



งานมหกรรมคุณภาพครั้งที่ 13 และตลาดนัด KM ครั้งที่ 10

Growth Mindset for Better Healthcare System
“ระบบบริการสุขภาพที่ก้าวหน้า ด้วยกรอบความคิดที่กว้างไกล”

ตุลาคม 2566



คำนำ

ตามแนวคิด Iceberg Model พบว่ายอดของภูเขาน้ำแข็งที่มองเห็นนั้นเป็นเพียงเหตุการณ์เป็นสิ่งที่สังเกตเห็นได้ ลึกลงไปมี patterns อยู่ และแต่ละ patterns มีโครงสร้างที่ทำให้เกิด patterns แบบนั้น และที่สำคัญยังมี mental Models ซึ่งเป็นฐานคิดที่อยู่ลึกที่สุดของภูเขาน้ำแข็ง ซึ่ง mental Models ก็เป็นเรื่องภายใน และสอดคล้องกับ mindset

mindset เป็นกรอบแนวคิดภายในที่ทำให้บุคคลคนหนึ่งตัดสินใจทำหรือไม่ทำสิ่งต่างๆ Mindset ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ growth mindset และ fixed mindset โดยการใช้แนวคิด growth mindset ในการทำงานจะทำให้ระบบบริการสุขภาพที่ดีอยู่แล้วดียิ่งกว่าเดิม

การนำ growth mindset มาปรับเปลี่ยนระบบให้เป็น operational intelligence ประกอบด้วย 3 หลักคิด 3 คือ การคิดนอกกรอบ การมีระบบกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ และการบูรณาการทั้งด้านคลินิกกระบวนการและเทคโนโลยี

คปสอ.ท่าวังผาได้มีการนำแนวคิด growth mindset มาปรับใช้ในกระบวนการพัฒนาระบบงานให้มีคุณภาพในทุกๆส่วน และมีการพัฒนาผลงานทั้งในรูปแบบของ R2R นวัตกรรม และ CQI เพื่อก้าวไปสู่วิสัยทัศน์ “

งานมหกรรมคุณภาพครั้งที่ 13 และตลาดนัด KM ครั้งที่ 10 จึงได้จัดขึ้นภายใต้กรอบแนวคิด “Growth Mindset for Better Healthcare System ระบบบริการสุขภาพที่ก้าวหน้า ด้วยกรอบความคิดที่กว้างไกล” ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในงาน HA national forum ครั้งที่ 24

คณะผู้จัดทำ
ตุลาคม ๒๕๖๖

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ผลงาน R๒R	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อระดับความเจ็บปวด	๑
และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครั้งแรก งานห้องคลอด โรงพยาบาลท่าวังผา	
ผลการดูแลผู้ป่วยวาระท้ายต่อเนื่งที่บ้าน โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน	๙
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมลดขยและคัดแยกขยของบุคลากร	๑๕
โรงพยาบาลท่าวังผา	
การพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม	๓๑
กรณีศึกษา: บ้านดอนแก้ว หมู่ที่ ๖ ตำบลป่าคา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน	
พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด	๔๐
ในโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน	
พัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยงระบบ HRMS ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลท่าวังผา	๔๘
ผลงาน CQI	
พัฒนาการดูแลเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด	๕๘
งานห้องคลอดโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน	
ลดการเกิด STROKE in Hypertension	๖๑
พัฒนาระบบการป้องกันผู้ป่วยผลกดทับ งานผู้ป่วยใน	๖๔
ลดระยะเวลาการให้ยา SK ในผู้ป่วย Acute STEMI in Thawangpha hospital	๖๖
ด้วยแนวคิด Lean	
การลดการ Re-sterile อุปกรณ์ Set TR (ชุดทำหมัน)	๗๐
Stroke Fast Track ต้อง FAST โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน	๗๑
การปรับปรุงระบบการเก็บตัวอย่างและพื้นที่ห้องปฏิบัติการกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์	๗๔
โรงพยาบาลท่าวังผา	
พัฒนาระบบการส่งตรวจเพาะเชื้อแบคทีเรียในเลือด	๗๗
การแข่งเท้าลดปวดและกระตุ้นการไหลเวียนเลือด	๗๙
พัฒนาระบบเอกสาร งาน HA และกลุ่มงานการพยาบาล	๘๑
ผลการทบทวนความเสี่ยงเรื่องระบบแก๊สที่ใช้งานกลุ่มงานโภชนศาสตร์	๘๓
ผลงานนวัตกรรม	
Meeting Point Call๑๖๖๙	๘๗
DATA for disability program	๘๙
ของจิว ป้องกันการทีมทะเล	๙๒

เรื่อง	หน้า
ผลงานนวัตกรรม (ต่อ)	
ลอกออกแต่ไม่ทิ้งรอย	๙๔
บัตรรับยา	๙๘
LABBOT	๑๐๒
การตรวจสอบไฟเบรกของยานพาหนะ รถพยาบาลฉุกเฉินด้วยตัวเอง	๑๐๕
ผลงาน KM	
แนวทางการพัฒนาการจัดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลตำบลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน	๑๐๘

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อระดับความเจ็บปวด
และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรก งานห้องคลอด โรงพยาบาลท่าวังผา
The Effects of Enhancing Coping with Labor Pain Program on Pain Levels and Pain Coping
Behaviors in Primiparous Women the delivery room at Tha WangPha Hospital, Nan
Province

