัฒนธรรมความปลอดภัยในมิติที่ มิติที่ ๔ การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ ๗๖.๘ รองลงมาเป็น มิติที่ ๓ ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย ร้อยละ ๗๔.๒ และ มิติที่ ๗ การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด ร้อยละ ๗๓.๘

- อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าจำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงใน HRMS ลดลงหลังดำเนินการ จาก ๑,๕๑๒ อุบัติการณ์ เป็น ๑,๑๖๓ อุบัติการณ์ สอดคล้องกับผลลัพธ์ด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยในมิติที่ ๑ ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ซึ่งเป็นมิติที่แสดงให้เห็นถึงความรู้สึกของเจ้าหน้าที่ต่อความถี่ในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับต่างๆ โดยพบว่าเจ้าหน้าที่รู้สึกว่าคุณเองมีการรายงานอุบัติการณ์

ความเสี่ยงในระบบ HRMS น้อยลงเมื่อเทียบกับก่อนดำเนินการวิจัย ซึ่งเป็นผลมาจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ เป็นอันดับแรก ประกอบกับความกลัวของประชากรในพื้นที่จึงเข้ารับบริการน้อยลงและมีการจัดส่งยาทางไปรษณีย์มากขึ้นส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลงแตกต่างจากงานวิจัยของภัทรธิตา โภคาพันธ์ และคณะ (๒๕๕๕). โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยในในการค้นหาความเสี่ยงหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ เมื่อพิจารณาการเข้าถึงโปรแกรม HRMS พบว่าหลังดำเนินการเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ ๓๐ เป็น ร้อยละ ๗๔ แสดงให้เห็นถึงความร่วมมือเข้าเจ้าหน้าที่ในองค์กรในการใช้งานโปรแกรม HRMS สะท้อนให้เห็นปัญหาด้านเทคโนโลยีเป็นอุปสรรคในการใช้งานโปรแกรม HRMS แต่เจ้าหน้าที่ในองค์กรมีการพัฒนาศักยภาพตนเองอย่างต่อเนื่องและหน่วยงานมีแนวปฏิบัติในการใช้งานโปรแกรมส่งผลให้มีการเข้าถึงโปรแกรมเพิ่มขึ้น

ความทันเวลา พบว่าความเสี่ยงในโปรแกรม HRMS ได้รับการยืนยันตามระยะเวลาที่กำหนดเพิ่มขึ้นหลังดำเนินการ คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๘๑ และ ระดับความเสี่ยง Moderate ขึ้นไปได้รับการทบทวนทันตามระยะเวลาที่กำหนด เพิ่มขึ้นหลังดำเนินการ คิดเป็นร้อยละ ๖๓.๑๖ แสดงให้เห็นว่าการกระตุ้นโดยวิธีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการติดตามกระตุ้นการยืนยันความเสี่ยงและการทบทวนความเสี่ยงระดับ Moderate ขึ้นไป รวมทั้งการติดตามและสรุปจำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ไม่ได้รับการยืนยันในโปรแกรม HRMS ทุกสัปดาห์สามารถกระตุ้นหัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยประจำหน่วยงานให้ทราบตระหนักและเห็นความสำคัญของความเสี่ยงที่พบในหน่วยงานและร่วมกันแก้ไขปัญหาถึงแม้ว่าจะเป็นความเสี่ยงในระดับที่ต่ำกว่า ระดับ Moderate ก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในมิติที่ ๘ การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลังที่เพิ่มขึ้นหลังดำเนินการวิจัย ร้อยละ ๖๐.๗

การทบทวนอุบัติการณ์พบว่าระดับความเสี่ยง Moderate ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวนหลังดำเนินการลดลงจาก ร้อยละ ๕๗.๕ เป็น ร้อยละ ๔๓.๗๕ จากข้อมูลดิบพบวก่อนและหลังดำเนินการมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ Moderate จำนวน ๑ อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการทบทวนเนื่องจากความล่าช้าและไม่ทันเวลาในการทบทวนส่งผลให้ทีมไม่สามารถจดจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้และด้วยภาระงานที่เพิ่มขึ้นซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในมิติที่ ๙ การจัดคนทำงาน ที่แสดงให้เห็นลัทธิก่อนการดำเนินการวิจัยสูงกว่าหลังการดำเนินการวิจัย รวมทั้งทีมวิจัยขาดการกระตุ้นการจัดสัปดาห์ RCA อย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ ส่งผลให้ความเสี่ยง ๑ อุบัติการณ์ไม่ได้รับการทบทวนซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของภัทรธิตา โภคาพันธ์ และคณะ (๒๕๕๕) พบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลประจำการในด้านการจัดการความเสี่ยง หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

ความเสี่ยงระดับ Moderate ขึ้นไปเกิดซ้ำด้วยสาเหตุเดิม ลดลง จากร้อยละ ๖๐ เป็น ร้อยละ ๓๗.๕ แสดงให้เห็นผลลัพธ์ของระบบบริหารความเสี่ยงที่ดีขึ้น โดยความเสี่ยงระดับ Moderate ขึ้นไปเกิดซ้ำด้วยสาเหตุเดิมเป็นผลการจากค้นหา ประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการนำลงสู่ปฏิบัติ โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกระดับในองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในมิติที่ ๒ ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวมที่เพิ่มขึ้นหลังดำเนินการ และสอดคล้องกับงานวิจัยของภัทรธิตา โภคาพันธ์ และคณะ (๒๕๕๕) พบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมตามกระบวนการบริหารความ

เสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยในในด้านการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผลความเสี่ยงหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

ด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยพบว่าก่อนการดำเนินการในมิติที่ ๓ ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย ร้อยละ ๗๕.๓ รองลงมาเป็น มิติที่ ๔ การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ ๗๕.๒ และมิติที่ มิติที่ ๕ การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล ร้อยละ ๗๒.๒ หลังดำเนินการพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนวัฒนธรรมความปลอดภัยในมิติที่ มิติที่ ๔ การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ ๗๖.๘ รองลงมาเป็น มิติที่ ๓ ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย ร้อยละ ๗๔.๒ และ มิติที่ ๗ การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด ร้อยละ ๗๓.๘ จากผลลัพธ์จะเห็นได้ว่าหลังดำเนินการวิจัยเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกว่าในองค์กรมีการสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาดมากขึ้น โดยพบว่าเจ้าหน้าที่รู้สึกว่าได้มีการพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาด (errors) ไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก มีการบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด (errors) ที่เกิดขึ้นในและได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากรายงานเหตุการณ์ สอดคล้องกับงานวิจัยของกนกพร ยอดยศ (๒๕๖๑) โดยพบว่าจากการวิจัย พบว่า หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีคะแนนวัฒนธรรมความปลอดภัยในมิติที่ ๗ การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด (Mean = ๓.๖๒; SD = ๑.๑๐) รองลงมาคือ มิติที่ ๖ การสื่อสารที่เปิดกว้าง (Mean = ๓.๔๖; SD = ๐.๙๓)

การดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามแนวคิดการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น การบริหารความเสี่ยงเป็นกิจกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญซึ่งต้องมีการจัดให้เป็นระบบ การจัดการที่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการจัดการเพื่อให้เกิดคุณภาพการพยาบาลต้องครอบคลุมกระบวนการที่มีมาตรฐานของวิชาชีพและเป็นการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ไม่มีข้อผิดพลาด (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, ๒๕๔๔) จากแนวคิดดังกล่าวที่มิวิจัยได้มีการพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงโดยมีการพัฒนา ประเมินผล และปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่องจะกระทั้งมีรูปแบบบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลท่าวังผา

- สรุป

ที่มิวิจัยได้วิจัยและพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผา ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๔ โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น ๓ ระยะ ได้แก่ ระยะที่ ๑ เป็นการร่วมออกแบบรูปแบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผา โดย การค้นหาความเสี่ยง มีการนำโปรแกรม HRMS on Cloud มาใช้ในองค์กร การประเมินความเสี่ยง ได้พัฒนาศักยภาพทีมบริหารความเสี่ยงในการระบุความเสี่ยง นำ Risk Metrix มาใช้และกำหนดให้จัดเวทีนำเสนอความเสี่ยงในหน่วยงานทุกๆ ๓ เดือน การจัดการความเสี่ยง มีการพัฒนาศักยภาพทีมบริหารความเสี่ยงในการทบทวน RCA และการนำลงสู่ปฏิบัติ

จากการดำเนินงานในระยะที่ ๑ จึงได้มีการปรับปรุงรูปแบบบริหารความเสี่ยงในระยะที่ ๒ ตามปัญหาที่พบ ดังนี้ การค้นหาความเสี่ยง โปรแกรมเข้าถึงยาก เจ้าหน้าที่สัสมรหัสผ่าน ระบบรายงานไม่ครอบคลุม เจ้าหน้าที่กลัวความผิดพลาดของตนเองจะถูกบันทึกในประวัติจึงไม่รายงานความเสี่ยงในระบบ ทีมวิจัยจึงได้มีการปรับปรุงแบบฯ โดย ลงหน้างานวางโปรแกรมหน้าจอคอมพิวเตอร์เพื่อให้เข้าถึงง่าย สุ่มเข้าโปรแกรมในการประชุมทีม FA ประกาศนโยบาย No blame No shame ร่วมกับ ๒P safety และ นำเสนอข้อมูลสะท้อนกลับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเพื่อปรับโปรแกรมฯ ด้านการประเมินความเสี่ยง พบว่าหน่วยงานไม่

สามารถระบุความเสี่ยงได้และการจัดเวทินำเสนอความเสี่ยงไม่เป็นไปตามที่กำหนด ทีมวิจัยจึงได้มีการปรับรูปแบบฯ โดย พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่บริหารความเสี่ยงประจำหน่วยงานในการระบุความเสี่ยง จัดทำคู่มือ specific risk และ กำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดเวทินำเสนอให้เป็นไปตามที่กำหนด ด้านการจัดการความเสี่ยง พบปัญหา ทบทวนล่าช้าและทบทวนไม่ถึง root cause ทีมจึงได้สร้างระบบที่เสี่ยงในการทบทวน RCA และกำหนดระยะเวลาการรายงานและการทบทวน และ การนำแนวทางลงสู่ปฏิบัติ พบปัญหา ส่งเอกสารล่าช้าและเกิดอุบัติเหตุซ้ำ ทีมได้มีการกระตุ้นและติดตาม

ระยะที่ ๓ ได้ปรับรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสมกับบริบทและปัญหาของ รพ. ท่าวังผา ดังนี้ ด้านการค้นหาความเสี่ยง พบว่า มีการปรับโปรแกรม HRMS โดย สรพ. ส่งผลให้ลิ้ม website เจ้าหน้าที่ลิ้มรหัสผ่านเข้าโปรแกรม หัวหน้าไม่ทราบและไม่ยืนยันความเสี่ยง เจ้าหน้าที่ไม่ทราบชื่อเรื่องในการรายงานความเสี่ยงและ under report ทีมจึงได้สร้างคณะทำงานผู้คุมการเข้าใช้โปรแกรมฯ กำหนดทีมบริหารความเสี่ยงจำนวน ๕ คน ติดตามและกระตุ้น คนละ ๑ วัน สรุปรายงานอุบัติการณ์ที่ไม่ยืนยันและติดตามผ่านระบบ line ทุกสัปดาห์ จัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยง และ กำหนดนโยบายการรายงานความเสี่ยง ๑ คน / ๑ เดือน/ อย่างน้อย ๑ รายงาน ด้านการจัดการยังคงพบปัญหาทบทวนล่าช้า ไม่ถึง root cause และพบว่ามีระบบใกล้เคียงสำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากบริการทางสุขภาพทั้งผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่แต่นำลงสู่ปฏิบัติ จึงได้มีการ จัดสัปดาห์ RCA พัฒนาระบบใกล้เคียงและนำเรื่องการทบทวนเป็นหนึ่งในระเบียบวาระการประชุมของ กกบ. และ การนำแนวทางลงสู่ปฏิบัติ ทีมได้มีการประชุมทีมคร่อมสายงานเพื่อค้นหาความเสี่ยงและติดตามผ่านทีมคร่อมสายงาน

จากการปรับรูปแบบการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผาพบว่า จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงใน HRMS ลดลงหลังดำเนินการ จาก ๑,๕๑๒ อุบัติการณ์ เป็น ๑,๑๖๓ อุบัติการณ์ และมีการเข้าถึงโปรแกรม HRMS หลังดำเนินการเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ ๓๐ เป็น ร้อยละ ๗๔ ความทันเวลา พบว่าความเสี่ยงในโปรแกรม HRMS ได้รับการยืนยันตามระยะเวลาที่กำหนด เพิ่มขึ้นหลังดำเนินการ คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๘๑ จาก ร้อยละ ๗๗.๕๗ และ ระดับความเสี่ยง Moderate ขึ้นไปได้รับการทบทวนทันตามระยะเวลาที่กำหนด เพิ่มขึ้นหลังดำเนินการ คิดเป็นร้อยละ ๖๓.๑๖ จากร้อยละ ๔๖.๘๘ การทบทวนอุบัติการณ์พบว่าระดับความเสี่ยง Moderate ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวนหลังดำเนินการลดลงจาก ร้อยละ ๙๗.๕ เป็น ร้อยละ ๙๓.๗๕ และ ความเสี่ยงระดับ Moderate ขึ้นไปเกิดซ้ำด้วยสาเหตุเดิม ลดลง จากร้อยละ ๖๐ เป็น ร้อยละ ๓๗.๕

ข้อเสนอแนะ

๑. การวัดผลการเปลี่ยนแปลง ควรมีการเลือกตัววัดผลที่แสดงถึงผลลัพธ์การวิจัยได้อย่างชัดเจนและเป็นระบบ
๒. กระบวนการประเมินผลลัพธ์โดยการสุ่มหน่วยงาน ควรมีการสุ่มไม่ให้เจ้าหน้าที่ทราบ เช่น สุ่มทุกวันที่ ๔ ของแต่ละเดือนและสุ่มหน่วยงาน และเว้นระยะห่างในการสุ่มหน่วยงาน เพื่อป้องกันไม่ให้เจ้าหน้าที่รู้ตัวและ เกิด bias

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

ทีมได้มีการนำผลการวิจัยไปใช้ในระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผา และเป็นที่ศึกษาคูณ และที่ปรึกษาให้กับโรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียง

บทเรียนที่ได้รับ

๑. การเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นหนึ่งในบทบาทสำคัญของการจัดการระบบ เนื่องจากปัญหาสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกกระบวนการเพื่อให้สามารถบริหารจัดการได้และเกิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ ขับเคลื่อนไม่หยุดนิ่ง
๒. ความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้รับบริการสามารถจัดการและแก้ไขได้ด้วยระบบการบริหารจัดการ ความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพและมีการพัฒนาต่อเนื่อง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- c. การสนับสนุนของผู้บริหารทั้งระดับจังหวัดและภายในองค์กรทุกระดับ ที่สนับสนุนทั้งด้าน บุคลากร ทรัพยากร และงบประมาณในการพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยง รพ.ท่าวังผา
- d. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ที่พัฒนาโปรแกรมและให้หน่วยบริการนำมาใช้ในพื้นที่ นอกจากนี้ยังสนับสนุนด้านการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร
- e. การทำงานร่วมกับเป็นทีมของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและเจ้าหน้าที่ความเสี่ยงประจำ หน่วยงานที่ร่วมออกแบบ พัฒนาและนำรูปแบบไปใช้ในหน่วยงาน
- f. บุคลากรโรงพยาบาลท่าวังผาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการใช้โปรแกรมและพัฒนาศักยภาพ ของตนเอง

เอกสารอ้างอิง

- กนกพร ยอดยศ. (๒๕๖๑). กระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหาร ความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทที่ไม่มีการตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- ปัทพงษ์ เกษสมบุรณ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และ วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. (๒๕๔๖). รายงานผล การศึกษาเรื่องภาวะที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลในประเทศไทย(การศึกษานำร่อง). สืบค้นเมื่อ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๐ สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/๑๑๒๒๘/๒๐๓๐?locale-attribute=th>
- ผ่องพรรณ จันธนมบัติ และคณะ (๒๕๕๕). การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ.วารสาร พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, ๓๕ (กรกฎาคม-กันยายน), ๑๑๘-๑๒๔
- ภัทรธิตา โภคาพันธ์, สงครามชัย ลีทองด และ ชาญชัย ติกะปัญญา. (๒๕๕๕). การพัฒนาคุณภาพระบบ การจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยในของพยาบาล โรงพยาบาลค่าย สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพยาบาลทหารบก, ๑๓(๒), ๓๘-๔๘.
- ศิริลักษณ์ โพธิกุล. (๒๕๖๐). ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาลบนคลาวด์ Healthcare Risk Management System [เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์]. สถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (๒๕๕๘). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับ เฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี. บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด.
- สมาน อัครภูมิ. (๒๕๖๑). ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยง. วารสารราชธานีนวัตกรรมทาง สังคมศาสตร์, ๒(๓), ๑-๑๑.

องค์การพิพิธภัณฑ์วิทยาศาสตร์แห่งชาติ. (ม.ป.ป). ความหมายและคำจำกัดความการบริหารความเสี่ยง.
สืบค้นเมื่อ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๖ สืบค้นจา

<http://www.thaisciencemuseum.com/risk?portalid=๑>

อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล. (๒๕๔๔). เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๒). สถาบันพัฒนาและ
รับรองคุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร.

การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยทันตกรรม โรงพยาบาลท่าวังผา ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

กุลธิดา ชินายศ, สามขวัญ เจริญภักดี และคณะ

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (Coronavirus disease ๒๐๑๙ หรือ COVID-๑๙) เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ มีรายงานกลุ่มก้อนที่ติดเชื้อครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่นประเทศจีน เมื่อเดือน ธันวาคม ๒๕๖๒ และมีรายงานผู้ป่วยชาวจีนที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทยเมื่อวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๓ ความรุนแรงของโรคนั้นจะแตกต่างกันไปขึ้นกับอายุ ภูมิคุ้มกันปริมาณเชื้อที่ได้รับและโรคประจำตัว ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการแสดงแต่มีประวัติสัมผัสโรคไปจนถึงมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หายใจเหนื่อย ลื่นไม่รับรส จมูกไม่ได้กลิ่นและอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา เช่น ภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดปอดอักเสบรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต^(๑)

ทันตบุคลากรมีความเสี่ยงสูงในการในการติดและแพร่เชื้อโควิด-๑๙ เนื่องจาก การสื่อสารกับ ผู้รับบริการเป็นแบบประจันหน้า มีการใช้เครื่องมือที่ในการทำหัตถการที่เกิด aerosols (เครื่องดูดหินปูน ความถี่สูงและหัวกรอความเร็วสูง) ลักษณะของงานมีการสัมผัสเลือดและน้ำลาย รวมถึงความพร้อมของระบบ หมุนเวียนอากาศในห้องทำหัตถการ นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในการรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลขณะทำ หัตถการที่ไม่สามารถเว้นระยะทางสังคมได้^(๒,๓)

จากข้อจำกัดข้างต้น กลุ่มงานทันตกรรมจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการคัดกรองผู้ป่วยให้เหมาะสม กับบริบทในแต่ละช่วงของการระบาดของโรค ไม่ว่าจะเป็นความไม่พร้อมด้านจุดคัดกรอง ระบบระบายอากาศ ระบบการคัดกรองคนไข้ ความไม่พร้อมในส่วนของทรัพยากรต่างๆ ที่มิวิจัยเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้ทำวิจัยขึ้นเพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการทางทันตกรรมโรงพยาบาลท่าวังผา

วิธีการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการระหว่าง มีนาคม ๒๕๖๓ ถึง มิถุนายน ๒๕๖๕ แบ่งการดำเนินการเป็น ๓ ระยะ ได้แก่

ระยะที่ ๑ : ระยะวิเคราะห์สถานการณ์และออกแบบรูปแบบการให้บริการทางทันตกรรม รพ. ท่าวังผา เดือนมีนาคม ๒๕๖๓ ทีมวิจัยประเมินสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ พบว่า ความไม่พร้อมด้านต่างๆ เช่น จุดคัดกรอง ระบบระบายอากาศ ระบบการคัดกรองคนไข้ ความไม่พร้อมในส่วนของทรัพยากร และ ศึกษาแนวคิด แนวปฏิบัติในการให้บริการทางทันตกรรม ศึกษาปัญหาและอุปสรรคการให้บริการทันตกรรมในช่วงโควิด-๑๙ และนำมาปรับใช้ ในการให้บริการทางทันตกรรม ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลท่าวัง-ผา ตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่โดยยึดหลัก ๓S เพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ด้วยความเสมอภาค ไม่แออัด ปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ได้แก่ ๑. ด้านระบบ (System) เช่น ระบบคัดกรอง ขั้นตอนการปฏิบัติงาน การจัดโซน(zoning) การใช้ระบบ IT จัดระบบคิว และการสื่อสาร เป็นต้น ๒. ด้านโครงสร้าง (Structure) เช่น โครงสร้าง อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม การระบายอากาศ เป็นต้น ๓. ด้านบุคลากร (Staff) เช่น การจัดอัตรากำลัง การฝึกอบรมบุคลากร การใช้อุปกรณ์ป้องกัน และสร้างความปลอดภัย เป็นต้น และองค์การสาธารณสุขทั่วโลกเห็นพ้องว่า จำเป็นต้องมีการคัดกรองผู้ป่วยและทันตบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ โดยวิธี standard precautions ร่วมกับ transmission based precaution ทั้ง ๓ ประการ ได้แก่ droplets, air borne และ contact precaution มาตราการเตรียมความพร้อมของ

บุคคลากร การเว้นระยะห่างทางสังคม(social distance) ที่เหมาะสม(isolation) การจัดการกับอากาศที่ปนเปื้อนในสถานบริการและการปฏิบัติทางสังคมวิถีแบบใหม่(new normal)

ระยะที่ ๒ : ระยะดำเนินการ ระหว่าง เดือน มีนาคม ๒๕๖๓ – มิถุนายน ๒๕๖๕ กลุ่มงานทันตกรรม รพ. ทำวงผาได้ออกแบบรูปแบบให้บริการผู้ป่วยทันตกรรม รพ. ทำวงผา ด้านโครงสร้างอาคารสถานที่ (structure) ด้านการให้บริการของบุคคลากร (service) ด้านระบบบริการ (system) ได้แก่

๑. ด้านโครงสร้างอาคารสถานที่ (structure) ทำการปรับปรุงห้องสำหรับการรักษาผู้ป่วย ดังนี้

๑.๑ ทำการกั้นห้องรักษาทันตกรรม จากเดิมใช้เพียงฉากกั้น ทำให้มีการกระจายของอากาศไปได้ทุกห้อง เปลี่ยนเป็นการกั้นเพื่อแยกห้องรักษาออกจากกันให้เป็นห้องปิดมิดชิด จำนวน ๗ ห้อง

๑.๒ ทำการติดตั้งระบบระบายอากาศที่ได้มาตรฐานสำหรับให้บริการทันตกรรมจำนวน ๗ ห้อง โดยมีการหมุนเวียนนำอากาศดีเข้าห้องไม่น้อยกว่า ๑๒ รอบใน ๑ ชั่วโมง (Air change per hour-ACH) ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ระบายอากาศหรือพัดลมดูดอากาศสู่ภายนอก และทำการกรองอากาศที่ถูกระบายออกด้วยแผ่นกรอง HEPA filter นอกจากนี้ยังมีการกำหนดทิศทางลมให้อากาศบริสุทธิ์ผ่านจากทันตบุคลากรไปยังปลายเท้าผู้ป่วย เพื่อป้องกันการไหลกลับของอากาศที่ปนเปื้อนเชื้อกลับเข้ามาในห้องอีก

๑.๓ จัดการปรับปรุงห้องสำหรับให้บริการตรวจ Antigen test kit หรือ ATK สำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการทันตกรรม โดยใช้ห้องแพทย์แผนไทย(ตึกเดิม) รวมถึงการจัดเวรทันตแพทย์ในการให้บริการ ATK แก่ผู้ป่วย

๑.๔ จัดตั้งจุดคัดกรองผู้ป่วยนอกห้องทันตกรรม ทำการสอบถามเพื่อประเมินและคัดกรองความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-๑๙

๒. ด้านการให้บริการของบุคคลากร (service)

๒.๑ พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเสริมสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-๑๙

๒.๒ พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสวมและถอดอุปกรณ์ PPE พร้อมทั้งการจัดกำจัดขยะ โดยทีม IC โรงพยาบาลทำวงผา

๒.๓ สนับสนุนให้ทันตบุคลากรทุกคนเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อ SARS-CoV-๒ รวมไปถึงวัคซีนไขหวัดใหญ่ ทั้งยังมีการตรวจหาเชื้อโควิด-๑๙ ด้วยชุดตรวจ ATK เป็นประจำทุก ๑ สัปดาห์เพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่เชื้อต่อเพื่อนร่วมงานและผู้ป่วย

๓. ด้านระบบบริการ (system)

๓.๑ ทำการคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการทุกราย โดยเน้นการซักประวัติความเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-๑๙ แล้วทำการจำแนกผู้ป่วยออกเป็น ๓ กลุ่มได้แก่ กลุ่มผู้ติดเชื้อเข้าข่ายหรือยืนยันการติดเชื้อที่อยู่ระหว่างติดเชื้อหรือระยะแพร่กระจายเชื้อ กลุ่มที่ซักประวัติไม่ได้หรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือผู้ที่มีอาการสงสัยติดเชื้อ และผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงและไม่มีอาการรวมถึงผู้ติดเชื้อที่พ้นระยะการแพร่เชื้อแล้ว

๓.๒ จัดระบบการให้บริการผู้ป่วย พิจารณาให้การรักษาลำดับความฉุกเฉินร่วมกับระดับความเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-๑๙

๓.๓ กรณีผู้ป่วยได้รับการนัดหมายและเป็นการรักษาที่มีการฟุ้งกระจาย จะมีการโทรแจ้งล่วงหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยมาตรวจ ATK ก่อนเวลานัด

๓.๔ ให้บริการตรวจ ATK ก่อนรับบริการทุกครั้ง กรณีหัตถการที่ก่อให้เกิดละอองฝอยฟุ้งกระจาย โดยในเดือน กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม ๒๕๖๕ ได้จัดเวรทันตแพทย์ในการทำ ATK ที่อาคารแพทย์แผนไทย (ตึกเดิม) จากนั้นในเดือน มิถุนายน ๒๕๖๕ ได้ทำ ATK ภายในคลินิกทันตกรรม โดยทันตแพทย์เจ้าของไข้

๓.๕ กำหนดแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยไปยัง ARI clinic กรณีที่ตรวจ ATK พบเชื้อโควิด-๑๙

๓.๖ กำหนดแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่จำเป็นต้องรับการรักษาทางทันตกรรม

ระยะที่ ๓ : ระยะติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เดือน มิถุนายน ๒๕๖๕ มีการติดตามและประเมินผลในพื้นที่กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทางทันตกรรม รพ.ท่าวังผา

ผลการวิจัย

กลุ่มผู้วิจัยทำการแบ่งระยะเวลาของข้อมูลออกเป็น ๕ ช่วง ดังนี้

- ช่วงที่ ๑ เดือนมีนาคม-สิงหาคม ๒๕๖๓
- ช่วงที่ ๒ เดือนกันยายน ๒๕๖๓-กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔
- ช่วงที่ ๓ เดือนมีนาคม-สิงหาคม ๒๕๖๔
- ช่วงที่ ๔ เดือนกันยายน ๒๕๖๔-กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕
- ช่วงที่ ๕ เดือนมีนาคม-มิถุนายน ๒๕๖๕

ผลการวิจัยแสดงดังตารางที่ ๑ และ ๒

ช่วงเวลา	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยงานที่มีการฟุ้งกระจายของละอองฝอย						ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยงานฟุ้งกระจาย
		อุดฟัน	ขูดหินปูน	ศัลยศาสตร์ช่องปาก	รักษา รากฟัน	ฟันเทียม	รวม	
มี.ค.๖๓- ส.ค.๖๓	๓,๒๙๕	๒๙๓	๑๐๗	๓๕	๔๖	๑๗	๔๙๘	๑๕.๑
ก.ย.๖๓- ก.พ.๖๔	๒,๖๗๕	๒๘๗	๑๑๐	๙๙	๘๖	๔๘	๖๓๐	๒๓.๖
มี.ค.๖๔- ส.ค.๖๔	๒,๗๓๙	๒๙๕	๙๔	๑๙๕	๘๔	๔๕	๗๑๓	๒๖.๐
ก.ย.๖๔- ก.พ.๖๕	๓,๙๒๐	๔๖๒	๒๘๕	๓๗๐	๑๐๕	๑๑๗	๑,๓๓๙	๓๔.๒
มี.ค.๖๕- มิ.ย.๖๕	๒,๘๙๖	๔๕๐	๓๑๖	๓๑๔	๙๘	๑๐๕	๑,๒๘๓	๔๔.๓

ตารางที่ ๑ แสดงจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทางทันตกรรมที่มีการฟุ้งกระจายของละอองฝอย จากตารางที่ ๑ พบว่าช่วงเดือนมีนาคม-สิงหาคม ๒๕๖๓ มีผู้เข้ารับการรักษาทางทันตกรรมทั้งหมดจำนวน ๓,๒๙๕ คน เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทางทันตกรรมที่มีการฟุ้งกระจายของละอองฝอย จำนวน ๔๙๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๑ ช่วงเดือนกันยายน ๒๕๖๓-กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ มีผู้เข้ารับการรักษาทางทันตกรรมทั้งหมดจำนวน ๒,๖๗๕ คน เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทางทันตกรรมที่มีการฟุ้งกระจายของละอองฝอย

จำนวน ๖๓๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๖ ช่วงเดือน มีนาคม-สิงหาคม ๒๕๖๔ มีผู้เข้ารับการรักษาทางทันตกรรมทั้งหมดจำนวน ๒,๗๓๙ คน เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทางทันตกรรมที่มีการฟุ้งกระจายของละอองฝอยจำนวน ๗๑๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๖ ช่วงเดือนกันยายน ๒๕๖๔-กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ มีผู้เข้ารับการรักษาทางทันตกรรมทั้งหมดจำนวน ๓,๙๒๐ คน เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทางทันตกรรมที่มีการฟุ้งกระจายของละอองฝอยจำนวน ๑,๓๓๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๒ และช่วงเดือนมีนาคม-มิถุนายน ๒๕๖๕ มีผู้เข้ารับการรักษาทางทันตกรรมทั้งหมดจำนวน ๒,๘๙๖ คน เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทางทันตกรรมที่มีการฟุ้งกระจายของละอองฝอยจำนวน ๑,๒๘๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๔.๓

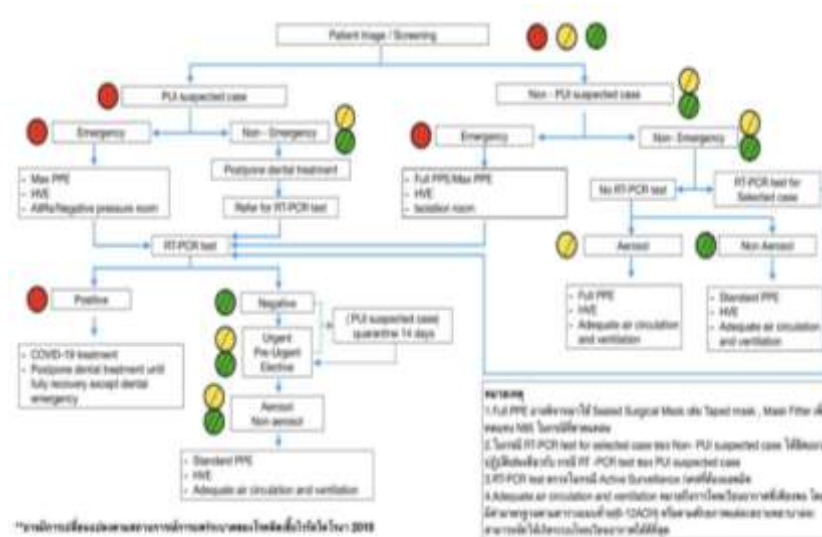
	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ ATK	จำนวนผู้ป่วยที่พบเชื้อโควิด-๑๙
ก.พ.๖๕	๑๕๗	๐
มี.ค.๖๕	๒๔๖	๐
เม.ย.๖๕	๑๗๘	๐
พ.ค.๖๕	๒๔๑	๒
มิ.ย.๖๕	๙๑	๑
รวม	๙๑๓	๓

ตารางที่ ๒ แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ ATK ก่อนเข้ารับการรักษาทางทันตกรรม

จากตารางที่ ๒ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ ATK ก่อนเข้ารับการรักษาทางทันตกรรม จำนวนทั้งหมด ๙๑๓ คน มี ๓ คนที่ตรวจพบเชื้อโควิด-๑๙ คิดเป็นร้อยละ ๐.๔

อภิปรายผล

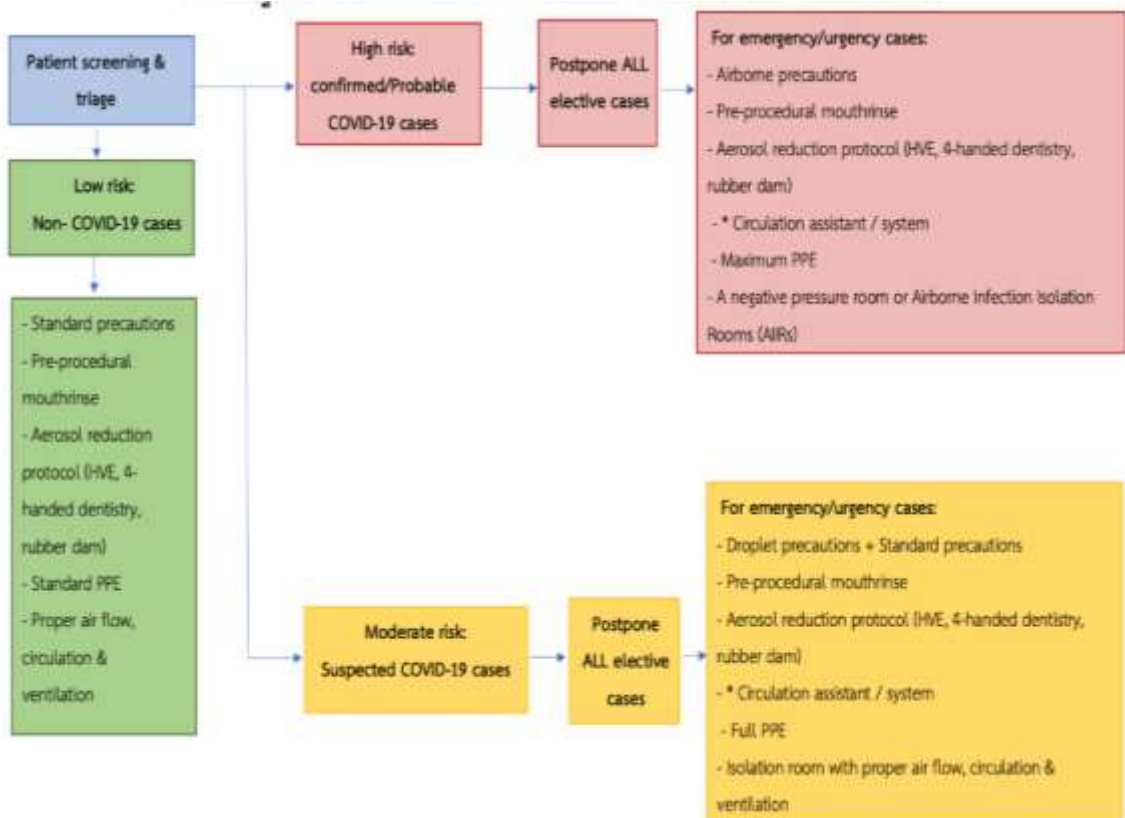
จากการวิจัยนี้ซึ่งเป็นการศึกษาและพัฒนาระบบการให้บริการโดยการออกแบบรูปแบบการให้บริการทางทันตกรรมของ รพ. ท่าวังผา เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ ตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่โดยยึดหลัก ๓S (System, Structure, Service) จากผลการศึกษา จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทางทันตกรรมที่มีการฟุ้งกระจายของละอองฝอยในช่วงระยะเวลาที่แบ่งเป็น ๕ ช่วง ตั้งแต่เดือนมีนาคม ๒๕๖๓-มิถุนายน ๒๕๖๕ (ตารางที่ ๑) พบว่าในช่วงระยะเวลาที่ ๑ ตั้งแต่เดือนมีนาคม-สิงหาคม ๒๕๖๓ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับบริการทางทันตกรรมมีจำนวนที่ยังคงใกล้เคียงกับช่วงระยะเวลาก่อนเกิดการแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ แต่มีผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมในงานที่มีการฟุ้งกระจายคิดเป็นร้อยละ ๑๕.๑ เท่านั้น โดยจะให้การรักษาในงานฟุ้งกระจายเฉพาะกรณีฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนเท่านั้น และอ้างอิงตามแนวทางปฏิบัติทางทันตกรรมในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-๑๙^(๔,๕) ตามแผนภาพที่ ๑



แผนภาพที่ ๑ แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรมในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-๑๙

เนื่องจากสถานการณ์โควิด-๑๙ ที่กำลังเริ่มมีการแพร่ระบาดหนักในประเทศไทยในช่วงแรก องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคยังมีน้อย ใช้ระบบนัดคิวให้การรักษาทันตกรรมในงานฟุ้งกระจายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาฉุกเฉินเพียงวันละ ๒ คนเท่านั้น ยังคงไม่มีวิธีการคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการทางทันตกรรมที่ชัดเจนและได้มาตรฐาน นอกจากนี้ห้องรักษาทันตกรรมยังคงเป็นห้องที่มีลักษณะเปิดแต่แยกแต่ละห้องที่ใช้ให้การรักษาโดยใช้เพียงฉากกั้นจำนวนทั้งหมด ๖ ห้องและห้องที่มีลักษณะกึ่งปิดมิดชิดจำนวน ๑ ห้อง แต่ทั้งหมดนี้ยังคงไม่มีระบบระบายอากาศที่ได้มาตรฐาน ซึ่งหากมีการให้การรักษาทันตกรรมในงานที่มีการฟุ้งกระจายโดยเฉพาะการให้การรักษแก่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-๑๙ อาจทำให้มีการกระจายของละอองฝอยที่มีการติดเชื้อสู่อากาศได้ทุกห้อง ส่งผลให้อากาศที่จะเกิดการแพร่กระจายเชื้อต่อผู้ป่วยรายอื่นและทันตบุคลากรผู้ให้การรักษาย่อมมีเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้องค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันหรือการรักษาเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-๑๙ ยังมีไม่มาก รวมถึงอุปกรณ์ PPE ที่ยังคงขาดแคลน และประการสำคัญคือทันตบุคลากรรวมถึงประชาชนทั่วไปยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-๑๙

ด้วยเหตุนี้ทางกลุ่มงานทันตกรรม รพ.ท่าวังผา จึงได้มีการปรับปรุงห้องรักษาทันตกรรม โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการตั้งแต่เดือนกันยายน ๒๕๖๓-สิงหาคม ๒๕๖๔ ซึ่งได้ทำการกั้นห้องแยกห้องที่ใช้ในการรักษาแต่ละห้องให้มีการแยกออกจากกันอย่างชัดเจนให้มีลักษณะที่เป็นห้องปิดมิดชิด^(๖) จำนวนทั้งหมด ๗ ห้อง เพื่อให้สามารถให้บริการทางทันตกรรมในงานฟุ้งกระจายได้เพิ่มขึ้นท่ามกลางสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-๑๙ ที่ยังคงมีการแพร่ระบาดหนักอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย รวมถึงได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการคัดกรองโดยจัดตั้งให้มีเจ้าหน้าที่ประจำจุดคัดกรองผู้ป่วยภายนอกห้องทันตกรรม เพื่อซักประวัติ คัดกรองและประเมินถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-๑๙ ของผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการรักษาทันตกรรม ตามแนวทางปฏิบัติทางทันตกรรมในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ตามแผนภาพที่ ๒



แผนภาพที่ ๒ แนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-๑๙

อย่างไรก็ตาม ในช่วงระยะเวลาเหล่านี้ ทันตบุคลากรและประชาชนทั่วไปบางส่วนได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ และใช้หวัดใหญ่อย่างน้อย ๑ เข็มเรียบร้อยแล้ว ดังนั้น จำนวนของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมในงานที่มีการฟุ้งกระจายจึงเพิ่มขึ้นในช่วงระยะเวลาดังกล่าวคือ ร้อยละ ๒๓.๖ และ ๒๖.๐ ตามลำดับ

ต่อมา ในช่วงเดือนธันวาคม ๒๕๖๔ ทางกลุ่มงานทันตกรรม รพ.ท่าวังผาได้ทำการปรับปรุงโดยการติดตั้งระบบระบายอากาศในห้องที่ให้การรักษาทางทันตกรรมทั้งหมด ๗ ห้อง เพื่อให้ได้มาตรฐานตามแนวทางของทันตแพทยสภาและกระทรวงสาธารณสุข เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ โดยมีอุปกรณ์ระบายอากาศรวมถึงการกรองอากาศเพื่อให้เกิดการหมุนเวียนนำอากาศที่ดีเข้าสู่ห้องที่ใช้ในการรักษาทางทันตกรรมแต่ละห้อง อีกทั้งยังป้องกันการไหลกลับของอากาศที่มีการปนเปื้อนของเชื้อกลับเข้าสู่ภายในห้องอีกครั้ง^(๕,๖,๗) รวมไปถึงสถานการณ์การแพร่ระบาดของการติดเชื้อโควิด-๑๙ ในประเทศไทยนั้นดีขึ้น จึงมีจำนวนของผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมในงานรักษาที่มีการฟุ้งกระจายในช่วงเวลาดังกล่าวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๓๔.๒

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของการติดเชื้อโควิด-๑๙ ในประเทศไทยดีขึ้นอย่างมาก แต่ในพื้นที่ของอำเภอท่าวังผาเองกลับมีการแพร่ระบาดของการติดเชื้ออย่างหนักในช่วงปลายเดือนมกราคม ๒๕๖๕ ทางกลุ่มงานทันตกรรม รพ.ท่าวังผาจึงได้มีการปรับแนวทางการปฏิบัติกรให้การรักษาทางทันตกรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดใน อ.ท่าวังผา โดยจัดให้มีการปรับปรุงห้องแพทย์แผนไทย (ตึกเดิม) สำหรับเป็นห้องให้บริการตรวจ ATK สำหรับผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมในงานหัตถการที่ก่อให้เกิดละอองฝอยและมีการฟุ้งกระจายทุกครั้งที่มาใช้บริการ เริ่มให้บริการตรวจ ATK ในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ โดยจัดเวรทันตแพทย์ในการให้บริการดังกล่าวทุกวัน อีกทั้งยังได้มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับการส่งต่อจากหน่วยงานอื่นของ รพ.ท่าวังผา สำหรับผู้ป่วยที่ยังคงมีการติดเชื้อโควิด-๑๙ ในกรณีที่ต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรมมายังกลุ่มงานทันตกรรม และแนวทางปฏิบัติสำหรับการส่งต่อจาก

กลุ่มงานทันตกรรม กรณีที่มีการตรวจพบการติดเชื้อโควิด-๑๙ จากการตรวจด้วย ATK ไปยัง ARI clinic เพื่อรับการตรวจพิเศษเพิ่มเติมในการยืนยันผลและรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป โดยเลื่อนการรักษาทางทันตกรรมที่ไม่ฉุกเฉินทั้งหมดออกไปก่อน นอกจากนี้ ทางหน่วยงานยังได้มีการสนับสนุนให้ทันตบุคลากรทุกคนได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นสำหรับการป้องกันการติดเชื้อโควิด-๑๙ รวมไปถึงทำการตรวจหาเชื้อโควิด-๑๙ ด้วยวิธีการ ATK เป็นประจำทุก ๑ สัปดาห์เพื่อเป็นการประเมินและลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อต่อเพื่อนร่วมงานและผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ แม้ว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของการติดเชื้อโควิด-๑๙ จะยังคงแพร่ระบาดอย่างหนัก แต่ทางกลุ่มงานทันตกรรม รพ.ท่าวังผา เองยังคงให้การรักษาทางทันตกรรมโดยพบว่ามีจำนวนผู้มารับบริการในหัตถการที่มีการฟุ้งกระจายของละอองฝอยที่เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ ๔๔.๓ ซึ่งสูงกว่าในช่วงระยะเวลาแรกที่กำลังมีแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ ในประเทศไทยถึง ๒ เท่า

สำหรับการศึกษาจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ ATK ก่อนเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมในหัตถการที่มีการเกิดละอองฝอยและทำให้มีการฟุ้งกระจายในอากาศในช่วงระยะตั้งแต่เดือนมีนาคม-มิถุนายน ๒๕๖๕ พบว่า มีผู้ป่วยที่ตรวจพบการติดเชื้อโควิด-๑๙ โดยคิดเป็นร้อยละ ๐.๔ (ตารางที่ ๒) ดังนั้น การประเมินความเสี่ยงโดยอาศัยเพียงข้อมูลจากการซักถามประวัติ อาการ หรือประวัติการสัมผัสผู้ติดเชื้อเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาทางทันตกรรม แต่ยังคงอาศัยการคัดกรองด้วยการตรวจ ATK ก่อนเข้ารับการรักษาในหัตถการที่มีการฟุ้งกระจายทุกครั้งร่วมด้วย เพื่อให้สามารถตรวจพบผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-๑๙ ก่อนเริ่มการรักษาทางทันตกรรมและได้รับการส่งต่อไปยัง ARI clinic เพื่อรับการตรวจพิเศษเพิ่มเติมและรับการรักษาการติดเชื้อโควิด-๑๙ ที่เหมาะสมต่อไป

สรุป

จากการปรับปรุงทั้งโครงสร้างห้องทันตกรรม ระบบระบายอากาศ ระบบการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง การสนับสนุนให้ทันตบุคลากรทุกคนได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด-๑๙ ร่วมกับมีการประเมินความเสี่ยงด้วยการตรวจ ATK อย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งยังได้มีการนำแนวทางปฏิบัติสำหรับการให้การักษาทางทันตกรรมจากทันตแพทย์สภามาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ของ อ.ท่าวังผา ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ ตั้งแต่ระยะแรกกระทั่งถึงปัจจุบัน พบว่า ทั้งหมดนี้ล้วนส่งผลให้เกิดระบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-๑๙ ให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมก่อนรับบริการทางทันตกรรม เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อระหว่างผู้มารับบริการทางทันตกรรมและทันตบุคลากร

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการประเมินคุณภาพของระบบระบายอากาศจากผู้เชี่ยวชาญภายนอกเพื่อให้ได้มาตรฐานเป็นประจำทุกปี

๒. ทบทวนแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-๑๙ ระหว่างกลุ่มงานทันตกรรมและหน่วยงานอื่น เช่น ตึกผู้ป่วยใน หรือห้องฉุกเฉิน อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีการดำเนินงานที่สอดคล้องกันไปในทิศทางเดียวกัน

๓. ต้องการงบประมาณในการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับทันตบุคลากร เช่น เสื้อกาวน์กันน้ำ surgical mask หรือ N๙๕ เป็นต้น เนื่องจากมีการขาดแคลนอุปกรณ์ดังกล่าวเป็นระยะตั้งแต่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-๑๙ กระทั่งปัจจุบัน ทั้งจากการขาดงบประมาณในการจัดซื้อหรือการเสื่อมสภาพของอุปกรณ์จากการใช้งานเป็นประจำ แต่ไม่มีงบประมาณที่สนับสนุนเพียงพอและล่าช้า

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

ทีมได้นำผลการวิจัยไปใช้ปรับปรุงแนวทางการให้บริการแก่ผู้ป่วยทันตกรรม ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลท่าวังผาและ รพ.สต.ที่ให้บริการทันตกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมได้อย่างปลอดภัยและมีมาตรฐาน ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโควิด-๑๙ ไปสู่ผู้ป่วยรายอื่นและบุคลากรทางการแพทย์

บทเรียนที่ได้รับ

๑. โรคโควิด-๑๙ เป็นโรคอุบัติใหม่มีผลกระทบต่อทันตแพทย์และงานทันตกรรม ด้วยลักษณะของการทำงานที่ก่อให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อผ่านทางสารคัดหลั่งและละอองฝอยที่ฟุ้งกระจายในอากาศ ทำให้เกิดข้อจำกัดของการให้บริการตามปกติ จึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบของการให้บริการทันตกรรมในรูปแบบวิถีปกติใหม่

๒. การพิจารณาการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ป้องกันหรือลดการเกิดละอองฝอยขณะรักษา การฆ่าเชื้อพื้นผิวเครื่องมือและอุปกรณ์ทันตกรรมร่วมกับการจัดการระบบอากาศ เพื่อให้การทำงานเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถป้องกันการติดเชื้อไปสู่ผู้ป่วยรายอื่นหรือทันตบุคลากร

๓. การสื่อสารกับผู้ร่วมงานภายในหน่วยงานทันตกรรม สหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วย เพื่อให้มีความเข้าใจต่อแนวทางการให้บริการทันตกรรม ความจำเป็นของการจำกัดการให้บริการ และเมื่อมีความพร้อมมากขึ้นก็ปรับการให้บริการจากฉุกเฉินเท่านั้นมาเป็นการให้บริการรับด่วนเพิ่มขึ้น ตลอดจนการนัดหมายรักษาแบบไม่เร่งด่วน (Elective case)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. ผู้บริหารภายในองค์กรและระดับจังหวัดให้ความสำคัญกับการปรับปรุง พัฒนางานเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยทันตกรรมในสถานการณ์โรคระบาดโควิด-๑๙ ตลอดจนการสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

๒. การทำงานร่วมกันเป็นทีมของทุกหน่วยงานใน รพ.ท่าวังผา ทั้งหน่วยงานที่ให้บริการและหน่วยงานในระบบสนับสนุนที่ให้ความช่วยเหลือ จนกระทั่งกลุ่มงานทันตกรรม รพ.ท่าวังผา สามารถให้เปิดให้บริการผู้ป่วยทันตกรรมในสถานการณ์โรคระบาดโควิด-๑๙ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. ทันตบุคลากรกลุ่มงานทันตกรรม รพ.ท่าวังผา ให้ความร่วมมือในการพัฒนาปรับปรุงการให้บริการผู้ป่วยทันตกรรม ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา สถานการณ์และแนวทางการดำเนินงาน ภายใต้แนวทางปฏิบัติสำหรับการให้การรักษาทันตกรรมจากทันตแพทย์สมาคมและนำไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบท

๔. ความร่วมมือของผู้ป่วย ญาติและชุมชน ในการปฏิบัติตามข้อกำหนดในการมารับบริการทันตกรรม ทั้งการแจ้งประวัติความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-๑๙ การเข้ารับบริการตามนัด การเข้าตรวจ ATK ก่อนทำหัตถการที่มีการฟุ้งกระจาย ตลอดจนการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจในระบบการรักษาของกลุ่มงานทันตกรรม รพ.ท่าวังผา

เอกสารอ้างอิง

๑. วิลาวรรณ พรหมชินวงศ์.(๒๕๖๔, มกราคม-มิถุนายน.)ทัศนมิติในการรับบริการทางทันตกรรมของผู้ป่วยในสถานะแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อโคโรนาไวรัส(โควิด ๒๐๑๙) อ.ท่าคันโท จ.กาฬสินธุ์. *วารสารทันตภิบาล*, ๓๒(๑), ๘๐-๘๘.
๒. Peng, X., Xu, X., Li, Y., Cheng, L., Zhou, X. & Ren, B. (๒๕๖๓) . Transmission routes of ๒๐๑๙-nCoV and controls in dental practice. *Int J Oral Sci* ๑๒(๙), ๑-๖
๓. ประทานพร อารีราชการันย์.(๒๕๖๔, มกราคม-กุมภาพันธ์.)ข้อเสนอแนะการคัดกรองและการจัดการทางทันตกรรมในช่วงระบาดของโควิด๑๙. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* ,๓๐(๑), ๑๘๑-๑๙๔.
๔. ทันตแพทยสภา.(๒๕๖๓). ประกาศกรมการแพทย์เรื่องแนวทางปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมในสถานการณ์การระบาดของ COVID-๑๙. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๓ สืบค้นจาก <https://dentalcouncil.or.th/images/uploads/file/๕F๗VSJ๘HPWBYTSNS.pdf>
๕. ทันตแพทยสภา.(๒๕๖๓). แนวปฏิบัติตามมาตรการผ่อนปรนเพื่อการรักษาทางทันตกรรมในสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๓ สืบค้นจาก <https://dentalcouncil.or.th/images/uploads/file/MF๕PQXQLIC๐PBD๑๗.pdf>
๖. Jadhav, GR., Mittal, P.(๒๕๖๓) Coronavirus Disease ๒๐๑๙: Implications for Clinical Dental Care. *J of Endod.* ๔๖(๙):๑๓๔๑-๑๓๔๒.
๗. กรรณิการ์ ชูเกียรติมัน.(๒๕๖๓ ตุลาคม-ธันวาคม.)ทันตกรรมกับ COVID-๑๙(Dentistry and COVID-๑๙). *วารสารกรมการแพทย์* , ๔๕(๔), ๕-๘.
๘. ทันตแพทยสภา.(๒๕๖๕). แนวปฏิบัติทางทันตกรรมวิธีใหม่ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เข้าสู่ระยะโรคประจำถิ่น. สืบค้นเมื่อวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ สืบค้นจาก <https://dentalcouncil.or.th/upload/files/๖XoiAvGJqVUT๕cFeBbrEMQsWmRx๘๑DP.pdf>

การติดเชื้อโควิด-๑๙ ในบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

ศิริลักษณ์ พันธุ์แก้ว นภาพร มหายศนันท์ ชัยพันธ์ วิชา ศุภลักษณ์ ธนามี
พัฒนา อำชำ และ วันชัญญา ศิริกันไชย

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือ โควิด-๑๙ (Coronavirus disease ๒๐๑๙, COVID-๑๙) เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่เพิ่งค้นพบในปลายปี พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยมีรายงานครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ คือ SARS-CoV-๒ ซึ่งอยู่ในกลุ่ม Beta coronavirus โรคนี้เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ผ่านทางฝอยละอองและการสัมผัสเป็นหลัก โรคมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว โดยองค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าโรคนี้เป็นสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขทั่วโลกแล้วตั้งแต่วันที่ ๓๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓ และเป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (WHO, ๒๐๒๐)

ลักษณะทางคลินิกของ COVID-๑๙ ทั้งอาการและการแสดงของโรค รวมไปถึงระยะเวลาการดำเนินโรค และความรุนแรงของโรค อาจแตกต่างกันขึ้นกับอายุ ภูมิคุ้มกัน ปริมาณเชื้อที่ได้รับ และโรคประจำตัวของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการแสดง หรือมีอาการไม่รุนแรง เช่น อาการหวัด อาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ จนถึงอาการรุนแรง เช่น ปอดอักเสบ บางครั้งอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต โดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคปอด โรคเบาหวาน ความดันเลือดสูง หรือมะเร็ง (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๔)

ปัจจุบันการวินิจฉัยยืนยัน COVID-๑๙ นั้นใช้วิธีการตรวจหาพันธุกรรมของไวรัส SARS-CoV-๒ ด้วยวิธี real time polymerase chain reaction (RT-PCR) ซึ่งเป็นวิธีการตรวจวินิจฉัยมาตรฐาน โดยตัวอย่างที่เหมาะสมจะเป็นสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ เช่น nasopharyngeal swab, nasopharyngeal wash, throat swab, เสมหะ (sputum), endotracheal aspiration และ bronchialveolar lavage (กรมการแพทย์, ๒๕๖๔)

การรักษาหลักของ COVID-๑๙ คือให้การรักษาระดับประคอง และพิจารณาให้ยาต้านไวรัส และ/หรือยาต้านการอักเสบตามความรุนแรงของโรค สำหรับการป้องกัน COVID-๑๙ มีการพัฒนาวัคซีนสำหรับ COVID-๑๙ มีหลายชนิด และบางชนิด เช่น วัคซีนของบริษัท Pfizer, Moderna, Oxford/AstraZeneca, Sputnik, Johnson & Johnson, Novavax, Sinopharm และ Sinovac มีข้อมูลประสิทธิผลของวัคซีนในมนุษย์แล้ว โดยวัคซีนเหล่านี้มีความปลอดภัย สามารถป้องกันการป่วยรุนแรงได้ดีมาก ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล แต่ผู้ได้รับวัคซีนก็ยังมีโอกาสป่วยได้ อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันการติดเชื้อแบบไม่มีอาการและการแพร่กระจายเชื้อยังไม่ชัดเจน ดังนั้นผู้ที่ได้รับวัคซีนยังจำเป็นต้องปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การสวมใส่หน้ากาก การล้างมือ และการรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลต่อไป (กรมการแพทย์, ๒๕๖๔)

เนื่องจากเชื้อ SARS-CoV-๒ แพร่กระจายจากคนสู่คนผ่านทางฝอยละอองและการสัมผัส ในบางกรณีเชื้อสามารถแพร่ทางอากาศได้ โดยเฉพาะในสถานที่ปิด หรือมี aerosol-generating procedures (AGPs) เช่น endotracheal intubation, non-invasive ventilation, tracheostomy, bronchoscopy, sputum induction และ cardiopulmonary resuscitation) เกิดขึ้น (๑๑) การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ

SARS-CoV-๒ จึงต้องอาศัยมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ (infection prevention and prevention, IPC) ที่เหมาะสม มาตรการป้องกันในระดับชุมชน ได้แก่ การคัดกรองและค้นหาผู้ติดเชื้อ การกักตัว (quarantine) การแยกตัว (isolation) การลดการรวมกลุ่ม (เช่น การปิดโรงเรียนและสถานที่ทำงาน) การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล (physical distancing) การล้างมือ การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอย่างเหมาะสม (เช่น การสวมใส่หน้ากากขณะอยู่ในที่สาธารณะ) และการทำความสะอาดพื้นผิวและสิ่งแวดล้อม ซึ่งกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ของประเทศไทย ได้แนะนำประชาชนป้องกันตนเอง โดยยึดหลัก D-M-H-T-T (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๔) ได้แก่

D: Social Distancing เว้นระยะห่าง ๑-๒ เมตร เลี่ยงการอยู่ในที่แออัด

M: Mask Wearing สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา

H: Hand Washing ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์

T: Testing การตรวจวัดอุณหภูมิและตรวจหาเชื้อโควิด ๑๙ ในกรณีที่มีอาการเข้าข่าย

T: Thai Cha Na สแกนไทยชนะก่อนเข้า-ออกสถานที่สาธารณะทุกครั้ง เพื่อให้มีข้อมูลในการประสานงานได้ง่ายขึ้น

มาตรการป้องกันในระดับสถานพยาบาล ได้แก่ การคัดกรองและค้นหาผู้ติดเชื้อ การแยกผู้ป่วย การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล การล้างมือ การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอย่างเหมาะสม (เช่น บุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันการวินิจฉัย COVID-๑๙ และมีการทำ AGPs ควรสวมใส่ N-๙๕ ร่วมกับอุปกรณ์ป้องกันอื่น เช่น ถุงมือ กาวน์ หมวก และ goggles หรือ face shield) และการทำความสะอาดพื้นผิวและสิ่งแวดล้อม จากสถานการณ์ระบาดที่รุนแรงของ COVID-๑๙ คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติได้ประกาศ COVID-๑๙ เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ ๑๔ ตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ของประเทศไทย และปัจจุบันยังพบจำนวนผู้ป่วย COVID-๑๙ เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แต่ข้อมูลของ COVID-๑๙ ในบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยยังมีจำกัด

สถานการณ์โรคระบาด COVID-๒๐๑๙ ที่กระจายไปยังทั่วโลกอันเป็นสัญญาณเตือนในมนุษย์ ดำรงชีวิตอยู่ด้วย ความประมาทในชีวิตของตนเอง มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มอย่างมหาศาล ผสมกับการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัส COVID-๒๐๑๙ ทั้งสายพันธุ์สายพันธุ์เดลต้า (อินเดีย) สายพันธุ์อัลฟา (อังกฤษ) และสายพันธุ์เบต้า (แอฟริกาใต้) ซึ่งแต่ละสายพันธุ์มีความรุนแรงและการกระจาย ได้รวดเร็วแตกต่างกัน ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายมากขึ้น ทำให้เห็นเมื่อมีผู้ติดเชื้อโรคเป็นทวีคูณแต่ในสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพ และบุคคลที่กำลังปฏิบัติหน้าที่เป็นด่านหน้าที่เรียกว่า นักรบชุดขาว มิได้เพิ่มขึ้นแต่มีอัตราการปฏิบัติงานที่ลดลงเนื่องมาจากหลายสาเหตุ เช่น การสัมผัสผู้ป่วยโควิดจนต้องทำให้ถูกกักตัวตามกฎหมาย

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าวังผา มีจำนวนบุคลากร ๗๕ คน แบ่งเป็นพยาบาล ๔๕ คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ๑๖ คน พนักงานบัตร/เปล ๘ คน พนักงานจ่ายกลาง ๖ คน ในจำนวนทั้งหมดนี้เป็นกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงในการสัมผัส COVID-๑๙ จำนวน ๖๙ คน เป็นกลุ่มผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงในการสัมผัส COVID-๑๙ จำนวน ๖ คน ลักษณะงานส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทุกแผนก ทั้งผู้ป่วยนอก คลินิกใช้หวัด อุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องคลอด ผู้ป่วยใน ท้วไป ผู้ป่วยโควิด - ๑๙ และโรงพยาบาลสนาม บุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการสัมผัส COVID-๑๙ มากกว่าประชากรทั่วไป อย่างไรก็ตาม COVID-๑๙ ในบุคลากร สามารถป้องกันได้ด้วยการปฏิบัติตัวและการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง (personal protective equipment, PPE) อย่างถูกต้อง ทั้งนี้มีรายงานจากประเทศอังกฤษ (WHO, ๒๐๒๐) พบว่า

บุคลากรทางการแพทย์ด่านหน้า (front-line healthcare workers) มีความเสี่ยงในการตรวจพบว่าติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 มากกว่าประชากรทั่วไป มาตรการการป้องกันตนเองที่เหมาะสมของบุคลากรจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

ดังนั้นจึงจัดทำงานวิจัยนี้ ต้องการศึกษาอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ COVID-19 ในบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล โดยบุคลากรจะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย COVID-19 และกลุ่มบุคลากรที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย COVID-19 โดยจะได้รับการตรวจหาเชื้อซาร์โควี ๒ ด้วยวิธีอาร์ที พีซีอาร์ หรือ เอทีเค

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอัตราการติดเชื้อ COVID-19 ในบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าวังผา
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อ COVID-19 ในกลุ่มบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าวังผา ที่ดูแลผู้ป่วย COVID-19 กับกลุ่มบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล ที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย COVID-19

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า prospective cohort study โดยดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นเวลา ๑ ปี ๗ เดือน ตั้งแต่ มกราคม ๒๕๖๔ ถึง กรกฎาคม ๒๕๖๕

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลทุกคน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการไข้ และ/หรืออาการของระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน จะได้รับการตรวจหาเชื้อซาร์โควี ๒ ด้วยวิธีอาร์ที พีซีอาร์ หรือ เอทีเค และเก็บข้อมูลทางคลินิก

กระบวนการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการตรวจทำ nasopharyngeal swab / throat swab เพื่อทำการตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยวิธี RT-PCR หรือ ATK รวมทั้งเก็บข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ลักษณะงาน/อาชีพ ประวัติการได้รับ COVID-19 vaccine การวินิจฉัยเบื้องต้น (initial diagnosis) การปฏิบัติตัวตามหลัก D-H-M-T-T และการใช้ PPE

การวัดผล/การวิเคราะห์ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ผลการวิจัยใช้ descriptive statistics (เช่น ร้อยละ)

ผลการศึกษา:

มีบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล ๗๕ คน เป็นบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ จำนวน ๖๙ คน และเป็นบุคลากรที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ จำนวน ๖ คน จำแนกตามหน่วยงาน ดังแสดงในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ แสดงจำนวนบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล จำแนกตามหน่วยงาน (n=๗๕)

แผนก	จำนวน (คน)	เป็นบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย โควิด-๑๙ (คน)	และ เป็นบุคลากรที่ไม่ได้ ดูแลผู้ป่วยโควิด -๑๙ (คน)
กลุ่มงานการพยาบาล	๒	๒	๐
ผู้ป่วยนอก และคลินิก ใช้หัตถ์	๑๘	๑๘	๐
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	๒๐	๒๐	๐
ห้องคลอด	๔	๔	๐
ห้องผ่าตัด	๑	๑	๐
ผู้ป่วยในและ cohort ward	๒๓	๒๓	๐
จ่ายกลาง	๗	๑	๖
รวม	๗๕	๖๙	๖

จากตารางที่ ๑ พบว่า บุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ ร้อยละ ๙๒ และเป็นบุคลากรที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ ร้อยละ ๘

ตารางที่ ๒ แสดงจำนวนบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล จำแนกตามวิชาชีพ (n=๗๕)

ลักษณะงาน/อาชีพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พยาบาล	๔๕	๖๐
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	๑๖	๒๑.๓๓
พนักงานบัตร/แปล	๘	๑๐.๖๗
พนักงานจ่ายกลาง	๖	๘

จากตารางที่ ๒ บุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลส่วนใหญ่เป็นพยาบาล ร้อยละ ๖๐ รองลงมาเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ ๒๑.๓๓ จากการรณรงค์รับวัคซีนป้องกันโควิด ๑๙ ในบุคลากรที่ผ่านมา พบข้อมูลการรับวัคซีนในบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลดังแสดงในตาราง ที่ ๓

ตารางที่ ๓ แสดง จำนวนบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด ๑๙ (n=๗๕)

รายการรับวัคซีน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้รับวัคซีน	๑	๑.๓๓
รับวัคซีน ๑ dose	๐	๐
รับวัคซีน ๒ dose	๐	๐
รับวัคซีน ๓ dose	๑๕	๒๐
รับวัคซีน ๔ dose	๔๐	๕๓.๓๔
รับวัคซีน ๕ dose	๑๙	๒๕.๓๓

จากตารางที่ ๓ พบว่า บุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด ๑๙ จำนวน ๔ เข็ม คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๓๔ อย่างไรก็ตามมีข้อมูล บุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล ป่วยเป็นโควิด-๑๙ จำนวน ๔๕ คน ที่ติดเชื้อโควิด ๑๙ ในช่วงเวลาดังกล่าว ดังแสดงในตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ แสดงจำนวนบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลที่ติดเชื้อโควิด ๑๙ จำแนกตามหน่วยงาน (n=๔๕)

แผนก	จำนวนบุคลากร (คน)	จำนวนบุคลากรที่ติดเชื้อโควิด ๑๙ (คน/ร้อยละ)	บุคลากรที่ได้ดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ (คน/ร้อยละ)	บุคลากรที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ (คน/ร้อยละ)
กลุ่มงานการพยาบาล	๒	๒ (๑๐๐)	๒ (๑๐๐)	๐
ผู้ป่วยนอก และคลินิก ไข้หวัด	๑๘	๑๑ (๖๑.๑๑)	๑๑ (๖๑.๑๑)	๐
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	๒๐	๑๒ (๖๐)	๑๒ (๖๐)	๐
ห้องคลอด	๔	๒ (๕๐)	๒ (๕๐)	๐
ห้องผ่าตัด	๑	๑ (๑๐๐)	๑ (๑๐๐)	๐
ผู้ป่วยในและ ward	๒๓	๑๕ (๖๕.๒๑)	๑๕ (๖๕.๒๑)	๐
จ่ายกลาง	๗	๒ (๒๘.๕๗)	๐	๒ (๒๘.๕๗)
รวม	๗๕	๔๕ (๖๐)	๔๓ (๕๗.๓๓)	๒ (๒.๖๗)

จากตารางที่ ๔ พบว่า บุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล ติดเชื้อโควิด ๑๙ จำนวน ๔๕ คน จาก ๗๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๐ โดยส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ ร้อยละ ๕๗.๓๓ ดังนั้นได้มีการวิเคราะห์ผลการสอบสวนโรคเพื่อจำแนกบุคลากรว่าติดเชื้อโควิด ๑๙ จากการปฏิบัติงานหรือไม่ ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ ๕

ตารางที่ ๕ แสดง จำนวน/ร้อยละ บุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล ที่ติดเชื้อโควิด ๑๙ จากการปฏิบัติงาน (n=๔๕)

บุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล ที่ติดเชื้อโควิด ๑๙ จากการปฏิบัติงาน		บุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล ที่ติดเชื้อโควิด ๑๙ จากแหล่งอื่น	
คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
๔๑	๙๑.๑๑	๔	๘.๘๘

จากตารางที่ ๕ พบว่า บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ ได้รับการแพร่กระจายเชื้อจากการปฏิบัติงาน จำนวน ๔๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๑๑ ของบุคลากรที่ติดเชื้อโควิด ๑๙ จำนวน ๔๕ คน จากการสอบสวนโรคพบข้อมูลการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง และการปฏิบัติตาม DMHTT ของบุคลากรที่ติดเชื้อโควิด ๑๙ ดังแสดงในตาราง ที่ ๖

ตารางที่ ๖ แสดง ความสม่ำเสมอในการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง และการปฏิบัติตาม DMHTT ของบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล ที่ติดเชื้อโควิด ๑๙ (n=๔๕)

การใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง และการปฏิบัติตาม DMHTT	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ใช้เป็นประจำทุกครั้งที่ให้บริการ	๐	๐
ใช้เป็นประจำเฉพาะเคสที่เสี่ยง /เคสโควิด ๑๙	๓๒	๗๑.๑๑
ใช้เป็นบางครั้งเฉพาะเคสที่เสี่ยง/เคสโควิด ๑๙	๑๓	๒๘.๘๘
ไม่ใช้	๐	๐

จากตารางที่ ๖ พบว่า การใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง และการปฏิบัติตาม DMHTT ในบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล ที่ติดเชื้อโควิด ๑๙ ส่วนใหญ่ ใช้เป็นประจำเฉพาะเคสที่เสี่ยง /เคสโควิด ๑๙ ร้อยละ ๗๑.๑๑

สรุปผลการศึกษาและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบข้อมูลที่มีความสำคัญหลายประการ ได้แก่

๑. อัตราการติดเชื้อ COVID-๑๙ ในบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าวังผา อยู่ที่ร้อยละ ๖๐ ซึ่งนับว่าเป็นระดับที่สูง โดยเฉพาะการพบในกลุ่มบุคลากรที่ได้ดูแลผู้ป่วยถึงร้อยละ ๕๗.๓๓ และในจำนวนนี้เป็นบุคลากรที่ติดเชื้อโควิด ๑๙ จากการปฏิบัติงาน ร้อยละ ๙๑.๑๑ ในช่วง เดือน มกราคม ๒๕๖๔ ถึง กรกฎาคม มีการแพร่ระบาดของ COVID-๑๙ และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยสายพันธุ์ส่วนใหญ่ขณะนั้น เป็น SARS-CoV-๒ alpha variant ซึ่งก็ส่งผลให้มีบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลป่วยเป็น COVID-๑๙ เพิ่มขึ้นอย่างมากเช่นกัน สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของมูลนิธิกรมการแพทย์ (๒๕๖๔) ที่มีผลรายงานว่า กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ที่ได้ดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการสัมผัสผู้ติดเชื้อโควิด ๑๙ ในระดับ ปานกลาง สูง และสูงมาก อยู่ในลักษณะงานกลุ่มงานการพยาบาล ได้แก่ งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน ARI clinic , Cohort ward งานอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน งานคลอด และงานผ่าตัด แต่อย่างไรก็ตามมีข้อมูลที่แตกต่างกันจากประเทศไทย ที่พบว่า ส่วน

ใหญ่ของการติดเชื้อ SARS-CoV-๒ ในบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทย เกิดในผู้ที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย และมีประวัติสัมผัสผู้ติดเชื้อที่บ้านหรือในครอบครัว (รุจิภาส ศิริจตุภัทร อมร ลีสารศรี และ นาวิน ห่อทองคำ , ๒๕๖๔) และ รายงานการศึกษาจากประเทศโปรตุเกส พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย COVID-๑๙ มีความเสี่ยงและอัตราการติดเชื้อ SARS-CoV-๒ สูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ (Jeremias , Nguyen , Levine , et al , ๒๐๒๐)

๒. ลักษณะงาน / อาชีพ ที่บุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าวังผา มีอัตราการป่วย COVID-๑๙ สูงสุดคือ พยาบาล ร้อยละ ๖๐ รองลงมาคือผู้ช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ ๒๑.๓๓ ซึ่งเป็นงานที่ให้การดูแลและสัมผัสผู้รับบริการโดยตรง ทุกแผนก พบว่าในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด ๑๙ อัตราค่าจ้างของกลุ่มงานการพยาบาล ได้ทำงานหนักมากขึ้นกว่าเดิมเท่าตัว จากที่มีผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยมีความยุ่งยากซับซ้อน ตลอดจนการส่งรายงานที่มีจำนวนมาก รวมทั้งมีบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลติดเชื้อโควิด ๑๙ ต้องได้พักรักษาตัวนาน ส่งผลให้อัตราค่าจ้างที่มีอยู่ต้องทำงานหนัก มีการปฏิบัติงานติดต่อกันนานเกิน ๑๖ ชั่วโมง สร้างความกังวลและความเครียดกับบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ อังกรเกียรติ อุทัยสูง (๒๕๖๔) ที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ ในปัจจุบัน ทั้งหมดในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับผู้ป่วยโควิด ๑๙ มีความ ลำบากและเหน็ดเหนื่อยอย่างมากด้วยปริมาณจำนวนผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์และเครื่องมือทางการแพทย์ จะทำให้เกิดความเครียดและความกังวลใจที่อาจจะส่งผลกระทบต่อไปยังการดำรงชีวิตได้
๓. รายงานการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง และการปฏิบัติตาม DMHTT ในบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลที่ติดเชื้อโควิด ๑๙ ส่วนใหญ่ ใช้เป็นประจำเฉพาะเคสที่เสี่ยง /เคสโควิด ๑๙ ร้อยละ ๗๑.๑๑ อาจเนื่องมาจากทัศนคติ ความเข้าใจ และการจัดเตรียมความพร้อมของ PPE ที่ไม่เพียงพอในช่วงแรก ทำให้บุคลากรไม่ได้ใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง และการปฏิบัติตาม DMHTT เป็นประจำทุกครั้งที่ให้บริการ แต่ในระยะต่อมาได้มีการชี้แจงทำความเข้าใจ อบรมเชิงปฏิบัติการให้บุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลได้ตระหนักถึงการป้องกันตนเอง และ ปฏิบัติตาม DMHTT พบว่ามีการดำเนินการที่ดีขึ้น สอดคล้องกับรายงานของ เซาว์และคณะ (Chou , Dana , Buckley , Selph , Fu & Totten, ๒๐๒๐) ที่พบว่า การอบรมการป้องกันการติดเชื้อ (infection control training) และ การใช้ PPE ที่ถูกต้อง สามารถลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ SARS-CoV-๒ ในบุคลากรทางการแพทย์ได้
๔. บุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด ๑๙ จำนวน ๔ เข็มขึ้นไป ร้อยละ ๗๘.๖๗ แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญของการรับวัคซีนในการป้องกันโรคโควิด ๑๙ ของบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ ไพรัชฌ์ สงคราม และ คณะ (๒๕๖๔) ที่ศึกษาสถานการณ์ความต้องการวัคซีน โควิด-๑๙ ของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่น พบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความต้องการฉีดวัคซีนโควิดร้อยละ ๘๑.๗ และสอดคล้องกับรายงานของ ขนิษฐา ชื่นใจ และ บุญกา ปันทุรอำพร. (๒๕๖๔) ที่พบว่าปัจจัยแรงจูงใจในการป้องกันโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และด้านความคาดหวัง ในประสิทธิผล ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส (Covid-๑๙)

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร

จากผลการศึกษาที่รายงานพบว่าบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด ๑๙ มาก ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อ SARS-CoV-๒ จากการทำงานของประเทศไทยอย่างเคร่งครัด และขอเสนอให้ผู้บริหาร จะต้องทบทวนสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเร่งด่วนที่มุ่งไปสู่ระบบการจัดการขวัญและกำลังใจให้กับบุคคลที่กำลังปฏิบัติหน้าที่เป็นด่านหน้าที่เรียกว่า นักรบชุดขาว ให้เกิดมั่นใจและปลอดภัยอย่างสูงสุดด้วยการ ๑) การจัดหาวัคซีนที่ดีที่สุดให้เพื่อป้องกันและลดการสูญเสีย ๒) การสร้างความพร้อมทางเครื่องมือและความเชื่อมั่นในระบบสาธารณสุขของประเทศ ๓) การจัดสรรงบประมาณ ให้มากขึ้นเพื่อลดความกังวลและความเครียด ๔) การจัดหาบุคลากรอาสาสมัครทางการแพทย์เพิ่มขึ้นเพื่อลดชั่วโมงการทำงานและการพักผ่อน ๕) การกระจายอำนาจไปยังการจัดการสาธารณสุขระดับจังหวัด และ ๖) การทำประกัน ชีวิตให้กับบุคลากรทางการแพทย์ฟรี

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

๑. สนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อ SARS-CoV-๒ ตามแนวทางการใช้อุปกรณ์ส่วนบุคคล และ DMHTT
๒. สร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคคลที่กำลังปฏิบัติหน้าที่เป็นด่านหน้า

บทเรียนที่ได้รับ

การเก็บข้อมูลในบุคลากรเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ที่อาจเกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจและการทำงานของบุคลากรได้ ดังนั้นการนำเสนอข้อมูลควรรายงานในภาพรวม และเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ และความร่วมมือจากบุคลากร กลุ่มงานการพยาบาล ในการให้ข้อมูล รวมทั้งทีมป้องกันและความคุ้มครองติดเชื้อในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๔). *หลัก D-M-H-T-T*. จาก :

<https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=๑๖๔๓๔&deptcode=brc>.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๔). *แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อ*

เชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง วันที่ ๑๗ เมษายน ๒๕๖๔. จาก :

https://covid๑๙.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=๑๑๙

ชนิษฐา ชื่นใจ และ บุญกา ปิ่นทอรอัมพร. (๒๕๖๔). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ ของประชากรในกรุงเทพมหานคร*. จาก :

<https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/twin-๙/๖๒๑๔๑๕๔๐๓๗.pdf>

ดำรงเกียรติ อุทัยสง(๒๕๖๔). COVID-๒๐๑๙ : การสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์.

Journal of MCU Haripunchai Review. ๕(๒).๙๔-๑๐๗.

ไพรัชฌ์ สงคราม, จักรสันต์ เลยหยุด, พรธนิภา ไชยรัตน์, มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง, ชัญญุรัตน์ นกคักดา, และ
วิราสินี สีสงคราม (๒๕๖๔). ความต้องการวัคซีนโควิด-๑๙ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความ
พร้อมของบุคลากรสาธารณสุข ในการบริการวัคซีนโควิด-๑๙ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิชาการ
สาธารณสุข* .๓๐ (ฉบับเพิ่มเติม ๒) .S๑๙๙-S๒๐๗.

มูลนิธิกรมการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข .(๒๕๖๔). รายงานการศีกษา การประเมินความ
เสี่ยงการติดเชื้อ *Coronavirus Disease ๒๐๑๙ (COVID -๒๐๑๙)* ในโรงพยาบาลชายขอบของ
ไทย. จาก

https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Research/Attach/๒๕๖๔๐๗๐๕๑๓๑๘๒๑PM

รุจิภาส ศิริจตุภัทร, อมร ลีลารัศมี และ นาวิณ ห่อทองคำ (๒๕๖๔). *โควิด-๑๙ ในบุคลากรทางการแพทย์ใน
ประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*. จาก :

<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/๑๑๒๒๘/๕๔๙๗?show=full>

Chou R, Dana T, Buckley DI, Selph S, Fu R, Totten AM. (๒๐๒๐). Epidemiology of and Risk
Factors for Coronavirus Infection in Health Care Workers: A Living Rapid Review. *Ann
Intern Med* ;๑๗๓(๒):๑๒๐-๓๖.

Jeremias A, Nguyen J, Levine J, et al. ๒๐๒๐). Prevalence of SARS-CoV-๒ Infection Among
Health Care Workers in a Tertiary Community Hospital. *JAMA Intern
Med* ;๑๘๐(๑๒):๑๗๐๗-๙.

Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, et al. (๒๐๒๐). Risk of COVID-๑๙ among front-line health-
care
workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet Public
Health*.๕(๙):e๔๗๕-๘๓

World Health Organization. (๒๐๒๐). *Coronavirus disease ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) situation reports*.
Available from: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-
๒๐๑๙/situation-reports](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-๒๐๑๙/situation-reports)

World Health Organization (๒๐๒๐) . *Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus
Disease ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)* . Available from: [https://www.who.int/docs/default-
source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-๑๙-final-report.pdf](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-๑๙-final-report.pdf).

การจัดการขยะติดเชื้อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโร่นา-๒๐๑๙ อย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลท่าวังผา

นายธนาวุฒิ ยศหล้า นายคมคิด คำแดง นายชาตรี จินะปัน

ความเป็นมาและความสำคัญ

เนื่องด้วยในช่วงปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ พบว่าปริมาณของจำนวนขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลท่าวังผาเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับปริมาณการขนย้ายขยะที่นำไปกำจัดที่เตาเผาขยะของเทศบาลเมืองน่าน เช่น ค่าใช้จ่ายในการขนย้ายขยะ การจำกัดของจำนวนผู้ปฏิบัติงานที่ส่งผลต่อความล่าช้าในการขนย้ายขยะ และแนวทางการขนย้ายขยะตามอาคาร ในโรงพยาบาล ส่งผลให้ปริมาณขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ในปี ๒๕๖๓ จำนวน ๘,๗๐๗ กิโลกรัม ในปี ๒๕๖๔ จำนวน ๗,๔๘๑ กิโลกรัม และในปี ๒๕๖๕ จำนวน ๘,๖๒๑ กิโลกรัม การนำข้อมูลที่รวบรวมไว้มาวิเคราะห์ให้เห็นข้อบกพร่องและโอกาสพัฒนางาน พร้อมทั้งออกแบบแนวทางการดำเนินการโดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาหารือส่งผลให้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี

แนวคิด Lean คือการเปลี่ยนจาก ความสูญเปล่า (waste) ไปสู่ คุณค่า (value) ในมุมมองของผู้รับผลงาน ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอย่างไม่รู้จบ และยังช่วยให้เราพิจารณาว่างานคือสิ่งที่เราควรทำ” มิใช่ “งานคือสิ่งที่เรากำลังทำอยู่ ดังนั้นหน่วยงานยานพาหนะจึงได้มาทบทวนลดการใช้ทรัพยากรในหน่วยงาน และปรับปรุงบริการลดการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและเพื่อความปลอดภัย ผู้รับผลงานพึงพอใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบริหารจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล ท่าวังผา

ระเบียบวิธีวิจัย (research methodology)

แบบของการวิจัย (research design).วิจัยเชิงปฏิบัติการ

ประชากร/กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรในโรงพยาบาลท่าวังผา คัดเลือกโดย

๑. พนักงานขับรถ ๔ คน
๒. บุคลากรที่เป็นตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ ๒๒ คน
๓. หัวหน้าฝ่าย/งาน ๕ คน
๔. ผู้ปฏิบัติงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ๔ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (instrument of research) ใช้เครื่องมือ.....๒.....ชิ้นคือ .แบบบันทึกข้อมูลปริมาณขยะติดเชื้อประจำเดือน แบบประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการทำวิจัย นับตั้งแต่ ตุลาคม ๒๕๖๓ ถึง กันยายน ๒๕๖๕ สถิติที่ใช้ สถิติเชิงพรรณนา

การดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น ๓ ระยะ ได้แก่

ระยะที่ ๑ วิเคราะห์สถานการณ์ ระหว่าง ตุลาคม-พฤศจิกายน ๒๕๖๓

นำข้อมูลปี ๒๕๖๓ มาทบทวนในหน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้องสร้างความเข้าใจและทัศนคติที่ดีโดยใช้

แนวคิด Lean คือการเปลี่ยนความสูญเปล่าไปสู่คุณค่า วิเคราะห์ความสูญเปล่าในงานยานพาหนะ โดยใช้

DOWNTIME ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ แสดงการวิเคราะห์ความสูญเปล่าในงานอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยใช้ DOWNTIME

	รายการ	ความหมาย	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง
D	Defect	ข้อบกพร่องที่ต้องสำรวจซ้ำเพื่อแก้ไข	พบว่ามีค่าใช้จ่ายการกำจัดขยะในปริมาณที่มาก และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากปี ๒๕๖๓ เนื่องจากปริมาณขยะที่เพิ่มขึ้นและค่าใช้จ่ายน้ำมันเชื้อเพลิง
O	Over production	การผลิตหรือให้บริการมากเกินไป	พบว่าการใช้รถของเจ้าหน้าที่มีปริมาณมากและซ้ำซ้อน เช่น การใช้รถในการขนย้ายสิ่งของต่างๆในโรงพยาบาล รวมไปถึงรถที่ใช้ในการขนย้ายขยะมีขนาดเล็ก ไม่เพียงพอต่อการขนย้ายในแต่ละรอบส่งผลให้ในช่วง ๑ สัปดาห์ต้องมรจำนวนรอบการขนย้ายเพิ่มขึ้นตามไปด้วย และพบการบริหารจัดการ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจริงส่งผลให้สูญเสียงบประมาณในการจ่ายค่าใช้จ่ายในการขนย้ายและกำจัดขยะติดเชื้อ ที่มากเกินไป
W	Waiting	ความทันเวลา	พบว่าเจ้าหน้าที่ทำความสะอาด ร้องเรียนเรื่องขยะติดเชื้อ เต็มความจุ ในอาคารที่พักขยะติดเชื้อ ในแต่ละวัน ทำให้เกิดการรอคอยในการนำขยะไปยังที่พักที่ต้องนำการขนย้ายในวันถัดไป
N	Not Using Staff Talent	ความรู้ความสามารถไม่ถูกใช้อย่างเต็มที่	เนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เจ้าหน้าที่ติดเชื้อ ทำให้ต้องมีผู้ปฏิบัติงานขนย้ายขยะ นำขยะไปยังบ่อกำจัดขยะที่เทศบาลเมืองน่าน แทนผู้ปฏิบัติงานจริง
T	Transportation	การเดินทางและการขนย้าย	ความล่าช้าและความไม่ต่อตรงวัน เวลา ในการขนย้ายที่นำไปกำจัดที่เทศบาลเมืองน่าน
I	Inventory	วัสดุคงคลัง	พบว่าการขอเบิกวัสดุสำนักงานในปริมาณที่มากในส่วนของชุดPPE อุปกรณ์ป้องกันต่างๆ และสิ่งของบางชนิดถูกทิ้งขว้าง ไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์

M	Motion	การเคลื่อนที่หรือการเดินของเจ้าหน้าที่	พบว่าเจ้าหน้าที่ต้องการใช้รถจากหลายหน่วยงาน ในเวลาที่ไม่ตรงกัน ทำให้การจัดสรรรถไม่สามารถสนองตอบได้ทุกครั้ง
E	Excessive Processing	ขั้นตอนที่มากเกินไป จำเป็น	ขั้นตอนการขอใช้รถมีจำนวนมาก จากหลายหน่วยงาน ทำให้เกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงาน

จากการนำแนวคิด Lean มาวิเคราะห์ได้มีการออกแบบแนวทางการลดการใช้ทรัพยากรงานยานพาหนะ โรงพยาบาลท่าวีงผา โดยแบ่งเป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ การบริหารจัดการยานพาหนะ

๑. ลดเวลาของการเปลี่ยนงาน (Set up Reduction) การจัดเตรียมความพร้อมของยานพาหนะ เครื่องมือ

อุปกรณ์ บำรุงรักษาเชิงป้องกัน (Preventive Maintenance) เป็นกลยุทธ์การซ่อมบำรุง โดยมีแนวคิด ในการดูแลรักษา ก่อนที่ยานพาหนะจะเสียหาย และให้มีความพร้อมก่อนใช้งาน โดยการดูแลรักษาและตรวจสอบ เครื่องมือและชิ้นส่วนต่างๆ อย่างสม่ำเสมอตามเวลาที่กำหนด

๒. จัดทำแบบแผนแสดงตารางบันทึกการปฏิบัติงาน (Method Sheets) จัดทำเอกสารเพื่อขออนุมัติ การใช้รถและลดขั้นตอนให้หน่วยงานแจ้งงานยานพาหนะทุกครั้ง เพื่อให้พนักงานขับรถสามารถรับข้อมูลและวางแผนการใช้รถอย่างเหมาะสม ประหยัดและสนองตอบทุกรายการที่ขอใช้รถ

๓. การปรับเปลี่ยนยานพาหนะ ให้มีความเหมาะสมและเพียงพอต่อการขนย้ายขยะติดเชื้อ ในแต่ละรอบ เพื่อให้สามารถลดจำนวนวันที่ทำการขนย้ายขยะและลดจำนวนน้ำมันเชื้อเพลิง ที่นำไปกำจัดที่เทศบาล เมืองน่าน โดยเปลี่ยนจากรถกระบะ เป็นรถตู้ ที่ได้รับจำหน่ายจากงานพาหนะ เพื่อใช้เป็นประโยชน์สำหรับ งานอนามัยสิ่งแวดล้อม

๔. จัดระบบการขนย้ายขยะในโรงพยาบาล จากการใช้ยานพาหนะขนย้าย จากตึกCohort Ward มายังอาคารพักขยะติดเชื้อ ของโรงพยาบาล โดยจัดรอบให้ตรงกับวันที่จะทำขนย้ายขยะ ไปกำจัดที่เทศบาล เมืองน่าน เพื่อลดปัญหาขยะล้นห้องเก็บขยะติดเชื้อ

กลุ่มที่ ๒ การนำระบบ ๕ ส. มาใช้ในหน่วยงาน คือการจัดวิธีปฏิบัติในการจัดเก็บขยะติดเชื้อ เพื่อเพิ่มพื้นที่ปฏิบัติงานของ Lean ทำความสะอาด คำนวณการจัดการ การใช้และจัดสร้างระบบของพื้นที่การทำงาน ดังนี้

๑. ลดการใช้ยานพาหนะคันใหม่ ด้วยการนำยานพาหนะเก่าที่จำหน่ายแล้ว จากงานยานพาหนะ ใช้กลับมาซ่อมดัดแปลงให้ใช้งานให้เหมาะสมกับงานสิ่งแวดล้อม

๒. ช่วยกันลดการใช้น้ำอุปโภคในหน่วยงาน กำหนดเวลาในการล้างทำความสะอาดถังขยะที่บรรจุขยะติดเชื้อ หลังจากที่น่าขยะไปกำจัด

๓. คัดแยกขยะ ประเภททั่วไป ไม่ให้ปนกับขยะติดเชื้อ โดยเริ่มจากคัดแยกที่ต้นทาง คือ ตามอาคารต่างๆในโรงพยาบาล ก่อนนำมาทิ้งที่ถังขยะติดเชื้อ เพื่อลดปริมาณขยะติดเชื้อ

๔. สร้างความเข้าใจกับพนักงานทำความสะอาดกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ในการขนย้ายขยะ ให้มีแนวทางการเก็บขยะและการนำถังขยะมาหมุนเวียน เพื่อไม่ให้เกิดปัญหา ถังขยะไม่เพียงพอ

๕. จัดทำตารางการเดินรถขนย้ายขยะ สมุดคุมการชั่งน้ำหนักปริมาณขยะ เป็นลายลักษณ์อักษร และจะได้ทราบถึงปริมาณขยะในแต่ละเดือน

๖. การตัดชุดสคลับ เพื่อใช้สำหรับให้ผู้ปฏิบัติงานใช้สวมใส่ในการขนย้ายขยะ แทนการใส่ชุดปฏิบัติงานเดิม เพื่อป้องกันการปนเปื้อนขณะปฏิบัติงาน และสามารถนำชุดมาสั่โดยใช้การหมุนเวียน ผ่านการทำทำความสะอาดที่ได้มาตรฐานของโรงพยาบาล

กลุ่มที่ ๓ บริหารบุคคล

ใช้การฝึกอบรมพนักงานข้ามสายงาน (Cross Trained Work Force) จัดพนักงานสำรองที่ผ่าน training ในการใช้รถขนย้ายขยะ รถทุกคันในรพ. มีใบอนุญาตขับชีรด์ มีการทบทวนองค์ความรู้ ความเข้าใจ สำหรับแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อตั้งแต่ต้นทาง ไปยัง ปลายทาง ที่ทำการกำจัดขยะติดเชื้อ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันกับพนักงานทำความสะอาดที่ทำหน้าที่ขนย้ายขยะจากอาคารต่างๆในโรงพยาบาล เมื่อเกิดวิกฤตผู้ปฏิบัติงานสำรอง สามารถทำงานแทนผู้ปฏิบัติงานจริงได้ และไม่ให้ส่งผลกระทบต่องานที่ทำ และไม่ให้มีข้อร้องเรียนต่างๆเกี่ยวกับปริมาณขยะและปัญหาขยะติดเชื้อเกินความจุในการจัดเก็บ

ระยะที่ ๒ ระยะดำเนินการ ระหว่างเดือน ธันวาคม ๒๕๖๔ – สิงหาคม ๒๕๖๕

เป็นการนำแนวทางลงสู่การปฏิบัติ มีการประเมินผลเป็นระยะ เพื่อปรับแนวทางการดำเนินกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลท่าวังผา จนกระทั่งได้รูปแบบ “การจัดการขยะติดเชื้อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโร่นา-๒๐๑๙ อย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลท่าวังผา

ผลการศึกษา

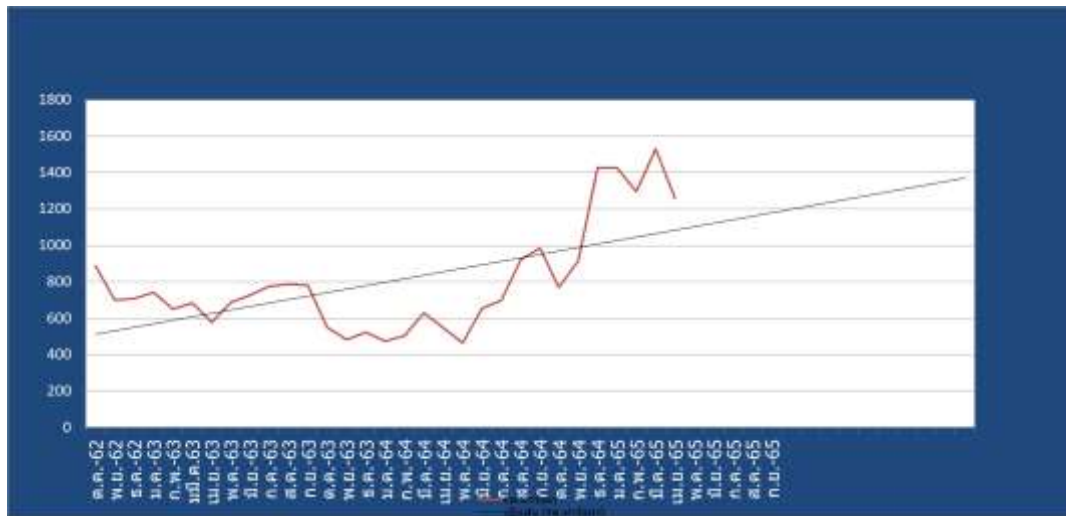
จากการวิจัยพบว่าการนำแนวคิด 'lean มาใช้ในงานประจำ ส่งผลให้สามารถจัดการขยะติดเชื้อและแนวทางการการบริหารจัดการในส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง

ดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ ตารางแสดงผลลัพธ์การจัดการขยะติดเชื้อ งานอนามัยสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลท่าวังผา

กิจกรรม	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
ค่าใช้จ่ายในการกำจัดขยะ	๑๑๑,๒๐๐	๑๔๑,๓๕๐	๑๔๘,๑๕๐
การใช้น้ำมันเชื้อเพลิง	๔๔๗,๖๓๔	๕๒๕,๔๓๗	๓๒๓,๗๖๘
			(ข้อมูล ๖ เดือนแรก)
ปริมาณขยะติดเชื้อ	๘,๗๐๗	๗,๔๘๑	๘,๖๒๑
อุบัติการณ์ข้อร้องเรียน	๓ ครั้ง	๔ ครั้ง	๓ ครั้ง
ในการบริการล่าช้าในการขนย้ายขยะ			
อุบัติการณ์ขยะติดเชื้อ ไม่ได้เก็บไว้ในอาคารจัดเก็บ	๕ ครั้ง	๖ ครั้ง	๔ ครั้ง

กราฟแสดงปริมาณขยะติดเชื้อ โรงพยาบาลท่าวังผา ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕



จากตารางพบว่าการจัดการขยะติดเชื้อ งานอนามัยสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลท่าวังผา และกราฟแสดงปริมาณขยะติดเชื้อ ในปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕ ดังนี้ ค่าใช้จ่ายในการกำจัดขยะ ในปี ๒๕๖๕ ที่เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๓ เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ส่งผลให้ปริมาณเพิ่มขึ้นตามค่าใช้จ่ายน้ำมันเชื้อเพลิง ของยาพาหนะที่ใช้สำหรับขนย้ายขยะ จากปี ๒๕๖๕ ลดลงจากปี ๒๕๖๓ เนื่องจากยานพาหนะที่ใช้เหมาะสมและเพียงพอกับปริมาณขยะ ทำให้ ในแต่ละรอบที่ทำการขนย้าย เพียงพอสำหรับการนำไปกำจัด ปริมาณขยะติดเชื้อ ของปี ๒๕๖๕ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๓ และ ๒๕๖๔ เนื่องด้วยในช่วงปี ๒๕๖๕ ในพื้นที่โรงพยาบาลท่าวังผา พบผู้ป่วยติดเชื้อจำนวนมาก ส่งผลให้ปริมาณขยะเพิ่มขึ้น ในแต่ละปีตามลำดับ อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเกิดการล่าช้าในการขนย้าย ปี๒๕๖๕ ลดลงจากปี ๒๕๖๓ และอุบัติเหตุขยะติดเชื้อไม่ได้เก็บในอาคารจัดเก็บ ในปี ๒๕๖๕ ลดลง จากปี ๒๕๖๓

สรุปและวิจารณ์ผล

จากข้อมูลพบว่ามีการบริหารจัดการขยะติดเชื้อ ในช่วงของการแพร่ระบาดโรคไวรัสโคโรนา จากการวิเคราะห์ Lean ส่งผลให้พบความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นในหน่วยงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในหลายๆด้าน หน่วยงานทราบปัญหาที่พบ จึงออกแบบแนวทาง และกำหนดระบบการจัดการ เพื่อแก้ไขได้ตรงประเด็นและลดความสูญเปล่าจากการทำงานให้ได้งานที่มีคุณภาพและการบริหารจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล การวางแผนการใช้รถที่เหมาะสมกับงาน ในส่วนของปริมาณขยะติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นตามจำนวนของผู้ติดเชื้อ การจัดการต่างๆทั้งในข้อร้องเรียน ความล่าช้าในการขนย้าย ปริมาณขยะตามอาคาร Cohort ward และอาคารต่างๆ

การบันทึกข้อมูลอย่างสม่ำเสมอส่งผลตรงต่อเวลา ให้หน่วยงานทราบปัญหาและความบกพร่องที่เกิดขึ้นจาก ทำงานประจำและการนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นทั้งต่อหน่วยงานเจ้าหน้าที่ และผู้ปฏิบัติงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

ได้เผยแพร่ผลงานในเวทีวิชาการของโรงพยาบาลจึงมีนโยบายขยายผลให้ทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลนำ

แนวคิดนี้ไปใช้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในหน่วยงานตนเอง องค์กรได้นำผลงานไปเผยแพร่ในที่ประชุม สสจ.น่าน ได้ออกเป็นนโยบายให้งาน ยานพาหนะของทุกอำเภอในจังหวัดน่าน นำแนวคิดนี้ ไปดำเนินการและเสนอ ให้กับโรงพยาบาลหลายแห่งให้ ความสนใจขอนำแนวทางดังกล่าว ไปดำเนินการ ต่อเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อทั้งที่นำไปกำจัดและขยะ เศษอาหาร จากผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

บทเรียนที่ได้รับ

หน่วยงานได้กำหนดแนวทาง วิธีการเก็บข้อมูลและนำข้อมูลที่รวบรวมไว้มาวิเคราะห์ ได้เห็น ข้อบกพร่องและโอกาสพัฒนางาน วิธีการออกแบบแนวทางการดำเนินการให้ได้รับความร่วมมือ โดยนำทุก ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาหารือโดยที่หน่วยงานมีวิธีการเก็บข้อมูลปริมาณขยะติดเชื้อ กำหนดวัน เวลา ในการ เก็บและขนย้ายขยะภายในอาคารก่อนนำไปพักที่อาคารเก็บพักขยะติดเชื้อ และนำไปกำจัดยังเตาเผาขยะติด เชื้อ เทศบาลเมืองน่าน รวมไปถึง บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ต้องคำนึงถึงการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงาน ไม่ให้ติดเชื้อ ให้มีความปลอดภัยจากการทำงาน และในหน่วยงานต้องร่วมมือกันอย่างมีส่วนร่วมในการคัดแยก ขยะที่ต้นทาง ก่อนนำไปกำจัดยังปลายทาง อย่างเป็นระบบ และเริ่มที่หน่วยงานของตนเองก่อนที่จะได้รับความ ร่วมมือจากหน่วยงานอื่นต่อไป

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. ผู้บริหารในองค์กรและหัวหน้าฝ่าย หัวหน้างานต่างๆ สนับสนุนในการดำเนินงาน ทั้งในด้าน นโยบายและสนับสนุน แลกเปลี่ยน แนวคิดร่วมกัน
๒. เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับแนวทางในการดำเนินงาน พนักงานขับรถ พนักงาน ช่างทั่วไป ผู้ปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อม ที่ได้ให้ร่วมมือเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง และข้อเสนอแนะการจัดการ ขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล ในสถานการณ์การแพร่ระบาด โรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙
๓. เจ้าหน้าที่พนักงานทำความสะอาดในโรงพยาบาล ที่หาแนวทาง ข้อชี้แนะ ในการดำเนินงาน เกี่ยวกับ วันและเวลา ในการปฏิบัติงานเพื่อให้สอดคล้องกับผู้ปฏิบัติงานที่ทำกรขนย้ายขยะติดเชื้อ เพื่อให้ การบริหารจัดการ มีแนวทางเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง
๔. ทีมวิจัยร่วมกันในการเสนอแนวคิด กระบวนการ ทั้งในด้านของทฤษฎีและแนวทางวิธีการปฏิบัติ ทุกขั้นตอน เพื่อให้ผลงานวิจัยฉบับนี้เป็นประโยชน์ต่อองค์กรอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

๑. สุทธิพงษ์ พุ่มพฤษ (๒๕๖๑) การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขต อำเภอเมือง จังหวัด สมุทรสงคราม สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ จาก <http://ithesisir.su.ac.th/dspace/bitstream/๑๒๓๔๕๖๗๘๙/๒๐๐๒/๑/๕๘๖๐๑๓๑๔.pdf>
๒. อุ่นเรือน ศิรินาถ (๒๕๖๑). การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลเทพรัตน์ นครราชสีมา สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ ๑๒ สิงหาคม ๒๕๖๕ จาก file:///C:/Users/Ville/Downloads/tci_admin.+%๗BSuserGroup%๗D,+๖๐๓๖-Article+Text- ๘๒๑๔-๑-๑๐-๒๐๑๙๐๓๐๔.pdf

๓. ยศวรรีย์ ชัยศรี ดร.เยาวนิจ กิตติธรรกุล ดร.ธันวดี สุขสาโรจน์ การพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในโรงพยาบาลหัวไทรจังหวัดนครศรีธรรมราช/ สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๕ จาก <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/๕๘/them๓๔th/pdf/MMP๑๐.pdf>

การพัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลสนาม วัดป่าันทบุรี จังหวัดน่าน

ชฎกมล อินททำ ศิริลักษณ์ พันธุ์แก้ว ชัยพันธ์ วิชา เยาวลักษณ์ คำคาน
อรทัย ไชยช่อฟ้า และ รัตนาภรณ์ คำยวง

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือ โควิด-๑๙ (COVID-๑๙) โดยในช่วงปลายปี พ.ศ. ๒๕๖๒ มีการรายงานพบเชื้อไวรัสอุบัติใหม่โคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ๒๐๑๙ ในเมือง อู่ฮั่น ประเทศจีนโดยผู้ป่วยทั้งหมดมีความเกี่ยวข้องกับตลาดค้าอาหารทะเล ซึ่งนับเป็นเชื้อโคโรนาสายพันธุ์ที่ ๗ ที่ก่อโรคในคน มีอาการปอดอักเสบรุนแรงคล้ายโรคซาร์ส ต่อมาองค์การอนามัยโลก (WHO, ๒๐๒๐) กำหนดชื่อสำหรับ เรียกโรคทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ Coronavirus disease ๒๐๑๙ หรือ COVID-๑๙ โดย กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยเรียกว่า “โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙” (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๓) สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ เมื่อวันที่ ๙ กันยายน ๒๕๖๔ พบทั่วโลกมีผู้ป่วยติดเชื้อสะสม จำนวน ๒๒๒,๔๐๖,๕๘๒ ราย เสียชีวิต ๔,๕๙๒,๙๓๔ ราย โดยมีทวีปอเมริกามีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด ๘๕,๗๒๖,๑๑๓ ราย และในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้ป่วยสะสม ๔๑,๙๓๔,๗๒๘ (WHO, ๒๐๒๐)

สำหรับในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน ๑,๓๓๘,๕๕๐ ราย เสียชีวิต ๑๓,๗๓๑ ราย (กรมการแพทย์, ๒๕๖๔) จะเห็นได้ว่าการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยอย่างรวดเร็วในระลอกที่ ๓ มีสาเหตุหนึ่งมาจากการกลายพันธุ์ของเชื้อโควิด-๑๙ สายพันธุ์ “B.๑.๖๑ ๗” หรือที่ถูกเรียกว่า “โควิด-๑๙ สายพันธุ์อินเดีย” ซึ่งเป็นสายพันธุ์ เดลต้าที่มีต้นกำเนิดมาจากประเทศอินเดียที่สามารถแพร่กระจายได้เร็ว ติดต่อกันได้ง่ายจึงทำให้เกิดการระบาดเป็น วงกว้างได้เร็ว ส่งผลให้โรงพยาบาลต้องรับจำนวนผู้ป่วยเข้ารับ การรักษาเป็นจำนวนมากเช่นกัน ทั้งๆ ที่จำนวนเตียงในโรงพยาบาลมีจำนวนจำกัด ทำให้ปัญหาเตียงไม่เพียงพอ ประกอบกับจำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นมากในแต่ละวัน และวิกฤติการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ไม่สามารถขยายเตียงรองรับผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงมีแนวทางหลากหลาย แนวทางเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว เช่น การร่วมมือกับเอกชนใช้โรงแรมเป็นสถานพยาบาล (Hospital) การป้องกัน ควบคุมโรคในพื้นที่เฉพาะสำหรับสถานประกอบการ(Bubble and seal) การกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) การกักตัวในชุมชน (Community isolation) รวมทั้งการตั้งโรงพยาบาลสนาม (กรมการแพทย์, ๒๕๖๔)

โรงพยาบาลสนามเป็นสถานที่ที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่ไม่มีอาการ หรือ มีอาการเล็กน้อย เช่น มีไข้ต่ำๆ มีน้ำมูก ไม่ได้กลิ่น เป็นต้น หรือมีอาการดีขึ้นหลังจากการรักษาไว้ในโรงพยาบาล และมี อาการคงที่ เข้ารับบริการตามระบบการดูแล และเฝ้าสังเกตอาการในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลสนามจะตั้ง นอกสถานพยาบาล เช่น วัด โรงเรียน โรงยิม หรือ หอประชุมขนาดใหญ่ เป็นต้น มีวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งเพื่อ ตอบสนองความต้องการของชุมชน และทรัพยากรด้านสาธารณสุขที่มีอยู่อย่างจำกัด เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วย โควิด-๑๙ ในสถานการณ์ที่มีการระบาดได้รับการดูแลรักษาอย่างปลอดภัย โดยมี ผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการ จัดตั้งโรงพยาบาลสนาม คือ ผู้ว่าราชการจังหวัดน่าน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.) จังหวัด และหน่วยงานอื่นๆ รวมถึงมีการกำหนดคณะทำงานที่ ประกอบด้วย หัวหน้าส่วนราชการระดับจังหวัดที่เกี่ยวข้องและภาคเอกชน โดยมีข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการ จัดตั้งโรงพยาบาลสนาม เช่น รายงานความ

รุนแรงของโรคโควิด-๑๙ อัตราการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน หรือ โรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น อย่างรวดเร็วในระยะเวลาสั้น อัตราการรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย PUI เพิ่มสูงขึ้น ตลอดจนความสามารถของโรงพยาบาลในการรองรับผู้ป่วย COVID-๑๙

ผู้ว่าราชการจังหวัดน่านได้มอบหมายภารกิจให้ โรงพยาบาลท่าวังผาซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๔๕ เตียง ตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน เปิดให้บริการโรงพยาบาลสนามขึ้นที่ วัดป่านันท์บุรี ตำบลผาสิ่ง อำเภอเมือง จังหวัดน่าน เริ่มเมื่อวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๔ สามารถให้บริการผู้ป่วยโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ กลุ่มที่ไม่มีอาการหรืออาการน้อยได้จำนวน ๑๕๓ เตียง รับคนไข้ที่ส่ง ต่อมาจากโรงพยาบาลท่าวังผา และ โรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดน่าน ซึ่งผ่านการคัดกรองจากแพทย์โรงพยาบาลชุมชนและแพทย์อายุรกรรมโรคติดเชื้อโรงพยาบาลน่านแล้ว และรับคนไข้ที่ย้ายมาจาก Cohort ward (หอผู้ป่วยในรวมสำหรับผู้ป่วยโควิด-๑๙) ซึ่งมีอาการคงที่ ด้วยโรงพยาบาลท่าวังผา ยังไม่มีประสบการณ์ในการจัดบริการโรงพยาบาลสนามมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลสนาม วัดป่านันท์บุรี จังหวัดน่านขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดบริการ เพิ่มความ คุ่มทุนของทรัพยากร ผู้ป่วยได้รับบริการตามมาตรฐาน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน บุคลากรปลอดภัย และไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อโควิด-๑๙

วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. เพื่อพัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลสนาม วัดป่านันท์บุรี จังหวัดน่าน
๒. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลสนาม วัดป่านันท์บุรี จังหวัดน่าน

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ผู้วิจัยใช้แนวคิดระบบการจัดการบริการผู้ป่วยโควิด-๑๙ ในโรงพยาบาลสนามตามแนวทางของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๔) และระบบที่โรงพยาบาลท่าวังผาพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ๑) การบริหารอัตรากำลัง รวมถึงการปฐมนิเทศและการสอนงานใหญ่บุคลากรก่อนขึ้นปฏิบัติงาน ๒) การจัดระบบดูแลผู้ป่วย ๓) การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และ ๔) การตอบสนองด้านสุขภาพจิต

แบ่งการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ๓ ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ ๑ (R๑D๑) เป็นการพัฒนาระบบการจัดการบริการโรงพยาบาลสนาม วัดป่านันท์บุรี จังหวัดน่าน รอบที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๙-๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๔

ระยะที่ ๒ (R๒D๒) เป็นการพัฒนาระบบการจัดการบริการโรงพยาบาลสนาม วัดป่านันท์บุรี จังหวัดน่าน รอบที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ – ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๕

ระยะที่ ๓ (R๓D๓) เป็นการพัฒนาระบบการจัดการบริการโรงพยาบาลสนาม วัดป่านันท์บุรี จังหวัดน่าน รอบที่ ๓ ระหว่างวันที่ ๗ เมษายน – ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เครื่องมือในการวิจัย

๑. เวชระเบียนผู้ป่วยที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสนามวัดป่านันท์บุรี
๒. แบบรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลท่าวังผาเป็นการรายงานในระบบ HRMS on cloud

๓. แบบประเมินความพึงพอใจที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ
โรงพยาบาลท่าวังผา โดยผ่านความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๓ ท่านปรับตามข้อเสนอแนะ
ก่อนใช้งานจริง เป็นการตอบแบบออนไลน์ก่อนจำหน่าย

ระยะที่ ๑ (R๑D๑) เป็นการพัฒนาระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนาม วัดป้านันทบุรี จังหวัดน่าน รอบที่
๑ ระหว่างวันที่ ๙-๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๔

Plan (วันที่ ๖ สิงหาคม - ๘ สิงหาคม ๒๕๖๔)

หลังจากการได้รับมอบหมายภารกิจจัดตั้งโรงพยาบาลสนามวัดป้านันทบุรี ทีมได้ไปศึกษาดูงานที่
โรงพยาบาลสนามวัดภูเก็ต อำเภอปัว จังหวัดน่าน การเชิญบุคลากรที่มีประสบการณ์จากการไปปฏิบัติงาน
โรงพยาบาลสนามมาก่อน ผู้เชี่ยวชาญจาก โรงพยาบาลน่าน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน มาประชุม
หารือวางแผนทางการดำเนินการ โดยยึดแนวทางการดำเนินการภายใต้กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
และการพัฒนาระบบบริการภายใต้หลัก ๓S ได้แก่ Structure system staff

ด้วยสถานการณ์ในช่วงแรกนี้ ผู้ป่วยจะมีอาการที่รุนแรงมากจึงได้กำหนดแนวทางการรับผู้ป่วยที่อยู่ใน
เกณฑ์เป็นสีเขียว หมายถึงผู้ป่วยโควิด ๑๙ ที่มีอาการเล็กน้อย ไม่มีการติดเชื้อที่ปอด และไม่ใช้ผู้ป่วยที่มีโรค
ร่วม

๑) Structure

- กำหนดเขตสำหรับเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยโควิด ๑๙ อย่างชัดเจน
- แบ่งโซนสถานที่ในการรับผู้ป่วยโควิด ๑๙ เป็น ๒ โซน คือ อาคารด้านหน้า ๓ หลัง สำหรับ
ผู้ป่วยเพศชาย อาคารด้านหลัง ๔ หลัง สำหรับผู้ป่วยเพศหญิง เด็ก ผู้สูงอายุ และจัดสถานที่
จอดรถของผู้ป่วย/บุคลากร
- จัดระบบสาธารณสุขโรค ได้แก่ น้ำดื่มสะอาด การจัดเครื่องนอน การจัดอุปกรณ์ส่วนตัวของแต่ละ
บุคคล
- จัดการสิ่งแวดล้อม จัดระบบห้องน้ำให้เพียงพอ ระบบการกำจัดขยะติดเชื้อ (ทั้งขยะเปียก
ขยะแห้ง) สถานที่นอน ที่รับประทานอาหาร ที่ซักผ้าตากผ้า และที่พักผ่อนหย่อนใจ
- จัดระบบการติดต่อสื่อสาร แบบออนไลน์ และการสื่อสารทางโทรศัพท์ จนท.สามารถติดตาม
ดูผู้ป่วยได้ทางจอมอนิเตอร์ผ่านกล้องวงจรปิด
- จัดการพื้นที่และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-๑๙ มีสถานที่ทำงาน สถานที่
รับประทานอาหาร อาบน้ำ และพักผ่อน

๒) System

- ด้านการดูแลผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลสนามวัดป้านันทบุรี โรงพยาบาล
จัดบริการอาหาร ๓ มื้อ โดยงานโภชนาการของโรงพยาบาล น้ำดื่มไม่จำกัด บริการชุดผู้ป่วย
ตลอดระยะเวลาการรักษาตัว บริการฟรีอินเทอร์เน็ต WIFI บริการรับฝากอาหารจากญาติ
ผู้ป่วย หรือเดลิเวอรี่ ทุกวัน เวลา ๑๑.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. นอกจากนี้ยังได้รับความอนุเคราะห์
จากอบต.ผาสิงห์ และตำรวจ ในสนับสนุนเจ้าหน้าที่มาช่วยรักษาความปลอดภัยและอำนวยความสะดวก
ความสะดวกในพื้นที่ การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนพฤติกรรมป้องกันการ
แพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-๑๙ ของ ผู้ป่วย

- **ด้านการรักษาพยาบาล**

วันแรกของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสนามวัดป่ามันทุบุรี พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะเป็นผู้ปฐมนิเทศการปฏิบัติตัวในโรงพยาบาลสนาม ให้ผู้ป่วยทราบ ดังนี้

- ๑) ผู้ป่วยจะต้องวัดอุณหภูมิ วัดความดันโลหิต วัดค่าออกซิเจนในเลือดด้วยตัวเอง เวลา ๑๐.๐๐ น. ๑๔.๐๐ น. ๑๘.๐๐ น. และรายงานให้แพทย์และพยาบาลทราบ ผ่านทางกลุ่ม Line Official
- ๒) แพทย์/พยาบาล จะสื่อสารกับผู้ป่วยผ่านทาง Line Official หรือเครื่องขยายเสียง ร่วมกับการดูกล้อง CCTV ที่ติดตั้งไว้ในหอผู้ป่วยโดยรอบ
- ๓) กรณีที่ผู้ป่วยต้องการพูดคุยกับแพทย์/พยาบาลโดยตรง สามารถใช้โทรศัพท์ ภายในหอผู้ป่วยและโทรศัพท์มาที่เคาน์เตอร์พยาบาลได้ กรณีมีอาการผิดปกติ ต้องแจ้งแพทย์/พยาบาลให้ทราบทันที
- ๔) การสั่งของออนไลน์ อาหารดีลิเวอรี่ หรือให้ญาตินำของใช้ส่วนตัวมาให้ที่โรงพยาบาล สามารถนำฝากได้ ณ จุดรับฝากของ ในช่วงเวลาก่อน ๑๑.๐๐ น. และก่อน ๑๕.๐๐ น. โดยจะมีเจ้าหน้าที่นำส่งให้เวลา ๑๒.๐๐ น. และ ๑๖.๐๐ น. น.
- ๕) ผู้ป่วยจะพักรักษาตัวเป็นเวลา ๑๔ วัน และจะให้กลับบ้านเมื่อครบ ๑๔ วัน ซึ่งผู้ป่วยจะอยู่ในระยะที่ไม่สามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ แต่หากผู้ป่วยยังมีอาการทรุดลง แพทย์จะส่งตัวเข้ารับรักษาต่อในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลนาน เพื่อรับการรักษา ภายใต้บุคลากรและทรัพยากรที่มีศักยภาพกว่า
- ๖) จัดเตรียมยา และเวชภัณฑ์ รวมทั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้พร้อมใช้ตามความจำเป็น ๗) กำหนดเกณฑ์ในการส่งต่อไปโรงพยาบาลนาน การจัดระบบส่งต่อ และการประสานงานกับหอผู้ป่วยโควิด ๑๙ ที่โรงพยาบาลนาน

- **การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ**

- ๑) กำหนดเส้นทางการเข้าออกหอผู้ป่วย การลำเลียงผู้ป่วย รวมทั้งการขนส่งอาหาร ขยะติดเชื้อ และอื่นๆให้ชัดเจน
- ๒) วางแนวทางการสวม PPE ตามแนวทางที่กรมการแพทย์กำหนด รวมถึงการถอด PPE และการทำลาย และจัดทำให้เพียงพอ
- ๓) จัดที่พักสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลสนาม โดยไม่อนุญาตให้เจ้าหน้าที่ดังกล่าวไปพื้นที่อื่นนอกจากพื้นที่ที่ปฏิบัติงานเท่านั้น

- **การดูแลด้านจิตสังคม** เนื่องจากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจากการติดเชื้อโควิด ๑๙ และถูกจำกัดบริเวณในการรักษาตนเอง ไม่สามารถออกไปอยู่กับครอบครัวได้ มีการประเมินสุขภาพจิตก่อนรับผู้ป่วย และการเฝ้าสังเกตอาการโดยหัวหน้าอาคารแต่ละหลัง รวมทั้งการ

จัดกิจกรรมผ่อนคลาย เช่น เปิดเพลง เปิดเทปธรรมะ หรือการจัดกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ป่วย

๓) Staff

บริหารด้านบุคลากรมีการจัดทีมแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานรังสีวิทยา พนักงานขับรถ พนักงานจัดเก็บขยะ พนักงานจัดบริการอาหาร และพนักงานรักษาความปลอดภัย โดยความร่วมมือจาก โรงพยาบาลโซนสายกลางได้แก่ โรงพยาบาลท่าวังผา โรงพยาบาลสองแคว โรงพยาบาลสันติสุข และโรงพยาบาลเชียงใหม่ โดยมีการดำเนินการดังนี้

- ๑) จัดอัตรากำลังให้เหมาะสม ตามมาตรฐานที่กำหนด
- ๒) จัดตารางเวรให้ปฏิบัติงานติดต่อกันไม่เกิน ๑๖ ชั่วโมงในแต่ละวัน
- ๓) ประมุขเทศบาลฯ ประจําการใหม่ทุกครั้ง และมีคู่มือการปฏิบัติงาน การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
- ๔) ก่อนปลดประจําการบุคลากรจะได้รับการตรวจหาเชื้อโควิด ๑๙ และให้ สังเกตอาการรวมทั้งจัดให้ปฏิบัติงานในแผนกที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยบริการ ๑๐ วัน ก่อนทำงานปกติ

Do (เริ่มวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๔)

นำแนวทางที่วางไว้ลงสู่การปฏิบัติจริง โดยมีประชากรเป็นผู้ป่วยติดเชื้อโควิด ๑๙ ที่แพทย์วินิจฉัยและประเมินอาการแล้ว ส่งมานอนรักษาตัวที่ โรงพยาบาลสนามวัดป่าหนามบุรี จำนวน ๑๒๕ คน

Check (วันที่ ๙ - ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๔)

จากการดูแลผู้ป่วยจำนวน ๑๒๕ คน พบว่ามีการส่งต่อโรงพยาบาลน่านด้วยอาการที่ทรุดลงจำนวน ๕ คน สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ๑๒๐ คน มีข้อร้องเรียนในการจัดบริการจำนวน ๑๒ ครั้ง มีรายงานระดับความเสี่ยงทางการรักษาพยาบาลระดับ E up จำนวน ๒ ครั้ง ได้ทบทวนแล้วปรับปรุงระบบบริการ ไม่เกิดเหตุการณ์ซ้ำ พบผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพจิต มีความเครียดจำนวน ๔ คน แพทย์และทีมสุขภาพจิตได้ดำเนินการรักษาและแก้ไขพบว่าอาการดีขึ้นสามารถนอนรักษาตัวจนครบตามกำหนด ไม่พบความเสี่ยงด้านการรักษาความปลอดภัย

หลังเปิดโรงพยาบาลสนามได้ ๑ สัปดาห์ได้รับมอบหมายภารกิจจากสาธารณสุขจังหวัดน่านให้เปิดบริการเพิ่ม คือ เป็นศูนย์ด่านหน้าเพื่อรองรับผู้ป่วยที่มาจากต่างจังหวัดเพื่อคัดกรอง ตรวจหาเชื้อโควิด ๑๙ แต่พบปัญหาในการดำเนินการคือ การจัดอัตรากำลังไม่เพียงพอ อุปสรรคในการดำเนินการไม่มีความพร้อม พบผู้ป่วยมีอาการทรุดลงก่อนรับการตรวจ สาธารณสุขจังหวัดน่านจึงสั่งยกเลิกภารกิจนี้

Action

นำปัญหาที่พบและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแนวทางดำเนินการโดยใช้ PDCA หลายนรอบ จนกระทั่งได้รับคำสั่งจากจังหวัดน่านให้ปิดโรงพยาบาลสนามนันทบุรี ชั่วคราว ในวันที่ ๒๖ สิงหาคม

๒๕๖๕ มีผู้ป่วยที่ต้องรักษาตัวต่อเนื่องจำนวน ๑๐ คน ได้ส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลนาน ๔ คน โรงพยาบาลท่าวังผา ๕ คน และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว ๑ คน

ผลลัพธ์การดำเนินการจากการเปิดบริการโรงพยาบาลสนามในรอบที่ ๑

๑. ผู้ป่วยที่รักษาตัวที่โรงพยาบาลสนามวัดป่านันท์บุรี จำนวน ๑๒๕ คน มีการส่งต่อโรงพยาบาลนานด้วยอาการที่ทรุดลงจำนวน ๕ คน สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ๑๒๐ คน
๒. ผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพจิต มีความเครียดจำนวน ๔ คน แพทย์และทีมสุขภาพจิตได้ดำเนินการรักษาและแก้ไขพบว่าอาการดีขึ้นสามารถนอนรักษาตัวจนครบตามกำหนด
๓. ระดับความพึงพอใจต่อการบริการโรงพยาบาลสนามวัดป่านันท์บุรีของผู้ป่วย ร้อยละ ๙๑.๓
๔. ข้อร้องเรียนในการจัดบริการจำนวน ๑๒ ครั้ง ข้อร้องเรียนด้านการจัดทรัพยากร จำนวน ๘ ครั้ง
๕. มีรายงานระดับความเสี่ยงทางการรักษาพยาบาลระดับ E up จำนวน ๒ ครั้ง
๖. ไม่พบบุคลากรการติดเชื้อโควิดหลังประจำการ

ระยะที่ ๒ (R๒D๒) เป็นการพัฒนาระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนาม วัดป่านันท์บุรี จังหวัดน่าน รอบที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ – ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๕

Plan (วันที่ ๙-๑๐ มกราคม ๒๕๖๕)

หลังจากการได้รับมอบหมายภารกิจจัดตั้งโรงพยาบาลสนามวัดป่านันท์บุรีในรอบที่ ๒ เป็นโรงพยาบาลสนามแห่งเดียวที่เปิดบริการในขณะนั้น แต่เป็นภารกิจในการรับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด ๑๙ ที่ไม่มีอาการรุนแรง ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง แต่มีความต้องการในการกักตัว (quarantine) เท่านั้น จึงได้หารือในทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งองค์กรต่างๆที่ได้รับมอบหมาย เตรียมความพร้อมทั้งสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ ระบบ เครื่องมือ และอัตรากำลัง ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆเหมือนกับรอบที่ ๑ ยังมีการปรับแนวทางการดูแลตามแนวทางของกรมการแพทย์ที่ปรับปรุงในขณะนั้น

Do (เริ่มวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕)

นำแนวทางที่วางไว้ลงสู่การปฏิบัติจริง โดยมีประชากรเป็นผู้ป่วยติดเชื้อโควิด ๑๙ ที่แพทย์วินิจฉัยและประเมินอาการแล้ว ส่งมานอนรักษาตัวที่ โรงพยาบาลสนามวัดป่านันท์บุรี จำนวน ๔๘๕ คน

Check (วันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ – ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๕)

จากการดูแลผู้ป่วยจำนวน ๔๘๕ คน พบว่ามีการส่งต่อโรงพยาบาลนานด้วยอาการที่ทรุดลงจำนวน ๔ คน ขอย้ายไปรักษาต่อที่ภูมิลำเนาเดิมต่างจังหวัดจำนวน ๔ คน สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ๔๗๖ คน มีข้อร้องเรียนในการจัดบริการจำนวน ๒๑ ครั้ง มีรายงานระดับความเสี่ยงทางการรักษาพยาบาลระดับ E up จำนวน ๔ ครั้ง ได้ทบทวนแล้วปรับปรุงระบบบริการ ไม่เกิดเหตุการณ์ซ้ำ พบผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพจิต มีความเครียดจำนวน ๗ คน แพทย์และทีมสุขภาพจิตได้ดำเนินการรักษาและแก้ไขพบว่าอาการดีขึ้นสามารถนอนรักษาตัวจนครบตามกำหนด ไม่พบความเสี่ยงด้านการรักษาความปลอดภัย แต่พบความเสี่ยงในการขนส่งอุปกรณ์ที่ล่าช้าส่งผลกระทบต่อบริการ

Action

ปัญหาที่พบและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแนวทางการดำเนินการโดยใช้ PDCA หลายรอบ จนกระทั่งได้รับคำสั่งจากจังหวัดน่านให้ปิดโรงพยาบาลสนามนันทบุรีชั่วคราว ในวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๕ มีผู้ป่วยที่ต้องรักษาตัวต่อเนื่องจำนวน ๑๕ คน ได้ส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลน่าน ๒ คน โรงพยาบาลท่าวังผา ๙ คน และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดน่านจำนวน ๔ คน

ผลลัพธ์การดำเนินการจากการเปิดบริการโรงพยาบาลสนามในรอบที่ ๒

๑. ผู้ป่วยที่รักษาตัวที่โรงพยาบาลสนามวัดป่านันท์นันทบุรี จำนวน ๔๘๕ คน มีการส่งต่อโรงพยาบาลน่านด้วยอาการที่ทรุดลงจำนวน ๔ คน ขอย้ายไปรักษาต่อที่ภูมิลำเนาเดิมต่างจังหวัดจำนวน ๔ คน สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ๔๗๖ คน
๒. ผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพจิต มีความเครียดจำนวน ๗ คน ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่น ที่ต้องการออกไปนอกโรงพยาบาลสนาม แพทย์และทีมสุขภาพจิตได้ดำเนินการรักษาและแก้ไขพบว่าอาการดีขึ้นสามารถนอนรักษาตัวจนครบตามกำหนด
๓. ระดับความพึงพอใจต่อการบริการโรงพยาบาลสนามวัดป่านันท์นันทบุรีของผู้ป่วย ร้อยละ ๙๐.๖๕
๔. ข้อร้องเรียนในการจัดบริการจำนวน ๒๑ ครั้ง ข้อร้องเรียนด้านการจัดทรัพยากร จำนวน ๑๒ ครั้ง
๕. มีรายงานระดับความเสี่ยงทางการรักษาพยาบาลระดับ E up จำนวน ๔ ครั้ง
๖. พบบุคลากรการติดเชื้อโควิดหลังประจำการ จำนวน ๒ คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ๑ คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ๑ คน จากการทบทวนพบว่าผู้รับบริการออกมาในพื้นที่ ทำให้มีโอกาสการแพร่กระจายเชื้อได้

ระยะที่ ๓ (R๓D๓) เป็นการพัฒนาระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนาม วัดป่านันท์นันทบุรี จังหวัดน่าน รอบที่ ๓ ระหว่างวันที่ ๗ เมษายน - ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๕

Plan (๕-๖ เมษายน ๒๕๖๕)

หลังจากการได้รับมอบหมายภารกิจจัดตั้งโรงพยาบาลสนามวัดป่านันท์นันทบุรีในรอบที่ ๓ เป็นโรงพยาบาลสนามแห่งเดียวที่เปิดบริการในขณะนั้นแต่เป็นภารกิจในการรับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด ๑๙ เป็นกลุ่ม ๖๐๘ คือผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป และผู้ที่มีโรคร่วมได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคอ้วน โรคเบาหวาน และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ได้หารือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากภารกิจต้องมีการดูแลที่มีการเฝ้าระวังมากขึ้น จึงมีการปรับปรุง ตาม ๓ S ดังนี้

๑) Structure

ปรับอาคารด้านหน้า เป็นอาคารเก็บอุปกรณ์ ๑ หลัง เนื่องจากมีอุปกรณ์ที่จำเป็นจำนวนมาก และปรับอาคารด้านหน้า ๒ หลัง สำหรับรับผู้ป่วยที่มีโรคร่วมที่ต้องการการดูแลอย่างมาก จัดเตียงผู้ป่วยที่เป็นเตียงจริง ซึ่งสะดวกต่อการให้บริการ จำนวน ๒๐ เตียง และเตียงไม้จำนวน ๑๕ เตียง พร้อมทั้งอุปกรณ์ที่จำเป็นทางการแพทย์มากขึ้น เช่น ถังออกซิเจน เครื่องพ่นยาขยายหลอดลม เสาน้ำเกลือ เป็นต้น

๒) System

มีการวางระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคร่วม โดยการทำให้แผล ฉีดยา การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ การให้ออกซิเจน รวมทั้งการตรวจระดับน้ำตาลในกระแสเลือด และอื่นๆ รวมทั้งระบบการส่งต่อเมื่ออาการทรุดลง

๓) Staff

จัดให้ทีมแพทย์ พยาบาล สามารถเข้าไปดูแลได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลมากกว่ารุ่นก่อนๆ

Do (เริ่มวันที่ ๗ เมษายน ๒๕๖๕)

นำแนวทางที่วางไว้ลงสู่การปฏิบัติจริง โดยมีประชากรเป็นผู้ป่วยติดเชื้อโควิด ๑๙ ที่แพทย์วินิจฉัยและประเมินอาการแล้ว ส่งมาอนรักษาทันที โรงพยาบาลสนามวัดป่าหน่านทุบุรี จำนวน ๒๕๒ คน

Check (วันที่ ๗ เมษายน -๔ พฤษภาคม ๒๕๖๕)

จากการดูแลผู้ป่วยจำนวน ๒๕๒ คน พบว่ามีการส่งต่อโรงพยาบาลน่านด้วยอาการที่ทรุดลงจำนวน ๑๑ คน พบว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อที่มีโรคร่วมอาการกำเริบ มีเพียง ๒ คนที่มีอาการกำเริบจากโรคโควิด ๑๙ นอกจากนี้มีผู้ป่วยขอย้ายไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลท่าวังผา จำนวน ๑๕ คน สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ๒๒๖ คน มีข้อร้องเรียนในการจัดบริการจำนวน ๖ ครั้ง มีรายงานระดับความเสี่ยงทางการรักษาพยาบาล ระดับ E up จำนวน ๖ ครั้ง ได้ทบทวนแล้วปรับปรุงระบบบริการ ไม่เกิดเหตุการณ์ซ้ำ พบผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพจิต มีความเครียดจำนวน ๕ คน แพทย์และทีมสุขภาพจิตได้ดำเนินการรักษาและแก้ไขพบว่าอาการดีขึ้นสามารถนอนรักษาตัวจนครบตามกำหนด พบความเสี่ยงด้านการรักษาความปลอดภัย ๑ ครั้ง ในเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุ ๑ คน คิดถึงบ้านหนีออกจากโรงพยาบาลสนามได้ติดตามกลับมาอย่างปลอดภัย ได้ทบทวนแล้ว และหาแนวทางการป้องกันการหนีออกจากโรงพยาบาลสนามแล้วไม่มีการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ

Action

ปัญหาที่พบและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแนวทางดำเนินการโดยใช้ PDCA หลายรอบ จนกระทั่งได้รับคำสั่งจากจังหวัดน่านให้ปิดโรงพยาบาลสนามนันทบุรี ชั่วคราว ในวันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๕ มีผู้ป่วยที่ต้องรักษาตัวต่อเนื่องจำนวน ๙ คน ได้ส่งต่อไปรับการรักษา โรงพยาบาลท่าวังผา ๙ คน และได้รับคำสั่งจากจังหวัดน่านให้ปิดโรงพยาบาลสนามนันทบุรี ถาวร ในวันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

ผลลัพธ์การดำเนินการจากการเปิดบริการโรงพยาบาลสนามในรอบที่ ๒

๑. ผู้ป่วยที่รักษาตัวที่โรงพยาบาลสนามวัดป่าหน่านทุบุรี จำนวน ๒๕๒ คน มีการส่งต่อโรงพยาบาลน่านด้วยอาการที่ทรุดลงจำนวน ๑๑ คน มีเพียง ๒ คนที่มีอาการกำเริบจากโรคโควิด ๑๙ ขอย้ายไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลท่าวังผา จำนวน ๑๕ คน สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ๒๒๖ คน
๒. ผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพจิต มีความเครียดจำนวน ๕ คน ส่วนใหญ่เป็นญาติ(ที่ติดเชื้อโควิด ๑๙) ที่ต้องติดตามมาดูแลผู้ป่วยที่มีโรคร่วม แพทย์และทีมสุขภาพจิตได้ดำเนินการรักษาและแก้ไขพบว่าอาการดีขึ้นสามารถนอนรักษาตัวจนครบตามกำหนด

๓. ระดับความพึงพอใจต่อการบริการโรงพยาบาลสนามวัดป่านันท์บุรีของผู้ป่วย ร้อยละ ๙๒.๔๔
๔. ข้อร้องเรียนในการจัดบริการจำนวน ๖ ครั้ง ข้อร้องเรียนด้านการจัดทรัพยากร จำนวน ๓ ครั้ง
๕. มีรายงานระดับความเสียหายทางการรักษาพยาบาลระดับ E up จำนวน ๖ ครั้ง
๖. ไม่พบบุคลากรการติดเชื้อโควิดหลังประจำการ

สรุปและอภิปรายผล

การจัดระบบ บริการของโรงพยาบาลสนามวัดป่านันท์บุรี ได้รับมอบหมายภารกิจ ๓ รอบ แต่ละรอบ มีกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน ได้ดำเนินการตามแนวทางการจัดระบบบริการกรณีมีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ ๒๐๑๙ ของกรมการแพทย์ และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต้องมีการ บริหารจัดการสิ่งแวดล้อม สถานที่และอุปกรณ์ให้เป็นไปตามมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ส่วนการ บริหารด้านบุคลากรต้องมีการจัดทีมและมีการสอนงานบุคลากรก่อนขึ้นปฏิบัติงาน โดยมี บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุก ระดับ ซึ่งต้องมีการปฏิบัติตามหลักการ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด ผล การดำเนินงาน ทั้ง ๓ รอบ มีผู้รับบริการทั้งหมดจำนวน ๘๖๒ คน แบ่งเป็น

รอบที่ ๑ ระหว่าง วันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๕ - ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๕ มีผู้รับบริการจำนวน ๑๒๕ คน

รอบที่ ๒ ระหว่าง วันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ - ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๕ มีผู้รับบริการจำนวน ๔๘๕ คน

รอบที่ ๓ ระหว่าง วันที่ ๗ เมษายน ๒๕๖๕ - ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๕ มีผู้รับบริการจำนวน ๒๕๒ คน

ผู้วิจัยใช้แนวคิดระบบการจัดบริการผู้ป่วยโควิด-๑๙ ในโรงพยาบาลสนามตามแนวทางของกรมการ แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๔) และระบบที่โรงพยาบาลท่าวังพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ๑) การ บริหารอัตรากำลัง รวมถึงการปฐมนิเทศและการสอนงานให้บุคลากรก่อนขึ้นปฏิบัติงาน ๒) การจัดระบบดูแล ผู้ป่วย ๓) การปฏิบัติเพื่อ

ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และ ๔) การตอบสนองด้านสุขภาพจิต และการพัฒนาระบบบริการภายใต้หลัก ๓S ได้แก่ Structure system staff โดยมีการปรับให้เข้ากับกลุ่มผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไปทั้ง ๓ รอบ ผลการดำเนินการแต่ละรอบพบว่าสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้ครอบคลุม แม้มีรายงานความเสียหายระดับ E UP แต่ได้ทบทวนและหาแนวทางป้องกันและไม่เกิดเหตุการณ์ซ้ำ และปัญหาที่พบคือสุขภาพจิตของ ผู้รับบริการ ที่กังวลกับโรคที่เป็นอยู่และมีความเครียดในการถูกจำกัดบริเวณ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุระ สุพรรณอินทร์ และ สุณี อารรณ์. (๒๕๖๔). ที่รายงานว่าผู้ที่อยู่ในโรงพยาบาลสนามมีความเครียดระดับมาร้อย ละ ๔.๖ เป็นผลกระทบที่มาจากทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ ความเครียดได้

การพัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลสนาม วัดป่านันท์บุรี จังหวัดน่าน ถือว่าประสบความสำเร็จใน ภารกิจที่ได้รับมอบหมายในแต่ละรอบ แม้ว่าในช่วงแรกจะไม่มีประสบการณ์ในการดำเนินการ แต่มีการพัฒนา ระบบอย่างต่อเนื่องมีการทบทวน PDCA และปรับให้เข้ากับสถานการณ์ รวมทั้งมีการพัฒนาระบบในรอบที่ ๒ และ ๓ แม้กลุ่มเป้าหมายจะเปลี่ยนแปลงไป แต่การปรับแนวทางการดำเนินการและการเรียนรู้ตลอดเวลา ส่งผลให้ผลลัพธ์การดำเนินการเป็นไปตามคาดหวัง

ทีมงานได้นำบทเรียนในการพัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลสนาม วัดป่าันทบุรี จังหวัดน่านมาวิเคราะห์ตามหลักการ SWAT analysis ดังนี้

จุดแข็ง

๑. ด้านโครงสร้าง ได้รับการสนับสนุนจากวัดป่าันทบุรีเรื่องสถานที่ และองค์กรอื่นๆอย่างมาก เนื่องจากเป็นนโยบายจากผู้ว่าราชการจังหวัดน่าน และการสนับสนุนบริจาคจากภาคประชาชน เป็นอย่างดี
๒. ด้านระบบบริการ มีการจัดระบบได้เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ เนื่องจากมีการศึกษาดูงาน และได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งประสบการณ์จากการเปิดรอบที่ ๑ ส่งผลให้การจัดบริการในรอบที่ ๒ และ ๓ สามารถจัดเตรียมได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
๓. ด้านอัตรากำลัง ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลชุมชนในโซนสายกลาง องค์กรท้องถิ่น และหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี

จุดอ่อน

๑. ด้านโครงสร้าง พบปัญหาเรื่องอาคารสถานที่ที่ไม่สามารถปิดได้มิดชิด มีการหนีออกจากโรงพยาบาลสนาม และในส่วนของระบบบำบัดน้ำเสียที่ต้องสูบบ่อยครั้งเนื่องจากดินไม่ซึมซับและมีผู้ใช้งานจำนวนมาก รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่เป็นวัดป่าจึงมีแมลงและยุงมารบกวนผู้ป่วยและบุคลากร
๒. ด้านระบบบริการ เนื่องจากภารกิจที่ได้รับทั้ง ๓ รอบ แตกต่างกัน และกลุ่มเป้าหมาย จึงต้องอาศัยระยะเวลาปรับตัวประมาณ ๑ สัปดาห์ กว่าการจัดระบบบริการจะเข้าที่ ส่งผลให้ได้รับการร้องเรียนจากการรับบริการ
๓. ด้านอัตรากำลัง มีการหมุนเวียนบุคลากรจากหลานองค์กร ซึ่งต้องมีการปฐมนิเทศ และใช้คู่มือในการดำเนินการ ทำให้พบความคลาดเคลื่อนในการให้บริการในระดับ D down หลายครั้ง แต่สามารถปรับปรุงแก้ไขได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. เนื่องจากเป็นภารกิจเร่งด่วน และไม่มีประสบการณ์ด้านการดำเนินการมาก่อน ดังนั้นทางผู้บริหารควรให้มีเวลาเตรียมการสัก ๑ สัปดาห์ รวมทั้งการสนับสนุนทุกด้านโดยเฉพาะการสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เสียสละ และมุ่งมั่นให้ผู้ใช้บริการปลอดภัยภายใต้ความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายรับเชื้อโควิด ๑๙

๒. ควรจัดให้มี Projected manager ที่คอยสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการทุกเรื่อง เพื่อให้เกิดความเพียงพอและให้บริการได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

เกิดการเรียนรู้จากการพัฒนาระบบดูแลโรคระบาดที่มีการติดเชื้อที่รุนแรง สามารถนำไปปรับเป็นแนวทางในการดูแลโรคอื่นที่มีการระบาดในอนาคตได้ เช่น โรคฝีดาษลิง

บทเรียนที่ได้รับ

เนื่องจากสถานการณ์ของโรค และแนวทางการดูแลมีการปรับปรุงให้ทันสมัย ตลอดเวลา ผู้ปฏิบัติต้องติดตาม และนำมาลงสู่การปฏิบัติจริง รวมทั้งสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคลากร และ ผู้ป่วยที่ยังยึดติดและมีทัศนคติต่อโรคที่เป็นแบบเดิม การทบทวนอย่างสม่ำเสมอ การทำงานเป็นทีม โดยเฉพาะร่วมกับองค์กรที่นอกจากสาธารณสุข ต้องสร้างการประสานงานที่ดี และมีรูปแบบที่ชัดเจน จะได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายเป็นอย่างดี

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ขอขอบคุณหน่วยงาน คปสอ.ท่าวังผา โรงพยาบาลน่าน โรงพยาบาลชุมชนโซนสายกลาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน องค์กรท้องถิ่น องค์กรหน่วยงานราชการต่างๆ และภาค ประชาชน ที่สนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลสนามวัดป่านันท์บุรี จังหวัดน่านให้สามารถดำเนินการรับผู้ป่วยโควิด ๑๙ จนภารกิจที่ได้รับมอบหมายสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓). *แนวทางการจัดเตรียมพื้นที่กรณีมีการระบาดในวงกว้างของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)*.:โรงพยาบาลสนาม. สืบค้นจาก

https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/g๐๖.pdf

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๔). *คำแนะนำในการจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) ฉบับวันที่ ๙*

เมษายน พ.ศ.๒๕๖๔. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๔). *แนวทางการแยกกักผู้ป่วย COVID-๑๙ในชุมชน (Community Isolation) ฉบับวันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๔*. สืบค้นจาก

https://covid๑๙.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/๒๕๖๔๐๗๒๔ ๑๖๐๐๒๖PM_community%๒๐isolation_v๒n%๒๐๒๔๐๗๒๐๒๑_.pdf

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๔). *แนวทางการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม (กรณีมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ในวงกว้าง)*. สืบค้นจาก

https://covid๑๙.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/๒๕๖๔๐๑๑๑ ๐๘๒๓๐๒AM_Field%๒๐Hospital%๒๐GL_V_๕_๐๘๐๑๒๐๒๑.pdf

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๔). *แนวทางการดำเนินการหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) สำหรับ ผู้ป่วย COVID-๑๙ มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีโรคร่วมหรือมีโรคร่วมสำคัญที่ควบคุมได้* (ฉบับวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๔). สืบค้นจาก

https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/guidelines/G_In vest_๐๓_๒.pdf.

ปาริชาติ กาญจนวงศ์, กิตติพร เนาวิสุวรรณ, และนภษา สิงห์วีระธรรม. (๒๕๖๔) ผลของการพัฒนาระบบบริการ

โรงพยาบาลสนามต่อการจัดการด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของบุคลากรและผู้ป่วยโควิด-๑๙. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*: ๑๑ (๒) หน้า ๑๒๑-๑๓๖

สุระ สุพรหมอินทร์ และ สุณี อารรณ์. (๒๕๖๔). ประสิทธิภาพการจัดการดูแลทางสังคมและจิตใจของผู้ป่วยโควิด-๑๙

ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ* : ๒ (๒). หน้า ๒๐๕-๒๑๒.

World Health Organization. (๒๐๒๐). *WHO Coronavirus (COVID-๑๙) Dashboard*. Retrieved from

<https://covid๑๙.who.int/>

World Health Organization, (๒๐๒๐). *Considerations for quarantine of individuals in the context*

of containment for coronavirus disease (COVID-๑๙) ๑๙ March ๒๐๒๐. Retrieved from [https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-](https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-๑๙))

[context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(covid-๑๙\)](https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-๑๙))

การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีนโควิด ๑๙ อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

Information system Development for COVID-๑๙ vaccination service Data entry

อลิษา เชื้ออนจิณา ,ปฐมชัย ปัญญาวงศ์, ธิดารัตน์ ประพันธ์

ความเป็นมาและความสำคัญ (มีอ้างอิง)

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ได้เริ่มต้นขึ้นในเดือนธันวาคม ๒๕๖๒ โดยพบครั้งแรกในนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน หลังจากนั้นมีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างทั่วโลก จนส่งผลกระทบต่อเป็นอย่างมากในด้านสาธารณสุขและเศรษฐกิจของแทบทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมครั้งใหญ่

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่พบการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) เริ่มพบผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทย เป็นนักท่องเที่ยวจีนที่เดินทางเข้าประเทศเมื่อวันที่ ๑๒ มกราคม ปี ๒๕๖๓ ภายในเวลา ๒ สัปดาห์ และเมื่อวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๓ ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยชาวไทยรายแรก อาชีพขับรถแท็กซี่ ซึ่งไม่เคยมีประวัติเดินทางไปต่างประเทศ แต่มีประวัติขับรถแท็กซี่ให้บริการกับผู้โดยสารชาวจีน ในระยะต่อมาจำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นต่อเนื่องอย่างช้าๆ ทั้งผู้ป่วยที่เดินทางมาจากต่างประเทศ และผู้ป่วยที่ติดเชื้อภายในประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศในราชกิจจานุเบกษาโดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ กำหนดให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือ COVID-๑๙ เป็นโรคติดต่ออันตราย ในระยะต่อมาได้พบการแพร่ระบาดใหญ่ ส่งผลให้รัฐบาลต้องยกระดับการบริการจัดการสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-๑๙ ในประเทศไทย โดยพิจารณาใช้มาตรการที่เข้มข้น เพื่อควบคุมการระบาด ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของประชาชน ผลกระทบต่อภาคธุรกิจ และเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศไทย นโยบายของรัฐบาลได้กำหนดมาตรการป้องกันต่างๆ เช่น การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า การเว้นระยะห่างทางกายภาพ การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล การกักกันโรคสำหรับบุคคลที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงทั้งในและนอกประเทศ และที่สำคัญคือการให้วัคซีนป้องกันโรคโดยเร็ว เพื่อลดอัตราการป่วยรุนแรง การเสียชีวิต รวมถึงลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยของภาครัฐ และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว ดังนั้นรัฐบาลจึงได้เร่งรณรงค์การให้วัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ แก่ประชาชนให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายควบคุมไปกับการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อให้ได้ข้อมูลการให้บริการวัคซีนของแต่ละพื้นที่มาวิเคราะห์และประมวลผลตลอดจนการนำเสนอข้อมูลที่เข้าใจง่าย นำมาใช้บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ได้อย่างเหมาะสม

อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน มีการดำเนินงานการรณรงค์ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ แก่ประชาชนตามนโยบายของรัฐบาล ตั้งแต่วันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๔ เป็นต้นมา ซึ่งการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ นั้น จำเป็นต้องมีระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การจัดเตรียมอุปกรณ์ ข้อมูลโครงสร้างและชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง กระบวนการนำเข้าข้อมูลเพื่อเชื่อมต่อกับฐานข้อมูลกลางของกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนบุคลากรในการบันทึกข้อมูลวัคซีนจะต้องบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง โดยการบันทึกข้อมูลการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ จะบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม HOSXP ซึ่งเป็น HIS ของโรงพยาบาล เมื่อมีการบันทึกข้อมูลการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกส่งเข้าสู่ระบบ MOHP IC (MOPH Immunization Center Dashboard) ของกระทรวงสาธารณสุข โดยเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลต้องทำแบบ Real time เพื่อให้

ข้อมูลในระบบ MOPH IC ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์และเป็นข้อมูลที่เป็ปัจจุบัน ซึ่งทุกชั้นตอนล้วนมีความสำคัญ หากชั้นตอนใดชั้นตอนหนึ่งไม่สมบูรณ์จะส่งผลให้ข้อมูลที่ได้ไม่มีความถูกต้อง โรงพยาบาลท่าวัง ฝ่าให้บริการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ และบันทึกข้อมูลวัคซีนเพียงแห่งเดียวในอำเภอท่าวังฝ่า และมีจำนวนผู้รับบริการเป็นจำนวนมากจึงทำให้การบันทึกข้อมูลวัคซีนเข้าสู่ระบบ MOPH IC ล่าช้าไม่เป็นปัจจุบัน ในการนี้ผู้วิจัยจึงได้ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ ของอำเภอท่าวังฝ่า จังหวัดน่านขึ้น เพื่อให้สถานบริการทั้ง ๑๖ สถานบริการในอำเภอท่าวังฝ่าสามารถให้บริการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ และบันทึกข้อมูลการรับวัคซีน มีข้อมูลการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน ภายใต้ทรัพยากรอันจำกัด เพื่อให้ผู้รับบริการที่ห่างไกล ผู้สูงอายุ เดินทางไม่สะดวกสามารถเข้าถึงการให้บริการฉีดวัคซีนในสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

๒. เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีนโควิด ๑๙ ของอำเภอท่าวังฝ่า
๓. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นในการบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีนโควิด ๑๙ ของอำเภอท่าวังฝ่า

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบวิจัย : วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ระยะเวลาดำเนินการ : เดือนเมษายน ๒๕๖๔ - มีนาคม ๒๕๖๕

กลุ่มตัวอย่าง : กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นกลุ่มผู้ปฏิบัติงานใน คปสอ.ท่าวังฝ่า ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการให้วัคซีนโควิด ๑๙ ตามคำสั่งคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) อำเภอท่าวังฝ่า ที่ ๐๑๖/๒๕๖๔ จำนวน ๒๓๔ คน

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

๑. แบบประชุมเชิงปฏิบัติการ ด้วยการประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีนโควิด ๑๙ ของพื้นที่อำเภอท่าวังฝ่า
๒. การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม
๓. แบบรายงานผลงานการให้บริการวัคซีนโควิด ๑๙

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

๑. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) หาค่าเฉลี่ย (Average) และหาค่าร้อยละ (Percentage)
๒. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

โดยแบ่งการวิจัย ออกเป็น ๓ ระยะ

ระยะที่ ๑ ขั้นตอนการเตรียมการวิจัย

๑.๑ วิเคราะห์สถานการณ์และศักยภาพของทีมในการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีนโควิด ๑๙ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์สภาพปัญหาต่างๆ กระบวนการและผู้เกี่ยวข้อง

๑.๒ สสำรวจทรัพยากรของระบบที่ต้องใช้ และดำเนินการจัดหา

ระยะที่ ๒ ขั้นตอนการปฏิบัติ

เป็นการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีนโควิด ๑๙ ของพื้นที่อำเภอท่าวังฝ่า แบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยระยะนี้ใช้แนวคิดของ Kemmis and

McTaggart (๑๙๙๘) ในลักษณะวงรอบ ๔ ขั้นตอน คือ ๑. การวางแผน (Planning) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ๒. การลงมือปฏิบัติงาน (Action) ๓. การสังเกตผล (Observation) ก่อนและหลังพัฒนา และ ๔. การสะท้อนผล (Reflection) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการทำกิจกรรม

การวางแผน

ผู้วิจัยและกลุ่มแกนนำปฏิบัติดังนี้

๒.๑.๑ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผอ.รพ.สต. และผู้รับผิดชอบงานให้บริการวัคซีนโควิด ๑๙ ทั้งจากรพ.สต. และโรงพยาบาล ร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนา จัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมตามแนวทางการพัฒนา

๒.๑.๒ นำเสนอแผนปฏิบัติการเพื่อขอความเห็นชอบสู่การปฏิบัติ

๒.๑ การปฏิบัติการ

๒.๑.๑. จัดตั้งคณะทำงาน กำหนดผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมต่างๆ ตามแผน ประกอบด้วย ผู้ประสานงานด้านสารสนเทศ (PM ข้อมูล) ผู้ประสานงานด้านการบริหารจัดการคลัง (PM คลัง) ผู้ประสานงานด้านการให้บริการวัคซีน (PM ฉีดวัคซีน)

๒.๑.๒ จัดประชุมผู้รับผิดชอบงานและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดแนวทางการปฏิบัติ

๒.๑.๓. การจัดเตรียมข้อมูล โครงสร้างข้อมูลสารสนเทศตามความต้องการของระบบ เพื่อนำเข้าข้อมูลการรับวัคซีนโควิด ๑๙ ของผู้รับบริการ เข้าสู่ระบบ MOPH IC (MOPH Immunization Center Dashboard) ของกระทรวงสาธารณสุข โดยการปรับการตั้งค่าข้อมูลพื้นฐานวัคซีน Lot. Vaccine แผนการรักษา ออกแบบสร้างแบบฟอร์ม Sticker Vaccine ออกแบบใบยินยอมการรับบริการฉีดวัคซีน ออกแบบใบนัดฉีดวัคซีน และออกแบบใบรับรองการฉีดวัคซีน ในโปรแกรม HOSxP ที่ใช้ในการบันทึกการให้บริการผู้ป่วย ให้ตรงกับมาตรฐานตามที่ระบบต้องการ จัดหาและติดตั้งอุปกรณ์เพื่ออำนวยความสะดวกในการบันทึกข้อมูล

๒.๑.๔ มอบหมายภาระกิจการบันทึกข้อมูลให้กับทีม ด้วยการระดมการระดมทรัพยากร และ อัตรากำลังเพื่อบริหารจัดการร่วมกันอย่างเป็นระบบ จัด Training โดยมีเจ้าหน้าที่ IT เป็นผู้สอนและกำกับ

๒.๑.๕ การปรับแผน ปรับเปลี่ยนกิจกรรมตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

- จัดบริการที่โรงพยาบาลในรูปแบบ One stop service การบันทึกข้อมูล ระดมอัตรากำลัง จากเจ้าหน้าที่จุดบริการอื่นๆ มาช่วยบันทึกข้อมูลให้แก่ผู้รับบริการ ณ จุดให้บริการ ออกเอกสารใบรับรอง ฉีดให้หลังรับบริการเสร็จ

- จัดบริการนอกสถานพยาบาล พัฒนา ปรับรูปแบบ (ลดแออัด ลดรอย เติมน้ำ)

- จัดบริการเป็นโซน PCC/เชิงรุกที่บ้าน พื้นที่ห่างไกล/กลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อให้ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมายยิ่งขึ้น

- การแบ่งการบริหารจัดการในรูปแบบโซนพบปัญหาเกี่ยวกับการจัดการทรัพยากรโดยเฉพาะ อัตรากำลังในการบันทึกข้อมูล จึงได้พัฒนาให้ทุกสถานบริการทั้ง ๑๖ แห่งในอำเภอท่าวังสามารถเปิดจุด บริการและบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง โดยเริ่มจาก สร้าง Account ผู้ใช้งานระบบ MOPH IC ให้ทุกสถาน บริการ ทำการเซทระบบการบันทึกการให้บริการวัคซีนให้กับสถานบริการทั้ง ๑๖ สถานบริการ จัดทำคู่มือ การใช้งานโปรแกรม MOPH IC การนำเข้า Whitelist ของกลุ่มเป้าหมายคนไทย และชาวต่างชาติ การใช้งาน ทะเบียนรับ-จ่ายวัคซีนจากคลัง ตลอดจนการจอง Slot และจัดทำคู่มือการเพิ่ม ข้อมูล Lot. Vaccine การป รินสติ๊กเกอร์วัคซีน และการบันทึกข้อมูลการฉีดวัคซีนในโปรแกรม HOSxP ให้กับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

๒.๑.๖ จัดประชุมติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานทุกเดือน

๒.๓ การสังเกตการณ์

- ๒.๓.๑ สังเกตการดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนด
- ๒.๓.๒ บันทึก เก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติการของคณะทำงาน
- ๒.๓.๓ ประเมินผลการดำเนินการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีนโควิด ๑๙ ของอำเภอท่าวังผา แต่ละกิจกรรม

๒.๔ การสะท้อนผลการปฏิบัติ

๒.๔.๑ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผลการปฏิบัติ

๒.๔.๒ หาแนวทางปรับปรุง พัฒนาส่วนที่เป็นปัญหา และยังไม่สมบูรณ์เพื่อเสริมสร้างการปฏิบัติการงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

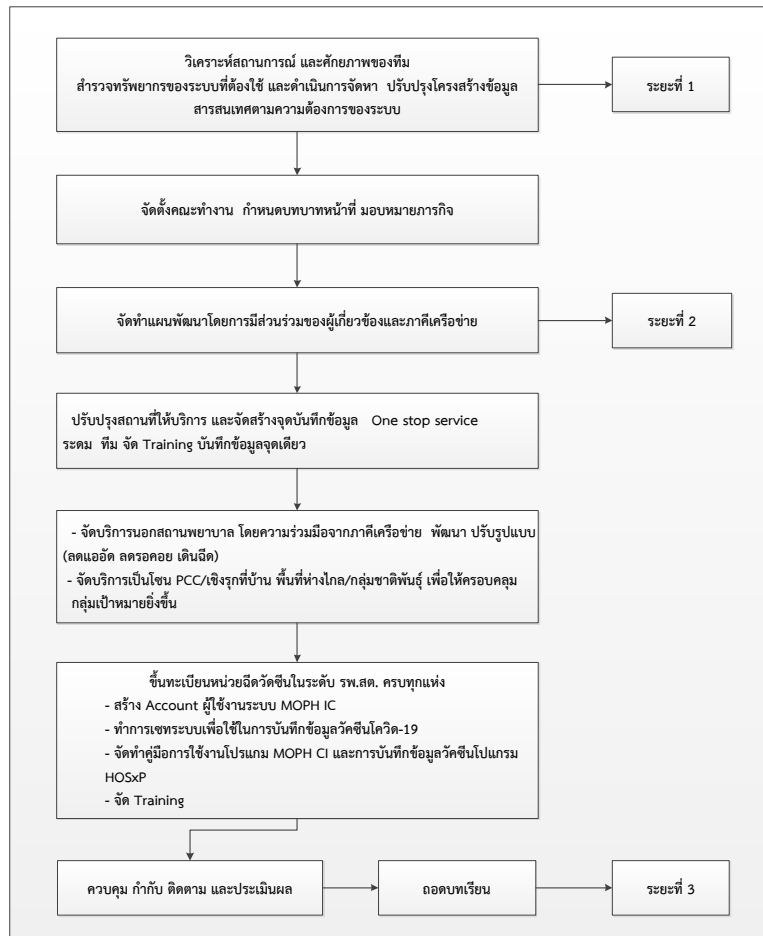
ระยะที่ ๓ ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล

เป็นการประเมินผลลัพธ์จากการพัฒนาวัดผลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เชิงปริมาณ วัดผลงาน ข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID-๑๙ ทุกกลุ่มเป้าหมาย อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน หลังจากมีการพัฒนาระบบงาน เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ เชิงคุณภาพ วัดผลกระบวนการพัฒนา การเปลี่ยนแปลงระบบงาน ความร่วมมือในการพัฒนา

ผลการวิจัย

ผลด้านกระบวนการ

๑. รูปแบบและแนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีนโควิด ๑๙ ของอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน พบว่ามีขั้นตอนดังนี้



แผนภาพที่ ๑ สรุปกระบวนการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีนโควิด ๑๙ อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

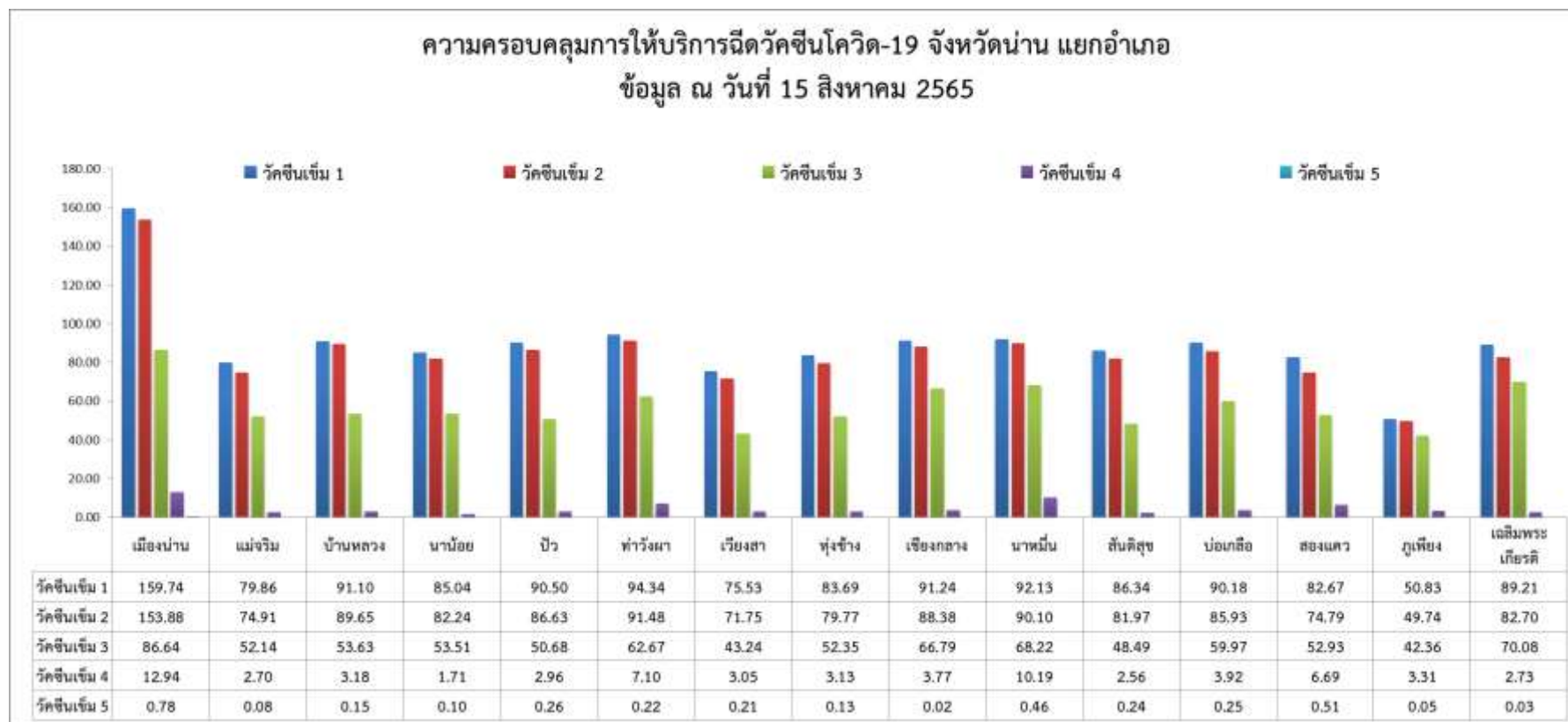
ผลด้านปริมาณ

กราฟที่ ๑ แสดงการให้บริการวัคซีนโควิด-๑๙ อำเภอท่าวังผา เดือน เมษายน ๒๕๖๔ – กรกฎาคม ๒๕๖๕



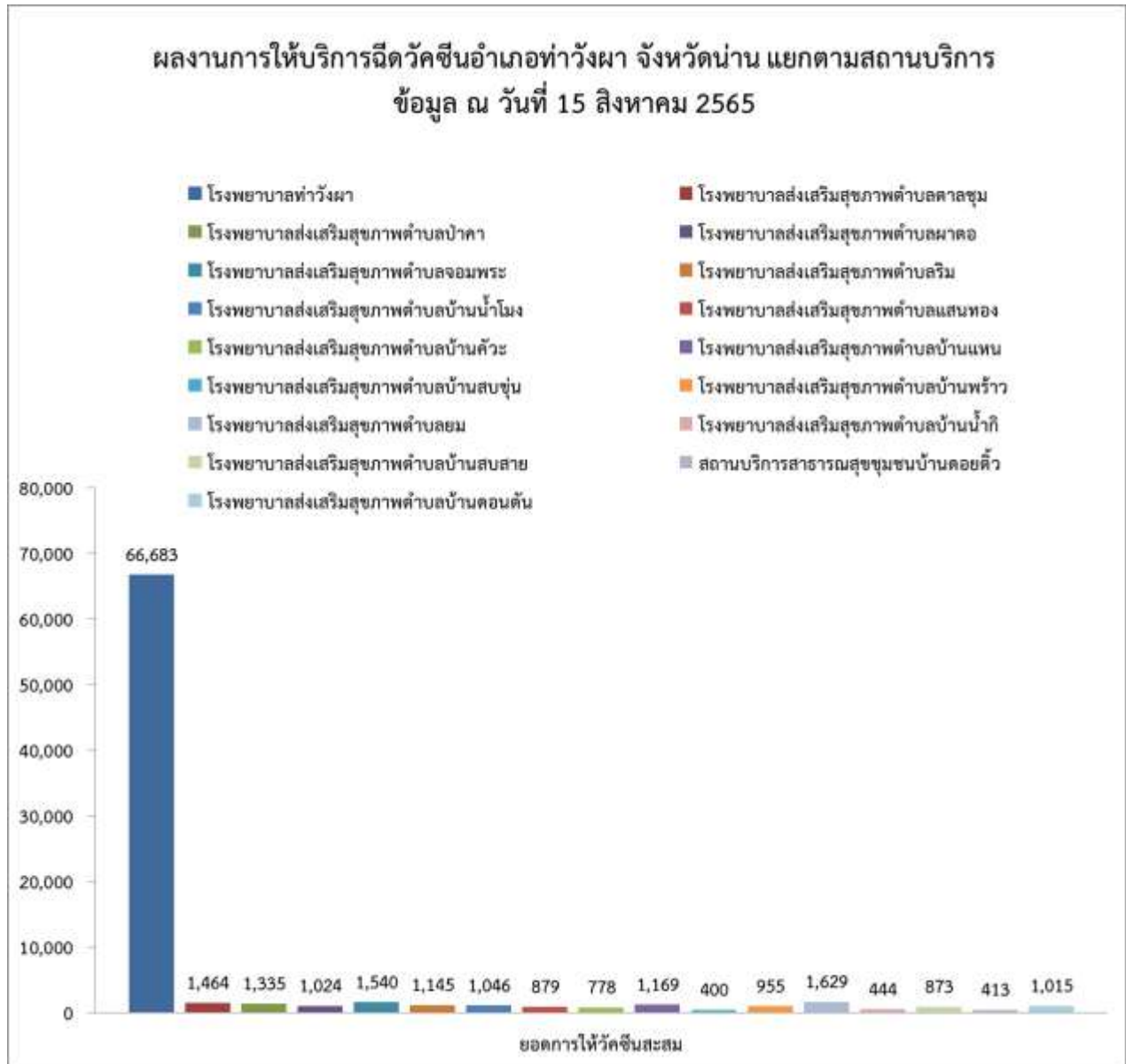
จากกราฟที่ ๑ พบว่า ผลงานการให้บริการวัคซีนโควิด-๑๙ ของอำเภอท่าวังผาในช่วงแรกๆ จะน้อย และ จะสูงมากในช่วงเดือน กันยายน ๒๕๖๔ และเดือน ตุลาคม ๒๕๖๔ และจากนั้นก็ค่อยๆ ลดลง ทั้งนี้เนื่องจากช่วงเดือนสิงหาคม ๒๕๖๔ ถึงเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๔ เป็นช่วงที่มีการระบาด และรัฐบาลได้มีการนำเข้าวัคซีนในปริมาณที่มากขึ้น และได้รณรงค์ให้แต่ละพื้นที่เร่งฉีดวัคซีนให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายให้ได้มากที่สุด ซึ่งหากพื้นที่ไหนรณรงค์ฉีดได้มาก และมีข้อมูลผลการให้บริการในระบบ MOPHIC ก็จะได้รับจัดสรรวัคซีนในปริมาณที่มากด้วยเช่นกัน

กราฟที่ ๒ ความครอบคลุมการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ จังหวัดน่าน แยกอำเภอ ข้อมูล ณ วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕



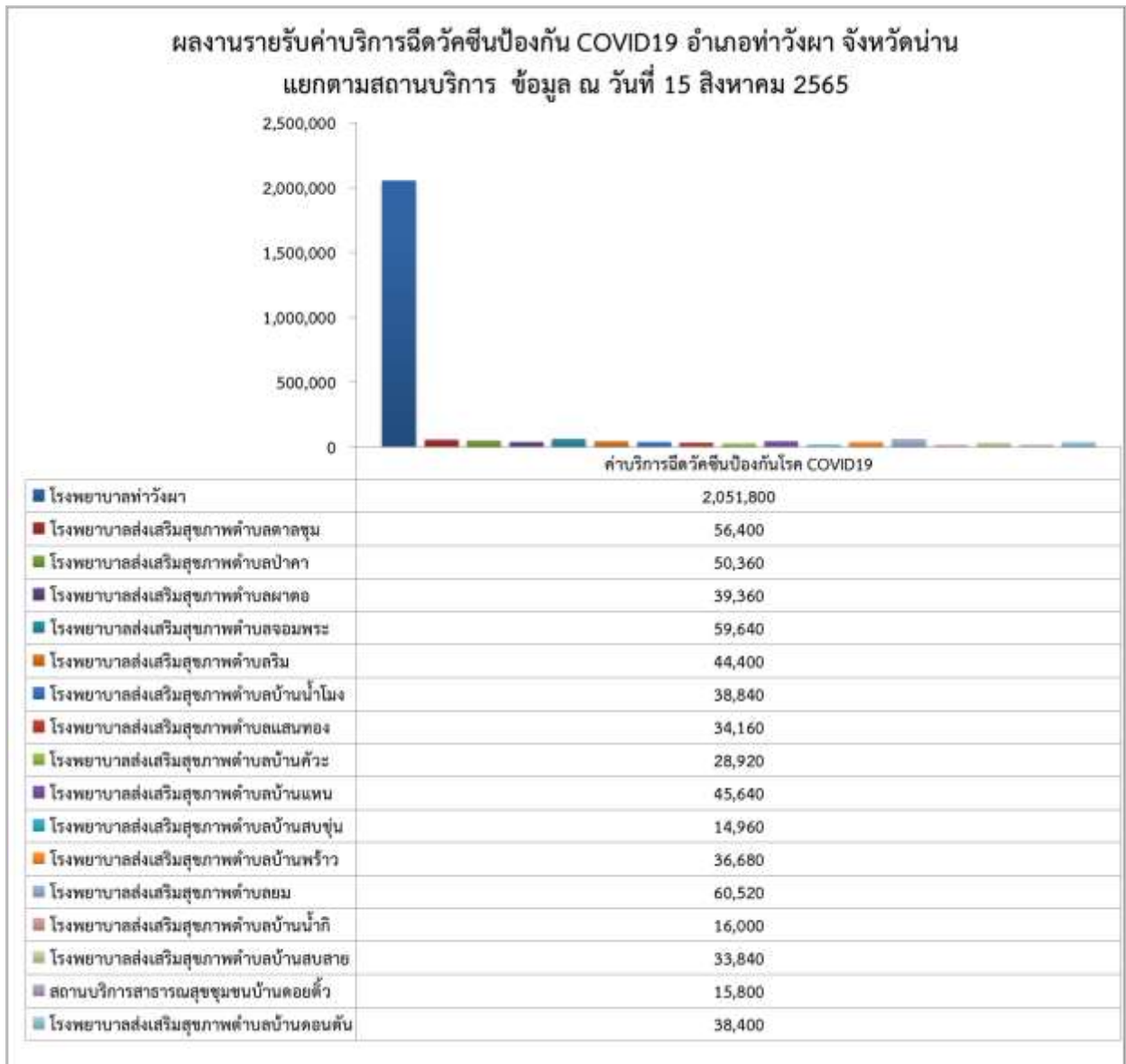
จากกราฟที่ ๒ จะแสดงให้เห็นว่าผลความครอบคลุมในการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ เทียบกับจำนวนกลุ่มเป้าหมาย จะเห็นได้ว่าอำเภอท่าวังผามีผลงานการให้บริการฉีดวัคซีนเป็นอันดับต้นๆ ของจังหวัด โดยจะเห็นว่าเข็มที่ ๑, เข็มที่ ๒ และเข็มที่ ๓ ผลงานความครอบคลุมการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ อยู่ที่ ๙๔.๓๔ , ๙๑.๔๘ และ ๖๒.๖๗ ตามลำดับ ทั้งนี้เกิดจากการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีนโควิด ๑๙ อำเภอท่าวังผา มีการบริหารจัดการไปยังลูกข่าย มีการควบคุมกำกับติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และมีการปรับกลยุทธ์ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลให้อำเภอท่าวังผามีข้อมูลผลงานการให้บริการวัคซีนโควิด-๑๙ ได้ตามเป้าหมาย มีความผิดพลาดของระบบข้อมูลต่ำ และข้อมูลการให้บริการวัคซีนเป็นปัจจุบัน