ชฎกมล อินททำ,พัฒนา อำชำ,
พชรพร มีบุญ,พนิดา ภาวนา,รัตนาภรณ์ ค่ายวง

ความเป็นมาและความสำคัญ

ความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นปัญหาที่สำคัญโดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์แรกจะมีความกลัวมาก ทั้งกลัวความเจ็บปวดจากการคลอด กลัวการคลอดยาวนาน กลัวคลอดไม่ได้ กลัวตนเองจะได้รับอันตรายจากการคลอด กลัวทารก พิการหรือมีความผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด ผู้คลอดที่มีความเจ็บปวดมากจะส่งผลให้มี ประสบการณ์คลอดที่ไม่ดีต่อการคลอด (นันทพร แสนศิริพันธ์ และ สุภัญญา ปรีชญญกุล, ๒๕๕๘) พฤติกรรมการ แสดงออกต่อความเจ็บปวดโดยการร้องครวญคราง ทูรนทुरาย พฤติกรรมดังกล่าวจะก่อให้เกิดความอ่อนเพลีย เมื่อยล้า และทำให้ความทนต่อความเจ็บปวดลดลง ร่างกายเกิดความตึงเครียดมากขึ้น ก็จะทำให้เกิดความรู้สึก เจ็บปวดมากขึ้น เกิดเป็นวงจรของกลุ้มอาการความกลัว-ความตึงเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-tension-pain -cycle) (Dick-Read, ๒๐๐๔) ความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ แสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เออะอะไววายวาย ส่งเสียงดังตื่นตูรนทुरาย กระสับกระส่ายและเรียกร้องการดูแล รักษามากกว่าปกติ ตลอดจนไม่ให้ความร่วมมือในขณะคลอด และยังส่งผลให้เกิดการคลอดล่าช้า หรือมีโอกาสต้องใช้ สูติศาสตร์หัตถการ (นันทพร แสนศิริพันธ์, ๒๕๕๖) ซึ่งการเผชิญความเจ็บครรภ์ในระยะคลอดของผู้คลอดแต่ละราย มีความแตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ของผู้คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดจะมากหรือน้อยเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการได้แก่ อายุ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ประสบการณ์คลอดครั้งก่อน สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรมและการเตรียมคลอด จากการศึกษาของ Abushaikha (๒๐๐๗) พบว่า ผู้คลอดมีวิธีในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ด้านร่างกาย (Physiological coping) ด้านจิตใจ (Psychological coping) ด้านการเรียนรู้ (Cognitive coping) และ ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual coping) นอกจากนี้ยังมีวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับสูติวิทยาและการเจ็บครรภ์คลอด เทคนิค การเผชิญและการผ่อนคลายความเจ็บปวด การสาธิตและฝึกทักษะให้ผู้คลอดได้เรียนรู้วิธีการเผชิญความเจ็บปวด ในระยะคลอด เช่น การบริหาร การหายใจ เทคนิคการผ่อนคลาย เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ (จินตนา โปรยเงิน และคณะ, ๒๕๕๘) ซึ่งผู้คลอดสามารถเลือกการจัดการความปวดของตนได้อย่างปลอดภัย (ชญาภรณ์ เอกธรรม สุทธิ และ เกสร สุวิหะศิริ, ๒๕๖๐) การดูแลในระยะคลอดพยาบาลจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลช่วยเหลือ และให้คำแนะนำ ผู้คลอดให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลท่าวังผาเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียง เปิดให้บริการจริง ๔๕ เตียงตั้งแต่ปี ๒๕๖๕ เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ระดับ F๑ ให้การบริการประชาชนในเขตอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่านและเปิดบริการเขตการดูแลทั้งหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน มีผู้คลอดกลุ่มหนึ่งที่ไม่ผ่านการเตรียมความพร้อมในการเผชิญการเจ็บปวด และมีการจัดบริการร่วมกับโรงพยาบาลสองแควและพื้นที่อำเภอใกล้เคียงและชายขอบประเทศลาว และหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์คลินิกแพทย์เอกชนหรือโรงพยาบาลอื่นๆและต้องการมาคลอดในโรงพยาบาล จากข้อมูล ผู้มาคลอดปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบผู้คลอดที่ฝากครรภ์คลินิกเอกชนและโรงพยาบาลอื่นจำนวน ๗,๑๒ และ ๑๐๒ รายคิดเป็นร้อยละ ๙.๒๑, ๑๓.๐๔ และ ๑๕.๑๘ ตามลำดับ ข้อมูลจาก

สถิติดังกล่าว พบว่า ผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการเผชิญการ เจ็บครรภ์ร้อยละ ๖๐ จะมี พฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์ คือ การร้องไห้ ร้องเสียงดังโวยวาย ดิ้นทุรนทุราย ขอบยาบรรเทาปวด เร็วหรือความถี่ในการขอส่งตัวเพื่อผ่าตัดคลอดฉุกเฉินโรงพยาบาลนาน โดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรกร้อยละ ๘๐ เกิดผลกระทบ (Physiological coping) และการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านจิตใจ (Psychological coping method) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดแก่ผู้คลอดที่ไม่ได้รับการ เตรียมความพร้อม ต่อการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้แก่ ไม่พึงพอใจต่อการมารับบริการคลอด เกิด ประสบการณ์ในการคลอดไม่ดี จากรายละเอียดข้างต้น หากผู้คลอด เกิดความเครียดในระยะรอคลอดยาวนาน อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ระยะการคลอดยาวนาน (Cunningham, ๒๐๑๙) ดังนั้น การส่งเสริมการเผชิญการเจ็บ ครรภ์คลอด เพื่อให้ผู้คลอดทนต่อความเจ็บปวดและมีพฤติกรรมการเผชิญ ความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม จะ สามารถทำให้ผู้คลอดลดผลกระทบในระยะคลอดได้ ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียม ความพร้อมในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดเพื่อให้ ผู้คลอดเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม จึงได้พัฒนา โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ที่ประกอบด้วย การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านการเรียนรู้ (Cognitive coping) การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ด้านร่างกาย มาก่อนให้สามารถเผชิญต่อการเจ็บครรภ์คลอด ได้อย่างเหมาะสม รวมถึงมีประสบการณ์การคลอดที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญ การ เจ็บครรภ์คลอดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
๒. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริม การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย (research methodology)

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดหลังการ ทดลองครั้ง เดียว (Two-groups only posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ คลอด ต่อระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรก โดยออกแบบดังนี้

การสุ่ม	กลุ่ม	ทดสอบก่อน	สิ่งทดสอบ	ทดสอบE
ไม่มี	A	-	X	P๑
	B	-		P๒

สัญลักษณ์ ที่ใช้ในการศึกษา

A หมายถึง กลุ่มทดลอง ได้แก่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์

B หมายถึง กลุ่มทดลอง ได้แก่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

P๑ หมายถึง ระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในกลุ่มทดลอง

P๒ หมายถึง ระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในกลุ่มควบคุม

X หมายถึง โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์

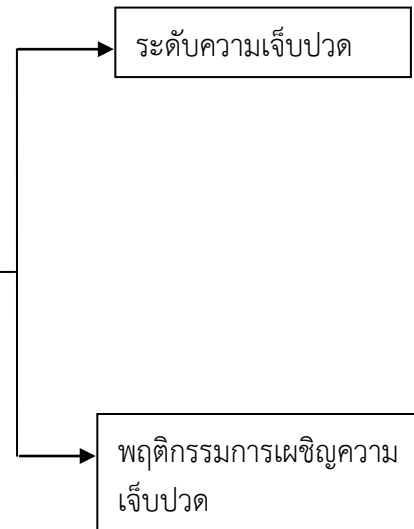
เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ๑) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ๒) โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บ
ครรภ์คลอด ๓) แบบประเมินระดับความเจ็บปวด แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด
วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติการทดสอบค่าไคส์สแควร์ และการทดสอบค่าที่
การวิเคราะห์ข้อมูล ในเชิงปริมาณด้วยการ แจกแจง ความถี่หาค่าเฉลี่ยและร้อยละ

- กรอบแนวคิด ตัวแปรต้น

โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด
การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านการเรียนรู้
กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด ความ
เจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก และวิธี
บรรเทาการ เจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยา
การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านร่างกาย
กิจกรรมการดูแลความสบายด้านร่างกาย สุข
วิทยาส่วนบุคคล กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้คลอด
เผชิญ การเจ็บครรภ์คลอดด้วยการใช้วิธีการ
บรรเทาความ เจ็บปวดด้วยการไม่ใช้ยา
การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านจิตใจ
กิจกรรมการช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ
คอยปลอบใจ ให้กำลังใจ การสัมผัสอย่างนุ่มนวล
และ เปิดโอกาสให้ผู้คลอดระบายความรู้สึก