กราฟที่ ๓ แสดงผลงานการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน แยกสถานบริการ
ข้อมูล ณ วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕



จากกราฟที่ ๓ พบว่าหลังจากที่มีการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อบันทึกข้อมูลการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ อำเภอท่าวังผา มีการบริหารจัดการไปยังลูกข่าย ทำให้ทุกสถานพยาบาลสามารถให้บริการฉีดวัคซีนและบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีนโควิด-๑๙ ได้เอง ทำให้สถานบริการสามารถให้บริการแก่ผู้รับบริการในเขต ผู้รับบริการที่ห่างไกล ผู้สูงอายุ เดินทางไม่สะดวก ผู้ป่วยติดเตียง หรือกลุ่มชาติพันธุ์ สามารถเข้าถึงการให้บริการฉีดวัคซีนในสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านได้ ส่งผลให้การให้บริการฉีดวัคซีนครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายยิ่งขึ้น

กราฟที่ ๔ รายรับค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน แยกตามสถานบริการ ข้อมูล ณ วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕



จากกราฟที่ ๔ จะแสดงให้เห็นว่าสถานบริการในอำเภอท่าวังผามีผลงานรายรับค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ แยกตามสถานบริการทุกสถานบริการ เกิดจากการที่สถานบริการสามารถให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ และบันทึกข้อมูลการรับบริการวัคซีนได้เอง ส่งผลให้สถานบริการได้รับเงินจัดสรรผลงานค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-๑๙ จาก สปสช. ตามผลงานการให้บริการ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาการพัฒนากระบวนการสารสนเทศเพื่อการบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีนโควิด-๑๙ ของอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis and McTaggart (๑๙๙๘) ประกอบด้วยขั้นการวางแผน (Planning) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ขั้นการลงมือปฏิบัติงาน (Action) ขั้นการสังเกตผล (Observation) ก่อนและหลังพัฒนา และขั้นการสะท้อนผล (Reflection) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการทำกิจกรรมและสะท้อนผลเพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ภายใต้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด

การพัฒนากระบวนการสารสนเทศเพื่อการบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีนโควิด-๑๙ อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ด้วยการร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผนการพัฒนาร่วมกันอย่างเป็นระบบ สร้างคณะทำงาน และกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีการกำหนด PM ในแต่ละงาน จัด Training ให้กับทีมผู้ปฏิบัติ กระจายการบริหารจัดการไปยังลูกข่าย มีการควบคุมกำกับติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และมีการปรับกลยุทธ์ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลให้อำเภอท่าวังผามีข้อมูลผลงานการให้บริการวัคซีนโควิด-๑๙ ได้ตามเป้าหมาย มีความผิดพลาดของระบบข้อมูลต่ำ และจากการพัฒนาศักยภาพ รพ.สต. ให้สามารถ เปิดจุดบริการ และบริหารจัดการข้อมูลด้วยตนเอง ส่งผลให้อำเภอท่าวังผามีผลงานความครอบคลุมการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ เป็นไปตามเป้าหมายตามที่รัฐบาลกำหนด และผลงานการให้บริการยังอยู่ในระดับต้นๆ ของจังหวัด นอกจากนี้ยังส่งผลให้ลูกข่าย รพ.สต. มีรายรับจากการบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีนโควิด-๑๙ ครบทุกแห่ง สอดคล้องกับผลการวิจัยของพิทยา ทองหนู้อย ที่ได้ใช้แนวคิดของ Kemmis and McTaggart (๑๙๙๘) มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน ร่วมกันศึกษา ประเมินสถานการณ์ ผู้สูงอายุ ร่วมวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ และนำเสนอผลการประเมินเพื่อรับทราบปัญหาาร่วมกัน การกำหนดบทบาทหน้าที่องค์กรและภาคีเครือข่ายอย่างชัดเจน มีการจัดกิจกรรมตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ส่งผลให้หลังการพัฒนา คะแนนเฉลี่ยแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างมีนัยทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.0001$) ในทุกองค์ประกอบ

ข้อเสนอแนะ

ควรกำหนดให้มีระบบสอบทานการบันทึกข้อมูล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูลยิ่งขึ้น

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

กำหนดเป็นแนวทางใหม่ให้สามารถบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีนโควิด ๑๙ ของแต่ละหน่วยบริการให้ครบถ้วน ถูกต้อง และจะส่งผลให้ได้รับค่าชดเชยจากการให้บริการอย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วย

บทเรียนที่ได้รับ

๑. การสร้างการมีส่วนร่วม ให้ทุกคนมีส่วนร่วมในปัญหา ให้ร่วมคิด ร่วมพัฒนา สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ ย่อมส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนา ส่งผลให้คุณภาพของงานดีขึ้น เกิดการพัฒนาอย่างเป็นระบบ เกิดการทำงานเป็นทีม ซึ่งเป็นวัฒนธรรมองค์กรที่ดี

๒. การที่ผู้บริหารให้ความสำคัญ มีการควบคุมกำกับ ติดตามอย่างสม่ำเสมอ การพัฒนาระบบงานย่อมประสบความสำเร็จ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ฝ่าย/งานในรพ./รพ.สต./สสอ.สนับสนุนอัตรากำลัง
2. การติดตามควบคุมกำกับจากสสจ./ผู้บริหารระดับอำเภอ
3. การประชุมติดตามงาน การสะท้อนปัญหา และเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. งานโรคติดต่ออุบัติใหม่ กลุ่มพัฒนาวิชาการ. (๒๕๖๔) โรคติดต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง
2. บวรลักษณ์ ขจรฤทธิ์ และบุญภา ปัทมอรอัมพร.(๒๕๖๔) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด ๑๙ ของประชากรในจังหวัดสมุทรปราการ
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.(๒๕๖๔) คู่มือการปฏิบัติงานระบบข้อมูลการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ กระทรวงสาธารณสุข สำหรับเจ้าหน้าที่
4. วิมลสิริ ศรีสมุทร.(๒๕๖๐) การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการติดตามผลการตรวจสอบภายใน
5. พิทยา ทองหนูწყุย.(๒๕๖๑) กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน



พัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโควิด-๑๙ งานยานพาหนะ โรงพยาบาลท่าวังผา

บุญชาญ พิชะ, สมเพชร สิทธิยศ, ยรรยง แสนพิช

และ ชาตรี จันทะยอด

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด-๑๙ (Coronavirus Disease ๒๐๑๙(COVID-๑๙)) ที่กำลังระบาดหนักอยู่ในขณะนี้ จัดอยู่ในกลุ่มเชื้อไวรัสโคโรนาซึ่งเป็นเชื้อไวรัสที่มีรูปร่างคล้ายมงกุฏ พบครั้งแรกกลางทศวรรษที่ ๑๙๖๐ แต่ยังไม่ทราบแหล่งที่มาอย่างชัดเจนว่ามาจากที่ใด เป็นไวรัสที่สามารถติดเชื้อได้ทั้งในมนุษย์และสัตว์ปัจจุบันมีการค้นพบไวรัสสายพันธุ์นี้แล้วทั้งหมด ๖ สายพันธุ์ ส่วนสายพันธุ์ที่กำลังแพร่ระบาดหนักทั่วโลกตอนนี้เป็นสายพันธุ์ที่ยังไม่เคยพบมาก่อน คือ สายพันธุ์ที่ ๗ จึงถูกเรียกว่าเป็น “ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ๒๐๑๙” และในภายหลังถูกตั้งชื่ออย่างเป็นทางการว่า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด-๑๙ (Coronavirus Disease ๒๐๑๙(COVID-๑๙)) เริ่มต้นขึ้น ในเดือนธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๒ แรกเริ่มถูกค้นพบจากสัตว์ โดยเป็นสัตว์ทะเลที่มีการติดเชื้อไวรัสแล้วคนที่ อยู่ใกล้ชิดคลุกคลีกับสัตว์เหล่านี้ก็ติดเชื้อไวรัสมาอีกที โดยเริ่มต้นจากเมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน อันตรายที่ทำให้เสี่ยงถึงชีวิต จะเกิดขึ้นเมื่อระบบภูมิคุ้มกันโรคของเราไม่แข็งแรง หรือเชื้อ ไวรัสเข้าไปทำลายการทำงานของปอด โดยเชื้อไวรัสจะแพร่กระจายลูกกลมอย่างรวดเร็วและเพิ่มมากขึ้น จนทำให้ปอดเกิดการเสียหายและสูญเสียการทำงานหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้ผู้ป่วย เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว (สำนักงานสรรพสามิตพื้นที่หนองคาย, ๒๕๖๓)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็น ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ในวันที่ ๓๐ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๓ และประกาศให้เป็นโรค ระบาดทั่วไป ในวันที่ ๑๑ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๓ (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๓) จากข้อมูลสถิติ พบ จำนวนผู้ติดเชื้อนี้ทั่วทุกประเทศในโลกและมีการติดเชื้อสะสม จำนวน ๒๓๔,๑๑๕,๕๘๗ ราย (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมอนามัย, ๒๕๖๔) พบประเทศสหรัฐอเมริกา มีการติดเชื้อสูงสุด รองลงมาเป็น ประเทศอินเดีย และ ประเทศบราซิล ตามลำดับ และพบผู้ป่วยเสียชีวิตสะสม จำนวน ๖,๓๔๑,๐๐๔ ราย

โรคโควิด-๑๙ มีการแพร่เชื้อระหว่างคนในลักษณะเดียวกับไข้หวัดใหญ่โดยผ่านการติดเชื้อจาก ละอองเสมหะ จากการไอ ระยะเวลาระหว่างการสัมผัสเชื้อและเริ่มมีอาการ โดยทั่วไปแล้วอยู่ที่ ๕ วัน แต่มีช่วงอยู่ระหว่าง ๒ ถึง ๑๔ วัน อาการที่พบบ่อยได้แก่ มีไข้ ไอ และหายใจลำบาก ภาวะแทรกซ้อน อาจรวมไปถึงปอดบวม และกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน โดยยังไม่มียาที่ ได้รับอนุญาตหรือ ยาต้านไวรัสจำเพาะ แต่กำลังมีการวิจัยอยู่ขณะนี้ การรักษาจึงพยายามมุ่งเป้าไปที่การจัดการกับอาการ และการรักษาแบบประคับประคอง มาตรการป้องกันที่มีการแนะนำคือการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การอยู่ห่างจากบุคคลอื่น (โดยเฉพาะกับบุคคลที่ป่วย) ติดตามอาการ และกักตนเองเป็นเวลา ๑๔ วัน ในกรณีที่สงสัยว่าตนอาจติดเชื้อ (อวาทิพย์ แว, ๒๕๖๓)

จากรายงานสถานการณ์โรคโควิด-๑๙ ในประเทศไทยที่มีการระบาดเป็นวงกว้าง พบว่า ปี ๒๕๖๓ ประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อโรคโควิด-๑๙ สะสม จำนวน ๓,๕๖๔ คน ไม่พบผู้เสียชีวิต และ ผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน ๑,๖๐๓,๔๗๔ ราย พบผู้เสียชีวิต สะสม จำนวน ๑๖,๗๒๗ คน ในปี ๒๕๖๔ (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมอนามัย, ๒๕๖๔) กรมควบคุมโรค จึงได้ดำเนินการยกระดับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๓ จนถึงปัจจุบัน โดยประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-๑๙ รายแรกในวันที่ ๘

มกราคม ๒๕๖๓ ซึ่งเป็นผู้ที่เดินทางมาจากประเทศจีน และเกิดการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างจากประชากรภายในประเทศด้วยกัน รัฐบาลจึงกำหนดมาตรการเร่งด่วนในการควบคุมและป้องกันโรคโควิด-๑๙ และเมื่อสถานการณ์แพร่ระบาด มีความร้ายแรงมากขึ้น รัฐบาลจึงประกาศใช้พระราชกำหนดบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๔๘ และออกข้อกำหนดตามความในมาตรา ๙ แห่งพระราชกำหนดบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๔๘ และ มาตรา ๑๑ แห่งพระราชกำหนดบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ เพื่อควบคุมสถานการณ์และจำกัด พื้นที่การแพร่ระบาดของโรค(สุมาลี จุทอง, ๒๕๖๒)

ข้อมูลสถิติของจังหวัดน่าน พบ ในปี ๒๕๖๓ ไม่พบผู้ติดเชื้อในพื้นที่ และมีการแพร่ระบาดของโรค โดยเริ่มตั้งแต่ มกราคม ๒๕๖๔ จากประชากรในพื้นที่ที่เดินทางกลับมาเยี่ยมญาติที่บ้านเกิด และมีการแพร่ระบาดและเพิ่มสูงขึ้นจากนโยบายรับผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อมารักษาตัวต่อที่บ้านเนื่องจากพื้นที่ส่วนกลางเตียงไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วย โดยพบว่า ปี ๒๕๖๔ มีผู้ติดเชื้อโควิด-๑๙ สะสม จำนวน ๒,๓๖๑ คน และเสียชีวิตจำนวน ๙ คน (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมอนามัย, ๒๕๖๔) โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาตัวแบบนอนโรงพยาบาลในโรงพยาบาลน่าน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว และ โรงพยาบาลสนาม จากข้อมูลสถิติของจังหวัดน่านซึ่งมีการแพร่ระบาดและติดเชื้อในพื้นที่เพิ่มสูงขึ้นส่งผลให้เตียงผู้ป่วยและบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน่าน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว และ โรงพยาบาลสนาม ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ สาธารณสุขจังหวัดน่านจึงได้มีนโยบายส่งต่อผู้ป่วยกลับมารักษาตัวต่อ ในโรงพยาบาลชุมชนและเปิดรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลท่าวังผาเป็นหนึ่งในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน จึงได้มีการรับผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยใช้รถ ambulance ในการรับและส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเข้าสู่ระบบการรักษาตั้งแต่วันที่ ๑๔ เมษายน ๒๕๖๔ เป็นต้นมา เนื่องจากโควิด-๑๙ เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มียานพาหนะยังไม่มีแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโควิด-๑๙ ทั้งยังขาดองค์ความรู้ ทักษะในการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-๑๙ และการบริหารจัดการรถพยาบาลสำหรับรับ-ส่งผู้ป่วยโควิด-๑๙ แต่อย่างไรก็ตามการส่งต่อผู้ป่วยโควิด-๑๙ ก็เป็นภาระกิจและความจำเป็นเร่งด่วนในสถานบริการเพื่อสร้างความปลอดภัยให้ผู้ติดเชื้อโควิด-๑๙ ที่ได้รับการบริการตามมาตรฐานสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) กระทรวงสาธารณสุขและแนวปฏิบัติของ ๒P safety ทีมวิจัยได้เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงได้ทำวิจัยขึ้นเพื่อพัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโควิด-๑๙ งานยานพาหนะ โรงพยาบาลท่าวังผา เพื่อให้ผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่ได้รับการส่งต่อทั้งรับเข้ารักษาในระบบบริการและส่งต่อไปยังสถานที่บริการที่มีศักยภาพสูงกว่าได้รับการบริการที่มีความปลอดภัยจากการส่งต่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย

๔. เพื่อพัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโควิด-๑๙ งานยานพาหนะ โรงพยาบาลท่าวังผา
๕. เพื่อประเมินผลแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโควิด-๑๙ งานยานพาหนะ โรงพยาบาลท่าวังผา

ระเบียบวิธีวิจัย (research methodology)

- แบบของการวิจัย (research design) : วิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)
แบ่งขั้นตอนการดำเนินการเป็น ๓ ระยะ คือ

ระยะที่ ๑ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ (เมษายน ๒๕๖๔) ทีมวิจัยได้วิเคราะห์สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ และแนวโน้มการติดเชื้อโควิด-๑๙ ในเขตพื้นที่อำเภอท่าวังผา ทีมได้มีการศึกษาแนวคิด Personal

safety (สรพ.) และ แนวปฏิบัติด้านความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติในการแพทย์ฉุกเฉิน (safety) ของสถาบัน การแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) และนำมาปรับใช้ในสถานการณ์โควิด พร้อมทั้งศึกษาแนวปฏิบัติสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย โควิด-๑๙ และมีการจัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อหาแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโควิด-๑๙ งานยานพาหนะ โรงพยาบาลท่าวังผา โดยใช้แนวคิด ๓S หรือโรงพยาบาลมาตรฐานสุขยุคใหม่เพื่อคนไทยสุขภาพดี มีรอยยิ้มได้แก่ (๑) Structure คือการสร้างบรรยากาศที่ดี (๒) Service คือบุคลากรให้บริการที่ดี และ (๓) System คือการบริหารจัดการที่ดี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๔)

ระยะที่ ๒ ระยะดำเนินการ ระหว่าง เดือน เมษายน ๒๕๖๔ – มิถุนายน ๒๕๖๕ ทีมได้มีการนำแนวทางการ ให้บริการผู้ป่วยโควิด-๑๙ งานยานพาหนะ โรงพยาบาลท่าวังผา ลงสู่การปฏิบัติ โดยแบ่งเป็น ๓ ส่วนตามนโยบาย ๓S ได้แก่

๑. Structure ด้านการสร้างบรรยากาศที่ดี ทีมวิจัยได้มีการกำหนดให้มีการปรับโครงสร้างการให้บริการ โดยเฉพาะด้านรถพยาบาลให้เหมาะสมกับสถานการณ์โควิด-๑๙ ดังนี้

๑) รถพยาบาล มีการกำหนดแนวทางการใช้ดังนี้

- กำหนดให้ใช้รถพยาบาล ๑ คัน ใช้สำหรับรับ-ส่งผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่อาการไม่รุนแรงและปรับรถพยาบาลโดยการนำอุปกรณ์ภายในรถพยาบาลออกทุกชิ้นยกเว้น ออกซิเจน และอุปกรณ์ยึดตรึง (เพื่อลดการปนเปื้อน)
- กำหนดให้ใช้รถพยาบาล ๑ คัน สำหรับรับ-ส่งผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่มีอาการรุนแรงในการนำส่งเพื่อเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยใช้รถ advance ambulance ในการส่งต่อผู้ป่วย
- ในห้องโดยสารของผู้ป่วยมีระบบระบายอากาศเพื่อถ่ายเทอากาศที่มีการปนเปื้อนเชื้อออกสู่ภายนอกด้วยตัวดูดอากาศเหนือหลังคาร์ด ปิดรูรอยต่อระหว่างห้องโดยสารผู้ป่วยและพนักงานขับรถเพื่อป้องกันเชื้อโควิด
- ตรวจสอบความพร้อมของรถพยาบาลที่ใช้ในการส่งต่อทุกเข้าก่อนการให้บริการ
- ภายหลังจากใช้รถพยาบาลในการรับส่งผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่อาการไม่รุนแรง กำหนดให้มีการทำความสะอาดด้วยไฮเตอร์ ๑๐๐ c.c. : น้ำ ๑๑๐๐ c.c. ตามแนวทางของ IC ทุกๆวัน
- ภายหลังจากใช้ advance ambulance กำหนดให้มีการทำความสะอาดด้วยแอลกอฮอล์ และปิดทิ้งไว้ ๔ ชั่วโมง

๒) การจราจรในการส่งต่อผู้ป่วยโควิด-๑๙ ทีมได้มีการจัดทำแผนที่กำหนดเส้นทาง โดย

- ประสานพนักงานรักษาความปลอดภัยโรงพยาบาลท่าวังผาก่อนถึงโรงพยาบาล ๑๐ กิโลเมตร
- พนักงานรักษาความปลอดภัยนำแผนที่แนบกันมาขึ้นเส้นทางในการส่งต่อผู้ป่วยและเคลียร์รถที่ขวางเส้นทางส่งต่อ
- กำหนดเส้นทางดังนี้ ขึ้นตรงทางขึ้นโรงพยาบาล ขับรถอ้อมมาบริเวณทางลงและเลี้ยวขึ้นหน้าห้องกายภาพบำบัดขับผ่านอาคารคลังยาใหม่ ระบบประปา บ้านพักเจ้าหน้าที่ แล้วขับลงมาจนกระทั่งอาคารทันตกรรม แล้วเลี้ยวซ้าย และจอดหลังตึกผู้ป่วยในเพื่อนำส่งผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวบริเวณ cohort ward และวนรถกลับ

๓) สถานที่จอดรถสำหรับผู้ป่วยโควิด-๑๙ กำหนดให้มีสถานที่จอดรถสำหรับผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือส่งต่อไปยัง รพ. สนาม ได้แก่ บริเวณหลังตึกผู้ป่วยใน และใช้เส้นทางและแนวทางเดียวกับรถพยาบาล

๒. Service ด้านบุคลากร ทีมวิจัยได้มีการปรับแนวทางการให้บริการเพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้รับความปลอดภัย ดังนี้
๑) อุปกรณ์ป้องกันตนเอง

- การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในทีมในการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน หรือ PPE โดยทีม IC โรงพยาบาลท่าวังผา
- กำหนดให้ทุกครั้งที่มีการส่งต่อผู้ป่วยโควิด-๑๙ เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องสวมชุด PPE แบบ Coverall PPE ในการให้บริการผู้ป่วยโควิด-๑๙

๒) การจัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในสถานการณ์ปกติ

- กำหนดตารางและสลับสับเปลี่ยนพนักงานขับรถในการส่งต่อผู้ป่วยโควิด-๑๙ ทุกๆวัน

๓) การจัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่กรณีมีเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานติดเชื้อโควิด-๑๙

- อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานขั้นต่ำ ๒ คน
- ประสานพนักงานขับรถจาก รพ.สองแควมาปฏิบัติงานแทน
- กำหนดพนักงานขับรถสำรอง จำนวน ๓ ท่าน และให้ปฏิบัติงานแทนอย่างน้อย ๑ คน

๓. System ด้านการจัดระบบบริการ ทีมวิจัยได้มีการกำหนดแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโควิด-๑๙ ดังนี้

๑) Role play แสดงบทบาทสมมติการส่งต่อผู้ป่วย

๒) จัดทำคู่มืองานยานพาหนะในการให้บริการผู้ป่วยโควิด-๑๙

๓) กำหนดให้รถพยาบาลส่งต่อผู้ป่วย ดังนี้

- รับผู้ป่วยโควิด-๑๙ เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลท่าวังผา
- รับผู้ป่วยโควิด-๑๙ จากคลินิก ARI และ ER เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลท่าวังผา
- รับผู้ป่วยโควิด-๑๙ เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสนามวัดป่าบ้านทูลี่
- ส่งต่อผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่มีอาการรุนแรงและอยู่ในภาวะฉุกเฉินเข้ารับการรักษาตัว โรงพยาบาลน่าน
- ส่งผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลท่าวังผา โรงพยาบาลสนามวัดป่าบ้านทูลี่ กลับบ้าน รอบละไม่เกิน ๖ ราย

๔) การ call refer ผู้ป่วยโควิด-๑๙ กรณีฉุกเฉิน

- กำหนดให้จัดระบบการ call refer ผู้ป่วยโควิด-๑๙ ฉุกเฉินภายใน ๑๐ นาที
- ได้รับการประสานงานจาก ER หรือ ผู้ป่วยใน
- ติดต่อโรงพยาบาลปลายทางที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อ พร้อมทั้งให้ข้อมูลรายละเอียดของผู้ป่วย
- มีพยาบาล ๑ คน ร่วมส่งต่อผู้ป่วย
- ทีมสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน Coverall PPE
- เมื่อเตรียมผู้ป่วยเสร็จแล้วให้ call refer

- ตรวจสอบความพร้อมของเอกสารในการ refer

ระยะที่ ๓ ระยะประเมินผล (กรกฎาคม ๒๕๖๕) ที่ได้ประเมินผลการวิจัยโดยมีการประเมินอุบัติการณ์ความล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วยโควิด-๑๙ ความพร้อมใช้ของรพพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วย และองค์ความรู้และความถูกต้องในการสวมใส่ PPE และการติดโควิด-๑๙ ของเจ้าหน้าที่จากการปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วย

- ประชากร/กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่ได้รับการส่งต่อ ระหว่าง เมษายน ๒๕๖๔ ถึง มิถุนายน ๒๕๖๕ จำนวน ๑,๐๙๒ ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (instrument of research) ใช้เครื่องมือ ๖ ชิ้น ประกอบด้วย
 - ๑) แนวทางการให้บริการผู้ป่วยโควิด-๑๙ งานยานพาหนะ โรงพยาบาลท่าวังผา
 - ๒) แบบบันทึกผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่เข้ารับบริการส่งต่อโรงพยาบาลท่าวังผา โดยจัดทำสมุดบันทึกรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับบริการและให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานบันทึกข้อมูลทุกครั้งปฏิบัติงาน
 - ๓) แบบประเมินองค์ความรู้ในการสวมใส่ PPE
 - ๔) แบบบันทึกการสวมใส่ PPE โดยการสังเกตพฤติกรรมการสวมใส่ PPE ก่อนปฏิบัติงานและความถูกต้องในการสวมใส่ PPE บันทึกลงในโปรแกรมสำเร็จรูป Excel
 - ๕) แบบบันทึกเจ้าหน้าที่ที่ติดโควิด-๑๙ จากการปฏิบัติงานในการส่งต่อผู้ป่วยโควิด-๑๙ บันทึกลงในโปรแกรมสำเร็จรูป Excel
 - ๖) โปรแกรม HRMS มีการ monitor ทุกวันเพื่อติดตามอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนในการให้บริการล่าช้าไม่ทันเวลาในการให้บริการส่งต่อผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ และความไม่พร้อมใช้ของรพพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วยโควิด-๑๙
- ระยะเวลาในการทำวิจัย นับตั้งแต่ เมษายน ๒๕๖๔ ถึง กรกฎาคม ๒๕๖๕
- สถิติที่ใช้ สถิติเชิงพรรณนา คิดเป็นค่าเฉลี่ยและร้อยละ

ผลการวิจัย

จากการวิจัยการพัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโควิด-๑๙ งานยานพาหนะ โรงพยาบาลท่าวังผา พบผลลัพธ์แสดงดังตารางที่ ๑ และ ๒

ตารางที่ ๑ ตารางแสดงจำนวนครั้งการให้บริการส่งต่อผู้ป่วยโควิด-๑๙ (n=๑๐๙๒)

การส่งต่อ	ปี ๒๕๖๕	
	จำนวน(ครั้ง)	ร้อยละ
รับผู้ป่วยโควิด-๑๙ เข้าพักรักษาตัวใน รพ.ท่าวัง ผา	๔๕๔	๓๐.๕๙
รับผู้ป่วยโควิด-๑๙ เข้าพักรักษาตัวใน รพ.ท่าวัง ผา รับผู้ป่วยโควิด-๑๙ จากคลินิก ARI และ ER เข้า รับการรักษาใน รพ.ท่าวังผา	๒๖๙	๑๘.๑๓
รับผู้ป่วยโควิด-๑๙ เข้าพักรักษาตัวใน โรงพยาบาลและสนามวัดป่าหน่านทพบุรี	๑๗๙	๑๖.๐๖
ส่งต่อผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่มีอาการรุนแรงและอยู่ ในภาวะฉุกเฉินเข้ารับการรักษาตัว โรงพยาบาล หน่าน	๖๑	๕.๑๑
ส่งผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลท่าวังผา โรงพยาบาลสนามวัดป่าหน่านทพบุรี กลับบ้าน	๕๒๑	๓๕.๑๑

จากตารางพบว่าการให้บริการส่งต่อผู้ป่วยโควิด-๑๙ มีการส่งผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวใน รพ.ท่าวังผา โรงพยาบาลสนามวัดป่าหน่านทพบุรีกลับบ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๑๑ รองลงมาเป็น การรับผู้ป่วยโควิด-๑๙ เข้าพักรักษาตัวใน รพ.ท่าวังผา และ รับผู้ป่วยโควิด-๑๙ เข้าพักรักษาตัวใน รพ.ท่าวังผา รับผู้ป่วยโควิด-๑๙ จากคลินิก ARI และ ER เข้ารับการรักษาใน รพ.ท่าวังผา คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๕๙ และ ๑๘.๑๓ ตามลำดับ

ตารางที่ ๒ แสดงผลการวิจัยการพัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโควิด-๑๙

กิจกรรม	ปี ๒๕๖๕	
	จำนวน	ร้อยละ
องค์ความรู้ในการสวม PPE	๔ (คน)	๑๐๐
การสวม PPE ขณะส่งต่อผู้ป่วย	๔ (คน)	๑๐๐
เจ้าหน้าที่ติดเชื้อโควิด-๑๙ จาก ผู้ป่วย	๐	๐
อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนในการ บริการล่าช้า	๐	๐
อุบัติการณ์รถเสียไม่พร้อมใช้ ระหว่างทาง	๐	๐

จากตารางพบว่าเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานยานพาหนะมีองค์ความรู้ในการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน PPE ร้อยละ ๑๐๐ มีการสวมใส่ PPE และสวมใส่อย่างถูกต้อง ร้อยละ ๑๐๐ ไม่พบอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนในการให้บริการส่ง



ต่อผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่อยู่ในภาวะวิกฤติล่าช้าและรพพยาบาลไม่พร้อมใช้งานหรือเกิดอุบัติเหตุระหว่างการให้บริการ และไม่พบเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการงานยานพาหนะติดเชื้อโควิด-๑๙ จากการปฏิบัติงานการให้บริการส่งต่อผู้ป่วยโควิด-๑๙

อภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่าให้บริการส่งต่อผู้ป่วยโควิด-๑๙ มีการส่งผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวใน รพ.ท่าวังผา รพ.สนามวัดป่าหนูปริกกลับบ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๑๑ รองลงมาเป็นการรับผู้ป่วยโควิด-๑๙ เข้าพักรักษาตัวใน รพ.ท่าวังผา และ รับผู้ป่วยโควิด-๑๙ เข้าพักรักษาตัวใน รพ.ท่าวังผา รับผู้ป่วยโควิด-๑๙ จากคลินิก ARI และ ER เข้ารับการรักษาใน รพ.ท่าวังผา คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๕๕ และ ๑๘.๑๓ตามลำดับเนื่องจากผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่มีอาการคงที่โรงพยาบาลท่าวังผาได้กำหนดให้ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสนามซึ่งมีจำนวนเตียงมากกว่าและผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวใน รพ.สนาม ต้องได้รับการส่งต่อด้วยรถพยาบาลเท่านั้น ร่วมกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน รพ.ท่าวังผา ซึ่งมีผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่ได้รับการส่งต่อโดยรถพยาบาลมีจำนวนมากเป็นอันดับ ๒ ส่งผลให้ผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่รักษาใน รพ.สนามและ รพ.ท่าวังผา จนกระทั่งครบตามระยะเวลาที่กำหนดและต้องกลับบ้านมีจำนวนที่สุด จากแนวทางปฏิบัติในการดูแลและรักษาผู้ป่วยโควิด-๑๙ ระยะแรก และระยะที่ ๒ ของจังหวัดน่าน ผู้ป่วยทุกรายที่ติดโควิด-๑๙ ต้องเข้าพักรักษาตัวใน รพ. ภายหลัง ATK มีผลเป็น positive จะให้ผู้ป่วยโควิด-๑๙ กลับบ้าน และรอผล PCR เมื่อ PCR มีผลเป็น positive ผู้ป่วยทุกรายได้รับการนำส่งโดยรถพยาบาล ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่ใช้บริการรถพยาบาลมีจำนวนมาก รองลงมาจากการส่งผู้ป่วยกลับบ้าน ภายหลังได้มีการปรับแนวปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วย ATK ที่มีผลเป็น positive เข้าพักรักษาตัวใน รพ.ท่าวังผา ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่ได้ใช้บริการรถพยาบาลโดยการส่งต่อจากคลินิก ARI และ ER เข้ารับการรักษาใน รพ.ท่าวังผา มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมากเป็นอันดับที่ ๓ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่ใช้บริการรถพยาบาลโรงพยาบาลท่าวังผาจะขึ้นอยู่กับแนวปฏิบัติ นโยบายของรัฐบาล และนโยบายของสาธารณสุขจังหวัดน่านซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

ความปลอดภัยจากการให้บริการส่งต่อมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยโควิด-๑๙ เมื่อผู้ป่วยโควิด-๑๙ เข้าสู่ระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยต้องได้รับความปลอดภัยจากการใช้รถพยาบาลและผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่มีอาการรุนแรงและอยู่ในภาวะวิกฤติควรได้รับการส่งต่ออย่างรวดเร็วและทันเวลา โดยจากการวิจัยพบว่า ไม่พบอุบัติเหตุการข้อร้องเรียนในการให้บริการส่งต่อผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่อยู่ในภาวะวิกฤติล่าช้าและรพพยาบาลไม่พร้อมใช้งานหรือเกิดอุบัติเหตุระหว่างการให้บริการ นอกจากนี้ผู้ให้บริการต้องปลอดภัยจากการให้บริการโดยไม่ติดเชื้อโควิด-๑๙ จากการปฏิบัติงาน และมีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน PPE อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยพบว่า เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานยานพาหนะมีองค์ความรู้ในการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน PPE ร้อยละ ๑๐๐ มีการสวมใส่ PPE และสวมใส่อย่างถูกต้อง ร้อยละ ๑๐๐ และไม่พบเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการงานยานพาหนะติดเชื้อโควิด-๑๙ จากการปฏิบัติงานการให้บริการส่งต่อผู้ป่วยโควิด-๑๙ ความปลอดภัยจากการส่งต่อจะสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณวิไล ตั้งกุลพานิชย์ และคณะ(๒๕๖๓) พบว่าการส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-๑๙ ต้องคำนึงถึงหลัก ๕ ประการ ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขผู้ปฏิบัติการส่งต่อ ความช่วยเหลือและประสานงานจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง แผนรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินระหว่างส่งต่อและการทำความสะอาดหลังการส่งต่อ ซึ่งทีมวิจัยได้กำหนดแนวทางการให้บริการที่สอดคล้องกับการศึกษาดังกล่าว โดยในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ทีมได้มีประเมินอาการผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมของรถพยาบาลตามความรุนแรงของอาการที่พบ และขับรถนำส่งตามแนวทางปฏิบัติการใช้รถพยาบาลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์

และสาธารณสุขผู้ปฏิบัติการส่งต่อ ผู้ให้บริการทุกรายต้องมีความรู้ในการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ความช่วยเหลือและประสานงานจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องก่อนให้บริการทีมได้มีการประสานผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อ เช่น ผู้ป่วยโควิด-๑๙ รพ.น่าน และ รพ.สนาม เป็นต้น

แผนรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินระหว่างส่งต่อ ทีมเข้าไปมีส่วนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการทำแผนรับมือสถานการณ์ฉุกเฉิน และการทำความสะอาดหลังการส่งต่อ ทีมได้มีการทำความสะอาดหลังการส่งต่อตามแนวทางของ IC โดยโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยโควิด-๑๙ ซึ่งอาคารไม่รุนแรงมีการทำความสะอาดทุกวัน และโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยวิกฤติทำความสะอาดทันทีหลังให้บริการและปิดทิ้งไว้ ๔ ชั่วโมงซึ่งตามหลักการของสำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อและเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร.(๒๕๖๓). ได้กำหนดให้ปิดทิ้งไว้อย่างน้อย ๓๐ นาที

- สรุป

การส่งต่อผู้ป่วยโควิด-๑๙ โดยใช้โรงพยาบาลควรมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยโควิด-๑๙ และบุคลากรผู้ให้บริการ ทีมได้มีการสร้างแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโควิด-๑๙ งานยานพาหนะ รพ.ท่าวังผาโดยใช้แนวคิด Personal safety (สรพ.) และ แนวปฏิบัติด้านความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติในการแพทย์ฉุกเฉิน (safety) และ แนวคิด ๓S นำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของ รพ.ท่าวังผา โดย Structure ได้มีการกำหนดแนวทางการใช้โรงพยาบาลสำหรับส่งต่อผู้ป่วยโควิด-๑๙ ปรับระบบการจราจรในโรงพยาบาลท่าวังผาสำหรับการส่งต่อ และจัดทำลานจอดรถสำหรับผู้ป่วยโควิด-๑๙ แยกจากพื้นที่ปกติ Service ได้มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการสวมใส่อุปกรณ์ PPE และจัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยโควิด-๑๙ ทั้งในช่วงปกติและกรณีเจ้าหน้าที่ในงานยานพาหนะติดเชื้อโควิด-๑๙ และ System ได้มีการแสดงบทบาทสมมุติก่อนรับผู้ป่วยโควิด-๑๙ จริงที่เข้ามารับการรักษ จัดทำคู่มือ กำหนดวิธีการให้บริการ และกำหนดแนวทางการ การ call refer ผู้ป่วยโควิด-๑๙ กรณีฉุกเฉิน จากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโควิด-๑๙ และบุคลากรที่ให้บริการมีความปลอดภัย

-ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการสื่อสารระหว่างหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการนำส่งผู้ป่วยโควิด-๑๙ บุคลากรที่ให้บริการจำเป็นต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง การประสานเพื่อการส่งต่อจึงมีความสำคัญ หากได้รับการประสานและสวมอุปกรณ์ป้องกันเรียบร้อยแล้วแต่ไม่มีการส่งต่อหรือใช้ระยะเวลาอันก่อนการส่งต่อ ผู้ปฏิบัติจะไม่สามารถปฏิบัติภารกิจอื่นๆได้ และเกิดความร้อนจากชุดที่สวมใส่

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

ทีมได้มีการนำผลการวิจัยไปใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยโควิด-๑๙ ในเขตอำเภอท่าวังผาและโรงพยาบาลสนามวัดป่านันทบุรี เป็นแหล่งศึกษาดูงานและพี่เลี้ยง ที่ปรึกษาให้โรงพยาบาลเครือข่าย

บทเรียนที่ได้รับ

- โควิด-๑๙ เป็นโรคอุบัติใหม่ ถึงแม้หน่วยงานจะขาดองค์ความรู้และประสบการณ์ในการให้บริการผู้ป่วยโควิด-๑๙ และมีความหวาดกลัวต่อการแพร่ระบาดของโรค แต่หน่วยงานมีการศึกษาข้อมูลและแนวปฏิบัติ จนกระทั่งสร้างแนวทางการให้บริการส่งต่อผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลท่าวังผา

- หน่วยงานได้ออกแบบวิธีการบันทึกข้อมูลและการเก็บข้อมูลอย่างระบบส่งผลให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์และกำหนดแนวทางที่สร้างความมั่นใจและไว้วางใจให้ผู้ป่วยโควิด-๑๙ และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเกิดความปลอดภัยจากการให้บริการ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- a. ผู้บริหารที่ให้การสนับสนุนทุกๆด้าน ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และอุปกรณ์ต่างๆ
- b. พี่เลี้ยงงานวิจัยที่ช่วยผลักดันและกระตุ้นให้เกิดการวิจัย
- c. เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด
- d. ทีมวิจัยมีความมุ่งมั่นในการพัฒนางานตามหลักวิชาการ
- e. ระบบการบันทึกข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓). แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-๑๙

ในข้อกำหนดออกตาม ความในมาตรา ๙ แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๔๘ (ฉบับที่ ๑). ทีเอส อินเทอร์เน็ต จำกัด.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓). คู่มือการจัดทำแผนประกอบ

กิจการ สำหรับการปฏิบัติงานในภาวะการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ : (COVID-๑๙) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ ๕ มีนาคม ๒๕๖๔ สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/covid๑๙/pnews/files/๐๐๐๐๑๒๔๘.PDF>

พรรณวิไล ตั้งกุลพานิชย์, จีรนันท์ บริบูรณ์และกษมณธ์ อารามวานิชย์. (๒๕๖๓). การส่งต่อผู้ป่วยใน สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙. รามาธิบดีเวชสาร, ๔๓(๓), ๒๗-๓๓

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๔). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ จังหวัดน่าน [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ ๕ มีนาคม ๒๕๖๔ สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/covid๑๙-dashboard/?dashboard=province>

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๔). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ทั่วโลก [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ ๕ มีนาคม ๒๕๖๔ สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no๒๗๑-๓๐๐๕๖๓.pdf>

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๔). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ ๕ มีนาคม ๒๕๖๔ สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/covid๑๙-dashboard/>

สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อและเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร.(๒๕๖๓).
ข้อแนะนำ

แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ กรณีโรคโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ ๒๐๑๙.
สืบค้นเมื่อ ๕ มีนาคม ๒๕๖๔ สืบค้นจาก

https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/G๓๒.pdf

สำนักงานสรรพสามิตพื้นที่หนองคาย. (๒๕๖๓). คู่มือการบริหารความเสี่ยงต่อสถานการณ์การแพร่
ระบาดของโรค

ติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด-๑๙) ของสำนักงานสรรพสามิตพื้นที่หนองคาย สาขาเมือง
หนองคาย สืบค้นเมื่อ ๕ มีนาคม ๒๕๖๔ สืบค้นจาก

<https://www.excise.go.th/cs/groups/public/documents/document/dwnt/ndam/~edispuatucm๔๐๗๕๕๕.pdf>

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๔). คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล. สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข.

สุมาลี จุทอง. (๒๕๖๒). การจัดการภัยพิบัติโรคระบาดโควิด ๑๙ ในพื้นที่ชุมชนริมคลองหัวหมากน้อย
สำนักงาน เขตบางกะปิ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยรามคำแหง].โครงการรัฐ
ประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง http://www.ru.ac.th/mpa-abstract/files/๒๕๖๒_๑๕๙๗๗๓๗๑๑๔_๖๑๑๔๘๓๒๐๔๘.pdf

อวาทิพย์ แว. (๒๕๖๓). COVID-๑๙ กับการเรียนรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในวันนี้.
วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ, ๓๕(๑), ๒๔-๒๙



การบริหารจัดการบริการคลินิกไข้หวัด ในสถานการณ์โควิด ๑๙

โรงพยาบาลท่าวังผา จ.น่าน : การถอดบทเรียน

Lessons Learn Management of Acute Respiratory Tract Infection Clinic in the situation of Covid-๑๙. Thawangpha Hospital, NAN Province

นภาพร มหายศนันท์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ เป็นไวรัสในกลุ่มโคโรนาที่เพิ่งมีการค้นพบใหม่ (ไม่เคยมีการพบเชื้ในคนมาก่อน) และพบว่ามีความรุนแรงอย่างต่อเนื่องทั่วโลก โดยมีจุดเริ่มต้นจาก การ พบผู้ป่วยปอดอักเสบโดยไม่ทราบสาเหตุเป็นกลุ่มก้อน เมื่อวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒ จำนวน ๒๗ คน และเพิ่มขึ้นเป็น ๔๔ คนเมื่อวันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๓ จากการสอบสวนพบว่ามีความเชื่อมโยง กับตลาดอาหารทะเล (Huanan Seafood Wholesale Market) ในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน (World Health Organization [WHO], ๒๐๒๐a) และองค์การอนามัยโลกได้รายงานการพบผู้ป่วยโรค ปอดอักเสบนี้เมื่อวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ตามรายงานกรณีของ “โรคปอดบวมจากไวรัส” ในเมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน ให้ทุกประเทศเฝ้าระวังและมีการประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉิน ทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ เมื่อวันที่ ๓๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓ (WHO, ๒๐๒๐b)

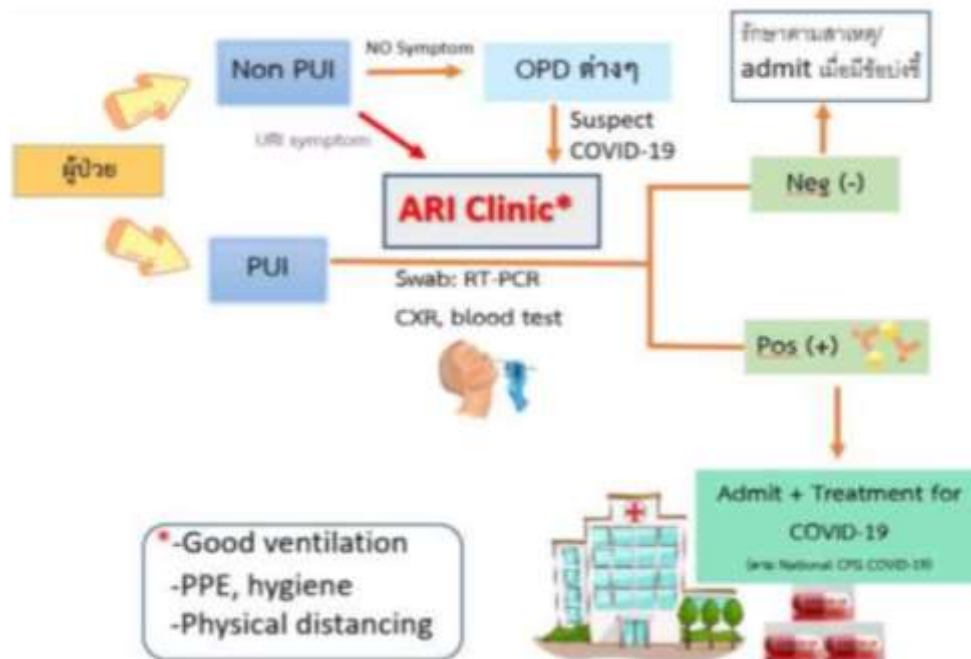
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด-๑๙) จึงเป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘(กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๓) มีระดับความรุนแรงของการแพร่ระบาดขยายวงกว้างเพิ่มขึ้น รัฐบาลจึงมีนโยบายเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว และมาตรการคัดกรองมีความสำคัญในการค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง มีอาการต้องสงสัยและกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient Under Investigation : PUI) (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๓) โดยมีสถานพยาบาลเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน เพราะเมื่อพบผู้ป่วยจะสามารถรักษาได้ทันที่ ทำให้ลดการแพร่ระบาดในวงกว้าง และอัตราผู้ป่วยลดลงได้ สำหรับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด-๑๙) ทั่วโลก ตั้งแต่เริ่มมีการระบาด ถึง ณวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ องค์การอนามัยโลกรายงานว่า มีผู้ป่วยสะสมทั่วโลก ๕๕๑ ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตถึง ๖.๓ ล้านราย (คิดเป็นร้อยละ ๑.๑๕ ของจำนวนผู้ติดเชื้อ) ในขณะที่ผู้รักษาหายมีจำนวน ๕๒๗ ล้านราย (คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๕๗) โดยประเทศที่มีการเจ็บป่วยสูงสุดได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา มียอดผู้ติดเชื้อรายใหม่ ๑๐๐,๒๕๗ ราย และยอดผู้เสียชีวิตอยู่ที่อันดับ ๑ ของโลก อยู่ที่ ๑,๐๔๒,๒๙๑ ราย และรองลงมาได้แก่ ประเทศอินเดีย ยอดผู้ติดเชื้อสะสม ๔๓.๔ ล้านราย สำหรับประเทศไทยผู้ติดเชื้อสะสม ๔,๕๒๒,๙๑๕ ราย เสียชีวิตรวม ๓๐,๖๔๘ ราย รักษาหายป่วยแล้ว ๔,๔๖๘,๓๓๖ ราย รักษาอยู่ในโรงพยาบาล ๒๓,๙๓๑ ราย ไทยมียอดผู้ติดเชื้อสะสมอยู่ที่อันดับ ๒๖ และยอดผู้เสียชีวิตอยู่ที่อันดับ ๓๒ ของโลก ในส่วนจังหวัดน่านผู้ติดเชื้อสะสม ๙๕,๐๓๘ ราย เสียชีวิต ๙๔ ราย ยังรักษาในโรงพยาบาล ๒,๒๑๙ ราย (ข้อมูลมกราคม ๒๕๖๕-มิถุนายน๒๕๖๕) และข้อมูลของอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน พบว่ามีผู้ป่วยสะสมทั้งหมด ๙,๐๗๖ ราย เสียชีวิต ๘ ราย ข้อมูลมกราคม ๒๕๖๕-มิถุนายน ๒๕๖๕)

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดดังกล่าวพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นและส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อที่มาจากต่างจังหวัด และในช่วงนี้เป็นช่วงของการเดินทางกลับของประชาชนในพื้นที่ของจังหวัดน่านที่ไปทำงานต่างจังหวัด และมีการเปิดเมืองเพื่อการท่องเที่ยว ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนการแพทย์วิถีใหม่เกิดขึ้นรวมถึงการจัดตั้งคลินิกไข้หวัด (ARI : Acute Respiratory Tract Infection) แต่ให้แยกออกจากแผนกผู้ป่วยนอก

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจสอบและคัดกรองสำหรับ โรคโควิด-๑๙ โดยเฉพาะในกลุ่ม ARI ทั้งนี้ในด้านมาตรการ การวินิจฉัยดูแลรักษา และการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีมาตรการ ยกระดับเสริมความเข้มแข็ง ARI Clinic ของโรงพยาบาลทุกระดับซึ่งเป็นด่านแรกของจุด คัดกรอง และประเมิน ผู้ป่วยที่มีไข้ ไอ มีน้ำมูก และเจ็บคอ คัดกรองแยกระหว่าง PUI กับ URI แต่สถานการณ์การ แพร่ระบาดของ โรค โควิด-๑๙ เป็นโรคอุบัติใหม่ จึงทำให้ใน ช่วงแรกยังไม่มีแนวทางในการทำงานชัดเจน รวมถึงเรื่อง การกำหนด มาตรฐานการเฝ้าระวัง (precautions) การปกป้องบุคลากรจากการสัมผัสเชื้อโรค ในขณะที่ยังมีได้มี การ วินิจฉัยโรคผู้ป่วยการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อใน โรงพยาบาลจากผู้ป่วยคนหนึ่งไปสู่ผู้ป่วยคนอื่นๆรวมถึง ความเสี่ยงต่างๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นจากการดำเนินงานของ คลินิก ARI ซึ่งถือเป็นจุดเสี่ยงจุดหนึ่งที่ควรบริหาร จัดการ ให้ดีเพราะมีโอกาสที่จะกลายเป็นจุดระบาด จากอาการ ไข้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ หอบเหนื่อยของผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความกังวลว่ามีโอกาสของการเกิดการติดเชื้อที่คลินิก ARI และโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรค ประจำตัว

ต่อมามีประกาศของกรมการแพทย์ เรื่อง แนวทางการจัดตั้งคลินิกระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์การ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ลงวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๓ มีรายละเอียดดังนี้ แนวทางการจัดตั้ง คลินิกตรวจโรคระบบทางเดินหายใจประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของสถานที่ บุคลากร และทรัพยากร สนับสนุน เช่น PPE

- ควรเป็นหน่วยบริการที่เป็นพื้นที่นอกอาคาร หรือแยกจาก OPD ทั่วไป และมีอากาศถ่ายเท สะดวก กำหนดทิศทางลมให้เหมาะสม (จากแพทย์ผ่านผู้ป่วย และออกสู่ภายนอก หรือผ่าน ระบบการกรอง อากาศ)หรือเป็นห้องที่ปรับปรุงตามหลักวิชาการ หรือ Unit ที่สำเร็จรูป (modular screening and swab unit)
- มีพื้นที่สำหรับการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธี Swab: RT-PCR อาจตรวจร่วมกับ CXR (แนะนำ ให้ เป็น portable x-ray) / blood test การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน (โดยพิจารณาตาม ความเหมาะสม) และพื้นที่รอตรวจที่เพียงพอ สามารถเว้นระยะห่างระหว่างผู้ป่วยและโต๊ะ ตรวจ ๑- ๒ เมตร



ที่มา..เอกสารกรมการแพทย์ แนวทางการจัดตั้งคลินิกระบบทางเดินหายใจ

- การเก็บตัวอย่างส่งตรวจหาเชื้อไวรัส COVID-๑๙ (SAR-CoV-๒)
 - (ก) กรณีผู้ป่วยไม่มีอาการปอดอักเสบ เก็บ Nasopharyngeal swab หรือ oropharyngeal swab (ในอนาคตอาจใช้การเก็บนี้ าลาย ถ้ามีข้อมูลเพียงพอแสดงถึงประสิทธิภาพการใช้ น้ำลายใกล้เคียงกับการตรวจ nasopharyngeal swab) ในหลอด UTM หรือ VTM (อย่าง น้อย ๒ มล.) จ ำนวน ๑ ชุด
 - (ข) กรณีผู้ป่วยมีอาการปอดอักเสบ และไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ
- เก็บเสมหะใส่ใน sterile container จำนวน ๑ ชุด หรือใส่ในหลอด UTM หรือ VTM จำนวน ๑ ชุด
- เด็กอายุ < ๕ ปี หรือผู้ที่ไม่สามารถเก็บเสมหะได้ ให้เก็บ nasopharyngeal swab หรือ oropharyngeal swab หรือ suction ใส่ในหลอด UTM หรือ VTM จำนวน ๑ ชุด
 - (ค) กรณีผู้ป่วยมีอาการปอดอักเสบ และใส่ท่อช่วยหายใจ เก็บ tracheal suction ใส่ในหลอด UTM หรือ VTM จำนวน ๑ หลอด
- แนะนำให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัยพักรอ ณ บริเวณที่จัดไว้ หรือให้รอฟังผลที่บ้านโดยให้ คำแนะนำ การปฏิบัติตัว หากมีข้อบ่งชี้ในการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ให้อยู่ในห้องแยกโรคเดี่ยว (single room หรือ isolation room) โดยไม่จ ำเป็นต้องเป็น AIIR
- บุคลากรสวม PPE ตามความเหมาะสม กรณีทั่วไปให้ใช้ droplet ร่วมกับ contact precautions (กาวน์ ถุงมือ หน้ากากอนามัย และกระจังกันหน้า หรือ face shield) หากมี การทำ aerosol generating procedure เช่น การเก็บตัวอย่าง nasopharyngeal swab ให้บุคลากรสวมชุดป้องกัน แบบ airborne ร่วมกับ contact precautions (กาวน์ชนิดกันน้ำ ถุงมือ หน้ากากชนิด N๙๕ กระจังกัน หน้า หรือ แวนป้องกันตาหรือ goggles และหมวกคลุมผม)
- กำหนด flow การเดินของผู้ป่วยเป็นทางเดียว
- แบ่งบริเวณของผู้ป่วยให้ชัดเจน ได้แก่ บริเวณความเสี่ยงสูง และบริเวณความเสี่ยงต่ำ
- จัดบริการแบบ One stop service
- ควรมีจุดล้างมือ ห้องน้ำของผู้ป่วยแยกจากบุคลากรทางการแพทย์
- จัดวาง Alcohol gel บริเวณจุดต่าง ๆ เช่น จุดคัดกรอง จุดก่อนเข้าตรวจ บนโต๊ะตรวจ
- มีการทำความสะอาดอุปกรณ์ และสถานที่อย่างสม่าเสมอด้วย ๗๐% alcohol หรือ sodium hypochlorite
- พยายามลดการใช้กระดาษ และการสัมผัสโดยไม่จำเป็น

โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่านเป็นโรงพยาบาลขนาดF๒ รับผิดชอบประชาชนในเขตอำเภอท่าวังผา คลินิกใช้หวัด เป็นคลินิกโรคติดต่อที่จัดตั้งขึ้นตามนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ตั้งแต่ เดือนมีนาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นมา โดยจัดให้อยู่พื้นที่ที่แยกออกมาจากจุดบริการของแผนกผู้ป่วยนอก ต่อมาปี ๒๕๖๔ มีจำนวนผู้ป่วยโควิด-๑๙ เพิ่มมากขึ้น ทางโรงพยาบาลจึงได้ปรับปรุงอาคารหลังเก่าให้เป็นจุดบริการ คลินิกใช้หวัดที่แยกออกไปจากตึกผู้ป่วยนอก เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ได้มอบหมายให้ งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน เป็น ผู้รับผิดชอบหลักในการบริหารจัดการร่วมกับคณะกรรมการทีมนำด้านคลินิก (PCT: Patient Care Team) เพื่อ ใช้เป็นสถานที่ที่ใช้ในการตรวจคัดกรองค้นหาผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัส COVID-๑๙ (แต่ไม่แสดงอาการ) อย่าง

เหมาะสม โดยมีเป้าหมายหลัก ๓ ประการดังนี้ ๑.) ความปลอดภัยของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Patient and personal Safety : ๒P Safety) ๒.) การลดความแออัดและลดการรอคอยในการเข้ารับบริการ (Non Crowded) ๓.) การลดความเหลื่อมล้ำสร้างความเสมอภาคและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ (Equity แนวทางการบริหารจัดการคลินิกใช้หวัด ของโรงพยาบาลท่าวังผาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดกำหนดให้มีองค์ประกอบ ๓ ด้าน คือ ด้านบุคลากร (Staff) , ด้านระบบบริการ (System) และด้านโครงสร้าง เครื่องมือ/เครื่องใช้ (Structure)

ด้านบุคลากร(Staff) เช่นการจัดอัตรากำลัง การฝึกอบรมบุคลากร การใช้อุปกรณ์ป้องกันและสร้างความปลอดภัย เป็นต้น

ด้านระบบบริการ(System) เช่นระบบคัดกรอง ขั้นตอนการปฏิบัติงาน นโยบายการดำเนินงานของทุกระดับ การจัดโซน (Zoning) การใช้ระบบIT จัดระบบคิว ระบบการสื่อสาร เป็นต้น

ด้านโครงสร้าง เครื่องมือ/ เครื่องใช้(Structure) เช่นโครงสร้าง อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม การระบายอากาศ อุปกรณ์ เครื่องใช้เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

๖. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อถอดบทเรียนการบริหารจัดการบริการคลินิกใช้หวัด ในสถานการณ์โควิด ๑๙ โรงพยาบาลท่าวังผา จ.น่าน

๗. ระเบียบวิธีวิจัย (research methodology)

- รูปแบบของการวิจัย (research design).

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ในการถอดบทเรียนการจัดการบริการคลินิกใช้หวัด ในสถานการณ์โควิด ๑๙ โรงพยาบาลท่าวังผา จ.น่าน โดยการใช้วิธีแบบผสมวิธี (Mixed Methods) เริ่มต้นด้วยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และเสริมด้วยการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Method) แบ่งขั้นตอนการดำเนินงานเป็น ๓ ระยะคือ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะสรุปผล ระหว่างเดือน มกราคม ๒๕๖๕ ถึง มิถุนายน ๒๕๖๕ และทำการเก็บรวบรวม ข้อมูลผ่านกิจกรรมการถอดบทเรียนระหว่างวันที่ ๑-๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพและผู้รับบริการสุขภาพ โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน ๒๐ คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่คลินิกใช้หวัด พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติงานที่คลินิกใช้หวัด พนักงานทำความสะอาดที่คลินิกใช้หวัด และผู้รับบริการ

- กรอบแนวคิด

การบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขไทยในการรับมือโรคโควิด-๑๙

- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (instrument of research)

จากข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขไทยในการรับมือโรคโควิด-๑๙ ประกอบด้วยประเด็นคำถามหลัก ๔ ประเด็น คือ

(๑) วิเคราะห์สถานการณ์โรคโควิด ๑๙ อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่านเป็นอย่างไร

(๒) วิเคราะห์การดำเนินงานและการบริหารจัดการบริการคลินิกใช้หวัด ในสถานการณ์โควิด อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

(ก) วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยความสำเร็จ ในการจัดบริการคลินิกไข้หวัด ในสถานการณ์โควิด อำเภотаวังผา จังหวัดน่าน

(ข) บทเรียนและข้อเสนอแนะในการจัดบริการคลินิกไข้หวัด ในสถานการณ์โควิด อำเภотаวังผา จังหวัดน่านเป็นอย่างไร

ข้อความทั้ง ๔ ประเด็นได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๓ ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ ๑ ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง ๒ ท่าน

- ระยะเวลาในการทำวิจัย นับตั้งแต่ มกราคม ๒๕๖๕ ถึง มิถุนายน ๒๕๖๕
- สถิติที่ใช้ เชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และร้อยละ
- ผลการวิจัย

การบริหารจัดการสามารถจำแนกออกเป็น ๔ ประเด็นหลัก คือ ๑) วิเคราะห์สถานการณ์โรคโควิด ๑๙ อำเภотаวังผา จังหวัดน่านเป็นอย่างไร (๒) วิเคราะห์การดำเนินงานและการบริหารจัดการบริการคลินิกไข้หวัด ในสถานการณ์โควิด อำเภотаวังผา จังหวัดน่าน (๓) วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยความสำเร็จ ในการจัดบริการคลินิกไข้หวัด ในสถานการณ์โควิด อำเภотаวังผา จังหวัดน่าน (๔) บทเรียนและข้อเสนอแนะในการจัดบริการคลินิกไข้หวัด ในสถานการณ์โควิด อำเภотаวังผา จังหวัดน่านเป็นอย่างไร โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) ผลการวิเคราะห์สถานการณ์โรคโควิด ๑๙ อำเภотаวังผา จังหวัดน่าน

ตารางที่ ๑.๑ ข้อมูลผู้ป่วยโควิด-๑๙ อำเภотаวังผาทั้งหมด ตั้งแต่เดือน มกราคม ๒๕๖๕-มิถุนายน ๒๕๖๕

เดือน	จำนวนผู้ป่วย โควิด-๑๙ (คน)	เฉลี่ย คน/วัน	ผู้รับบริการที่เป็น โควิด-๑๙ที่พบใน ARI Clinic(ราย)	ร้อยละผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่ตรวจพบใน ARI Clinic
มกราคม ๒๕๖๕	๑๘๙	๖	๔๒	๒๒.๒๒
กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕	๓๓๒	๑๒	๑๓๗	๔๑.๒๗
มีนาคม ๒๕๖๕	๑๐๕๔	๓๔	๘๒๑	๗๗.๘๙
เมษายน ๒๕๖๕	๕๖๕๘	๑๖๕	๑๗๗๘	๓๘.๑๗
พฤษภาคม ๒๕๖๕	๑๖๒๙	๖๒	๙๘๓	๖๐.๓๔
มิถุนายน ๒๕๖๕	๕๖๖	๒๕	๔๓๑	๗๖.๑๕
รวม /ค่าเฉลี่ย	๘๔๒๘	๕๑	๔๑๙๒	๕๒.๖๗

จากตารางที่ ๑.๑ แสดงข้อมูลผู้ป่วยโควิด-๑๙ของอำเภотаวังผา จังหวัดน่านตั้งแต่เดือน มกราคม ๒๕๖๕-มิถุนายน ๒๕๖๕ทั้งหมด พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากคลินิกไข้หวัด ของโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่านเฉลี่ยร้อยละ ๕๒.๖๗ และอีกร้อยละ ๔๗.๓๓ ได้รับการวินิจฉัยจากพยาบาลเวชปฏิบัติ เครือข่ายบริการสาธารณสุขทุกแห่งในอำเภотаวังผา

ตารางที่ ๑.๒ ข้อมูลการเข้ารับบริการที่คลินิกไข้หวัด งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ตั้งแต่ เดือน มกราคม ๒๕๖๔- มิถุนายน ๒๕๖๕

เดือน	จำนวน ผู้รับบริการ ทั้งหมด(ราย)	เฉลี่ย คน/วัน	ผู้รับบริการที่เป็น โควิด-๑๙ (ราย)	เฉลี่ย คน/วัน	ร้อยละผู้ป่วยโควิด-๑๙ เทียบกับจำนวน ผู้เข้ารับบริการ
มกราคม ๒๕๖๕	๕๑๐	๑๖	๔๒	๑	๘.๒๔
กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕	๔๒๔๔	๑๕๒	๑๓๗	๕	๓.๒๓
มีนาคม ๒๕๖๕	๔๕๑๕	๑๔๖	๘๒๑	๒๖	๑๘.๑๘
เมษายน ๒๕๖๕	๔๙๕๖	๑๖๕	๑๗๗๘	๕๙	๓๕.๘๘
พฤษภาคม ๒๕๖๕	๑๙๒๐	๖๒	๙๘๓	๓๒	๕๑.๒๐
มิถุนายน ๒๕๖๔	๗๖๑	๒๕	๔๓๑	๑๔	๕๖.๖๔
รวม /เฉลี่ย	๑๖๙๐๖	๙๔	๔๑๙๒	๒๓	๒๘.๘๙

ตารางที่ ๑.๒ แสดงข้อมูลจำนวนผู้รับบริการที่คลินิกไข้หวัดทั้งหมด และวินิจฉัยว่าเป็นโควิด-๑๙ ตั้งแต่เดือน มกราคม ๒๕๖๕-มิถุนายน ๒๕๖๕ พบว่ามีผู้รับบริการเฉลี่ยวันละ ๙๔ ราย และเป็นผู้ป่วยโควิด-๑๙ เฉลี่ยวัน ละ ๒๓ รายคิดเป็นร้อยละ ๒๘.๘๙ จากข้อมูลการเข้ารับบริการและการวินิจฉัยผู้ป่วยโควิดที่คลินิกไข้หวัดของ โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๖๕-มิถุนายน ๒๕๖๕ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ตามลำดับ

(๒) ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานและการบริหารจัดการบริการคลินิกไข้หวัด ในสถานการณ์โควิด อำเภอ ท่าวังผา จังหวัดน่าน ผู้ศึกษาได้แบ่งการวิเคราะห์ไว้ดังนี้

ด้านบุคลากร (Staff) คลินิกไข้หวัด โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่านได้มอบหมายให้อยู่ภายใต้การดูแล ควบคุม กำกับบริการจัดบริการโดย งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าวังผา ซึ่งมีหัวหน้างานผู้ป่วยนอกเป็นผู้รับคำสั่งในการปฏิบัติตามแนวทางที่คณะกรรมการที่มำด้านคลินิกของโรงพยาบาลเป็นผู้กำหนด

การจัดอัตรากำลัง ประกอบด้วย แพทย์ ๑ คน เภสัชกร ๑ คน นักเทคนิคการแพทย์ ๑ คน นักรังสีการแพทย์ ๑ คน พยาบาลวิชาชีพ ๒ คน พยาบาลวิชาชีพด้านการควบคุมป้องกันโรค ๑ คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ๑ คน พนักงานทำความสะอาด ๑ คน รวมทั้งหมด ๙ คน/วัน ยกเว้นหากมีการระบาดมามีผู้เข้ารับบริการมากกว่า ๖๐ คน/วันจะมีบุคลากรอื่นมาช่วยเช่น จนท.แพทย์แผนไทย มาช่วยลงทะเบียนการเข้ารับการรักษา , ทันตแพทย์มาช่วยทำหัตถการ ตรวจ ATK , นักวิชาการสาธารณสุขมาช่วยสอบสวนโรค , จัดพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ขึ้นมาเพิ่มจากปกติ

การพัฒนาทักษะ

- ในการใช้อุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้ถูกต้อง ปลอดภัย มีการฝึกปฏิบัติ และขณะปฏิบัติงานจะมีพยาบาลICคอยควบคุมกำกับและชี้แนะ
- การสร้างทัศนคติที่ดีในการให้บริการในช่วงวิกฤตของโรค
- การจัดเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ให้ไม่เกิน ๒ วันเพื่อป้องกันการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน

ด้านระบบบริการ (System)

นโยบาย : การบริหารจัดการในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-๑๙ เป็นสถานการณ์ที่ไม่ปกติ มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการดำเนินงานตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจำเป็นต้องมีผู้นำทางการพยาบาลที่เข้าใจถึงแนวทางการดำเนินงานและสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทราบอย่างทันที่วงที่ โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน เป็นผู้นำทางการพยาบาลสูงสุดมีหน้าที่ประสานการให้บริการทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล และการบริหารจัดการที่คลินิกใช้หวัดได้มอบหมายให้หัวหน้างานผู้ป่วยนอก เป็นผู้ควบคุม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย

ระบบการคัดกรอง : ใช้แนวทางการซักประวัติ คัดกรองผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ของงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา เพิ่มเติม แบบสอบสวนโรคผู้ป่วยที่เข้าข่ายสงสัย หรือมีประวัติเสี่ยง กำหนดโดยทีมนำด้านคลินิกของโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน : กำหนดโดยทีมนำด้านคลินิกของโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ ตั้งแต่การเข้ารับบริการ-การคัดกรอง-การตรวจประเมินทางห้องปฏิบัติการ-การพบแพทย์-การให้การรักษาพยาบาล-การส่งต่อ (กลับบ้าน/นอนโรงพยาบาล/โรงพยาบาลสนาม/โรงพยาบาลอื่น) มีการปรับเปลี่ยนตามนโยบายของประเทศ จังหวัด และพื้นที่เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการมีความปลอดภัย และลดความแออัดในโรงพยาบาล

การจัดโซน (Zoning) : มีการจัดโซนเป็น สัดส่วน ประกอบด้วย

โซนเข้ารับบริการของผู้ป่วย แบ่งเป็น ๒โซน - ผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจที่ยังไม่มีผลการตรวจ ATK , ผู้ป่วยที่มาจากพื้นที่เสี่ยง /หรือมีผลตรวจ ATK ด้วยตนเองมาแล้ว

โซนสำหรับผู้ให้บริการ แบ่งเป็น ๒ โซนตามกลุ่มผู้รับบริการในการจัดบริการแก่ผู้ป่วย เช่น การคัดกรองซักประวัติ การตรวจรักษาโดยแพทย์ และการจ่ายยา จุดให้บริการตรวจ ATK , ห้องเอกเรย์สำหรับผู้ป่วยที่มีผลบวก ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงทุกราย

การใช้ระบบIT : การลงทะเบียนการเข้ารับบริการของโรงพยาบาล/สปสข. การรักษาพยาบาล และการส่งต่อผู้ป่วย ทุกกระบวนการล้วนต้องใช้ระบบITเข้า



เกี่ยวข้อง ดังนั้นการให้บริการที่ได้คุณภาพแล้วต้องมองถึงความปลอดภัยของผู้ให้บริการที่ต้องลดการสัมผัสผู้ป่วย ทางหน่วยITของโรงพยาบาลได้จัดทำนวัตกรรมในการลงทะเบียนการเข้ารับบริการที่ลดการสัมผัสผู้ป่วย

จัดระบบคิว : ใช้ระบบบัตรคิวที่แผนกITได้ทำให้จากระบบ

ระบบการสื่อสาร: แบ่งได้ดังนี้

การสื่อสารแนวทางปฏิบัติให้ทีมผู้ปฏิบัติหน้างานได้รับทราบและปฏิบัติตามต้องรวดเร็ว ถูกต้อง หากพบมีปัญหาต้องรีบแก้ไขโดยด่วน

การสื่อสารให้ประชาชนเข้ารับบริการให้ถูกสถานที่ เวลาให้บริการ การเตรียมตัวก่อนมารับบริการ

การสื่อสารแผนการรักษาและการจัดการตนเองของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นเรื่องสำคัญ เพราะมีผู้ป่วยบางกลุ่มต้องไปกักตัวดูแลตัวเองที่บ้านให้มีความปลอดภัยทั้งตัวผู้ป่วย/เพื่อนร่วมบ้าน

การรายงานข้อมูลข่าวสารให้ผู้บริหารองค์กร และศูนย์ปฏิบัติการอำเภอ/จังหวัด ได้รับทราบถึงสถานการณ์

**ด้านโครงสร้าง
เครื่องมือ/
เครื่องใช้
(Structure)**

- โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่านได้มีการจัดสถานที่ที่แยกจากแผนกผู้ป่วยนอก โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย และผู้ให้บริการเป็นสำคัญ

- อุปกรณ์ทางการแพทย์ เครื่องใช้เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและเวชภัณฑ์ ในช่วงแรกมีไม่เพียงพอเพราะการประมาณการยังไม่แม่นยำเท่าที่ควร แต่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรภาคีเครือข่ายภาครัฐ และประชาชน ต่อมามีการวางแผนและประมาณการจัดหาและใช้ที่เหมาะสมทำให้อุปกรณ์ทุกอย่างมีเพียงพอ

(๓) ผลการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยความสำเร็จ ในการจัดบริการคลินิกใช้หวัด ใน สถานการณ์โควิด อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

ผู้วิจัยได้แบ่งการวิเคราะห์ตามช่วงเวลาของการจัดบริการ ดังนี้

ช่วงเวลา	ปัญหาอุปสรรค	ปัจจัยความสำเร็จ
มี.ค.๖๓-ก.ย.๖๓	๑. มีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลจัดตั้ง คลินิกใช้หวัดแต่ไม่ชัดเจน ๒. สถานที่ไม่เหมาะสม คับแคบ ไม่เป็น สัดส่วน ๓. ขาดแคลนอุปกรณ์ในการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อ	๑.เป็นนโยบายที่สั่งการให้ทุก โรงพยาบาลต้องดำเนินการ ๒. เกิดความร่วมมือของภาคประชา สังคมในการร่วมกันบริจาคอุปกรณ์ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ให้กับสถานบริการ ๓.เกิดการพัฒนาทักษะของ



ช่วงเวลา	ปัญหาอุปสรรค	ปัจจัยความสำเร็จ
	๔. บุคลากรยังขาดองค์ความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มีความกลัวที่จะติดเชื้อโรคมามาก	ผู้ปฏิบัติงานในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
ต.ค.๖๓-ก.ย.๖๔	๑. ประชาชนยังขาดความรู้และตระหนักในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ๒. ประชาชนที่ติดเชื้อ/มาจากพื้นที่เสี่ยง ปิดบัง-ข้อมูล Time line	๑. มาตรการทางกฎหมายที่สั่งการมาจากระดับประเทศ เช่นห้ามคนเดินทาง / ความผิดของคนที่พักปิดข้อมูล หรือมาตรการการเข้าจังหวัดน่านตามประกาศของจังหวัดน่าน ๒. เกิดมาตรการทางสังคมเช่น ห้ามทำกิจกรรมรวมกลุ่ม / คนที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด ให้ตรวจ ATK ก่อนเข้าชุมชน
ต.ค.๖๔-มิ.ย.๖๕	๑. จำนวนผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากประชาชนเข้าถึงข้อมูลมากขึ้น และชุมชนมีมาตรการทางสังคมที่เข้มขึ้นมากขึ้น ๒. นโยบายระดับประเทศมีการผ่อนคลายเพื่อให้ระบบเศรษฐกิจฟื้นตัว เช่น เปิดจังหวัดท่องเที่ยว เปิดเส้นทางการคมนาคมระหว่างประเทศ จังหวัดมากขึ้น ๓. ประชาชนต่างจังหวัดมีการเดินทางเข้าพื้นที่ และมีการจัดกิจกรรมในชุมชนที่มีการรวมกลุ่มเพิ่มขึ้น เช่น งานศพ งานแต่งงาน งานเลี้ยงผี (ตามความเชื่อของชุมชน) ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อเป็นกลุ่มเพิ่มขึ้น	๑. ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการจัดสถานที่ให้มีความปลอดภัยจึงได้มีการปรับสถานที่ และโซนการให้บริการให้เหมาะสม ปลอดภัย ๒. มีการกำหนดผู้นำทางการพยาบาลที่มีหน้าที่อำนวยความสะดวกและเชื่อมประสานความร่วมมือทั้งภายในและภายนอก ๓. มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้นและสามารถสื่อสารให้ทีมผู้ปฏิบัติงานได้รับทราบและปฏิบัติตามนโยบายที่เปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ของโรคได้ตลอดเวลา ๔. เกิดความร่วมมือของบุคลากรหลายหน่วยงานเข้ามาช่วยเพื่อให้บริการจัดการได้รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย ๕. เกิดความร่วมมือของเครือข่ายบริการสาธารณสุขในพื้นที่ในการคัดกรอง ตรวจ ATK ผู้ป่วยในพื้นที่



ช่วงเวลา	ปัญหาอุปสรรค	ปัจจัยความสำเร็จ
		เพิ่มขึ้นทำให้ลดการเข้ารับบริการที่รพ. ๔. เกิดนวัตกรรมจากการทำงาน เช่น การใช้ITเข้ามาช่วยในการลงทะเบียนเข้ารับการรักษาเพื่อลดการสัมผัส

- สรุป

การบริหารจัดการภายใต้สถานการณ์ฉุกเฉินของการระบาดของโรคโควิด-๑๙ ของ คลินิก ใช้หัตถ์ โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน จะต้องอาศัยผู้นำทางการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ เช่นบริบทของโรค บริบทของสถานที่ให้บริการ ทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง วัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น และเวชภัณฑ์ เพื่อการบริหารให้เหมาะสมเพราะการบริหารสถานการณ์ภายใต้การระบาดของโรคที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้อย่างแน่นอน เป็นอุปสรรคต่อการบริหารอย่างยิ่ง นอกจากนี้ยังมี ปัจจัยในการบริหารในหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการวางแผน การอำนวยความสะดวก การประสานงาน และการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานและผู้มารับบริการ ปัจจัยข้างต้นล้วนส่งผลกระทบต่อการบริหารงานทั้งสิ้น ฉะนั้นการให้ความร่วมมือจากบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ผู้มารับบริการ เครือข่ายบริการสาธารณสุขในพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนราชการ และภาคีเครือข่ายประชาสังคม จะส่งผลให้การบริหารงานมีประสิทธิภาพ

- ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน

- พัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการคลินิกใช้หัตถ์ในเครือข่ายบริการสาธารณสุขทุกแห่งให้สามารถให้การดูแลรักษาได้ตามมาตรฐาน และกำหนดแนวทางการส่งต่อโรงพยาบาลท่าวังผากรณีพบผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายและลดความแออัดที่โรงพยาบาล
- ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจโรค แนวทางการควบคุมป้องกัน การรักษาและการเข้ารับการรักษา ในสถานบริการใกล้บ้าน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- เสนอให้ภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคม สร้างมาตรการในชุมชน และพัฒนาศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรค
- เสนอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีแผนงานโครงการเพื่อส่งเสริม สนับสนุนการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนและรองรับการแพร่กระจายของโรคที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามที่กำหนด
- เสนอให้สาธารณสุขมีความพร้อมในการจัดบริการให้ได้คุณภาพ มาตรฐานและส่งเสริมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้ประชาชนในพื้นที่ที่มีความรู้ในการจัดการตนเองให้ปลอดภัยจากโรคโควิด-๑๙

๘. การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

- พัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการคลินิกไข้หวัด โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน เพื่อเข้าสู่การเป็นโรคประจำถิ่นของโควิด-๑๙
- พัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการคลินิกไข้หวัดในเครือข่ายบริการสาธารณสุขทุกแห่งให้สามารถให้การดูแลรักษาได้ตามมาตรฐาน และกำหนดแนวทางการส่งต่อโรงพยาบาลท่าวังผากรณีพบผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายและลดความแออัดที่โรงพยาบาล
- ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจโรค แนวทางการควบคุมป้องกัน การรักษาและการเข้ารับการรักษาในสถานบริการใกล้บ้าน

๙. บทเรียนที่ได้รับ

- การเตรียมการรับมือภาวะวิกฤตแม้เป็นสิ่งใหม่แต่สามารถเรียนรู้จากบทเรียนในอดีต เช่น วิกฤตการระบาดของไข้หวัดสเปน SARS CoV-๒, MERS CoV และการระบาดของโรค Covid-๑๙ จากประเทศอื่นๆ การจัดการแม้จะไม่สามารถเตรียมการได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดแต่ก็สามารถผ่านวิกฤตไปได้ด้วยดี
- ธรรมชาติของบุคลากรสาธารณสุขที่มีบุคลิกลักษณะเป็นผู้มีจิตสาธารณะและรักการเรียนรู้รอบด้าน ทั้งศาสตร์และศิลป์เป็นส่วนใหญ่ทำให้ปรับตัวได้ไว และพยายามหาวิธีที่จะฝ่าฟันวิกฤตให้ผ่านพ้นไปได้ ลักษณะดังกล่าวทำให้เกิดความร่วมมืออย่างไม่มีเงื่อนไข
- การบริหารจัดการ และการตัดสินใจ ในสถานการณ์ที่วิกฤตใดๆก็ตามต้องมุ่งสู่เป้าหมายเดียวกัน การรวมใจเป็นหนึ่งในขั้นเริ่มต้น ซึ่งต้องการผู้นำที่มีความเสียสละ มีความเห็นใจกัน

๑๐. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- นโยบายทุกระดับชัดเจน และมีมาตรการทางกฎหมายเข้ามากำหนดให้ประชาชนได้เป็นแนวปฏิบัติ และมีแนวทางปฏิบัติของการให้บริการที่คลินิกไข้หวัดที่ชัดเจน ไม่ซับซ้อน เปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ของโรคได้เหมาะสม
- มีผู้นำทางการแพทย์ที่เข้าถึงหน่วยงานและคาดการณ์สถานการณ์ที่แม่นยำชี้แนะชัดเจน
- บุคลากรมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานและมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานให้ปลอดภัย
- มีสถานที่ที่เหมาะสม ปลอดภัย และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่พร้อม มีเพียงพอ และมีคุณภาพที่จะให้บริการได้อย่างปลอดภัย
- ความร่วมมือของทีมผู้ให้บริการในโรงพยาบาล เครือข่ายบริการสาธารณสุขในเขตอำเภอท่าวังผา ส่วนราชการ ท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคมในพื้นที่
- การสื่อสารที่ชัดเจนเข้าใจง่ายในทุกกระดับ

๑๑. เอกสารอ้างอิง

ศูนย์ปฏิบัติการด้านนวัตกรรมการแพทย์และการวิจัยและพัฒนาศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-๑๙ (ศบค.) [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๕ [สืบค้นเมื่อ ๑ ก.ค.๖๕ ๒๕๖๕]. แหล่งข้อมูล: <https://covid๑๙.nrct.go.th/daily-report-๓๐jun๒๐๒๒/>

กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-๑๙ อัปเดตรายวัน [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๕ [สืบค้นเมื่อ ๑ก.ค. ๒๕๖๕]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/covid๑๙-dashboard/>

ประกาศกรมการแพทย์ เรื่องแนวทางการจัดตั้งคลินิกตรวจโรคระบบทางเดินหายใจ ลงวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๓

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน รายงานสถานการณ์โควิด-๑๙ จังหวัดน่านวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคโควิด-๑๙ อำเภอท่าวังผา โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน. รายงานสถานการณ์โควิด-๑๙ อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕



การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ อำเภอท่าวังมา จังหวัดน่าน

นางอุดมศรี ไชยชนะ ,นางสาวจิตริยา บุญชุม,นายธนาวุฒิ ยศหล้า,
นางสาวกรรณิกา ไชยเสน

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด-๑๙ (Coronavirus Disease ๒๐๑๙(COVID-๑๙)) เริ่มต้นจากเมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน อันตรายที่ทำให้เสี่ยงถึงชีวิต จะเกิดขึ้นเมื่อระบบภูมิคุ้มกันโรคของเราไม่แข็งแรง หรือเชื้อไวรัสเข้าไปทำลายการทำงานของปอด โดยเชื้อไวรัสจะแพร่กระจายลูกกลมอย่างรวดเร็วและเพิ่มมากขึ้นจนทำให้ปอดเกิดการเสียหายและสูญเสียการทำงานหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ^(๑) ในวันที่ ๓๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓ และประกาศให้เป็นโรคระบาดทั่วไป ในวันที่ ๑๑ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๓ โรคโควิด-๑๙ มีการแพร่เชื้อระหว่างคนในลักษณะเดียวกับไข้หวัดใหญ่โดยผ่านการติดเชื้อจากละอองเสมหะ จากการไอ ระยะเวลาระหว่างการสัมผัสเชื้อและเริ่มมีอาการ โดยทั่วไปแล้วอยู่ที่ ๕ วันแต่มีช่วงอยู่ระหว่าง ๒ ถึง ๑๔ วัน^(๒) อาการที่พบบ่อยได้แก่ มีไข้ ไอ และหายใจลำบาก ภาวะแทรกซ้อนอาจรวมไปถึงปอดบวม และกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน มาตรการป้องกันที่มีการแนะนำ คือการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การอยู่ห่างจากบุคคลอื่น (โดยเฉพาะกับบุคคลที่ป่วย) ติดตามอาการ และกักตนเองเป็นเวลา ๑๔ วันในกรณีที่สงสัยว่าตนอาจติดเชื้อ ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อ COVID-๑๙ รายแรกในวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๓ ซึ่งเป็นผู้ที่เดินทางมาจากประเทศจีน ผู้ป่วยกลุ่มถัดมาคือ ผู้ประกอบอาชีพสัมผัสกับนักท่องเที่ยว จากนั้นพบการติดเชื้อในกลุ่มนักท่องเที่ยวที่นิยมไปกินดื่ม และพบการระบาดที่เป็นกลุ่มก้อนใหญ่คือ การระบาดในสนามมวยลุมพินี สนามมวยราชดำเนิน ทำให้พบผู้ติดเชื้อเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงมีการประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๓ โดยพบการระบาดระลอกแรกในเดือนมีนาคม พ.ศ.๒๕๖๓ ซึ่งนายกรัฐมนตรีได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๘ ในวันที่ ๒๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ และวันที่ ๒๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓^(๓) ได้ประกาศข้อกำหนดตามความในมาตรา ๙ แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการแผ่นดินในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๘ (ฉบับที่ ๑) เพื่อให้สามารถแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินให้ยุติลงได้เร็ว และป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ร้ายแรงมากขึ้น ซึ่งสามารถควบคุมได้สำเร็จ เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓^(๔) ต่อมาพบการระบาด ระลอกที่ ๒ เริ่มในเดือนธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๓ เป็นการระบาดที่มีขนาดใหญ่กว่าการระบาดระลอกแรก ซึ่งเป็นการระบาดในกลุ่มแรงงานต่างชาตินิยมมาในจังหวัดสมุทรสาคร โดยพบผู้ติดเชื้อมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น และเกิดการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างจากประชากรภายในประเทศ โดยสถานการณ์การระบาดเริ่มดีขึ้นในช่วงเดือน มิถุนายน ๒๕๖๕ มีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่โรคประถิณ ซึ่งในอนาคตไม่อาจทราบว่าจะมีการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ทำให้เกิดการแพร่กระจายขยายตัวไปเพียงใด ดังนั้น จำเป็นต้องดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์ปัจจุบันอย่างเต็มที่และเตรียมความพร้อมให้เหมาะสมและทันสถานการณ์ เพื่อรองรับกับสถานการณ์ที่อาจเปลี่ยนแปลงเพื่อลดความเสียหายและผลกระทบให้เหลือน้อยที่สุด^(๕) งานควบคุมและป้องกันโรค โรงพยาบาลท่าวังมาจึงทำวิจัยเพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน

และควบคุมโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน พร้อมทั้งศึกษาปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นบทเรียนหรือแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นใหม่ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ในแต่ละระยะของการระบาด

ระเบียบวิธีวิจัย (research methodology)

- แบบของการวิจัย (research design)

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยมีกิจกรรมการดำเนินการออกเป็น ๔ ขั้นตอนหลักคือ (๑) การวางแผน (planning) (๒) การลงมือปฏิบัติงาน (action) (๓) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (observation) และ (๔) การสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (reflection)

ขั้นตอนการพัฒนา

ขั้นที่ ๑ วางแผน การดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบได้แก่ การจัดทำแนวทางการซักประวัติคัดกรองการสอบสวนโรค การวินิจฉัยโรค แนวทางในการประสานงาน การส่งต่อ การดูแลรักษา การเก็บส่งตรวจ โดยการศึกษาคู่มือต่างๆ ที่กรมควบคุมโรคได้มีการประกาศใช้ และปรับปรุงเนื้อหาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันต่อสถานการณ์และพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค

ขั้นตอนที่ ๒ การลงมือปฏิบัติในแนวทางการซักประวัติคัดกรอง การสอบสวนโรค การวินิจฉัยโรคแนวทางการประสานงาน การส่งต่อ การดูแลรักษา การเก็บส่งตรวจ การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย มาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดระบบการดูแลและการพยาบาล ผู้ป่วยโควิด ๑๙ และเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน

ขั้นที่ ๓ การสังเกตผล เป็นการประเมินผลการดำเนินงานจากแนวทางที่พัฒนาร่วมกันในการศึกษารั้งนี้ ผลลัพธ์ที่ได้จากแนวทางการดำเนินงาน ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI), จำนวนผู้ป่วยยืนยัน COVID-๑๙, จำนวนผู้สัมผัสเสี่ยงสูง (HRC) ,จำนวนผู้ป่วยที่ส่งเข้าสู่ระบบการรักษา,ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน

ขั้นที่ ๔ การสะท้อนผลการพัฒนาทั้งด้านแนวทางการระดมทุน และผลลัพธ์จากการพัฒนาให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำหนดเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล

-เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบฟอร์มการคัดกรอง ผู้สงสัยติดเชื้อโคโรนาไวรัส ๑๙ หรือกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด ๑๙ ,แบบรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ๒๐๑๙ แบบฟอร์มบันทึกผู้ป่วยโควิด ๑๙

-ด้านผลลัพธ์ที่ได้จากแนวทางการดำเนินงาน ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) ที่ จำนวนผู้ป่วยยืนยัน COVID-๑๙, จำนวนผู้สัมผัสเสี่ยงสูง (HRC) จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา โดยใช้สถิติจำนวนและร้อยละ

-ระยะเวลาในการทำวิจัย นับตั้งแต่...๑ มกราคม ๒๕๖๓...ถึง.... ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕.....