ตัวแปรตาม



- ประชากรในการวิจัยครั้งนี้

ได้แก่ผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลท่าวังผา ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้
คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลท่าวังผา ระหว่างเดือน มกราคม – มีนาคม ๒๕๖๖ เลือกกลุ่มตัวอย่าง
แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ ตามเกณฑ์ (Inclusion criteria)

๑) ผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่ได้รับการชักนำการคลอด ๒) อายุ ๒๐-๓๕ ปี ๓) อายุครรภ์ ๓๗-๔๑สัปดาห์
และปากมดลูกเปิดไม่เกิน ๓ เซนติเมตร ๔) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ๕) ไม่เคยได้รับกิจกรรมการเตรียมคลอด และ ๖)
สามารถสื่อสารภาษาไทยโดยการพูด การอ่าน การเขียนได้ และไม่มีปัญหาในการได้ยิน

- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (instrument of research) แบ่งเป็น ๒ ส่วน

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด รวบรวมและ
ทบทวน จากตำรา เอกสาร งานวิจัย และแนวปฏิบัติการดูแลในระยะก่อนคลอดคลอดของโรงพยาบาลท่าวังผา
เป็นชุดของกิจกรรมโดยผู้วิจัยช่วยเหลือให้ผู้คลอดจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ประกอบด้วย
เผชิญ การเจ็บครรภ์คลอด ๓ ด้านดังนี้ ๑) ด้านการเรียนรู้โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด ความ
เจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูกและวิธีการบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยา โดยใช้แผนการสอน
รายบุคคล และคู่มือส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ ๒) ด้านร่างกาย โดยดูแลความสบายด้านร่างกาย สุขวิทยา
ส่วนบุคคล กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้คลอดเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้วยวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยการ

ไม่ใช่ยา ได้แก่ การหายใจ การลูบหน้าท้อง การนวดผ่อนคลาย การเบี่ยงความสนใจ และ ๓) ด้านจิตใจ โดย
ประทับใจ คอยปลอบใจ ให้กำลังใจ ใช้การสัมผัสอย่างนุ่มนวล และเปิดโอกาสให้ผู้คลอดระบาย
ความรู้สึก

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

๒.๑ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส อายุครรภ์ที่มา
คลอด

๒.๒ แบบประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด ใช้มาตราวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข
(Numeric rating scales) ตั้งแต่ ๐ ถึง ๑๐ โดย ๐ หมายถึงไม่เจ็บครรภ์เลย และ ๑๐ หมายถึงเจ็บครรภ์มากที่สุด
การแปลผลช่วงคะแนน ๑-๓ คะแนน แสดงว่ามีความเจ็บปวดระดับน้อย ๔-๗ คะแนน มีความเจ็บปวดระดับปาน
กลาง และ ๘-๑๐ คะแนน มีความเจ็บปวดระดับมาก

๒.๓ แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด เป็นแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด
เป็นแบบสังเกตประกอบด้วยการสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่แสดงออก ๕ ด้าน ได้แก่ การ
แสดงออกของเสียง การแสดงออกด้านคำพูด การแสดงออกของใบหน้า การควบคุมการหายใจ และ การ
แสดงออกด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ๓ ช่วงคะแนนคือ ๐,๑,๒
คะแนน รวม ๐-๑๐ คะแนน การแปลผลช่วงคะแนนเฉลี่ย ๑.๐๐-๕.๐๐ คะแนน แสดงว่าผู้คลอดเผชิญความ
เจ็บปวดได้ เหมาะสมน้อยกว่า และหากได้ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดเฉลี่ย ๖.๐๐-๑๐.๐๐
คะแนน แสดงว่าผู้ คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสมมากกว่าพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด

- ระยะเวลาในการทำวิจัย : ตั้งแต่ มกราคม – สิงหาคม ๒๕๖๖

การออกแบบการวิจัย

๑ ชนิดแบบของโครงการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิด ๒ กลุ่มเปรียบเทียบคนละ
ช่วงเวลา (interrupted time design) โดยวัดผลจากการเปรียบเทียบ ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับ
การป้องกัน การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และการให้บริการแบบเดิม ในด้านอัตราการตกเลือดหลังคลอดใน
ระยะแรก และอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก รวมทั้งศึกษาความพึงพอใจของพยาบาล
ต่อการใช้ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ก่อนและหลังการ
ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

๒ เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย

๑. หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่มาคลอดเข้ารับบริการในโรงพยาบาลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน
ระหว่าง ระหว่างเดือน มกราคม-สิงหาคม ๒๕๖๖ จำนวน ๖๐ คน

๒. เป็นผู้ที่ให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

๓ การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ

๑) กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ

๑.๑ กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ ได้แก่ ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดปกติทางช่องคลอด ในห้องคลอด
โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ระหว่าง เดือนตุลาคม ๒๕๖๕-กันยายน ๒๕๖๖ จำนวน ๓๐ คน

๑.๒ กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติฯ ได้แก่ ข้อมูลมารดาที่คลอดทางช่องคลอด ในห้องคลอดโรงพยาบาลท่า
วังผา

จังหวัดน่าน ระหว่างเดือนมกราคม – สิงหาคม ๒๕๖๖ จำนวน ๖๐ คน

๒) โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดอย่างน้อย ๑ ปี จำนวน ๑๐ คน (พยาบาลประจำห้องคลอด ๔ คนและ
พยาบาลหมุนเวียนที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานห้องคลอด ๖ คน)

จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย (Sample size)

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์มีมาคลอด ทุกราย ที่มารับบริการใน
โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ระหว่าง เดือนมกราคม – สิงหาคม ๒๕๖๖ จำนวน ๓๐ คน

- สถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ แล้วทดสอบความแตกต่างของข้อมูล
ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) จากนั้นจึงวิเคราะห์ระดับความ
เจ็บปวดในระยะ คลอดด้วยสถิติไคสแควร์ และวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดโดยใช้
สถิติค่าที (Independent t-test)

ผลการวิจัย

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง ๒๐-๒๕ ปี ร้อยละ ๕๐ จบการศึกษา
ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ ๕๓.๓ ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ ๔๓.๔ ส่วนใหญ่อายุครรภ์ ๓๘ สัปดาห์และ
อายุครรภ์ ๓๙ สัปดาห์ ร้อยละ ๓๐ ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง ๒๐-๒๕ ปี ร้อยละ ๕๓.๓ จบการศึกษา
ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ ๖๓.๓ ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ ๔๓.๓ ส่วนใหญ่อายุครรภ์ ๓๗ สัปดาห์ และ
อายุครรภ์ ๓๙ สัปดาห์ ร้อยละ ๓๓.๓ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > ๐.๐๕$) ๒. เปรียบเทียบระดับ
ความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะปากมดลูกเปิดช้า ๑-๓ เซนติเมตร กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความเจ็บปวด
ระดับน้อย จำนวน ๒๖ ราย (ร้อยละ ๘๖.๗) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความเจ็บปวดระดับ ปานกลาง จำนวน ๑๘
ราย (ร้อยละ ๖๐.๐) พบว่า ในระยะปากมดลูกเปิดช้ากลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่า กลุ่มควบคุม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๐๑$) ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ๔-๗ เซนติเมตร กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มี
ความเจ็บปวดระดับปานกลางจำนวน ๒๖ ราย (ร้อยละ ๘๖.๗) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความเจ็บปวดระดับมาก
จำนวน ๑๖ ราย (ร้อยละ ๕๓.๓) พบว่า ระยะปากมดลูกเปิดเร็วกลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่ม
ควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = ๐.๐๐๑$) และในระยะเปลี่ยนผ่านปากมดลูกเปิด ๘-๑๐ เซนติเมตร
กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีความเจ็บปวดระดับปานกลาง จำนวน ๑๗ ราย (ร้อยละ ๕๖.๗) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มี
ความเจ็บปวดระดับมาก จำนวน ๒๙ ราย (ร้อยละ ๙๖.๗) พบว่า ระยะเปลี่ยนผ่านกลุ่มทดลองมีระดับความ
เจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๐๑$) จึงสรุปได้ว่าในระยะคลอดของการคลอด
กลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๐๑$) (ตารางที่ ๑)

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ระดับความเจ็บปวดตามระยะปากมดลูกเปิด	กลุ่มทดลอง (n=๓๐) ควบคุม (n=๓๐๐)		P-value ^a
	จำนวน (ร้อยละ)		
ระยะปากมดลูกเปิดช้า ๑-๓ ชม.			
ความเจ็บปวดระดับน้อย (pain score ๑-๓)	๒๖ (๘๖.๗)	๑๒ (๔๐.๐)	<๐.๐๐๑
ความเจ็บปวดระดับปานกลาง (pain score ๔-๗)	๑๔ (๑๓.๓)	๑๘ (๖๐.๐)	
ความเจ็บปวดระดับมาก (pain score ๘-๑๐)	๐ (๐.๐๐)	๐ (๐.๐๐)	
ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ๔-๗ ชม.			
ความเจ็บปวดระดับน้อย (pain score ๑-๓)	๐ (๐.๐๐)	๐ (๐.๐๐)	๐.๐๐๑
ความเจ็บปวดระดับปานกลาง (pain score ๔-๗)	๔๖ (๘๖.๗)	๑๔ (๔๖.๗)	
ความเจ็บปวดระดับมาก (pain score ๘-๑๐)	๑๔ (๑๓.๓)	๑๖ (๕๓.๓)	
ระยะเปลี่ยนผ่านปากมดลูกเปิด ๘-๑๐ ชม			
ความเจ็บปวดระดับน้อย (pain score ๑-๓)	๑๗ (๕๖.๗)	๑(๓.๓๓)	<๐.๐๐๑
ความเจ็บปวดระดับปานกลาง (pain score ๔-๗)	๔ (๑๓.๓)	๑๘ (๖๐.๐)	
ความเจ็บปวดระดับมาก (pain score ๘-๑๐)	๑๓ (๔๓.๓)	๒๙ (๙๖.๗)	

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะปากมดลูกเปิดช้า ๑-๓ เซนติเมตร กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ($\bar{x} = ๙.๕๓$, S.D = ๐.๖๘) และกลุ่มควบคุม ($\bar{x} = ๘.๓๐$, S.D = ๑.๒๐) พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๐๑$) ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ๔-๗ เซนติเมตร กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ($\bar{x} = ๖.๖๓$, S.D = ๑.๒๙) และกลุ่มควบคุม ($\bar{x} = ๗.๗๗$, S.D = ๑.๐๐) พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = ๐.๐๐๖$) ระยะเปลี่ยนผ่านปากมดลูกเปิด ๘-๑๐ ชม. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ($\bar{x} = ๕.๓๗$, S.D = ๑.๔๙) และกลุ่มควบคุม ($\bar{x} = ๔.๓๐$, S.D = ๑.๒๓) พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = ๐.๐๐๔$) (ตารางที่ ๒)

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดระหว่างกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม

คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความ เจ็บปวดตามระยะปากมดลูกเปิด	กลุ่มทดลอง (n=๖๐) กลุ่มควบคุม (n=๖๐)				t	P-value
	\bar{x}	S.D	\bar{x}	S.D.		
ระยะปากมดลูกเปิดช้า ๑-๓ ชม.	๙.๕๓	๐.๖๘	๘.๓๐	๑.๒๐	๖.๙๖	<๐.๐๐๑
ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ๔-๗ ชม						
ระยะเปลี่ยนผ่าน ๘-๑๐ ชม	๖.๖๓	๑.๒๙	๕.๗๗	๑.๐๐	๒.๘๘	๐.๐๐๖
	๕.๓๗	๑.๔๙	๔.๓๐	๑.๒๓	๓.๐๑	๐.๐๐๔

อภิปรายผล

๑. ผลการวิจัย พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญ การเจ็บครรภ์คลอดมีระดับ ความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กิจกรรมในโปรแกรมโดยการให้ ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด ความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก และวิธีการบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอด โดยไม่ใช้ยา ทำให้ผู้คลอดเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการคลอด ได้รับการดูแลความสบายด้านร่างกาย สุขวิทยาส่วนบุคคล กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดหรือการบรรเทาปวดด้วยเทคนิคต่าง ๆ เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การนวดสัมผัสที่นุ่มนวล ทำให้ผู้คลอดรู้สึกบรรเทาความเจ็บปวดเกิดความสบาย สามารถควบคุมตนเองให้ผ่านพ้นกระบวนการคลอดไปได้ด้วยดีเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการคลอดและมองว่าการคลอด เป็นเหตุการณ์ที่มีคุณค่า (มาวศรี มานุษ และสุนันทา ศรีมาคำ, ๒๕๖๒) การประคับประคองด้านจิตใจ คอยปลอบใจ ให้ กำลังใจ ใช้การสัมผัสอย่างนุ่มนวล ทำให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวลลดลง ส่งผลให้ความทนต่อความปวดดีขึ้น (ธัญญารัตน์ กุลณีจิตต์เมธี, ๒๕๖๐) สอดคล้องกับการศึกษาของหญิง แทนรัตน์, พริยา ศุภศรีและวรรณนา ศุภสีมานนท์(๒๕๖๐) พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์มีคะแนนความ เจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติเพราะเป็นการเตรียมความพร้อมผู้คลอดในการเผชิญ การเจ็บครรภ์คลอด ทั้งด้านการเรียนรู้ (Cognitive coping) ด้านร่างกาย (Physiological coping) และด้านจิตใจ (Psychological coping) ทำให้ผู้คลอดสามารถรับความเป็นจริง ลดความกลัว และลดความเครียดในระยะรอคลอด ได้การตัดวงจรของลูปอาการความกลัว-ความตึงเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-tension-pain -cycle) จะสามารถ ทำให้ผู้คลอดความกลัว ลดความวิตกกังวล ทำให้ผู้คลอดเผชิญความเจ็บปวดมากขึ้น และสามารถควบคุมตนเองได้ แสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสม ไม่เอะอะโวยวาย ไม่ส่งเสียงดังตื่นทุรนทุราย หรือเรียกร้องการดูแลรักษามากกว่าปกติ