- สถิติที่ใช้.....สถิติจำนวนและร้อยละ.....

ผลการวิจัย (สาระสำคัญที่ได้จากการวิจัย /ศึกษา/ทดลอง)

ระยะที่ ๑ เริ่ม ๑ ม.ค.๒๕๖๓ ถึง วันที่ ๑๔ เมษายน ๒๕๖๔ (ก่อนการระบาด)

๑. การบริหารจัดการระบบเฝ้าระวังคัดกรอง สอบสวน ควบคุมป้องกันโรค ที่มีโครงสร้าง มีความครอบคลุมและมีโครงสร้างมอบหมายงานชัดเจน

๑) เจ้าหน้าที่ได้แก่ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (ศปค.อ) คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคตำบล (ศปค.ต) ผู้นำชุมชน และ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมบริหารจัดการระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคในพื้นที่

๒) จัดระบบการเฝ้าระวัง คัดกรองผู้ป่วย และสอบสวนติดเชื้อโคโรนาไวรัส ๒๐๑๙ โดยใช้แนวทางจากกรมควบคุมโรค ตามคู่มือของกระทรวงสาธารณสุขตลอด ๒๔ ชั่วโมง และรายงานผู้บัญชาการเหตุการณ์ทันที เมื่อพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และแจ้งผู้บัญชาการทุกระดับ

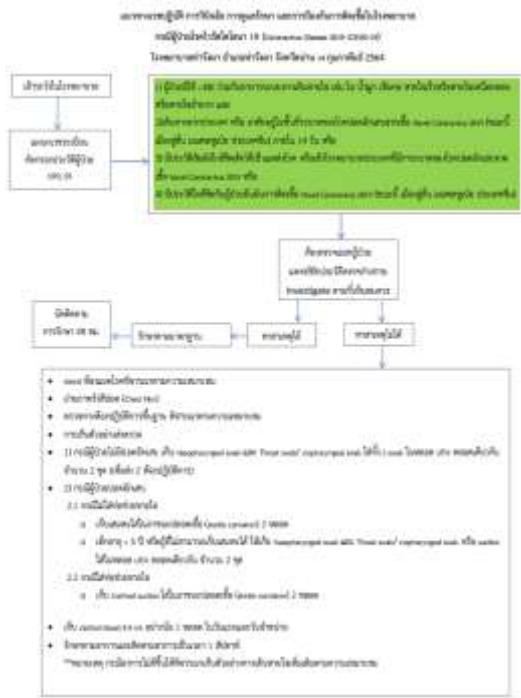
๓) มีระบบรายงานข้อมูลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงทุกระดับ ที่ถูกต้องเป็นปัจจุบันทุกวัน

๒. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส COVID - ๑๙ ที่ถูกต้อง รวดเร็ว อย่างต่อเนื่อง แก่ อสม. ภาคีเครือข่ายและประชาชน ออกติดตาม คั่นหากกลุ่มเสี่ยง ให้คำแนะนำ สำหรับผู้เดินทางจากพื้นที่เสี่ยงเข้ามาพักตัวที่บ้าน มีการรายงานแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีผ่านโทรศัพท์ และ Line Application ระยะเวลา ๑๔ วัน หากตนเองหรือคนในครอบครัวผู้ใกล้ชิด มีใช้หรือมีอาการร่วมอย่างใดอย่างหนึ่งรีบแจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทันที เพื่อจัดรถพยาบาลไปรับรักษาที่โรงพยาบาล เน้นมิให้มีการปกปิดข้อมูลใช้มาตรการทางกฎหมาย พ.ร.บ. ควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ ตั้งด่านตรวจคัดกรองเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงทุกหมู่บ้าน ตำบล

๓. การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมคิดร่วมวางแผน ร่วมดำเนินกิจกรรม ร่วมประเมินผลการ

เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค COVID-๑๙

๔. มีการจัดทำ แนวทางปฏิบัติต่างๆ ดังนี้- กำหนดบทบาทหน้าที่ตั้งแต่ระบบคัดกรอง การประสานงาน การรายงานระบาดวิทยาเพื่อ สอบสวนโรค การส่งต่อ - จัดทำแนวทางการแนวทางการออกสอบสวนโรค COVID -๑๙ คปสอ.ท่าวังผา - จัดทำแนวทางปฏิบัติในการ เก็บสิ่งส่งตรวจส่ง COVID-๑๙ การส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ- จัดทำแนวทางการดูแลและวินิจฉัยการติดเชื้อกรณีผู้ป่วยที่เข้าได้กับปอดอักเสบ/ สงสัยปอด อักเสบจากเชื้อ COVID-๑๙ และปรับค่านิยามตาม กรมควบคุมโรค



แผนภาพที่ ๒ แนวทางปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวน
 สอบสวน
 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ โรงพยาบาลท่าม่วง
 วันที่ ๑๔ ก.พ. ๒๕๖๓

แผนภาพที่ ๒ แนวทางปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเข้าเกณฑ์
 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ โรงพยาบาลท่าม่วง
 วันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๔

ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค

ระยะที่ ๑ เริ่ม ๑ ม.ค.๒๕๖๓ ถึง วันที่ ๑๔ เมษายน ๒๕๖๔ (ก่อนการระบาด)

๑. ผลการเฝ้าระวังผู้ที่เดินทางกลับมาจากต่างประเทศที่มีการระบาด ในช่วงวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๓ อำเภอท่าม่วงฯ ดังนี้ ผู้ที่เดินทางเข้ามามีจำนวน ๓๖ ราย เพศชาย ๑๗ ราย เพศหญิง ๑๙ ราย หมู่บ้านที่มีผู้เดินทางเข้ามามากที่สุด คือ บ้านนาหนูน๑ จำนวน ๔ราย รองลงมาคือบ้านวังบัว,บ้านสบเป็ด,บ้านเชียงแลหมู่บ้านละ ๓ ราย,บ้านฝายมูล,บ้านสบสาย,บ้านสันติสุข,บ้านห้วยธนู หมู่บ้านละ ๒ ราย ,บ้านลอมกลาง,บ้านสบหนอง,บ้านท่าค้ำ,บ้านดอนตัน ๒,บ้านยู่งกลาง,บ้านสันเจริญ,บ้านต้นอ่าง,บ้านป่าไคร้,บ้านท่าวังผา๓,บ้านดอยตี้ว,บ้านนาเฟือก,บ้านยู่ง,บ้านฮวก,บ้านนาหนูน๓,บ้านปางสา หมู่บ้านละ ๑ ราย เดินทางมาจากประเทศลาวมากที่สุด จำนวน ๘ ราย รองลงมาคือ ญี่ปุ่น ๕ ราย,เกาหลีใต้ ๕ ราย ,กัมพูชา ๓ ราย,จีน ๒ ราย,มาเลเซีย ๒ ราย,สหรัฐอเมริกา ๒ ราย,ออสเตรเลีย,เวียดนาม,สเปน,เดนมาร์ค,สาธารณรัฐเช็ก,ไต้หวัน,ออสเตรเลีย,ฝรั่งเศส,ฟิลิปปินส์ จำนวนประเทศละ ๑ ราย ในระหว่างที่เฝ้าระวังอาการ จำนวน ๑๔ วัน ไม่พบผู้ป่วยมีอาการสงสัยโควิด-๑๙

๒. ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) ประชากรกลุ่มเสี่ยง หรือสถานที่เสี่ยง (Sentinel surveillance) ระหว่างวันที่ ๑๘ มีนาคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔ ดังนี้
 -**มีนาคม ๒๕๖๓** ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค ๒ ราย เพศชาย สัญชาติไทย ทั้ง๒ ราย อายุ ๕๔และ๔๔ ปี อาศัยอยู่ในตำบลแสนทองและตำบลจอมพระ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบสารพันธุกรรมไวรัสโรนา
 -**เมษายน ๒๕๖๓** ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค ๑ ราย เพศชาย สัญชาติไทย อายุ ๙ ปี อาศัยอยู่ในตำบลท่าม่วงผา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบสารพันธุกรรมไวรัสโรนา

-**พฤษภาคม ๒๕๖๓** ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค ๑ ราย เพศหญิง สัญชาติไทย อายุ ๘๓ ปี อาศัยอยู่ ๒๐๑ หมู่ ๑ ต.ต้า อ.อำเภอขุนตาล จ.เชียงราย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบสารพันธุกรรมไวรัสโรนา

-**กรกฎาคม ๒๕๖๓** ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค ๑ ราย เพศชาย สัญชาติไทย อายุ ๑๘ ปี อาศัยตำบลจอมพระ

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบสารพันธุกรรมไวรัสโรนา

-**สิงหาคม ๒๕๖๓** ไม่พบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค ดำเนินการ Sentinel surveillance กลุ่มแรงงานต่างด้าว จำนวน ๔๔ ราย เพศชาย ๓ ราย เพศหญิง ๔๑ ราย สัญชาติลาว ๓๘ ราย สัญชาติเมียนมา ๕ ราย อายุ ปี อาศัยอยู่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบสารพันธุกรรมไวรัสโรนา ทั้ง ๔๔ ราย

-**ธันวาคม ๒๕๖๓** ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค ๑๔ ราย เพศชาย ๕ ราย เพศหญิง ๙ ราย สัญชาติไทย อายุ ๐-๔ ปี ๔ ราย, ๕-๙ ปี ๑ ราย, ๑๐-๑๔ ปี ๒ ราย, ๑๕-๒๔ ปี ๕ ราย, ๒๕-๓๔ ปี ๑ ราย, ๓๕-๕๔ ปี ๑ ราย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบสารพันธุกรรมไวรัสโรนา ทั้ง ๑๔ ราย

Sentinel surveillance กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพค้าขายอาหารทะเล จำนวน ๒๕ ราย เพศชาย ๑๒ ราย หญิง ๑๓ ราย สัญชาติไทย ๒๕ ราย อายุ ๐-๔ ปี ๓ ราย, ๑๕-๒๔ ปี ๑ ราย, ๒๕-๓๔ ปี ๘ ราย, ๓๕-๔๔ ปี ๓ ราย, ๔๕-๕๔ ปี ๕ ราย, ๕๕-๖๔ ปี ๓ ราย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบสารพันธุกรรมไวรัสโรนา ทั้ง ๒๕ ราย

-**มกราคม ๒๕๖๔** ผู้ที่ได้รับการตรวจหาไวรัสโคโรนา ทั้งหมด ๑๔๑ ราย ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค ๙ ราย เพศชาย ๗ ราย เพศหญิง ๒ ราย สัญชาติไทย อายุ ๐-๔ ปี ๓ ราย, ๕-๙ ปี ๑ ราย, ๑๕-๒๔ ปี ๑ ราย, ๒๕-๓๔ ปี ๑ ราย, ๓๕-๔๔ ปี ๑ ราย >๖๕ปี ๑ ราย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบสารพันธุกรรมไวรัสโรนา ทั้ง ๙ ราย

Sentinel surveillance ผู้ที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเสี่ยง จำนวน ๑๓๒ ราย เพศชาย ๕๐ ราย หญิง ๘๒ ราย สัญชาติไทย ๑๒๘ ราย ลาว ๑ ราย เมียนมา ๑ ราย อายุ ๐-๔ ปี ๕ ราย, ๕-๙ ปี ๑ ราย, ๑๐-๑๔ ปี ๒ ราย, ๑๕-๒๔ ปี ๕ ราย, ๒๕-๓๔ ปี ๑๖ ราย, ๓๕-๔๔ ปี ๑๗ ราย, ๔๕-๕๔ ปี ๓๘ ราย, ๕๕-๖๔ ปี ๓๓ ราย, >๖๕ปี ๒๔ ราย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบสารพันธุกรรมไวรัสโรนา ทั้ง ๑๓๒ ราย

-**กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔** ผู้ที่ได้รับการตรวจหาไวรัสโคโรนา ทั้งหมด ๓๐ ราย ไม่พบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค Sentinel surveillance ผู้ที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเสี่ยง จำนวน ๓๐ ราย เพศชาย ๘ ราย หญิง ๒๒ ราย สัญชาติไทย อายุ ๑๕-๒๔ ปี ๓ ราย, ๒๕-๓๔ ปี ๘ ราย, ๓๕-๔๔ ปี ๘ ราย, ๔๕-๕๔ ปี ๓ ราย, ๕๕-๖๔ ปี ๖ ราย, >๖๕ปี ๒ ราย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบสารพันธุกรรมไวรัสโรนา ทั้ง ๓๐ ราย

-**มีนาคม ๒๕๖๕** ผู้ที่ได้รับการตรวจหาไวรัสโคโรนา ทั้งหมด ๕๕ ราย ไม่พบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค Sentinel surveillance ผู้ที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเสี่ยง จำนวน ๕๕ ราย เพศชาย ๑๕ ราย หญิง ๔๐ ราย สัญชาติไทย อายุ ๑๐-๑๔ปี ๑๐ ราย, ๑๕-๒๔ ปี ๓ ราย, ๒๕-๓๔ ปี ๕ ราย, ๓๕-๔๔ ปี ๙ ราย, ๔๕-๕๔ ปี ๑๕ ราย, ๕๕-๖๔ ปี ๑๒ ราย, >๖๕ปี ๑ ราย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบสารพันธุกรรมไวรัสโรนา ทั้ง ๕๕ ราย

ระยะที่ ๒ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๔ ถึง วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๔ (ช่วงระบาดระลอก๑)

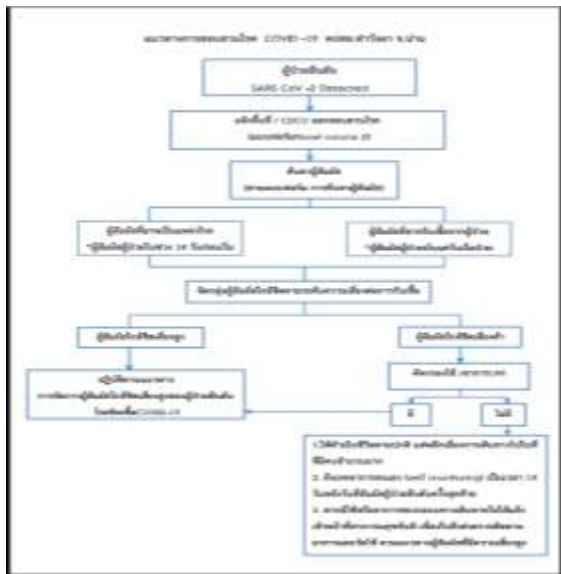
๑.แต่งตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่ออำเภอท่าวังผา เมื่อวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๔ จำนวน ๓ ทีม และปรับปรุงทีมปฏิบัติงานสอบสวนและควบคุมโรค แบ่งเป็น ๕ เครือข่าย เพื่อความรวดเร็วในการปฏิบัติงาน ดังนี้

เครือข่ายที่ ๑ เขตรับผิดชอบ รพ.สต.ดอนตัน รพ.สต.ตาลชุม รพ.สต.คัวะ และ รพ.สต.สบสาย

เครือข่ายที่ ๒ เขตรับผิดชอบ รพ.ท่าวังผา รพ.สต.ริม และ รพ.สต.ป่าคา

เครือข่ายที่ ๓ เขตรับผิดชอบ รพ.สต.ผาตอ รพ.สต.แสนทอง สสช.ดอยตั่ว และ รพ.สต.สบขุ่น

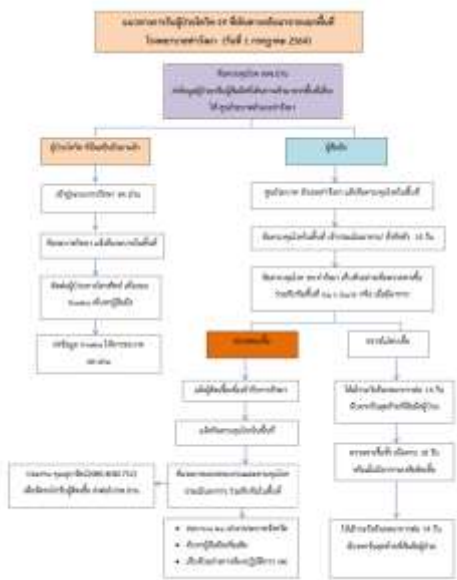
เครือข่ายที่ ๔ เขตรับผิดชอบ รพ.สต.แห่น รพ.สต.น้ำโมง และ รพ.สต.น้ำกิ
เครือข่ายที่ ๕ เขตรับผิดชอบ รพ.สต.จอมพระ รพ.สต.ยม และ รพ.สต.พริ้ว
๒.ปรับปรุงแนวทางในการออกปฏิบัติงานสอบสวนและควบคุมโรค ดังนี้



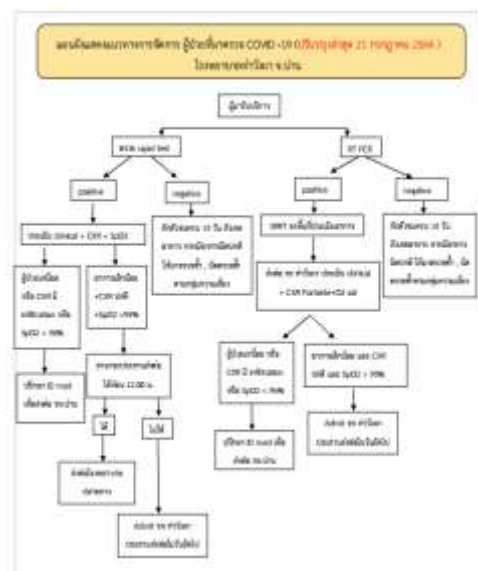
แผนภาพที่ ๓ แนวทางการออกสอบสวนโรค
ผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา๒๐๑๙ คปสอ.ท่าวังผา
วันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

ภาพที่ ๔ แนวทางการสอบสวน การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
และการดูแลห้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙
วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๔

ในช่วงเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๔ เริ่มมีผู้ป่วยที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยงเพื่อเข้ารับการรักษาเพิ่มมากขึ้นจึงได้
ปรับแนวทางในการสอบสวนโรคการจัดการผู้ป่วยที่มารตรวจ COVID -๑๙ (ปรับปรุง ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔)
ดังนี้



ภาพที่ ๕ แนวทางการรับผู้ป่วยโควิด-๑๙
ที่เดินทางกลับมาจากนอกพื้นที่ โรงพยาบาลท่าวังผา
วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔



ภาพที่ ๖ แนวทางการจัดการผู้ป่วยที่มารตรวจโควิด-๑๙
โรงพยาบาลท่าวังผา วันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔

ผลการดำเนินงานด้านการคัดกรองและสอบสวนโรค

เดือน	จำนวนผู้ป่วยโควิด ๑๙	อายุ (ปี)	จำนวน
เมษายน	๑๐	๐-๔	๙
พฤษภาคม	๑	๕-๙	๒๑
มิถุนายน	๑๓	๑๐-๑๔	๑๕
กรกฎาคม	๑๑๐	๑๕-๒๔	๔๓
สิงหาคม	๑๕๑	๒๕-๓๔	๘๙
กันยายน	๑๕	๓๕-๔๔	๖๔
ตุลาคม	๑	๔๕-๕๔	๕๔
พฤศจิกายน	๑๕	๕๕-๖๔	๒๑
ธันวาคม	๖	>๖๔	๖
รวม	๓๒๒	รวม	๓๒๒
เพศ	จำนวน		
ชาย	๑๖๗		
หญิง	๑๕๕		
สัญชาติ ไทย	๓๒๒		
การตรวจวินิจฉัย	จำนวน	หมู่บ้าน ๑๐ อันดับแรก	จำนวน
นอกพื้นที่	๒๒๒	ดอนทอง	๑๘
ในพื้นที่	๑๐๐	น้ำกิ	๑๕
จำแนกรายตำบล	จำนวน	ยู	๑๓
ศรีภูมิ	๕๑	สบเป็ด	๑๒
ผาทอง	๔๒	สันเจริญ	๑๒
ยม	๔๐	ปางสา	๑๒
จอมพระ	๓๗	ป่าไคร้	๑๐
ผาตอ	๓๑	เชียงใหม่	๙
ริม	๒๘	ท่าวังผา	๘
ท่าวังผา	๒๖	คัวะ	๘
แสนทอง	๒๕	ผลรวมทั้งหมด	๓๒๒
ป่าคา	๒๑		
ตาลชุม	๒๑		
ผลรวมทั้งหมด	๓๒๒		

ตารางที่ ๑ แสดงจำนวนผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ระหว่างวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๔ ถึง วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๔

ระยะที่ ๓ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๕ (ช่วงระบาดระลอก ๒)



มีการระบาดเป็นวงกว้าง กระจายไปหลายตำบล ทัวทั้งอำเภอ โดยเริ่มจากCluster สถานบันเทิง, Cluster บ้านท่าวังผา๒ ,บ้านน้ำแ่ง,บ้านสบสาย,บ้านน้ำป่าก, ในช่วงแรกทีมได้ดำเนินการออกสอบสวนโรคและตรวจหาเชื้อโดยทีมควบคุมโรคร่วมกับพื้นที่ที่มีการระบาด ร่วมวางแผนในการดำเนินงานร่วมกันในทุกหมู่บ้านที่มีการระบาด จากนั้นพบการระบาดเป็นวงกว้างในโรงเรียนท่าวังผาพิทยาคมและโรงเรียนราชปิโยรสาธุพราชาานุสรณ์ จึงได้ดำเนินการปรับรูปแบบการดำเนินงานการสอบสวนและเก็บตัวอย่างการส่งตรวจเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดที่เป็นวงกว้าง ดังนี้

๑.ปรับรูปแบบการออกตรวจหาเชื้อโควิด-๑๙ จากการออกไปแต่ละพื้นที่เป็นตั้งจุดตรวจ ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าวังผาและปรับอัตรากำลังเจ้าหน้าที่เพื่อมาปฏิบัติงานโดยหมุนเวียนไป และทั้งยังออกให้บริการตรวจในพื้นที่ห่างไกลโดยการบริหารจัดการทีมเพื่อปฏิบัติงานในเครือข่ายที่รับผิดชอบ

๒.ปรับแนวทางการปฏิบัติ กรณีผลตรวจ ATK Positive เพื่อส่งเข้าสู่ระบบการรักษาแบบ HI/CI เมื่อวันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ และปรับแนวทางการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (OP with Self Isolation) เมื่อวันที่ ๑๘ มีนาคม ๒๕๖๕ ดังนี้

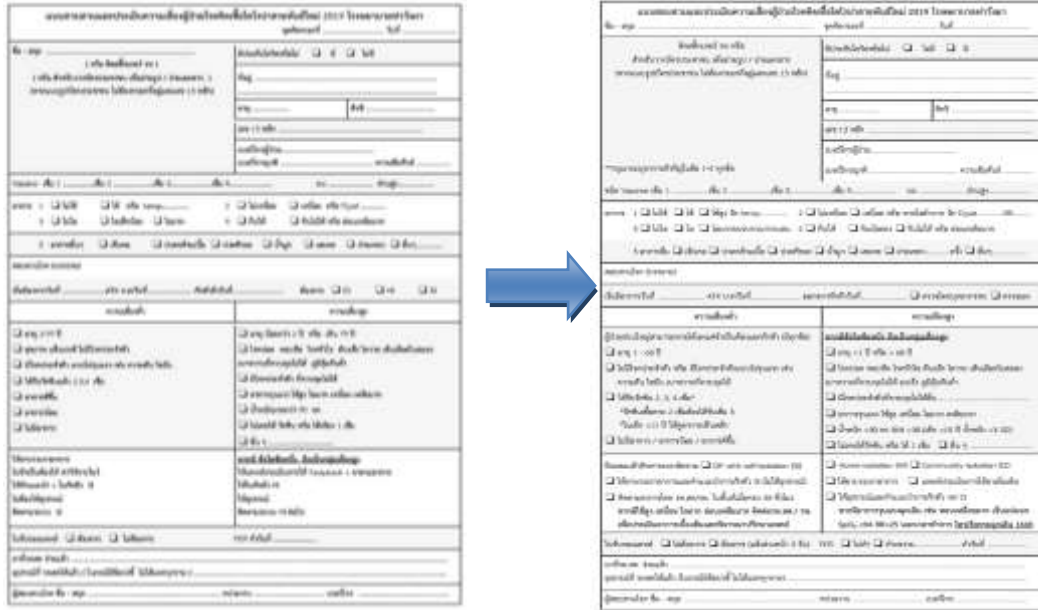


ภาพที่ ๗ แนวทางปฏิบัติกรณีผลตรวจATK Positive คปสอ. ท่าวังผา อำเภอท่าวังผา ๑๔ ก.พ. ๒๕๖๕ ๒๕๖๕



ภาพที่ ๘ แนวทางปฏิบัติการจัดการบริการผู้ป่วยโควิด-๑๙คปสอ.ท่าวังผา ๑๘ มี.ค. ๒๕๖๕

๓.ปรับแนวทางการปฏิบัติและปรับแบบสอบสวนและประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโควิด-๑๙ ใหม่ ดังนี้



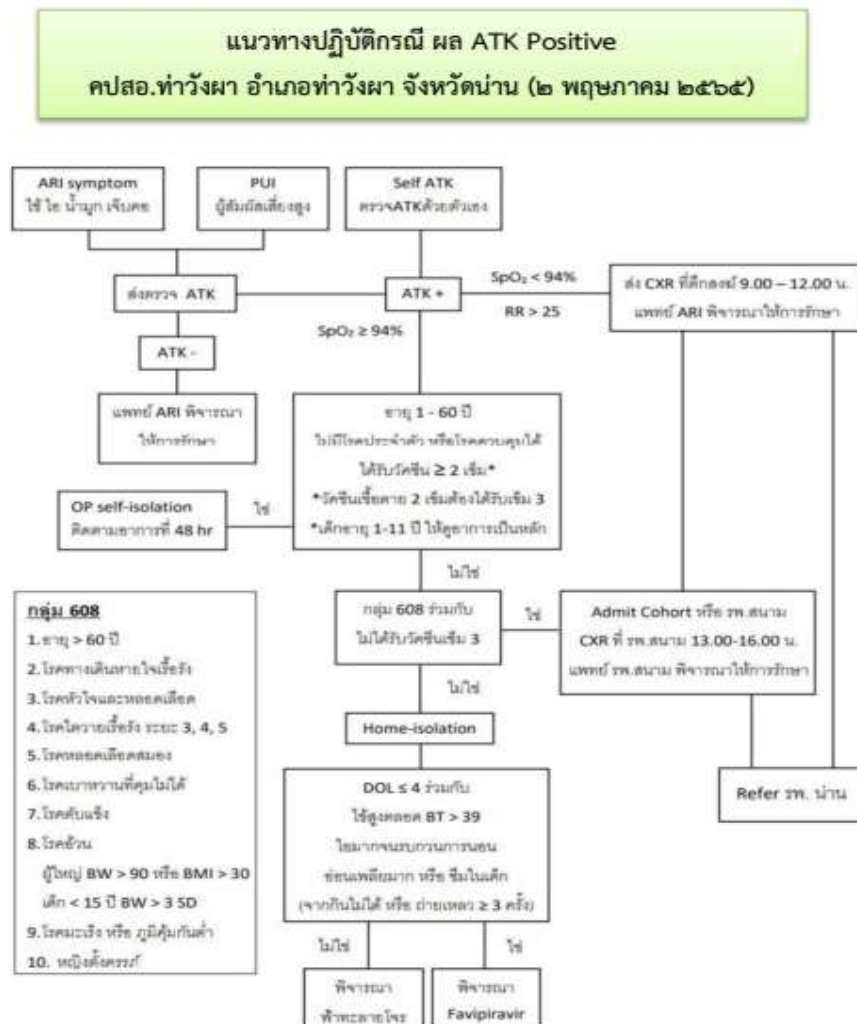
ภาพที่ ๙ แบบสอบถามและประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ โรงพยาบาลท่าวัง
ผา ๑๘ มีนาคม ๒๕๖๕

ผลการดำเนินงานด้านการคัดกรองและสอบสวนโรค

เดือน	จำนวนผู้ป่วยโควิด ๑๙	อายุ (ปี)	จำนวน
มกราคม	๑๘๙	๐-๔	๓๔๙
กุมภาพันธ์	๓๒๙	๕-๙	๔๐๙
มีนาคม	๑๖๕๖	๑๐-๑๔	๔๓๘
เมษายน	๔๗๐๑	๑๕-๒๔	๗๕๓
ผลรวมทั้งหมด	๖๘๗๕	๒๕-๓๔	๗๓๔
		๓๕-๔๔	๘๒๒
เพศ	จำนวน	๔๕-๕๔	๑๐๕๔
ชาย	๓๑๖๑	๕๕-๖๔	๑๒๙๒
หญิง	๓๗๑๔	>๖๔	๑๐๒๔
จำแนกรายพื้นที่จังหวัด	จำนวน	จำแนกรายหมู่บ้าน ๑๐อันดับ	จำนวน
ในจังหวัดน่าน	๖๘๖๔	สบเป็ด	๑๙๗
นอกจังหวัดน่าน	๑๑	แหน๑	๑๘๓
จำแนกรายพื้นที่อำเภอ	จำนวน	แหน๒	๑๗๓
ในอำเภอท่าวังผา	๖๖๕๗	สบซุ่น	๑๗๐
นอกอำเภอท่าวังผา	๒๐๗	ดอนตัน๑	๑๖๒
จำแนกรายตำบล	จำนวน	ดอยตี้ว	๑๕๘
ตาลชุม	๑๐๔๒	สบยาว	๑๕๓
ผาตอ	๙๓๘	วังว้า	๑๕๐

ศรียุมิ	๘๗๔	น้ำพุ	๑๔๗
ท่าวังผา	๗๑๘	สบสาย	๑๓๗
ป่าคา	๕๘๘		
จอมพระ	๕๘๖		
ผาทอง	๕๗๒		
ริม	๕๒๔		
ยม	๔๖๓		
แสนทอง	๓๕๑		
รวมทั้งหมด	๖๖๕๗		

ตารางที่ ๒ แสดงจำนวนผู้ป่วยโควิด- ๑๙ ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๕ ระยะที่ ๔ วันที่ ๑ พ.ค. ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ มีการปรับแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด ๑๙ เพื่อเข้าสู่โรคประถัน ดังนี้



ภาพที่ ๑๐ แนวทางปฏิบัติกรณีผล ATK Positive คปสอ.ท่าวังผา ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕

ผลการดำเนินงานด้านการคัดกรองและสอบสวนโรค

เดือน	จำนวนผู้ป่วยโควิด ๑๙	อายุ (ปี)	จำนวน
พฤษภาคม	๑๕๘๐	๐-๔	๑๖๙
มิถุนายน	๕๕๗	๕-๙	๑๖๙
กรกฎาคม	๔๐๑	๑๐-๑๔	๑๙๘
ผลรวมทั้งหมด	๒๕๓๘	๑๕-๒๔	๒๐๕
เพศ		๒๕-๓๔	๒๒๕
ชาย	๑๐๘๙	๓๕-๔๔	๒๕๖
หญิง	๑๔๔๙	๔๕-๕๔	๓๔๗
จำแนกรายพื้นที่จังหวัด	จำนวน	๕๕-๖๔	๔๗๗
ในจังหวัดน่าน	๒๕๓๘	>๖๔	๔๙๒
นอกจังหวัดน่าน	๐	ผลรวมทั้งหมด	๒๕๓๘
จำแนกรายพื้นที่อำเภอ	จำนวน		
ในอำเภอท่าวังผา	๒๕๓๘		
นอกอำเภอท่าวังผา	๐		
จำแนกรายตำบล	จำนวน	จำแนกรายหมู่บ้าน ๑๐อันดับ	จำนวน
ตาลชุม	๓๙๖	สปชุ่น	๑๒๕
ยม	๓๒๐	น้ำลึกใต้	๙๒
ป่าคา	๒๘๗	สปเปิด	๗๑
ศรีภูมิ	๒๘๑	สันเจริญ	๖๗
ผาทอง	๒๘๐	ดอยตี้ว	๖๖
ริม	๒๒๖	พริ้ว	๖๐
จอมพระ	๒๒๒	ท่าค้ำ๒	๕๘
ผาตอ	๑๘๔	ปง๑	๕๓
แสนทอง	๑๗๘	ดอนแก่ง	๕๐
ท่าวังผา	๑๖๔	ตาลชุม๑	๔๙
ผลรวมทั้งหมด	๒๕๓๘		

- อภิปรายผล

ผลการการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ประกอบด้วย ๔ ระยะ

ระยะที่ ๑ เริ่ม ๑ ม.ค.๒๕๖๓ ถึง วันที่ ๑๔ เมษายน ๒๕๖๔ (ก่อนการระบาด) ระยะศึกษาสถานการณ์ ดำเนินการโดยสำรวจการเตรียมความพร้อมและวางแผนในด้านต่างๆ เฝ้าระวังผู้ที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่ พบว่าในระยะนี้ไม่พบผู้ป่วยยืนยันโควิด ๑๙

ระยะที่ ๒ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๔ ถึง วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๔ ช่วงระบาดระลอกที่ ๑ โดยเริ่มตั้งแต่ พบผู้ป่วยรายแรกเดือนเมษายน ๒๕๖๔ จากนั้นในช่วงเดือน ก.ค.-ส.ค. ได้มีผู้ป่วยเดินทางกลับมา

พื้นที่ เพื่อเข้าสู่ระบบการรักษา จึงได้มีการปรับแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดในขณะนั้น โดยพบผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น ๓๒๒ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๖๓๗.๕๓ ต่อแสนประชากร มากที่สุดใน เดือนสิงหาคม ๑๕๑ ราย เพศชาย ๑๖๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๘๖ เพศหญิง ๑๕๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๘.๑๓ ทั้งหมดสัญชาติไทย อายุมากที่สุดช่วง ๒๕-๓๔ ปี จำนวน ๘๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๖๓ ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจวินิจฉัยมาแล้วก่อนเข้ามาในพื้นที่ จำนวน ๒๒๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๘.๙๔ พบมากที่สุดที่ตำบลศรีภูมิ ๕๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๘๓ หมู่บ้านที่มีผู้ป่วยสูงสุดคือบ้านดอนทอง จำนวน ๑๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๕๙ สถานการณ์การระบาดเริ่มคลี่คลายในช่วงเดือน ก.ย.-ธ.ค. ๒๕๖๔

ระยะที่ ๓ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๕ (ช่วงระบาดระลอก ๒) ในระยะนี้มีการระบาดเป็นวงกว้างทั้งอำเภอ มีการปรับรูปแบบการดำเนินงานทั้งการสอบสวนและควบคุมโรคและการส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา โดยพบผู้ป่วยทั้งหมด ๖,๘๗๕ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๑๓,๖๑๑.๙๗ ต่อแสนประชากร โดยพบว่าเดือนเมษายนพบผู้ป่วยสูงสุด ๔,๗๐๑ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๙๓๐๗.๖๒ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือมีนาคม ๑,๖๕๖ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๓๒๗๘.๗๕ ต่อแสนประชากร มีภูมิเฝ้าระวังอำเภอท่าวังผา ๖,๖๕๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๒ ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ ๕๕-๖๔ ปี ๑,๒๙๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๗๙ ตำบลที่พบผู้ป่วยสูงสุดคือตาลชุม ๑,๐๔๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๑๕ หมู่บ้านที่พบสูงสุดคือบ้านสบเป็ด ๑๙๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๘๖

ระยะที่ ๔ วันที่ ๑ พ.ค. ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ สถานการณ์การระบาดเริ่มคลี่คลายจำนวนผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาลดลง ได้มีการปรับแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด ๑๙ เพื่อเข้าสู่โรคประถัน โดยพบผู้ป่วยจำนวน จำนวน ๒,๕๓๘ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๕๐๒๕ ต่อแสนประชากร พบมากสุดในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๕ ๑,๕๘๐ ราย เพศชาย ๑๐๘๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๙๐ เพศหญิง ๑๔๔๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๐๙ ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ >๖๐ ปี จำนวน ๔๙๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๓๓ ตำบลที่พบมากที่สุดคือ ตาลชุม ๓๙๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๖.๓๘ หมู่บ้านที่พบมากที่สุดคือ บ้านสบซุ่น ๑๒๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔.๙๒

สรุป การศึกษาการพัฒนาการรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ในครั้งนี้ทำให้เห็นว่า การจัดทำแนวทางต่างๆ ทั้งด้านการป้องกันและควบคุมโรค การวินิจฉัยและการดูแลรักษาพยาบาล โดยการศึกษาจากมาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกำหนด^(๕) การปรับปรุงและพัฒนาแนวทางปฏิบัติต่างๆ เพื่อให้เข้ากับสถานการณ์ในแต่ละระยะ และสื่อสารแนวทางปฏิบัติต่างๆ ผู้ปฏิบัติอย่างทั่วถึง ส่งผลให้สามารถจัดการกับสถานการณ์การระบาดของของโควิด ๑๙ และผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแนวทางที่กำหนดอย่างปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการประเมินผลการปฏิบัติเป็นระยะ เพื่อนำมาปรับปรุง พัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล และสามารถปฏิบัติได้จริง
๒. ควรมีการสื่อสารสร้างความรู้ ความเข้าใจ การดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติให้อย่างต่อเนื่องเพื่อความมั่นใจและปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

การวิจัยครั้งนี้ ทำให้ได้รูปแบบปฏิบัติการในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค แบบมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภอท่าวังผา โดยสามารถปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์การระบาดตามบริบทพื้นที่

บทเรียนที่ได้รับ

การปรับปรุงพัฒนางานต้องทำเป็นประจำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ปลอดภัย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ผู้บริหารเห็นความสำคัญในการพัฒนา ปรับปรุงระบบงานสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน การจัดระบบการประสานงานและการทำงานเป็นทีม

เอกสารอ้างอิง

๑. World Health Organization. Advice on the use of masks in the context of COVID-๑๙ [internet]. Geneva: World Health Organization; ๒๐๒๐. Available from: [https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(๒๐๑๙-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(๒๐๑๙-ncov)-outbreak).

๒. อวาทิพย์ แว COVID-๑๙ กกับการเรียนรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในวันนี้ วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ ปีที่ ๓๕ ฉบับที่ ๑ มกราคม - มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๓

๓. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในประเทศไทย. นนทบุรี: [ม.ป.ท.]; ๒๕๖๓.

๔. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะการระบาดของโรคโควิด-๑๙ ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา ๙ แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๔๘ (ฉบับที่ ๑) ๓ เมษายน ๒๕๖๓ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ ๑๕ ส.ค.๒๕๖๕].

แหล่งข้อมูล: www.covid-๑๙.moph.go.th

๕. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ฉบับปรับปรุง

๑ พฤษภาคม ๒๕๖๓ [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๓. [สืบค้นเมื่อ ๑๕ ส.ค.๒๕๖๕].

เข้าถึงได้จาก: https://covid๑๙.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=๖๙



**การประเมินความเสี่ยงในการจัดซื้อจัดจ้างตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้าง
และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐ วิธีการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (E-Bidding)
RISK ASSESSMENT ON THE GOVERNMENT PROCUREMENT AND SUPPLIES MANAGEMENT Act B.E. ๒๕๖๐
BY ELECTRONIC BIDDING**

เยาวลักษณ์ คำคาน และ กนกวรรณ กัญยะ

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ มีเพื่อค้นหาความเสี่ยงจากกระบวนการทำงานจัดซื้อจัดจ้างของวิธีการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-Bidding) เพื่อหาแนวทางป้องกันความเสี่ยงจากกระบวนการทำงานจัดซื้อ จัดจ้าง โดยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณเก็บข้อมูลการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือหัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ เจ้าหน้าที่พัสดุ จำนวนทั้งสิ้น ๕ คน ที่ทำงานในโรงพยาบาลท่าวังผา โดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง (Purposive sampling) การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) จากกระบวนการทำงานงานจัดซื้อจัดจ้าง โดยใช้การบริหารจัดการความเสี่ยงระดับองค์กร (Enterprise Risk Management : ERM) (กระทรวงการคลัง, ๒๕๖๓) ผลการวิจัย พบว่า การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) จากกระบวนการทำงานจัดซื้อจัดจ้างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ดังนี้

๑) ด้านกฎระเบียบข้อบังคับ พบว่า ขั้นตอนของกฎระเบียบ และข้อบังคับ การปฏิบัติงาน สอดคล้องกับกฎระเบียบข้อบังคับการจัดซื้อจัดจ้าง ความยืดหยุ่นของกฎระเบียบ และข้อบังคับการจัดซื้อจัดจ้างเอื้อให้มีการทำงานจนสำเร็จและไม่ขัดแย้งกับกฎระเบียบข้อบังคับ มีโอกาสการเกิดผลกระทบ และความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง

๒) ด้านผู้บริหารและหัวหน้าเจ้าหน้าที่ , เจ้าหน้าที่พัสดุ มีความรู้ในการปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับการจัดซื้อจัดจ้าง และหัวหน้าเจ้าหน้าที่ ,เจ้าหน้าที่พัสดุ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎระเบียบข้อบังคับการจัดซื้อจัดจ้างอย่างถ่องแท้ และผู้บริหารมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนงานโดยให้ความสำคัญต่อกฎระเบียบ และข้อบังคับ มีโอกาสเกิดในระดับ ปานกลาง และผลกระทบอยู่ในระดับสูง และระดับความเสี่ยงสูง

๓) ด้านกระบวนการปฏิบัติงาน พบว่า เมื่อมีการจัดซื้อจัดจ้างตามระเบียบแล้วพบปัญหาในการทำงาน ได้มีการรายงานปัญหาให้ผู้บังคับบัญชาทราบตามลำดับขั้น ให้ได้มีการแก้ไขปัญหาด้วยการปฏิบัติตามระเบียบ และข้อกฎหมาย อย่างถูกต้อง ตามกฎระเบียบข้อบังคับการจัดซื้อจัดจ้าง การรายงานผลการจัดซื้อจัดจ้าง หลังจากดำเนินการแล้ว มีโอกาสเกิดอยู่ในระดับสูง และผลกระทบอยู่ในระดับปานกลาง และระดับความเสี่ยงสูง

๔) ด้านการวัดผลการปฏิบัติงาน การติดตามผล และการรายงานผล พบว่า ในด้านนี้ไม่พบ ตัวแปรที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การวัดผลการปฏิบัติงาน การติดตามผล และการรายงานผลมีการทำงานอย่างเป็นระบบด้านวิธีการติดต่อสื่อสาร พบว่า ในด้านนี้ไม่พบตัวแปรที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า มีการติดต่อสื่อสารของผู้ปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ

ความเป็นมาและความสำคัญ

การประเมินความเสี่ยงในองค์กร (Enterprise Wide Risk Assessment) เป็นมาตรฐานหลักในการดำเนินงาน ที่มีผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร รวมถึงความเสี่ยงที่เกิดจากการความรู้เกี่ยวกับระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ กฎกระทรวงที่ออกตามความในพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และหนังสือเวียนแนวทางการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้าง โอกาสหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่จะส่งผลกระทบต่อวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายเกิดการเบี่ยงเบน โดยการวัดจากผลกระทบที่ได้รับและโอกาสที่จะเกิด เนื่องจากการประเมินความเสี่ยงเป็นการทำนายอนาคตอย่างมีเหตุ มีผล มีหลักการ และหาทางลดหรือป้องกันความเสียหายในการทำงานแต่ละ

ขั้นตอน การทำการประเมินความเสี่ยง มาช่วยเสริมร่วมกับการทำงาน จะช่วยให้ภาระงานที่ปฏิบัติการ อยู่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และป้องกันโอกาส ที่จะเกิดความเสี่ยง และปัญหาที่จะเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน (กรมบัญชีกลาง, ๒๕๖๑)

ความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารจัดการองค์กร เป็นเรื่องส่วนรวมที่ทุกคนในองค์กรต้องเกี่ยวข้อง ตั้งแต่คณะกรรมการฯ ผู้บริหารระดับสูงจนถึงผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง กับการจัดซื้อจัดจ้างทุกคนที่ต้องพิจารณา วิเคราะห์ในเชิงลึกเชิงบูรณาการ และเชื่อมโยงกับการกำหนดกลยุทธ์ นโยบาย แผนงาน แผนปฏิบัติการกิจกรรมขององค์กร ซึ่งการจัดการความเสี่ยงที่ดีจะเป็นการวัดความสามารถ และการดำเนินงาน ของบุคลากรภายในองค์กร องค์กรที่มีการบริหารจัดการความเสี่ยงที่ดี บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในองค์กรควรมีส่วนร่วม ในการวางแผนป้องกัน และควบคุมให้เหมาะสมกับภารกิจเพื่อลดสภาพปัญหาหรือหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และสร้างความเสียหายหรือความสูญเสียให้กับองค์กร หัวหน้าเจ้าหน้าที่และเจ้าหน้าที่ เป็นผู้มีส่วนที่ช่วยขับเคลื่อนองค์กร ในส่วนงานจัดหา จัดซื้อ จัดจ้าง ตรวจสอบ เก็บรักษา ร่างสัญญาซื้อ/จ้าง ศึกษา ค้นคว้าเกี่ยวกับระเบียบต่าง ๆ ของการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุ เห็นได้ว่าจากหน้าที่ความรับผิดชอบนั้น มีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจจะนำไปสู่ เหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดปัญหา ในการดำเนินงานการจัดซื้อจัดจ้าง

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เจ้าหน้าที่ หมายความว่า ผู้มีหน้าที่เกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างหรือการบริหารพัสดุ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้มีอำนาจให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างหรือการบริหารพัสดุของหน่วยงานของรัฐ

หัวหน้าเจ้าหน้าที่ หมายความว่า ผู้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าสายงานซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้าง หรือการบริหารพัสดุตามที่กฎหมายเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลของหน่วยงานของรัฐนั้นกำหนด หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหน่วยงานของรัฐให้เป็นหัวหน้าเจ้าหน้าที่ หน่วยงานของรัฐ

การจัดซื้อจัดจ้าง หมายความว่า การดำเนินการเพื่อให้ได้มาซึ่งพัสดุโดยการซื้อ จ้าง เช่า แลกเปลี่ยน หรือโดยนิติกรรมอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

พัสดุ หมายความว่า สินค้า งานบริการ งานก่อสร้าง งานจ้างที่ปรึกษา และงานจ้างออกแบบ หรือควบคุมงานก่อสร้าง รวมทั้งการดำเนินการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

สินค้า หมายความว่า วัสดุ ครุภัณฑ์ ที่ดิน สิ่งปลูกสร้าง และทรัพย์สินอื่นใด รวมทั้งงานบริการที่รวมอยู่ในสินค้านั้นด้วย แต่มูลค่าของงานบริการต้องไม่สูงกว่ามูลค่าของสินค้านั้น

งานบริการ หมายความว่า งานจ้างบริการ งานจ้างเหมาบริการ งานจ้างทำของและการรับขน ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์จากบุคคลธรรมดาหรือนิติบุคคล แต่ไม่หมายความรวมถึงการจ้างลูกจ้าง ของหน่วยงานของรัฐ การรับขนในการเดินทางไปราชการแล้วไปปฏิบัติงานของหน่วยงานของรัฐ งานจ้างที่ ปรึกษา งานจ้างออกแบบหรือควบคุมงานก่อสร้าง และการจ้างแรงงานตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

การบริหารพัสดุหมายความว่า การเก็บ การบันทึก การเบิกจ่าย การยืม การตรวจสอบ การบำรุงรักษา และการจำหน่ายพัสดุ

การวิเคราะห์ความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เป็นระบบในการบริหารจัดการปัจจัย และควบคุมกระบวนการปฏิบัติงานเพื่อลดมูลเหตุของโอกาสที่จะทำให้เกิดความเสียหายจากการปฏิบัติงานที่อาจเกิด จากการผิดพลาดและองค์ความรู้ในการทำงาน

ประเภทของความเสี่ยงแบ่งออกเป็น ๖ ด้าน ดังนี้

๑. ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk: S) หมายถึง ความเสี่ยงเกี่ยวกับการบรรลุเป้าหมาย และพันธกิจในภาพรวมที่เกิดจากเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์และเหตุการณ์ภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อกลยุทธ์ที่กำหนดไว้ และการปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ไม่เหมาะสมรวมถึงความไม่สอดคล้องกันระหว่างนโยบายเป้าหมายกลยุทธ์โครงสร้าง องค์กรภาวการณ์แข่งขันทรัพยากรและสภาพแวดล้อมอันส่งผลกระทบต่อวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายขององค์กร

๒. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk: O) เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพประสิทธิผล หรือผลการปฏิบัติงานโดยความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเป็นความเสี่ยงเนื่องจากระบบงานภายในขององค์กร/กระบวนการ เทคโนโลยีหรือนวัตกรรมที่ใช้/บุคลากร/ความเพียงพอของข้อมูลส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพประสิทธิผลในการดำเนิน โครงการ

๓. ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk: F) เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับการบริหารงบประมาณ และการเงินเช่นการบริหารการเงินที่ไม่ถูกต้องไม่เหมาะสมทำให้ขาดประสิทธิภาพและไม่ทันต่อสถานการณ์หรือเป็น ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเงินขององค์กรเช่นการประมาณการงบประมาณไม่เพียงพอและไม่สอดคล้องกับ ขั้นตอน การดำเนินการเป็นต้น เนื่องจากขาดการจัดการข้อมูลการวิเคราะห์การวางแผนการควบคุมและการจัดทำ รายงาน เพื่อนำมาใช้ในการบริหารงบประมาณและการเงินดังกล่าว

๔. ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย/กฎระเบียบ (Compliance Risk: C) เกี่ยวข้องกับการ ปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบต่างๆโดยความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเป็นความเสี่ยงเนื่องจากความไม่ชัดเจนความไม่ทันสมัย หรือ ความไม่ครอบคลุมของกฎหมายกฎระเบียบข้อบังคับต่างๆรวมถึงการทำนิติกรรมสัญญาการร่างสัญญา ที่ไม่ ครอบคลุมการดำเนินงาน

๕. ความเสี่ยงจากกระบวนการทำงานงานจัดซื้อจัดจ้างตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและ การบริหาร พัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ด้วยวิธีการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-Bidding) หมายถึง ความ ผิดพลาดในกระบวนการทำงาน ขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้าง การไม่เข้าใจในระเบียบการจัดซื้อ การใช้วิธีการจัดซื้อ ผิดวิธี ในระยะวงเงินที่กำหนดไว้ในระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างฯ

๖. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) จากกระบวนการทำงานงานจัดซื้อจัดจ้าง ตาม พระราช บัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ด้วยวิธีการประกวดราคา อิเล็กทรอนิกส์ (e-Bidding) หมายถึง การวิเคราะห์และจัดลำดับความเสี่ยง โดยพิจารณาจากการประเมินโอกาส ที่จะเกิดความเสียหาย (Likelihood) และความรุนแรงของผลกระทบจากเหตุการณ์ความเสี่ยง (Impact) ต่อการ บรรลุวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายของ ส่วนงาน หรือหน่วยงานภายในส่วนงาน

ตาราง ๑ เกณฑ์ระดับความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยง	ระดับคะแนน	ความหมาย
สูงมาก	๒๐-๒๕	ความเสี่ยงที่ต้องกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งจะต้องบริหาร ความเสี่ยงทันที (ตัวอย่าง ความเสี่ยง D ระดับคะแนนความเสี่ยงเท่ากับ ๒๐)
สูง	๑๐-๑๙	ความเสี่ยงที่ต้องกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งจะต้องบริหาร ความเสี่ยงทันที (ตัวอย่าง ความเสี่ยง C ระดับคะแนนความเสี่ยงเท่ากับ ๑๖)
ปานกลาง	๔-๙	ความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังซึ่งจะต้องบริหารความเสี่ยงโดยให้ความสนใจเฝ้า ระวัง (ตัวอย่าง ความเสี่ยง B ระดับคะแนนความเสี่ยงเท่ากับ ๙)
ต่ำ	๑-๓	ความเสี่ยงที่ใช้วิธีควบคุมปกติไม่ต้องการจัดการเพิ่มเติม (ตัวอย่าง ความ เสี่ยง A ระดับคะแนน ความเสี่ยงเท่ากับ ๓)

การบริหารจัดการความเสี่ยงระดับองค์กร (Enterprise Risk Management : ERM) เป็น กระบวนการที่ บุคลากรทั่วทั้งองค์กรได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ และคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ หรือความเสี่ยงที่ อาจเกิดขึ้นรวมทั้งระบุ แนวทางในการจัดการกับความเสี่ยงดังกล่าว ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม หรือยอมรับได้ เพื่อช่วยให้องค์กรบรรลุใน วัตถุประสงค์ที่ต้องการ ตามกรอบวิสัยทัศน์ และพันธกิจขององค์กร (กรมบัญชีกลาง, ๒๕๖๑)

โรงพยาบาลท่าม่วงฯ ได้มีการจัดซื้อจัดจ้างตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหาร พัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐ ด้วยวิธีการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-Bidding) เช่นการจัดซื้อครุภัณฑ์การแพทย์ และครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ ด้วยการทำรายการเสนอราคาผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ของกรมบัญชีกลาง ที่ผู้สนใจ หรือมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้สามารถเข้าร่วมการเสนอราคาได้ตาม วันเวลาที่โรงพยาบาลท่าม่วงฯ ได้ กำหนด และได้ปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง คือตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการ บริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุ ภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ “ข้อ ๑๒ หลังจากที่ได้ประกาศเผยแพร่แผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีตาม ข้อ ๑๑ แล้ว ให้ หน่วยงานของรัฐรับดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างให้เป็นไปตามแผนและขั้นตอนของระเบียบนี้ ในหมวด ๒ หมวด ๓ หรือหมวด ๔ แล้วแต่กรณี เพื่อให้พร้อมที่จะทำสัญญาหรือข้อตกลงได้ทันทีเมื่อได้รับอนุมัติทางการเงินแล้ว” “ข้อ ๒๑ ในการซื้อหรือจ้างที่มีใช้การจ้างก่อสร้าง ให้หัวหน้าหน่วยงานของรัฐแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมาคณะ หนึ่ง หรือจะให้เจ้าหน้าที่หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งรับผิดชอบในการจัดทำร่างขอบเขตของงานหรือรายละเอียดคุณ ลักษณะเฉพาะของพัสดุที่จะซื้อหรือจ้าง รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอด้วย” ๒.๓ คำสั่ง จังหวัดน่าน ที่ ๑๘๕๕๗/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๒ เรื่อง การมอบอำนาจให้ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่า ราชการจังหวัดน่าน การปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวหากผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุขาดความเข้าใจในตัวระเบียบ รวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความเสี่ยงที่ทำให้ เกิดความเสียหายในการปฏิบัติงานในระดับสูง ที่อาจก่อให้เกิด ความผิดพลาด ในการปฏิบัติงานส่งผลกระทบต่อ โดยตรงต่อส่วนงานและภาพรวมของการบริหารงานการจัดซื้อจัด จ้างตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้าง และ การบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ด้วยวิธีการประกวดราคา อิเล็กทรอนิกส์ (e-Bidding) ได้

จากการดำเนินการที่ผ่านมา ระหว่างเดือน เมษายน – มิถุนายน ๒๕๖๕ พบว่า

๑. ความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่พัสดุไม่เข้าใจเกี่ยวกับระเบียบการจัดซื้อจัดจ้าง
๒. ความเสี่ยงในการดำเนินการตามขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้างด้วยวิธีประกวด ราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding) เป็นไปอย่างล่าช้า
๓. ความเสี่ยงของคณะกรรมการไม่เข้าใจ เกี่ยวกับวิธีการจัดซื้อ จัดจ้างด้วยวิธีประกวดราคา อิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding)
๔. ความเสี่ยงในการลงระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐที่ไม่เสถียร ทำให้ล่าช้า

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาการประเมินความเสี่ยงในการจัดซื้อจัดจ้าง ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ (กรมบัญชีกลาง, ๒๕๖๐) ด้วย วิธีการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-Bidding) ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุ เพื่อหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ความเสี่ยงจากกระบวนการทำงาน จัดซื้อจัดจ้าง และระเบียบที่เกี่ยวข้อง และหาแนวทางในการป้องกันความเสี่ยง จากกระบวนการทำงานจัดซื้อจัดจ้าง เพื่อให้การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุของ โรงพยาบาลท่าวังผา มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อค้นหาความเสี่ยงจากกระบวนการทำงานงานจัดซื้อจัดจ้าง ของผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุ
๒. เพื่อหาแนวทางป้องกันความเสี่ยงจากกระบวนการทำงานงานจัดซื้อจัดจ้าง
๓. เพื่อประเมินผลลัพธ์ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นให้มีความผิดพลาดน้อยลง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

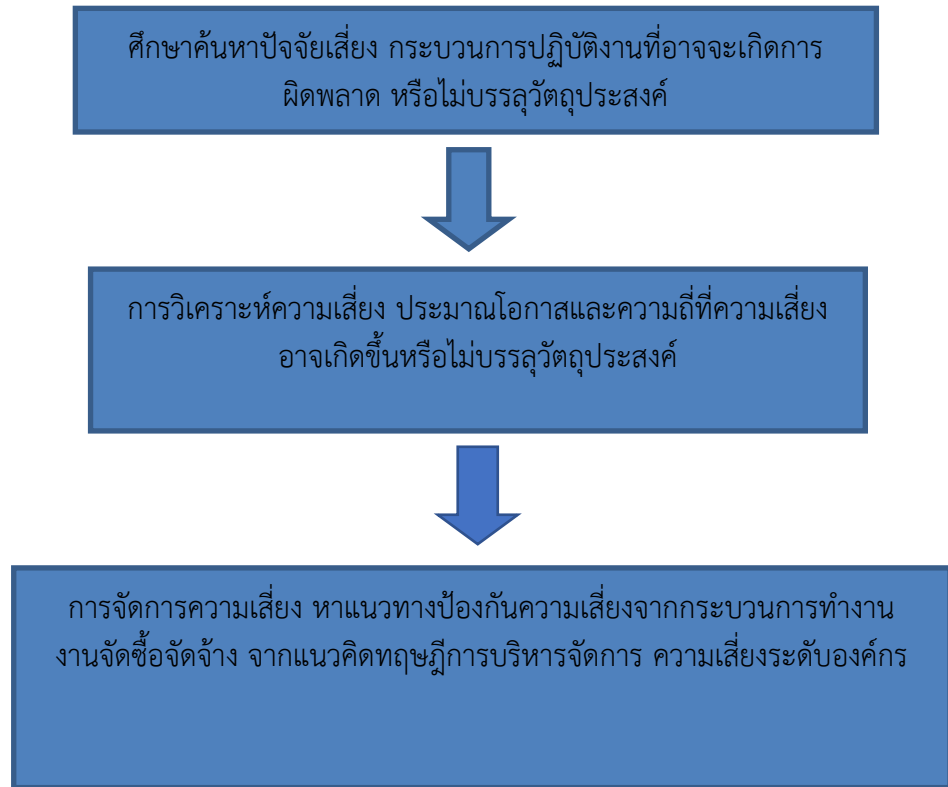
ความเสี่ยงจากกระบวนการทำงานงานจัดซื้อจัดจ้างตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุ ภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ด้วยวิธีการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ ที่สามารถประเมินความเสี่ยงจาก กระบวนการทำงาน งานจัดซื้อจัดจ้าง ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ด้วยวิธีการประกวดราคา อิเล็กทรอนิกส์ หมายถึง การวิเคราะห์ และจัดลำดับความเสี่ยง โดย พิจารณาจากการประเมินโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง และความรุนแรงของผลกระทบจากเหตุการณ์ความเสี่ยง ต่อ การบรรลุวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายของส่วนงานหรือ หน่วยงานภายในส่วนงาน สามารถอธิบายดังนี้ โอกาสที่ จะเกิดความเสี่ยง หมายถึง ความถี่หรือโอกาสที่ จะเกิดเหตุการณ์

ความเสี่ยง ผลกระทบ หมายถึง ขนาดความรุนแรงของความเสียหายที่จะเกิดขึ้น หากเกิดเหตุการณ์ ความเสี่ยง จะขึ้นอยู่กับการบริหารความเสี่ยงจากกระบวนการทำงานงานจัดซื้อจัดจ้างของนักวิชาการพัสดุ ผู้ศึกษา ได้ดำเนิน การค้นคว้า และ รวบรวมข้อมูลวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในเรื่องแนวคิด เอกสาร และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสรุปรายละเอียดได้ ดังนี้

๑. แนวคิดและเอกสารเกี่ยวกับงานพัสดุและการจัดซื้อจัดจ้าง
๒. การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ด้วยวิธีการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-Bidding)
๓. การประเมินความเสี่ยงจากกระบวนการทำงาน งานจัดซื้อจัดจ้าง (Risk Assessment)
๔. การบริหารจัดการความเสี่ยงระดับองค์กร (Enterprise Risk Management : ERM)

ผังรูปภาพประกอบ ๑

รูปภาพประกอบ ๑ กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ จำนวน ๑ คน และเจ้าหน้าที่พัสดุ จำนวน ๔ คน ของโรงพยาบาลท่าวัง
ผา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน รวมทั้งหมด จำนวน ๕ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ
แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๓ ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา ปรับตาม
ข้อเสนอแนะก่อนนำมาใช้จริง

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งงานทางวิชาการ หน่วยงาน
ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาลท่าวังผา ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน ในตำแหน่งจัดซื้อจัดจ้าง
ความถี่ที่ท่านอยู่ในกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง พบ. การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐
และจำนวน ครั้งที่ท่านพบว่ามีข้อผิดพลาดหรือทุจริตในกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง ตอนที่ ๒ วิเคราะห์การ

๑๒๓

ประเมินความเสี่ยงในการจัดซื้อจัดจ้างตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุ ภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
ปรากฏ ดังรายละเอียดในตาราง ๒

ตาราง ๒ ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = ๕)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
๑. เพศ		
ชาย	-	๐
หญิง	๕	๑๐๐
๒. อายุ		
๒๐ - ๓๐ ปี	-	๐
๓๑ - ๔๐ ปี	๔	๘๐
๔๑ - ๕๐ ปี	-	-
๕๑ - ๖๐ ปี	๑	๒๐
๓. ระดับการศึกษา		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส)	-	๐
ปริญญาตรี	๕	๑๐๐
ปริญญาโท	-	-
๔. ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งจัดซื้อจัดจ้าง		
๑ - ๕ ปี	๑	๒๐
๖ - ๑๐ ปี	๓	๖๐
๑๑ - ๑๕ ปี	๑	๒๐
๑๖ - ๒๐ ปี	-	-
๕. กระบวนการปฏิบัติงานจัดซื้อจัดจ้างที่อาจเกิดการผิดพลาด		
๑ - ๓ ครั้ง	๒	๔๐
๓ - ๕ ครั้ง	๓	๖๐
๕ - ๑๐ ครั้ง	-	๐
มากกว่า ๑๐ ครั้ง	-	๐
๖. เข้าใจเกี่ยวกับจัดซื้อจัดจ้างตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐		
น้อย	-	๐
ปานกลาง	๓	๖๐
มาก	๒	๔๐

จากตาราง ๑ สามารถสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ดังนี้

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง ทั้งหมด ๑๐๐ เปอร์เซนต์

อายุส่วนใหญ่ระหว่าง ๓๑-๔๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๘๐ เปอร์เซนต์ รองลงมา รองลงมาอายุมากกว่า ๕๑ ปี คิดเป็น ร้อยละ ๒๐ เปอร์เซนต์

ระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรี ทั้งหมด ๑๐๐ เปอร์เซนต์

ประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งจัดซื้อจัดจ้าง มากที่สุด ระหว่าง ๖-๑๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๖๐ เปอร์เซนต์ รองลงมาเป็น ระหว่าง ๑-๕ ปี และ ระหว่าง ๑๑-๑๕ ปี คิดเป็นร้อยละ ๒๐ เปอร์เซนต์ เท่ากัน

กระบวนการปฏิบัติงานจัดซื้อจัดจ้างที่อาจจะเกิดการผิดพลาด มากที่สุด ระหว่าง ๓-๕ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๖๐ เปอร์เซนต์ รองลงมา ระหว่าง ๑-๓ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๔๐ เปอร์เซนต์

ความเข้าใจเกี่ยวกับจัดซื้อจัดจ้างตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐ มากที่สุด เข้าใจปานกลาง คิดเป็นร้อยละ ๖๐ เปอร์เซนต์ และรองลงมา เข้าใจมาก คิดเป็นร้อยละ ๔๐ เปอร์เซนต์

การประเมินความเสี่ยงในการจัดซื้อจัดจ้างตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐ วิธีการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-Bidding) ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ และเจ้าหน้าที่พัสดุ ในโรงพยาบาลท่าวังผา มีแนวทาง การป้องกันความเสี่ยงจากงานที่มีความเสี่ยงสูงก่อน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยง และข้อมูล เชิงประจักษ์ที่ได้จากการเก็บข้อมูลการวิจัยจากหัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ และเจ้าหน้าที่พัสดุ ของโรงพยาบาลท่าวังผา สรุปได้ดังนี้

๑. ด้านกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง มีความเสี่ยงในระดับน้อย มีโอกาสและผลกระทบในระดับน้อย สรุปได้ว่า การทำงานที่สอดคล้องกับกฎระเบียบข้อบังคับการจัดซื้อจัดจ้าง มีการทำงานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับกฎระเบียบ ข้อบังคับการจัดซื้อจัดจ้างตาม พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้าง เพื่อให้การดำเนินงานจัดซื้อจัดจ้างเกิดการผิดพลาดน้อยที่สุด และถูกต้องตามกฎระเบียบข้อบังคับการจัดซื้อจัดจ้าง

๒. ด้านเข้าใจเกี่ยวกับจัดซื้อจัดจ้างตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐ ด้านผู้บริหารและหัวหน้าเจ้าหน้าที่ และเจ้าหน้าที่พัสดุ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ กฎระเบียบ ข้อบังคับ ในการจัดซื้อจัดจ้าง ตามพระราชบัญญัติฯ เป็นอย่างดี และปฏิบัติอย่างรอบคอบ เพื่อลดการผิดพลาด ในการปฏิบัติงานจัดซื้อจัดจ้าง และตระหนักถึงผลกระทบที่จะทำให้องค์กรเกิดความเสียหายเป็นอย่างดี

การนำไปใช้ประโยชน์

๑. ผลของการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการประเมินความเสี่ยงของกระบวนการทำงานงานจัดซื้อจัดจ้าง ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่ และเจ้าหน้าที่พัสดุ ตลอดจนคณะกรรมการต่างๆ ของกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างได้

๒. สามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาหน่วยงานอื่น ๆ ที่ใช้ระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างต่อไป

๓. ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลท่าวังผา ที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องกับงานจัดซื้อจัดจ้าง ได้ตระหนักและ รับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงจากกระบวนการทำงานและสามารถหาแนวทาง ในการบริหารจัดการและควบคุมความเสี่ยงให้อยู่ ในระดับที่ยอมรับได้

เอกสารอ้างอิง

กรมบัญชีกลาง. (๒๕๖๐). ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐพ.ศ.๒๕๖๐. จาก https://webs.rmutl.ac.th/assets/upload/files/๒๐๒๐/๐๕_๒๕๖๐.pdf

กรมบัญชีกลาง. (๒๕๖๑). คู่มือการจัดซื้อจัดจ้างโดยวิธีการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding). หน่วยงานภาครัฐ. กรุงเทพฯ.

กระทรวงการคลัง. (๒๕๖๓). คู่มือการบริหารจัดการความเสี่ยงสำนักงานปลัดกระทรวงการคลัง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรหมพิราม. (๒๕๖๑). การวิเคราะห์การดำเนินงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง ของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรหมพิราม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑. จาก <https://www.google.com/searchEP๙MGHmA๑&ved =๑ahUKEwiQn-vrz๘X๕AhU๒๘jgGHfTgAdM๔FBDh๑QMIDg&uact>

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหางดง.(๒๕๖๓).รายงานการวิเคราะห์ผลการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหางดง. จาก https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/๒๑๐๙๐๑๑๖๓๐๔๖๗๖๖๙๔๔.pdf



ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมใช้ทรัพยากรและอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) สำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ของ โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

นางศุภลักษณ์ ธนามี นางพจนพร พลแดง พญ.อภิชาญา โรจนเสถียร นางอรทัย ไชยช่อฟ้า
นางนันทินี เทพเสน และ ภก.สุกัญญา นันทชัย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมใช้ทรัพยากรและอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) สำหรับรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-๑๙ โรงพยาบาลท่าวังผา สำนวณปริมาณการใช้ทรัพยากรสำหรับรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-๑๙ ในโรงพยาบาล และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ทรัพยากรในผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-๑๙ รวมทั้งเปรียบเทียบแนวทางการใช้ทรัพยากรรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-๑๙ ตามแนวทางการกรมการแพทย์ สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย และการใช้งานจริง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบบริหารจัดการทรัพยากรในแต่ละหน่วยงาน ในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-๑๙ เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน ๕ หน่วยงาน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสำรวจการใช้ทรัพยากรสำหรับรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-๑๙ ที่สร้างขึ้น ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ระยะเวลาศึกษาระหว่างวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า (๑) การบริหารจัดการทรัพยากร มี ๔ องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ความวิตกกังวลและความกลัวของเจ้าหน้าที่ต่อโรคโควิด แนวทางการใช้ทรัพยากร ผลการเปรียบเทียบการใช้ระหว่างกรมการแพทย์ และการใช้งานจริง ความมั่นใจเมื่อสวมใส่ในการดูแล รวมทั้งการใส่และการถอดที่ถูกต้อง (๒) ปริมาณการใช้ทรัพยากร มีการใช้หน้ากาก N๙๕ และชุด PPE จำนวน เฉลี่ย ๔๐ ชุด/วัน กรณีผู้ป่วย PUI และ Refer ในช่วงการระบาดตั้งแต่รอบที่ ๑ และมีการใช้ หน้ากาก N๙๕ และชุด PPE จำนวน เฉลี่ย ๘๐ ชุด/วัน ในช่วงการระบาดจำนวนมาก ทำให้ต้องมีการใช้ อุปกรณ์บางชนิด Re-use เช่น N๙๕ และชุดกาวน์กันน้ำ เป็นต้น (๓) ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ทรัพยากรของ โรงพยาบาล ประกอบด้วย ๗ ปัจจัย ได้แก่ จำนวนผู้ป่วย จำนวนบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน จำนวนทรัพยากร PPE จำกัด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล อาการและประเภทของผู้ป่วย กิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาลและ การจัดหอผู้ป่วยรองรับผู้ป่วย PUI/Cohort WARD/โรงพยาบาลสนาม (๔)

ผลการเปรียบเทียบแนวทางการใช้ทรัพยากรระหว่างกรมการแพทย์ สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย และการใช้งานจริงจากการสำรวจ ๕ หน่วยงานใน โรงพยาบาล พบว่ามีการใช้ทรัพยากร N๙๕ และชุด PPE โดยการใช้งานจริงจากการสำรวจ มีการใช้ N๙๕ และชุด PPE มากกว่าจำนวนที่แนวทางของกรมการแพทย์ และสมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทยกำหนดไว้ในผู้ป่วย จึงได้มีการทบทวน แก้ไขปัญหาพร้อมกับทีมงานอย่างต่อเนื่อง จนได้รูปแบบปฏิบัติในการใช้ PPE ที่ชัดเจน และนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาใช้งานจนปัจจุบัน

คำสำคัญ: การบริหารจัดการทรัพยากร; โรคติดเชื้อ COVID-๑๙; โรงพยาบาล

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) นับเป็นการระบาดใหญ่ (pandemic) ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงด้านสุขภาพระดับโลก โดยสามารถติดต่อผ่านทางละอองขนาดเล็กที่มีเชื้อปะปนอยู่ จากการสัมผัสโดยตรงหรือการสูดดมละอองฝอยเข้าไปในระยะฟักตัวของโรคอยู่ในช่วง ๒-๑๔ วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงอาการป่วยประมาณ ๕ วัน หลังจากได้รับเชื้อ(๑,๖)ผู้ติดเชื้อจะมีอาการไข้ ไอแห้ง อ่อนเพลีย ภูมิแพ้ หายใจลำบาก ปวดตามกล้ามเนื้อ เจ็บคอ ปวดศีรษะหนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน คัดจมูก ท้องเสีย ไอเป็นเลือด

และตาแดง(๖,๑๑) กลุ่มผู้สูงอายุและโรคเรื้อรังร่วมจะทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น(๑๑) ผู้ที่ไม่แสดงอาการของโรคหรืออยู่ในระยะฟักตัวสามารถแพร่กระจายเชื้อไวรัสสู่ผู้อื่นได้ (๑๑) ทั้งนี้ การให้การรักษา โดยหลักแนวทางการรักษาจากกรมการแพทย์/กรมควบคุมโรค โดยข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่า เมื่อวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศเตือนการระบาดของโรคปอดอักเสบที่ไม่ทราบสาเหตุในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน พบผู้ป่วย ๒๗ ราย โดยผู้ป่วย ๗ ราย มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยทั้งหมดมีความเกี่ยวข้องกับตลาดอาหารทะเลและสัตว์ป่าฮั่นหนาน และในวันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๓ จีนประกาศเชื้อที่เป็นสาเหตุนี้ว่าเชื้อไวรัสโคโรนา โดยพบผู้เสียชีวิตรายแรกในวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๓ และในวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๓ พบผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทย และถือเป็นผู้ป่วยรายแรกนอกประเทศจีน(๑๑) ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๓ พบผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-๑๙ ในหลายประเทศทั่วโลก โดยมีจำนวนผู้ติดเชื้อรวม ๓,๒๓๑,๐๕๔ ราย เสียชีวิต ๒๒๘,๔๐๓ ราย(๙)

ในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อ ๒,๙๕๔ ราย เสียชีวิต ๕๔ ราย(๑๑) และมีการคาดการณ์ว่า หากมีสถานการณ์ที่การควบคุมโรคไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก(๑๑) ทั้งนี้ โรคติดเชื้อ COVID-๑๙ จัดเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ ทำให้มีข้อจำกัดในด้านองค์ความรู้ที่จะนำมาใช้ในการจัดการควบคุมและป้องกันโรค(๑๑)จึงก่อให้เกิดความกังวลจากความท้าทายในการควบคุมการระบาดของโรคจากปัญหาดังกล่าวรัฐบาลไทยได้กำหนดให้ปัญหาโรคติดเชื้อ COVID-๑๙ เป็นวาระแห่งชาติ โดยมีการดำเนินงานที่สำคัญคือ การประกาศให้เป็นโรคติดต่ออันตรายตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ของกระทรวงสาธารณสุข การประกาศบังคับใช้ พ.ร.ก. สถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๘ และจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙(ศบค.) ของรัฐบาล รวมถึงการออกมาตรการ แนวทางการดำเนินงานเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-๑๙ ของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติให้ส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐทุกแห่งเร่งดำเนินการตามมาตรการเพื่อควบคุมและยับยั้งการแพร่กระจายของโรคอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้ จากสถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้เกิดภาวะขาดแคลนทรัพยากรที่ใช้ในทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยในวันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ องค์การอนามัยโลกได้ประเมินว่าทั่วโลกมีความต้องการอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (personal protective equipment: PPE) เพิ่มขึ้น ๑๐๐ เท่า ตั้งแต่เริ่มมีการระบาด และจะมีราคาเพิ่มขึ้นถึง ๒๐ เท่า(๑๑) การยอมรับว่าสามารถป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการติดและแพร่เชื้อโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข(๑๑) ซึ่งหน้ากาก N๙๕ มีกลไกในการป้องกันการแพร่กระจายของละอองไฝงผู้สวมใส่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ(๑๑) และชุด PPE มีกลไกในการป้องกันการสัมผัสกับเชื้อโรค ช่วยป้องกันและลดโอกาสติดเชื้อ ประกอบด้วยอุปกรณ์ป้องกันใบหน้าและดวงตา ป้องกันร่างกาย ป้องกันเท้า ป้องกันมือและป้องกันระบบหายใจ(๑,๒,๑๑) ซึ่งหน้ากาก N๙๕ และชุด PPE ได้ถูกนำไปใช้ในหอผู้ป่วย รถพยาบาล และห้องปฏิบัติการ(๔,๕,๖,๗) และยังเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สามารถลดการแพร่และป้องกันเชื้อโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ(๑๑) จากการทบทวนวรรณกรรม บ่งชี้ว่า ควรมีการจัดทำแนวทางการบริหารจัดการหน้ากาก N๙๕ และชุด PPE ให้เพียงพอต่อการใช้งานของหน่วยบริการ เพื่อป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อโรคในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขรวมทั้งผู้ป่วยติดเชื้อ(๙,๑๑)

จากปัญหาดังกล่าว สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-๑๙ ที่ผ่านมาตั้งแต่ มีนาคม ๒๕๖๓-๒๕๖๔ โรงพยาบาลท่าวังผา สถานการณ์การสำรองPPE และหน้ากาก N๙๕ ของโรงพยาบาลท่าวังผา ตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของโควิด-๑๙ และมีผู้ป่วย PUI เข้ามารักษาตั้งแต่เดือน มีนาคม ๒๕๖๓ ระยะแรกเนื่องจากเป็นช่วงที่สถานการณ์ที่มีการระบาดของ CRE จากรพ.จังหวัด ทำให้มีการสำรอง PPE ไว้ เช่นชุด CPE gown มีความเพียงพอ พร้อมใช้ และมีการสำรวจความพร้อมใช้เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง แต่จากการระบาดจากสถานการณ์

ระดับโลก ทำให้ช่วงระยะหนึ่งหลังจากนั้น ทำให้ จำนวน PPE เริ่มขาดแคลน ไม่สามารถจัดซื้อได้ ทำให้เกิดความ
กังวล จากความไม่เพียงพอและพร้อมใช้ และความกังวลต่อความปลอดภัยของบุคลากรในการให้การดูแลรักษา
จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเตรียมการบริหารจัดการทรัพยากร เพื่อรองรับสถานการณ์ต่อไป โดยใช้หลักการ 3R's
(reduce, refine และ replace) คือ ลดการใช้ที่ไม่จำเป็น การนำกลับมาใช้ใหม่ และค้นหาวิธีการดูแลรักษา
ผู้ป่วยที่ไม่ทำให้เกิดการกระจายของละอองจากสารคัดหลั่ง(๖,๗,๑๑)

แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ PPE และหน้ากาก N๙๕จะมีความขาดแคลน แต่ต้องไม่ละเลยต่อความ
ปลอดภัยของบุคลากร ซึ่งการจัดการ PPE ให้เพียงพอต่อบุคลากรทางการแพทย์เป็นสิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญเป็น
อย่างมาก(๕,๖,๑๐) พบปัญหาอุปกรณ์ทั้ง มีจำนวนไม่เพียงพอ/พร้อมใช้ เกิดการใช้อุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่
๑.)ชุดและอุปกรณ์ PPE สำหรับสวมใส่ในกิจกรรมความเสี่ยงสูงในการทำ SWAB C/S (ATK,RT-PCR) การที่
อุปกรณ์ PPE มีจำนวนจำกัด ทำให้ต้องมีการบริหารในการใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด เช่นชุด Cover all มีไม่
เพียงพอและราคาสูง ได้มีการนำชุดกาวน์กันน้ำสีเขียว (Surgical gown) มาใช้ในการหมนเวียน ซึ่งมีเพียง ๑๘
ชุด และการใช้ชุดกาวน์กันน้ำ ที่สามารถ Re-use ได้ ๒๐ ครั้งมาใช้ แต่ก็พบปัญหาเกิดการหมนเวียนไม่เพียงพอ
โดยจากสาเหตุคือ ชุดมีจำนวนจำกัด บุคลากรมีการหมนเวียนทุกวัน ทำให้ปฏิบัติในการตรวจเช็คอุปกรณ์ได้ไม่
ต่อเนื่อง ในบางหน่วยงาน และจากการที่มีจำนวนผู้รับบริการมากขึ้น ตามสถานการณ์การเกิดการระบาด ๒.)การ
SWAB ใช้บุคลากร จำนวน ๓ คนต่อจุดบริการ ทำให้ใช้ PPE จำนวนมาก โดยเฉพาะหัตถการความเสี่ยงสูง ๓.)
การดูแลผู้ป่วย ใช้อุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสม(ใส่มากเกินไป)จากความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค ๔.)ชุดที่สวมใส่
ในการปฏิบัติงานมีไม่พร้อมใช้เพียงพอ จากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่นชุดกาวน์กันน้ำสำหรับหัตถการเสี่ยงสูง
/ชุด Operation dress พบอุบัติการณ์ส่งคืนหลังการทำความสะอาดและทำลายเชื้อไม่เพียงพอ เนื่องจาก ๔.๑
ส่งผิดที่ ๔.๒ไม่ได้ระบุชื่อหน่วยงาน ๔.๓.ไม่ได้ประสานกันระหว่างหน่วยงานว่าแต่ละวันส่งซักจำนวนเท่าไร
ต่อเนื่อง รวมทั้งจนท.หน่วยงานทำความสะอาดและทำลายเชื้อ กลัวว่าชุดที่ใช้สวมใส่ในการทำงาน อาจป้องกัน
ความเสี่ยงไม่ได้ จึงนำไปสวมใส่เอง เป็นต้น ๕.ความปลอดภัยของผู้ที่ทำการ Swab ขณะทำหัตถการ เนื่องจาก
ปัญหาของโครงสร้างด้านอาคาร สถานที่ ๖.การขาดแคลนอุปกรณ์จากหน่วยงานภายนอก Mask N-๙๕ ไม่
สามารถซื้อได้เป็นช่วงๆ Face shield ไม่มีจำหน่าย เป็นต้น โรงพยาบาลท่าวังฯจึงได้ทำการศึกษาการบริหาร
จัดการทรัพยากรสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ในเครือข่ายบริการ มีการปรับปรุงพัฒนา
เพื่อให้ การบริหารจัดการทรัพยากรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ได้ให้ข้อเสนอแนะในการศึกษา
ครั้งต่อไป โดยควรศึกษาหลักเกณฑ์การใช้ทรัพยากรแต่ละประเภท เช่น อัตราการใช้หน้ากาก N๙๕และชุด PPE
รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรที่ใช้สำหรับรองรับโรคโควิด-๑๙ (COVID-๑๙) ในหน่วยบริการเพื่อรองรับ
การบริหารจัดการในสถานการณ์การระบาดระลอกใหม่

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาการบริหารจัดการหน้ากาก N๙๕ และชุด PPE สำหรับรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโร
นา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) สำนวจการใช้หน้ากาก N๙๕/ชุด PPE ในทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลที่
เกี่ยวข้อง
๒. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้หน้ากาก N๙๕ และชุด PPEในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙
รวมทั้งเปรียบเทียบแนวทางการใช้หน้ากาก N๙๕ และชุด PPE ตามแนวทางการแพทย์ และ
สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย และประเมินการใช้งานจริงจากการสำรวจในหน่วยงานใน
โรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ PPE

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบของการวิจัย (research design) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยนำข้อค้นพบจากวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพมาศึกษาต่อด้วยวิธีการเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง ๑ เมษายน ๒๕๖๓- ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔ แบ่งการดำเนินการเป็น ๓ ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการได้แก่ วิเคราะห์สถานการณ์ รวบรวมข้อมูลอุปกรณ์ ความพร้อมใช้ของชนิดและจำนวน PPE ที่มีอยู่ในโรงพยาบาล วิเคราะห์การปฏิบัติตามแนวทางการสวมใส่-ถอด PPE ที่ถูกต้องของบุคลากร หาสาเหตุความบกพร่อง/ปัญหาและออกแบบแนวทางการการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด (๑ เมษายน ๒๕๖๓ -๓๐ เมษายน ๒๕๖๓) ระยะดำเนินการ ประกอบด้วย ออกแนวทางร่วมกับทีม IC โดยอยู่บนหลักฐานวิชาการที่เกี่ยวข้อง ๒.๑ หน้ากากชนิด N๙๕ ที่มีอยู่อย่างจำกัด ใช้ในหัตถการความเสี่ยงสูงมาก นำไปอบโดยใช้ UVC ได้ ๕ ครั้ง แต่หากเปียกหรือรูปทรงผิดปกติก่อนเปลี่ยนใหม่ ๒.๒ หน้ากาก KN ๙๕ ใช้ในหัตถการความเสี่ยงสูง นำไปอบโดยใช้ UVC ได้ ๕ ครั้ง แต่หากเปียกหรือรูปทรงผิดปกติก่อนเปลี่ยนใหม่ ๒.๓ เสื้อกาวน์กันน้ำชนิด Reuse มากกว่า ๑๐๐ ครั้ง จำนวน ๑๘ ตัว ให้หมุนเวียนในหน่วยงานที่กำหนด และในวันหยุดที่กระบวนการซักผ้าช่วงเวลาไม่เหมือนวันปกติ ให้หมุนเวียนจากงานทันตกรรมมาใช้ ๒.๔ Surgical mask หน่วยงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยให้ใช้ Mask ผ้าที่ควบคุมการใช้เส้นใย และแบบตามทีม IC กำหนด ๒.๕ การตัดเสื้อกาวน์กันน้ำชนิด Reuse ได้ ๒๐ ครั้ง ใช้ในความเสี่ยงปานกลาง แบบและชนิดโดยทีม IC กำหนด ๒.๖ Face-shield ผลิตโดยงานทันตกรรม แบบและชนิดโดยทีม IC กำหนด ๒.๗ การใช้ Partition กั้น เพื่อลดการ Contact กับผู้รับบริการ และลดการใช้ PPE และต่อมาได้นำตู้ Swab ความดันบวกมาใช้ในการ Swab ๒.๘ มีการจัดทำ Boxset อุปกรณ์ตามกิจกรรมความเสี่ยง เพื่อสะดวกในการหยิบใช้ และเกิดความมั่นใจต่อผู้ปฏิบัติในการสวมใส่อุปกรณ์ครบ ๒.๙ การฝึกซ้อมสวมใส่-ถอด และการติดตามหน้างานของทุกหน่วยงานเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ๒.๑๐ การจัดทำป้ายขั้นตอนสวมใส่-ถอด PPE หน้าชุด Box set และติดไว้ตามจุดที่สวมใส่-ถอดอุปกรณ์ PPE ทุกจุด ๒.๑๑ ออกแนวทางปฏิบัติและประกาศใช้ (๑ พฤษภาคม ๒๕๖๓ -๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔) และระยะที่ ๓ การประเมินผลลัพธ์ (๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ -๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการบริหารจัดการทรัพยากรสำหรับรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-๑๙ ในโรงพยาบาล เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยคัดเลือกหน่วยงานในโรงพยาบาล ที่ให้การดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยเข้าข่ายการสอบสวนโรคติดเชื้อ COVID-๑๙