๒. ผลการวิจัย พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการเผชิญความความเจ็บปวดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะ ปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p = 0.001, p = 0.006, p = 0.004$ ตามลำดับ)

- ข้อเสนอแนะ

๑. ควรศึกษาวิจัยการส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดครรภ์แรกในกลุ่มผู้คลอดอื่นๆ เช่น ผู้คลอดด้วยรุ่น เป็นต้น

๒. ควรมีการพัฒนาสื่อการให้ความรู้หรือการเตรียมผู้คลอดให้สามารถเผชิญการเจ็บครรภ์ และได้ฝึกปฏิบัติ ด้วยตัวผู้คลอดเอง

๓. ควรมีการศึกษาวิจัยผลของการส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อผลลัพธ์ด้านอื่นๆ เช่น ระยะเวลาลคลอด ความพึงพอใจ ประสบการณ์คลอด เป็นต้น

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

นำรายละเอียดของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดครรภ์แรก ไปปรับใช้ ตามบริบทของพื้นที่เพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพและผลภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด

บทเรียนที่ได้รับ

เนื่องจากงานห้องคลอดตรงพยาบาลท่าวังผา มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี และเป็นครั้งแรกจำนวนมาก รวมทั้ง ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติและ แนวทางการดูแลมีการปรับปรุงให้ทันสมัย ตลอดเวลา ผู้ปฏิบัติต้องติดตาม และนำมาลงสู่การปฏิบัติจริง รวมทั้งสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคลากร และ ผู้ป่วยที่ยังยึดติดและมีทัศนคติ และความเชื่อท้องถิ่น เป็นแบบเดิม การทบทวนอย่างสม่ำเสมอ การทำงานเป็นทีม โดยเฉพาะร่วมกับองค์กรที่นอกจากสาธารณสุข ต้องสร้างการประสานงานที่ดี และมีรูปแบบที่ชัดเจน จะได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายเป็นอย่างดี

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ขอขอบคุณหน่วยงานโรงพยาบาลท่าวังผา ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่งานห้องคลอด และคลินิกฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ และผู้คลอดทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- เกศินี ไชยโม, จันทิมา ขนบดี และศรีสมร ภูมณสกุล. (๒๕๖๑). ผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องใน ระยะคลอด ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก. วารสารพยาบาล ตำรวจ, ๑๐(๒), ๔๐๐-๔๑๑.
- จันทนา โปรงเงิน, ศิริวรรณ แสงอินทร์และ วรรณทนา ศุภสีมานนท์. (๒๕๕๘). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองในการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอดและการควบคุมตนเองระหว่างการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๓(๑), ๑-๑๒.
- ชญาภรณ์เอกธรรมสุทธิ, และเกษร สุวิหะศิริ. (๒๕๖๒). การพยาบาลในระยะคลอด. พิมพ์ครั้งที่ ๒. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันพระบรมราชชนก, โครงการสวัสดิการวิชาการ.
- ธัญญารัตน์ กุลณิจิตต์เมธี. (๒๕๖๐). ความปวดและการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด. วารสารสมาคม สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, ๖(๒), ๑๕๘-๑๖๕.
- มาวศรี มาณูช และ สุนันทา ศรีมาคำ. (๒๕๖๒). ความสุขสบายท่ามกลางความปวดในระยะคลอด : แนวคิดสู่การปฏิบัติ. วารสารกระทรวงสาธารณสุข, ๒๔(๒), ๑-๑๑.
- หญิง แทนรัตน์, พิริยา ศุภศรีและวรรณทนา ศุภสีมานนท์. (๒๕๖๐). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ คลอดต่อคะแนนความเจ็บปวด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก. วารสารวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ, ๓๓(๓), ๖๔-๗๒

ผลการดูแลผู้ป่วยวาระท้ายต่อเนืองที่บ้าน โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

เจนจิรา โนศรี และ วัชรีย์ สมอินทร์

บทนำ

ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวนมาก เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ไตวายเรื้อรัง โรคหอบหืด ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) มากขึ้น ประกอบกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ปัจจุบันที่มีความทันสมัย จึงทำให้ผู้ป่วยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตมีช่วงเวลายาวนาน ส่งผลให้ต้องมีการดูแลภาวะต่างๆ ในระยะประคับประคองหรือระยะท้ายเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยระยะประคับประคองหรือระยะท้าย เป็นผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงทางคลินิก เปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลงและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง จนกระทั่งร่างกายไม่สามารถกลับเข้าสู่สภาพปกติได้และเสียชีวิตในที่สุด ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อาการที่บ่งบอกและสร้างความทุกข์ทรมานที่สุด คือความเจ็บปวดและทรมาน จนผู้ป่วยมีความบิคับคั้นทางด้านจิตวิญญาณจากความไม่แน่นอนของโรค เกิดปัญหาที่ซับซ้อนทั้งจากผู้ป่วยเองและครอบครัว

ในปี 2561-2562 ทีมพยาบาลโรงพยาบาลท่าวังผา ได้ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ในผู้ป่วย 4 โรคได้แก่ โรคมะเร็งระยะท้าย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะท้าย โรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลอื่นว่าเป็นผู้ป่วยวาระท้ายส่งต่อ เพื่อมารับการดูแลแบบประคับประคอง ที่เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลท่าวังผา ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ระหว่าง กันยายน 2561 – ตุลาคม 2562 มีจำนวน 32 คน ผู้ดูแลหลัก มีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีคุณสมบัติดังนี้ อายุ 18 ปีขึ้นไป และรับหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายในครั้งนี้นับมากที่สุด มีระยะเวลาดูแลมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ (ผู้ดูแลหลัก 1 คน ต่อผู้ป่วย 1 คน) แบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิด การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก และการประเมินคุณภาพการดูแลของโดนาปีเดียน (2) ระยะดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติการ ขั้นสังเกตการณ์และ ขั้นการสะท้อน (3) ระยะรวบรวมข้อมูลและประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้แก่ โรคมะเร็งระยะท้าย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะท้าย โรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยผู้ป่วยระยะท้ายจากโรงพยาบาลอื่น ที่เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลท่าวังผา จำนวน 32 คน และ ผู้ดูแลหลัก จำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (2) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจากโรงพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพอำเภอท่าวังผา (3) แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (4) แบบประเมินอาการรบกวน (5) แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (6) แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย และ (7) แบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ก่อนและหลังการดูแล ด้วยสถิติ Wilcoxon matched pairs signed rank ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์หลังการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ลดลงจากก่อนการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความพึงพอใจโดยรวมร้อยละ 90.85 แบ่งเป็นความพึงพอใจ 4 ด้านได้แก่ด้านการจัดการอาการทางร่างกายและความสุขสบายร้อยละ 90.66 ด้านการดูแลผู้ป่วยและการให้ข้อมูลร้อยละ 91.34 ด้านจัดการอาการรบกวนและอาการข้างเคียงต่างๆ ร้อยละ 93.76 ด้านการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว ร้อยละ 87.92 และผลการประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี ร้อยละ 93