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา จำแนกตามลักษณะข้อมูลเป็น ๒ ส่วน คือ (๑) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และ (๒) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสำรวจการใช้หน้ากาก N๙๕ และชุด PPE สำหรับรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-๑๙ ที่สร้างขึ้นจากโปรแกรม Microsoft Excel โดยผ่านการพัฒนาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและทดลองใช้ในโรงพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูล จำแนกเป็น ๖ ขั้นตอน ดังนี้

๑. เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการบริหารจัดการทรัพยากรสำหรับรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-๑๙ ใน ๕ หน่วยงานในโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๓- ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔
๒. สำรวจการใช้หน้ากาก N๙๕ และชุด PPE สำหรับรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-๑๙ ใน ๕ หน่วยงานในโรงพยาบาล ด้วยแบบสำรวจสร้างขึ้น
๓. ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ

๔. วิเคราะห์ข้อมูลและสังเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ทรัพยากร ประกอบด้วย หน้ากาก N๙๕ และชุด PPE สำหรับรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-๑๙
๕. วิเคราะห์และเปรียบเทียบแนวทางการใช้ทรัพยากรตามแนวทางของกรมการแพทย์(๖,๗,๘) สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย(๑๐) และการใช้งานจริงจากการสำรวจในโรงพยาบาล
๖. สรุปผลการศึกษา และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อผู้บริหารของโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล จำแนกตามลักษณะข้อมูล คือข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

- ๑.) การบริหารจัดการทรัพยากร มี ๔ องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ความวิตกกังวลและความกลัวของเจ้าหน้าที่ต่อโรคโควิด แนวทางการใช้ทรัพยากร ผลการเปรียบเทียบการใช้ระหว่างกรมการแพทย์ และการใช้งานจริง ความมั่นใจเมื่อสวมใส่ในการดูแล รวมทั้งการใส่และการถอดที่ถูกต้อง ปริมาณการใช้ทรัพยากร มีการใช้หน้ากาก N๙๕ และชุด PPE จำนวน เฉลี่ย ๔๐ ชุด/วัน กรณีผู้ป่วย PUI และ Refer ในช่วงการระบาดตั้งแต่รอบที่ ๑ และมีการใช้ หน้ากาก N๙๕ และชุด PPE จำนวน เฉลี่ย ๘๐ ชุด/วัน ในช่วงการระบาดจำนวนมาก ทำให้ต้องมีการใช้ อุปกรณ์บางชนิด Re-use เช่น N๙๕ และชุดกาวน์กันน้ำ เป็นต้น
- ๒.) ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ทรัพยากรของ โรงพยาบาล ประกอบด้วย ๗ ปัจจัย ได้แก่ จำนวนผู้ป่วย จำนวนบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน จำนวนทรัพยากร PPE จำกัด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล อาการและประเภทของผู้ป่วย กิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาลและ การจัดหอผู้ป่วยรองรับผู้ป่วย PUI/Cohort WARD/โรงพยาบาลสนาม

ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ทรัพยากร PPE

๑. การบริหารจัดการหน้ากาก N๙๕ และชุด PPE สำหรับรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-๑๙ ใน ๕ หน่วยงาน มีการจำแนกผู้ป่วย เฉลี่ย ๔๐ ชุด/วัน ในการระบาดรอบที่ ๑ และเฉลี่ย ๘๐ ชุด/วัน ในการระบาดรอบต่อมา ทั้งนี้ ได้มีการบริหารจัดการทรัพยากรสำหรับรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-๑๙ ในด้านการเตรียมการและการใช้หน้ากาก N๙๕ และชุด PPE ดังนี้ ด้านการเตรียมการ จำแนกเป็น

อาคารสถานที่

- ๑) การจัดพื้นที่บริการผู้ป่วยนอก) เป็นการปรับปรุงจากลักษณะอาคารเดิมที่มีอยู่ โดยใช้เป็นอาคารผู้ป่วย ARI clinic
- ๒) การจัดพื้นที่บริการผู้ป่วยใน โดยพบว่ามี ๒ ลักษณะคือ
 - (๑) ระยะที่ ๑แบบอาคารเดี่ยว กำหนดให้ผู้ป่วย PUI/โรคติดเชื้อ COVID-๑๙ อยู่ห้องแยก(หลังตึกผู้ป่วยใน) เพื่อบรรเทา Refer หากพบผลบวก

- ผู้ป่วยประเภท ผล COVID-๑๙ Positive จัดเป็นห้องแยกผู้ป่วยติดเชื้อทางอากาศ (airborne infection isolation room: AIIR) ยกเว้นกรณีมีผู้ป่วย TB ผู้ป่วยผล COVID-๑๙ Positive อยู่ห้องพัลลภระบายอากาศ
- ผู้ป่วย PUI อยู่ห้องแยกพัลลภระบายอากาศ

(๒) ระยะที่ ๒ แบบแยกอาคาร โดยกำหนดให้เป็นหอผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-๑๙ ทั้งอาคารเป็นการเฉพาะ

๒. การจัดอัตรากำลัง พบว่า (๑) บุคลากรที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-๑๙ ประกอบด้วย แพทย์พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานทำความสะอาดพนักงานเก็บขยะ และเจ้าหน้าที่เอ็กซเรย์ (๒) จัดเวรปฏิบัติงานเป็น ๓ เวน ได้แก่ เวนเช้า บ่าย และดึก เวนละ ๘ ชั่วโมง ทั้งนี้ในแต่ละเวรปฏิบัติงานมีจำนวนครั้งของการเข้าไปทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันในบุคลากรแต่ละประเภทและในแต่ละเวรปฏิบัติงาน และแต่ละประเภทผู้ป่วยมีจำนวนและประเภทของบุคลากรในการทำกิจกรรมการดูแลรักษาที่แตกต่างกัน ตามการบริหารจัดการอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) และหน้ากาก N๙๕ สำหรับโรคติดเชื้อ COVID-๑๙

รูปแบบที่ได้พัฒนาในการบริหารอย่างต่อเนื่องของทรัพยากร PPE

๑) การบริหารอุปกรณ์ PPE

- การทำแนวทางในการบริหารชุดโดยการจัดทำ Box set โดยกำหนดตามกิจกรรมตามความเสี่ยง ของของกรมการแพทย์(๒๒) สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย
- การจัดทำรายการการสวมใส่-ถอด อุปกรณ์ PPE ตามลำดับและตามจุดสวมใส่-ถอด อุปกรณ์ PPE ในแต่ละหน่วยงาน
- การชี้แจงเจ้าหน้าที่รับทราบในแนวทางเดียวกัน
- การ Re-use Mask ๙๕ โดยเครื่อง UVC ตามการอ้างอิงของ CDC และกรมการแพทย์(๓,๖)
- การชี้แจงติดตามการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในทุกหน่วยงาน เป็นระยะ อย่างต่อเนื่อง

๒) การ Swab ที่มีการใช้ PPE เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

- มีการจัดหาตู้ความดันบวก จำนวน ๒ ตู้ (๓,๖)

๓) การร่วมทบทวนแนวทางการใช้ทรัพยากรอย่างต่อเนื่องกับทีมงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการแก้ไขปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น การส่งอุปกรณ์/ทรัพยากรที่ผิดให้หน่วยงาน จากงานทำความสะอาดและทำลายเชื้อ โดยให้หน่วยงานต้นทางเขียนชื่อกำกับ แจกจ่ายให้หน่วยงานรับผลงานทราบ และการจัดบริการในวันหยุดและวันหยุดนักขัตฤกษ์ของหน่วยงานซักฟอกที่มีรูปแบบเวลาในการทำความสะอาดและทำลายเชื้อไม่เหมือนวันปกติ ให้ใช้ทรัพยากรของหน่วยงานที่ยังไม่มีคนใช้แทน เช่น ใช้ชุดกาวน์กันน้ำของหน่วยงานทันตกรรมแทน ในขณะที่รอการจัดหาทรัพยากรทดแทน

๔) การติดตามสั่งซื้อจากหน่วยงานภายนอกอย่างใกล้ชิด

๕) การผลิตอุปกรณ์บางชนิดเองเช่นเสื้อกาวน์กันน้ำและ Face shield เป็นต้น

ข้อมูลทั่วไป

๑. ด้านการใช้หน้ากาก N๙๕ และชุด PPE พบว่า มีการกำหนดให้เปลี่ยนหน้ากาก N๙๕ และชุด PPE ทุกครั้งที่เข้าไปทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ตามจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงาน
๒. ผลการสำรวจการใช้หน้ากาก N๙๕ และชุด PPE สำหรับรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-๑๙ ในโรงพยาบาล พบว่า มีการใช้หน้ากาก N๙๕ และชุด PPE อย่างละ ๑ ชิ้น/ชุด ต่อผู้ป่วย ๑ ราย เท่ากันในแต่ละประเภทผู้ป่วย
๓. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้หน้ากาก N๙๕ และชุด PPE สำหรับรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-๑๙ ของโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้หน้ากาก N๙๕ และชุด PPE ของบุคลากรในโรงพยาบาลซึ่งเป็นการใช้งานจริง ประกอบด้วย ๗ ปัจจัย ได้แก่ จำนวนผู้ป่วย จำนวนบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน จำนวนทรัพยากร PPE จำกัด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล อาการและประเภทของผู้ป่วย กิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาลและ การจัดหอผู้ป่วยรองรับผู้ป่วย PUI/Cohort WARD/โรงพยาบาลสนาม
๔. ผลการเปรียบเทียบแนวทางการใช้หน้ากาก N๙๕ และชุด PPE ตามแนวทางการแพทย์ สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย และการใช้งานจริง พบว่า มีการใช้อุปกรณ์ชนิดและจำนวนมากกว่าแนวทางกำหนด

วิจารณ์

การศึกษาการบริหารจัดการหน้ากาก N๙๕ และชุด PPE สำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) กรณีศึกษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ ผู้ศึกษามีข้อวิจารณ์ใน ๒ ประเด็นสำคัญ ประกอบด้วย ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้หน้ากาก N๙๕ และชุด PPE และแนวทางการใช้จากการศึกษามีข้อค้นพบปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการใช้หน้ากาก N๙๕ และชุด PPE สำหรับรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-๑๙ ที่มีความสัมพันธ์และส่งผลเชื่อมโยงกัน ประกอบด้วย ๗ ปัจจัย ได้แก่

๑) จำนวนผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการใช้ทรัพยากร(๑๑) นั่นคือ หากจำนวนผู้ป่วยมากก็จะส่งผลให้มีการใช้ ทรัพยากรมากขึ้น

๒) ลักษณะอาการและประเภทของผู้ป่วย เนื่องจากความรุนแรงของอาการผู้ป่วยแต่ละประเภทนั้น ส่งผลต่อจำนวนครั้งของการเข้าดูแลรักษา เมื่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีจำนวนครั้งของการเข้าดูแลให้การ รักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อบ่อยครั้ง และใช้จำนวนบุคลากรที่มากขึ้น(๑๑) รวมถึงมีระยะเวลาอนนอนนานขึ้นหรือการ Refer ไปต่างสถานที่ ก็จะทำให้ใช้ทรัพยากรมากขึ้นตามไปด้วย

๓) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เป็นปัจจัยที่ได้รับการส่งผลจากลักษณะอาการและประเภทผู้ป่วย และยังส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของจำนวนบุคลากรและระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน กล่าวคือ การนอนโรงพยาบาลเป็น ระยะเวลาอนจะต้องใช้บุคลากรที่ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น และใช้ระยะเวลาในการรักษานานตามกันไป และส่งผลให้มีการใช้ทรัพยากรมากขึ้นไปด้วย

๔) การจัดหอผู้ป่วยรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-๑๙ เนื่องจากการศึกษาพบว่า มีการจัดพื้นที่บริการ ๒ ลักษณะคือ แบบแยกตึก โดยกำหนดให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-๑๙ อยู่ในอาคารผู้ป่วยในและแบบตึกเดียวที่กำหนดให้เป็นหอผู้ป่วย COVID-๑๙ทั้งอาคารเป็นการเฉพาะ นั่นคือ หากมีการจัดหอผู้ป่วยที่มากก็จะส่งผลต่อการจัดอัตรากำลังบุคลากรและการใช้ทรัพยากรที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีความสิ้นเปลืองมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะกรณีมี

จำนวนผู้ป่วยไม่มาก จึงควรมีการบริหารจัดการอาคารและหอผู้ป่วยขนาดใหญ่ในสถานที่เดียวสำหรับรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยเฉพาะ เช่น การจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม

๕) จำนวนบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ได้รับการส่งผลจากจำนวนผู้ป่วย ลักษณะอาการและประเภทของผู้ป่วย ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และการจัดหอผู้ป่วย ทั้งนี้พบการศึกษาที่บ่งชี้ว่าการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจะส่งผลต่อการใช้ทรัพยากร(๑๑)

๖) กิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาล เป็นปัจจัยที่ถูกกำหนดจากลักษณะอาการและประเภทของผู้ป่วย ซึ่งในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะมีกิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาลที่ยุ่ยาก ซับซ้อนและมีจำนวนครั้งของการเข้าดูแลรักษามากกว่าผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง ซึ่งลักษณะการจัดกิจกรรมดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่มากขึ้น ดังนั้นการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ข้อเสนอในการผลการศึกษานี้ ไปใช้ประโยชน์ในระดับหน่วยงานสามารถนำผลการศึกษานี้ไปแก้ไขปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรสำหรับโรคติดเชื้อ COVID-19 เช่น การใช้กลยุทธ์ ๓R's (Reduce, Refine, and Replace)(๑๑) ประกอบด้วย ๑) ลดการใช้ทรัพยากรที่ไม่จำเป็น (Reduce) โดยการพิจารณาดงานที่ไม่จำเป็นเร่งด่วนที่ต้องใช้ทรัพยากรและปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการ เช่น การให้คำปรึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ การพัฒนาระบบแพทย์ทางไกล (telemedicine)(๑๑) การให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรังผ่านกลไกของหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อเป็นการลดความแออัดในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องมาตรการลดระยะห่างทางสังคมของรัฐบาล รวมถึงการพิจารณาเลือกใช้วิธีการรับยาทางไปรษณีย์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมโรคได้ เป็นต้น ๒) การทำความสะอาดทรัพยากรที่ใช้แล้วให้สามารถนำกลับมาใช้งานใหม่ได้ (Refine) เช่นเดียวกับหลายการศึกษาที่แนะนำให้กลับมาใช้ใหม่ (Reuse) ด้วยการฆ่าเชื้อโดยการฉายรังสีอัลตราไวโอเล็ต(UV) การฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาหรือสารเคมี(๖,๗,๑๑) และการฆ่าเชื้อด้วยความร้อน(๖,๑๑) เป็นต้น

การบริหารอัตรากำลังให้เกิดความคุ้มค่าสูงสุด(Replace) โดยพิจารณามอบหมายหน้าที่ให้บุคลากรสามารถปฏิบัติหน้าที่ทดแทนกันได้ ในลักษณะซึ่งหน้าที่นั้นไม่ได้ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จะทำให้การใช้ทรัพยากรลดลง เช่น การทำความสะอาดห้องผู้ป่วย โดยผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นต้น จากการเก็บรวบรวมข้อมูลและการทบทวนรายงานการศึกษาในต่างประเทศ(๑๑) พบว่าสถานการณ์เกี่ยวกับการขาดแคลนทรัพยากรหน้ากาก N๙๕ และชุด PPE ยังเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดและวิตกกังวลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และพบปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านโรคติดเชื้อ ความกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อ ความเหนื่อยล้าจากปริมาณงานที่มากขึ้น เป็นต้น ดังนั้น ควรมีการจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับประเภทของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงประสบการณ์และความรู้ความชำนาญ การพักผ่อนในระยะเวลาที่เพียงพอ และควรมีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน และการพัฒนาแนวทางการผลิตเพื่อบรรเทาปัญหาการขาดแคลน ในสถานการณ์ที่โรงงานไม่สามารถผลิตทรัพยากรได้อย่างเต็มที่

ข้อเสนอแนะ

การเตรียมความพร้อมของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ด้วยการพัฒนาระบบการบริหารจัดการทรัพยากร ด้วยการจัดทำแผนต่างๆ ประกอบด้วย การจัดทำแผนการจัดซื้อ/จัดหาทรัพยากรแนวทางการตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานและความพร้อมใช้งานของทรัพยากร แผนการขนส่งและกระจายทรัพยากร คลัง_สำรองทรัพยากร และแผนการพัฒนา/ปรับปรุงการป้องกันและรักษาความปลอดภัยสถานที่ผลิตและเก็บทรัพยากร(๑๑) ทั้งนี้ รัฐบาลไทยโดยกระทรวง-สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และผู้บริหารหน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่ ควรมีส่วนร่วมวางแผนบริหารจัดการทรัพยากรเพื่อ

รองรับสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในอนาคตให้ครอบคลุมทุกมิติปัจจัย เพื่อให้ระบบการบริหารจัดการ
ทรัพยากรโดยเฉพาะหน้ากากN๙๕ และชุด PPE เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรทบทวนแนวทางการใช้ทรัพยากร (หน้ากากอนามัย N๙๕ และชุด PPE)
ร่วมกับหน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้มีการจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอและ
เหมาะสม สำหรับการใช้งานในหน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข(๑๑)
๒. ควรเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการและแนวทางการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นให้กับบุคลากร
ทางการแพทย์และสาธารณสุข ในฐานะผู้ให้บริการ เพื่อให้มีแนวทางปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
เช่น การจัดทำ VDO เผยแพร่ หรือการจัดทำชุดความรู้ออนไลน์ เป็นต้น(๑๑)
๓. ควรสร้างความเข้มแข็งในการบริหารจัดการทรัพยากรทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขใน
ระดับพื้นที่ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมของภาครัฐเอกชน ทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค และควรพัฒนา
กลไกการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ทันท่วงที และมีความเชื่อมโยงกันในทุกมิติ(๑๑)
๔. ควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขเช่น
การลดเวลาและกิจกรรมในการใช้บริการในโรงพยาบาล การส่งต่อการดูแลรักษาโดยกลไกของหน่วย
บริการปฐมภูมิการติดตามเยี่ยมบ้าน และการใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งจะส่งผล
ให้การใช้ทรัพยากรในหน่วยบริการลดลง(๑๑)
๕. ควรกำหนดภารกิจและมอบหมายงานให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในหน่วยบริการโดย
คำนึงถึงจำนวนครั้งในการเข้าทำกิจกรรมการดูแลรักษา และการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมสำหรับโรคติด
เชื้อCOVID-๑๙ ด้วยการจัดทำคู่มือแนวทางการใช้ทรัพยากรให้เหมาะสมและจำเป็นกับกิจกรรมการ
ดูแลรักษาผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน(๑๑)
๖. ควรมีการพัฒนานวัตกรรมในการป้องกันอันตรายของผู้ปฏิบัติงานเพื่อลดการใช้ ทรัพยากรอย่างมี

ประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สงสัยติดเชื้อที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI)(๑๑) หรือโรคติดเชื้อร้ายแรงอื่น
การนำไปใช้ประโยชน์

๑. เป็นข้อเสนอต่อผู้บริหารระดับสูงในโรงพยาบาลปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข
กรณีโรคติดต่อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ในโรงพยาบาลและสาธารณสุขจังหวัด และ/หรือ
ระดับประเทศเพื่อเตรียมความพร้อมจัดหาทรัพยากรระดับจังหวัดและประเทศให้เพียงพอต่อความ
ต้องการสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
๒. เป็นแผนความต้องการทรัพยากรในภาวะวิกฤติที่มีความแม่นยำและเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์เสนอ
ผู้บริหารระดับสูงระดับจังหวัด และระดับประเทศของกระทรวงสาธารณสุขนำเสนอต่อรัฐบาลและ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการจัดหาให้เพียงพอและทันเวลา การบริหารจัดการทรัพยากร ควร
พิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อจำนวน/อัตราการใช้ทรัพยากร เพื่อให้การบริหารจัดการ
ทรัพยากรเป็นไปอย่างเหมาะสม เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

๑. ควรมีการศึกษาวิเคราะห์เกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรแต่ละประเภท เช่น อัตราการใช้หน้ากาก N๙๕หรือ PPE ในผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-๑๙ ในสถานบริการ
๒. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารทรัพยากรและการวิเคราะห์ต้นทุนของทรัพยากรที่ใช้สำหรับรองรับผู้ติดเชื้อ COVID-๑๙

เอกสารอ้างอิง

๑. Centers for Disease Control and Prevention. (๒๐๒๐). *Infection Control Guidance for Healthcare Professionals about Coronavirus (COVID-๑๙)*. Retrieved June ๓๐, ๒๐๒๑. from <https://www.cdc.gov/coronavirus/๒๐๑๙-nCoV/hcp/infection-control.html>
๒. Centers for Disease Control and Prevention. (๒๐๒๑). *Healthcare Workers: Information on COVID-๑๙*. Retrieved June ๑๕, ๒๐๒๑. from <https://www.cdc.gov/coronavirus/๒๐๑๙-ncov/hcp/index.html>
๓. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓). *การเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาลและการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล COVID-๑๙*. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี.
๔. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓). *แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข*. สืบค้นจาก <http://morprom๑.moph.go.th/news>
๕. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓). *การเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาลและการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล COVID-๑๙..*
๖. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓). *โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส-๑๙*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>.
๗. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๔). *โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส-๑๙*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>.
๘. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. (๒๕๖๔). *รวมแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สำหรับบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/๑๑๕๐๙๒๐๒๑๐๖๑๐๐๓๓๙๑๐.pdf>
๙. ญัตติฐาน พัฒนาะวณิชพันธ์, วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย, ปุณณิภา คงสืบ, เขาวรินทร์ คำหา, รุ่งเรือง กิจผาติ, ศุภกิจ ศิริลักษณ์. (๒๕๖๓) *การบริหารจัดการทรัพยากรสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ในประเทศไทย โดยใช้แบบจำลองข้อมูลจาก Big Data*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, ๒๙(๓), ๓๘๖-๔๙.
๑๐. นิธิพัฒน์ เจียรกุล. (๒๕๖๓). *แนวทางการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันตนเองส่วนบุคคล (personal protection equipment; PPE) และหน้ากากอนามัยชนิด N๙๕ ที่สำคัญตามความเสี่ยงของกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย*. กรุงเทพมหานคร: *สมาคมอู่เวชแห่งประเทศไทย ๒๕๖๓*.
๑๑. วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย, ปุณณิภา คงสืบ, เขาวรินทร์ คำหา, ศุภกิจ ศิริลักษณ์. (๒๕๖๔). *การบริหารจัดการอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) และหน้ากาก N๙๕ สำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)*

- กรณีศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ ๕ แห่ง.วารสารวิชาการสาธารณสุข,๓๐(๑),๑๓๗-๑๕๐.
- ๑๒.ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค.(๒๕๖๔) . รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙. (๓๐ เมษายน ๒๕๖๓)Report No. ๑๑๘. สืบค้น จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>
- ๑๓.สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๐). คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ ๒). กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ๑๔.สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย.(๒๕๖๓). แนวทางการดูแลผู้ป่วย COVID-๑๙. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ๑๕.อะเคื่อ อุณหเลขกะ. (๒๕๕๖). ระบาดวิทยาและแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. เชียงใหม่: โรงพิมพ์มีงเมือง.



ความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร กับ HbA_{1c} ของผู้ป่วยเบาหวาน
ในโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน
A comparison of Fasting Blood Sugar (FBS) and HbA_{1c} of Diabetic patients
in Tha Wang Pha hospital, Nan province

นภาพรณี ฝ่ายนันทะ, พิลาสลักษณ์ นาคอภิไชย, วรายุทธ ถาดตา, นางเบญจมาศ คำหว่าง,
นายจรรณู ดวงธิ, นายชูชาติ เนตรวีระ, นางคณินนิต ดวงธิ

ความเป็นมาและความสำคัญ (มีอ้างอิง)

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขไทย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และปัจจุบันพบว่ามีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี ผู้ป่วยเบาหวานโรคเบาหวานส่วนใหญ่จะเป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non – insulin – dependent diabetes mellitus /NIDDM) หรือเบาหวานชนิดที่ ๒ (Type II diabetes) ที่เกิดจากการที่ฮอร์โมน “อินซูลิน” มีความบกพร่อง ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ หรือความผิดปกติในการสร้างฮอร์โมน “อินซูลิน” ของต่อมไร้ท่อที่ตับอ่อนทำให้ผลิตอินซูลินได้ลดลง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าปกติ (Hyperglycemia) ติดต่อกันเป็นระยะเวลาาน และต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ได้แก่ จอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและขา ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว^(๑)

การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๐ ของสมาคมเบาหวานและสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย ได้แนะนำให้ตรวจคัดกรองในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงถ้าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ๑๒๖ มก./ดล. ให้ตรวจยืนยันด้วย FBS ซ้ำอีก ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน^(๒) และเนื่องจากโรคเบาหวานจะต้องได้รับการตรวจและประเมินผลการรักษาต่อเนื่อง ติดตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด จะประเมินระดับน้ำตาลในเลือดทั้งก่อนและหลังอาหาร และ/หรือ ระดับ HbA_{1c} ตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอและถูกต้องหรือไม่โดยใช้เกณฑ์ (เป้าหมาย) จากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน การควบคุมเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่อย่างเข้มงวด ที่ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ๘๐ - ๑๓๐ มก.ดล. และ HbA_{1c} < ๗%^(๒)

โรงพยาบาลท่าวังผามีผู้ป่วยเบาหวานตั้งแต่ปีประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔ มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี ๒๕๖๕ มีจำนวนผู้ป่วย ๒,๔๔๕ คนและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอีก ซึ่งวันเบาหวานแต่ละวันจะมีผู้ป่วยมารับบริการเจาะเลือด ไม่ต่ำกว่า ๘๐ คน และมีการส่งตรวจ HbA_{1c} มากขึ้นตามไปด้วย มีทั้งผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดี (FBS ≤ ๑๓๐ มก.ดล., HbA_{1c} < ๗%) และผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (FBS > ๑๓๐ มก.ดล., HbA_{1c} > ๗%) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยหลายรายมีการตรวจ HbA_{1c} หลายครั้งภายใน ๑ ปี และมีผู้ป่วยบางส่วนที่ได้รับการตรวจเฉพาะระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้แพทย์ต้องส่งตรวจ HbA_{1c} เพิ่มภายหลัง ส่งผลให้ปริมาณงานในการตรวจ HbA_{1c} เพิ่มขึ้น รวมถึงค่าใช้จ่ายในการตรวจเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ทั้งนี้ด้วยข้อจำกัดของศักยภาพในการตรวจของเครื่องตรวจ HbA_{1c} ก็ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับผลการตรวจที่ล่าช้า ตัวอย่างที่ส่งตรวจจาก รพ.สต.ในพื้นที่ห่างไกลไม่สะดวกต่อการเก็บตัวอย่างหลายครั้ง แล้วไม่ได้ส่งตรวจ A_{1c} ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะไม่ได้รับการประเมินปริมาณน้ำตาลสะสม ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจะไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

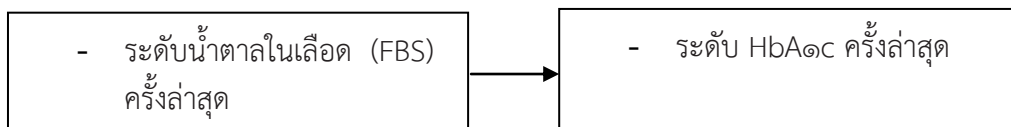
และไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมเบาหวาน จะส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันหรือเรื้อรังที่จะมาตามภายหลัง^(๓) นำซึ่งวัตถุประสงค์ของงานวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดกับ HbA_{1c} และอัตราผู้ป่วยที่ควบคุมระดับ HbA_{1c} ที่ไม่ดี แต่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ดี ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน เพื่อเป็นแนวทางแพทย์ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวให้ได้รับการประเมิน และการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

- ๑ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารกับ HbA_{1c} ของผู้ป่วยเบาหวาน ในคลินิกเบาหวาน
- ๒ สามารถใช้ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ทำนายค่า HbA_{1c} ในการประเมินการควบคุมเบาหวาน ของผู้ป่วยเบาหวาน
- ๓ เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยผลตรวจ HbA_{1c} ของผู้ป่วยและปริมาณงานของห้องปฏิบัติการ

ระเบียบวิธีวิจัย (research methodology)

- แบบของการวิจัย (research design).
กึ่งทดลอง (quasi-experimental research)
- กรอบแนวคิด



- ประชากร/กลุ่มตัวอย่างคือ
ตัวอย่างเลือดจากผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน โดยเลือกวันคลินิกเบาหวาน ๓ วัน ในเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๕ และเป็นผู้ป่วยที่มีการตรวจทั้งระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) และ HbA_{1c} จำนวนทั้งหมด ๑๒๘ ราย
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (instrument of research) ใช้เครื่องมือ ๓ ชิ้นคือ.....
 ๑. เครื่องตรวจวิเคราะห์สารเคมีในเลือดอัตโนมัติ รุ่น Cobas C ๕๐๑
 ๒. เครื่องตรวจวิเคราะห์ HbA_{1c} อัตโนมัติ รุ่น D-๑๐
 ๓. แบบบันทึกผลการตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือด (FBS), HbA_{1c} และข้อมูลของผู้ป่วย
- ระยะเวลาในการทำวิจัย
นับตั้งแต่ มิถุนายน ถึง กรกฎาคม ๒๕๖๕
- สถิติที่ใช้
ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย ค่าร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation) และ Receiver Operator Characteristic (ROC) Curve ด้วยโปรแกรม SPSS

- การดำเนินการ

ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการเจาะเลือดตรวจน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมาแล้วอย่างน้อย ๘ ชั่วโมงตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวาน เจ้าหน้าที่ LAB เจาะเก็บเลือดผู้ป่วยแล้วแบ่งเลือด ๒ มิลลิลิตร ใส่หลอดเก็บเลือดที่มีสารกันเลือดแข็งชนิด EDTA สำหรับตรวจวัดระดับน้ำตาล และแบ่งเลือด ๒ มิลลิลิตร ใส่หลอด NaF สำหรับตรวจวัด HbA_{1c} นำเลือดปั่นแยกให้ได้พลาสมาด้วยเครื่องปั่นเหวี่ยง ความเร็วรอบ ๓,๕๐๐ รอบต่อนาที เป็นเวลา ๕ นาที ทำการตรวจวิเคราะห์ โดยนำพลาสมาจากหลอด NaF ใส่เข้าใน เครื่องตรวจวิเคราะห์สารเคมีในเลือดอัตโนมัติ รุ่น Cobas C ๕๐๑ เพื่อตรวจวัดระดับ น้ำตาล ด้วยหลักการวิเคราะห์ โดยเอนไซม์ hexokinase (HK) และนำเลือดครบส่วนในหลอด EDTA ใส่เข้าใน เครื่องตรวจวิเคราะห์ HbA_{1c} อัตโนมัติ รุ่น D-๑๐ โดยใช้หลักการ Cation exchange HPLC จากนั้นเก็บข้อมูลน้ำตาลในเลือด (FBS) ครั้งล่าสุดและข้อมูลย้อนหลังอีก ๑ ครั้ง และ HbA_{1c} ล่าสุด บันทึกลงในแบบบันทึก ใช้เกณฑ์การประเมินผลการควบคุมเบาหวาน ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับ โรคเบาหวาน ๒๕๖๐ ของสมาคมเบาหวานและสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยค่าน้ำตาลในเลือด (FBS) ≤ ๑๓๐ มก.ดล และค่า HbA_{1c} ≤ ๗.๐%^(๒) จากนั้นนำข้อมูลทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย ค่าร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Correlation), Receiver Operator Characteristic (ROC) Curve ด้วยโปรแกรม SPSS และสร้างสมการเชิงเส้นด้วย MS Excel

ผลการวิจัย (สาระสำคัญที่ได้จากการวิจัย /ศึกษา/ทดลอง)

การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๒๘ คน เป็นชาย ๖๔ คน (ร้อยละ ๕๐) หญิง ๖๔ คน (ร้อยละ ๕๐) มีอายุเฉลี่ย ๖๓.๓๓ ± ๘.๖๓ ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง ๕๑-๘๐ ปี อายุสูงสุด ๙๐ ปี อายุต่ำสุด ๔๔ ปี มีค่าน้ำตาลในเลือด(FBS) เฉลี่ยอยู่ที่ ๙๔.๕๔ ± ๓๙.๐๕ มก./ดล. และค่า HbA_{1c} เฉลี่ยอยู่ที่ ๗.๖๓ ± ๑.๕๗% ดังตารางที่ ๑

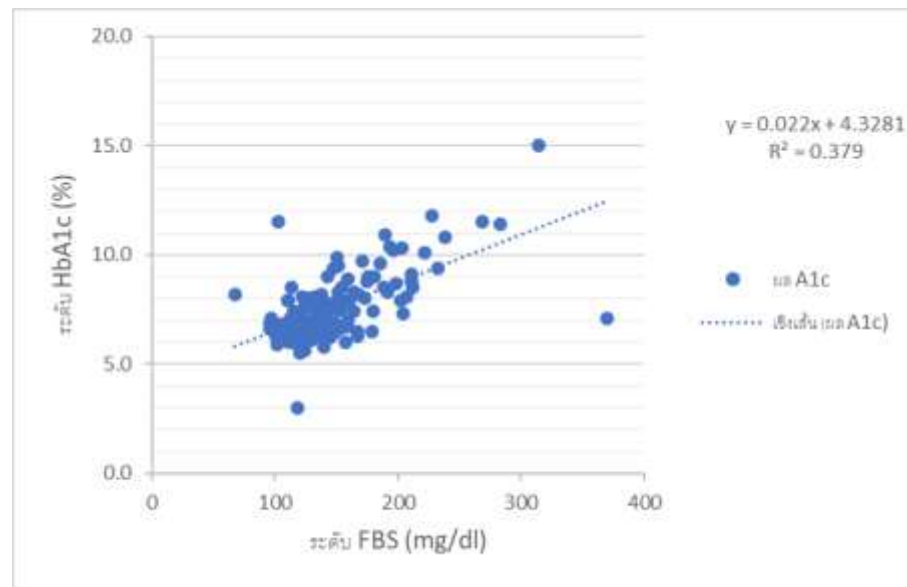
ตารางที่ ๑ แสดงข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน จำนวนทั้งหมด ๑๒๘ คน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N)	ร้อยละ (%)	พิสัย	ค่าเฉลี่ย (x̄)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
เพศ (คน)					
● ชาย	๖๔	๕๐	-	-	-
● หญิง	๖๔	๕๐			
อายุ (ปี)					
● ๔๑ - ๕๐	๘	๖.๓			
● ๕๑ - ๖๐	๔๑	๓๒.๐			
● ๖๑ - ๗๐	๕๓	๔๑.๑	๔๔ - ๙๐	๖๓.๓๓	๘.๖๓
● ๗๑ - ๘๐	๒๓	๑๘.๐			
● ๘๑ - ๙๐	๓	๒.๓			

ระดับน้ำตาลในเลือด (มก./ดล.)	-	-	๘๗ - ๓๗๐	๑๔๙.๘๔	๔๔.๐๑
ระดับ HbA๑c (%)	-	-	๓.๐ - ๑๕.๐	๗.๖๓	๑.๕๗

นอกจากนี้ยังพบว่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) มีความสัมพันธ์เชิงฟังก์ชันแบบกราฟเส้นตรงกับระดับ HbA๑c ซึ่งเขียนเป็นสมการได้ $HbA๑c\% = ๐.๐๒๒(FBS) + ๔.๓๒๘๑$ โดย $R^2 = ๐.๓๗๙$ ดังแสดงในรูปที่ ๑ และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน $r = ๐.๖๑๖$ ($p = ๐.๐๐๐$) มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ ๒

รูปที่ ๑ กราฟแสดงความสัมพันธ์ฟังก์ชันแบบกราฟเส้นตรงระหว่างระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) กับระดับ HbA๑c



ตารางที่ ๒ แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) กับระดับ HbA๑c

		ระดับ FBS เฉลี่ย มก./ดล
ระดับ HbA๑c (%)	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	๐.๖๑๖**
	P	๐.๐๐๐
	ระดับความสัมพันธ์	ปานกลาง

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

ตารางที่ ๓ แสดง ระดับน้ำตาลที่เหมาะสม ความไว และความจำเพาะ จาก Receiver Operator Characteristic (ROC) Curve

Cut off ; FBS (mg/dl)	Sensitivity (%)	Specificity (%)	Area Under the Curve (AUC)
๑๓๓.๕	๐.๗๖๗	๐.๖๗๓	๐.๗๗๖

จากตารางที่ ๓ พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสมในการเริ่มตรวจ HbA๑c เท่ากับ ๑๓๓.๕ มก./ดล โดยมีความไว (Sensitivity) ร้อยละ ๗๖.๗ และความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ ๖๗.๓ (AUC = ๐.๗๗๖)

ตารางที่ ๔ แสดงจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) กับระดับ HbA๑c

ระดับน้ำตาลในเลือด (มก./ดล.)	ระดับ HbA๑c (%)		รวม
	≤ ๗.๐	> ๗.๐	
≤ ๑๓๐	๓๓ (ร้อยละ ๒๕.๘)	๑๕ (ร้อยละ ๑๑.๗)	๔๘ (ร้อยละ ๓๗.๕)
> ๑๓๐	๒๒ (ร้อยละ ๑๗.๒)	๕๘ (ร้อยละ ๔๕.๓)	๘๐ (ร้อยละ ๖๒.๕)

จากตารางที่ ๔ เมื่อประเมินผลการควบคุมเบาหวานตามเกณฑ์ จะเห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือด (FBS) เกินเกณฑ์ > ๑๓๐ มก./ดล. ทั้งหมด ๘๐ คน (ร้อยละ ๖๒.๕) มีค่า HbA๑c อยู่ในเกณฑ์ ≤ ๗.๐ % จำนวน ๒๒ คน (ร้อยละ ๑๗.๒) และ HbA๑c เกินเกณฑ์ > ๗.๐ % จำนวน ๕๘ คน (ร้อยละ ๔๕.๓) ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาล (FBS) ได้ดี ≤ ๑๓๐ มก./ดล. ทั้งหมด ๔๘ คน (ร้อยละ ๓๗.๕) เป็นผู้ป่วยที่มีระดับ HbA๑c ≤ ๗.๐% จำนวน ๓๓ คน (ร้อยละ ๒๕.๘) และผู้ป่วยที่มีระดับ HbA๑c > ๗.๐% จำนวน ๑๕ คน (ร้อยละ ๑๑.๗)

ตารางที่ ๕ แสดงจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มี ระดับ FBS ≤ ๑๓๐ มก./ดล และ HbA๑c > ๗%

ช่วงอายุ (ปี)	๔๑ - ๕๐	๕๑ - ๖๐	๖๑ - ๗๐	๗๑ - ๘๐	๘๑ - ๙๐	รวม
ชาย (คน)	๐	๐	๕ (ร้อยละ ๓๓.๓)	๑ (ร้อยละ ๖.๗)	๐	๖ (ร้อยละ ๔๐.๐)
หญิง (คน)	๑ (ร้อยละ ๖.๗)	๑ (ร้อยละ ๖.๗)	๓ (ร้อยละ ๒๐.๐)	๔ (ร้อยละ ๒๖.๗)	๐	๙ (ร้อยละ ๖๐.๐)

จากตารางที่ ๕ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้ HbA๑c > ๗% แต่มีระดับน้ำตาลขณะอดอาหารอยู่ในเกณฑ์ที่ดี FBS ≤ ๑๓๐ มก./ดล ทั้งหมด ๑๕ คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหญิงถึงร้อยละ ๖๐.๐ ส่วนผู้ป่วยชายมีร้อยละ ๔๐.๐ และพบมากในผู้ป่วยช่วงอายุ ๖๑-๘๐ ปี

- อภิปรายผล

จากการศึกษาการผลการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) กับ HbA๑c ผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน พบว่า ระดับ HbA๑c มีความสัมพันธ์เป็นแบบ



เส้นตรง กับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และมีความสัมพันธ์ในเชิงบวก ($r = 0.616$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ซึ่งมีความสอดคล้องกับ การศึกษาของคุณก้องพงษ์ ทศพรพงศ์ ปี พ.ศ.๒๕๔๑ ($r = 0.649$)^(๔), การศึกษาของคุณนันทวรรณ ศรีสุดใจ, สุรชาติพิทย์ พิชญ์ไพบูลย์ ปี พ.ศ.๒๕๖๑ ($r = 0.564$)^(๕), การศึกษาของคุณ Ria Amelia และ Danny Luhulima ปี ค.ศ.๒๐๑๙ ($r = 0.309$)^(๖) และการศึกษาของคุณจตุภูมิ นีละศรี ปี ๒๕๖๓ ($r = 0.605$)^(๗)

นอกจากนี้พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสมที่ใช้เริ่มทำนาย HbA_{1c} เท่ากับ 133.5 มก./ดล โดยมีความไว (Sensitivity) ร้อยละ 76.7 และความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 67.3 (AUC = 0.776) แสดงให้เห็นว่าสามารถใช้ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ทำนายค่า A_{1c} ในการประเมินความสามารถในการควบคุมน้ำตาลของผู้ป่วยได้ จะสามารถลดปัญหาระยะเวลาการรอคอยที่ผู้ป่วยต้องมาเจาะซ้ำและต้องติดตามผลภายหลัง หรือผู้ป่วยส่งตัวอย่างเลือดมาตรวจจาก รพ.สต.ซึ่งมีเฉพาะค่าน้ำตาลในเลือด สามารถลดปริมาณและลดค่าใช้จ่ายในการตรวจ HbA_{1c} ได้ นอกจากนี้ยังสามารถใช้น้ำตาลในการประเมินผู้เบาหวานในเขตชุมชนหรือสถานที่ห่างไกล ที่ไม่สามารถตรวจ HbA_{1c} ได้

แต่ถึงอย่างไร ในการศึกษาที่ยังพบในกลุ่มที่ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) อยู่ในเกณฑ์ แต่ HbA_{1c} เกินเกณฑ์ (FBS ≤ 130 มก./ดล., HbA_{1c} $> 7\%$) ร้อยละ 11.7 แสดงว่าผู้ป่วยมีการเตรียมตัวในการคุมอาหารช่วงสั้นๆ ก่อนเจาะเลือดได้ดี แต่ระดับ HbA_{1c} เกินเกณฑ์มากจนถึงแก่ แสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีช่วงระยะเวลาในการดูแลตัวเองและควบคุมอาหารระยะยาว ที่ไม่ดีและไม่สม่ำเสมอ^(๘,๙) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุในช่วง $61 - 80$ ปี พบทั้งทั้งหญิงและชาย อาจจะต้องมีการตรวจหาระดับ HbA_{1c} ควบคู่กับการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)^(๘) เพื่อการประเมินผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตัวเองอย่างเคร่งครัด

แต่ถึงอย่างไรผู้ป่วยเบาหวานควรจะได้รับอาหารระดับ HbA_{1c} อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ของสมาคมเบาหวานและสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย^(๒) หรือ 2 ครั้งตามความเหมาะสม ในการติดตามและประเมินสภาวะผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่อาจเกิดกับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มดังกล่าวที่มีประวัติระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) อยู่ในเกณฑ์ทุกครั้งที่มีการตรวจ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน ซึ่งเลือกมาเป็นตัวอย่างเพียง 128 ตัวอย่าง ยังไม่ได้ศึกษาปัจจัยอื่นๆ ดังนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้จึงไม่ครอบคลุมปัจจัยรบกวนต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งอาจมีความเป็นไปได้ว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่าน้ำตาลในเลือดที่เปลี่ยนแปลง จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

- สรุป

การผลการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) กับ HbA_{1c} พบว่า ระดับ HbA_{1c} มีความสัมพันธ์เป็นแบบฟังก์ชันเส้นตรงกับระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งเป็นทิศทางเดียวกันในเชิงบวก สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน $r = 0.616$ แสดงความสัมพันธ์โดยสมการ $HbA_{1c} = 0.022(FBS) + 4.3258$ สามารถใช้ระดับน้ำตาลประเมินความสามารถในการควบคุมน้ำตาลของผู้ป่วย ทดแทน HbA_{1c} เพื่อวางแผนการรักษา โดยเกณฑ์น้ำตาลที่เหมาะสมเท่ากับ 133.5 มีความไว (Sensitivity) ร้อยละ 76.7 และความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 67.3 สามารถลดระยะเวลาการรอคอยผลของผู้ป่วยและการเจาะซ้ำ ลดปริมาณการตรวจ HbA_{1c} ขั้นตอนปฏิบัติงาน และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และสามารถใช้น้ำตาลขณะอดอาหารประเมินการ

ควบคุมน้ำตาลสะสมในพื้นที่ห่างไกลได้ แต่ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องได้รับการตรวจ HbA_{1c} อย่างน้อย ปีละ ๑-๒ ครั้งตามความเหมาะสม ในการประเมินการควบคุมเบาหวานและติดตามการรักษา

- ข้อเสนอแนะ

๑. ศึกษาเพิ่มเติมให้ครอบคลุมปัจจัยต่างๆ ที่อาจจะมีผลกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือด เช่น อายุ และ ยารักษาเบาหวาน เป็นต้น
๒. ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจน้ำตาลในเลือดแล้วมีผลอยู่ในเกณฑ์ทุกครั้ง อาจพิจารณาตรวจ HbA_{1c} มากกว่า ๑ ครั้งตามความเหมาะสม

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

๑. ลดปริมาณงานที่จะต้องเจาะเลือดผู้ป่วยซ้ำ และปริมาณการตรวจหาค่า HbA_{1c}
๒. สามารถลดค่าใช้จ่ายในส่วนของเครื่องเก็บตัวอย่างและตรวจวิเคราะห์
๓. ลดระยะเวลาการรอคอยผลตรวจ HbA_{1c} ของผู้ป่วย และแพทย์ผู้ตรวจ
๔. เป็นแนวทางสำหรับใช้ในการประเมินการควบคุมเบาหวานสะสมของผู้ป่วยในเขตพื้นที่ห่างไกล ไม่ได้เจาะตรวจ HbA_{1c}

บทเรียนที่ได้รับ

การพัฒนางานให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ยังคงมาตรฐานการให้บริการไว้จะทำให้องค์กรขับเคลื่อนได้บนพื้นฐานความพึงพอใจของทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ และสามารถลดข้อจำกัดการให้บริการได้คือ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตรวจ HbA_{1c} สามารถรับการประเมินน้ำตาลระยะได้ จากค่าน้ำตาลในเลือดล่าสุด แต่ถึงอย่างไรการตรวจน้ำตาลในก็มีปัจจัยรบกวนอื่นๆ เช่นการใช้ยารักษาเบาหวาน และในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในระยะยาวไม่ได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็จะได้รับการตรวจ HbA_{1c} ควบคุมตามความเหมาะสมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน การชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานทั้งผู้ปฏิบัติงานและสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้รับรู้และปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกันก็เป็นส่วนสำคัญ เพราะจะช่วยให้เกิดความเข้าใจกันภายในหน่วยงานและปฏิบัติงานอย่างถูกต้องสมบูรณ์

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ผู้บริหารและหัวหน้างานให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี รวมทั้งผู้ร่วมปฏิบัติงานได้มีส่วนช่วยในการให้ความเห็นต่างๆ ให้คำแนะนำวางแผนการดำเนินงานวิจัยเก็บตัวอย่างตลอดจนสรุปรายงานผลการวิจัย และกลุ่มผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน ที่ยินยอมให้ใช้ผลตรวจเลือดและข้อมูลอื่นๆ สำหรับทำการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

๑. ปานทิพย์ รัตนศิลป์กัลชาญ และและ กิตติพัฒน์ โสภิตธรรมคุณ. (๒๕๕๙). **อันตรายจากโรคเบาหวาน**. ว. วิทย์. เทคโนโลยี. หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ๘๑ ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ กรกฎาคม - ธันวาคม ๒๕๕๙.
๒. สมาคมโรคเบาหวานและสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (๒๕๖๐). **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๐**. ISBN : ๙๗๘-๖๑๖-๗๘๕๙-๑๕-๖ พิมพ์ครั้งที่ : ๒

๓. ทศนีย์ สิริธัญญ์สกุล.(๒๕๖๒). การประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลตรังโดยใช้ระดับกลูโคสในพลาสมาหลังอดอาหารและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี. วารสารเทคนิคการแพทย์ ปีที่ ๔๗ ฉบับที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๒
๔. ก่อพงษ์ ทศพรพงศ์. (๒๕๔๑). การศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างฮีโมโกลบิน A๑c กับระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารในการประเมินการควบคุมเบาหวานและการประเมินปัจจัยเสี่ยงของภาวะหลอดเลือดแข็งตัวของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลมะการักษ์. วารสารแพทย์เขต ๗ ๒๕๔๑;๑:๖๗-๗๔
๕. นันทวรรณ ศรีสุดใจ, สุธาทิพย์ พิชญ์ไพบูลย์.(๒๕๖๑). การพัฒนาและตรวจสอบสมการทำนายค่าฮีโมโกลบิน เอวันซี ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่๒ ณ โรงพยาบาลพนัสนิคม. วารสารเภสัชกรรมไทย ปีที่ ๑๑ เล่มที่ ๑ ม.ค.-มี.ค. ๒๕๖๒
๖. Ria Amelia and Danny Luhulima. (๒๐๑๙). Relationship Between Levels of Fasting Blood Glucose and HbA๑C in Prediabetes Patients. Advances in Health Sciences Research, volume ๒๖ (BTH-HSIC ๒๐๑๙)
๗. จตุภูมิ นีละศรี.(๒๕๖๓). ปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาลสะสม HbA๑c ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลท่ามาย จังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทย์ เขต ๔-๕ ปีที่ ๓๙ ฉบับที่ ๔ ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๖๓
๘. แสงชัย อธิปกรณ์. (๒๕๕๑). ความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๑ ม.ค.-มี.ค. (ฉบับเสริม ๔)
 นลิน จรุงธนะกิจ.(๒๕๖๔). ผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่๒ ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (โควิด-๑๙) โรงพยาบาลไทรงาม. วารสารศูนย์อนามัยที่ ๙ ปีที่ ๑๕ ฉบับที่ ๓๖ มกราคม-เมษายน ๒๕๖๔



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยโรคโควิด-๑๙ ในเขตอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

นางสาวจิตริยา บุญชุม และ นางสาวกรรณิกา ไชยเสน

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบการวิจัยเชิงพรรณนาโดยศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะผู้ป่วยโรคโควิด-๑๙ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยโรคโควิด-๑๙ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา (Study population) คือ ผู้ป่วยโรคโควิด-๑๙ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่านในเดือนมกราคม ๒๕๖๕ จำนวน ๑๘๙ ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบรายงานการสอบสวนโรค ทะเบียนประวัติการรักษาผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน มกราคม ๒๕๖๕ วิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ สถิติไคร้สแควร์ (Chi-square Test) ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชายมากกว่าหญิง ร้อยละ ๕๕.๐๓ มีอายุเฉลี่ย ๓๓.๒๗ ปี (พิสัย ๐.๗-๘๗ ปี SD ๒๑.๕๔) ทางด้านปัจจัยเสี่ยง พบว่า ร้อยละ ๓๔.๓๙ มีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ ๑๓.๒๓ มีโรคประจำตัวเพียงร้อยละ ๑๓.๒๓ กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการ มาด้วยอาการไอ มีน้ำมูก และเจ็บคอ (ร้อยละ ๕๑.๘๖ ๓๔.๖๔ และ ๑๙.๕๕ ตามลำดับ) มีเพียงร้อยละ ๐.๕๖ ที่เหนื่อยหอบ และไม่มีผู้ที่ กินไม่ได้ หรืออ่อนเพลียมาก โดยส่วนใหญ่มีอาการในช่วง ๑-๗วัน (ร้อยละ ๙๔.๗๑) และอีกร้อยละ ๕.๒๙ ไม่มีอาการ ผลการตรวจค่าออกซิเจนในเลือด (Spo₂) น้อยกว่า ๙๔ เปอร์เซ็นต์ร้อยละ ๓.๓๗ เมื่อจำแนกระดับความรุนแรงของอาการพบว่า ร้อยละ ๘๒.๕๔ มีอาการเล็กน้อย ร้อยละ ๑๒.๑๗ มีอาการในระดับปานกลางและรุนแรง และร้อยละ ๕.๒๙ ไม่มีอาการเลย ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ และปัจจัยทางด้านสุขภาพด้านการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < ๐.๐๕)

บทนำ

โรคโควิด-๑๙ (COVID-๑๙, ย่อจาก Coronavirus Disease ๒๐๑๙) เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจจากไวรัสโคโรนาไวรัสโคโรนา ซึ่งมีชื่อทางการว่า SARS-CoV-๒ ทำให้มีอาการ ไข้ ไอ และอาจมีปอดอักเสบ เริ่มพบผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๒ (ค.ศ.๒๐๑๙) ที่เมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ภาคกลางของ ประเทศจีน ซึ่งเป็นเมืองใหญ่คนหนาแน่น จึงเกิดการระบาดใหญ่ได้รวดเร็ว การดูแลเป็นไปอย่างฉุกเฉิน มีคนป่วยหนักและเสียชีวิตจำนวนมาก จนประเทศจีนต้องปิดเมือง และปิดประเทศต่อมาประเทศจีน สามารถควบคุมได้ จนแทบจะไม่มีผู้ป่วยรายใหม่ ในประเทศไทยมีผู้ป่วยรายแรกที่เข้ารับการรักษา เมื่อวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๓ เป็นคนจีนที่รับเชื้อจากการระบาดในประเทศจีน และได้เดินทางมาประเทศไทย จากนั้นมีผู้ป่วยอีกหลายรายที่มา จากประเทศต่างประเทศ ส่วนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในประเทศไทยรายแรก มีการรายงานเมื่อ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๓ ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับปริมาณไวรัสที่ได้รับเข้าทางเดินหายใจ ปัจจัยทางผู้ติดเชื้อ เช่น สุขภาพ โรคประจำตัว ปฏิบัติกิจวัตร การปฏิบัติตน เมื่อเริ่มป่วย การดูแลรักษาเมื่อติดเชื้อและผู้ป่วยผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอาการน้อย และส่วนน้อยมากไม่มีอาการป่วยเลย เด็กส่วนใหญ่มีอาการน้อย ผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัวมักจะมีอาการหนักกว่า (แพทย์โรคติดเชื้อและระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๖๓) อาการของโรคโควิด-๑๙ ผู้ป่วยที่มีอาการน้อยคล้ายไข้หวัด หรือไข้หวัดใหญ่ อาการหายได้เอง พบร้อยละ ๘๐ ผู้ป่วยที่มีอาการหนักจากปอดอักเสบ หายใจผิดปกติ พบร้อยละ ๑๔ ผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤติ การหายใจล้มเหลว หัวใจวาย ไตวายพบร้อยละ ๕ ผู้ป่วยที่เสียชีวิต พบร้อยละ ๑-๒ โดยพบว่ากลุ่ม

เสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรง หรือเสียชีวิตได้หากติดเชื้อโควิด-๑๙ คือ ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเรื้อรัง โรคปอดและทางเดินหายใจ โรคอ้วน โรคตับ ผู้มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยที่ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยโรคหัวใจ (โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, ๒๕๖๓)

สำหรับจังหวัดน่าน พบผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้ป่วยเพศหญิง อายุ ๒๓ ปี สัญชาติลาว เดินทางมาจากย่านเพชรเกษม กรุงเทพฯ เพื่อมาบ้านพี่สาวที่ อำเภอนาหมื่น จังหวัดน่าน เมื่อวันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๔ จากนั้นพบผู้ป่วยรายที่สอง เป็นเพศชาย อายุ ๔๑ ปี สัญชาติไทย เดินทางมาจากกรุงเทพฯ เพื่อกลับภูมิลำเนาที่ อำเภอปัว จังหวัดน่าน เมื่อวันที่ ๘ เมษายน ๒๕๖๔ และมีการแพร่สู่ผู้สัมผัสในจังหวัด ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งผู้ที่ยืนยันการติดเชื้อ โควิด-๑๙ จะมีทั้งผู้ที่มีไม่มีอาการหรือมีอาการน้อยไปจนถึงอาการหนักมากจนต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชนเป็นหนึ่งในสถานบริการที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือมีอาการน้อยไปจนถึงอาการหนัก ยกเว้นผู้ที่มีอาการหนักมากจนต้องได้รับ

การรักษาในหอผู้ป่วยหนักจะถูกส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลทั่วไป โควิด-๑๙ เป็นโรคอุบัติใหม่ การศึกษาเกี่ยวกับโรคนี้นั้นส่วนใหญ่จึงเป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่างในต่างประเทศ ข้อมูลต่างๆ มีความเป็นพลวัต ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับโรคนี้ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ป้องกัน และรักษาเพื่อลดความรุนแรงของโรค การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน เช่น คุณลักษณะและปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่ทำให้เข้าใจถึงโรคโควิด-๑๙ มากขึ้น การวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาคุณลักษณะ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยโควิด-๑๙ ในโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ซึ่งจะส่งผลในการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ ในโรงพยาบาลชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

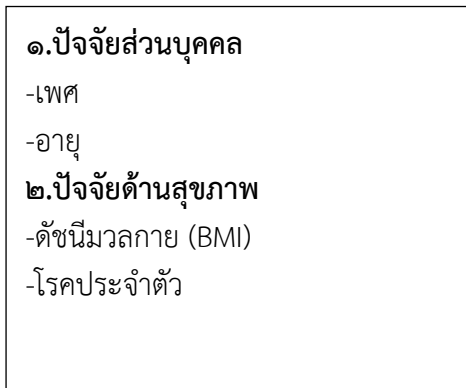
๑. เพื่อศึกษาคุณลักษณะผู้ป่วยโรคโควิด-๑๙ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน
๒. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยโรคโควิด-๑๙ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

กรอบแนวคิด

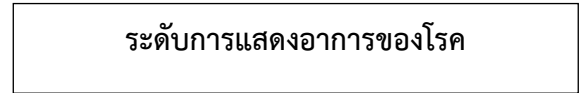
งานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยโรคโควิด-๑๙ ในเขตอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework) ประกอบด้วย ๒ ตัวแปรที่ใช้ในการทำวิจัย คือ

๑. ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ผู้วิจัยศึกษา ได้แก่ เพศ และ อายุ
๒. ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ ระดับอาการแสดงของโรค

ตัวแปรต้น



ตัวแปรตาม



แผนภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบการวิจัยเชิงพรรณนาโดยศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา (Study population) ผู้ป่วยโรคโควิด-๑๙ เดือน มกราคม ๒๕๖๕ ทั้งหมดรวม ๑๘๙ คน ขนาดตัวอย่าง (Sample size) ผู้ป่วยโรคโควิด-๑๙ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลท่าวังพาที่เข้าเกณฑ์ (สามารถค้นประวัติการจากรายงานการสอบสวนทะเบียนประวัติการรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาล จำนวน ๑๘๙ คน คัดลอกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบรายงานการสอบสวน, ทะเบียนประวัติการรักษาผู้ป่วย, เก็บรวบรวมข้อมูล เดือน มกราคม ๒๕๖๕ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ สถิติไคร้สแควร์ (Chi-square Test)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (instrument of research) ใช้เครื่องมือ ๒ ชิ้นคือ

๑. แบบรายงานการสอบสวนโรค
๒. ทะเบียนประวัติการรักษาผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน มกราคม 2565

ระยะเวลาในการทำวิจัย นับตั้งแต่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕

สถิติที่ใช้ สถิติเชิงพรรณนา และ สถิติไคร้สแควร์ (Chi-square Test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลด้านคุณลักษณะ



ตาราง ๑ จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะ

คุณลักษณะ	จำนวน (N=189 ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๑๐๔	๕๕.๐๓
หญิง	๘๕	๔๔.๙๗
อายุ (M=๓๓.๒๗, SD=๒๑.๕๔, Min=๐.๗, Max=๘๗)		
๐-๙ ปี	๓๔	๑๗.๙๙
๑๐-๑๙ ปี	๓๐	๑๕.๘๗
๒๐-๒๙ ปี	๓๐	๑๕.๘๗
๓๐-๓๙ ปี	๑๙	๑๐.๐๕
๔๐-๔๙ ปี	๒๔	๑๒.๗๐
๕๐-๕๙ ปี	๒๗	๑๔.๒๙
๖๐-๖๙ ปี	๑๖	๘.๔๗
๗๐ ปีขึ้นไป	๙	๔.๗๖

จากตารางที่ ๑ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ ๕๕.๐๓) อยู่ในช่วงอายุ ๐-๙ ปี มากที่สุด อายุเฉลี่ย ๓๓.๒๗ ปี อายุต่ำสุด ๗ เดือน อายุมากที่สุด ๘๗ ปี

ข้อมูลด้านสุขภาพ

ตาราง ๒ จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน (N=๑๘๙ ราย)	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่ามาตรฐาน (<๑๘.๕)	๔๓	๒๒.๗๕
ปกติ (๑๘.๕-๒๒.๙)	๖๕	๓๔.๓๙
อ้วนระดับ ๑ (๒๓-๒๔.๙)	๓๖	๑๙.๐๕
อ้วนระดับ ๒ (๒๕-๒๙.๙)	๓๒	๑๖.๙๓
อ้วนระดับ ๓ (≥๓๐)	๑๓	๖.๘๘
โรคประจำตัว		
ไม่มี	๑๖๔	๘๖.๗๗
มี	๒๕	๑๓.๒๓

จากตารางที่ ๒ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ ๓๔.๓๙) รองลงมาอยู่ในระดับน้อยกว่ามาตรฐาน และ อ้วนระดับ ๑ (ร้อยละ ๒๒.๗๕ และ ๑๙.๐๕ตามลำดับ) และมีโรคประจำตัวเพียง ร้อยละ ๑๓.๒๓

โรคประจำตัว

ตาราง ๓ จำนวน และ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรคประจำตัว

โรคประจำตัว	จำนวน (N=189 ราย)	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	๑๕	๗.๙๔
เบาหวาน	๓	๑.๕๙
ไขมันในเลือดสูง	๔	๒.๑๒
โรคลมชัก(Epilepsy)	๑	๐.๕๓
โรคจมูกอักเสบ (allergic rhinitis)	๑	๐.๕๓
โรคกรดไหลย้อน (GERD)	๑	๐.๕๓
หอบหืด	๒	๑.๐๖
โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease)	๒	๑.๐๖
ไตรกลีเซอไรด์สูง	๒	๑.๐๖

จากตารางที่ ๓ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๑๓.๒๓ มีโรคประจำตัว เป็น โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ ๗.๙๔) รองลงมาเป็น โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน (ร้อยละ ๒.๑๒ และ ๑.๕๙ ตามลำดับ)

ข้อมูลด้านอาการและอาการแสดง

ตาราง ๔ จำนวน และ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติอาการก่อนมาโรงพยาบาล

อาการ (N=๑๗๙ ราย)	จำนวน	ร้อยละ
ไอ	๙๓	๕๑.๙๖
ไข้	๒๑	๑๑.๗๓
เจ็บคอ	๓๕	๑๙.๕๕
ปวดศีรษะ	๒๘	๑๕.๖๔
คัดจมูก	๑๐	๕.๕๙
เหนื่อยหอบ	๑	๐.๕๖
ถ่ายเหลว	๓	๑.๖๘
จุกไม่ได้กลืน	๑๒	๖.๗๐
อาเจียน	๒	๑.๑๒

อาการ (N=๑๗๙ ราย)	จำนวน	ร้อยละ
ลิ้นไม่รับรส	๖	๓.๓๕
น้ำมูก	๖๒	๓๔.๖๔
มีเสมหะ	๒๗	๑๕.๐๘
กินไม่ได้ หรืออ่อนเพลียมาก	๐	๐

จากตารางที่ ๔ จากทะเบียนประวัติของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการไอ ร้อยละ ๕๑.๙๖ มีน้ำมูก ร้อยละ ๓๔.๖๔ และเจ็บคอ ร้อยละ ๑๙.๕๕ มีเพียงร้อยละ ๐.๕๖ ที่เหนื่อยหอบ และไม่มีผู้ที่กินไม่ได้ หรืออ่อนเพลียมาก

ตาราง ๕ จำนวน และ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวันเริ่มมีอาการ

วันเริ่มมีอาการ	จำนวน (N=๑๘๙ ราย)	ร้อยละ
๑-๗ วัน	๑๗๙	๙๔.๗๑
๘-๑๔ วัน	๐	๐.๐๐
ไม่มีอาการ	๑๐	๕.๒๙

จากตารางที่ ๕ ระยะเวลาเริ่มมีอาการ พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการในช่วง ๑-๗ วัน (ร้อยละ ๙๔.๗๑) และอีก ร้อยละ ๕.๒๙ ไม่มีอาการและอาการแสดง

ข้อมูลด้านอาการแรกเริ่ม

ตารางที่ ๖ จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามอาการแรกเริ่มและค่าออกซิเจนในเลือด

อาการ (N=๑๗๙ ราย)	จำนวน	ร้อยละ
ไอ	๔๗	๒๖.๒๖
ไข้	๒๔	๑๓.๔๑
เจ็บคอ	๓๔	๑๘.๙๙
ปวดศีรษะ	๓๖	๒๐.๑๑
คัดจมูก	๙	๕.๐๓
เหนื่อยหอบ	๗	๓.๙๑
ถ่ายเหลว	๓	๑.๖๘
จมูกไม่ได้กลิ่น	๒	๑.๑๒
อาเจียน	๑	๐.๕๖
ลิ้นไม่รับรส	๓	๑.๖๘
น้ำมูก	๓๕	๑๙.๕๕
มีเสมหะ	๒๑	๑๑.๗๓
กินไม่ได้ หรืออ่อนเพลียมาก	๐	๐

จากตารางที่ ๖ ทะเบียนประวัติเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการ ไอ (ร้อยละ ๒๖.๒๖) ปวดศีรษะ (๒๐.๑๑) และมีน้ำมูก (ร้อยละ ๑๙.๕๕)

ตารางที่ ๗ จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามผลขั้นสูตรค่าออกซิเจนในเลือด (SpO₂)

ผลการตรวจ (N=๑๗๘ ราย)	จำนวน	ร้อยละ
<๙๔	๖	๓.๓๗
≥๙๔	๑๗๒	๙๖.๖๓

จากตารางที่ ๗ ผลขั้นสูตรค่าออกซิเจนในเลือด (SpO₂) พบว่าส่วนใหญ่มีค่าออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ ๙๔% ร้อยละ ๙๖.๖๓ และพบค่าออกซิเจนในเลือด (SpO₂) น้อยกว่า ๙๔% เพียงร้อยละ ๓.๓๗ เท่านั้น



ระดับความรุนแรงของอาการ

ตาราง ๘ จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามระดับความรุนแรง

ผลการตรวจ	จำนวน (N=189 ราย)	ร้อยละ
ไม่มีอาการ	๑๐	๕.๒๙
เล็กน้อย	๑๕๖	๘๒.๕๔
ปานกลาง-รุนแรง	๒๓	๑๒.๑๗

จากตารางที่ ๘ จำแนกระดับความรุนแรงของอาการพบว่า มีอาการเล็กน้อย (ร้อยละ๘๒.๕๔) รองลงมา มีอาการปานกลาง-รุนแรง (ร้อยละ ๑๒.๑๗) และไม่มีอาการ (ร้อยละ ๕.๒๙)

ความสัมพันธ์ ของปัจจัยกับระดับความรุนแรงของอาการ

ตาราง ๙ ความสัมพันธ์ของคุณลักษณะกับระดับความรุนแรงของอาการ

ปัจจัย	ร้อยละของระดับความรุนแรงของอาการ (n)			Chi sq. (Sig.)
	ไม่มีอาการ	เล็กน้อย	ปานกลาง-รุนแรง	
เพศ				๒.๔๓ (๐.๒๙๗)
ชาย	๕.๗๗ (๖)	๗๓.๐๘ (๗๖)	๒๑.๑๕ (๒๒)	
หญิง	๔.๗๑ (๔)	๘๒.๓๕ (๗๐)	๑๒.๙๔ (๑๑)	
กลุ่มอายุ				๑๑๑.๓๒ (๐.๐๐๐)
<๒๐ ปี	๖.๒๕ (๔)	๘๕.๙๔ (๕๕)	๗.๘๑ (๕)	
๒๐-๕๙ ปี	๖.๐๐ (๖)	๘๙.๐๐ (๘๙)	๕.๐๐ (๕)	
๖๐ ปีขึ้นไป	๐ (๐)	๘.๐๐ (๒)	๙๒.๐๐ (๒๓)	
ดัชนีมวลกาย				๘.๔๖ (๐.๓๘๙)
น้อยกว่ามาตรฐาน (<๑๘.๕)	๙.๓ (๔)	๗๖.๗๔ (๓๓)	๑๓.๙๕ (๖)	
ปกติ (๑๘.๕-๒๒.๙)	๖.๑๕ (๔)	๗๕.๓๘ (๔๙)	๑๘.๔๖ (๑๒)	
อ้วนระดับ ๑ (๒๓-๒๔.๙)	๕.๕๖ (๒)	๗๕.๐๐ (๒๗)	๑๙.๔๔ (๗)	
อ้วนระดับ ๒ (๒๕-๒๙.๙)	๐ (๐)	๗๕.๐๐ (๒๔)	๒๕.๐๐ (๘) ๐ (๐)	
อ้วนระดับ ๓ (≥๓๐)	๐ (๐)	๑๐๐.๐๐ (๑๓)		

โรคประจำตัว

ไม่มี	๖.๑๐ (๑๐)	๘๕.๓๗ (๑๔๐)	๘.๕๔ (๑๔)
มี	๐ (๐)	๒๔.๐๐ (๖)	๗๖.๐๐ (๑๙)

จากตารางที่ ๙ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยกับระดับความรุนแรงของอาการ พบว่าความสัมพันธ์ของคุณลักษณะ และ ปัจจัยเสี่ยง กับระดับความรุนแรงของอาการ มีเพียงปัจจัยทางด้านกลุ่มอายุ และการมีโรคประจำตัวที่มีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <๐.๐๕)

อภิปรายผล

การแพร่กระจายและการระบาดของไวรัสโคโรนา (covid- ๑๙) ซึ่งเป็นต้นเหตุให้เกิดการติดเชื้อและระบาดลูกกลมไปทั่วโลก ผู้คนเจ็บป่วยและล้มตายเป็นจำนวนมาก แม้ในประเทศไทยก็มีผู้ติดเชื้อยืนยันระหว่างวันที่ ๑ มกราคม - ๓๑ มกราคม ๒๕๖๕ จำนวน ๒๑๗,๑๐๗ ราย เสียชีวิต ๔๗๕ ราย เป็นการติดเชื้อภายในประเทศ ๒๑๐,๐๘๑ ราย ติดเชื้อจากต่างประเทศ ๑๖๖ ราย (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๕) สำหรับจังหวัดน่านตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม - ๓๑ มกราคม ๒๕๖๕ มีผู้ป่วยยืนยัน ๑,๕๘๘ ราย เสียชีวิต ๓ ราย จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีการ แพร่ระบาดของเชื้อโควิด ๑๙ สายพันธุ์โอไมครอน ที่เป็นสายพันธุ์ที่แพร่กระจายเร็วขึ้นกว่าสายพันธุ์ที่เคยแพร่ระบาดในระลอก ๑-๓ (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๕)

การศึกษาครั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างกับผู้ป่วยยืนยันของประเทศในช่วงเวลาเดียวกัน พบว่า มีปัจจัยที่สอดคล้องและแตกต่างกัน ดังนี้ ปัจจัยที่พบว่ามีความสอดคล้องหรือใกล้เคียงกันได้แก่ ค่ามัธยฐานของอายุ (กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ ๓๕.๕ ปี ผู้ป่วยยืนยันของประเทศเท่ากับ ๓๖.๙๐ ปี) และการมีโรคประจำตัว ปัจจัยที่แตกต่างได้แก่ เพศ (กลุ่มตัวอย่าง ชาย:หญิง = ๑.๒๒:๑ ผู้ป่วยยืนยันของประเทศ หญิง:ชาย ๑:๑.๑๕) และค่าดัชนีมวลกาย

ด้านอาการและอาการแสดง โดยทั่วไป ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ มีอาการ "ไข้ และ ไอ" เป็น พื้นฐาน ส่วนใหญ่เริ่มจาก ไอแห้งๆ ตามด้วย ไข้ ผู้ป่วยส่วนน้อย คือ ร้อยละ ๕ มี น้ำมูก เจ็บคอ หรือ จาม ไม่มีอาการเสียงแหบหรือเสียงหาย ร้อยละ ๙๘.๖ มีไข้ (ไข้อาจจะไม่ได้เริ่มในวันแรกของการป่วย) ร้อยละ ๖๙.๖ มีอาการอ่อนเพลียผิดปกติ ร้อยละ ๕๙.๔ ไอแห้งๆ (Wang ct al., ๒๐๒๐) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ ๕๑.๕๙) มาด้วยอาการไอ น้ำมูก (ร้อยละ ๓๔.๖๔) และเจ็บคอ (ร้อยละ ๑๙.๕๕) มีเพียงร้อยละ ๐.๕๖ ที่เหนื่อยหอบ และไม่มีผู้ที่กินไม่ได้หรืออ่อนเพลียมาก โดยส่วนใหญ่มีอาการในช่วง ๑-๗ วัน (ร้อยละ ๙๔.๗๑) และอีก ร้อยละ ๕.๒๙ ไม่มีอาการและอาการแสดง เช่นเดียวกันทั้งนี้ โรคโควิด ๑๙ เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก แต่มีอาการที่แตกต่างจากโรคทางเดินหายใจอื่น คือ อาการสูญเสียการรับกลิ่น และ/หรือ การรับรสอย่างเฉียบพลัน โดยอาจเป็นอาการนำก่อนที่จะมีอาการอื่นๆ ของผู้ป่วย และมักพบในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า ๔๐ ปี (ปารยะ อาศนะเสน, ๒๕๖๓) ทั้งนี้ การรับกลิ่นและการรับรสเป็นประสาทสัมผัสพิเศษที่มีความสัมพันธ์กับอย่างมาก เนื่องจากมนุษย์เรานำการรับกลิ่นไปร่วมแปลเป็นความรู้สึกของการรับรสด้วยการสูญเสียการรับกลิ่นจากการอุดตันของช่องจมูกหรือบริเวณรับกลิ่นในโพรง จมูก จะทำให้กลิ่นไม่สามารถขึ้นไปกระตุ้นปลายประสาทรับกลิ่นได้ เช่น เมื่อเราเป็นหวัด จมูกไม่ค่อยได้กลิ่น เราจะรู้สึกว่ารสชาติของอาหารไม่ค่อยอร่อย ทั้งที่การรับรสของเรายังปกติดี (ประยูร ธันสุริยวงษ์,

๒๕๕๒) จากผลการศึกษารั้วนี้พบกลุ่มตัวอย่างมีเพียง ร้อยละ ๖.๗๐ ที่จุมกไม่ได้กลิ่น และร้อยละ ๓.๓๕ ที่ลิ้นไม่รับรส ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีอาการคัดจุมกเพียงร้อยละ ๕.๕๙

ระดับอาการของผู้ป่วยโรคโควิด - ๑๙ แพทย์โรคติดเชื้อและระบาดวิทยา รามาธิบดี (๒๕๖๓) รายงานว่า ผู้ติดเชื้อโควิด-๑๐ ร้อยละ ๘๐ มีอาการน้อยคล้ายไข้หวัดธรรมดาหรือไข้หวัดใหญ่ที่อาการน้อย ร้อยละ ๑๔ มีอาการหนักจากปอดอักเสบ หายใจผิดปกติ ร้อยละ มีอาการวิกฤต เช่น การหายใจล้มเหลว ซ้อคจากการป่วยรุนแรง และ ร้อยละ ๑-๒ เสียชีวิต หลังจากมีอาการหนัก ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษา พบว่ามีความแตกต่างกัน กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการถึงอาการเล็กน้อย ร้อยละ ๘๗.๘๓ และมีเพียง ร้อยละ ๑๒.๑๗ ที่มีอาการในระดับปานกลาง-รุนแรง ในจำนวนนี้ไม่มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-๑๙ ระดับอาการขึ้นกับปริมาณไวรัสที่ได้รับเข้าทางเดินหายใจ และปัจจัยทางผู้ติดเชื้อ เช่น สุขภาพ โรคประจำตัว การปฏิบัติตนเมื่อเริ่มป่วย (แพทย์โรคติดเชื้อและระบาดวิทยา, ๒๕๖๓) รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่จะดูแลรักษาเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง อาจทำให้มีระดับอาการที่แตกต่างกันกับภาพรวมของประเทศ

จากรายงานวิชาการ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงของโรคที่เด่นชัดได้แก่ ผู้สูงอายุ หรือ ผู้ที่มีโรคประจำตัว โดยโรคร่วมหรือปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคและการเสียชีวิต ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคปอดเรื้อรัง มะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง อ้วน สูบบุหรี่ ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ๑๒ เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มียปัจจัยเสี่ยง (McIntosh K, Hirsch MS, Bloom A., ๒๐๒๐) สอดคล้องกับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ของการศึกษาที่พบว่า ระดับความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ การมีโรคประจำตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <๐.๐๕) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๑๓.๒๓ มีโรคประจำตัว เป็น โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ ๗.๙๔) รองลงมาเป็น โรคไขมันในเลือดสูง และ โรคเบาหวาน (ร้อยละ ๒.๑๒ และ ๑.๕๙ ตามลำดับ) ซึ่งข้อมูลจากวารสารทางการแพทย์ (Lancet) พบว่า กลุ่มผู้มีโรคความดันโลหิตสูงและหัวใจ เมื่อป่วยเป็นโรคโควิด- ๑๙ อาจมีความเสี่ยงจากภาวะหัวใจวายและเสียชีวิตได้สูง เนื่องจากเชื้อไวรัส SARS-Cov-๒ ส่งผลให้มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ร้อยละ ๑๗, กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ร้อยละ ๗ ส่งผลให้เกิดระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวย้อยละ ๙ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากการติดเชื้อได้ เนื่องจากระบบการทำงานของเม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่กำจัดเชื้อโรคไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง โดยเฉพาะการติดเชื้อที่ปอดสูงสองถึงสี่เท่า มากกว่าผู้ที่ไม่ป่วยเป็นเบาหวาน ส่วนผู้ที่เป้นโรคอ้วนชนิดรุนแรงมีความเสี่ยงในการเกิดกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (ARDS) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคโควิด-๑๙ นอกจากนี้ผู้ที่เป้นโรคอ้วนชนิดรุนแรงยังมี โรคประจำตัวเรื้อรังอื่นๆ ที่ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงของการมีอาการที่รุนแรง(โองการ สารสมบัติ, ๒๕๖๓) ซึ่งพบกลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วน ร้อยละ ๔๓.๑ ดังนั้นผู้ป่วยโควิด-๑๙ โดยเฉพาะผู้มี โรคประจำตัวจำเป็นต้องได้รับการประเมิน ควบคุมอาการของโรคประจำตัวและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อลดความรุนแรงของโรค

สรุป

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ ๕๕.๐๓) อยู่ในช่วงอายุ ๐-๙ ปี มากที่สุด อายุเฉลี่ย ๓๓.๒๗ ปี อายุต่ำสุด ๗ เดือน อายุมากที่สุด ๘๗ ปี ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ๓๔.๓๙) รองลงมาอยู่ในระดับน้อยกว่ามาตรฐาน และ อ้วนระดับ ๑ (ร้อยละ๒๒.๗๕ และ ๑๙.๐๕ตามลำดับ) และมีโรคประจำตัวเพียง ร้อยละ ๑๓.๒๓ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๑๓.๒๓

มีโรคประจำตัว เป็น โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ ๗.๙๔) รองลงมาเป็น โรคไขมันในเลือดสูง และ โรคเบาหวาน (ร้อยละ ๒.๑๒ และ ๑.๕๙ ตามลำดับ) ข้อมูลด้านอาการและอาการแสดง จากทะเบียนประวัติของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการไอ ร้อยละ ๕๑.๙๖ มีน้ำมูก ร้อยละ ๓๔.๖๔ และเจ็บคอ ร้อยละ ๑๙.๕๕ มีเพียงร้อยละ ๐.๕๖ ที่เหนื่อยหอบ และไม่มีผู้ที่กินไม่ได้หรืออ่อนเพลียมาก ระยะเวลาเริ่มมีอาการ พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการในช่วง ๑-๗ วัน (ร้อยละ ๙๔.๗๑) และอีก ร้อยละ ๕.๒๙ ไม่มีอาการและอาการแสดง ทะเบียนประวัติเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการไอ (ร้อยละ ๒๖.๒๖) ปวดศีรษะ (๒๐.๑๑) และมีน้ำมูก (ร้อยละ ๑๙.๕๕) ผลขั้นสูตรค่าออกซิเจนในเลือด (SpO₂) พบว่าส่วนใหญ่มีค่าออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ ๙๔% ร้อยละ ๙๖.๖๓ และพบค่าออกซิเจนในเลือด (SpO₂) น้อยกว่า ๙๔% เพียงร้อยละ ๓.๓๗ เท่านั้น จำแนกระดับความรุนแรงของอาการพบว่า มีอาการเล็กน้อย (ร้อยละ ๘๒.๕๔) รองลงมามีอาการปานกลาง-รุนแรง (ร้อยละ ๑๒.๑๗) และไม่มีอาการ (ร้อยละ ๕.๒๙) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยกับระดับความรุนแรงของอาการ พบว่า ความสัมพันธ์ของคุณลักษณะ และ ปัจจัยเสี่ยงกับระดับความรุนแรงของอาการ มีเพียงปัจจัยทางด้านกลุ่มอายุ และการมีโรคประจำตัวที่มีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < ๐.๐๕)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < ๐.๐๕) ดังนั้นผู้ป่วยโควิด-๑๙ โดยเฉพาะผู้มีโรคประจำตัวจำเป็นต้องได้รับการประเมิน ควบคุมอาการของโรคประจำตัว และติดตามอาการอย่างใกล้ชิด และควรมีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัวแต่ละโรคโดยเฉพาะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ป้องกันและรักษา เพื่อลดความรุนแรงของโรค

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

1. นำผลการศึกษาที่ได้มาวางแผนส่งเสริม ป้องกัน และให้ความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่อำเภอท่าวังผา ในการป้องกันภาวะอาการที่รุนแรงที่จะเกิดขึ้นได้จากปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางด้านสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-๑๙
2. นำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการให้บริการโรคติดเชื้อโควิด-๑๙ ของอำเภอท่าวังผา

เอกสารอ้างอิง

<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no๗๓๑-๐๗๐๑๖๕.pdf>
wikipedia. ความแตกต่างระหว่างเพศ. Internet]. ๒๐๑๙ [cited ๒๐๒๑ May ๕]. Available from: แพทย์โรคติดเชื้อและระบาดวิทยา. ความรู้พื้นฐาน COVID-๑๙. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล อินเทอร์เน็ต. ๒๕๖๓ [เข้าถึงเมื่อ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๔. เข้าถึงได้จาก <http://phoubon.in.th/covid๒๐%รามา.pdf>

โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. ๘ กลุ่มผู้ป่วยที่หากติดเชื้อ Covid-๑๙ เสี่ยงมีอาการรุนแรง. บทความสุขภาพ บำรุงราษฎร์อินเทอร์เน็ต. ๒๕๖๓ [เข้าถึงเมื่อ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๔]. เข้าถึงได้จาก <http://www.bumrungrad.com>healthblog>April-๒๐๒๐.com>

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. "ข้อมูลสำหรับการป้องกันตนเองจากโรค COVID-๑๙" . เอกสารเผยแพร่สำหรับประชาชน . กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๓ [เข้าถึงเมื่อ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๔]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/introduction/introduction๐๑.pdf>

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) อินเทอร์เน็ต). ๒๕๖๔ [เข้าถึงเมื่อ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๔]. เข้าถึงได้จาก

<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php.pdf>

<http://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int-pretectio๐๓.pdf>

โครงการ สาระสมบัติ. เบาหวาน อ้วน รู้ทันความเสี่ยง COVID-๑๙. อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ ๕ พฤษภาคม ๒๕๖๕. เข้าถึงได้จาก <https://www.bangkokhospital.com/content/obesity-diabetes-risk-of-covid-๑๙.com>



ผลงานนวัตกรรม



ฝ่ายรอมอน

วิสนุกรณ์ ค่ายวง และคณะ
งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู รพ.ท่าวังผา

ที่มา (ความสำคัญ)

โรค COVID-๑๙ (Coronavirus disease ๒๐๑๙, COVID-๑๙) ได้มีการค้นพบการระบาดครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่ช่วงปลายปี พ.ศ. ๒๕๖๒ และได้มีการแพร่กระจายเชื้อไปยังประเทศต่างๆ ทั่วโลกอย่างต่อเนื่องซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่า การระบาดครั้งนี้ เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of Concern : PHEIC) จากข้อมูลสถิติ พบจำนวนผู้ติดเชื้อนี้ทั่วทุกประเทศในโลกและมีการติดเชื้อสะสม จำนวน ๒๓๔,๑๑๕,๕๘๗ ราย (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมอนามัย, ๒๕๖๔) พบประเทศสหรัฐอเมริกา มีการติดเชื้อสูงสุด รองลงมาเป็น ประเทศอินเดีย และ ประเทศบราซิล ตามลำดับ และพบผู้ป่วยเสียชีวิตสะสม จำนวน ๖,๓๔๑,๐๐๔ ราย

ประเทศไทยเป็นอีกประเทศหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ พบว่า ปี ๒๕๖๓ ประเทศไทยมีผู้ป่วยติดโรคโควิด-๑๙ สะสม จำนวน ๓,๕๖๔ คน ไม่พบผู้เสียชีวิต และ ผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน ๑,๖๐๓,๔๗๔ ราย พบผู้เสียชีวิต สะสม จำนวน ๑๖,๗๒๗ คน ในปี ๒๕๖๔ (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมอนามัย, ๒๕๖๔) จากข้อมูลสถิติพบจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๓) มีประกาศความว่า เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตรายโดยโรค COVID-๑๙ ได้มีการแพร่กระจายด้วยการถ่ายทอดผ่านการสัมผัสโดยตรงกับฝอยละออง (Droplet) จากลมหายใจของผู้ติดเชื้อ ที่เกิดจากการไอและจาม (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๓)

ข้อมูลสถิติของจังหวัดน่าน พบ ในปี ๒๕๖๓ ไม่พบผู้ติดเชื้อในพื้นที่ และมีการแพร่ระบาดของโรค โดยเริ่มตั้งแต่ มกราคม ๒๕๖๔ จากประชากรในพื้นที่ที่เดินทางกลับมาเยี่ยมญาติที่บ้านเกิด และมีการแพร่ระบาด และเพิ่มสูงขึ้นจากนโยบายรับผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อมารักษาตัวที่บ้านเนื่องจากพื้นที่ส่วนกลางเตียงไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วย โดยพบว่า ปี ๒๕๖๔ มีผู้ติดเชื้อโควิด-๑๙ สะสม จำนวน ๒,๓๖๑ คน และเสียชีวิตจำนวน ๙ คน (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมอนามัย, ๒๕๖๔)