ในปี 2563-2564 พบว่ามีการระบาดของโควิด -19 หลายระลอก ประชาชนในเขตอำเภotáวังผาได้รับผลกระทบดังกล่าวด้วย และโรงพยาบาลท่าวังผาได้รับมอบหมายให้เปิดบริการรองรับผู้ป่วยโควิด -19 ทั้งแผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน รวมทั้งโรงพยาบาลท่าวังผาได้รับคำสั่งให้เปิดโรงพยาบาลสนามเพื่อรองรับผู้ป่วยโควิด -19 ในจังหวัดน่านถึง 3 รอบด้วยกัน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง จากโรงพยาบาลท่าวังผาในเครือข่ายชุมชนสุขภาพ ไม่สามารถดำเนินการได้ครบถ้วนสมบูรณ์ มีการใช้วิธีการจัดส่งยาและอุปกรณ์การดูแลแบบทางไกลแทน มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพียงร้อยละ 19 เท่านั้น และการประเมินผลลัพธ์ทำได้ไม่ครอบคลุม จากข้อมูลในปี 2565 พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายและต้องการการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 212 คน เป็นจำนวนที่มากขึ้นกว่าปีก่อน และมีหลากหลายโรคมารวม พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากมีความต้องการที่จะกลับไปใช้ชีวิต ในช่วงสุดท้ายที่บ้าน กรณีนี้ญาติมักจะไม่เห็นด้วยเนื่องจากไม่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้ดีเท่าที่โรงพยาบาล อีกทั้งหากเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน จะไม่สามารถควบคุมได้ทันเพราะห่างไกลแพทย์ ประกอบกับเครือข่ายสุขภาพอำเภotáวังผามีการเปลี่ยนแปลงด้านการบริหารงานคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งย้ายไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน ส่งผลกระทบต่อการประสานงานและรูปแบบการดูแลดังกล่าว ทั้งด้านโครงสร้าง และระบบบริการ ดังนั้นทางทีมดูแลแบบประคับประคอง จากโรงพยาบาลท่าวังผาในเครือข่ายชุมชนสุขภาพ

ทีมวิจัยจึงได้นำบทเรียนต่างๆ มาทบทวนและปรับปรุงแบบการดูแลให้เหมาะสม และขยายผลนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจากโรงพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพอำเภotáวังผาไปใช้ในผู้ป่วยวาระท้ายทุกรายในอำเภotáวังผา โดยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนืองที่บ้าน เน้นการดูแลต่อเนืองที่บ้านและการติดตามเยี่ยมที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยวาระท้ายได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้รับความทุกข์ทรมานน้อยที่สุดหรือที่เรียกว่าการตายดี คือการจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (dignified Death) และยังสามารถลดความแออัดของโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายและเพิ่มรายรับให้แก่โรงพยาบาล นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาลได้อีกด้วย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอท่าวังผา ร่วมกันพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน โดยเน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติในการพัฒนากระบวนการดูแล มีการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ปัญหาและการแก้ไขปัญหาโดยตัวผู้ปฏิบัติงานเป็นระยะเพื่อนำสู่การปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติดังนี้ (1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลท่าวังผา ระหว่างตุลาคม 2565-กันยายน 2566 ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 164 คน (2) ผู้ดูแลหลัก มีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีคุณสมบัติดังนี้ อายุ 18 ปีขึ้นไป และรับหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายในครั้งนี้นานที่สุด มีระยะเวลาดูแลมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ (ผู้ดูแลหลัก 1 คน ต่อผู้ป่วย 1 คน) มีการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่

1. ระยะการวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ (กันยายน 2565)

การดูแลแบบประคับประคองไม่ใช่เพียงแค่การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหากแต่เป็นการแนวทางการดูแลในภาพกว้าง ตั้งแต่เริ่มเผชิญภาวะความเจ็บป่วยที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ครอบคลุมจนถึงการดูแลในช่วงที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต เป็นการดูแลแบบองค์รวมตั้งแต่ต้นตราบจนวาระสุดท้ายเมื่อกล่าวถึงผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง คนทั่วไปอาจคิดถึงภาพของผู้ป่วยที่หมดหวัง รอความตาย ใกล้เสียชีวิต ไม่สามารถรับการดูแลหรือการรักษาใดๆ ได้อีก แต่แท้จริงแล้ว เราสามารถช่วยเหลือบรรเทาอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ แม้ว่าไม่อาจกำจัดตัวโรคให้สิ้นไปได้ด้วยการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และโรค ยังมีการดำเนินอยู่อย่างต่อเนื่องแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วย โรคมะเร็ง และไม่ใช่โรคมะเร็ง คือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease) โรคหัวใจวาย (chronic heart failure) โรคไตวาย ระยะท้าย (end stage renal disease) โรคทางระบบประสาท เช่น โรคหลอดเลือดสมองตีบ (ischemic stroke) ภาวะเอดส์เต็มขั้น รวมถึงภาวะตับล้มเหลว (Hepatic Failure) เป็นต้น

จากปัญหาที่พบมากขึ้น จึงได้มีการจัดระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองขึ้นโดยแบ่งได้เป็น

1.1 การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (home health care) และการเยี่ยมบ้าน (home visit)

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน: ระบบการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เป็นต้น

การเยี่ยมบ้าน (home visit) : เป็นส่วนหนึ่ง ของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยทีมจะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน เป้าหมายของการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยที่บ้าน คือ สามารถวางแผนการรักษาให้เหมาะสมกับบริบท ของแต่ละบ้านโดยอาศัยการดูแลแบบองค์รวมเพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวสามารถดูแลรักษาโรคที่เผชิญได้อย่างถูกต้อง และมีสุขภาพที่ดีขึ้น

1.2 การให้ปรึกษาการดูแลแบบประคับประคองทางโทรศัพท์ (Teleconsulting)

1.3 การส่งยาทางไกล (Telemedicine)

2. ระยะการดำเนินงาน (Implementation) (ตุลาคม 2565 - 15 กันยายน 2566)

2.1 ประเมินผู้ป่วย และความพร้อมของครอบครัวก่อนจำหน่าย

2.2 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตหลังจากออกจากโรงพยาบาล ภายใน 1-3 วัน

2.3 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และโรค ยังมีการดำเนินอยู่อย่างต่อเนื่องแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วย โรคมะเร็ง และ ไม่ใช่โรคมะเร็ง

ทีมเยี่ยมบ้านจะออกเยี่ยมทุกวัน อังคาร พุธ พฤหัสบดีของสัปดาห์ โดยแบ่งตามการประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่ม PPS >70 % เยี่ยมทุก 2 เดือน

กลุ่ม PPS 40-70 % เยี่ยมทุก 1 เดือน

กลุ่ม PPS <30 % เยี่ยมเดือนละ 2 ครั้ง

2.4 ให้ปรึกษาการดูแลแบบประคับประคองทางโทรศัพท์ (Teleconsulting) ทั้งการติดตามโดยทีมของโรงพยาบาล และ การรับปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง (มีการจัดทีมให้คำปรึกษาที่ ER)

2.5 กรณีที่ญาติไม่สามารถมารับยาได้ หรือ บ้านไกล ทีมวิจัยจัดส่งยาให้ที่บ้าน ผ่านช่องทางไปรษณีย์ และ เครือข่ายรพ.สต.

2.6 ติดตามประเมินผล เดือนละ 1 ครั้ง และติดตามหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

1. แนวทางการการดูแลผู้ป่วยวาระท้ายต่อเนืองที่บ้าน ทีมวิจัยสร้างขึ้นภายใต้แนวคิดการดูแลต่อเนืองที่บ้าน ปรับให้เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ในปัจจุบัน นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวาระท้าย และพยาบาลเยี่ยมบ้าน ก่อนนำข้อเสนอแนะมาปรับแก้และนำลงสู่การปฏิบัติจริง
2. แบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี (dead with dignity / good death) (ไพรินทร์ สมบัติ, 2556)

3. ระยะการประเมินผล (16-30 กันยายน 2566)

3.1 ผลการติดตามเยี่ยมบ้าน แยกตามกลุ่มโรค

ผลการเยี่ยมผู้ป่วย Palliative care ปี 2566			
โรค	จำนวน (ราย)	เสียชีวิต (ราย)	ยอดคงเหลือ (ราย)
COPD	35	4	31
CKD	91	9	82
CA	47	10	37
Stroke	23	5	18
รวม	196	28	168

จากตารางพบว่า ผู้ป่วย COPD ได้รับการเยี่ยมทั้งหมด 35 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมดที่ต้องได้รับการเยี่ยม 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 เสียชีวิตไป 4 ราย คงเหลือที่ติดตามเยี่ยม 31 ราย ผู้ป่วย CKD ได้รับการเยี่ยมทั้งหมด 91 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมดที่ต้องได้รับการเยี่ยม 99 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.91 เสียชีวิตไป 9 ราย คงเหลือที่ติดตามเยี่ยม 90 ราย ผู้ป่วย CA ได้รับการเยี่ยมทั้งหมด 47 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมดที่ต้องได้รับการเยี่ยม 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 94 เสียชีวิตไป 10 ราย คงเหลือที่ติดตามเยี่ยม 40 ราย ผู้ป่วย Stroke ได้รับการเยี่ยมทั้งหมด 23 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมดที่ต้องได้รับการเยี่ยม 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 เสียชีวิตไป 5 ราย คงเหลือที่ติดตามเยี่ยม 18 ราย รวมผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมทั้งหมด 196 ราย เสียชีวิต 28 ราย ยอดผู้ป่วยที่ต้องเยี่ยม 188 ราย ยอดผู้ป่วยเยี่ยมทั้งหมด 196 ราย จาก 207 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.68

3.2 ผลการติดตามเยี่ยมบ้าน แยกตามระดับ Palliative Performance Scale (PPS)

Palliative Performance Scale (PPS)	
PPS %	จำนวน (ราย)
<30	40
40-70	46
>70	110

จากตารางพบว่า จากการประเมิน PPS ระดับ PPS < 30 % จำนวน 40 ราย ระดับ PPS 40-70% จำนวน 46 ราย ระดับ PPS > 70% จำนวน 110 ราย

3.3 ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

จากการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว แม้จะไม่มีลักษณะเชิงกายภาพที่สามารถนับเป็นจำนวนได้อย่างชัดเจน แต่จากการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการร่วมดูแลการเจ็บป่วยเป็นอย่างดี ปฏิบัติตามคำแนะนำ ร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วย ร่วมรับฟัง ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพ พุดคุยยิ้มแย้มแจ่มใสให้การต้อนรับเป็นอย่างดี

3.4 การเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี (Dead with dignity/Good death) ผลการประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี คือการประเมินโดยผู้ดูแลหลัก คิดเป็นร้อยละ 100

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลท่าวังผาจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านมากขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย และผู้ป่วยบางรายยังมีปัญหาสุขภาพการเจ็บป่วย ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาทางสังคมและปัญหาส่วนตัวที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข รวมไปถึงการดำเนินชีวิตภายใต้การเจ็บป่วยในชุมชน เครือข่ายสุขภาพยังต้องหาแนวทางการสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่ออยู่ในชุมชนต่อไป

บทเรียนที่ได้รับ การดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายมีความซับซ้อนมีความละเอียดอ่อนในการดูแล ควรมีการวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางร่วมกันในการแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง การเตรียมเจ้าหน้าที่ให้มีคุณสมบัติสามเข้าใจ มีทักษะเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง ควรนำหลักวิชาการที่เหมาะสมมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ มีประสิทธิผลที่เฉพาะต่อการดูแลเกิดผลลัพธ์ที่ดี

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ทีมต้องการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยระยะท้ายที่เผชิญอยู่ให้มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นผู้บริหารให้การสนับสนุนทั้งการออกนโยบาย เวลา ทรัพยากร แนวทางการแก้ไขปัญหา จัดสรรเวลาทำงาน ผู้ร่วมงาน รวมถึงญาติและเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการแก้ไขปัญหาต่างให้ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2557.

กิตติธร นิลมานัต. **การดูแลระยะท้ายของชีวิต**.สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์. 2555.

นพพร ธนามี สมพร รอดจินดา และ วรวรรณ ชำนาญช่าง. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง . **พุทธชินราชเวชสาร** 2557, 31(2):183-192.

บุษยามาส ชิวสกุลยง, และลดารัตน์ สาภินันท์. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองวัยผู้ใหญ่ ฉบับสวนดอก. ใน บุษยามาส ชิวสกุลยง, และคณะ (บรรณาธิการ), **การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง: Palliative care** (พิมพ์ครั้งที่ 2) เชียงใหม่: บริษัทการเวียงการพิมพ์ จำกัด 2557;34-46.

ไพรินทร์ สมบัติ. (2556). **แบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี**.กลุ่มงาน การพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน.