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-๑๙ ในปี ๒๕๖๓ งานกายภาพบำบัด ซึ่งให้บริการในการรักษาและฟื้นฟูสภาพตามวิธีการทางกายภาพบำบัดต้องลดหรืองดบริการทางกายภาพบำบัดในบางหัตถการลง ได้แก่ หัตถการที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ เช่น การเคาะปอด เป็นต้น หัตถการที่จำเป็นสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ และผู้ป่วยทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น การทำอัลตราซาวด์ shock wave และ electrical stimulation เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการลดอัตรากำลังลง โดยมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเพียง ๑ ท่าน และลดจำนวนผู้รับบริการ เหลือเพียงวันละ ไม่เกิน ๑๐ คน/วัน เพื่อลดความแออัดและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-๑๙ จากผู้ป่วยสู่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ หรือ จากเจ้าหน้าที่สู่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานร่วมกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้แต่ไม่ทั่วถึง แต่อย่างไรก็ตามด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ ยังคงมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นตามลำดับประกอบกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ได้รับวัคซีนครบตามที่กำหนด การให้บริการทางกายภาพบำบัดจึงจำเป็นต้องให้บริการอย่างเต็มศักยภาพแต่ปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการเวชกรรมฟื้นฟูให้สอดคล้องกับแนวทางและมาตรการของรัฐ ภายใต้แนวคิด new

normal และสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติการปรับปรุงแบบบริการฟื้นฟูในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 (กรมการแพทย์, 2563)

จากการศึกษาแนวทางปฏิบัติการปรับปรุงแบบบริการฟื้นฟูในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงและมีอาการแพร่เชื้อโควิด-19 ได้แก่ ผู้ป่วยที่ทำให้เหตุการณ์เกี่ยวกับใบหน้า ระยะห่างน้อยกว่า 1 เมตร มีการสัมผัสผู้ป่วยมากกว่า 5 นาที และเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสารคัดหลั่งหรือการไอ นอกจากนี้ยังพบว่าควรการปรับสภาพแวดล้อม โดยคำนึงถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออาการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ การระบายอากาศ การจัดระยะห่างของที่นั่งรอคอย/ เติงบำบัด ความสะอาดของอุปกรณ์ อาคารสถานที่ เป็นต้น โดยงาน IC โรงพยาบาลท่าวังผาได้กำหนดแนวทางปฏิบัติในการทำความสะอาดเตียง โดยใช้ HCL 0.5% และ เปลี่ยนผ้าปูที่นอนทุกครั้งหลังให้บริการ

งานกายภาพบำบัดมีการใช้เตียงร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณจึงไม่สามารถทำความสะอาดและเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ภายหลังจากผู้ป่วยเข้ารับบริการในแต่ละรายได้ จึงได้กำหนดให้มีการเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอนและทำความสะอาดเตียงภายหลังจากให้บริการในวันนั้นๆ อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดดังกล่าวทีมได้นำผ้าฝ้ายมารองบนผ้าปูเตียงและทำความสะอาดทุกครั้งหลังจากผู้ป่วยใช้เตียง แต่อาจเกิดความเสี่ยงในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการจากการสัมผัสปลอกหมอนร่วมกันและผู้ป่วยที่เข้ารับบริการส่วนมากมักอยู่ในท่านอนคว่ำ ซึ่งเป็นท่าที่เสี่ยงต่อการสัมผัสสารคัดหลั่งจากใบหน้าของผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่เข้ารับบริการและใช้เตียงก่อนหน้าได้

ทีมเห็นความสำคัญดังกล่าวจึงได้ทำนวัตกรรมผ้ารองหมอนขึ้นเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จากการสัมผัสและใช้เตียงผู้ป่วย นอกจากนี้เป็นการสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยที่มาใช้บริการกายภาพบำบัดและไม่ติดโควิด-19 จากการเข้ารับบริการ

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จากการสัมผัสและใช้เตียงผู้ป่วย

ระเบียบวิธีวิจัย

สร้างนวัตกรรม การทดสอบก่อนใช้งาน เอนวัตกรรมมาทดลองใช้กับผู้ใช้บริการ แล้วประเมินผล

การสร้างนวัตกรรม

- วิเคราะห์สถานการณ์และศึกษาแนวทางปฏิบัติการปรับปรุงแบบบริการฟื้นฟูในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19
- ศึกษาคุณสมบัติผ้าแต่ละชนิด
- ออกแบบนวัตกรรมและประยุกต์ โดย ปรีक्षाผู้เชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในการให้บริการ จากนักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
- ประดิษฐ์ผ้ารองหมอน
 - คัดเลือกชนิดของผ้าที่นำมาประดิษฐ์ โดย คัดเลือกผ้าเทโร ขนาด ๒๑๐ เส้น ซึ่งเป็นผ้าที่ใช้ในการตัดชุดกาวน์สำหรับบุคลากรการแพทย์ ทดแทนผ้ามีสลิน เนื่องจากราคาถูก

กว่าแต่เป็นผ้าบาง สามารถระบายอากาศได้ดี ดูแล่ง่าย ซึมซับเหงื่อได้ดี ขนาด ๒๐ นิ้ว x ๒๔ นิ้ว

- นำมาตัดเย็บความหนา ๒ ชั้น

- ประสานช่างตัดเย็บ เพื่อ ตัดเย็บ

การทดสอบก่อนใช้งาน

- รูปแบบวิจัย : แบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research)
- กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกกายภาพบำบัด เดือน ตุลาคม ๒๕๖๔ จำนวน ๕๐ ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง
- เครื่องมือที่ใช้วิจัย จำนวน ๓ ชั้น ประกอบด้วย
 - นวัตกรรมผ้ารองหมอน
 - แบบเก็บข้อมูลการติดเชื้อโควิด-๑๙ ในหน่วยงานกายภาพบำบัด
 - แบบเก็บข้อมูลความมั่นใจต่อการเข้ารับบริการทางกายภาพบำบัด โดย เก็บจากค่าเฉลี่ยของการมารับบริการทางกายภาพบำบัดตามที่นัดหมายเปรียบเทียบ ระหว่าง เดือนตุลาคม ๒๕๕๓ และ เดือน ตุลาคม ๒๕๖๔
- วิธีการเก็บข้อมูล
 - ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประดิษฐ์นวัตกรรมแก่กลุ่มตัวอย่าง
 - กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๑๘๖ ราย ใช้นวัตกรรมทุกครั้งที่ได้รับบริการทางกายภาพบำบัดโดย พยาบาลหรือหมอนคนละชั้น นำไปวางบนหมอนก่อนนอนบนเตียงทำหัตถการ และเก็บผ้ารองหมอนวางลงในตระกร้าที่เตรียมไว้หลังสิ้นสุดการให้บริการทางกายภาพบำบัด
 - เก็บข้อมูลการติดเชื้อโควิด-๑๙ ในหน่วยงานกายภาพบำบัดและประเมินผลลัพธ์ ในเดือน ตุลาคม ๒๕๖๔ เปรียบเทียบก่อน-หลังดำเนินการ
- ระยะเวลาดำเนินการ เดือน ตุลาคม ๒๕๖๔

การประเมินผล ประเมินผลลัพธ์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คิดเป็นค่าเฉลี่ยและร้อยละ ผลการศึกษา

จากการนำนวัตกรรมมาทดลองใช้ พบผลลัพธ์ ดังตารางที่ ๑ และ ๒ ตารางที่ ๑ ตารางแสดงร้อยละการติดเชื้อจากการใช้นวัตกรรมก่อนและหลังดำเนินการ

กิจกรรม	ร้อยละ	
	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
การเกิดคลัสเตอร์ใหม่	๐	๐
เจ้าหน้าที่ติดเชื้อโควิด-๑๙ จากผู้รับบริการทางกายภาพบำบัด	๐	๐
ผู้รับบริการติดเชื้อโควิด-๑๙ จากการใช้เตียงร่วมกัน	๐	๐

ตารางที่ ๒ ตารางแสดงค่าเฉลี่ยการมารับบริการของผู้ป่วยที่มารับบริการทางกายภาพบำบัด
เปรียบเทียบระหว่าง ตุลาคม ๒๕๖๓ และ ตุลาคม ๒๕๖๔

กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย	
	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
ความมั่นใจต่อการเข้ารับบริการทาง กายภาพบำบัด	๓.๙๑	๓.๙๓

การนำผลงานวิจัย (นวัตกรรม)

ไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ : นำมาใช้ในผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการทางกายภาพบำบัด

บทเรียนที่ได้รับ

โรคโควิด-๑๙ เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีแนวโน้มการแพร่ระบาดสูง และผู้ติดเชื้อมีโอกาสเสียชีวิตสูง
การศึกษาแนวทางและนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่เป็นการป้องกันการแพร่ระบาด
และการเกิดคลัสเตอร์ใหม่

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- การสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ
- การทำงานเป็นทีม
- ความร่วมมือจากผู้รับบริการในการใช้นวัตกรรม

ภาพนวัตกรรมจำนวน ๒ ภาพ





เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์. (๒๕๖๓). แนวทางปฏิบัติการปรับรูปแบบบริการฟื้นฟูในสถานการณการแพร่ระบาดของโควิด-๑๙. สืบค้นเมื่อ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๔ สืบค้นจาก

http://www.sbo.moph.go.th/sbo/file/eoc/corona/case%๒๐management/CM_newnorma%20U%๕.%E๐%B๘%๘๔%E๐%B๘%B๙%E๐%B๙%๘๘%E๐%B๘%A๑%E๐%B๘%B๗%E๐%B๘%AD%๒๐New%๒๐Normal%๒๐Rehab.pdf

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๔). รายงานสถานการณโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ จังหวัดน่าน [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๔ สืบค้นจาก
<https://ddc.moph.go.th/covid๑๙-dashboard/?dashboard=province>

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๔). รายงานสถานการณโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ทัวโลก [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ สืบค้นจาก
<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no๒๗๑-๓๐๐๙๖๓.pdf>

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๔). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้

ไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๔ สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/covid๑๙-dashboard/>

กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๓ (ประกาศลงวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓). กรุงเทพมหานคร



กล่องกันฟุ้งกระจาย

ภาพร เทพเสนา
งานทันตกรรม โรงพยาบาลท่าม่วง

ที่มา (ความสำคัญ)

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-๒๐๑๙ หรือโรคโควิด-๑๙ (COVID-๑๙) โรคอุบัติใหม่ ก่อโรคในระบบทางเดินหายใจ โดยการทำลายเนื้อปอด พบการติดเชื้อครั้งแรกเมื่อธันวาคม ๒๕๖๒ และระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ไวรัสแพร่ กระจายผ่านการไอจามสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาทางละอองฝอยน้ำลายที่ลอยอยู่ในอากาศหรือผ่านการสัมผัสผิวปนเปื้อน งานทันตกรรมและทันตบุคลากรมีความเสี่ยงสูงมากจากเหตุการณ์รักษาที่เกิดละอองฝอยน้ำลายฟุ้งกระจาย และแขวนลอยอยู่ในอากาศที่อาจปนเปื้อนเชื้อในห้องทันตกรรม ประกอบกับห้องทันตกรรมมักมีระบบปิดทำให้เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการได้เชื้อเข้าสู่ร่างกายได้

ดังนั้น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจึงจำเป็นอย่างมากทางทันตกรรม ตั้งแต่ระบบคัดกรองคนไข้ การล้างมือ การป้องกันการฟุ้งกระจาย ระบบระบายอากาศ การทำความสะอาดพื้นผิวและเครื่องมือ และชุดในการปฏิบัติงาน การสเปรย์ด้ามกรอหรือฟุ้งหลังทำหัตถการ เป็นกระบวนการบริหารจัดการ และหล่อลื่นบำรุงหัวกรอให้สามารถใช้งานได้ยาวนาน กระบวนการดังกล่าวมักก่อให้เกิดการฟุ้งกระจายของละอองฝอย ดังนั้นทางหน่วยงานทันตกรรมจึงได้เล็งเห็นปัญหาดังกล่าวและได้ประดิษฐ์นวัตกรรมขึ้นมา

วัตถุประสงค์

ลดการฟุ้งกระจายละอองฝอยจากการสเปรย์ด้ามกรอ

ระเบียบวิธีวิจัย

๑ เกณฑ์ในการประเมินผล

- ๑.๑. นวัตกรรมลดการฟุ้งกระจายของละอองฝอย
- ๑.๒. ผู้ปฏิบัติงานพึงพอใจการใช้งานนวัตกรรมในด้านต่างๆในระดับมาก อย่างน้อย ร้อยละ

๗๐

๒ วิธีการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์

- ๒.๑. มีการประชุมหารือทีมงานทบทวนปัญหา
- ๒.๒. ทำการสำรวจวัสดุ และออกแบบหาวัตกรรมการที่จะนำมาใช้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงาน และอำนวยความสะดวก เกิดความปลอดภัยต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน
- ๒.๓. เตรียมอุปกรณ์สำหรับใช้ในการทำนวัตกรรม ได้แก่ ขวดน้ำเกลือที่ใช้แล้ว นำมาเจาะรู ๒ รู ด้านข้างขวด สำหรับใส่ไขว้ เข้าไปได้ และทำการทดลองสเปรย์เครื่องมือประเมินการฟุ้งกระจายละอองฝอย
- ๒.๔. นำมาทดสอบใช้ และเริ่มนำมาใช้ ตุลาคม ๒๕๖๔
- ๒.๕. สอบถามความพึงพอใจการใช้งาน รวบรวมปัญหา จุดบกพร่องของนวัตกรรม ข้อเสนอแนะต่างๆจากผู้ปฏิบัติงานที่ได้ทดลองใช้นวัตกรรม
- ๒.๖. ประเมินผลนวัตกรรม จากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน

๑๖๔

- ๒.๗. นำเสนอ เผยแพร่ นวัตกรรม
 ๓. วัสดุอุปกรณ์ – ต้นทุนการผลิต นวัตกรรม ได้แก่ ขวดน้ำเกลือที่ใช้แล้ว

ผลการศึกษา

การสเปรย์ด้ามกรอฟัน	ผลการพึงกระจายบนกระดาศ รัศมี (ตารางเซ็นติเมตร)
๑. สเปรย์ในภาวะปกติการทำงาน	๒,๘๒๖
๒. สเปรย์ในขวดน้ำเกลือ	๐

ตารางที่ ๑: เปรียบเทียบการพึงกระจายของฝอยในขณะสเปรย์ด้ามกรอฟัน

ทดสอบการพึงกระจายของฝอยอย่างง่าย โดยทำการสเปรย์โดยหัวกรอห่างจากกระดาศขนาด A๔ ประมาณ ๑ ฟุต พบว่า การสเปรย์ด้ามกรอฟันในขวดน้ำเกลือที่ใช้แล้วลดการพึงกระจายได้ดีกว่าการสเปรย์ด้ามกรอ ที่ปกติไม่มีการป้องกันใดๆ ดังตารางเปรียบเทียบ

๒. ความพึงพอใจในการใช้งานของนวัตกรรม ในด้านต่างๆ ดังนี้

คำถาม	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	(๑)	(๒)	(๓)	(๔)	(๕)
๑. รูปร่าง น้ำหนัก ความมิดชิด ขนาดเหมาะสม			๒ (๒๘.๕๘%)	๕ (๗๑.๔๒%)	
๒. ใช้งานได้เหมาะสม มีประสิทธิภาพ			๒ (๒๘.๕๘%)	๕ (๗๑.๔๒%)	
๓. ความพึงพอใจของท่านโดยภาพรวม			๑ (๑๔.๒๙%)	๖ (๘๕.๗๑%)	

ผลสำรวจด้านความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน ความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ ระดับดีมาก อยู่ที่ ๘๕.๗๑% ในด้าน รูปร่าง น้ำหนัก ความมิดชิด ขนาดเหมาะสม ระดับดีมาก อยู่ที่ ๗๑.๔๒% และความพึงพอใจ ด้านการใช้งานได้เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ระดับดีมาก อยู่ที่ ๗๑.๔๒%

๑. การนำผลงานวิจัย (นวัตกรรม) ไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

สามารถนำวัสดุที่เหลือใช้มาใช้ประโยชน์ได้จริง มีน้ำหนักที่เบา ทำคามสะอาดได้ง่าย และมีประสิทธิภาพ ในการลดการพึงกระจายของฝอย

๒. บทเรียนที่ได้รับ

การพัฒนางานไม่ใช่เรื่องไกลตัวผู้ปฏิบัติงานสามารถประดิษฐ์คิดค้น นำมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ ความสะดวกและปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ เหมาะสมกับสถานการณ์โรคในปัจจุบัน และบริบทของพื้นที่

๓. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ทุกความสำเร็จของการดำเนินงานขึ้นกับปัจจัยดังนี้ การทบทวนกระบวนการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการทำให้เกิดฝอย จากนั้นมีการวางแผนเพื่อจัดการปัญหาโดยมองหาสิ่งที่อยู่รอบตัว แล้วนำมาทดสอบ จนนำมาสู่การนำมาปฏิบัติใช้จริงได้ และผู้บริหารมีการเปิดโอกาสทางความคิดในการพัฒนางาน

อย่างต่อเนื่องหน่วยงานสนับสนุนเวลาในการพัฒนานวัตกรรมและบุคลากรในหน่วยงานช่วยชี้แนะปรับปรุงนวัตกรรมให้สามารถใช้งานได้เกิดประโยชน์จริง

ภาพนวัตกรรมจำนวน ๒ ภาพ



รูปที่๑:กล่องกั้นฟุ้งกระจาย



รูปที่๒:ขณะใช้งานกล่องกั้นฟุ้งกระจาย

เอกสารอ้างอิง

ประทานพร อารีราชการ์ณย์.(๒๕๖๔, มกราคม-กุมภาพันธ์.)ข้อเสนอแนะการคัดกรองและการจัดการทางทันตกรรมในช่วงระบาดของโควิด๑๙.วารสารวิชาการสาธารณสุข ,๓๐(๑), ๑๘๑-๑๘๔.
(ไทย-ไม่เกิน ๕ ปี,ต่างประเทศ ๑๐ ปี ยกเว้น original ,theory)

๑ กำปั้น = ๑ มือ

นางพรฤทัย สีนทุมวงศ์
กลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลท่าม่วง

ที่มา (ความสำคัญ)

ปัจจุบันนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพบุคคลโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน อีกทั้งแนวคิดในการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ได้เปลี่ยนไป ซึ่งแนวคิดเดิมในการควบคุมเบาหวานจะเน้นการใช้ยาพึ่งพาบริการทางการแพทย์ แต่แนวคิดใหม่เน้นมาตรการด้านอาหารและให้ผู้ป่วยพึ่งพาการเรียนรู้ปฏิบัติด้วยตัวเอง กลุ่มงานโภชนศาสตร์โรงพยาบาลท่าม่วงได้ให้ความสำคัญในการให้ความรู้ด้านโภชนศึกษาบำบัด จึงได้คิดนวัตกรรม ๑ กำปั้น = ๑ มือ ขึ้นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาเรื่อง HbA_{1c} > ๑๐ และมี FBS สูง ที่สำคัญผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และนำไปปฏิบัติได้ด้วยตัวเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดควบคู่กับการควบคุมอาหารประเภทอื่น

วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นสื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน

ระเบียบวิธีวิจัย

ขั้นตอนที่ ๑ ออกแบบสร้างนวัตกรรมโดยคำนึงถึงบริบทของผู้ป่วยในอำเภอท่าม่วงและให้ชื่อนวัตกรรมว่า ๑ กำปั้น = ๑ มือ นำไปทดสอบก่อนใช้เป็นสื่อให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่กลุ่มงานโภชนศาสตร์ ก่อนนำไปใช้สอนจริงกับผู้ป่วยเบาหวาน

ขั้นตอนที่ ๒ นำเอานวัตกรรม ๑ กำปั้น = ๑ มือ มาทดลองใช้เป็นสื่อให้ความรู้โภชนศึกษาแก่ผู้ป่วยเบาหวานที่คัดเลือกโดยมีเงื่อนไขคือ HbA_{1c} > ๑๐ และผู้ป่วยที่มี FBS สูง

ขั้นตอนที่ ๓ ประเมินผลการใช้นวัตกรรม ๑ กำปั้น = ๑ มือ โดยสอบถามผู้ป่วยว่ามีความเข้าใจมากน้อยเพียงใด

ผลการศึกษา

จากการออกแบบสร้างนวัตกรรม ๑ กำปั้น = ๑ มือ โดยคำนึงถึงบริบทและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยในอำเภอท่าม่วง เมื่อนำไปใช้ เป็นสื่อให้ความรู้โภชนศึกษาแก่ผู้ป่วยเบาหวานคัดเลือกโดยมีเงื่อนไขคือ HbA_{1c} > ๑๐ และผู้ป่วยที่มี FBS สูง ในคลินิก NCD และผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตามโครงการ NPCU พบว่าผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจสามารถประมาณข้าวเหนียวในแต่ละมื้อให้กับตัวเองได้ และจะนำนวัตกรรม ๑ กำปั้น = ๑ มือ ไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มต่างๆต่อไป

การนำผลงานวิจัย (นวัตกรรม) ไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

นำไปใช้เป็นสื่อการให้ความรู้โภชนาการแก่ผู้ป่วยเบาหวานในคลินิก NCD และผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตามโครงการ NPCU

บทเรียนที่ได้รับ

การเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนางานสิ่งสำคัญคือผู้ป่วยได้นำความรู้ที่ได้จากนวัตกรรม ๑ กำปั้น = ๑ มื้อ ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามบริบทและสอดคล้องกับวิถีชีวิต

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ผู้ป่วยเบาหวานให้ความร่วมมือในการนำนวัตกรรม ๑ กำปั้น = ๑ มื้อไปปรับใช้เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ภาพนวัตกรรมจำนวน ๒ ภาพ



๑. เอกสารอ้างอิง

โรงเรียนเบาหวานวิทยา อำเภอยะผิง. (๒๕๖๕). แนวคิดในการรักษาเบาหวานชนิดที่ ๒. สืบค้นเมื่อ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๕ สืบค้นจาก

<https://www.facebook.com/pages/category/School>

พิรณุช ลาเซอร์ และ พิมพกา ปัญญาใหญ่. (๒๕๖๔). นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์กองทัพบก, ๒๒(๒). (พฤษภาคม - สิงหาคม), ๓๑-๔๐

อารีรัตน์ รักษ์พันธ์. (๒๕๖๑). นวัตกรรมปฏิทิน สร้างสุข ลดน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน. สืบค้นเมื่อ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๕ สืบค้นจาก

<http://data.ptho.moph.go.th/ptvichakarn๖๒/uploads>

กล่องรับธนบัตรฆ่าเชื้อโรคด้วยรังสี UV-C

อรรถพล ถาวงศ์ และธงชัย ก๊กศรี
งานซ่อมบำรุง โรงพยาบาลท่าวังผา

บทนำ

เนื่องจากเกิดสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัส โควิด ๒๐๑๙ ทางซ่อมบำรุงศึกษามหาวิทยาลัยการระบาดของไวรัส โควิด ๒๐๑๙ นั้นสามารถติดต่อกันง่าย ซึ่งสามารถติดต่อกันโดยสัมผัสจากธนบัตรเป็นส่วนหนึ่ง และทางโรงพยาบาลนั้นมีหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงที่จะสามารถติดเชื้อจากการสัมผัสธนบัตรต่างๆหลายหน่วยงาน ทางซ่อมบำรุงจึงมีแนวคิดหาเครื่องมือที่จะทำการฆ่าเชื้อไวรัสที่ติดอยู่บนธนบัตร ให้เกิดประโยชน์และความปลอดภัยสูงสุดแก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ทางซ่อมบำรุงจึงค้นหาวิธีการฆ่าเชื้อโรคต่างๆด้วยรังสี UV-C และศึกษาหาข้อมูล ประโยชน์ ข้อดี,ข้อเสีย ของหลอดรังสี UV-C และนำอุปกรณ์ต่างๆมาประดิษฐ์เพื่อนำมาใช้ให้เกิดความปลอดภัยประโยชน์สูงสุดแก่เจ้าหน้าที่

วิธีการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์

- ๑.สำรวจวัสดุอุปกรณ์ที่โรงพยาบาลมีอยู่
- ๒.ปรึกษา,สอบถามความคิดเห็นจากวิศวกรรมทางการแพทย์ด้านความปลอดภัย สบส. เขต ๑ เชียงใหม่
- ๓.ศึกษาหาข้อมูล,ประโยชน์,การใช้งาน,ข้อควรระวัง ของหลอดรังสี UV-C
- ๔.ออกแบบโครงสร้าง,ระบบไฟฟ้าของตู้ฆ่าเชื้อรังสี UV-C
- ๕.เสนอแบบเพื่อขออนุมัติจัดทำสิ่งประดิษฐ์
- ๖.ดำเนินการประดิษฐ์

ประโยชน์/การนำไปใช้

ทางซ่อมบำรุงได้ทำการทดสอบการทำงานของกล่องฆ่าเชื้อสามารถวัดแสง UV และเชื้อแบคทีเรียโดยใช้เครื่องวัดแสงที่ผ่านการรับรองของวิศวกรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล ซึ่งสามารถฆ่าเชื้อโรคได้ถึง ๙๕% และมีความปลอดภัยแก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

กล่องรับธนบัตรฆ่าเชื้อโรคด้วยรังสี UV-C



ภาพนวัตกรรมจำนวน ๒ ภาพ



รหัสยาโควิด

งานเภสัชกรรม โรงพยาบาลท่าม่วง

ที่มา (ความสำคัญ)

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ในประเทศไทยในปี ๒๕๖๓ เป็นต้นมา ทางรัฐบาล ได้จัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 (ศบค.) และประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินและมาตรการในการควบคุมการระบาดดังกล่าว ทางโรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดน่าน ได้ตอบสนองนโยบายโดยเริ่มมีการจัดตั้งคลินิก ARI (Acute Respiratory Infection) เพื่อรองรับผู้ป่วยโควิด 19 ในเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๔ ต่อมาได้เปิดรับการรักษาผู้ป่วยครั้งแรกในรูปแบบผู้ป่วยใน (cohort ward) และจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม วัดป่าันทบุรี ประมาณเดือนสิงหาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นมา สำหรับยาต้านไวรัส Favipiravir ทางโรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดน่าน ได้รับการจัดสรรให้มีการนำมาใช้ครั้งแรกประมาณเดือนมีนาคม ๒๕๖๕ ช่วงเวลาดังกล่าวงานเภสัชกรรม มีทั้งงานบริการผู้ป่วยใน-cohort ward โรงพยาบาลสนาม ผู้ป่วยนอก-คลินิก ARI และหน่วยบริการนอกพื้นที่(สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าม่วง) โดยงานบริการผู้ป่วยใน – cohort ward ,โรงพยาบาลสนาม เป็นการจ่ายตามคำสั่งแพทย์ และส่งมอบแก่พยาบาลผู้รับผิดชอบเวร ส่วนคลินิก ARI และหน่วยบริการนอกพื้นที่ สสอ. เป็นการส่งมอบยาแก่ผู้ป่วยโดยตรงตามคำสั่งแพทย์

ตารางที่ ๑ แสดงจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ขึ้นทะเบียนโรงพยาบาลท่าม่วง จ.น่าน

เดือน	ม.ค. ๒๕๖๕	ก.พ. ๒๕๖๕	มี.ค. ๒๕๖๕	เม.ย. ๒๕๖๕	พ.ค. ๒๕๖๕	มิ.ย. ๒๕๖๕
จำนวนผู้ป่วย(คน)	๓๔	๑๕๗	๙๕๕	๒,๐๑๐	๑,๑๐๗	๔๕๕

เนื่องด้วยวิธีรับประทานยาต้านไวรัส favipiravir มีวิธีการคำนวณขนาดยาแบ่งตามอายุและน้ำหนักของผู้ป่วย และมีการ loading dose ในวันที่แรกของการทานยา ดังนั้นเพื่อป้องกันการทานยาผิดของผู้ป่วย กลุ่มงานเภสัชกรรมจึงออกแบบฉลากการรับประทานยาให้มีความละเอียด ได้แก่ ๑ ซอง ต่อ ๑ วัน ติดต่อกัน ๕ วัน นอกจากนี้ในการสั่งจ่ายของแพทย์แก่ผู้ป่วยแต่ละรายมียาพื้นฐานร่วมด้วย ได้แก่ Paracetamol , Glyceril guaiacolate, chlorpheniramine ,ORS และอื่น ๆ ตามการพิจารณาของแพทย์ ทำให้การสั่งจ่ายแก่ผู้ป่วยแต่ละราย ต้องผ่านการคำนวณขนาดยา และคีย์รายการยาแยกเป็นซองทำให้เกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์การสั่งยาและจ่ายยาผิดขนาดแก่ผู้ป่วย ๔ ครั้ง (เดือนมีนาคม ๒๕๖๕) เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวกลุ่มงานเภสัชกรรมจึงประสานกับงานเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล เพื่อสร้างรหัสการคีย์ยาต้านไวรัส Favipiravir และยาพื้นฐาน แก่ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์การจ่ายยา Favipiravir ผิด

๑๗๑

ระเบียบวิธีวิจัย (สร้างนวัตกรรม การทดสอบก่อนใช้งาน เอนวัตกรรมมาทดลองใช้กับผู้รับบริการ แล้ว ประเมินผล)

การสร้างนวัตกรรม

- ศึกษาแนวทางการสั่งใช้ยาแก่ผู้ป่วยโควิด ๑๙
- ออกแบบนวัตกรรมและประยุกต์ โดย ปรีกษาเจ้าหน้าที่งานเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล
- สร้างรหัส
 - กำหนดขนาดยาต้านไวรัส Favipiravir ตามอายุและน้ำหนัก โดยอ้างอิงจากแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งยาเป็น ๒ รูปแบบ ได้แก่ ยาน้ำ และยาเม็ด
 - สร้าง Code กำหนดสูตรการใช้ยา Favipiravir syrup/Tablet
 - ยา Favipiravir syrup กำหนดใช้ fs ตามด้วยน้ำหนักตัว เช่น เด็กน้ำหนัก ๙ กิโลกรัม ให้พิมพ์รหัส “.fs๙ “ โดยกำหนดตั้งแต่น้ำหนัก ๕-๔๐ กิโลกรัม
 - ยาเม็ด Favipiravir กำหนดใช้ F ตามด้วยน้ำหนักตัว เช่น ผู้ป่วยหนัก ๓๐ กิโลกรัม พิมพ์รหัส “.F๔๐” โดยกำหนดตั้งแต่น้ำหนัก ๕-๕๐ กิโลกรัม (ตามแนวทางหากเด็กน้ำหนักมากกว่า ๕๐ กิโลกรัม ให้ใช้สูตรตามขนาดยาผู้ใหญ่
 - ยาเม็ด Favipiravir สำหรับผู้ใหญ่ พิมพ์รหัส “ Favi<๙๐” หากผู้ป่วยมีน้ำหนักมากกว่า ๙๐ กิโลกรัม พิมพ์รหัส “ F๙๐+ “
 - โอน code คำสั่งแก่แพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม และพยาบาล ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย HI SI
- แจ้งเภสัชกร ,เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม และองค์กรแพทย์ เริ่มการใช้รหัสการสั่งยา

การทดสอบก่อนใช้งาน

- ทดลองสั่งใช้ยา Favipiravir กับกลุ่มผู้ป่วยจริง ๑๐ ราย พบว่าผลยาามีความเที่ยงตรงตามน้ำหนักและอายุของผู้ป่วยจริง
- เครื่องมือที่ใช้ จำนวน ๓ ชิ้น ประกอบด้วย
 - ตารางการคำนวณขนาดยาน้ำ ตามน้ำหนักในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี น้ำหนัก ๓-๔๐ กิโลกรัม
 - ตารางการคำนวณขนาดยาเม็ด ตามน้ำหนักในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี น้ำหนัก ๓- ๔๐ กิโลกรัม
 - โปรแกรม HRMs on cloud ในการลงรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

- วิธีการเก็บข้อมูล
 - เก็บข้อมูลอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา Favipiravir ผิดขนาด เดือน มีนาคม - พฤษภาคม ๒๕๖๕ เปรียบเทียบก่อน-หลังดำเนินการ
- ระยะเวลาดำเนินการ เดือน มีนาคม-พฤษภาคม ๒๕๖๕

การประเมินผล ประเมินผลลัพธ์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

ตารางที่ ๑ ตารางแสดงอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ของยา Favipiravir

อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา	ก่อนดำเนินการ (ครั้ง)	หลังดำเนินการ (ครั้ง)
▪ สั่งใช้ยา Favipiravir ผิดขนาด	๔	๐
▪ จ่ายยา Favipiravir ผิดขนาด	๑	๐

การนำผลงานวิจัย(นวัตกรรม)ไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

นำมาใช้ในผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการงานกายภาพบำบัด

บทเรียนที่ได้รับ

การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในงานให้บริการ ทำให้ลดอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา และช่วยลดระยะเวลาในขั้นตอนการสั่งใช้ยาแก่ผู้ป่วยได้ แต่ทั้งนี้ข้อมูลพื้นฐาน เช่น น้ำหนักของผู้ป่วยต้องมีความถูกต้อง และการประเมินผู้ป่วยก่อนสั่งยา เช่น ไม่สามารถทานยาเม็ดได้ เป็นต้น จะช่วยให้การปฏิบัติงานมีความถูกต้อง รวดเร็วและมีความเหมาะสมกับอายุและสภาวะของผู้ป่วย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- การสนับสนุนจากงานเทคโนโลยีสารสนเทศ
- การทำงานเป็นทีม

ภาพนวัตกรรมจำนวน ๒ ภาพ



รูปที่ ๑

ชื่อสูตร F35

รายการยา **หมายเหตุ**

ลำดับ	ชื่อเวชภัณฑ์	จำนวน วิธีใช้
1	Favipiravir 200 mg 200 mg. เม็ด	13 >รับประทานครั้งละ 6 เม็ดและ 1 ส่วน 4 เม็ด เวลา 8.00
2	ซองที่ 2 Favipiravir 200 mg. แค็บซูล	6 >รับประทานครั้งละ 2 เม็ดและ 3 ส่วน 4 เม็ด เวลา 8.00
3	ซองที่ 3 Favipiravir 200 mg. แค็บซูล	6 >รับประทานครั้งละ 2 เม็ดและ 3 ส่วน 4 เม็ด เวลา 8.00
4	ซองที่ 4 Favipiravir 200 mg. แค็บซูล	6 >รับประทานครั้งละ 2 เม็ดและ 3 ส่วน 4 เม็ด เวลา 8.00
5	ซองที่ 5 Favipiravir 200 mg. แค็บซูล	6 >รับประทานครั้งละ 2 เม็ดและ 3 ส่วน 4 เม็ด เวลา 8.00

ลบสูตร ยกเลิก

รูปที่ ๒

ลำดับ	ชื่อเวชภัณฑ์	จำนวน วิธีใช้
1	ค่าบริการผู้ป่วยนอก ในเวลาราชการ	1
2	Favipiravir 200 mg 200 mg. เม็ด	11 >รับประทานครั้งละ 5 เม็ดและ 1 ส่วน 4 เม็ด เวลา 8.00 น. และ 20.00
3	ซองที่ 2 Favipiravir 200 mg. แค็บซูล	5 >รับประทานครั้งละ 2 เม็ดและ 1 ส่วน 4 เม็ด เวลา 8.00 น. และ 20.00
4	ซองที่ 3 Favipiravir 200 mg. แค็บซูล	5 >รับประทานครั้งละ 2 เม็ดและ 1 ส่วน 4 เม็ด เวลา 8.00 น. และ 20.00
5	ซองที่ 4 Favipiravir 200 mg. แค็บซูล	5 >รับประทานครั้งละ 2 เม็ดและ 1 ส่วน 4 เม็ด เวลา 8.00 น. และ 20.00
6	ซองที่ 5 Favipiravir 200 mg. แค็บซูล	5 >รับประทานครั้งละ 2 เม็ดและ 1 ส่วน 4 เม็ด เวลา 8.00 น. และ 20.00
7	Paracetamol Tab 325 mg. เม็ด	20 1prt pcm
8	CPM TAB 4 mg. เม็ด	20 13prt รับประทานครั้งละ 1 เม็ด
9	GLYCERYL GUAIACOLATE 1(20 13prt รับประทานครั้งละ 1 เม็ด
10	ยาแก้ไอไซยาซีน 60 ml. ขวด (60	1 dprn (รับเวลา)
11	ORS (เด็ก) 3.3 g.ซอง	5 ors (1 ซอง แทนน้ำ) รับประทาน ครั้งละ 1 ซอง

รวมยอด (0.00)

๔. เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (๒๕๖๕). แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๕ สืบค้นเมื่อ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๔ สืบค้นจาก https://covid๑๙.dms.go.th/Content/Select_Landing_page?contentId=๑๗๔

- กรมการแพทย์. (๒๕๖๕). แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ สืบค้นเมื่อ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ สืบค้นจาก https://covid๑๙.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=๑๗๕
- ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลศิริราช
 สืบค้นจาก <https://www.facebook.com/Infectious๑๒๓๔/photos/a.๑๓๓๐๗๗๑๕๓๗๘๙๖๕๓/๑๔๑๘๔๕๕๘๘๕๘๗๑๓๐>
- กรมการแพทย์. (๒๕๖๕). แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๕ สืบค้นเมื่อ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๔ สืบค้นจาก https://covid๑๙.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=๑๗๕
- กรมการแพทย์. (๒๕๖๕). แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ สืบค้นเมื่อ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ สืบค้นจาก https://covid๑๙.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=๑๗๕
- ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลศิริราช
 สืบค้นจาก <https://www.facebook.com/Infectious๑๒๓๔/photos/a.๑๓๓๐๗๗๑๕๓๗๘๙๖๕๓/๑๔๑๘๔๕๕๘๘๕๘๗๑๓๐>



สวมก่อนวัด วัดแล้วปลดถ้าย

วารจักร ทนชะว้าง,สุภาพร เจริญ,ศรีณย์ภร ธิมา,วาสนา ภิมาลัย,ณัชชา จันตะยอต,
ชุตติกาญจน์ ปัญญาวงศ์,จำนงค์ ไชยช่อฟ้า
งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าม่วง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา :

โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดน่านได้นำเอาเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดสอดแขน มาใช้ที่งานผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยตรวจวัดความดันด้วยตนเองก่อนพบพยาบาลคัดกรอง ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔เฉลี่ยวันละ ๔๓๖ ,๓๘๗ , ๔๔๗ รายตามลำดับ ทำให้ฝารองแขนที่ติดเครื่องสกปรก เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ การทำความสะอาดของฝารองแขนทำได้ยากและมีมากับเครื่องเพียง ๒ ชิ้น

ดังนั้นทางกลุ่มลูกจ้างงานผู้ป่วยนอกจึงได้ร่วมกันคิดค้นทำนวัตกรรมปลดออกแขนผ้าเพื่อใช้สำหรับคลุมช่องในตัวเครื่องอีกชิ้นหนึ่ง เพื่อให้ผู้รับบริการได้สอดแขนก่อนวัดความดันโลหิตและเพื่อลดการสัมผัสโดยตรงกับตัวผ้าที่ติดมากับตัวเครื่อง และได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบและขนาดของผ้าปกคลุมแขนเพื่อให้เหมาะสมและสะดวกกับการใช้งานได้มากที่สุด จากการทดลองทำปกคลุมผ้าออกมาเป็น ๒ รูปแบบ โดยแบบที่ ๑ ได้ออกแบบปกคลุมผ้าด้วยการใส่ยางยืดที่ปลายผ้าทั้งสองด้านเพื่อให้รัดแน่นติดกับตัวเครื่อง และได้ทดลองใช้งานกับผู้มารับบริการจริงพบว่าปกคลุมผ้าได้หลุดลื่นติดกับแขนผู้รับบริการออกมากองอยู่นอกเครื่องวัดความดัน จึงร่วมกันปรับเปลี่ยนการเย็บผ้าแบบที่ ๒ โดยการออกแบบปกคลุมผ้าด้วยการเย็บติดตีนตุ๊กแก ที่ปลายผ้าทั้งสองด้านแทนการใส่ยางยืด และได้ทดลองใช้งานกับผู้มารับบริการจริง ผลปรากฏว่าปกคลุมผ้าไม่หลุดลื่นติดกับแขนผู้รับบริการออกมาเหมือนแบบที่ ๑ ทำให้สมาชิกกลุ่มทุกคนเกิดความพึงพอใจ หากพบว่าปกคลุมผ้ามีคราบสกปรกหรือสารคัดหลั่งปนเปื้อน ก็สามารถถอดปกคลุมผ้าออกซักได้ง่ายและสะดวกรวดเร็ว ผู้รับบริการร้อยละ ๙๕ ได้รับความพึงพอใจและ มั่นใจที่จะสอดแขนเข้าไปวัดความดันโลหิต

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการวัดความดันโลหิต
๒. เพื่อเป็นการดูแลรักษาตัวเครื่องวัดความดันโลหิตให้มีอายุการใช้งานได้นาน
๓. เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

วิธีดำเนินการ

๑. จัดหาอุปกรณ์ในการทำปกคลุมแขน ผ้า ยางยืด ตีนตุ๊กแก
๒. วัดขนาดตัวเครื่องวัดความดันโลหิต
๓. ออกแบบปกคลุมแขนโดยตัดผ้ากว้าง ๓๔ นิ้ว ยาว ๑๘ นิ้ว
๔. เย็บตามแบบที่เตรียมไว้

ค่าใช้จ่าย

- ๑.ผ้า ๙๐ บาท
- ๒.ยางยืด ได้ซื้อ
๓. ตีนตุ๊กแก ๙๐ บาท



ผลการศึกษา

๑. ไม่พบผู้ป่วยมีการติดเชื้อจากการวัดความดันโลหิตชนิดสอดแขนที่งานผู้ป่วยนอก
๒. เครื่องวัดความดันและผ้าปกอกแขนสะอาดปราศจากคราบสกปรกและสารคัดหลั่ง
๓. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกปี ๒๕๖๕ ร้อยละ ๗๔.๐๔

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำวัน

ก่อนทำปกอกแขนผ้า



หลังทำปกอกแขนผ้าแบบที่ ๑ ยางยืด



ปกอกแขนผ้าแบบที่ ๒ ตัดตีนตุ๊กแก



บทเรียนที่ได้รับ

ความตระหนักของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล และการช่วยกันบำรุงรักษาอุปกรณ์ให้มีอายุการใช้งานที่ยาวนานเป็นสิ่งสำคัญทำให้เกิดนวัตกรรมในการพัฒนางาน

ปัจจัย

- บุคลากรความรับผิดชอบหน้าที่และมองเห็นประโยชน์ของผู้รับบริการและองค์กร
- การทำงานเป็นทีมที่มีเป้าหมายเดียวกัน

ภาพนวัตกรรม



ป้ายต้องตา..... เตือนเรา

เพ็ญศรี จันทร์สุข, นายอิศรายุทธ์ ไชยมิ่ง, นายธนบดี ไบยา และคณะ
งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลท่าวังผา

ที่มา (ความสำคัญ)

เนื่องจากเมื่อทำการอบแก๊สเอทิลีนออกไซด์(Ethylene oxide ซึ่งจัดเป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๓ ตามพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย ปี ๒๕๓๕) เพื่อให้ปราศจากเชื้อเครื่องมือหรืออุปกรณ์การแพทย์ ประเภทสายยางต่างๆ โดยการปฏิบัติเดิมผู้ที่ทำการอบแก๊สจะทราบแต่เพียงผู้เดียวว่าอบแก๊สวันที่เท่าไร/ครบวันที่เท่าไร แต่บุคลากรในหน่วยงานและบุคลากรจากหน่วยงานภายนอกผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ช่าง เป็นต้น จะไม่ทราบว่าอบแก๊สไปแล้วเมื่อไหร่ และจะเอามาใช้งานได้เมื่อไหร่ หรือบางครั้งบุคลากรอื่นทราบ วันเวลาที่ผู้ทำการอบแก๊สบอก แต่อาจหลงลืม ทำให้เมื่อจะเปิดเข้าไปในห้องอบแก๊ส จะไม่มีความมั่นใจ หรือไม่กล้าเข้าไป หากมีความจำเป็น และผู้อบแก๊สไม่อยู่ ซึ่งหากจำเป็นต้องเข้าไปในห้องอบแก๊สอาจจะเข้าไปก่อนครบกำหนดและได้รับความเสี่ยงได้

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสื่อสารระหว่างบุคคลภายในและภายนอกที่จะเข้ามาปฏิบัติงานที่ห้องอบแก๊สเอทิลีนออกไซด์
๒. เพื่อป้องกันบุคคลอื่นเข้าไปโดยพลการ
๓. เพื่อความปลอดภัยบุคลากร

ระเบียบวิธีวิจัย (สร้างนวัตกรรม การทดสอบก่อนใช้งาน เอนวัตกรรมการมาทดลองใช้กับผู้ใช้บริการ แล้วประเมินผล)

กลุ่มเป้าหมาย บุคลากรในงานจ่ายกลางและบุคลากรที่อื่นผู้ที่เกี่ยวข้อง
วิธีการดำเนินการ

๑. ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา/หาแนวทาง/วิธีการแก้ไขในหน่วยงาน
๒. ปรึกษารูปแบบร่วมกับบุคลากรในหน่วยงาน
๓. ตัวแทนบุคลากรในงานจ่ายกลาง ผลิตรูปแบบนวัตกรรมที่ต้องการ
๔. นำไปใช้ที่หน้าห้องอบแก๊สเอทิลีนออกไซด์ ในหน่วยจ่ายกลาง
๕. ประเมินผลความพึงพอใจการใช้นวัตกรรมแผ่นป้าย

ระยะเวลาในการดำเนินการ

ระยะเตรียมการ : เมษายน ๒๕๖๕

ระยะเวลาดำเนินการ : พฤษภาคม-มิถุนายน ๒๕๖๕

ระยะเวลาการประเมินผลงาน : ๒ เดือน

วิธีการประเมินผล

๑. ประเมินความสะดวกในการใช้งานนวัตกรรมแผ่นป้าย
๒. ประเมินความปลอดภัยของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
๓. ประเมินความพึงพอใจของบุคลากรผู้ใช้งาน

ผลการศึกษา

การพัฒนารูปแบบปฏิบัติงานกระบวนการอบแก๊สเอทิลีนออกไซด์ พบว่าเกิดความสะดวกในการใช้งาน ประหยัดเวลา สามารถบ่งชี้ในการสื่อสารต่อผู้อื่นได้ง่าย เกิดความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน ร้อยละ ๙๔.๙๘ และผู้ที่เกี่ยวข้องภายนอกหน่วยงานร้อยละ ๙๕.๒๕

การนำผลงานวิจัย (นวัตกรรม) ไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

นำไปติดที่หน้าห้องอบแก๊สเอทิลีนออกไซด์ เมื่อมีการอบแก๊สทุกครั้ง มีการเสียบแผ่นป้าย ระบุวัน เดือน ปีที่ ทำการอบแก๊สและวันเดือนปีเมื่อครบกำหนดเพื่อการระบายแก๊ส

บทเรียนที่ได้รับ

การสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาหน้างาน ทำให้การปฏิบัติงานสะดวก บุคลากรในทีมและผู้ที่เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจ รวมทั้งเกิดความปลอดภัย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ความร่วมมือร่วมใจกัน ของทีมบุคลากรในหน่วยงาน ทำให้เกิดการพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม

ภาพนวัตกรรมจำนวน ๒ ภาพ

รูปแบบเดิม



รูปแบบใหม่



เอกสารอ้างอิง

- ๑.งานนำเสนอเรื่อง: "นวัตกรรม ป้ายต้องตา เตือนใจ.สืบค้นจาก
<https://slideplayer.in.th/slide/๑๖๕๒๖๓๗๓/>
- ๒.กิตติยา พรหมจันทร์.นวัตกรรม 'ป้ายโฆษณาดิจิทัล' กับอัตราภาษีป้ายแบบใหม่.คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.สืบค้นจาก
<https://www.bangkokbiznews.com/blogs/columnist/columnist/๑๒๖๒๓๓>
- ๓.นางนฤมล แป้นดวง,นางศิริมาศ รุ่ยไกรรัตน์ และคณะ.นวัตกรรม “ป้ายจราจร ๓ in ๑”. สืบค้นจาก
<http://data.ptho.moph.go.th/ptvichakarn๖๒/uploads/>
- ๔.งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่.ป้ายออกซิเจนสื่อ
ความหมาย.สืบค้นจาก <https://w๒.med.cmu.ac.th/nintmed/>
- ๕.งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่.ป้ายยาจากบ้าน/ยาHAD.
สืบค้นจาก <https://w๒.med.cmu.ac.th/nintmed/>
- ๖.อุบลรัตน์เย็นี ชุ่ม, เสาวนีย์ ปัญญาทาม,ยุคลธร จิตรเกื้อกุล.ป้ายบ่งบอก. สืบค้นจาก
<https://www.kph.go.th/html/attachments/article/๒๐๔๐/>
- ๗.หน่วยงานวิสัญญี คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.(๒๕๖๓).กล่องป้ายชื่อยาน่าใช้.
สืบค้นจาก http://www.dent.chula.ac.th/km/km_innovation_detail.php?id=๙
- ๘.สมาคมศุนย์กลางงานปราศจากเชื้อแห่งประเทศไทย .(๒๕๖๑).แนวปฏิบัติการทำลายเชื้อและทำให้
ปราศจากเชื้อเครื่องมือแพทย์.นนทบุรี.
- ๙.สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๐). คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
ในโรงพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ ๒). กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ๑๐.อะเคื่อ อุณหเลขกะ. (๒๕๕๖). ระบาดวิทยาและแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อใน
โรงพยาบาล.เชียงใหม่: โรงพิมพ์มีงเมือง.



ผลงาน CQI



การจัดระบบการดูแลผู้ป่วย COVID – ๑๙ ในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

นายชัยพันธ์ วิชา และคณะเจ้าหน้าที่
งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและทีมพนักงานเปล

คำสำคัญ

ระบบการดูแลผู้ป่วย COVID - ๑๙ ที่มีอาการวิกฤตฉุกเฉิน

สรุปผลงานโดยย่อ

ผู้ป่วย COVID – ๑๙ ที่มีอาการวิกฤตฉุกเฉินเข้ารับบริการตรวจรักษาในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้รับการรักษาในห้องแยกโรคที่แคบ พื้นที่การให้บริการผู้ป่วยปะปนกับพื้นที่การทำงานของเจ้าหน้าที่และพื้นที่รอรับบริการผู้ป่วยอื่นๆ อุปกรณ์ด้านการดูแลรักษาและ PPE ของเจ้าหน้าที่ยังไม่เพียงพอเหมาะสม เจ้าหน้าที่ไม่สะดวกในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย COVID – ๑๙ ที่มีอาการวิกฤตฉุกเฉิน ทำให้การรักษาผู้ป่วยล่าช้า มีเจ้าหน้าที่ติดเชื้อ COVID ๑๙ จากการให้บริการผู้ป่วย จึงได้ปรับปรุง ด้าน Structure , System และ Staff ทำให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ได้รับความสะดวก ปลอดภัย

ชื่อและที่อยู่ขององค์กร :โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

เป้าหมาย

๑. เพื่อให้ผู้ป่วย COVID ๑๙ ที่มีอาการเข้าข่ายวิกฤตฉุกเฉินได้รับการตรวจรักษาอย่างเหมาะสม
๒. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทีมที่ดูแลผู้ป่วย COVID-๑๙ ที่มีอาการวิกฤตฉุกเฉิน มีความปลอดภัยจากการให้การรักษายาบาล

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

ผู้ป่วย COVID-๑๙ ที่มีอาการวิกฤตฉุกเฉิน ได้รับการคัดกรอง ตรวจรักษา ในห้องแยกโรคหน้าห้องฉุกเฉิน ที่มีทางเข้าออกผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่เป็นเส้นทางเดียวกัน เส้นทางผ่านพื้นที่ทำงานเจ้าหน้าที่และพื้นที่ดูแลการพ่นยาขยายหลอดลม ทำให้มีโอกาสการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วย จากการทบทวนเหตุการณ์ พบ ๑). Structure : ๑. การจัดพื้นที่บริเวณหน้าห้องแยกและเส้นทางเข้าออกผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ไม่เหมาะสม ๒. ตำแหน่งการจัดวางเครื่องมือ อุปกรณ์ unit ต่างๆ ในห้องแยกโรคไม่ถูกต้องตามหลัก IC ๒). System ๑. ระบบการไหลเวียนอากาศไม่ถูกต้องตามหลัก IC ๒. ระบบการป้องกัน PPE และการใช้เครื่องป้องกันไม่ถูกต้องและไม่เพียงพอ ๓. ระบบการแบ่งผู้ป่วย ที่จำเป็นใช้ห้องแยกโรคไม่เหมาะสม ๓). Staff: ๑. เข้าใจเกณฑ์การใช้ห้องแยกโรคไม่เหมือนกัน ๒. ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติสวมใส่และถอด PPE

กิจกรรมการพัฒนา

ได้ดำเนินการพัฒนาแบบ PDCA และการปรับปรุงพัฒนาตามประเด็น ๓ S

Plan: ได้ทำการทบทวนเหตุการณ์และวางแผนแก้ไข ดังนี้

๑. Structure

- ๑.๑ มีการปรับพื้นที่รอคอย กำหนดเส้นทางเข้าออกของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ พื้นที่ปฏิบัติงานของ ศูนย์เปลและบริเวณหน้าห้องแยกโรคให้ โล่ง สะอาด เข้าออกได้สะดวก
- ๑.๒ มีการกำหนดการจัดวางเตียง เครื่องมือ อุปกรณ์ ให้ถูกต้องตามหลักการไหลเวียนอากาศ และหลัก IC

๒. System

- ๒.๑ ระบบการไหลเวียนอากาศ มีการปรับทิศทางของพัดลม กำหนดขั้นตอนการเปิดปิดพัดลม และขั้นตอนการใช้ห้องแยกโรค
- ๒.๒ ระบบการใช้ PPE มีการกำหนดระดับการสวมใส่ PPE level ต่างๆ จากเสียงต่ำ ไปเสียงสูง มากตามประเภทเหตุการณ์และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ตามที่ IC กำหนด
- ๒.๓ ระบบการสื่อสาร มีการติดตั้ง Intercom เพื่อให้สะดวกในการติดต่อสื่อสารจากห้องแยกโรค ไปยังทีม ER
- ๒.๔ ระบบ PPE มีการแบ่งประเภท จัดหาชุด PAPR ให้เพียงพอกับบุคลากรในการทำเหตุการณ์ เสียงสูงมากจัดเตรียม PPE เป็นชุดๆ ระดับต่างๆ กำหนดระดับการสวมใส่ ขั้นตอนการใส่ การถอด การจัดเก็บที่ชัดเจน

๓. Staff

- ๓.๑ มีการกำหนดระดับการใช้ PPE การทบทวน ฝึกซ้อมการสวมใส่ PPE
- ๓.๒ มีการชี้แจง ทำความเข้าใจ สื่อสาร Update แนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย COVID -๑๙ ตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด

Do: ปฏิบัติตามแนวทางต่าง ๆ

Check: ทำการประเมินและการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด มีการปฏิบัติตามแนวทางได้ดีขึ้นแต่พบ ความไม่สะดวกและไม่ปลอดภัยจากการปฏิบัติงานมีเจ้าหน้าที่ติดเชื้อ COVID ๑๙ จากการปฏิบัติงานในช่วงเวลา ใกล้เคียงกัน ๓ คนและเจ้าหน้าที่เป็นลม ๑ คน สาเหตุเกิดจาก ๑. อากาศในห้องแยกร้อนอบอ้าว ๒. อุปกรณ์ PPE ไม่เหมาะสมในประเภทที่ต้องทำเหตุการณ์เสียงสูงและใช้ระยะเวลายาวนาน ๓. Flow อากาศไม่เพียงพอ ๔. พื้นที่ในการจัดวาง ATK และถังจัดเก็บ PPE ยัง Expose ต่อเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ใกล้เคียง

Action:

๑. จัดหาชุด PAPR ให้เพียงพอ พร้อมใช้ จำนวน ๒ ชุด และสำรองจาก LR อีก ๒ ชุด ฝึกซ้อมการใช้งาน การจัดเก็บ
๒. การจัดทำแบบแปลนห้องแยกโรค ขออนุมัติปรับปรุงผ่าน กกบ. เพื่อขออนุมัติดำเนินการ ได้รับการ อนุมัติแล้วในเดือน สิงหาคม ๒๕๖๕

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

- หลังการทบทวนเหตุการณ์และดำเนินการตั้งแต่วันที่ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึง กรกฎาคม ๒๕๖๕ พบว่า
- ๙.๑ ผู้ป่วย COVID ๑๙ ที่มีอาการวิกฤตฉุกเฉิน ได้รับการดูแลที่รวดเร็ว ปลอดภัย มากขึ้นร้อยละ ๙๑.๕
 - ๙.๒ เจ้าหน้าที่ ER ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดร้อยละ ๙๕.๔
 - ๙.๓ มีบุคลากร ER ติดเชื้อโควิด ๑๙ จากการปฏิบัติงาน (ในช่วงดำเนินการ) จำนวน ๒ คน สาเหตุจาก ผู้รับบริการปกปิดข้อมูล



บทเรียนที่ได้รับ

การดูแลผู้ป่วย COVID ๑๙ ที่มีภาวะคุกคามชีวิต ต้องมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติ สำหรับผู้ปฏิบัติงานที่ชัดเจน สื่อสารทำความเข้าใจในผู้ปฏิบัติ การจัดระบบ การสนับสนุนด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ PPE การจัดสถานที่ให้ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสะดวก ปลอดภัยจากการปฏิบัติงาน และผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

การติดต่อกับทีมงาน :

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ นายชัยพันธ์ วิชา โรงพยาบาลท่าวังผา โทร. ๐๘๑-๗๒๔๑๙๐๖

Email: winandnew@hotmail.com



การพัฒนาการสอบสวนโรคและประเมินความเสี่ยงผ่านระบบออนไลน์
เพื่อเข้าระบบการรักษา เจอ แจก จบ ในผู้ติดเชื้อโควิด ๑๙
ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาลชุม

ชัยรัตน์ กอกพื่น , ดวงกมล ไชยสาลี , วิลาวัลย์ ไชยเสน และ นางสาววันทนี สุริยศ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาลชุม

คำสำคัญ

สอบสวนโรค ประเมินความเสี่ยง Self Isolation (SI) Home Isolation (HI)

สรุปผลงานโดยย่อ

จากการระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในเดือนมีนาคม ๒๕๖๕ ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาลชุม ได้เริ่มโครงการ เจอ แจก จบ ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อโรคโควิด ๑๙ ที่ตรวจ ATK ผลเป็นบวก กลุ่มผู้ป่วยสีเขียว ความเสี่ยงต่ำอาการไม่รุนแรงให้เข้ารับการรักษาในระบบ Self Isolation และส่งต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีภาวะเสี่ยงสูง เข้ารักษาในระบบ Home Isolation ผู้ติดเชื้อได้รับการประเมินเข้ารับการรักษาอย่างถูกต้องเป็นระบบ และลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อให้กับบุคคลในครอบครัวและชุมชน

ชื่อและที่อยู่ขององค์กร : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาลชุม อ.ท่าวังผา จ.น่าน

เป้าหมาย

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยติดเชื้อโรคโควิด ๑๙ ได้รับการประเมินเข้ารับการรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็ว และส่งต่ออย่างเป็นระบบ
๒. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อระหว่างผู้ติดเชื้อโควิด ๑๙ กับบุคคลอื่น
๓. เพื่อควบคุมการระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในชุมชนได้

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

จากการระบาดของโรคโควิด-๑๙ ใน เดือนมีนาคม ๒๕๖๕ เป็นต้นมา ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาลชุม พบกลุ่มผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน และกลุ่มผู้ป่วยที่สัมผัสเสี่ยงมา จากการรวมกลุ่มในการทำกิจกรรมต่างๆในชุมชน ทำให้เกิดการแพร่ระบาดทั้ง ๙ หมู่บ้าน ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาลชุมได้เริ่มโครงการ เจอ แจก จบ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในกลุ่มผู้ป่วยโรคโควิด-๑๙ สีเขียวอาการไม่รุนแรงเข้ารับรักษาในระบบ Self Isolation (SI) และส่งต่อในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูง เข้าระบบการรักษาแบบ Home Isolation (HI)

กิจกรรมการพัฒนา :

๑. ประชุมชี้แจงผู้นำชุมชน และ อสม.ในเขตรับผิดชอบ ถึงระบบการรักษา เจอ แจก จบ ในผู้ป่วยที่พบผล ATK ที่ตรวจด้วยตนเองเป็นบวก เพื่อเข้ารับการรักษาใน รพ.สต.
๒. ชุมชน แจ้งผลผู้ป่วยโควิด ๑๙ ที่ตรวจ ATK แล้วพบผลบวก ผ่านผู้นำชุมชน และ อสม. ที่รับผิดชอบในเขตของตนเอง โดยแจ้งรายละเอียดรูปถ่ายผลตรวจ ATK บัตรประจำตัวประชาชน และเบอร์โทรติดต่อ ผ่าน

ทางกลุ่มไลน์ ศปก.ต.ตาลชุม และกลุ่มไลน์ อสม. ต.ตาลชุม เพื่อให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตาลชุมสอบสวนโรค และประเมินอาการเพื่อเข้าระบบการรักษา

๓. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาลชุม ทำการสอบสวนโรคและประเมินความเสี่ยงอาการของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ๒๐๑๙ โรงพยาบาลท่าวังผา ผ่านช่องทางการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับรายงาน พร้อมกับให้คำแนะนำการปฏิบัติในการกักตัวระหว่างการรักษา

๔. กลุ่มผู้ป่วย สีเขียว ความเสี่ยงต่ำอาการไม่รุนแรง ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาลชุม ทำการจ่ายยาพื้นฐาน นำส่งยาโดย อสม. ที่รับผิดชอบดูแลเขตบ้านผู้ป่วย พร้อมติดตามอาการรายงานรพ.สต. เพื่อลดการสัมผัสเสี่ยง และการแพร่กระจายเชื้อ ระหว่างผู้ป่วยและบุคคลอื่นในชุมชน สร้างช่องทางการติดต่อรายงานอาการของผู้ป่วยกับ รพ.สต. ผ่านกลุ่มไลน์ “ผู้ป่วย SI รพ.สต.ตาลชุม”

๕. กลุ่มผู้ป่วยที่มีมีความเสี่ยงสูง จ่ายยาพื้นฐาน นำส่งโดย อสม. ที่รับผิดชอบดูแลเขตบ้านผู้ป่วยพร้อมติดตามอาการรายงานรพ.สต. ส่งต่อผู้ป่วยเข้าระบบรักษา HI กับทางโรงพยาบาลท่าวังผาผ่านกลุ่มไลน์ เพื่อให้แพทย์ประเมินอาการและรักษาเพิ่มเติม ประสานการรักษาส่งต่อ ผ่านทางเบอร์โทรศัพท์ของผู้ป่วย และแกนนำ อสม.ประจำหมู่บ้าน

๖. รายงานข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าระบบการรักษา ให้กับผู้นำชุมชน และอสม. ในชุมชนติดตามอาการผู้ป่วย เผื่อระวังกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง เพื่อควบคุมการระบาดของโรคในชุมชน

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

ตารางแสดง จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อโรคโควิด ๑๙ เข้าระบบการรักษา เจอ แจก จบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาลชุม

เดือน	จำนวนผู้ป่วยเข้าระบบรักษา เจอ แจก จบ จ่ายยาขั้นพื้นฐาน (ราย)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการสอบสวนโรค ประเมินอาการ ทางโทรศัพท์ (ราย)	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ระบบ HI (ราย)	ร้อยละ
มี.ค. ๖๕	๖	๖	๑๐๐	๐	๐
เม.ย. ๖๕	๑๗๕	๙๘	๕๖	๓๔	๑๙
พ.ค. ๖๕	๑๘๘	๑๖๓	๘๗	๕๑	๒๗
มิ.ย. ๖๕	๑๔	๑๒	๘๖	๑	๗
ก.ค. ๖๕	๓๑	๗	๒๓	๘	๓๕

บทเรียนที่ได้รับ : ผู้ป่วยติดเชื้อโรคโควิด ๑๙ ในชุมชนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาลชุมได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง และทั่วถึง ชุมชนมีส่วนร่วมในการเผื่อระวังและติดตามเพื่อไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน

การติดต่อกับทีมงาน : นางสาววันทนี สุริยศ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาลชุม โทร ๐๕๔-๗๑๘๐๕๔

การพัฒนาแบบการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ อำเภอท่าวังผา

ชาติ อະทะไชย ธิดารัตน์ ประพันธ์ และ สุภี พรารมภ์
งานวัคซีนโควิด กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลท่าวังผา

คำสำคัญ

รูปแบบการให้บริการฉีดวัคซีน ผู้รับบริการฉีดวัคซีน

สรุปผลงานโดยย่อ

อำเภอท่าวังผา ได้มีการพัฒนาแบบการให้บริการเพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงวัคซีน และสามารถรับวัคซีนได้ทุกเข็มทั้งในเชิงรับในระยะแรก เน้นการจัดบริการที่ลดแออัด ลดระยะเวลา ลดความเสี่ยงต่างๆ ได้แก่การปรับเปลี่ยนสถานที่ การปรับระบบเอกสารในการแจ้งนัดกลุ่มเป้าหมาย ระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง ทีมจะมีการทบทวนทุกครั้งที่มีข้อร้องเรียนและข้อผิดพลาดจากการทำงาน ปัจจุบันเปิดให้บริการที่สถานบริการ(รพ.+รพ.สต.ทุกแห่ง) ส่วนการให้บริการเชิงรุก ทีม จะมีการดูข้อมูลกลุ่มเป้าหมายของแต่ละพื้นที่ และ นัดประชุม กำหนดแผนที่จะลงฉีด โดยให้มีการเปิดฉีดวัคซีนทุกวัน ในทุกจุดบริการ และเชิงรุกในพื้นที่ โดยไปเคาะประตูตามบ้านที่ยังไม่ได้รับวัคซีน เชิญชวนให้รับวัคซีน โดย จะมี ทีมพยาบาลและเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ไปทุกหมู่บ้าน ร่วมกับ อสม.และแกนนำชุมชน มีการเปิดฉีดวัคซีน ในจุดตรวจ ATK เมื่อผลเป็นลบ เชิญชวนให้มารับวัคซีน

ชื่อและที่อยู่ขององค์กร : งานวัคซีนโควิด กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลท่าวังผา อ.ท่าวังผา

เป้าหมาย : เด็กอายุ ๕-๑๑ ปี , ประชาชนอายุ ๑๒ ปีขึ้นไปควรฉีดวัคซีนอย่างน้อย ๓ เข็ม

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบต่อในวงกว้างอย่างรวดเร็ว แม้ว่าจะมีการใช้มาตรการป้องกันควบคุมโรคหลายมาตรการ เนื่องจากสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ประเทศไทยได้กำหนดมาตรการในการป้องกันโรคที่สำคัญ คือ การให้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

อำเภอท่าวังผา มีประชากรทั้งหมด ๕๐,๗๐๕ คน ผลการฉีดวัคซีน (ข้อมูล ณ วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๕) ประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุตั้งแต่ ๑๒ ปี - ๖๐ ปี ฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นแล้วจำนวน ๒๔,๓๘๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๓๕ (จากประชากร ๓๒,๓๖๕ ราย)ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ๖๐๘ ฉีดไปแล้ว จำนวน ๑๒,๐๖๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๒๒ (จากประชากร ๑๕,๐๔๑ ราย) เด็ก ๕ - ๑๑ ปี ฉีดวัคซีนเข็ม ๑ แล้ว จำนวน ๒,๐๐๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๑.๖๓ ฉีดวัคซีนเข็ม ๒ แล้ว ๑,๓๕๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๓๕

เนื่องจากวัคซีนมีการพัฒนาและคิดค้นอย่างรวดเร็ว ประกอบกับยังมีการศึกษาที่ไม่มากพอ ทำให้ประชาชนยังเกิดความไม่เชื่อมั่นในวัคซีน อันส่งผลให้แม้จะมีวัคซีน แต่ประชาชนทุกคนอาจจะไม่ได้ตัดสินใจฉีด ซึ่งหากเป็นเช่นนั้นก็จะยังคงทำให้การแพร่ระบาดของโรคโควิด - ๑๙ ยังคงอยู่ ดังนั้นจึงมีการพัฒนาแบบการ

ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ของอำเภotáวังผาขึ้น เพื่อเป็นแนวทางกระตุ้นให้ประชาชนได้เข้ารับการฉีดวัคซีนให้มากที่สุด

กิจกรรมการพัฒนา

๑ การบริหารจัดการทีมและแผนการฉีดวัคซีน จะมีทีมอำนวยการ เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภotáวังผา หัวหน้ากลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วม PM วัคซีนอำเภotáวังผา PM วัคซีนรพ.สต. เกสซ์ผู้รับผิดชอบวัคซีน เป็นผู้กำกับติดตามประเมิน และการทบทวนทุกครั้งที่มีข้อร้องเรียนและข้อผิดพลาดจากการทำงาน

๒ มีการสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆ เช่น เครือข่ายกู้ชีพกู้ภัย อปท.ต่างๆ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อสม. ที่ว่าการอำเภotáวังผา โรงเรียน และภาคเอกชนประชาชน ร้านค้า ด้านการสนับสนุนการปฏิบัติงาน

๓ การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ประชาชนรับทราบเรื่องแผนการฉีด จุดบริการ และ ข้อมูลวัคซีน ผ่านเพจface book ของรพ. เครือข่ายสาธารณสุขอำเภotáวังผา กลุ่มไลน์ส่วนราชการต่างๆ ไลน์อสม. เสียงตามสายประชาสัมพันธ์ ของแต่ละหมู่บ้าน และวิทยุชุมชน

๔ การบริหารจัดการวัคซีน

๑. เมื่อรับวัคซีนจากคลังตามยอดจัดสรร ทาง PM จะดูข้อมูลของผู้รับบริการ และจัดสรรวัคซีน ให้ทุกหน่วยบริการ จากนั้น แต่ละจุด จะมี PM ของแต่ละ รพ.สต.ไปบริหารกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้มาฉีดในพื้นที่

๒. เกสซ์ จะจัดเตรียมวัคซีน ตามยอดของแต่ละรพ.สต. ตามที่ PM จัดสรรให้ ไว้ในคลังของรพ. โดยผู้ที่จะมารับวัคซีน นำกระติกยาที่รักษา อุณหภูมิให้อยู่ในช่วง ๒ – ๘ องศามารับวัคซีน เพื่อไปยังจุดบริการต่างๆ

๓. หลังจากฉีดวัคซีนเสร็จในแต่ละวัน PM ทุกจุดบริการ จะมีการรายงานยอดการเปิดใช้วัคซีน และ จำนวนวัคซีนคงเหลือ ให้ PM อำเภotáวังผาและเกสซ์รับทราบ มีการรายงานยอดฉีดและยอดคลังวัคซีนในแต่ละวัน พร้อมเกสซ์ เพื่อสอบทวนความถูกต้องในการใช้ยาในแต่ละวัน และแจ้งในกลุ่ม ให้แต่ละหน่วยบริการรับทราบทุกวัน

๔. การจัดการวัคซีนที่ค้างสต็อก ใกล้หมดอายุ ฯลฯ PM อำเภotáวังผา จะเช็คยอดแต่ละวัน และสอบถามไปยังหน่วยบริการต่างๆ เพื่อ เคลียร์วัคซีนไปยังจุดที่มีการเปิดใช้ เพื่อให้ทันก่อนวันหมดอายุ

๕ การบริหารจัดการข้อมูลและสารสนเทศ

๑. ในระยะแรกระบบข้อมูลจะเริ่มจากการทำvisit เข้าโปรแกรมไปพร้อมกับการฉีด มีการปรับเป็นการใช้เอกสารที่ออกแบบเอง(ที่เป็นทั้งใบยินยอม ในเวชระเบียน ใบจองคิว แยกสีตามชนิดของวัคซีน) แล้วมาบันทึกข้อมูลเข้าระบบเป็นลำดับสุดท้าย

๒. ทีมบันทึกข้อมูลเป็นตัวแทนจากฝ่ายต่างๆในรพ.และรพ.สต.และรับการสนับสนุนจากกลุ่มลูกจ้างโควิด ของที่ว่าการอำเภotáวังผา ประมาณวันละ ๑๕ คน

๓. ติดตามผลงาน คืบข้อมูล ใช้ข้อมูลจากโปรแกรม Mophic โปรแกรมรพ.น่าน โดยมีทีมIT สสจ.น่าน เป็นพี่เลี้ยง

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

ประชาชนได้รับวัคซีน ครบร้อยละ ๘๖.๑๑ ส่วนประชาชนที่รับวัคซีน เข็ม๒ แล้วแต่ยังไม่ได้รับเข็ม กระตุ้น ร้อยละ ๑๓.๘๙ (๗,๐๔๑ คน)

บทเรียนที่ได้รับ

การฉีดวัคซีน เข็มรับในระยะแรก เน้นการจัดบริการที่ลดแออัด ลดระยะเวลา ลดความเสี่ยงต่างๆ ได้แก่การปรับเปลี่ยนสถานที่ การปรับระบบใช้เอกสารในการแจ้งนัดกลุ่มเป้าหมาย ทบทวนทุกครั้งที่มีการร้องเรียนและข้อผิดพลาดจากการทำงาน ปัจจุบันเปิดให้บริการที่สถานบริการ(รพ.+รพ.สต.ทุกแห่ง) ส่วนการให้บริการเชิงรุก ทีม จะมีการดูข้อมูลของแต่ละพื้นที่ และ นัดประชุม กำหนดแผนที่จะลงฉีด โดยให้มีการเปิดฉีด วัคซีนทุกวัน ในทุกจุดบริการ และเชิงรุกในพื้นที่ โดยไปเคาะประตูตามบ้านที่ยังไม่ได้รับวัคซีน เชิญชวนให้รับ วัคซีน โดย จะมี ทีมพยาบาลและเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ไปทุกหมู่บ้าน ร่วมกับ อสม.และแกนนำชุมชน มีการเปิดฉีด วัคซีน ในจุดตรวจ ATK เมื่อผลเป็นลบ เชิญชวนให้มารับวัคซีน

การติดต่อกับทีมงาน

- ๑.นายชาติ อะทะไชย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม รพ.ท่าวังผา โทร ๐๙๘-๘๖๘-๔๕๔๙
- ๒.นางธิดารัตน์ ประพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม รพ.ท่าวังผา โทร ๐๘๗-๐๑๒๓-๒๘๒ khwan00๙@hotmail.com
- ๓.นางสุภา ปรารมภ์ พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ งานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม รพ.ท่าวังผา โทร ๐๘๑-๗๓๕-๒๙๑๔



การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ แบบ Home Isolation โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

นภาพร มหายศนันท์, สุกฤตา สุวรรณเลิศ
งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าวังผา

คำสำคัญ : Home Isolation , โควิด-๑๙

สรุปผลงานโดยย่อ

งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่านได้รับมอบหมายให้จัดบริการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ แบบกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) โดยได้เริ่มให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๕ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ หยุดบริการตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ เนื่องจากมีนโยบายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่โรคประจำถิ่น มีผู้รับบริการทั้งหมด ๒,๙๓๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๘๕ ของผู้ป่วยโควิด-๑๙ ทั้งหมดของอำเภอท่าวังผา (๘,๔๒๘ ราย) ผลของการดูแลพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการทรุดหนักให้ไปนอนโรงพยาบาลจำนวน ๙ ราย (ร้อยละ ๐.๓๑) ส่วนมากผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้และกักตัวที่บ้านครบ ๑๐ วัน

เป้าหมาย

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยโควิด-๑๙ ได้รับการดูแลตามมาตรฐานและปลอดภัย
๒. ลดความแออัดในโรงพยาบาล

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ กลายพันธุ์สายพันธุ์โอมิครอน (Omicron) ที่สามารถแพร่กระจายได้รวดเร็ว และมีโอกาสทำให้ติดเชื้อได้ง่ายกว่าสายพันธุ์อื่นๆ ซึ่งประเทศไทย เริ่มตรวจพบผู้ติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ดังกล่าวมากขึ้นเป็นลำดับ อย่างไรก็ตามพบว่าอาการของผู้ป่วยโควิด-๑๙ สายพันธุ์ดังกล่าว ส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการหรือมีอาการน้อยและจะค่อยๆ ดีขึ้นจนหายเป็นปกติ โดยอาจไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยยังสามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ ดังนั้น ผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องแยกกักตัวเองออกจากผู้อื่นขณะอยู่ที่บ้าน Home Isolation

เพื่อให้การบริหารจัดการและดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่จำเป็นต้องแยกกักตัวที่บ้านแบบ Home Isolation เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและเพื่อประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป โรงพยาบาลท่าวังผาจึงได้มอบหมายให้งานผู้ป่วยนอก ดำเนินการจัดระบบการดูแลโดยให้เป็นผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่วินิจฉัยใหม่ตามเกณฑ์การวินิจฉัย และแพทย์เห็นว่าสามารถดูแลรักษา ที่บ้านแบบ Home isolation รวมถึงผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่มีอาการดีขึ้นหลังเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลอย่างน้อย ๗ วัน และจำหน่ายกลับบ้านโดยวิธี Home Isolation ให้ผู้ป่วยทำการแยกตัวเอง จากผู้อื่นขณะอยู่ที่บ้านเป็นเวลาอย่างน้อย ๑๐ วัน นับแต่วันที่ตรวจพบเชื้อ หากครบ ๑๐ วันแล้ว

กิจกรรมการพัฒนา

- ศึกษาแนวทางการจัดบริการแบบ Home Isolation ของกรมการแพทย์ วิเคราะห์สถานการณ์การเกิดโรคโควิด-๑๙ของอำเภอท่าวังผา และสำรวจทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินงานเช่น บุคลากร วัสดุทางการแพทย์ เวชภัณฑ์ สำหรับผู้ป่วย
- ทีมนำด้านคลินิกออกแบบการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่การเข้าถึงการให้บริการ การประเมิน การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การให้คำแนะนำขณะกักตัวที่บ้าน การติดต่อสื่อสารในช่วงระหว่างกักตัวระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ
- นำแนวทางที่ออกแบบมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่แพทย์มีความเห็นให้รักษาแบบกักตัวที่บ้านได้
- ประชุมทบทวนกระบวนการให้บริการผู้ป่วยโควิด-๑๙แบบกักตัวที่บ้านโดยทีมนำด้านคลินิกของโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่านและปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และนำไปปฏิบัติต่อ

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

เดือน	ผู้ป่วยโควิด-๑๙ ทั้งหมด (ราย)	ดูแลแบบ HI (ราย)	ดูแลแบบ HI (ร้อยละ)	HI อาการทรุด ลงส่งเข้ารพ. (ราย)	HI อาการทรุด ลงส่งเข้ารพ. (ร้อยละ)
มกราคม ๒๕๖๕	๑๘๙.๐	๔๐.๐	๒๑.๑๖	๐	๐.๐๐
กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕	๓๓๒.๐	๑๓๕.๐	๔๐.๖๖	๐	๐.๐๐
มีนาคม ๒๕๖๕	๑,๐๕๔.๐	๕๕๕.๐	๕๒.๖๖	๑	๐.๑๘
เมษายน ๒๕๖๕	๔,๖๕๘.๐	๑,๑๑๔.๐	๒๓.๙๒	๔	๐.๓๖
พฤษภาคม ๒๕๖๕	๑,๖๒๙.๐	๗๙๑.๐	๔๘.๕๖	๒	๐.๒๕
มิถุนายน ๒๕๖๕	๕๖๖.๐	๓๐๒.๐	๕๓.๓๖	๒	๐.๖๖
รวม	๘,๔๒๘.๐	๒,๙๓๗.๐	๓๔.๘๕	๙	๐.๓๑

บทเรียนที่ได้รับ

- การออกแบบระบบการให้บริการและมีการทบทวนกระบวนการอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย
- ช่องทางการสื่อสารระหว่างทีมทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญทำให้ผู้ป่วยที่กักตัวที่บ้านปฏิบัติตามได้ถูกต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

การติดต่อกับทีมงาน

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ นภาพร มหายศนันท์

ชื่อองค์กร ที่อยู่ งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

โทรศัพท์/email ๐๘๑-๘๘๑๓๔๑๓ /ninenapa๒๕๖๔@gmail.com



การจัดการทรัพยากร โรงพยาบาลสนาม วัดป่าันทบุรี เฟสที่ ๑

รัตนภรณ์ คำยวง,สาวพิชญา ภิมาลัย,ศิริลักษณ์ พันธุ์แก้ว,
เยาวลักษณ์ คำคาน,อรทัย ไชยช่อฟ้า และชัยพันธ์ วิชา
โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

คำสำคัญ โรงพยาบาลสนาม ,ทรัพยากร , โควิด -๑๙

สรุปผลงานโดยย่อ

ได้จัดการทรัพยากรสำหรับโรงพยาบาลสนามให้เพียงพอต่อผู้ให้และผู้รับบริการ พบว่า ในสัปดาห์ที่ ๓ มีความเพียงพอ ไม่มีรายงานความเสี่ยง ความพึงพอใจผู้รับบริการร้อยละ ๙๑.๓

เป้าหมาย : เพื่อจัดการทรัพยากรให้เพียงพอ ในโรงพยาบาลสนามวัดป่าันทบุรี เฟสที่ ๑

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด ๑๙ ในปี ๒๕๖๓ จังหวัดน่านได้รับผลกระทบมีผู้ป่วยจำนวนมาก และไม่มีเตียงในโรงพยาบาลที่สามารถรองรับผู้ป่วยเหล่านั้นได้ โรงพยาบาลท่าวังผาได้รับคำสั่งจากราชการจังหวัดน่าน ให้เปิดโรงพยาบาลสนามขนาด ๑๒๕ เตียง เป็นแห่งที่ ๔ ของจังหวัดน่าน ในวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๔ ณ วัดป่าันทบุรี อ.เมือง จ.น่าน พบปัญหาในการดำเนินการจัดเตรียมทรัพยากรคือ สถานที่จัดตั้งอยู่ห่างไกลจากชุมชนและโรงพยาบาลท่าวังผา อุปกรณ์ไม่ครบ ไม่พร้อม บุคลากรไม่มีประสบการณ์ในการจัดการทรัพยากร ส่งผลให้เป็นอุปสรรคในการให้บริการ หลังเปิดให้บริการ ๕ วันพบว่า มีรายงานความเสี่ยงระดับ D จำนวน ๔ ครั้ง ความเสี่ยงระดับ E up จำนวน ๑ ครั้ง ได้รับการร้องเรียนจากผู้รับบริการไม่พึงพอใจในการจัดการทรัพยากรจำนวน ๕ ครั้ง

กิจกรรมการพัฒนา

ทำตามรูปแบบ ๓C PDSA (core value & concept , context ,standard criteria, plan, do ,study ,action) โดยวิเคราะห์หน่วยงานดังนี้

- Core value & concept: หน่วยงานต้องให้บริการเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐานที่กำหนด และผู้ให้บริการปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด ๑๙
- Context : หน่วยงานได้รับการสนับสนุนทรัพยากร ทั้งที่ใช้ป้องกันตนเอง และสำหรับผู้รับบริการ มาจากหลายช่องทาง (จัดซื้อ บริจาค การถ่ายโอนจากสถาบันอื่น) แต่บางอย่างไม่ตรงหรือไม่เพียงพอกับความต้องการที่จะใช้ เช่น กาวัน หน้ากาก N๙๕ ถุงมือ
- Standard criteria : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด แนวทางการปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วย และการป้องกันตนเอง ออกมาเป็นระยะ (มีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วมาก)
- Plan : ได้นำข้อมูล และปัญหาที่พบ มาหารือในที่มที่เกี่ยวกับวางแผนการดำเนินการดังนี้

- ๑) แบ่งทรัพยากรเป็น ๒ ประเภทได้แก่ ทรัพยากรที่ใช้สำหรับป้องกันตนเองและทรัพยากรสำหรับผู้รับบริการ
- ๒) สรรวจทรัพยากรขึ้นใหม่ที่ใช้มากที่สุดเรียงลำดับความสำคัญในการใช้งาน

๒) แบ่งผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการเป็น ๒ ทีมตามประเภททรัพยากร มีหน้าที่ในการกำหนดสเปก การจัดหา และการจัดทรัพยากรหมุนเวียนให้เพียงพอ

๓) ประเมินการใช้งานของทรัพยากร โดยจัดเตรียมให้เพียงพอเป็น ๒ เท่า ของที่ใช้จริง หรือ สามารถ ติดต่อแหล่งสนับสนุนทรัพยากรได้และรับของได้ภายใน ๒๔ ชม.

- Do : นำแนวทางที่ได้รับลงสู่การปฏิบัติ ๑ สัปดาห์ ทบทวนผลการดำเนินการ
- Study : ยังมีรายงานความเสี่ยงระดับ D ที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากร จำนวน ๓ ครั้ง การร้องเรียนจาก ผู้รับบริการ ๒ ครั้ง ได้ทบทวนพบว่า การใช้ทรัพยากรแปรผลตามปัจจัยดังนี้ (๑) จำนวนผู้ป่วย (๒) จำนวนบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน (๓) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (๔) ลักษณะอาการและประเภท ของผู้ป่วย (๕) กิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาล (๖) การจัดหอผู้ป่วยรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-๑๙ และยังประสบปัญหาในการจัดซื้อ จัดหา สนับสนุนทรัพยากรไม่เพียงพอเนื่องจาก เป็นที่ต้องการของ ตลาดผู้บริโภคสูงมาก
- Action : จึงได้ดำเนินการปรับแนวทางการบริหารจัดการทรัพยากร โดย จำกัดการใช้ทรัพยากรเป็น รายบุคคล ให้หมุนเวียนในส่วนที่ตนเองได้รับจัดสรรทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ลดการใช้ทรัพยากรที่ไม่ จำเป็น (Reduce) เช่นการใช้ PPE ที่เกินระดับของการสัมผัส การทำความสะอาดทรัพยากรที่ใช้แล้วให้ สามารถ นำกลับมาใช้งานใหม่ได้ (Refine) นำกลับมาใช้ใหม่ (Reuse) ด้วยการฆ่าเชื้อโดยการฉายรังสี อัลตราไวโอเลต การฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาหรือสารเคมี และการฆ่าเชื้อด้วยความร้อน
- Plan : ทหารือในการทำความเข้าใจ และขอความร่วมมือจากผู้ให้และผู้รับบริการ
- Do : นำแนวทางที่ได้รับลงสู่การปฏิบัติ จนถึงปิดโรงพยาบาลสนาม ทบทวนผลการดำเนินการ
- Study : มีการปรับตามสถานการณ์ เช่น การแอดมิท หรือจำหน่ายผู้ป่วยเป็นหมู่คณะพร้อมๆกัน ทำให้ การหมุนเวียนทรัพยากรในช่วงดังกล่าวติดขัด และพบว่าระบบการขนส่งเพื่อนำกลับไปทำความสะอาดที่ โรงพยาบาลทำวังผาไม่ทันเวลา
- Action : จึงได้ปรับแนวทางการรับผู้ป่วยเป็นหมู่คณะ และการจำหน่ายล่วงหน้า เพื่อให้มีการคาดการณ์ จัดเตรียมทรัพยากรให้เพียงพอ ระหว่างดำเนินการมีการทบทวนกับทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นระยะ

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

โรงพยาบาลสนามวัดบ้านนันทบุรี เฟสที่ ๑ เปิดบริการนาน ๑๘ วัน หลังปิดการดำเนินการได้ประเมินผล พบว่าในช่วง ๗ วันก่อนปิดดำเนินการทรัพยากรมีการหมุนเวียนใช้ที่เพียงพอทั้ง ๒ ประเภท ไม่มีรายงานความ เสี่ยงจากประเด็นดังกล่าว และไม่มีรายงานข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ และระดับความพึงพอใจโดยรวม ร้อยละ ๙๑.๓

บทเรียนที่ได้รับ

การศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมและมีการทบทวนการทำงานอย่างต่อเนื่องสามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็น

๑๙๔

การติดต่อกับทีมงาน

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ นางรัตนภรณ์ คำยวง โรงพยาบาลท่าวังผา ๐๖๒๒๕๑๗๔๖๔

การจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัย (PPE) ในคลินิกไข้หวัด

นันทินี เทพเสนา, นภาพร มหายศนันท์,
ทีมงานตึกผู้ป่วยนอก รพ.ท่าวังผาและทีม IC รพ.ท่าวังผา
คลินิกไข้หวัด งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา

คำสำคัญ : ความปลอดภัยจากการติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วย

สรุปผลงานโดยย่อ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือ ไวรัสโควิด-๑๙ ที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก และมีผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมาก ทางโรงพยาบาลท่าวังผาจึงมีการจัดตั้งคลินิก ARI ทุกวันเพื่อคัดกรองดูแลแยกผู้ป่วยจากผู้ป่วยทั่วไป โดยมีทีม แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เจ้าหน้าที่ชั้นสูตร เกสซักร และพนักงานทำความสะอาด

เป้าหมาย

- ๑.บุคลากรสามารถสวมใส่และถอดเครื่องป้องกันร่างกายได้ถูกต้องครบถ้วน
- ๒.เพื่อให้เกิดความสะดวก รวดเร็วในการสวมใส่และถอดเครื่องป้องกันร่างกาย
- ๓.ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาและดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์รวดเร็วขึ้น
- ๔.บุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจ

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือ ไวรัสโควิด-๑๙ ที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศให้การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่เป็น "การระบาดใหญ่" หรือ pandemic หลังจากเชื้อลุกลามในหลายประเทศและดินแดนทั่วโลก และมีผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมาก

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID -๑๙) เป็นโรคอุบัติใหม่และเป็นโรคติดต่ออันตราย เป็นโรคติดต่อที่มีความรุนแรงสูงและสามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้อย่างรวดเร็ว โดยเชื้อนี้จะแพร่กระจายทางฝอยละออง ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ เจ็บคอ หอบเหนื่อย ปอดอักเสบ ในรายที่รุนแรงจะมีภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ทำให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานหรือบุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่ต้องรักษาคนไข้ นั้น มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้ออยู่ตลอดเวลา จึงจำเป็นต้องสวมใส่หน้ากากอนามัย ชุดอุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัย (PPE : Personal Protective ซึ่งก็คือ อุปกรณ์ป้องกันและคุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลให้เป็นไปตามมาตรฐานหลักขององค์การอนามัยโลก ทำให้มีความต้องการใช้ N๙๕และอุปกรณ์อื่นๆเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะใน ARI Clinic ซึ่งมีผู้รับบริการเป็นจำนวนมาก

กิจกรรมการพัฒนา

๑. อบรมและนิเทศเจ้าหน้าที่ทุกระดับให้สามารถสวมใส่และถอดเครื่องป้องกันร่างกาย (PPE)
๒. จัดอุปกรณ์ป้องกันต่าง ๆ เป็น ชุด มีทั้งเสี่ยงสูง ,ปานกลางและเสี่ยงต่ำ เพื่อสะดวกในการหยิบใช้



- PPE ๑ ชุด ประกอบด้วย Leg cover,ชุดเสื้อกาวชนิดกันน้ำ, Boot ,Surgical mask/N๙๕,Goggle ,หมวก ,เอี่ยมพลาสติก ,ถุงมือ ๒ คู่ , Face Shied
- ๓. มีป้ายแนะนำขั้นตอนการใส่และถอดชุด PPE แสดงให้เห็นชัดเจน

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

๑. บุคลากรสามารถสวมใส่และถอดเครื่องป้องกันร่างกายได้ถูกต้องครบถ้วน
๒. มีอุปกรณ์พร้อมใช้ สะดวกในการสวมใส่และถอดเครื่องป้องกันร่างกาย
๓. ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาและดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์รวดเร็วขึ้น

บทเรียนที่ได้รับ

เนื่องจากมีผู้ป่วยมากและต้องใช้เจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้ความต้องการใช้ N๙๕ จำนวนมากขึ้น แต่โรงพยาบาลไม่สามารถจัดหาซื้อมาเพิ่มได้ จึงต้อง reuse N๙๕ โดยการใช้เครื่องอบยูวี อบ N๙๕ หลังใช้เพื่อฆ่าเชื้อโรคและนำกลับมาใช้ซ้ำได้ ๔ ครั้ง

การติดต่อกับทีมงาน

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ นางสาวนันทินี เทพเสน
ชื่อองค์กร งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าวังผา
ที่อยู่ โรงพยาบาลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน
โทรศัพท์/email



การพัฒนารูปแบบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภотаวังผา จังหวัดน่าน สู่ภาวะปกติใหม่ (EMS new normal) เพื่อความปลอดภัยแก่ชีวิต

ปัทมา อภิวิษณุภาคิน, ชัยพันธ์ วิชา, บุชบา เสนอนันตา, พัชราพร สุปินะ, พัฒน์นิชา ปาละ,
กิตติยา ชื่นแปง, วิชุลดาภรณ์ คำแสน และศศิธร ธรรมศิริ
งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าวังผา

คำสำคัญ : ระบบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินสู่ภาวะปกติใหม่ (EMS new normal) , COVID - ๑๙

สรุปผลงานโดยย่อ

มีการพัฒนารูปแบบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ของอำเภотаวังผา จังหวัดน่านในสถานการณ์ COVID - ๑๙ อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ อัตราผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินใช้บริการ ๑๖๖๙ เพิ่มขึ้นและตามเป้าหมาย การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ถูกต้องตามหลักการปฏิบัติงานมีความปลอดภัยจากการติดเชื้อของโรค COVID - ๑๙

เป้าหมาย

๑.) เพื่อทบทวนและพัฒนารูปแบบระบบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ของอำเภотаวังผา จังหวัดน่าน ในสถานการณ์ COVID - ๑๙ อย่างมีประสิทธิภาพ มาตรฐาน ครอบคลุม ทัวถึงในเชิงพื้นที่และเท่าเทียมในกลุ่มเป้าหมาย ตามระบบการดูแลรักษาภาวะฉุกเฉิน (Emergency care system)
๒.) เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินใช้บริการ ๑๖๖๙ : อัตราผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินใช้บริการ ๑๖๖๙ > ร้อยละ ๗๐
๓.) เพื่อเพิ่มการให้บริการของหน่วยปฏิบัติการเครือข่าย EMS อัตราการสับเปลี่ยนถ่ายผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ระหว่างเครือข่าย EMS > ร้อยละ ๑๐

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

จากการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา ที่ระบาดในประเทศไทยตั้งแต่วันที่ ๑๓ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๓ รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข มีมาตรการคัดกรองและติดตามการสัมผัส เริ่มแรกตามสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน โรงพยาบาลท่าวังผา เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียงมีนโยบายในการป้องกันและรับมือการระบาดของโรคโควิด ตามประกาศของรัฐบาล ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน ของศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-๑๙ (ศคบ) ตั้งแต่วันที่ ๒๖ มีค ๒๕๖๓

ผลจากการระบาดของโรคไวรัสโคโรนาในปี ๒๕๖๓ งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(EMS) ของอำเภотаวังผา พบว่าปัญหาการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีจำนวนลดลงในปี ๒๕๖๒ โดยเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤตที่เป็นกลุ่มที่ควรใช้บริการมากที่สุด พบผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินตามปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒ ดังนี้ ๑๖๑,๑๖๐ และ ๖๖ รายตามลำดับ อัตราการเรียกใช้บริการ ๑๖๖๙ ตามปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒ คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๔๖ ๘๖.๙๖ และ ๘๒.๕๐ ซึ่งพบว่าลดลง หากไม่แก้ไขอาจพบปัญหาเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งปัญหาห้องฉุกเฉินแออัด (ER overcrowing) ปัญหาการจัดการเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินทั้งระดับ ALS และ FR มีที่ความกังวลทั้งในเรื่องการออกเหตุรับและการแยกประเภทผู้ป่วยทั้งฉุกเฉินและกลุ่มเสี่ยง covid - ๑๙ ไม่มั่นใจในการปฏิบัติงานในช่วงระบาดของโรค covid -๑๙ นอกจากนี้ปัญหาที่ผู้ป่วยมารับบริการล่าช้า ทำให้

พยาธิสภาพของโรครุนแรงขึ้น ทางโรงพยาบาลเล็งเห็นปัญหาดังกล่าวจึงเห็นความสำคัญในการเน้นความรู้แก่
เครือข่าย เน้นระบบการสับถ่ายผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินกับรถกู้ชีพระดับสูงของ
โรงพยาบาลท่าวังผา เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับความปลอดภัย รวมทั้งงานบริการ EMS มีประสิทธิภาพ มาตรฐาน
ครอบคลุม

กิจกรรมการพัฒนา

วิธีการดำเนินงานรอบที่ ๑ มกราคม – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๓

๑. ประชุมแจ้งรายงานสถานการณ์รายวันของโรค covid -๑๙ กับทีมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง FR ในเครือข่าย
เพื่อเตรียมพร้อมในการออกรับผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่องที่ ER และกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน
๒. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และเพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ของผู้ป่วยวิกฤติ
๓. สนับสนุนให้บุคลากรเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินเข้ารับการอบรมเป็น EMR ใหม่เพื่อให้มี
ความรู้ในการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินระดับตำบล
๔. ทบทวนความรู้ สร้างความเชื่อมั่น และชี้แจงข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นในหน่วยงานส่วนโรงพยาบาล / แผนก
ที่เกี่ยวข้องในดูแลผู้ป่วย เน้นย้ำเจ้าหน้าที่ทั้งเก่าและใหม่ ทบทวนการแยกประเภทผู้ป่วยตามหลัก
บริหาร ณ ห้องฉุกเฉินจากกลุ่มอาการนำ CBD และคัดแยกตาม Emergency Severity Index (ESI)
๕. เตรียมความพร้อมในด้านการรักษาพยาบาลและสร้างแนวทางปฏิบัติงานของรถ EMS ช่วงสถานการณ์
covid -๑๙
๖. สร้างแนวทางการทำความสะอาดรถ EMS ในกรณีที่ออกรับเคสที่เข้าข่ายต้องสงสัยหรือ PUI
๗. ทบทวนและฝึกปฏิบัติในการสวมใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (PPE)
๘. ทบทวนและฝึกปฏิบัติการล้างมือตามหลักที่ถูกต้องในการป้องกันและยับยั้งเชื้อ COVID -๑๙
๙. สร้างแนวทางการคัดแยกผู้ป่วย/ผู้ที่สัมผัสที่เสี่ยงต่อโรคติดเชื้อ covid - ๑๙ กรณีนอกเวลาราชการ
(ปรับปรุง ๒๘/๐๓/๒๕๖๓)
๑๐. ประสานงาน FR ในการจัดสรรอุปกรณ์ PPE และชี้แจงการออกรับเหตุภายใต้คำสั่งศูนย์ประสานงาน

วิธีการดำเนินงานรอบที่ ๒ เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม ๒๕๖๓

๑. จัดอบรมฟื้นฟูความรู้แก่บุคลากรในเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในเรื่องการปฏิบัติการ การ
CPR การใช้เครื่อง AED เพื่อเพิ่มทักษะความชำนาญในการปฏิบัติงาน
๒. จัดทำสคลิปอาการฉุกเฉินให้ผู้ใหญ่บ้านและวิทยุกระจายเสียงชุมชน ประชาสัมพันธ์ประชาชนให้ใช้
บริการ ๑๖๖๙ (อาการเตือนโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เบอร์โทรแจ้ง ๑๖๖๙)
๓. จัดอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแก่เครือข่าย รพ. สต และอบต.ทุกแห่ง
๔. หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินปฏิบัติงานออกเหตุรับผู้ป่วย ผู้บาดเจ็บ โดยเน้นการสื่อสารระหว่าง
เครือข่าย

๕. โรงพยาบาลเป็นหน่วยปฏิบัติการระดับสูง กำหนดให้ใช้รถ telemedicine และ Auto CPR ออกรับเหตุทุกครั้งเนื่องจากมียา อุปกรณ์การแพทย์ในการช่วยชีวิตครบถ้วน
๖. ใช้ระบบการสับถ่ายระหว่างรถกู้ชีพของเครือข่ายในพื้นที่ตำบลห่างไกล รวมทั้งมูลนิธิเอกชน กับริกกู้ชีพโรงพยาบาลท่าวังผา เมื่อออกรับเหตุผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน

วิธีการดำเนินงานรอบที่ ๒ เดือนมกราคม - กันยายน ๒๕๖๔

- ๑ ประเมินและรับรองการนำส่งผู้ป่วยโดยพยาบาลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลท่าวังผา
๒. เก็บรวบรวมข้อมูล ปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงาน
๓. ให้ข้อเสนอแนะการปฏิบัติงานของ FR หลังรับรองการนำส่งทุกครั้ง
๔. ติดตามความพึงพอใจของบุคลากรในการใช้แนวทางการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงาน

การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์			
		๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
๑.ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินใช้บริการ ๑๖๖๙	>ร้อยละ ๗๐	๘๖.๙๖	๘๒.๕๐	๘๑.๖๗	๘๒.๒๕
๒. อัตราการเปลี่ยนถ่ายผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินระหว่างเครือข่าย	>ร้อยละ๑๐	๕.๗๖	๗.๔๕	๙.๔๕	๙.๕๕
๓. อัตรารอดชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่หยุดหายใจก่อนมาถึงโรงพยาบาล	>ร้อยละ๓๐	๒๐.๒๑	๑๘.๗๒	๓๔.๒๕	๕๐
๔.ความมั่นใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่	>ร้อยละ๕๐	๘๐	๘๐	๑๐๐	๑๐๐

โอกาสพัฒนาหรือข้อเสนอแนะในการพัฒนา

สำรวจความต้องการปัญหา อุปสรรค ความสนใจในการเข้าร่วมเป็นหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับตำบลของหน่วยปฏิบัติการ เพื่อหาโอกาสพัฒนาและขยายเครือข่ายหน่วยปฏิบัติการเพิ่มขึ้น

สนับสนุน/กระตุ้นเครือข่าย รพ.สต.ในการอบรมประชาชน นักเรียน เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นและการใช้เครื่อง AED เพื่อเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ เช่นโรคหัวใจขาดเลือด

คัดกลยุทธ์เชิงรุก ในการประชาสัมพันธ์การใช้บริการ ๑๖๖๙ ของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินมากขึ้น

การเรียนรู้ที่ได้รับจากการทำโครงการและการขยายผล

๑. เรียนรู้การประเมินปัญหา วิเคราะห์สาเหตุและแก้ไขปัญหายังเป็นระบบ เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนากระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
๒. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Key Success Factor) เจ้าหน้าที่ที่มีความตระหนักถึงความสำคัญเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร การร่วมมือของสหวิชาชีพต่างๆ
๓. อุปสรรค/ข้อจำกัดในการดำเนินงาน เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา บุคลากรจะต้องเรียนรู้ปรับปรุง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ผู้นำระดับตำบล เครือข่ายเทศบาล องค์การระดับท้องถิ่น มีส่วนสำคัญในการประชาสัมพันธ์ ส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนดูแลสุขภาพ การร่วมมือของสหวิชาชีพต่างๆ รวมทั้งช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่ตำบล ของตนเองเข้ารับการรักษาที่รวดเร็ว ไม่รอนจนอาการหนัก เพื่อให้รักษาได้ทันเวลา ลดการเสียชีวิต

การติดต่อกับทีมงาน นางปัทมา อภิวิษณุภาคิน กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าวังผา
โทร ๐๕๔-๐๕๙๖๖๖ ต่อ ๑๐๙ e mail : pakwan ๒๕๑๑@gmail.com



การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตในเด็ก สตรี และผู้กระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว

พัชรี โชติภพวงศ์ , นภาพร มหายศนันท์
งานสุขภาพจิต / แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าม่วง

คำสำคัญ : การให้คำปรึกษา , สุขภาพจิต, ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว

สรุปผลงานโดยย่อ

การให้คำปรึกษาโดยมุ่งหวังให้ผู้ประสบปัญหา สามารถเข้าใจและเผชิญปัญหาได้เหมาะสม ตัดสินใจเลือกทางออกภายใต้ข้อมูลทางเลือกที่หลากหลายสอดคล้องกับชีวิตและศักยภาพของตนเอง ปฏิบัติได้จริงและพร้อมที่รับผลที่ตามมาจากการตัดสินใจนั้น

เป้าหมาย

ผู้รับบริการที่เป็น เด็ก สตรี และบุคคลในครอบครัว ที่ประสบปัญหาความรุนแรงทั้งทางร่างกาย จิตใจทางเพศ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม การทอดทิ้ง การล่วงละเมิด/บังคับแสวงหาผลประโยชน์

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

ความรุนแรงคือการกระทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือเกิดความทุกข์ทางจิตใจหรือการกระทำทางเพศ หรือการทอดทิ้งปล่อยปละละเลย ปัจจุบันปัญหาการใช้ความรุนแรงในครอบครัวนั้น มีอัตราการเกิดที่เพิ่มมากขึ้น สาเหตุจากสภาพแวดล้อมปัจจุบันทำให้ถูกมองและชักจูงให้เกิดพฤติกรรมเสื่อมเสีย ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาอกใจคู่สมรส สื่อ อินเทอร์เน็ต ผลกระทบทำให้เกิดการบาดเจ็บ พิการถึงแก่ชีวิต การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ คนในครอบครัวไม่สงบสุข ความสัมพันธ์ในครอบครัวถูกทำลาย ปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งปัญหาดังกล่าวหากไม่ได้รับการแก้ไข จะเชื่อมโยงไปสู่ปัญหาการการกระทำรุนแรงซ้ำ การทำร้าย ทารุณกรรมเด็ก ขาดโอกาสทางการศึกษา การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย การไม่มียานพาหนะ พึ่งตนเองลำบาก เป็นต้น

กิจกรรมการพัฒนา

- ๘.๑ การคัดกรองเบื้องต้นเมื่อพบว่าผู้รับบริการประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ประเมินเบื้องต้นด้วยแบบฟอร์ม OSCC และส่งพบพยาบาลจิตเวช OPD
- ๘.๒ พยาบาลจิตเวช ประเมินปัญหาทั้งทางด้านกาย สังคม ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพจิต รวมถึงประเมินความเครียด ภาวะซึมเศร้า การทำร้ายตนเอง
- ๘.๓ ให้การดูแล บำบัดรักษาตามสภาพปัญหาที่พบ โดยเน้นไปที่ผู้ประสบปัญหาสามารถเข้าใจและเผชิญปัญหาได้เหมาะสม ตัดสินใจเลือกทางออกภายใต้ข้อมูลทางเลือกที่หลากหลายสอดคล้องกับชีวิตและศักยภาพของตนเอง
- ๘.๔ นัดติดตามผลการบำบัดรักษา

วัตถุประสงค์และผลของการเปลี่ยนแปลง

- ๙.๑ ร้อยละ ๑๐๐ ผู้รับบริการที่ประสบปัญหาความรุนแรงได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิต
- ๙.๒ ร้อยละ ๙๐ ผู้รับบริการหลังได้รับการดูแลด้านจิตใจไม่มีภาวะซึมเศร้า ทำร้ายตนเอง

บทเรียนที่ได้รับ

ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวเป็นปัญหาที่ซับซ้อนจากหลาย ๆ ด้าน การป้องกันแก้ไขหรือการดูแลช่วยเหลือต้องอาศัยการบูรณาการการทำงานร่วมกันของหลายหน่วยงาน

การติดต่อกับทีมงาน : นางสาวพัชรี โชติภพงค์ /แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา



การพัฒนากระบวนการหีบห่ออุปกรณ์งานอุดฟันและเกลารากฟันงานทันตกรรม

พูนทิพย์ คำแดง, ศรีพลอย สิทธิยศ, นมลชนก ไชยวุฒิดำรง และคณะ
งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลท่าวังผา

คำสำคัญ

การพัฒนาหมายถึง กระบวนการศึกษาค้นคว้าอย่างมีระบบ มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาและ ตรวจสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์

สรุปผลงานโดยย่อ

การพัฒนากระบวนการหีบห่ออุปกรณ์งานอุดฟันและเกลารากฟันงานทันตกรรม ทำให้เกิดความร่วมมือกันของหน่วยงานจ่ายกลางและงานทันตกรรม ทำให้เกิดความร่วมมือกันในการป้องกันเครื่องมือเสียหาย ลดค่าใช้จ่ายที่สูญเปล่า ของโรงพยาบาล ลดอัตราเครื่องมือแพทย์ที่ชำรุด เกิดความพึงพอใจของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

เป้าหมาย

เพื่อลดอัตราเครื่องมือแพทย์ที่ชำรุด และสูญเสียดังกล่าวของโรงพยาบาล

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

เนื่องจากได้รับรายงานอุบัติการณ์จากงานทันตกรรม จำนวน ๒ ครั้ง พบว่าอุปกรณ์ที่ทำการลื้อแล้ว ในชุดกล่องใส่อุปกรณ์งานอุดฟัน ยื่นออกมานอกกล่อง จำนวน ๑ กล่อง ในวันที่ ๑๙ ม.ค.๖๕ และชุดเกลารากฟัน หลุดออกจากลื้อค เรียงไม่ดี ๑ กล่อง วันที่ ๕ เม.ย. ๖๕ และการไม่ได้ทำการเรียง Number ของอุปกรณ์ชุดนั้น ในกล่อง ทำให้เกิดการใช้งานที่ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้รับผลงานเกิดความไม่พึงพอใจ

กิจกรรมการพัฒนา

๑. การประชุมทบทวนร่วมกันของบุคลากรงานจ่ายกลางและงานทันตกรรม
๒. การหารูปแบบแนวทางปฏิบัติร่วมกัน
๓. การติดตามประเมินผล

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

๑. หากงานทันตกรรมมีอุปกรณ์ชนิดมาใช้งาน ให้แจ้งงานจ่ายกลาง และการนิเทศให้กับจนท.งานจ่ายกลาง เนื่องจากจะไม่มี ความชำนาญในงานทันตกรรม
๒. ช่วยกันหาแนวทางเพื่อการลื้ออุปกรณ์กล่องชนิดนี้ให้มีความพร้อมใช้ โดยการใช้วัสดุในกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อลื้อคไว้แทน
๓. บุคลากรงานจ่ายกลาง หากมั่นใจในอุปกรณ์ ชนิดใหม่ๆ ให้แจ้งหัวหน้างานหรือการประสานกันเจ้าหน้าที่หน่วยงานนั้นๆ ให้เข้าใจก่อนการหีบห่อ การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ

ผลจากการดำเนินงานพบว่า ภายหลังจากทบทวน ประชุมร่วมกัน ไม่พบรายงานอุบัติการณ์ อุปกรณ์งานอุดฟัน และเกลารากฟัน เกิดการชำรุดเสียหายอีก บุคลากรงานทันตกรรมมีความพึงพอใจร้อยละ ๙๒.๑๒ บุคลากรงานจ่ายกลางพึงพอใจ ร้อยละ ๙๑.๘๗

บทเรียนที่ได้รับ

ความร่วมมือร่วมใจกันในการพัฒนางาน ทำให้ผลงานมีคุณภาพดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายจากการสูญเสียทรัพยากร ทำให้ผู้ให้และผู้รับผลงานเกิดความพึงพอใจ เกิดความสุขในการทำงานมากขึ้น

การติดต่อกับทีมงาน

นางพูนทิพย์ คำแดง ตำแหน่ง พนักงานซักฟอก
หน่วยงาน งานจ่ายกลาง ที่อยู่ โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก (๐๕๔) ๗๑๐๑๓๘ ต่อ ๑๕๒ Email: Su.palak@hotmail.com

เอกสารอ้างอิง

สมาคมศูนย์กลางงานปราศจากเชื้อแห่งประเทศไทย .(๒๕๖๑).แนวปฏิบัติการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อเครื่องมือแพทย์. นนทบุรี.

สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๐). คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ ๒). กรุงเทพฯ: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

อะเคื้อ อุณหเลขกะ. (๒๕๕๖). ระบาดวิทยาและแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล.

เชียงใหม่: โรงพิมพ์มิ่งเมือง.



การพัฒนากระบวนการติดตามผู้เดินทางมาจากต่างจังหวัดที่เข้ามาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
รพ.สต.ริมในช่วงการระบาดของโรคโควิด-๑๙

มีศักดิ์ คำยันต์ ,สมจิตร ศรีรังษ,นภาพร วีระ,รัชนิย์ วีระ,อุไร คำยันต์,
อารีรักษ์ วิลาวรรณ,จุฑานนท์ ดวงจันทร์
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลริม

คำสำคัญ : ระบบการติดตามผู้เดินทางมาจากต่างจังหวัด

คำสำคัญ : การพัฒนา

ระบบการติดตาม เป็นเครื่องมือให้เรา ใช้รายงานผลการดำเนินงานของแผนงาน/โครงการต่าง ๆ โดยติดตามผลและบันทึกในระบบรายเดือน เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลไว้ในระบบที่สามารถค้นหาได้ตลอดเวลา
การพัฒนา คือ การทำให้เปลี่ยนแปลง การทำให้ดีขึ้น ทำให้เจริญขึ้น

สรุปผลงานโดยย่อ : สรุปผลการดำเนินงาน ๓ ขั้นตอน

๑.การรับข้อมูล /รวบรวมข้อมูล ผู้ที่มีรายชื่อเดินทางเข้ามาช่วง ตั้งแต่ ช่วง เดือน มกราคม ๒๕๖๔

๑.ผู้เดินทางมาจากต่างจังหวัด ที่จะเข้ามา จ.น่าน ต้องสแกนคิวอาร์โค้ด น่านปลอดภัย ก่อนจะเดินทางล่วงหน้า หรือ จะมาสแกนคิวอาร์โค้ด ที่ด่าน

๒.ผู้เดินทางมาจากต่างจังหวัด ที่จะเข้ามา จ.น่าน กรอกข้อมูลส่วนตัว ตามฟอร์มของคิวอาร์โค้ด น่านปลอดภัย ในมีกลุ่มไลน์ระดับอำเภอ รายงานคนเข้าพื้นที่ อ.ท่าวังผา

๓.มีการตั้งด่านตรวจ เพื่อคัดกรองคนที่เดินทางเข้าพื้นที่จังหวัดน่าน

๔.มีการส่งต่อ ข้อมูล รายชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทร ให้ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขรับทราบ

๕.มีกลุ่มไลน์ ระดับอำเภอ รายงานคนเข้าพื้นที่อำเภอท่าวังผา

๒..การส่งต่อข้อมูลให้ อสม.

๑.มีกลุ่มไลน์ ระดับอำเภอ รายงานคนเข้าพื้นที่อำเภอท่าวังผา มีการแจ้งว่า มีผู้เดินทางเข้ามา

๒.เจ้าหน้าที่ รับทราบข้อมูล รายชื่อผู้เดินทางเข้ามา มีการติดต่อทางโทรศัพท์กับผู้เดินทางเข้ามา แล้วประสาน/โทรแจ้งให้ อสม.รับทราบข้อมูลและติดตาม

๓.การพัฒนากระบวนการติดตาม

๑.ทาง เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลริม มีการสร้าง กลุ่มไลน์ ติดตามผู้เดินทางมาจากต่างจังหวัด

๒.สร้างคิวอาร์โค้ด ขึ้น มา เพื่อเป็นช่องทางในการติดตามผู้เดินทางมาจากต่างจังหวัดเข้ามาในพื้นที่ เพื่อให้กักตัว และรายงานผลการวัดอุณหภูมิร่างกายและสังเกตอาการเบื้องต้น ตามแบบฟอร์ม จนครบ ๑๔ วัน เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้นำข้อมูลนำไปบันทึกข้อมูลใน ระบบ COVID-๑๙ SAT System ของ สสจ.น่าน โดยเข้าไปบันทึกข้อมูลการเฝ้าติดตามกลุ่มเสี่ยง(DB๒)

๓.เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ริมและ อสม.เชิงยู ผู้เดินทางมาจากต่างจังหวัด เข้าไลน์กลุ่ม หรือ ผู้เดินทางมาจากต่างจังหวัด จะมารายงานตัวที่ รพ.สต.เอง โดยให้สแกนคิวอาร์โค้ด

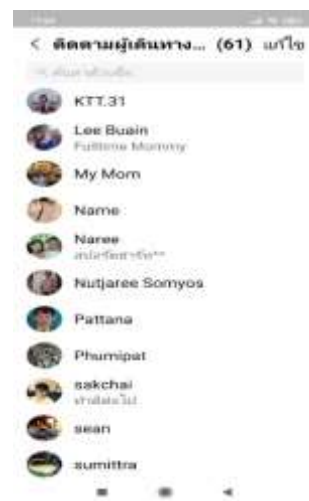
๔.เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ริม พิมพ์ คิวอาร์โค้ด ติดที่ รพ.สต.ริม กรณี ผู้เดินทางมาจากต่างจังหวัด มารายงานตัวที่ รพ.สต. เพื่อให้ ผู้เดินทางมาจากต่างจังหวัด สแกนคิวอาร์โค้ด ด้วยตนเอง

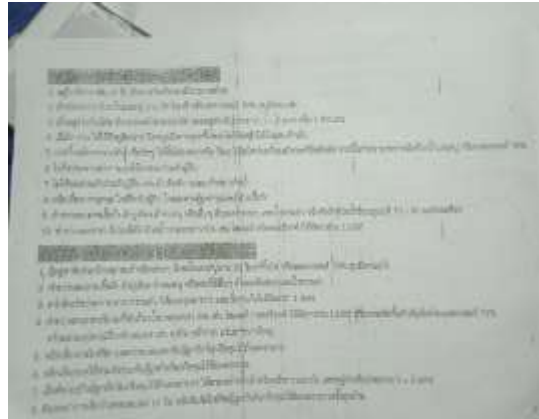
๕. สร้างแบบฟอร์มบันทึกการติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด และให้พรอทวดใช้ไปทุกราย เพื่อวัดใช้ด้วยตนเองและบันทึกลงในแบบฟอร์ม แล้ว ส่งเข้ามาทางไลน์กลุ่ม
๖. ผู้ที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด สามารถ แสดงความคิดเห็น/แจ้ง อาการเบื้องต้น ที่มีการเปลี่ยนแปลงลงไลน์ โดยเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลริม จะเป็นผู้ที่ตอบข้อมูลด้านสุขภาพ และ ปรีกษาเบื้องต้น ส่ง คิวอาร์โค้ด เข้าไลน์

แบบฟอร์มติดตามเดิม



สิ่งที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ประโยชน์





เป้าหมาย :

๑. ผู้ที่เดินทางเข้ามาในจังหวัดน่าน และเข้ามา ในเขตรับผิดชอบ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลริม-บ้านท่าค้ำ ม.๑ ป่าไคร้ ม.๒ นาเตา ม.๓ เชียงแล ม.๔ เชียงแล ม.๖ ท่าค้ำ ม.๗ ตำบลริม และ บ้านแฮะ ม.๘ ตำบลแสนทอง

๒. อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลริม บ้านท่าค้ำ ม.๑ ป่าไคร้ ม.๒ นาเตา ม.๓ เชียงแล ม.๔ เชียงแล ม.๖ ท่าค้ำ ม.๗ ตำบลริม และ บ้านแฮะ ม.๘ ตำบลแสนทอง

๓. เพื่อลดการสะสม และป้องกันการสัมผัสกับกลุ่มเสี่ยง/เสี่ยงสูงและป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

๔. ผู้ที่เดินทางเข้ามาในจังหวัดน่าน และเข้ามา ในเขตรับผิดชอบ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลริม ได้รับการติดตามและประเมินอาการเบื้องต้นในช่วงที่กักตัว ๑๔ วัน

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ได้เริ่มต้นขึ้นในเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยพบครั้งแรกในนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐ ประชาชนจีน เนื่องจากเมืองอู่ฮั่นเป็นเมืองใหญ่ที่มีประชาชนอยู่หนาแน่น จึงท าให้การระบาด แพร่กระจายไปอย่างรวดเร็ว มีผู้ป่วยหนักและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก หลังจากพบการระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ ใหม่ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนและองค์การอนามัยโลก ได้ออกมา ระบุว่า ไวรัสชนิดดังกล่าว คือ SARS-CoV-๒ เรียกว่า COVID-๑๙(ย่อมาจาก CO แทน corona, VI แทน virus, D แทน disease และ ๑๙แทน ๒๐๑๙)ต่อมาได้พบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศ ทั่วโลก

สำหรับประเทศไทย จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ได้ระบาดไปทั่วโลก กรมควบคุมโรค ได้เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC) ตั้งแต่ ๔ มกราคม ๒๕๖๓ เพื่อตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ และเริ่มคัดกรองหาผู้ติดเชื้อที่ช่องทางเข้าออกประเทศ ประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อรายแรกเป็นนักท่องเที่ยวจีนที่เดินทางเข้าประเทศไทยเมื่อวันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๓ ประเทศไทยมีรายงาน ผู้ป่วยชาวไทยรายแรก อาชีพขับรถแท็กซี่ ซึ่งไม่เคยมีประวัติเดินทางไปต่างประเทศ แต่มีประวัติขับรถแท็กซี่ ให้บริการกับผู้ป่วยชาวจีน ในระยะต่อมาจำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง

อย่างช้าๆ ทั้งผู้ป่วยที่เดินทางมาจาก ต่างประเทศ และผู้ป่วยที่ติดเชื้อภายในประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยมีผล บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ กำหนดให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือ COVID - ๑๙ เป็น โรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ ๑๔ ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ในระยะต่อมาได้พบการแพร่ระบาดใหญ่ โดยเป็นการติดเชื้อเป็นกลุ่ม ก้อน (Cluster)สถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคนจำนวนมากและมีความแออัด ต่อมาเกิดการประกาศปิดเมืองในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร เกิดการเคลื่อนย้ายของประชากรออกไปยังจังหวัดต่าง ๆ ทำให้ผู้สัมผัสเชื้อกระจายออกไปยัง ต่างจังหวัด จนทำให้ยอดผู้ติดเชื้อของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่มิถุนายนเป็นต้นมา จึงให้ส่วน ราชการ หน่วยงานของรัฐ และเอกชนทุกแห่งดำเนินการตามมาตรการดังกล่าวให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ยังพบการกลายพันธุ์ของเชื้อ อีกทั้ง การประกาศใช้วัคซีนจากหลายประเทศ เพิ่งได้ริเริ่มให้มีการฉีดวัคซีนในบางประเทศ สำหรับประเทศไทยช่วงนั้นยัง ไม่ได้มีการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-๑๙ แต่ได้เตรียมแผนในการจัดหาวัคซีนสำหรับประชาชน ในประเทศ ทั้งนี้ ยังพบว่ามีการเดินทางเข้าออกประเทศทาง ท่าอากาศยานอย่างต่อเนื่อง ในจังหวัดแหล่งท่องเที่ยวใหญ่ๆประกอบด้วย ๖ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดภูเก็ต จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัด กระบี่ จังหวัดชลบุรี และจังหวัดสมุทรปราการ จึงเห็นความสำคัญในการจัดทำมาตรการ ที่สำคัญสำหรับผู้เดินทาง

สถานการณ์ใน จ.น่าน ณ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๕ มีผู้ป่วยสะสม รวม จำนวน ๑๐๓,๓๔๘ ราย เสียชีวิต สะสม รวม ๑๐๙ ราย

วันอังคารที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕ พบ ผู้ติดเชื้อยืนยัน (RT-PCR) ๓ ราย ผู้ติดเชื้อเข้าข่าย(ATK+) ๒๕๗ ราย มีผู้เสียชีวิต

๑ ราย เพศหญิง อายุ ๘๑ ปี ภูมิลำเนา ต.ตาลชุม อ.ท่าวังผา จ.น่าน

มีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคเกาต์(ไม่มีประวัติการรับวัคซีน)

วันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๕ พบ ผู้ติดเชื้อยืนยัน (RT-PCR) ๓ ราย ผู้ติดเชื้อเข้าข่าย(ATK+) ๒๕๐ ราย

วันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๖๕ พบ ผู้ติดเชื้อยืนยัน (RT-PCR) ๓ ราย ผู้ติดเชื้อเข้าข่าย(ATK+) ๒๔๕ ราย

วันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๕ พบ ผู้ติดเชื้อยืนยัน (RT-PCR) ๒ ราย ผู้ติดเชื้อเข้าข่าย(ATK+) ๒๔๗ ราย

วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ พบ ผู้ติดเชื้อยืนยัน (RT-PCR) ๒ ราย ผู้ติดเชื้อเข้าข่าย(ATK+) ๒๓๙ ราย

วันที่ ๑๒ สิงหาคม ๒๕๖๕ พบผู้ติดเชื้อยืนยัน (RT-PCR) ๒ ราย ผู้ติดเชื้อเข้าข่าย(ATK+) ๒๔๑ ราย

วันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๕ **เสียชีวิต ๑ ราย เพศชาย อายุ ๖๗ ปี** ภูมิลำเนา ต.นาไร่หลวง อ.สองแคว จ.น่าน

มีโรคประจำตัว โรคหัวใจและหลอดเลือดมีประวัติรับวัคซีน ๓ เข็ม

พบผู้ติดเชื้อยืนยัน (RT-PCR) ๓ ราย ผู้ติดเชื้อเข้าข่าย(ATK+) ๒๓๒ ราย

สถานการณ์ โรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลริม ช่วงสถานการณ์ โควิดระบาด พบผู้ป่วยโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในเขต รพ.สต.ริม ตั้งแต่ เมษายน ๒๕๖๔ เป็นต้นมา ๑๔๕ ราย ปี ๒๕๖๕ ตั้งแต่ เดือนมกราคม ๒๕๖๕ พบ ๓๖๔ ราย ที่เข้าระบบการรักษาที่โรงพยาบาลท่าวังผา และ รักษาที่ รพ.สต.ริม และกักตัวที่บ้าน **มีผู้เสียชีวิต จากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ จำนวน ๒ ราย** หลังจากที่จังหวัดน่านประกาศมีมติ ให้ผ่อนปรนมาตรการต่างๆลงมา ก็พบผู้ป่วยโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เฉลี่ย ประมาณ วันละ

๑-๕ ราย ที่เข้ารับบริการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลริม และ โรงพยาบาลท่าวังผา

กิจกรรมการพัฒนา :

จากสถานการณ์การมีจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ในประเทศไทย และ มีคนในจังหวัดน่าน มีการเดินทางกลับภูมิลำเนา เพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัส กับผู้ป่วยในที่แออัด และ ที่ทำงาน กลับสู่ภูมิลำเนาเพิ่มมากขึ้น และมีการนำเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ มาแพร่ระบาด ใน ครอบครัว ในชุมชน อำเภอท่าวังผา เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่เชื้อ และ ลดการสัมผัสในกลุ่มเสี่ยง/เสี่ยงสูงในครอบครัว/บ้าน/ชุมชน จึงมีประกาศ มาตรการของจังหวัดน่าน ใหม่ การลงทะเบียนในการเข้าออกจังหวัด ปฏิบัติตามมาตรการ DMHTT อย่างเคร่งครัด สแกนไทยชนะก่อนเข้า-ออกสถานที่สาธารณะทุกครั้ง หากเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ อสม. และกักตัวอยู่ที่พำนักเป็นเวลา ๑๔ วัน ปฏิบัติตามที่คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดประกาศอย่างเคร่งครัด

ในการติดตามคนที่เข้ามาในพื้นที่อำเภอท่าวังผา และทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลริมจิงหา แนวทางในการปฏิบัติงาน เพื่อสนับสนุนนโยบาย และมาตรการของจังหวัด โดย เพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสาร กับผู้ที่เดินทางจากต่างจังหวัด เข้ามาในพื้นที่ เพื่อลดความเสี่ยงในการสัมผัสกับกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเสี่ยงสูง โดยมีช่องทาง ดังนี้

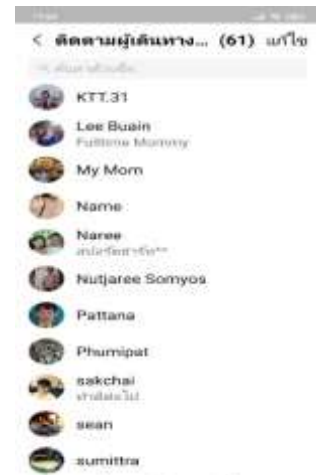
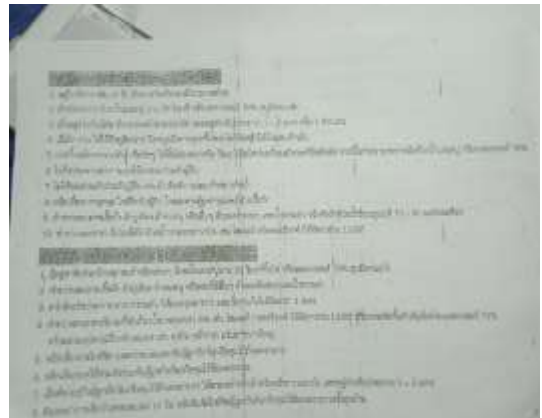
- ๑.ทาง เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลริม มีการสร้าง ไลน์กลุ่มติดตามผู้เดินทางมาจากต่างจังหวัด
- ๒.สร้างคิวอาร์โค้ด ขึ้น มา เพื่อเป็นช่องทางในการติดตามผู้เดินทางมาจากต่างจังหวัดเข้ามาในพื้นที่ เพื่อให้กักตัว และรายงานผลการวัดอุณหภูมิร่างกายและสังเกตอาการเบื้องต้น ตามแบบฟอร์ม จนครบ ๑๔ วัน เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้นำข้อมูลไปบันทึกข้อมูลใน ระบบ COVID-๑๙ SAT System ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน โดยเข้าไปบันทึกข้อมูลการเฝ้าติดตามกลุ่มเสี่ยง (DB๒)
- ๓.เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ริม พิมพ์ คิวอาร์โค้ด ติดที่ รพ.สต.ริม กรณีย์ ผู้ที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด มารายงานตัวที่ รพ.สต. เพื่อให้ ผู้ที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด สแกนคิวอาร์โค้ด ด้วยตนเอง
- ๔.สร้างแบบฟอร์มบันทึกการติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด แจกให้ อสม.ทุกหมู่บ้าน และนำไปถ่ายเอกสารเพิ่ม เพื่อนำไปแจกให้ กับ ที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด และให้ปรอหวัดไข้ไปทุกราย เพื่อวัดไข้ด้วยตนเอง
- ๕.เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ริมและ อสม.เชิญ ผู้ที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด เข้าไลน์กลุ่ม หรือ ผู้ที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด จะมารายงานตัวที่ รพ.สต.เอง โดยให้สแกนคิวอาร์โค้ดที่พิมพ์ติดไว้ ที่รพ.สต. และ หน้าที่ รพ.สต.ริมจะเป็นผู้ส่ง คิวอาร์โค้ดไปในไลน์กลุ่มด้วย
- ๖.ผู้ที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด บันทึกการสังเกต อาการเบื้องต้น และ อุณหภูมิร่างกาย ตนเองลงในแบบฟอร์มทุกวัน จนครบ ๑๔ วัน ที่กักตัวแล้ว ส่งเข้ามาทางไลน์กลุ่ม
- ๗.ผู้ที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด สามารถ แจ้ง อาการเบื้องต้น ที่มีการเปลี่ยนแปลงลงในไลน์ กลุ่มโดยเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลริม จะเป็นผู้ที่ตอบข้อมูลด้านสุขภาพ และ ปรีกษาเบื้องต้น ที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด และ แสดงความคิดเห็นได้



แบบฟอร์มติดตามเดิม



สิ่งที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ประโยชน์

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

๑. ผู้ที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด สามารถ เข้าไลน์กลุ่มและสแกนคิวอาร์โค้ด ที่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลริม สร้างขึ้นได้ ครอบคลุมกรณีที่ รับทราบข้อมูลของผู้ที่เดินทางเข้ามา
๒. ผู้ที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด สามารถ แจ้ง อาการเบื้องต้น ที่มีการเปลี่ยนแปลงลง ของตนเองเข้า

ในไลน์ กลุ่ม และแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม

๒.เป็นการลดภาระ และลดการสัมผัสความเสี่ยง ของ อสม.ที่จะต้องติดตามเยี่ยม ด้วยตนเอง

๓ .เจ้าหน้าที่สามารถประเมินอาการ จากผู้เดินทางรายงานมาในกลุ่มไลน์ ถ้ามีอาการเข้าเกณฑ์ที่ต่อเสี่ยงติดเชื้อไวรัส

โคโรนา๒๐๑๙ ก็ส่งตรวจ ATK ที่ รพ.ท่าวังผา

๔.เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลริม สามารถนำข้อมูล อาการเบื้องต้น มาบันทึกใน ระบบ COVID-๑๙

SAT System บันทึกข้อมูลเฝ้าติดตามกลุ่มเสี่ยง (DB ๒) ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่านได้ครอบคลุม

บทเรียนที่ได้รับ :

๑.ผู้เดินทางมาจากต่างจังหวัด ยังมีการปกปิดข้อมูลทำให้ไม่สามารถติดตามได้ไม่ ครบคลุม ๑๐๐ %

๒.อาสาสมัครสาธารณสุข มีข้อจำกัดด้านการใช้ Smart Phone /ข้อจำกัดเรื่องสายตา /การพิมพ์ข้อความต่างๆ

๓.ผู้เดินทางมาจากต่างจังหวัด และ อาสาสมัครสาธารณสุขมีข้อจำกัดเรื่องของเครือข่ายสัญญาณ โทรศัพท์

๔.ผู้เดินทางมาจากต่างจังหวัดไม่ตระหนักถึงการดูแลตนเองในการกักตัว

การติดต่อกับทีมงาน :

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ ชื่อองค์กร ที่อยู่ โทรศัพท์/email /เบอร์โทรศัพท์

๑.นางรัชณี วีระ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.ริม Veera_rc@hotmail.com (๐๘๖-๑๙๔๗๒๖๗)

๒.นางสมจิตร ศรีรัมย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต.ริม (๐๘๔-๓๗๘๓๐๘๙)



การพัฒนาารูปแบบโปรแกรมการบำบัดสารเสพติดในชุมชนแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

นางนงคริ์รักษ์ ลำน้อย และคณะ

งานยาเสพติด กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลท่าวังผา

คำสำคัญ: ผู้ติดยาเสพติด บำบัดในชุมชน

สรุปผลงานโดยย่อ

กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาสารเสพติด ของกลุ่มคนทุกระดับในสังคม พบว่า ร้อยละ ๕๐-๗๐ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดได้รับผลเสียหาย เกิดการเจ็บป่วย ด้านร่างกาย จิตใจ เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคแทรกซ้อนที่มาจากการใช้ยาเสพติด การสิ้นเปลืองงบประมาณแผ่นดิน เสียสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว สังคมไม่สงบสุข มีโจรลักเล็กขโมยน้อย ฯลฯ ที่ส่งผลให้คนไทยและคนทั่วโลก มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง ในฐานะที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานยาเสพติด โดยมีศูนย์การบำบัดรักษาฟื้นฟูที่โรงพยาบาลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน จากการทบทวนเวชระเบียนงานบำบัดรักษาฟื้นฟู และขึ้นทะเบียนเข้ารับการบำบัดสารเสพติด พบว่ามีประชาชนชาวอำเภอท่าวังผา ที่เข้ามารับการบำบัดสารเสพติดในรูปแบบต่างๆ เช่น แบบสมัครใจจากชุมชน คัดกรองของมหาดไทย และจากศาล มีอัตราการเข้ารับการบำบัด อันดับที่ ๑-๓ ของจังหวัดน่าน ดังนี้คือ ปี๒๕๖๒ มีสมัครใจเข้าบำบัดรักษา จำนวน ๔๘ ราย , จากศาล ๒๐๗ ราย,ปี๒๕๖๓ มีสมัครใจเข้าบำบัดรักษา จำนวน ๔๔ ราย , จากศาล จำนวน ๒๐๙ ราย, ปี ๒๕๖๔ และมีสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา จำนวน ๒๙ ราย, จากศาล จำนวน ๑๑๗ เป็นต้น

ดังนั้นเพื่อป้องกันการไม่ใช้สารเสพติด และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนชาวอำเภอท่าวังผาให้ดีขึ้น จึงเล็งเห็นความสำคัญของการได้เข้าบำบัดแบบสมัครใจจากชุมชนให้เพิ่มมากขึ้น ทางทีมงานยาเสพติดในรูปแบบของศ.ปส.อ.ท่าวังผา เห็นช่องทางการทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายทุกภาคส่วนของรัฐและเอกชน ประกอบด้วย แกนนำชุมชน สุขภาพ เจ้าของกิจการร้านค้าตลอดจนถึงเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ทำงานเกี่ยวข้องกับงานยาเสพติด ได้มีส่วนร่วมต่อการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดในชุมชนCBTx (Community Based Treatment) การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติด โดยชุมชนเป็นศูนย์กลางเป็นการดูแลผู้ใช้สารเสพติด และชุมชนมีส่วนร่วมเป็นศูนย์กลาง เป็นการบำบัดดูแลผู้ใช้สารเสพติดใกล้บ้าน ใกล้ใจ

เป้าหมาย

- ๖.๑ เพื่อค้นหา คัดกรอง กลุ่มเสี่ยงกลุ่มเสพในชุมชนโดยสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูในชุมชนให้มากที่สุด
- ๖.๒ เพื่อจัดระบบให้มีรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยสารเสพติดในชุมชนที่มีความชุกของยาเสพติดและชุมชนปกติ
- ๖.๓ เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติดในกลุ่มประชาชนและเยาวชนทั่วไปให้ครอบคลุม
- ๖.๔ เพื่อป้องกันการเกิดนักเสพยาใหม่ในชุมชนและกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสพไม่ให้กลับไปเสพยา
- ๖.๕ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพการทำงานร่วมกันของเครือข่ายงานป้องกันยาเสพติดในระดับอำเภอท่าวังผา

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่าปลายปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ พบว่าจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจในรอบ ๓ ปีย้อนหลังลดลง เกิดจากปัญหาหลายสาเหตุดังนี้คือ ๑.เกิดการระบาดโรคโควิด๑๙ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มบำบัดรักษาฟื้นฟูไม่สามารถมาตามนัดเพื่อเข้าโปรแกรมการบำบัดได้เต็มรูปแบบ ส่งผลให้มีโอกาสกลับไปเสพยา ๒.ช่วงระบาดโรคโควิด๑๙ ทางเจ้าหน้าที่มหาดไทยมีโอกาสน้อย ที่จะลงพื้นที่เพื่อทำการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ ตามม.๑๑๔ (คสช๑๐๘) ๓.ความไม่สะดวกต่อการที่บุคคลทั่วไปจะติดต่อเองหรือผู้นำชุมชนไม่สามารถพามาเองได้ในช่วงการระบาดโควิด ๑๙(ม.๑๑๓)

และ ๔.บุคคลกรของรัฐไม่สามารถเข้าถึงของกลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มชนพื้นเมืองหรือปัญหาอื่นๆ จึงทำให้มีจำนวนการสมัครใจเข้าบำบัดสารเสพติดยังมีน้อย จากการได้ทบทวนเวชระเบียนการบำบัดที่คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลท่าวังผาพบว่า ระหว่างปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ พบว่ามีจำนวนผู้สมัครใจเข้ารับการบำบัด ลดลง ระหว่าง ๒๙-๔๘ ราย เท่านั้น ในขณะที่เดียวกันปัญหาผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดที่ถูกดำเนินคดีก็ยังคงพบอยู่อย่างต่อเนื่อง

ด้วยแนวทางการดำเนินงาน “การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดให้หมดจากสังคมไทย ไม่สามารถดำเนินงานให้สำเร็จได้ด้วยการทำงานขององค์กรใดองค์กรหนึ่ง แต่ทุกองค์กร ทุกฝ่ายต้องช่วยกันและการรวมตัวกันของผู้ที่มีความตั้งใจ ที่จะไม่ไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด จะทำให้เกิดพลังในการร่วมกันป้องกันปัญหายาเสพติดอย่างเข้มแข็ง” **พระดำรัส ทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี** โดยมีเป้าหมายหลักของการดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสพ คือเริ่มเด็กจากเยาวชน กลุ่มเป้าหมายรองคือประชาชนทั่วไป ทางคณะทีมงานการดูแลบำบัดและรักษาผู้ติดยาเสพติด มีแนวทางที่จะพัฒนาโปรแกรมการบำบัดในชุมชนแบบมีส่วนร่วมในครั้งนี้ทางคณะทีม จึงจัดกิจกรรมชุมชนโดยได้สอดแทรก คำขวัญโครงการ TO BE NUMBER ONE ไปด้วยนั่นคือ “**เป็นหนึ่งในโดยไม่พึ่งยาเสพติด** ” นำร่องทำกิจกรรม โดยได้ใช้กับชุมชนที่มีความซุกของสารเสพติด หรือมีประวัติผู้ที่ใช้สารเสพติดมากกว่าชุมชนอื่นๆเป็นหลัก รองลงมาก็เป็นชุมชนโดยทั่วไป ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเสพยา และป้องกันการมีนักเสพยาหน้าใหม่ในชุมชนฯ เพื่อเสริมสร้างชุมชนหรือครัวเรือน สีขาว เต็น ดี มีสุข ปลอดภัยสารเสพติด เป็นต้น

กิจกรรมพัฒนา

- ๑ ทางมหาดไทยได้คัดเลือกชุมชนที่มีความซุกของสารเสพติด
- ๒ ใช้เวทีประชาคมหมู่บ้านให้ทางเลือกของการตัดสินใจเข้าสู่หมู่บ้านต้นแบบการบำบัดในชุมชน
- ๓ คืบข้อมูลปัญหาชุมชนพร้อมทั้งทำประชาคมตีทำการคัดกรองคนในชุมชน
- ๔ ตั้งคณะกรรมการเพื่อการคัดกรองตรวจสอบสารเสพติดในปัสสาวะ
- ๕ สร้างความเข้าใจผลการคัดกรองเพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดในชุมชนแบบสมัครใจ
- ๖ นัดวันเวลาและสถานที่ภายในชุมชนเพื่อความสะดวกต่อการเดินทางของผู้มาเข้ารับการบำบัด (๑๘.๐๐-๒๐.๓๐ น)
- ๗ มีตารางนัดพบเพื่อการบำบัด ๒ อาทิตย์ต่อครั้งจำนวน ๑๐ ครั้งโดยในกิจกรรมได้สอดแทรกความรู้พิษภัยยาเสพติดเน้นการมีทักษะชีวิตที่ดีขึ้นให้มากกว่าเดิม
- ๘ เน้นกิจกรรมระหว่างการบำบัดในชุมชนให้ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชุมชนหรือญาติมีส่วนร่วมต่อการทำกิจกรรมร่วมกันจำนวน ๑-๒ ครั้ง
- ๙ ทำการตรวจปัสสาวะโดยไม่ได้นัดล่วงหน้า ณ.สถานที่รวมกลุ่มในการบำบัดที่ชุมชนหอประชุมหมู่บ้าน โดยญาติมีส่วนร่วมรับฟังจำนวน ๑-๒ ครั้ง/ขึ้นชมผู้ที่มีผลตรวจปัสสาวะปกติและให้คนในกลุ่มใช้กระบวนการเพื่อนช่วยเพื่อนต่อการสร้างขวัญและกำลังใจคนผลผลิตปกติให้มีทักษะชีวิตที่ดีขึ้น

๑๐. สร้างกิจกรรมบันทึกธรรมเนียมละลายใจต่อการเลิกสารเสพติดในวันพระโดยใช้สถานที่วัดในชุมชนนั้นๆ จำนวน ๑-๒ ครั้ง/โปรแกรมบำบัดชุมชน
๑๑. หลังเลิกงานมีกิจกรรมสนทนาการเพื่อสุขภาพเล่นกีฬาฟุตบอลในชุมชนปลอดสารเสพติด
๑๒. คั้นข้อมูลและสถานที่ให้ทางชุมชนและญาติผู้เข้ารับการบำบัด
๑๓. มอบรางวัลและเกียรติบัตรบุคคลต้นแบบ ชุมชน และครอบครัวสีขาว ที่ไม่ยุ่งเกี่ยวสารเสพติด

การวัดผลและผลการเปลี่ยนแปลง

- ๑ เกิดรูปแบบโปรแกรมการบำบัดสารเสพติดในชุมชนจำนวน ๒ ชุมชน (๙๑ ชุมชน) โดยที่ชุมชนมีการเฝ้าระวังติดตามกันเองมีเจ้าหน้าที่เป็นที่ปรึกษา
- ๒ ผู้เข้ารับการบำบัดที่ชุมชนเกิดความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงปัญหามากขึ้น มีทั้งไม่คิดจะเสพ และไม่กลับไปเสพซ้ำ ไม่พบปัญหาหลักเล็กน้อยในชุมชนและอื่นๆ ทำให้ลดภาระต่อการดำเนินงานการจับกุมของด้านกฎหมาย ผลลัพธ์ของการสมัครใจเข้ารับการบำบัดในชุมชนเพิ่มมากขึ้นดังนี้ ปี๒๕๖๒ มีผู้สมัครใจบำบัดจำนวน ๔๘ รายคิดเป็นร้อยละ ๑๙.๐๔ ,ปี๒๕๖๓ มีผู้สมัครใจบำบัดจำนวน ๔๔ รายคิดเป็นร้อยละ๑๙.๐๔ ,ปี ๒๕๖๔ มีผู้สมัครใจบำบัดจำนวน ๒๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๔๒ และพบว่าปี ๒๕๖๕ มีผู้เข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจเพิ่มมากขึ้น จำนวน ๕๖ รายคิดเป็นร้อยละ ๑๗.๓๙
- ๓ เกิดความชัดเจนต่อการใช้กระบวนการบำบัดในชุมชนภายใต้แนวทาง TO BE NUMBER ONE ชุมชนหนึ่งเดียวไม่พึ่งยาเสพติด ๓ ก นั่นคือ กรรมการ กองทุน และกิจกรรม การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในหมู่บ้าน กองทุนมีรางวัลให้ตามบริบทที่มีอยู่ และได้มีกิจกรรมร่วมกันเพื่อหลีกเลี่ยงยาเสพติด เสริมสร้างกำลังใจแก่ผู้เลิกสารเสพติด ๓ ย คือ ย.ที่ ๑ ยุทธศาสตร์การรณรงค์ปลุกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ย.ที่ ๒ ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่ เยาวชน และ ย.ที่ ๓ เป็นยุทธศาสตร์การสร้างและพัฒนาเครือข่ายเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดให้แก่ชุมชนแบบยั่งยืน เกิดศักยภาพต่อการทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายที่ชัดเจน มากยิ่งขึ้น

บทเรียนที่ได้รับ

การทำประชาคม ให้ทางเลือก และมีทิศทางการดำเนินงานเดียวกัน ย่อมทำให้คนในชุมชนมีความพึงพอใจ โดยเฉพาะใช้สถานที่ในชุมชน ทำให้มีความสะดวกสบายง่ายต่อการเดินทาง มีความเต็มใจพร้อมที่จะรับทราบปัญหาของชุมชน พร้อมช่วยกันคิด ช่วยกันทำ และช่วยกันแก้ไข เกิดชุมชนต้นแบบของศูนย์กลางบำบัด สามารถขยายผลการทำกิจกรรมไปในชุมชนที่เหลืออยู่ ๘๙ ชุมชนที่เสี่ยงและชุมชนที่ปกติปลอดสารเสพติด และเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันด้านสติปัญญาและความคิดความเชื่อของคนในชุมชนให้มีทักษะชีวิตหรือแนวทางที่ดีในการดำเนินชีวิตไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด บุคคลากรของรัฐได้ทำงานรูปแบบบูรณาการ ได้มีมิตรภาพ พบจุดมุ่งหมายเดียวกันคือชุมชนปลอดยาเสพติดลดการเกิดปัญหาอื่นๆตามมา เป็นต้น

การติดต่อทีมงาน

นางนงศรีรักษ์ ลำน้อย ชาติ อະທະໄໄຍ คณะทีมงานศป.ปสอ.ท่าวังผา
และเจ้าหน้าที่สภอ.तालขุม ๐๙๘๒๘๔๗๔๑๔,nong.rak๒๕๕๘@gmail.cm

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ แบบ OP SI โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

นภาพร มหายศนันท์, สุกฤตา สุวรรณเลิศ
งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าวังผา

คำสำคัญ : Out patient Self Isolation , โควิด-๑๙

สรุปผลงานโดยย่อ

งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่านได้รับมอบหมายให้จัดบริการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ แบบผู้ป่วยนอก (OP SI : Out patient Self Isolation) เพื่อเตรียมการเข้าสู่การเป็นโรคประจำถิ่นของโควิด-๑๙ โดยได้เริ่มให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ มีผู้รับบริการทั้งหมด ๒,๐๒๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๖๖ ของผู้ป่วยโควิด-๑๙ ทั้งหมดของอำเภอท่าวังผา (๘,๔๒๘ ราย) ผลของการดูแลพบว่า มีผู้ป่วยที่มีอาการทรุดหนักให้ไปนอนโรงพยาบาลจำนวน ๓ ราย (ร้อยละ ๐.๑๕) ส่วนมากผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้และกักตัวที่บ้านครบ ๑๐ วัน

เป้าหมาย

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยโควิด-๑๙ ได้รับการดูแลตามมาตรฐานและปลอดภัย
๒. เพื่อเตรียมความพร้อมการเป็นโรคประจำถิ่นของ โควิด-๑๙

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด ๑๙ ตลอดระยะเวลากว่า ๒ ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยต้องเผชิญกับวิกฤติการแพร่ระบาดใหญ่ของโรคอุบัติใหม่ ทำให้เกิดการระดมสรรพกำลัง ความรู้ความสามารถ และทรัพยากรในการจัดการกับวิกฤติดังกล่าว ด้วยความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน ทำให้สามารถ ก้าวผ่านสถานการณ์วิกฤติมาได้ ในทุกระลอกของ การระบาด และในท้ายที่สุดการระบาดของโรคโควิด ๑๙ จะกลายเป็น “โรคประจำถิ่น”

นโยบายการบริหารจัดการโรคโควิด ๑๙ สูโรคประจำถิ่น ด้านการแพทย์ในเรื่องการวินิจฉัย ดูแล รักษาพยาบาลในกลุ่มที่ไม่มีอาการ หรือมีอาการน้อยสามารถที่จะรักษาแบบผู้ป่วยนอก (เจอ จ่าย แจก) ดังนั้นเพื่อเป็นการเตรียมการให้โควิด-๑๙ เป็นโรคประจำถิ่นจึงมีนโยบายการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก (OP SI : Out Patient Self Isolation)

กิจกรรมการพัฒนา

๑. ศึกษาแนวทางการจัดการบริการแบบผู้ป่วยนอก (OP SI : Out patient Self Isolation) วิเคราะห์สถานการณ์การเกิดโรคโควิด-๑๙ ของอำเภอท่าวังผา และสำรวจทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินงานเช่น บุคลากร วัสดุทางการแพทย์ เวชภัณฑ์ สำหรับผู้ป่วย

๒. ทีมนำด้านคลินิกออกแบบการทำงานร่วมกับสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่การเข้าถึงการให้บริการ การประเมิน การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การให้คำแนะนำขณะกักตัวที่บ้าน การติดต่อสื่อสารในช่วงระหว่างกักตัว ระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ
๓. นำแนวทางที่ออกแบบมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่แพทย์มีความเห็นให้รักษาแบบผู้ป่วยนอก (OP SI : Out patient Self Isolation) ได้
๔. ประชุมทบทวนกระบวนการให้บริการผู้ป่วยโควิด-๑๙แบบผู้ป่วยนอก (OP SI : Out patient Self Isolation) โดยทีมนำด้านคลินิกของโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่านและปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และนำไปปฏิบัติต่อ

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

เดือน	ผู้ป่วยโควิด-๑๙ ทั้งหมด (ราย)	ดูแลแบบ SI (ราย)	ดูแลแบบ SI (ร้อยละ)	SI อาการทรุดลงส่งเข้ารพ.(ราย)	SIอาการทรุดลงส่งเข้ารพ.(ร้อยละ)
มี.ค.-๖๕	๑,๐๕๔.๐	๖๐๕	๕๗.๔๐	๐	๐.๐๐
เม.ย.-๖๕	๔,๖๕๘.๐	๑๐๗๘	๒๓.๑๔	๒	๐.๑๙
พ.ค.-๖๕	๑,๖๒๙.๐	๒๒๕	๑๓.๘๑	๑	๐.๔๔
มี.ย.-๖๕	๕๖๖.๐	๑๒๑	๒๑.๓๘	๐	๐.๐๐
รวม	๗,๙๐๗	๒,๐๒๙	๒๕.๖๖	๓	๐.๑๕

บทเรียนที่ได้รับ

โควิด-๑๙ เป็นโรคประจำถิ่นที่ทุกคนสามารถประเมินตนเองและวางแผนการรักษา ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ด้วยตนเองก่อนไปพบบุคลากรสาธารณสุข

การติดต่อกับทีมงาน

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ นภาพร มหายศนันท์

ชื่อองค์กร ที่อยู่ งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

โทรศัพท์/email ๐๘๑-๘๘๑๓๔๑๓ [/ninenapa๒๕๖๔@gmail.com](mailto:ninenapa๒๕๖๔@gmail.com)



การพัฒนาแบบแผนการประเมินและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลท่าวังผา

ระวีวรรณ วิษา, ปติตตา อภิวิษณุภาคิน, กุลพล ตั้งรัตนพิบูล
โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

คำสำคัญ : การประเมินผู้ป่วยเจ็บอก AMI , การแปลผล EKG , แนวทางการประเมินซ้ำ

สรุปผลงานโดยย่อ

ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก AMI ได้รับการประเมิน ตรวจรักษา รับไว้ในโรงพยาบาลและมีอาการทรุดลงขณะ admit อยู่ในโรงพยาบาล ได้ทบทวนเหตุการณ์และจัดระบบการประเมินผู้ป่วย การใช้เครื่องมือ EKG ชนิด auto interpret ช่วยในการ alert กรณีที่มีผล EKG ผิดปกติ การกำหนดให้มีการอ่านและแปลผล EKG หลังทำ EKG ก่อนการอ่าน แปลผลโดยแพทย์ ปรับระบบการขอคำปรึกษา ช่วยให้การประเมิน ดูแลรักษาได้เร็วขึ้น การเฝ้าติดตามและประเมินซ้ำ ทำให้ไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บอก AMI ทรุดลงขณะอยู่ในการดูแล

เป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกแบบ AMI ได้รับการประเมิน ตรวจและรักษาอย่างเหมาะสม
2. เพื่อให้แพทย์ พยาบาล มีความรู้ เข้าใจในการแปลผล EKG มากขึ้นร้อยละ ๘๐

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก AMI ได้รับการประเมิน ตรวจรักษา รับไว้ในโรงพยาบาลและมีอาการทรุดลงขณะ admit อยู่ในโรงพยาบาล จากการทบทวนเหตุการณ์ พบ ๑. ด้านเครื่องมือ EKG ไม่ได้ตั้งค่า auto interpret ทำให้ขาดการแจ้งเตือนอัตโนมัติ ๒. แนวทางปฏิบัติหลังการทำ EKG ยังขาดแนวทางการดักจับความคลาดเคลื่อนก่อนส่ง EKG ให้แพทย์อ่านและแปลผล ๓. การอ่านและแปลผล EKG ทีมยังไม่มั่นใจในการอ่านและแปลผล EKG ๔. การประเมินซ้ำหลังการ admit ในผู้ป่วยกลุ่มเจ็บอก AMI ยังมีรูปแบบการประเมินและระยะเวลาการประเมินซ้ำที่ไม่ชัดเจน ๕. รูปแบบและประเด็นข้อวิตกกังวลในการ consult cardiologist

กิจกรรมการพัฒนา : ได้ดำเนินการพัฒนาแบบ PDCA

Plan: ได้ทำการทบทวนเหตุการณ์และวางแผนแก้ไข ดังนี้

๑. ทบทวนความรู้และกำหนดแนวทางการใช้แบบประเมินอาการผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บอก AMI แก่เจ้าหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย
๒. กำหนดแนวทางปฏิบัติหลังทำ EKG ให้มีการพิมพ์กระดาษ A๔ (EKG) เพื่อให้พยาบาลอ่านและแปลผลเบื้องต้นก่อนส่ง EKG ให้แพทย์อ่านอีกครั้ง
๓. ปรับตั้งค่าเครื่อง EKG ให้สามารถแปลผลได้ เพื่อเตือนผู้ใช้เวลาที่มีความผิดปกติของผล EKG
๔. ทบทวนความรู้ให้กับแพทย์ พยาบาลจุดคัดกรอง พยาบาลงาน ER , IPD , พยาบาลผู้ทำหน้าที่ EKG เรื่องการประเมินผู้ป่วยกลุ่ม AMI การอ่านและแปลผล EKG การเฝ้าระวังติดตามอาการ
๕. จัดให้มีระบบการ alert เตือนหรือจัดให้มีระบบ second opinion ในโรงพยาบาลและระบบการ consult cardiologist จากโรงพยาบาลแม่ข่าย

Do: ๑. ทบทวนความรู้และอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับแพทย์ พยาบาลจุดคัดกรอง พยาบาลงาน ER , IPD , พยาบาลผู้ทำหน้าที่ EKG จำนวน ๒ รุ่น ในเดือน มีนาคม ๒๕๖๕

๒. นำแนวทางการปฏิบัติหลังการทำ EKG แนวทางการเฝ้าระวังติดตามอาการ ตั้งแต่ ER , ประเมินซ้ำก่อนการ admit ประเมินซ้ำหลังทำการรับใหม่ในตึกผู้ป่วยในและการประเมิน EKG ซ้ำตามกำหนดเวลา ตั้งแต่เดือน มีนาคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

Check: ทำการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดซ้ำ พบว่า มีการปฏิบัติตามแนวทางได้ดีขึ้นแต่บางหน่วยงานที่ทำ EKG ในจำนวนผู้ป่วยที่มากไม่สะดวกในการ print EKG ทุกราย

กำหนดให้มีการสุ่มการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติและการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางโดยหัวหน้างานและทีมพยาบาลที่รับผิดชอบ disease manager AMI พบว่า ๑). พยาบาลผู้ทำการ EKG มีความมั่นใจในการแปลผล EKG มากขึ้นร้อยละ ๘๐ ๒). ผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บอก AMI ได้รับการประเมิน รักษาที่เหมาะสมและไม่มีผู้ป่วยทรุดลงหลังการ Admit

Action:

ทำการปรับแนวทางการทำ EKG ที่ OPD เปลี่ยนจาก Print เป็นกดปุ่ม analyte เพื่ออ่านผลการแปลผลอัตโนมัติโดยเครื่อง EKG แทนและ Print EKG เฉพาะในรายที่มีการ Admit เท่านั้น

ระบบการ consult cardiologist ผ่านระบบ Line และ App cardio โดยให้แพทย์กำหนดประเด็นที่สำคัญในการ consult ที่กระชับและรวดเร็ว

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

หลังการทบทวนเหตุการณ์และดำเนินการตั้งแต่ เดือนมีนาคม ๒๕๖๕ ถึง กรกฎาคม ๒๕๖๕

- ผู้ป่วยกลุ่มเจ็บอก AMI ได้รับการประเมิน รักษาเหมาะสม ไม่พบผู้ป่วยทรุดลงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล
- แพทย์ พยาบาลมีความมั่นใจและสามารถแปลผล EKG ในกรณีผล EKG ผิดปกติได้
- แพทย์ พยาบาล ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดร้อยละ ๘๗.๕๐

บทเรียนที่ได้รับ

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิต ต้องมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการคัดกรอง การแก้ปัญหาและการประเมินผล การใช้เครื่องมือที่สามารถช่วยแปลผลการตรวจได้ การมีระบบการ consult ที่สะดวกรวดเร็ว ทำให้ทีมแพทย์ พยาบาล ประเมินตัดสินใจทำการดูแลรักษาได้สะดวกรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น และควรพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยการใช้วงจรคุณภาพ การประชุม การปรึกษา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการฝึกอบรม

การติดต่อกับทีมงาน

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ นางระวีวรรณ วิชา โรงพยาบาลท่าวังผา โทร. ๐๘๗- ๔๕๒๑๔๔๘

การพัฒนาการรับและจ่ายเลือด ของงานธนาคารเลือด โรงพยาบาลท่าวังผา

นภากาศ ฝายนันทะ, พิลาสลักษณ์ นาคอภิไชย, วรายุทธ ฤทธา, เบญจมาศ คำหว่าง,
จรรยา ดวงธิ, ชูชาติ เนตรวีระ, คณินนิต ดวงธิ
งานธนาคารเลือด กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลท่าวังผา

คำสำคัญ : การรับเลือด, การจ่ายเลือด, โปรแกรม Blood Bank

สรุปผลงานโดยย่อ

การนำโปรแกรม Blood Bank เข้ามาช่วยในการลงทะเบียนเลือดทำให้การจัดการเลือดในคลังเลือดเป็นระบบมากขึ้น สามารถบันทึกการรับและจ่ายเลือดที่มีรายละเอียดครบถ้วน มีใบคลังเลือดระบุผลการทดสอบที่ชัดเจน เมื่อมีการเบิกจ่ายเลือดโปรแกรมจะคำนวณเลือดคงเหลือที่พร้อมใช้งานให้ใหม่และสามารถตรวจสอบเลือดที่ใกล้หมดอายุได้จากแถบสีที่แจ้งเตือนเพื่อวางแผนบริหารจัดการจัดการเลือดต่อไป

เป้าหมาย

๑. เพื่อเก็บประวัติการรับเลือดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าวังผา
๒. เพื่อพัฒนาระบบรับเลือดเข้าคลัง และจ่ายเลือดไปยังหอผู้ป่วยต่างๆ
๓. เพื่อจัดการระบบยืม คืน และแลกเปลี่ยน เลือดจาก รพ.ใกล้เคียง
๔. เพื่อติดตามจำนวนเลือดคงเหลือ และเลือดใกล้หมดอายุ
๕. เก็บสถิติการใช้เลือด

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

เนื่องจากปัจจุบัน โรงพยาบาลท่าวังผา มีผู้ป่วยที่ต้องการรับเลือดจำนวนมาก จึงต้องมีการบริหารจัดการเพื่อสำรองเลือดให้มีเพียงพอ แต่ธนาคารเลือดยังไม่มีระบบการจัดการเลือดและการบันทึกประวัติการรับเลือดของผู้ป่วยที่ดี จึงไม่สามารถตรวจสอบประวัติการรับเลือดย้อนหลัง เช่น หมู่เลือด, การทดสอบความเข้ากันของเลือด เป็นต้น ทำให้ไม่ทราบข้อมูลของผู้ป่วย อีกทั้งเกิดความผิดพลาดขึ้นจากการลงข้อมูลด้วยมือ อีกทั้งยังไม่มี การบันทึกการยืม คืน หรือแลกเปลี่ยนเลือดที่ชัดเจน ส่งผลให้ไม่สามารถตรวจสอบจำนวนเลือดคงเหลือในคลังได้ถูกต้อง และเมื่อมีเลือดใกล้หมดอายุ ไม่สามารถนำไปแลกเปลี่ยนได้ทัน

กิจกรรมการพัฒนา :

๑. งานธนาคารเลือด ได้นำโปรแกรม Blood Bank เข้ามาช่วยในการลงทะเบียนเลือดที่เบิกเลือดจาก ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลน่าน โดยโปรแกรมจะบันทึกรายละเอียดต่างๆของเลือดผ่านระบบบาร์โค้ด เพื่อความสะดวกในการทำงาน

๒. เมื่อมีการขอเลือดจากหอผู้ป่วยต่างๆ โปรแกรมสามารถดึงข้อมูลประวัติการเติมเลือดของผู้ป่วยที่จองเลือดได้ และหลังจากที่เลือดถูกทำการทดสอบความเข้ากันเสร็จแล้ว เจ้าหน้าที่จะนำผลการทดสอบของถุงเลือดที่ผ่านแล้ว บันทึกลงในโปรแกรม สามารถป้อนรายละเอียดผลการทดสอบ ติดใบคลังเลือดและถุงเลือดพร้อมจ่ายเพื่อลดความผิดพลาดในการลงข้อมูลด้วยมือ

๓. เมื่อจ่ายเลือดแล้ว โปรแกรมจะตัดรายการเลือดถ่วงน้ำหนักไปสู่อุณหภูมิแล้ว โปรแกรมจะคำนวณเลือดคงเหลือที่พร้อมใช้งานใหม่ ทำให้ทราบยอดคงคลังของเลือดที่เหลือเพื่อบริหารจัดการต่อไป

๔. เลือดที่ใกล้หมดอายุจะมีการเตือนขึ้นแถบสี ให้นำแสดงรายการเลือดคงเหลือ (สีเหลืองและสีแดง หมายถึง ใกล้หมดภายใน ๗ วัน และ ๓ วัน ตามลำดับ)

๕. เมื่อมีการยืม คืน หรือแลกเปลี่ยนเลือดจาก รพ.ใกล้เคียง เจ้าหน้าที่จะทำการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม เพื่อตัดยอดคงคลัง สามารถดึงข้อมูลบันทึกการใช้เลือดมาเป็นสถิติสำหรับการสำรองเลือดในครั้งต่อไป เพื่อให้มีเลือดเพียงพอต่อการใช้งาน

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

๑. มีประวัติการรับเลือดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าวังผา
๒. ระบบการรับ-จ่ายเลือด มีการบันทึกข้อมูลที่ต้องการและครบถ้วนสามารถตรวจสอบได้
๓. สามารถดึงสถิติการใช้เลือดในหอผู้ป่วยต่างๆ สถิติการยืม คืน แลกเปลี่ยนเลือดจาก รพ.ใกล้เคียงได้
๔. แลกเปลี่ยนเลือดทันเวลา ไม่มีเลือดหมดอายุ

บทเรียนที่ได้รับ

การนำโปรแกรม Blood Bank มาใช้พัฒนาระบบการรับ-จ่ายเลือด บันทึกข้อมูลต่างๆ ได้อย่างครบถ้วนสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ง่าย มีความสะดวกในการทำงาน แต่ถึงอย่างไรผู้ปฏิบัติงานจะต้องตรวจสอบความถูกต้องซ้ำอีกครั้งก่อนเสมอ

การติดต่อกับทีมงาน

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ นางเบญจมาศ คำหวาง ชี้องค์กร รพ.ท่าวังผา ที่อยู่ ๘๔ ม.๑ ต.ท่าวังผา จ.น่าน โทรศัพท์ ๐๘๙-๒๘๑๒๕๑๙ email doramon_lovelydoll@hotmail.com



การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินระบบทางเดินหายใจ ในสถานการณ์โควิด ๑๙
ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าวังผา
(Respiratory Care in New Normal care)

ปัทิตตา อภิวิชญ์ภาคิน, ชัยพันธ์ วิชา, บุชบา เสนนันตา, เปรมประภา ก่อทรัพย์อนันต์,
พัฒนัณษา ปาละ, กัญฐิกา พรหมโน, อาริรัตน์ ธรรมพันธุ์, ชฎานันท์ ไชยทะมาต
หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลท่าวังผา

คำสำคัญ : New Normal , COVID - ๑๙ , ๒P safety

สรุปผลงานโดยย่อ

หน่วยงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลท่าวังผา มีระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินระบบทางเดินหายใจรูปแบบใหม่ในสถานการณ์ COVID ๑๙ ที่ครอบคลุมตั้งแต่ โครงสร้าง (Structure) บุคลากร (Staff) และระบบ (System) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤตฉุกเฉิน และบุคลากรที่ให้บริการรักษามีความปลอดภัยจากการติดเชื้อในขณะที่ให้บริการ ผลการตรวจ RT PCR for covid- ๑๙ : not detected

เป้าหมาย

- มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเดินหายใจให้เป็นการดูแลในรูปแบบใหม่ ๑๐๐%
- เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินปลอดภัยจากการติดเชื้อ COVID ๑๙ จากการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID ๑๙ ระบบที่มีการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน เกี่ยวกับโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าวังผา เดิมมีการแยกการดูแลโรคระบบทางเดินหายใจ เฉพาะโรคโควิด และโรคสุกใส โดยให้ทำการตรวจรักษาที่ห้องแยกโรคหน้าห้อง ER การพ่นยาขยายหลอดลมยังทำในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน อุปกรณ์พ่นยาไม่มีตัวกรองอากาศ (Hepafilter) แนวทางการทำหัตถการสำหรับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินระบบทางเดินหายใจยังไม่ชัดเจน เช่น แนวทางการคัดแยก แนวทางการแต่งกายสำหรับทำหัตถการ (PPE) ไม่มีแนวทางการทำหัตถการฉุกเฉินระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ COVID ๑๙ ทางหน่วยงานจึงได้จัดทำ ระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินระบบทางเดินหายใจรูปแบบใหม่ในสถานการณ์ COVID ๑๙ ที่ครอบคลุมตั้งแต่ โครงสร้าง (Structure) บุคลากร (Staff) และระบบ (System) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤตฉุกเฉินและบุคลากรที่ให้บริการรักษามีความปลอดภัยจากการติดเชื้อในขณะที่ให้บริการ

กิจกรรมการพัฒนา

๑ Structure

- การปรับปรุงห้องแยกโรคหน้าห้อง ER ให้ถูกต้องตามมาตรฐาน ระบบการไหลเวียนอากาศในห้องแยกโรค การจัดพื้นที่ใช้สอย Unit ในห้องแยกโรค

การจัดพื้นที่ พ่นยา Nebulizer ทุกสาย ๑. ในห้องแยกโรคหน้าห้อง ER จำนวน ๒ จุด ๒. หน้าห้องแยกโรค ๑ จุด รวม ๓ จุด

กรณีทำหัตถการ ON ETT ที่มีเข้าข่าย PUI ให้ทำที่ห้องแยกโรคหน้าห้อง ER

- การปรับปรุงระบบการไหลเวียนอากาศและการกำหนดประเภทผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ห้อง CPR

- การจัดหาชุด Hepa filter สำหรับต่อชุดพ่นยาขยายหลอดลม (Nebulizer) และต่อกับ

endotracheal tube

- การจัด PPE level ต่างๆ ไว้ให้เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงในการทำหัตถการ แบ่งเป็น ระดับเสี่ยงสูงมาก เสี่ยงสูง เสี่ยงปานกลาง

- นำข้อมูลประเภทผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่มาจากพื้นที่เสี่ยงตามประกาศของ ศคช. แจ้งให้ทีม ER ทราบ

๒ System

- กำหนดแนวทางการคัดแยกและการจัดระบบการให้บริการผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจสำหรับ ER

+ คัดแยกผู้ป่วยที่จุดคัดแยกหน้า ER ถ้าเสี่ยงต่อระบบทางเดินหายใจและเป็นผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ ER . ตรวจรักษาที่ห้องแยกโรคหน้า ER

+ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการใส่ท่อทางเดินหายใจที่มีความเสี่ยงโรค COVID-๑๙ ทำหัตถการที่ห้องแยกโรค ER และใส่ PPE ตามระดับความเสี่ยง

+ ผู้ป่วย ON EET หรือ on ICD ที่ประวัติไม่มีความเสี่ยง COVID - ๑๙ ทำหัตถการที่ห้อง CPR และใส่ PPE ตามระดับความเสี่ยง

- การจัดทำแนวทางการแต่งชุด PPE ตามประเภทความเสี่ยงของการทำหัตถการ

- การทำหัตถการพ่นยา Nebulizer ให้ทำหัตถการที่ห้องแยกโรคหน้า ER จำนวนที่รองรับได้ ๓ จุด

๓ Staff

- เรียนรู้การใช้อุปกรณ์ชุดพ่น Nebulizer ที่ต่อชุด Hepafilter

- อบรมเชิงปฏิบัติการ การสวมใส่ PPE และถอดชุด PPE อย่างถูกต้อง

การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

๑. มีพื้นที่รองรับสำหรับผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจวิกฤตโดยเฉพาะไว้ที่ห้องแยกหน้าห้องฉุกเฉิน รวมทั้งจัดเครื่องมือให้พร้อมใช้

๒. มีการติดตั้งระบบกรองอากาศคุณภาพสูง HEPA Filter (high Efficiency Particulate Air)

๓. มีชุดพ่นยาขยายหลอดลมที่ต่อชุด Hepafilter สำหรับผู้ป่วยโรกระบบทางเดินหายใจทุกรายที่มีการพ่นยาขยายหลอดลม

๔. มีระบบการคัดแยกผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจและการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจที่ ER

๕. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ER มีความเข้าใจในระบบและการใช้ PPE ในการบริการตรวจรักษาผู้ป่วยระบบ

ทางเดินหายใจในหน่วยงาน ER

๖. เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ER ในการบริการตรวจรักษาผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจปลอดภัยจากการติดเชื้อ COVID ๑๙ ผลการตรวจ RT PCR for covid -๑๙ non detected

บทเรียนที่ได้รับ

- บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีการยอมรับ ปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจในรูปแบบใหม่
- ผู้ป่วยยอมรับการเปลี่ยนแปลง ให้ความร่วมมือในการรักษาตามแนวปฏิบัติรูปแบบใหม่
- การจัดระบบบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจที่ครอบคลุมตั้งแต่ ระบบ (System) บุคลากร (Staff) โครงสร้าง (Structure) ทำให้บุคลากรมีความมั่นใจในความปลอดภัยจากการปฏิบัติงานการ ให้บริการผู้ป่วย

การติดต่อกับทีมงาน

นางปัทมา อภิวิชญ์ภาคิน

กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลท่าวังผา โทร ๐๕๔-๐๕๙๖๖๖ ต่อ ๑๐๙

e mail : pakwan ๒๕๑๑@gmail.com



การส่งเสริมและพัฒนาระบบการจ่ายยาสมุนไพรในเขตบริการสุขภาพ อำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดน่าน

นางสาว พัทธ์พีไล ไชยเพียร

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลท่าวังผา

คำสำคัญ : ยาสมุนไพร

สรุปผลงานโดยย่อ

กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลท่าวังผา ได้เปิดให้บริการอย่างเต็มรูปแบบ โดยมีแพทย์แผนไทยเข้ามาพัฒนาระบบการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ทั้งด้านการผดุงครรภ์ไทย การนวดไทย เวชกรรมไทยและเภสัชกรรมไทย จากตัวชี้วัดปี ๒๕๖๔ พบว่า ร้อยละมูลค่าของการจ่ายยาสมุนไพรในโรงพยาบาลอยู่ที่ ๑.๒๗ ซึ่งถือว่าปริมาณการใช้ยาสมุนไพรมีน้อย สัดส่วนการใช้ยาสมุนไพรยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อเทียบกับปริมาณจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการโรงพยาบาลท่าวังผา และพบว่าปัญหาดังกล่าวเกิดจากหลายปัจจัย อาทิเช่น ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักที่มีอยู่ในโรงพยาบาลมีอย่างจำกัด ,ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร และประชาชนยังเข้าไม่ถึงการบริการและการใช้ยาสมุนไพรที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ในเขตบริการสุขภาพอำเภอบำเหน็จณรงค์

จากการส่งเสริมและพัฒนาระบบการจ่ายยาสมุนไพรในคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาล ท่าวังผา ในช่วง ๓ ไตรมาสของปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบว่า ร้อยละมูลค่าการจ่ายยาสมุนไพรในโรงพยาบาลท่าวังผา เพิ่มขึ้นจากเดิม เป็น ๑.๙๐ และมีการกระจายยาสมุนไพรไปทุกพื้นที่ในหน่วยบริการสุขภาพอำเภอบำเหน็จณรงค์ ประชาชนสามารถเข้าถึงยาสมุนไพรสำหรับใช้ในการดูแลสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ถูกต้องและปลอดภัย

เป้าหมาย :

- เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดน่าน
- เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาสมุนไพรสำหรับใช้ในการดูแลสุขภาพได้อย่างทั่วถึง

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ : จากตัวชี้วัดข้อมูลการจ่ายยาสมุนไพรในปี ๒๕๖๔ พบว่า ร้อยละมูลค่าของการจ่ายยาสมุนไพรในโรงพยาบาลท่าวังผาเท่ากับ ๑.๒๗ ซึ่งถือว่าน้อย เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ การวิเคราะห์ปัญหาเบื้องต้น พบว่า ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักที่มีอยู่ในโรงพยาบาลมีจำกัด แพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ยังขาดความรู้ในเรื่องยาสมุนไพร รวมถึงผลข้างเคียง และข้อควรระวังในการใช้ยาสมุนไพร งานวิจัยที่สนับสนุนงานวิชาการยังมีน้อย ทำให้บุคลากรไม่มีความมั่นใจในการสั่งจ่าย และประชาชนยังเข้าไม่ถึงการบริการและการใช้ยาสมุนไพรที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ในเขตบริการสุขภาพอำเภอบำเหน็จณรงค์

กิจกรรมการพัฒนา :

กิจกรรมการพัฒนา	ผลของการจัดกิจกรรมพัฒนา	ปัญหาและอุปสรรค
<p>๑. ประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลการบริการ และข้อมูลการใช้ ยาสมุนไพรแก่ผู้มารับบริการในโรงพยาบาล</p> <p>๒. จัดทำแนวทางการเข้ารับบริการแพทย์แผนไทย และการจ่ายยาสมุนไพรในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจถึงขั้นตอนการให้บริการ และสามารถเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว</p> <p>๓.อบรมให้ความรู้เรื่องการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน และการใช้ยาสมุนไพรในสถานพยาบาล แก่ อสม. ผู้นำชุมชน และ สหวิชาชีพ เพื่อกระจายความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรอย่างถูกต้อง ปลอดภัย</p> <p>๓.ขอรับการสนับสนุนยาสมุนไพรจากโครงการพัฒนาการกระจายยาสมุนไพรในเขตบริการสุขภาพที่๑</p> <p>๔. กระจายยาสมุนไพรที่ได้รับจัดสรรให้แก่หน่วยบริการสุขภาพทั้งหมด ๑๗ หน่วยในเขตพื้นที่บริการสุขภาพอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน</p>	<p>๑. ร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร ในปี ๒๕๖๕ เพิ่มขึ้นจากเดิม ๑.๒๗ เป็น ๑.๙๐</p> <p>๒. ประชาชนในพื้นที่อำเภอท่าวังผา รู้จักแพทย์แผนไทยและรู้จักการนำสมุนไพรในท้องถิ่น มาใช้ดูแลตนเองและคนใกล้ชิด</p> <p>๓. อสม.มีความรู้เรื่องการใช้สมุนไพร</p> <p>ในงานสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ในการรักษาอาการเบื้องต้นให้กับตนเองและประชาชนในชุมชน อีกทั้งมีความรู้เรื่องยาสมุนไพรในโรงพยาบาล สามารถให้ คำแนะนำการใช้ยาสมุนไพร หรือแนะนำให้ มาพบแพทย์แผน ไทยได้</p> <p>๔. ได้รับการจัดสรรยาสมุนไพรจากโครงการมาทั้งหมด ๒๐ รายการ ทำให้กระจายไปยังหน่วยบริการได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ๑๗ หน่วยบริการ</p>	<p>๑.ร้อยละมูลค่าของการจ่ายยาสมุนไพร ในรพ. ยังน้อย</p> <p>๒.ประชาชนยังขาดความรู้เรื่องการใช้ยาสมุนไพร</p> <p>๓.ประชาชนยังไม่เข้าถึงการบริการ และการใช้ยาสมุนไพรที่ครอบคลุม</p> <p>๓.บุคลากรทางการแพทย์ขาดความมั่นใจในเรื่องการจ่ายยาสมุนไพรให้กับประชาชนผู้มารับบริการ</p>

บทเรียนที่ได้รับ

จากการส่งเสริมและพัฒนาระบบการจ่ายยาสมุนไพรในคลินิกแพทย์แผนไทย พบว่า ประชาชนมีความสนใจการใช้ยาสมุนไพร แต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาสมุนไพร ยาสมุนไพรที่ได้รับจัดสรรมา บางพื้นที่มีปริมาณความต้องการใช้ที่ไม่เท่ากัน ทำให้ยาบางตัวใกล้หมดอายุ และทีมผู้พัฒนายังขาดแนวทางการปฏิบัติ การส่งต่อและการติดตามประเมินผล การใช้ยาสมุนไพรของประชาชนผู้มารับบริการ

การติดต่อกับทีมงาน

นางสาว พักตร์พีไล ไชยเพียร เบอร์โทรฯ ๐๘๘-๒๒๖๔๐๒๖ e-mail: bbeerpugpilai@gmail.com

การพัฒนาระบบการจัดเก็บและการจัดเตรียมเอกสาร กลุ่มงานการพยาบาล

ภาวิณี ไตรจะโปะ, รัตนาภรณ์ คำยวง, พัฒนา อำชำ
และนางสมศรียาวิไชย
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าวังผา

คำสำคัญ : ระบบเอกสาร LEAN

สรุปผลงานโดยย่อ

กลุ่มงานการพยาบาลต้องการพัฒนาระบบการจัดเก็บและการจัดเตรียมเอกสาร ได้ใช้แนวคิด LEAN วิเคราะห์ตาม DOWNTIME สร้างระบบให้เอื้อต่อการจัดเก็บ การสืบค้น เอกสารลดการผลิตเอกสาร พบว่าผ่านการประเมินระบบ ๕ ส. การรายงานความเสี่ยงประเด็นดังกล่าวลดลง ลดการใช้ทรัพยากร และบุคลากรพึงพอใจในระดับดีมากร้อยละ ๘๕

เป้าหมาย

เพื่อพัฒนาระบบการจัดเก็บและการจัดเตรียมเอกสาร กลุ่มงานการพยาบาล ให้เป็นหมวดหมู่ ง่ายต่อการสืบค้นและลดการผลิตเอกสารที่ไม่จำเป็น

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

กลุ่มงานการพยาบาล มีเอกสารที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ทั้งเอกสารสำคัญ และเอกสารทั่วไป ทำให้การจัดเก็บ การสืบค้น ต้องให้เวลานาน บางครั้งเกิดเอกสารสูญหาย หรือหาพบเมื่อเลยระยะเวลาการใช้งาน ส่งผลให้เสียเวลาการค้นหาเอกสารจากแหล่งอื่นใหม่ เกิดการเสียโอกาสในเรื่องที่สำคัญ และได้รับรายงานความเสี่ยงจากประเด็นดังกล่าว จำนวน ๘ ครั้ง มีระดับความรุนแรงมาก ๑ ครั้ง ในปี ๒๕๖๔ และมีการผลิตเอกสารเกินความจำเป็น มีเอกสารกองที่ห้องกลุ่มงานการพยาบาลจำนวนมาก ไม่ผ่านการประเมิน ๕ ส. คณะผู้จัดทำจึงมีความต้องการที่จะพัฒนาระบบการจัดเก็บเอกสารให้เป็นระบบ สืบค้นง่าย ไม่สูญหาย และสามารถใช้งานได้เมื่อมีความต้องการ และลดการผลิตเอกสารเกินความจำเป็น

กิจกรรมการพัฒนา

- ๑ ทบทวนปัญหาที่พบร่วมกับทีม หัวหน้างานกลุ่มงานการพยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้อง
- ๒ วางแผนการดำเนินการเป็น ๓ ระยะดังนี้

๒.๑ ระยะเตรียมการ (มกราคม ๒๕๖๕) ได้สืบค้นวิธีการจัดการระบบเอกสาร โดยใช้แนวคิด LEAN เป็นการบริหารจัดการเพื่อลดขั้นตอน ขจัดความสูญเปล่า และเอื้ออำนวยให้การทำงานสะดวกขึ้น วิเคราะห์ตาม DOWNTIME ดังนี้

D (Defect) : จำแนกประเภทเอกสารที่สำคัญ (ต้องเก็บตลอดไป) เอกสารตามหมวดหมู่ เอกสารทั่วไป ตามเดือน ปี ของเอกสาร โดยมีการจัดทำ สารบัญแฟ้มเอกสารที่ระบุไว้ในแฟ้มประกอบด้วยเอกสารประเภทใดบ้าง ช่วงระยะเวลาของเอกสาร

O (Overproduction) : สะสมเอกสารที่หมดอายุหรือไม่ใช้งานแล้ว โยการพิจารณาของทีม นำไปทำเป็นเอกสาร recycle (ทั้งนี้ต้องเป็นเอกสารที่ไม่เกิดความเสียหายต่อทางราชการ)

W (Waiting) : กำหนดแนวทางในการจัดเก็บ และการสืบค้น และนำระบบ IT เข้ามาใช้ในการจัดเก็บรวบรวมเอกสาร ลดการใช้กระดาษให้มากที่สุด และใช้เป็นระบบสืบค้นสามารถสืบค้นได้ในเวลาที่รวดเร็ว

N (Non-utilized Talent) : นำข้อเสนอแนะของผู้รับผลงานเพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาเพิ่มเติม โดยมีการพัฒนาระบบการส่งเอกสารออกนอกหน่วยงานแบบดิจิทัล ซึ่งรวดเร็วและไม่สูญหาย

T (Transportation) : ลดการนำส่งเอกสารด้วยบุคคล โดยใช้วิธีการนำส่งแบบ IT ผ่านระบบไลน์/อีเมล

I (Inventory) : ลดการผลิตเอกสารที่มากเกินไปจนจำเป็น พยายามผลิตเอกสารที่สำคัญที่ต้องลงนามรวมทั้งการตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารก่อนผลิตทุกครั้ง เพื่อลดการสูญเสียมึกและกระดาษ

M (Motion) : ให้ข้อเสนอแนะเจ้าหน้าที่ใหม่ โดยการสร้างคู่มือในการจัดเก็บ สืบค้นเอกสาร ให้ทีมสามารถดำเนินการได้ตามแนวทางเดียวกัน

E (Excess Processing) : ลดขั้นตอนในการจัดเก็บและสืบค้นโดยใช้ ระบบ directory / IT มาช่วยงาน

๒.๒ ระยะเวลาดำเนินการ (กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม ๒๕๖๕) นำแนวทางลงสู่การปฏิบัติ มีการทบทวน PDCA เมื่อพบปัญหาปรับปรุงกระบวนการทำงานให้เกิดความสะดวก คล่องตัวยิ่งขึ้น หรือเมื่อพบว่ามีปัจจัยอื่นมาเกี่ยวข้องมีการพัฒนาระบบเพิ่มเติม

๒.๓ ระยะเวลาประเมินผลลัพธ์การดำเนินการ (มิถุนายน ๒๕๖๕) ได้ประเมินผลลัพธ์ ๓ ด้านคือ ด้านโครงสร้าง ด้านระบบ และด้านบุคลากร

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

๑ ด้านโครงสร้าง พบว่าห้องทำงานโล่ง สะอาด และมีเอกสารจัดเก็บไม่มาก ผ่านการตรวจประเมิน ๕ ส. ได้รับการชื่นชมจากผู้ที่เข้ามาติดต่อ

๒ ด้านระบบ พบว่ามีรายงานความเสี่ยง ๑ ครั้ง จากการจัดเก็บในระบบ IT ที่พิมพ์อักษรคลาดเคลื่อน ทำให้สืบค้นได้ช้ากว่าที่กำหนด ได้ปรับปรุงการทำงานแล้วพบว่าไม่มีรายงานความเสี่ยงดังกล่าว ไม่มีรายงานเอกสารสูญหาย หาไม่พบ และพบว่าการเบิกกระดาษในการพิมพ์งาน ลดลงจากปี ๒๕๖๔ ในช่วงเวลาเดียวกันร้อยละ ๕๐

๓ ด้านบุคลากร พบว่าทีมงาน และผู้ที่มาติดต่อประสานงาน (n=๒๒) ห้องกลุ่มงานการพยาบาล มีความพึงพอใจในระดับดีมาก ร้อยละ ๘๕ ระดับดี ร้อยละ ๑๕

บทเรียนที่ได้รับ

การมองปัญหาทุกประเด็นเป็นสิ่งที่สามารถแก้ไขได้ แต่ต้องลงมือทำ โดยการทำงานเป็นทีม

การติดต่อกับทีมงาน

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ นางสาวภาวิณี ไตรจะโปะ กลุ่มงานการพยาบาล โทร ๐๘๓-๖๐๙๓๕๗๑

Safety – Safe cost - Safe N๙๕

วาสนา ไชยเสน, ณัฐสิทธิ์ ค่อมสิงห์, วัชรินทร์ ตนะทิพย์ และจนท.ER
งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าม่วง

คำสำคัญ : N๙๕ , Mask , หน้ากากอนามัย , re used

สรุปผลงานโดยย่อ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือ ไวรัสโควิด-๑๙ ที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นแผนกที่ออกรับเหตุผู้ป่วย PUI / COVID ๑๙ และดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่างๆ ทำให้ความต้องการใช้ N๙๕ จำนวนมากขึ้นและโรงพยาบาลไม่สามารถจัดหาซื้อมาเพิ่มได้เพียงพอหากใช้ในการดูแลผู้ป่วย ๑ ครั้ง หรือ ๑ รายแล้วทิ้งเลย ทำให้ N ๙๕ ที่มีจำกัดไม่เพียงพอต่อการใช้ได้ จึงมีมาตรการการ re-used N๙๕ พบว่าได้ผลดี

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือ ไวรัสโควิด-๑๙ ที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก โควิด-๑๙ เป็นโรคติดต่อที่มีความรุนแรงสูงและสามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้อย่างรวดเร็ว ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ทำให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานหรือบุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่ต้องรักษาคนไข้ นั้น มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้ออยู่ตลอดเวลา จึงจำเป็นต้องสวมใส่หน้ากากอนามัย ชุดอุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัย (PPE : Personal Protective ซึ่งก็คือ อุปกรณ์ป้องกันและคุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลให้เป็นไปตามมาตรฐานหลักขององค์กรอนามัยโลก ทำให้ความต้องการใช้ N๙๕ จำนวนมากขึ้นแต่โรงพยาบาลไม่สามารถจัดหาซื้อมาเพิ่มได้

กิจกรรมการพัฒนา

๑. ประชุมในระบบ PCT และ IC เพื่อวางแผนการใช้ N๙๕ ให้ประหยัดน้อยที่สุด
๒. ปรับปรุงแนวทางการรับผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และโควิด ๑๙ โดยแยกระบบการจัดการผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เป็นเสี่ยงสูงมาก และกลุ่มเสี่ยงกลางที่ระบุให้ใช้ N ๙๕
๓. คำนวณการใช้ N๙๕ ที่ต้องใช้ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินปลอดภัยและประหยัดโดยให้เจ้าหน้าที่มีการ reuse N๙๕ โดยการใช้เครื่องอบยูวี อบN๙๕ หลังใช้เพื่อฆ่าเชื้อโรคและนำกลับมาใช้ซ้ำได้ ๕ ครั้งยกเว้นที่มีการสัมผัสสารคัดหลั่งหรือเปียกชื้นมากสามารถทิ้งได้เลย และให้ทุกคนมีการ tally จำนวนครั้งการใช้ติดกล่องเก็บทุกครั้ง
๔. ปรับปรุงวิธีการเบิก N๙๕ ตามจำนวนโควต้าที่ได้รับ ในกรณีมีผู้ใช้ N๙๕ เพิ่มเติมจากโควต้าที่ได้รับ ให้แนบรายชื่อผู้ป่วยที่ใช้ด้วย

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

อัตราการใช้ N๙๕ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินลดลง

รายการ	มค.๖๓	กพ.๖๓	มีค.๖๓	เมย.๖๓	พค.๖๓-ตค ๖๔
อัตราการใช้ N๙๕ (ขึ้น)	๕๐	๔๐	๓๐	๒๐	๑๐/เดือน

- อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติด COVID ๑๙ จากการปฏิบัติงาน ตั้งแต่กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ - มิถุนายน ๒๕๖๓ ๒๒ คน ไม่มีรายงานการติดเชื้อ COVID - ๑๙ ,ปี ๒๕๖๔ ไม่มีรายงานการติดเชื้อ COVID - ๑๙ คน

บทเรียนที่ได้รับ

การบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เพียงพอ

การติดต่อกับทีมงาน

นางวาสนา ไชยเสน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้

ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลท่าวังผา จ. น่าน โทร.๑๐๙



การพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อม คลินิกโรคไตเรื้อรัง ในช่วงภาวะวิกฤต โรคระบาดCovid-๑๙

สุกฤตา สุวรรณเลิศ
งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าม่วง

คำสำคัญ : โรคไตเรื้อรัง , รูปแบบการชะลอไตเสื่อม

สรุปผลงานโดยย่อ

ในปัจจุบันโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease : CKD) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของโลก รวมถึงประเทศไทย ถ้าหากไม่สามารถชะลอการเสื่อมของไตได้เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หาย จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมากโดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคหรือไตวายระยะสุดท้าย(end stage renal disease ESRD) จากการทบทวนการให้บริการคลินิกโรคไตเรื้อรังในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ของโรงพยาบาลท่าม่วง ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ พบร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr คิดเป็นร้อยละ ๖๕.๙๙, ๗๕.๑๒ และ ๕๕.๓๘ ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลงและต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๖)

โรงพยาบาลท่าม่วงจังหวัดน่านจึงได้พัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อม ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ตามเป้าหมาย เพราะถ้าไม่สามารถชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตได้ ก็จะทำให้กลายเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยมีการรักษาที่ยุ่งยากและมีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ซึ่งได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา

เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr ได้ตามเป้าหมาย (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๖)

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

๑. การตรวจ creatinine, UMA ยังไม่ครอบคลุม จากสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ที่ต้องลดความแออัดของผู้ป่วยในสถานพยาบาลทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับยาที่บ้านทำให้ต้องเลื่อนนัดออกไป ทำให้การตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่ครบ
๒. ผู้ป่วยมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ

กิจกรรมการพัฒนา

๑. ทบทวนตัวชี้วัดในทีม NCD เพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของการชะลอไตเสื่อมไม่ได้ตามเป้าหมายและร่วมวางระบบดำเนินงาน

๒. คัดกรองผู้ป่วย NCD ให้ครอบคลุม และนัดติดตามดู Cr,UMA ให้ได้อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง โดยเพิ่ม Pop up การตรวจติดตามให้ครบ และติดตามการขาดนัดอย่างต่อเนื่อง

๓. ปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาตามระยะของโรคไตเรื้อรัง เพิ่มการเข้าถึง CKD Clinic โดยใช้สมุดร่วมกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

๔. พัฒนาศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพให้มีส่วนร่วมในการดูแล เกสซ์กรเพิ่ม Pop up แจกเตือนขนาดยาที่เหมาะสมกับไตให้ครอบคลุม ให้ความรู้การใช้ยากับผู้ป่วยและญาติ

๕. พัฒนาระบบบริการเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังดูแลตนเองได้ (Self-mamagement) โดยใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ (Motivation interview) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

๖. ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-๑๙ ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้ตามการนัดหมายผู้รับผิดชอบ ได้มีการติดตามการดูแลตนเองที่บ้านทางโทรศัพท์ ไลน์ เยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้มีความตระหนักในการดูแลตนเอง

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๖

ผลลัพธ์	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ			
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
อัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr	ร้อยละ	๖๕.๙๙	๗๕.๑๒	๕๕.๓๘	๓๗.๗๙

ปัจจุบันสถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด ๒๐๑๙ มีแนวโน้มลดลงมากแล้ว ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถเข้าถึงการบริการที่ CKD Clinic ได้เกือบปกติ ทำให้มีแนวโน้มการในการชะลอไตเสื่อมที่ดีขึ้น

บทเรียนที่ได้รับ

ความเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย ผู้ป่วยจะต้องมีขวัญและกำลังใจที่ดีในการรักษา การได้พูดคุยทำกลุ่มในคลินิกทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดีและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน จึงจะส่งผลให้การรักษาประสบความสำเร็จ การสร้างความเข้าใจกับสภาวะของโรคที่เป็นอยู่ ตลอดจนการปรับทัศนคติต่อโรคให้เป็นในเชิงบวก จึงจะสามารถชะลอการเสื่อมของไตและใช้ชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขตามอัตรภาพของแต่ละคนต่อไป

การติดต่อกับทีมงาน

นางสุกฤตา สุวรรณเลิศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าม่วงฯ ต.ท่าม่วงฯ อ.ท่าม่วงฯ จ. น่าน
เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๑-๑๖๗-๗๕๔๒ , ๐๕๔-๐๕๙๖๖๖-๗๐ ต่อ ๑๒๖

การพัฒนาารูปแบบการให้บริการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำโมง
ตำบลผาตอ อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

สุมาลี อินไชย และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำโมง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำโมง

คำสำคัญ : การพัฒนาารูปแบบ , งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

สรุปผลงานโดยย่อ

พัฒนาการให้บริการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในคลินิกสุขภาพเด็กดี โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชน และมีการวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ จึงส่งผลให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ จากการที่ได้พัฒนาารูปแบบส่งผลให้ผู้ปกครองนำเด็กมารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น และความครอบคลุมเพิ่มขึ้น

เป้าหมาย

เพื่อพัฒนาารูปแบบการให้บริการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในคลินิกสุขภาพเด็กดี ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำโมง ตำบลผาตอ อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ให้ความสำคัญกับการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายสูงสุด และสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง แต่ทั้งนี้จากสภาพสังคมที่พบว่าเด็กอายุ ๐-๕ ปี ส่วนใหญ่ต้องอาศัยอยู่กับ ปู่ ย่า ตา ยาย เพราะพ่อแม่ไปทำงานต่างจังหวัด เพื่อหารายได้มาใช้จ่ายในครอบครัว และพบว่าผลที่ตามคือเด็กมารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำโมง ล่าช้า หรือไม่ได้รับวัคซีนครบถ้วนตามเกณฑ์ เนื่องจากผู้ปกครองลืมวันนัด ดังข้อมูลการมารับบริการในเดือน ตุลาคม ๒๕๖๓ – กันยายน ๒๕๖๔ คิดเป็นร้อยละ ๖๘.๘๙, ๖๗.๖๕ , ๗๘.๐๕ , ๘๓.๓๓ , ๕๖.๔๑ , ๘๐.๓๖ , ๖๑.๗๐ , ๗๐.๑๘ , ๗๒.๓๔ , ๖๔.๒๙ , ๗๐.๗๗ , ๖๑.๙๐ ตามลำดับ และความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดก็ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คิดเป็น ร้อยละ ๘๐.๒๔ (ที่มา : กลุ่มรายงานมาตรฐานสสจ.น่าน) ดังนั้นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำโมง จึงพัฒนาารูปแบบการให้บริการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในคลินิกสุขภาพเด็กดีขึ้น เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมารับบริการตามกำหนดครบถ้วนตามเกณฑ์

กิจกรรมการพัฒนา

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการให้บริการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในคลินิกสุขภาพเด็กดี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำโมง ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

สิ่งที่เปรียบเทียบ	รูปแบบเดิม	รูปแบบพัฒนา
๑.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	๑. ระบุวัน เวลา สถานที่ ประเภทวัคซีน ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ๒. มีหนังสือประชาสัมพันธ์รายชื่อกลุ่มเป้าหมายผ่านหอกระจายข่าวชุมชนประจำทุกเดือน เดือนละ ๒ ครั้ง ๓. ประชาสัมพันธ์รายชื่อกลุ่มเป้าหมายผ่านหอกระจายข่าวชุมชนทุกเดือน เดือนละ ๑ ครั้ง	๑. ระบุวัน เวลา สถานที่ ประเภทวัคซีน ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ๒. มีหนังสือประชาสัมพันธ์รายชื่อกลุ่มเป้าหมายผ่านหอกระจายข่าวชุมชนประจำทุกเดือน เดือนละ ๒ ครั้ง ๓. ประสานอสม. นำรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย แจ้งเป็นรายบุคคล ๔. กรณีกลุ่มเป้าหมายไม่มารับบริการตามนัด แจ้งอสม. ติดตาม ๕. กรณีคลอดใหม่หรือย้ายมาในเขตพื้นที่บริการให้ผู้ปกครองมาแจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อลงนัดรับบริการต่อเนื่อง
๒. ผู้ปกครอง	นำบุตรหลานมารับบริการตามนัด	๑. ตระหนักและให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค หมั่นตรวจสอบการนัดหมายอยู่เสมอ และนำบุตรหลานมารับบริการให้ตรงตามนัดหมายทุกครั้ง ๒. ผู้ปกครองให้ความสำคัญและใส่ใจในการแจ้งข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่
๓. ผู้นำชุมชน	ประชาสัมพันธ์รายชื่อกลุ่มเป้าหมายผ่านหอกระจายข่าวทุกเดือน เดือนละ ๑ ครั้ง	๑. ประชาสัมพันธ์รายชื่อกลุ่มเป้าหมายทุกเดือนซ้ำ ๒ ครั้ง ๒. กรณีไม่มาตามนัด รวบรวมรายชื่อให้ผู้นำชุมชนประชาสัมพันธ์ พร้อมกับกลุ่มเป้าหมายที่นัดให้บริการในเดือนถัดไปอีกครั้งให้ครบถ้วน
๔. อาสาสมัครสาธารณสุข		๑. นำรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย แจ้งให้ผู้ปกครองเด็กทราบเป็นรายบุคคล ๒. กระตุ้นเตือนผู้ปกครองเมื่อได้รับการประสานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการติดตามผู้ที่ไม่มารับบริการตามนัด ๓. กรณีมีเด็กคลอดใหม่หรือย้ายเข้ามาอาศัยอยู่ แจ้งผู้ปกครองให้นำเอกสารมาแจ้งกับเจ้าหน้าที่ฯ เพื่อลงนัดรับวัคซีน
๕. กระบวนการ	นัดหมายในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก	๑. นัดหมายในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กและลงนัดหมายในทะเบียนการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ๒. ตรวจสอบรายชื่อกลุ่มเป้าหมายในแต่ละเดือนรายหมู่บ้าน ๓. ประสานผู้นำชุมชนประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว ๔. ประชาสัมพันธ์ผ่านกลุ่มไลน์อสม. พร้อมทั้งส่งรายชื่อกลุ่มเป้าหมายให้อสม. แจ้งผู้ปกครองเด็กทราบเป็นรายบุคคล ๕. ติดตามกรณีกลุ่มเป้าหมายไม่มารับบริการตามนัด โดยประสานอสม. ๖. กรณีวัคซีน sing dose เช่น MMR จะประสานให้อสม. แจ้งผู้ปกครองนำบุตรหลานมาฉีดได้โดยไม่ต้องรอนัดในเดือนถัดไป



การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

เปรียบเทียบผลต่างการให้บริการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕

เดือนที่มา รับบริการ	การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในคลินิกสุขภาพเด็กดี ปี๒๕๖๔			การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในคลินิกสุขภาพเด็กดี ปี๒๕๖๕			ผลต่างร้อยละ ที่เพิ่มขึ้น
	เป้าหมาย ผู้มารับ บริการ	จำนวนผู้ มารับ บริการจริง	คิดเป็น ร้อยละ	เป้าหมายผู้ มารับ บริการ	จำนวนผู้ มารับ บริการจริง	คิดเป็น ร้อยละ	
	ตุลาคม	๔๕	๓๑	๖๘.๘๙	๗๒	๖๕	
พฤศจิกายน	๓๔	๒๓	๖๗.๖๕	๔๒	๓๗	๘๘.๑๐	๒๐.๔๕
ธันวาคม	๔๑	๓๒	๗๘.๐๕	๖๑	๕๖	๙๑.๘๐	๑๓.๗๕
มกราคม	๕๔	๔๕	๘๓.๓๓	๕๒	๔๗	๙๐.๓๘	๗.๐๕
กุมภาพันธ์	๓๙	๒๒	๕๖.๔๑	๕๖	๕๐	๘๙.๒๙	๓๒.๘๘
มีนาคม	๕๖	๔๕	๘๐.๓๖	๕๐	๔๒	๘๔.๐๐	๓.๖๔
เมษายน	๔๗	๒๙	๖๑.๗๐	๖๐	๕๑	๘๕.๐๐	๒๓.๓๐
พฤษภาคม	๕๗	๔๐	๗๐.๑๘	๖๕	๕๕	๘๔.๖๒	๑๔.๔๔
มิถุนายน	๔๗	๓๔	๗๒.๓๔	๖๓	๕๕	๘๗.๓๐	๑๔.๙๖
กรกฎาคม	๕๖	๓๖	๖๔.๒๙	๕๑	๔๔	๘๖.๒๗	๒๑.๙๘
สิงหาคม	๖๕	๔๖	๗๐.๗๗	-	-	-	-
กันยายน	๔๒	๒๖	๖๑.๙๐	-	-	-	-
รวม	๕๘๓	๔๐๙	๗๐.๑๕	๕๗๒	๕๐๒	๘๗.๗๖	๑๗.๖๑

เปรียบเทียบผลต่างความครอบคลุมการให้บริการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕

ประเภท วัคซีน	การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในคลินิกสุขภาพเด็กดี ปี ๒๕๖๔			การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในคลินิกสุขภาพเด็กดี ปี ๒๕๖๕			ผลต่าง ร้อยละที่ เพิ่มขึ้น
	เป้าหมาย	ผลงาน	คิดเป็นร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	คิดเป็นร้อยละ	
	BCG	๕๗	๕๗	๑๐๐	๕๔	๕๔	
DTP-HB+hib ครั้งที่ ๓	๕๗	๔๔	๗๗.๑๙	๕๔	๕๑	๙๔.๔๔	๑๗.๒๕
OPV ครั้งที่ ๓	๕๗	๔๔	๗๗.๑๙	๕๔	๕๑	๙๔.๔๔	๑๗.๒๕
IPV	๕๗	๔๔	๗๗.๑๙	๕๔	๕๑	๙๔.๔๔	๑๗.๒๕
Rota ครั้งที่๓ (Rotarix๒ , Rotateq๓)	๕๗	๓๘	๖๖.๖๗	๕๔	๔๗	๘๗.๐๔	๒๐.๓๗
DTP ครั้งที่ ๔	๕๓	๔๒	๗๙.๒๖	๕๘	๕๔	๙๓.๑๐	๑๓.๘๔
OPV ครั้งที่ ๔	๕๓	๔๒	๗๙.๒๖	๕๘	๕๔	๙๓.๑๐	๑๓.๘๔

MMRครั้งที่๒	๕๐	๔๑	๘๒.๐๐	๕๐	๕๐	๑๐๐.๐๐	๑๘.๐๐
LAJEครั้งที่๒	๕๐	๔๑	๘๒.๐๐	๕๐	๕๐	๑๐๐.๐๐	๑๘.๐๐
DTP ครั้งที่ ๕	๔๘	๓๙	๘๑.๒๕	๕๔	๕๓	๙๘.๑๕	๑๖.๙๐
OPV ครั้งที่ ๕	๔๘	๓๙	๘๑.๒๕	๕๔	๕๓	๙๘.๑๕	๑๖.๙๐
รวม	๕๘๗	๔๗๑	๘๐.๒๔	๕๙๔	๕๖๘	๙๕.๖๒	๑๕.๓๘

บทเรียนที่ได้รับ

การให้บริการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายสูงสุดนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือของชุมชน การสร้างทีมเครือข่าย มีการวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

การติดต่อกับทีมงาน

สุมาลี อินไชย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำโมง ตำบลผาตอ อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน
โทร.๐๘๓-๐๐๙๔๘๐๐ E-mail : leeyongje_baby@hotmail.com



การRefer STROKE FAST ภายใน ๓๐ นาที

เปรมประภา ก่อทรัพย์อนันต์ และคณะงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าม่วง

คำสำคัญ : STROKE FAST / Door to refer

สรุปผลงานโดยย่อ

เนื่องจากโรค STROKE เป็นโรคที่มีระยะเวลา Golden period ในการรักษาเฉพาะเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือ ความพิการที่จะเกิดขึ้น ในกลุ่มที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ต้องไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ นอกจากนี้จะให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์อาการเตือนของโรคที่ต้องรีบมาพบแพทย์ เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่ ERแล้ว การส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับรวดเร็วถือเป็นเรื่องสำคัญในผู้ป่วยโรคนี้ ซึ่งจากการนิเทศงานจากทีมจังหวัดได้กำหนดให้เวลาส่งต่อผู้ป่วย (Door to Refer) ของโรงพยาบาลท่าม่วง อยู่ที่ ๓๐ นาที

เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วย STROKE FAST ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและส่งต่อภายใน ๓๐ นาที (Door to Refer)

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

จากการเก็บข้อมูลการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย STROKE FAST ในช่วง ๒ ไตรมาสของปี ๒๕๖๕ พบว่า มีการส่งต่อผู้ป่วยภายใน ๓๐ นาทีได้น้อยลง จากสาเหตุ ๑. สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ พบว่า เจ้าหน้าที่และแพทย์ต้องเสียเวลาในการเปลี่ยนชุด PPE ก่อนเข้าไปให้บริการผู้ป่วยนานมากกว่า ๑๐ นาที พบ ๔ ราย ๒. อาการผู้ป่วยไม่ชัดเจน ไม่อ่อนแรงชัดเจนแต่เป็นอาการชาทั้งซีก ทำให้ผู้ป่วยถูกจัดให้รอตรวจตามคิว ไม่ได้เข้าระบบช่องทางฉุกเฉิน ๖ ราย ๓.ระบบในการบ่งชี้ภาวะฉุกเฉินเพื่อการได้รับ visit จากแพทย์ พบว่ามีผู้ป่วย STROKE รอ visit จากแพทย์นานเกิน ๑๐ นาที ๕ ราย เนื่องจากแพทย์กำลังตรวจผู้ป่วยรายอื่นอยู่

กิจกรรมการพัฒนา

- ๑.แยกประเภทผู้ป่วยในการให้บริการ คือ
 - ผู้ป่วย STROKE ที่มีการอาการติดเชื้อง่ายทางเดินหายใจร่วม ให้รับบริการที่ห้องแยกโรคหน้าER ถ้านำส่งโดย EMSให้แจ้งประวัติเสี่ยงหรืออาการก่อน และให้แพทย์พยาบาลใส่ชุดป้องกันตัวรอ รวมทั้งส่งต่อผู้ป่วยไปรพ. นานหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น STROKE
 - ให้ความรู้เจ้าหน้าที่จุดคัดกรองในการประเมินผู้ป่วยและเข้าระบบฉุกเฉินเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง
 - ลำดับผู้ป่วย stroke Fast track เป็นผู้ป่วย Triage Level ๑ , Level ๒ เพื่อให้ทีมได้ active หลังพบ ๑ รายที่ไม่ได้รับการตรวจทันทีเนื่องจากแพทย์ตรวจผู้ป่วย Trauma FAST อยู่
 - ๒. คั้นข้อมูลให้ทีมแพทย์ในกรณี Stroke Fast ที่มีอาการไม่ชัดและมีการส่งต่อล่าช้าเกิน ๓๐ นาที เพื่อปรับแนวทางให้มีการ consult ที่เร็วขึ้น

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

- Stroke : Dooe to erfer ผู้ป่วย Stroke Fast track ภายใน ๓๐ นาที

ตัวชี้วัด	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๕	๒๕๖๕
					Q๑	Q๒	Q๓
ร้อยละ STROKE FAST					๑๔.๒๙	๑๓.๓๔	๑๗.๔๖
ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและ ส่งต่อภายใน ๓๐ นาที	๕๐.๗๖	๖๐	๖๕	๖๓.๔			

บทเรียนที่ได้รับ

การให้บริการผู้ป่วยกลุ่มSTROKE FASTที่ต้องมีความรวดเร็วทันท่วงทีและให้บริการตลอด ๒๔ ชม. ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรค COVID ๑๙ อาการบ่งชี้ที่ไม่ได้อ่อนแรงชัดเจน ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องมีทักษะความรู้ ในการซักประวัติ การใส่อุปกรณ์ป้องกันตัวในการให้บริการมากขึ้น การสังเกตและตระหนักถึงภาวะผิดปกติของโรคเป็นสิ่งสำคัญมาก เพื่อแจ้งแพทย์ให้ตรวจรักษาและส่งต่อผู้ป่วยได้รวดเร็วทันเวลา

การติดต่อกับทีมงาน

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ เปรมประภา ก่อทรัพย์อนันต์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
Email : premprapa๐๒๑๗pp@gmail.com , ๐๘๑-๙๕๒๑๘๔๙



การลดระยะเวลาการรอคอยการให้บริการพนักงานเปลโรงพยาบาลท่าวังผา

นายวัชรินทร์ ตนะทิพย์ และคณะพนักงานศูนย์เปล
งานบริการศูนย์เปลโรงพยาบาลท่าวังผา

คำสำคัญ : การลดระยะเวลาการรอคอย การให้บริการพนักงานเปล

สรุปผลงานโดยย่อ

การให้บริการของพนักงานเปล เกี่ยวกับการให้บริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ผู้รับบริการตามอาการและความรุนแรงของผู้ป่วย ไปยังแผนกงานต่างๆ รวมถึงงานบริการอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย มีความไม่ทันเวลา ความไม่พร้อมให้บริการได้ทันที โดยเฉพาะในเวลาเร่งด่วนและมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการเคลื่อนย้ายจำนวนมากและมีการบริการงานอื่นๆ ในช่วงเวลาเดียวกัน ได้ทบทวนและมีการปรับปรุงระบบ ๑. การกำหนดบทบาทหน้าที่ (assignment) ของพนักงานเปลแต่ละตำแหน่ง ๒. การกำหนดเวลาการทำงานในแต่ละด้านด้านการบริการผู้ป่วยหรือบริการงานอื่นๆ ตามความเร่งด่วน ๓. ปรับปรุงระบบการสื่อสารระหว่างหน่วยงานที่ร้องขอไปยังพนักงานเปล ทำให้การบริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น ทีมพนักงานเปลมีความพร้อมในการให้บริการของงานพนักงานเปล ทำให้ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่พึงพอใจเพิ่มขึ้น

เป้าหมาย

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการการเคลื่อนย้ายจากพนักงานเปลได้รวดเร็วและทันเวลา
๒. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ ที่เรียกใช้บริการงานเปลได้รับบริการที่รวดเร็ว ทันเวลา

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

การให้บริการของพนักงานเปล เกี่ยวกับการให้บริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังแผนกงานต่างๆ รวมถึงงานบริการอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย มีความไม่ทันเวลา ความไม่พร้อมให้บริการได้ทันที โดยเฉพาะในเวลาเร่งด่วนและมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการเคลื่อนย้ายจำนวนมากและมีการบริการงานอื่นๆ ในช่วงเวลาเดียวกัน มีสาเหตุ ๑.การระบุบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน ขาดการสื่อสารและปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมายไม่ครบถ้วน ๒. การลำดับความสำคัญเร่งด่วนของงานไม่เหมาะสม ๓. ระบบการสื่อสาร ทั้งการสื่อสารกันในทีมและการสื่อสารที่ล่าช้า การสั่งการที่ซ้ำซ้อนของเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่มีการเรียกใช้บริการงานเปล

กิจกรรมการพัฒนา

ได้ดำเนินการพัฒนาแบบ PDCA

Plan: ได้ทำการทบทวนเหตุการณ์และวางแผนแก้ไข ดังนี้

๑. ทบทวน บทบาทหน้าที่และการมอบหมายงาน assignment ของพนักงานเปลแต่ละตำแหน่งให้ชัดเจน ทั้งบทบาทหน้าที่ การเตรียมพร้อมก่อนการทำงาน และการระบุบทบาทหน้าที่ลงในตารางการทำงาน เพื่อให้พนักงานเปลทราบหน้าที่ที่ในการปฏิบัติในแต่ละวัน

๒. ประชุมทีมมีการกำหนดลักษณะงานที่ปฏิบัติเพื่อกำหนดเวลา ระยะเวลาในการทำงานตามการลำดับความสำคัญเร่งด่วน เพื่อวางแผนการทำงานให้เหมาะสมกับความเร่งด่วน

๓. ระบบการสื่อสาร

๓.๑ การกำหนดให้มีการสื่อสารในทีมผ่านวิทยุสื่อสารภาคประชาชน (ว.แดง) เพื่อให้ทีมพนักงานเปลทราบถึงคิวลำดับการให้บริการ ทำให้ทราบกันในทีมพนักงานเปลและหน่วยงานที่ร้องขอการใช้บริการงานเปล

๓.๒ การคืนข้อมูลการส่งการที่เข้าซ้อนให้หน่วยงานทราบ เพื่อให้มีการส่งการเป็นระบบไม่ซ้ำซ้อน

Do: นำแนวทางที่กำหนดลงสู่การปฏิบัติ และมีการรับฟังปัญหาและเสียงสะท้อนจากการให้บริการของพนักงานเปล

Check: พบขาดการสื่อสารกันในทีมพนักงานเปลกับการบริการด้านหน้า ในขณะที่มีการให้บริการงานเปลของแต่ละคน ทำให้ขาดคนให้บริการงานเปลด้านหน้า และพบขาดการตอบสนองการให้บริการเนื่องจากไม่สามารถติดต่อกับพนักงานเปลแต่ละคนในขณะนั้นได้

Action:

๑. กำกับให้มีการสื่อสารผ่าน วิทยุ ว.แดง และจัดหาวิทยุ ว.แดง เพิ่มให้ครบหน่วยงาน IPD ER OPD และพนักงานเปลทุกคนที่ปฏิบัติงานในเวรนั้น

๒. ให้พนักงานเปลที่ให้บริการงานเปล ในหน่วยงานนั้นๆ ให้สอบถามเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนั้นถึง คิวลำดับหรือมีการใช้บริการงานเปลนั้นอีกหรือไม่ ก่อนที่พนักงานเปลจะกลับที่ตั้งของศูนย์เปล เพื่อให้ทำงานได้รวดเร็วขึ้นและผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น

๓. คืนข้อมูลที่มีการส่งการที่ซ้ำซ้อน เพื่อให้หน่วยงานนั้นทราบและลดการส่งการที่ซ้ำซ้อน

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

- ผู้ป่วยและผู้รับบริการ ได้รับบริการจากพนักงานเปลได้รวดเร็วขึ้นร้อยละ ๙๐.๕
- พยาบาลและหน่วยงานที่มีการเรียกใช้บริการงานเปล มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๗๘ ในเดือนตุลาคม ๒๕๖๔ เป็นร้อยละ ๘๐ ในเดือน ก.ค. ๒๕๖๕

บทเรียนที่ได้รับ

การปฏิบัติงานที่มีบุคคลที่ทำงานลักษณะเดียวกันหลายคน ให้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ การมอบหมายงาน การสื่อสารที่ชัดเจนและประชุมมอบหมายงานที่ชัดเจน ตลอดจนการกำกับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดจะทำให้ผลลัพธ์การปฏิบัติงานมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

การติดต่อกับทีมงาน

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ นายวัชรินทร์ ตนะทิพย์ โรงพยาบาลท่าวังผา โทร. ๐๕๔- ๐๕๙๖๖๖

ผลงาน KM



การพัฒนาารูปแบบการดูแลมารดาคลอดที่เป็น COVID - ๑๙ โรงพยาบาลท่าวังผา

พัฒนา อำชำ, ชิกุมล อินท่า, พชรพร มีบุญ, รัตนารณ์ คำยวง
งานห้องคลอด โรงพยาบาลท่าวังผา

ความเป็นมาและความสำคัญ

หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยคลอดมีภารกิจให้การดูแลรักษาพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์และทารกหลังคลอดทารก จากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID - ๑๙ ในช่วงปี๒๕๖๓เป็นต้นมา มีหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในการตรวจและการคลอด ที่โรงพยาบาลท่าวังผา จำนวน ๕๗ คน ในจำนวนนี้มีกลุ่มเสี่ยงต่อ COVID-๑๙ จำนวน ๑๑ คน และมีผู้ป่วยที่มีผลการตรวจยืนยันว่าเป็น COVID-๑๙ จำนวน ๓คน จำแนกเป็นผู้รับบริการฝากครรภ์จำนวน...๑๙..คน คลอดที่โรงพยาบาลท่าวังผา จำนวน ๓ คน และส่งต่อจำนวน ๑ คน พบปัญหาในการดำเนินการให้บริการ ได้แก่ ผู้รับบริการเกิดความวิตกกังวล และไม่เชื่อมั่น เกรงจะติดเชื้อ COVID - ๑๙ และมีผลต่อทารกในครรภ์ ไม่มาตามนัด มีความเสี่ยงต่อการดูแลทารกในครรภ์ ระบบบริการพบว่าแนวทางปฏิบัตินั้นยังไม่ครอบคลุมการคัดกรองและการดูแลมารดาที่คลอด ในส่วนของเจ้าหน้าที่ยังไม่มี ความมั่นใจในการให้บริการเนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ ตลอดจนความไม่พร้อมของอุปกรณ์และสถานที่

งานห้องคลอดโรงพยาบาลท่าวังผาจึงได้พัฒนารูปแบบแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เพื่อสร้างความมั่นใจให้เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ รวมทั้งเพื่อให้ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ปลอดภัยจาก COVID-๑๙

วัตถุประสงค์

- ๑ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ COVID-๑๙ ในหน่วยงานห้องคลอด
- ๒ เพื่อสร้างความมั่นใจในการให้บริการ แก่ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่

กระบวนการจัดการความรู้ (กลุ่มเป้าหมาย / วิธีการดำเนินการ)

๑ นำปัญหาที่พบเข้าประชุมหารือในที่ห้องคลอดร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมควบคุมป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ดังนี้

- ๑.๑ มีผู้รับบริการที่มาจากต่างจังหวัดเป็นจำนวนมาก และไม่ได้รับการคัดกรอง COVID-๑๙
- ๑.๒ ผู้รับบริการปกปิดข้อมูล เนื่องจากเกรงว่าจะไม่ได้รับบริการ
- ๑.๓ ยังไม่ได้มีระบบการคัดกรอง COVID -๑๙ ในผู้ที่มารับบริการที่ห้องคลอด
- ๑.๔ แนวทางในการดำเนินการในหน่วยงานห้องคลอดยังไม่ชัดเจน
- ๑.๕ ในช่วงแรกมีข้อจำกัดในการคลอด ไม่ให้มีการคลอดในโรงพยาบาลชุมชน ต้องส่งต่อไปที่

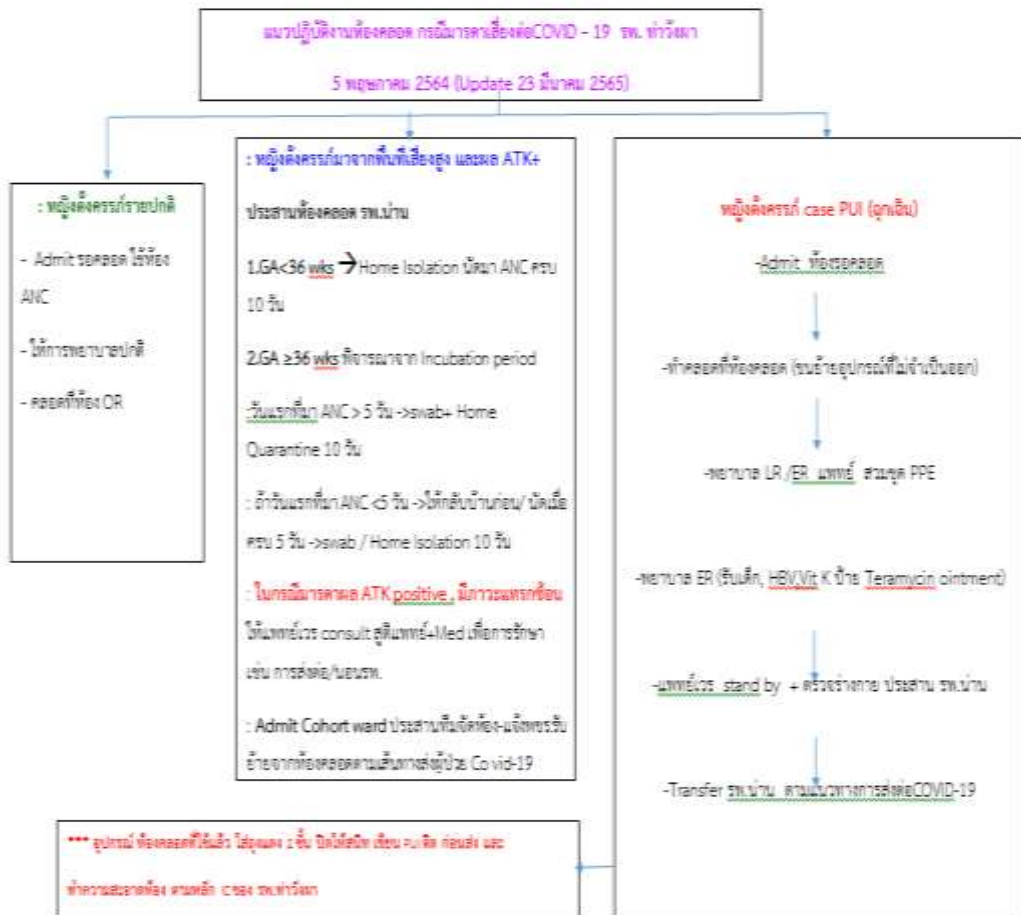
โรงพยาบาลน่านเท่านั้น

- ๑.๖ อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อยังไม่พร้อม ยังไม่มีชุด PAPR

๒ สร้างแนวทางการดำเนินการ การป้องกันและแพร่กระจายเชื้อ COVID-๑๙ ในหน่วยงานห้องคลอดตามหลัก ๓S (Staff, System , Structure)

	Structure	system	staff
กรณี เจ้าหน้าที่ สัมผัสใน เวร	<p>๑.สถานที่ห้องคลอดและห้อง รอกคลอด ทำความสะอาดด้วย ๐.๑%hypochlorite</p> <p>๒ อุปกรณ์ที่เป็นโลหะ หรือ อลูมิเนียมทำความสะอาดด้วย ๗๐% alcohol</p> <p>๓.ล้างแอร์และพัดลม</p> <p>๔.ผ้าฆ่าเชื้อ ส่งซักทันที</p> <p>๕.เปิดหน้าต่างเพื่อระบาย อากาศ ๓๐ นาที - ๑ ชม</p> <p>๖.ห้องน้ำล้างด้วยผงซักฟอก และล้างด้วย ๐.๕% hypochlorite</p>	<p>อัตรากำลังงานห้องคลอด มี ๕ คน พยาบาล ๔ คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ๑ คน</p> <p>เวรเช้า พยาบาล ๑ คน ผู้ช่วย ๑ คน</p> <p>เวรบ่าย พยาบาล ๑ คน</p> <p>เวรดึก ๑ คน</p> <p>กรณี จนท.ในเวรสัมผัสผู้ป่วย covid- ๑๙</p> <p>๑.จนท.สวมชุด PPE ตามกิจกรรม ความเสี่ยง</p> <p>-on IV ,NST ชุด PPE เสี่ยงปาน กลาง</p> <p>-กรณีทำคลอด สวมชุดPPE เสี่ยงสูง</p> <p>-กรณี refer รพ.น่าน สวมชุด PPE ตามระดับความเสี่ยงและปฏิบัติตาม แนวทางการส่งต่อจังหวัดน่าน</p> <p>๒. swab จนท.ทันที+กักตัว ๗ วัน ถ้า ผล + admit+Rx (รพ.ปัว/รพ. น่าน)</p> <p>ผล - กักตัวต่อจนครบ๑๔ วัน +swab ซ้ำครั้งที่ ๒ (Home Quarantine หรือสถานที่ รพ.จัดให้)</p>	<p>๑.แจ้งหัวหน้างาน LR (เพื่อรายงาน ผู้บังคับบัญชาตามลำดับ</p> <p>๒.จัดหาอัตรากำลังทดแทนในเวร ดังกล่าว จากหน่วยงานอื่นเสริม เช่น ER</p>
กรณี จนท. กักตัว ทั้งหมด	<p>๑.สถานที่ห้องคลอดและห้อง รอกคลอด ทำความสะอาดด้วย ๐.๑%hypochlorite</p> <p>๒ อุปกรณ์ที่เป็นโลหะ หรือ อลูมิเนียมทำความสะอาดด้วย ๗๐% alcohol</p> <p>๓.ล้างแอร์และพัดลม</p> <p>๔.ผ้าฆ่าเชื้อ ส่งซักทันที</p> <p>๕.เปิดหน้าต่างเพื่อระบาย อากาศ ๓๐ นาที - ๑ ชม</p> <p>๖.ห้องน้ำล้างด้วยผงซักฟอก และล้างด้วย ๐.๕% hypochlorite</p>	<p>อัตรากำลังงานห้องคลอด มี ๕ คน กรณี จนท.ในเวรสัมผัสผู้ป่วย covid- ๑๙</p> <p>swab จนท.ทันที+กักตัว ๗ วัน ถ้า ผล + admit+Rx (รพ.ปัว/รพ. น่าน)</p> <p>ผล - กักตัวต่อจนครบ๑๔ วัน +swab ซ้ำครั้งที่ ๒ (Home Quarantine หรือสถานที่ รพ.จัดให้)</p>	<p>๑.แจ้งหัวหน้างาน พยาบาลเพื่อ รายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับ</p> <p>๒.ปิดแผนกห้องคลอดและปิดป้าย ตามประกาศ ปิดห้องคลอด๑๔ วัน</p> <p>๓.ประสานองค์กรแพทย์(นพ.กุลพล โทร ๐๘๗-๕๖๗๙๒๐๗)เพื่อเตรียม รับกรณีมีคลอดฉุกเฉิน</p> <p>๔.ประสานหัวหน้างาน(คุณชัยพันธ์ วิชา โทร ๐๘๑-๗๒๔๑๙๐๖)เพื่อ รับทราบ แนวทางกรณีมีคลอด ฉุกเฉิน</p> <p>๕.ประสานห้องคลอด รพ.น่านและ รพ.ปัว เพื่อส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กรณี</p>

เจ็บครรภ์คลอด
 ห้องคลอด รพ.น่าน (๐๕๔-๗๑๙๐๐๐ ต่อ๕๑๐๑,๕๑๐๒)
 ห้องคลอด รพ.ปัว (๐๕๔-๗๙๑๑๐๔ ต่อ ๒๒๑๔)
กรณีมีคลอดฉุกเฉิน
 ๑.แพทย์ ER ผู้ทำคลอด
 ๒.พยาบาล ER รับเด็ก,ฉีดBCG,Vit K,ป้าย teramycin+ obs ๒ ชม.
 ๓.ย้ายหลังคลอดตึกสงฆ์



๓ ชี้แจงเพื่อนำลงสู่การปฏิบัติ และประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการรับทราบ รวมทั้งเปิดช่องทางให้ผู้รับบริการสามารถติดต่อได้ทางสื่อ Social Media

๔ เมื่อพบปัญหาในการดำเนินการ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทบทวน เพื่อหาแนวทางในการแก้ไข

๔.๑ บางกรณีไม่สามารถดำเนินการได้ตามแนวทางที่กำหนด เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ไม่มีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลทำวัจนวและมาคลอดฉุกเฉิน จึงกำหนดแนวทางปฏิบัติตรวจ ATK ก่อนให้บริการทุกราย

๔.๒ กรณีอุปกรณ์และเครื่องมือป้องกันการติดเชื้อไม่พร้อมใช้ ได้จัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ อย่างเพียงพอ มีการจัดซื้อชุด PAPER จำนวน ๒ ชุด สำหรับหน่วยงานห้องคลอด และสามารถนำมาจากหน่วยงานอื่นได้อีก

๔.๓ กรณีเจ้าหน้าที่ไม่มีความเชื่อมั่นในการดำเนินการ ได้จัดการอบรม ฝึกทักษะในการสวมเครื่องป้องกัน และการดูแลผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยง COVID -๑๙ ต่างๆ

๔.๔ กรณีที่ผู้รับบริการไม่มั่นใจในการให้บริการ ได้ดำเนินการชี้แจง ให้สุศึกษา และประชาสัมพันธ์แก่ผู้รับบริการใหม่ทุกครั้ง รวมทั้งจัดทำคู่มือสำหรับการรับบริการที่หน่วยงานห้องคลอด

๔.๕ กรณีส่งต่อผู้ป่วยพบปัญหาเกี่ยวกับการประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่าย จึงได้กำหนดแนวทางการส่งต่อร่วมกัน

๔.๖ กรณีที่ผู้ป่วยคลอดที่โรงพยาบาลทำวัจนว พบว่ามีคลอดพร้อมกันทั้งหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ติดเชื้อ และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ COVID -๑๙ จึงได้กำหนด zoning ในการให้บริการที่ชัดเจนขึ้น

๔.๕ ประเมินผลการดำเนินการ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ และการติดเชื้อ COVID-๑๙ อันเนื่องมาจากการใช้บริการที่หน่วยงานห้องคลอด

ผลการจัดการความรู้

๑ ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของหน่วยงานห้องคลอดในช่วงสถานการณ์ COVID-๑๙ ในช่วงตั้งแต่ วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๔ ถึง วันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๕๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๒ ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ (แพทย์ พยาบาล พนักงานแปล พนักงานขับรถ ผู้ช่วยเหลือคนใช้ พนักงานทำความสะอาด และทีมสหสาขาวิชาชีพ) ต่อการให้บริการของหน่วยงานห้องคลอดในช่วงสถานการณ์ COVID-๑๙ ในช่วงตั้งแต่ วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๔ ถึง วันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๑๑คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๓ จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการ ต่อการให้บริการของหน่วยงานห้องคลอดในช่วงสถานการณ์ COVID-๑๙ ในช่วงตั้งแต่ วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๔ ถึง วันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๑ เรื่อง ได้แก่ ความไม่เข้าใจในการให้การพยาบาล ในการแยกมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อ COVID -๑๙ และทารกได้ชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้รับบริการและญาติ ในเรื่องของการให้การพยาบาล และแผนการรักษาตลอดจนถึงเรื่องความปลอดภัยจากการแพร่กระจายเชื้อ

๔ ในช่วงตั้งแต่ วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๔ ถึง วันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ไม่มีรายงานเจ้าหน้าที่จากการติดเชื้อ COVID-๑๙ อันเนื่องมาจากสาเหตุการให้บริการที่หน่วยงานห้องคลอด

๕ ในช่วงตั้งแต่ วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๔ ถึง วันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ไม่มีรายงานผู้รับบริการทารก และญาติที่ติดเชื้อ COVID-๑๙ อันเนื่องมาจากการรับบริการในหน่วยงานห้องคลอด

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- ๑ ความร่วมมือทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ญาติ
- ๒ โรงพยาบาลแม่ข่ายให้ความมั่นใจในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อCOVID-๑๙ และให้แนวทางในการดูแลมารดาและทารก
- ๓ มีระบบการconsult ทั้ง สูติแพทย์และกุมารแพทย์
- ๔ มีแนวทางในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อ COVID-๑๙ ที่ชัดเจน

ประโยชน์ที่ได้รับ

- ๑ เจ้าหน้าที่มีการได้เรียนรู้ มั่นใจ และมีประสบการณ์ในการวางแผนล่วงหน้าเมื่อมีโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้น เช่น โรคฝีดาษลิง เป็นต้น

ปัญหาและอุปสรรค / แนวทางแก้ไข

- ๑ เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการทำคลอดมารดาที่ติดเชื้อCOVID-๑๙ เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่
 - ๑.๑ เจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกทักษะในการทำคลอดและดูแลมารดาที่ติดเชื้อCOVID-๑๙
- ๒ เจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน มีไม่เพียงพอต่อผู้รับบริการในหน่วยงานห้องคลอด
 - ๒.๑ จัดอัตรากำลังเสริมจากหน่วยงานอื่น ได้แก่ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- ๓ แนวทางการปฏิบัติยังไม่ชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการปฏิบัติอยู่เสมอ
 - ๓.๑ โรงพยาบาลแม่ข่ายให้แนวทางการฝากครรภ์ดูแลมารดาที่ติดเชื้อCOVID-๑๙
 - ๓.๒ โรงพยาบาลแม่ข่ายให้แนวทางการทำคลอดมารดาที่ติดเชื้อCOVID-๑๙
 - ๓.๓ โรงพยาบาลแม่ข่ายให้แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อCOVID-๑๙
 - ๓.๔ โรงพยาบาลแม่ข่ายมีระบบConsultทางสูติแพทย์และกุมารแพทย์ตลอด ๒๔ ชั่วโมง



สรุปถอดบทเรียนที่ได้รับจากกิจกรรมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกิจกรรม KM

ในหัวข้อ “ ความผูกพันต่อองค์กรของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลท่าวังผา ”

เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นประชากรในพื้นที่อำเภอท่าวังผา การทำงานใกล้บ้าน ใกล้ครอบครัว ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจในการทำงาน จากการถอดบทเรียนพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กร โรงพยาบาลท่าวังผา ได้แก่ มีความมั่นคงในอาชีพ คือการมีงานทำที่ได้อยู่ใกล้บ้าน มีค่าตอบแทนจากการปฏิบัติงานที่เหมาะสมสามารถเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ มีสภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวกเอื้อต่อการปฏิบัติงาน ความเพียงพอของบุคลากรกับปริมาณงาน ทำงานอย่างมีเป้าหมาย สร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน ทำให้อยากการแนะนำญาติ เพื่อน คนรู้จักมาทำงานที่องค์กร ไม่อยากเปลี่ยนงานเมื่อมีองค์กรอื่นติดต่อให้ไปทำงาน และความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมขององค์กร ส่งผลให้ทำงานอย่างมีความสุขและเกิดประสิทธิภาพที่ดี พร้อมทั้งสนุกไปกับหน้าที่นั้น อาศัยการเรียนรู้และการฝึกฝน เพื่อนร่วมงานให้ความช่วยเหลือ เป็นกันเอง เจ้าหน้าที่การมีทัศนคติที่ดีกับผู้อื่น และต่อองค์กรโดยให้บริการแก่ผู้ป่วยด้วยใจรักไม่หวังผลตอบแทนและทำหน้าที่เป็นจิตอาสาให้บริการนอกสถานที่ ด้วยมีจิตใจที่อยากให้อายุยืนยาว ช่วยเหลือผู้อื่น อยากตอบแทนองค์กร มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ทุกระดับ มีกิจกรรมการสร้างความสัมพันธ์ภายในองค์กร ทำให้เกิดความรัก ความสามัคคีและการช่วยเหลือเกื้อกูลเหมือนเป็นความครอบครัวเดียวกัน ช่วยเหลือกันเมื่อยามเดือดร้อน ความคาดหวังต่อองค์กรในการจัดกิจกรรมที่จะช่วยส่งเสริมความรักความผูกพัน กิจกรรมสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานในองค์กร ได้แก่ การรดน้ำ ดำหัวผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล รวมถึงอยากให้มีการจัดงานปีใหม่ที่บุคลากรได้รับของขวัญกันถ้วนหน้า การจัดงานเลี้ยงต้อนรับบุคลากรใหม่ เลี้ยงส่งบุคลากรที่ลาออก โอนย้าย และที่สำคัญงานเกษียณอายุให้จัดทุกปีซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุด เป็นกำลังใจคนทำงานที่ทำงานมาจนถึงอายุ ๖๐ ซึ่งปัจจัยต่างๆที่ได้จากการถอดบทเรียนในครั้งนี้ล้วนแต่ส่งผลให้เกิดความรักความผูกพันต่อองค์กรโรงพยาบาลท่าวังผา

การนำไปใช้

คืนข้อมูลให้กับทีม HRD เพื่อนำไปวิเคราะห์ และหาแนวทางการลงสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง และสร้างเป็นวัฒนธรรมในองค์กรโรงพยาบาลท่าวังผา



สรุปถอดบทเรียนที่ได้รับจากกิจกรรมประเด็นจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ (Ethical dilemma)
โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

ประเด็นจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ	แนวทางการแก้ไข
1. กรณีผู้ป่วยวิกฤตแต่ยังไม่เสียชีวิต ญาติที่อยู่ในเหตุการณ์ให้ Non Resuscitation และให้เรา Off tube แต่มีญาติบางส่วนที่ไม่ได้อยู่ในเหตุการณ์ยังไม่ได้รับรู้ อาจเกิดการร้องเรียนได้	อธิบายให้ญาติที่อยู่ในเหตุการณ์เข้าใจและให้ไปแจ้งญาติที่ไม่ได้อยู่ในเหตุการณ์ทราบและเข้าใจด้วย พร้อมทั้งให้ญาติสายตรงและพยานเซ็นยินยอมเป็นหลักฐาน
2. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแสดงเจตนาไว้ว่าขอจากไปอย่างสงบ ขอรับการรักษาเพียงแบบประคับประคอง แต่ญาติบางคนขอให้รักษาอย่างเต็มที่	อธิบายให้ญาติเข้าใจและทางโรงพยาบาลนำแบบฟอร์มมาตรา 12 สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาใช้
3. ออกหน่วยฉีดวัคซีนในชุมชน เตรียมยาสำหรับกลุ่มเป้าหมาย แต่มีคนนอกกลุ่มเป้าหมายที่เป็นคนรู้จักมาขอฉีด	ชี้แจงเหตุผลกับผู้ที่มาขอฉีดให้เข้าใจ ว่าทำไมถึงไม่สามารถฉีดให้ได้
4. กรณีได้รับการร้องขอจากคนรู้จักหรือเจ้าหน้าที่ภายในให้ช่วยลัดคิวให้ แต่เราพิจารณาแล้วไม่ได้เข้าเกณฑ์ช่องทางพิเศษ	* เบื้องต้นเข้าไปดูให้เขาก่อนว่าถึงขั้นตอนไหนแล้ว ให้ได้ข้อมูลพื้นฐานให้ครบถ้วนก่อน พร้อมทั้งให้ข้อมูลผู้ป่วยพูดคุยแสดงความเอาใจใส่และกระตือรือร้นที่จะให้บริการ * กรณีมาที่ OPD มีห้องตรวจสุขภาพ เป็นช่องทางพิเศษสำหรับบุคคลภายใน / ลูกค้าย VIP * กรณีมาที่ ER และ ER ไม่มีผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้คัดกรองและตรวจที่ ER ให้เสร็จไปเลย * กรณีมาที่ ER แต่ ER มีผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้คัดกรองที่ ER ก่อน จากนั้นประสานกับ Post Screen เพื่อจัดลำดับให้พบแพทย์ต่อไป
5. กรณีคนรู้จักมาขอรับคำปรึกษาว่าอยากมีบุตร มีภาวะมีบุตรยาก จึงจะให้คนอื่นมาท้องแทนและให้เป็นลูกของตัวเอง	ชี้แจงเหตุผลถึงข้อเท็จจริงและแนะนำให้ไปปรึกษาโรงพยาบาลที่เชี่ยวชาญ
6. ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุตอนมาถึงโรงพยาบาลแจ้งว่าผู้ป่วยหกล้ม ถูกส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลนาน สุดท้ายผู้ป่วยเสียชีวิต ญาติผู้ป่วยมาขอให้แก้ไข	ชี้แจงเหตุผลถึงข้อเท็จจริงว่าการให้ข้อมูลครั้งแรกในการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญ หากผู้ป่วยหรือญาติให้ข้อมูลที่ผิด จะไม่สามารถนำกลับมาแก้ไขได้เลย

ประเด็นจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ	แนวทางการแก้ไข
ข้อมูลในฐานะข้อมูลเพื่อนำไปเบิกกับบริษัทประกันชีวิต	เนื่องจาก เราได้ส่งต่อไปในระบบของโรงพยาบาลนานเรียบร้อยแล้ว เพราะถ้าหากแก้ไขที่โรงพยาบาลเรา โรงพยาบาลที่รับการส่งต่อผู้ป่วยจากเราต้องแก้ไขตามไปด้วย
7.ได้รับมอบหมายให้ดูแลงานก่อสร้างจากการประมูลในโรงพยาบาล ตรวจสอบแล้วไม่ตรงกับข้อตกลงหรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ แต่มีการเซ็นตรวจรับเรียบร้อยแล้ว	ยึดหลักการตามระเบียบปฏิบัติ คณะกรรมการตรวจรับงาน ตรวจสอบงานก่อสร้าง และประเมินหน้างานจริงทุกครั้ง ก่อนเซ็นรับมอบงาน
8.งานซ่อมบำรุง บางงานขอลัดคิวไม่เป็นไปตามคิวใบคำขอในการซ่อมบำรุงต่างๆ	พิจารณาตามความเร่งด่วนของงาน ชี้แจงถึงเหตุผลข้อเท็จจริงให้เจ้าหน้าที่ทราบและเข้าใจถึงขั้นตอนการทำงานของช่าง
9.กรณีผู้ป่วยต้อง Refer เจ้าหน้าที่จึงแจ้งญาติให้ทราบ แต่กว่าจะ refer ต้องใช้เวลา จึงทำให้ญาติไม่พอใจว่าการบริการส่งต่อล่าช้า	เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบต้องอธิบายให้ญาติและผู้ป่วยทราบถึงแต่ละขั้นตอนในการรักษาเป็นระยะๆรวมถึงอธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นว่าเพราะเหตุใดไม่มีพยาบาลหรือแพทย์ไปด้วย
10.กรณีมีผู้ต้องหาหรือผู้ต้องสงสัยที่เจ้าหน้าที่ตำรวจนำส่งตรวจปัสสาวะ พบว่าคนที่เจ้าหน้าที่ห้องชั้นสูตร รู้จักหรือหมู่บ้านเดียวกัน และต้องแจ้งผลการตรวจ หรือบางรายร้องขอให้เปลี่ยนแปลงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	*ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจว่าให้นำแต่ปัสสาวะมา โดยไม่ต้องนำผู้ต้องหาหรือผู้ต้องสงสัยมาด้วย *ยึดหลักความถูกต้องและอธิบายให้เข้าใจถึงข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงผลการตรวจได้เพราะจะกระทบกับหลายฝ่าย
11.กรณีเจ้าหน้าที่ตำรวจขอให้เปลี่ยนแปลงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อจะจับผู้ต้องหาหรือผู้ต้องสงสัยรายนั้นแล้ว	ยึดหลักความถูกต้องและอธิบายให้เข้าใจถึงข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงผลการตรวจได้ เพราะถ้าผู้ต้องหาหรือผู้ต้องสงสัยไม่ยอมขอตรวจที่อื่นก็สามารถทำได้และจะทำให้ส่งผลกระทบต่อทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
12.การแข่งคิวการตรวจของห้องชั้นสูตรของผู้ที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพ	*เจ้าหน้าที่ห้องตรวจสุขภาพชี้แจงให้ผู้รับบริการเข้าใจถึงขั้นตอนและคิวการรักษา *กรณีผู้ป่วยต้องการช่องทางพิเศษให้แยกผู้ป่วยที่ตรวจสุขภาพไปเจาะ Lab อีกห้องหนึ่งให้เรียบร้อยแล้วเลย

ประเด็นจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ	แนวทางการแก้ไข
13.เจ้าหน้าที่มาขอยาโดยไม่ได้รับการตรวจจากแพทย์ /ไม่เข้าระบบการตรวจของโรงพยาบาล	เจ้าหน้าที่ห้องยา ชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ภายในท่านั้นทราบและเข้าใจถึงขั้นตอนการรักษาข้อดีข้อเสียทั้งเรื่องสุขภาพของเจ้าหน้าที่เองรวมถึงผลประโยชน์ที่โรงพยาบาลจะได้รับ
14.กรณีผู้รับบริการแพทย์แผนไทยโทรมาจองคิวนัด แต่มาผิดเวลานัด และเจาะจงจะนัดกับเจ้าหน้าที่ที่จองไว้ แต่เนื่องจากมาผิดเวลานัดเจ้าหน้าที่ติดให้บริการท่านอื่นอยู่แนะนำเจ้าหน้าที่ท่านอื่นผู้รับบริการปฏิเสธ	*เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย ชี้แจงให้ผู้รับบริการทราบและเข้าใจถึงขั้นตอนการรักษา *ไม่รับจองคิวทุกกรณี
15.ที่จอดรถสำหรับนำส่งผู้ป่วยจากจุดอื่นไปที่แผนกแพทย์แผนไทยและทันตกรรมไม่เพียงพอและเหมาะสม เนื่องจากรถเจ้าหน้าที่จอดเต็มทั้งสองฝั่งและได้รับการแจ้งจากผู้รับบริการแพทย์แผนไทยว่าไม่มีที่จอดรถไม่สะดวกเวลามารับบริการ	หาพื้นที่ที่เหมาะสมสำหรับจอดรถเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการแพทย์แผนไทยและทันตกรรม
16.การเก็บค่ารักษา พรบ./ ต่างตัว ไม่ครบเต็มจำนวน เนื่องจากไม่มีสิทธิบัตรสุขภาพ	มีแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลออกมา สำหรับการลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล
17.กรณีตั้งครรภ์ไม่พร้อมตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และต้องการทำแท้งจังหวัดน่าน ไม่มีหมอที่รับทำแท้งที่ถูกกฎหมาย และยังไม่มีการขยายให้ปรึกษาที่ชัดเจน	*กรณีที่ตัดสินใจทำแท้งไม่เก็บเด็กไว้และมีอายุครรภ์เกินเกณฑ์ที่กำหนด ให้ผู้ป่วยโทรปรึกษา 1663 *ทีมที่เกี่ยวข้อง (ทีมกลุ่มเวช และห้องคลอด) จะหาแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมต่อไป
18.กรณีการวินิจฉัยผิดพลาดของแพทย์ ผู้ป่วยตั้งครรภ์ 30 สัปดาห์ แล้วมีน้ำเดินแพทย์แจ้งว่าไม่เป็นอะไร ผู้ป่วยจึงเดินทางไปเชียงใหม่มีอาการอีก จึงไปรักษาที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ 3 คืน และส่งต่อไปคลอดที่โรงพยาบาลต่างจังหวัด เด็กน้ำหนักประมาณ 1,600 กรัม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจในการรักษาและเรียกร้องให้โรงพยาบาลรับผิดชอบ	*ทีมที่เกี่ยวข้องรับเรื่องไว้ก่อน และศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับการรักษา สอบถามอาการแสดงความคิดเห็นเห็นใจผู้ป่วย *ทีมที่เกี่ยวข้อง (แพทย์ และ ห้องคลอด) จะหาแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมต่อไป
19.ผู้ป่วยขอเข้าห้องพิเศษ แต่ไม่มีญาติเฝ้า หรือผู้ป่วยยังไม่ได้เข้าแต่ขอให้ญาติเข้าไปอยู่ก่อน หรือ	*ชี้แจงรายละเอียดข้อดีข้อเสีย ระเบียบข้อบังคับการใช้ห้องพิเศษ มีป้ายชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบ พร้อมทั้งให้

ประเด็นจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ	แนวทางการแก้ไข
บอกว่ามีคนเฝ้าแต่พอถึงเวลาจริงๆไม่มีคนเฝ้า	เซ็นยินยอมก่อนเข้าห้องพิเศษ *กรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องอยู่คนเดียวโดยไม่มีญาติเฝ้าจริงๆ ให้พิจารณาตามความรุนแรงของอาการผู้ป่วยเป็นรายกรณี
20.กรณีเด็กแรกคลอดที่จะต้องอาบน้ำ แต่ญาติจะมีความเชื่อเดิมๆ ว่าไม่ให้สระคือเปียกน้ำ หรือกลัวเด็กตกน้ำ และไม่ยอมให้เจ้าหน้าที่อาบน้ำให้เด็ก	กลุ่มเวชฯและห้องคลอดจัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องกับพ่อแม่ผู้ปกครองและญาติ ตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึงหลังคลอด(หลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่)
21.การส่องไฟเด็กเพื่อขับสารบิลิรูบิน แต่พ่อแม่ผู้ปกครองหรือญาติบางคนไม่เข้าใจคิดว่าเด็กไม่แข็งแรงจึงต้องส่องไฟบางรายถึงขนาดอุ้มลูกหนีไม่ให้ส่องไฟ	กลุ่มเวชฯและห้องคลอดจัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องกับพ่อแม่ผู้ปกครองและญาติ ตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึงหลังคลอด(หลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่)
22.ผู้ป่วยจิตเวชมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย เจ้าหน้าที่คาดว่ามีความโน้มพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และอีก 2 วันต่อมาผู้ป่วยรายนี้ก็ฆ่าตัวตายสำเร็จ	ทีมงานที่เกี่ยวข้องลงไปสร้างความร่วมมือในชุมชนญาติ และรพ.สต.เครือข่าย อย่างเร่งด่วน เพื่อร่วมมือกันในการเฝ้าระวังช่วงวิกฤต
23.การบริการอาหารผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด ผู้ป่วยปฏิเสธอาหารที่แพทย์ให้โรงพยาบาลจัดให้ เช่น อาหารอ่อน	ให้พยาบาล หรือแพทย์อธิบายความจำเป็นในการได้รับอาหารที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพและการรักษา
24.กรณีผู้ป่วยมาร้องขอให้แพทย์ออกไปรับรองความพิการให้ แต่แพทย์พิจารณาแล้วไม่เข้าเกณฑ์ความพิการ	*แพทย์ยึดตามหลักเกณฑ์ที่ถูกต้องและชี้แจงถึงข้อเท็จจริงให้ผู้ป่วยเข้าใจ *กรณีผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ใบรับรองความพิการจริงๆ แพทย์พิจารณาเป็นรายกรณีตามความเหมาะสม *กรณีผู้ป่วยที่ต้องการขอใบรับรองความพิการ ต้องพบแพทย์ด้วยตัวเองเท่านั้น ไม่สามารถถ่ายวีดีโอแล้วนำมาให้แพทย์พิจารณาได้ หรือถ้าเป็นผู้ป่วยเยี่ยมบ้านให้แจ้งที่เจ้าหน้าที่งาน COC เป็นผู้นัดหมายผู้ป่วยเพื่อเข้าพบแพทย์ต่อไป
25.การได้รับแจ้งให้ร่วมพิจารณาบทลงโทษ กรณีเจ้าหน้าที่ภายในกระทำผิด แต่ไม่สามารถให้คำตอบที่ชัดเจนเกี่ยวกับบทลงโทษที่เจ้าหน้าที่ภายในท่าน	แต่งตั้งคณะกรรมการการพิจารณาบทลงโทษสำหรับเจ้าหน้าที่ภายในและมีกฎระเบียบข้อบังคับเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจนออกมาบังคับใช้

ประเด็นจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ	แนวทางการแก้ไข
นั้นจะได้รับ ด้วยไม่ทราบข้อมูลพื้นฐานและ กฎระเบียบข้อบังคับมาก่อน	
26.ผู้ป่วยทันตกรรม (วัยรุ่น) บัตรทองที่ต้องชำระเงิน เองซึ่งค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง และเราพิจารณาแล้วว่า สมควรเก็บรักษาฟันไว้ แต่ผู้ปกครองที่มาด้วยไม่ เก็บรักษาเพราะกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย	แผนกทันตกรรมจัดทำแบบฟอร์มการวางแผนการ รักษา ค่าใช้จ่ายทั้งหมดรวมถึงคนพิจารณาค่าใช้จ่าย ของผู้ป่วย
27.การขอดูก้อนวงจรถัดโดยอาศัยความสนิทสนม สาวนตัว โดยไม่ผ่านกระบวนการหรือคณะกรรมการ ตามแนวทาง ซึ่งเป็นเรื่องส่วนตัวที่อาจเป็นความลับ	จัดทำระเบียบปฏิบัติในการขอดูก้อนวงจรถัด ให้ขอ อนุญาตตามขั้นตอน และมีการเซ็นรับรองตาม แนวทางที่กำหนด
28.การขออนุมัติซื้ออุปกรณ์ต่างๆซึ่งต้องการอย่าง เร่งด่วนโดยไม่ผ่านขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้าง	ให้กำหนดสเปคอุปกรณ์แล้วให้ดำเนินการขอตาม ระเบียบแนวทางการจัดซื้อจัดจ้าง
29. บุคคลภายนอก (ตำรวจ) มาขอประวัติคนไข้ กลุ่มจิตเวชซึ่งต้องเก็บเป็นความลับ	เบื้องต้นชี้แจงกฎระเบียบการให้ข้อมูลผู้ป่วยและแจ้ง หัวหน้าฝ่าย/ผู้อำนวยการให้เป็นผู้อนุญาต
30.ผู้ป่วย OSCC ไม่มีห้อง Counseling ทำให้ไม่ เป็นความลับของผู้ป่วย	เบื้องต้นกรณีมี Case OSCC ให้นำผู้ป่วยมาประเมินที่ กลุ่มเวชฯ
31.กรณีขอย้ายผู้ป่วยออกไปเตียงเสริม หรือย้าย เตียงหลายรอบในการนอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น	จำแนกผู้ป่วยตามความรุนแรงของอาการตั้งแต่แรก รับเข้าอนเตียง กำหนดเป็นโซน ให้หัวหน้าเวรหรือ แพทย์เวรไปอธิบายถึงเหตุผลความจำเป็นขอความ ร่วมมือในการย้ายเตียง
32.กรณีผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินมารับบริการตอนเที่ยงแล้ว ขอตรวจแบบฉุกเฉิน ที่ ER	Screen เบื้องต้นผู้ป่วยว่าฉุกเฉินหรือไม่ พร้อมกับ การคัดกรองเบื้องต้น กรณีไม่ฉุกเฉินให้พาไปผู้ป่วยไปจุด ตรวจ OPD
33.พบผู้ป่วยที่ ติดเหล้า รักษาจนหายแพทย์ให้ จำหน่ายแต่พบว่า สังคม ครอบครัว ปฏิเสธทำให้ ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ	ทำ Mapping ทำความเข้าใจในชุมชน ทำ Case management สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน
34.กรณีขอใบรับรองแพทย์ที่ใช้ในการทำประกัน ชีวิตของเจ้าหน้าที่ โดยขอยกเว้นการชำระค่าบริการ	ทำระเบียบแนวทางเขียนติดไว้ชัดเจนและชี้แจงขอ ความร่วมมือทุกครั้ง
35.กรณีเจ้าหน้าที่มาขอให้ทำหลักฐานเงินเดือนที่ไม่ ตรงกับความเป็นจริง เอื้อต่อการทำธุรกรรม	ทำตามระเบียบปฏิบัติ บันทึกตามจริง และเสนอ หัวหน้าฝ่ายให้รับรอง
36.มีเจ้าหน้าที่ตำรวจต้องการให้ออกใบชั้นสูตรแบบ	ปรึกษาผู้มีประสบการณ์กว่าช่วยให้ความเห็นให้เป็น

ประเด็นจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ	แนวทางการแก้ไข
เร่งรัดซึ่งยังไม่ผลการพิสูจน์รองรับ	กรณีไป เช่น แพทย์นิติเวช
37. ความไม่เข้าใจของหน่วยงานภายนอก กรณีการขอรายชื่อ ผู้มารับบริการคลินิกบำบัดยาเสพติด เนื่องจากเป็นการละเมิดสิทธิผู้ป่วย	ชี้แจงให้เข้าใจถึงเหตุผลและความจำเป็นของหน่วยงานที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้และแนะนำให้ไปประสานขอข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ
38. กรณี ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาโดยการฉีดยาอินซูลินเป็นครั้งแรก พอมาถึงเภสัชกร ผู้ป่วยไม่ยอมฉีดยา	อยากให้แพทย์และพยาบาลชี้แจงกับผู้ป่วยที่ต้องเริ่มฉีดยาอินซูลินให้เข้าใจก่อนส่งให้เภสัชกรสอนฉีดยา
39. สิทธิผู้ป่วยเบิกได้จ่ายตรงที่ไม่จ่ายค่าเวชภัณฑ์ และมีใข่ยานอกเหนือจากที่เบิกได้สำรายการ	ข้อเสนอแนะ:การเงินควรตรวจสอบใบสั่งยาและแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ
40. คนไข้ที่มาจากคลินิกได้รับ การสั่ง lab จากเจ้าหน้าที่โดยไม่ผ่านแพทย์ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายจากการสั่ง lab เกินความจำเป็นและทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการไปตรวจรักษาที่คลินิกมีสิทธิพิเศษกว่าการเข้าตรวจตามระบบ	เบื้องต้นชี้แจงและทำความเข้าใจกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน
41. กรณี เคส เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประสบอุบัติเหตุ อัมพาตเวียงสาและได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลเวียงสาแล้วแต่มีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลท่าวังพาประสานให้เจ้าหน้าที่ดังกล่าวเข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลท่าวังผาอีกครั้งซึ่งเป็นการรักษาซ้ำซ้อนเกินความจำเป็น	เบื้องต้นชี้แจงและทำความเข้าใจกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน
42. เคส ฉีดยาเกินความจำเป็นที่คลินิกและเกิดการแพ้ยารับการรักษาที่โรงพยาบาลทำให้การรักษา ยาระหว่างฟันและการติดเชื้อของคนไข้	ข้อเสนอแนะ:ต้องการให้คลินิกอัปเดตแนวทางการรักษา
43. คนไข้ NCD ที่เป็นเจ้าหน้าที่และญาติสายตรง ลัดคิวผู้ป่วยที่รอรับบริการตามคิว โดยไม่ได้รับการประสานมายังจุดให้บริการล่วงหน้า ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ	เบื้องต้นแก้ไขโดยการให้ประสานกับเจ้าหน้าที่ห้อง Lab ล่วงหน้าเพื่อหาแนวทางหรือช่องทางการรับบริการของเจ้าหน้าที่และญาติโดยไม่กระทบกับผู้รับบริการท่านอื่นๆ
44. คิวผู้รับบริการมีหลายประเภทเช่น สูงอายุ เด็ก ต่ำกว่า 2 ปี คิวฉุกเฉินเป็นต้น ทำให้มีความลำบาก	เบื้องต้นแก้ไขโดยชี้แจงให้ผู้รับบริการเข้าใจถึงเหตุผลความจำเป็นในการจัดลำดับการเข้ารับบริการก่อนหลัง

ประเด็นจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ	แนวทางการแก้ไข
ใจในการจัดลำดับการเข้ารับบริการตรวจจากแพทย์	
45. การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย และการแจ้งข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือญาติ กรณีมีความผิดพลาด การให้บริการทางการแพทย์ เช่น การบริหารยาผิดชนิด เป็นต้น	เบื้องต้นปรึกษาคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและประสานผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางการแก้ไข
<p>หมายเหตุ :</p> <p>ในประเด็นที่นอกเหนือจากนี้ หรือในประเด็นข้างต้น พบว่าผู้ปฏิบัติ ยังมีประเด็นจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจให้ขอรับคำปรึกษาตามลำดับดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลท่าวังผา 2. คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลท่าวังผาที่ยังมีประเด็นจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจจะขอรับคำปรึกษาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล 3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล ยังมีประเด็นจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจจะขอรับคำปรึกษาจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน หรือศาล 	

การนำไปใช้

คืนข้อมูลให้กับทีม HA เพื่อนำไปวิเคราะห์ และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาลงสู่แนวทางปฏิบัติขององค์กร





คปสอ.ท่าวีงฉา

84 ม.1 ต.ท่าวีงฉา อ.ท่าวีงฉา จ.พำพ 55140

โทร 054-059666-70 แฟกซ์ 054-059665