ภัควีร์ นาคะวิโร. ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. **วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย** 2560;7(1),11-23.

ลดารัตน์ สาภินันท์. **คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (The palliative care Outcome Scale :POS)**. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2556; 1-16.

วาสนา สวัสดิ์ดินถนาท, อมรพันธุ์ ฉานีรัตน์, และธารทิพย์ วิเศษธาร. (2558). พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข** 2558; 25(1):144-156.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการลดขยะและคัดแยกขยะ ของบุคลากรโรงพยาบาลท่าวังผา

ปฏิพัทธ์ คำอ้น , จิตริยา บุญชุม

ความเป็นมาและความสำคัญ

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาการกำจัดขยะมูลฝอยถือเป็นปัญหาใหญ่ระดับประเทศ ซึ่งควรได้รับการแก้ไข เพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นทั้งด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การท่องเที่ยวและสุขภาพอนามัยของประชาชน ทั้งทางกาย และสุขภาพจิต จากข้อมูลปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมีขยะมูลฝอยเกิดขึ้น ๒๕.๗๐ ล้านตัน หรือ ๗๐,๔๑๑ ตัน/วัน กระจายตัว ตามภูมิภาคต่าง ๆ มีอัตราการเกิดขยะมูลฝอย เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎรปีพ.ศ. ๒๕๖๕ ของกรมการปกครอง เฉลี่ยเท่ากับ ๑.๐๗ กิโลกรัม/คน/วัน (กรมควบคุมมลพิษ, ๒๕๖๕)

“ขยะ” เป็นปัญหาสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและก่อให้เกิดผลกระทบมากมาย เช่น มลพิษทางอากาศที่เกิดจากการเผาขยะกลางแจ้งทำให้เกิดควันและสารพิษทางอากาศ มลพิษทางน้ำที่เกิดจากการกองขยะบนพื้น เมื่อฝนตกลงมาบนกองขยะ สารพิษจะไหลลงสู่แหล่งน้ำทำให้เกิดน้ำเสีย และมูลฝอยตกค้างยังเป็น แหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรค ซึ่งล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอนามัยของประชาชน จึงจำเป็นต้องมี การบริหารจัดการอย่างถูกวิธีและเร่งด่วน รัฐบาลซึ่งนำโดยคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) กำหนดให้ การจัดการขยะเป็นวาระแห่งชาติ และได้มีมติเห็นชอบ roadmap การจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตราย ที่มี “การลดและคัดแยกขยะมูลฝอยตั้งแต่ต้นทาง” เป็นหนึ่งในขั้นตอนสำคัญใน roadmap รวมถึงการสร้างวินัย และสร้างจิตสำนึกรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม ให้ประชาชนทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการขยะ มูลฝอยตั้งแต่ต้นทางจนถึงการกำจัดขั้นสุดท้าย โดยการคัดแยกขยะ (Waste Separation) เป็นกระบวนการ หรือกิจกรรมในการจัดแบ่งหรือแยกขยะออกเป็นประเภทต่าง ๆ ตามลักษณะของขยะ เช่น แก้ว กระดาษ พลาสติก โลหะ อลูมิเนียม โดยใช้แรงงานคนหรือเครื่องจักรกลเพื่อนำกลับไปใช้ประโยชน์ใหม่ หรือใช้ ประโยชน์ทางพาณิชย์ (Pollution Control Department, ๒๐๐๘)

โรงพยาบาลท่าวังผาเป็นโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีขนาด ๓๐ เตียง มีจำนวนขยะมูลฝอย ในปี ๒๕๖๔ ระยะเวลา ๑๒ เดือน เฉลี่ยเดือนละ ๑,๘๔๑.๘๓ กิโลกรัมในปี ๒๕๖๕ ระยะเวลา ๑๒ เดือน รวมทั้งหมด ๒๕,๔๑๐ กิโลกรัม เฉลี่ยเดือนละ ๒,๑๑๗.๕ กิโลกรัม และในปี ๒๕๖๖ ระยะเวลา ๗ เดือน รวมทั้งหมด ๑๒,๙๘๓ กิโลกรัม เฉลี่ยเดือนละ ๑,๘๕๔.๗๑ กิโลกรัม ครั้งนี้ทางโรงพยาบาลว่ามีแนวทางควบคุมขยะมูลฝอยในโรงพยาบาล โดยการจัดตั้งหน่วยงานเพื่อควบคุมการจัดการขยะของโรงพยาบาลให้ถูกต้อง และในปัจจุบันโรงพยาบาลท่าวังผามีการกำจัดขยะมูลฝอยดำเนินการด้วยการจ้างเหมา เทศบาลท่าวังผา และขยะมูลฝอยอันตรายขนย้ายขยะที่นำไปกำจัดที่เตาเผาขยะของเทศบาลเมืองน่าน ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการกำจัดขยะมูลฝอยเหล่านั้นในแต่ละ ปี รวมเป็นจำนวนถึง ๒๖๓๘๒๐ บาท (ข้อมูลรายงานประจำปี, ๒๕๖๖)

ในปัจจุบันประชาชนเริ่มให้ความสนใจเกี่ยวกับอันตรายของขยะมูลฝอยมากขึ้น เนื่องจากปัญหาขยะมูลฝอยเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมตลอดจนระบบนิเวศโดยทั่วไป ซึ่งเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเป็นกลุ่มบุคคลหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับขยะมูลฝอย โดยเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเหล่านี้ควรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับการจัดการขยะอย่างถูกวิธี ทั้งในด้านแหล่งกำเนิด ประเภท ลักษณะรวมทั้งระบบการจัดการขยะมูลฝอยที่ถูกวิธี คือ การเก็บรวบรวม การคัดแยก การขนส่ง และการกำจัด เพื่อให้เป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม ไม่เป็นอันตรายต่อเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล ดังนั้นในการจัดการขยะมูลฝอยให้มีประสิทธิภาพ จึง

ควรได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะมูลฝอยทั่วไปทุกคน ถ้าเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมืออย่างจริงจังแล้ว จะส่งผลให้ปริมาณขยะมูลฝอยลดลงอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้เกิดการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการเสริมสร้างสุขภาพอนามัยที่ดี ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและประชาชนโดยทั่วไป (วิลาวัลย์ หินคำ)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ปริมาณขยะมูลฝอยในโรงพยาบาลท่าวังผา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อทำให้โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการมากขึ้นจึงต้องหาแนวทางในการลดปริมาณขยะทั้งนี้การจะศึกษาวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าว จำเป็นจะต้องได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะมูลฝอยในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงจำเป็นต้องทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ พฤติกรรมและทัศนคติต่อการลดขยะและคัดแยกขยะของบุคลากรโรงพยาบาลท่าวังผาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการคัดแยกขยะบุคลากรโรงพยาบาลท่าวังผา
๒. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ ต่อพฤติกรรม ในการลดขยะและคัดแยกขยะบุคลากรโรงพยาบาลท่าวังผา

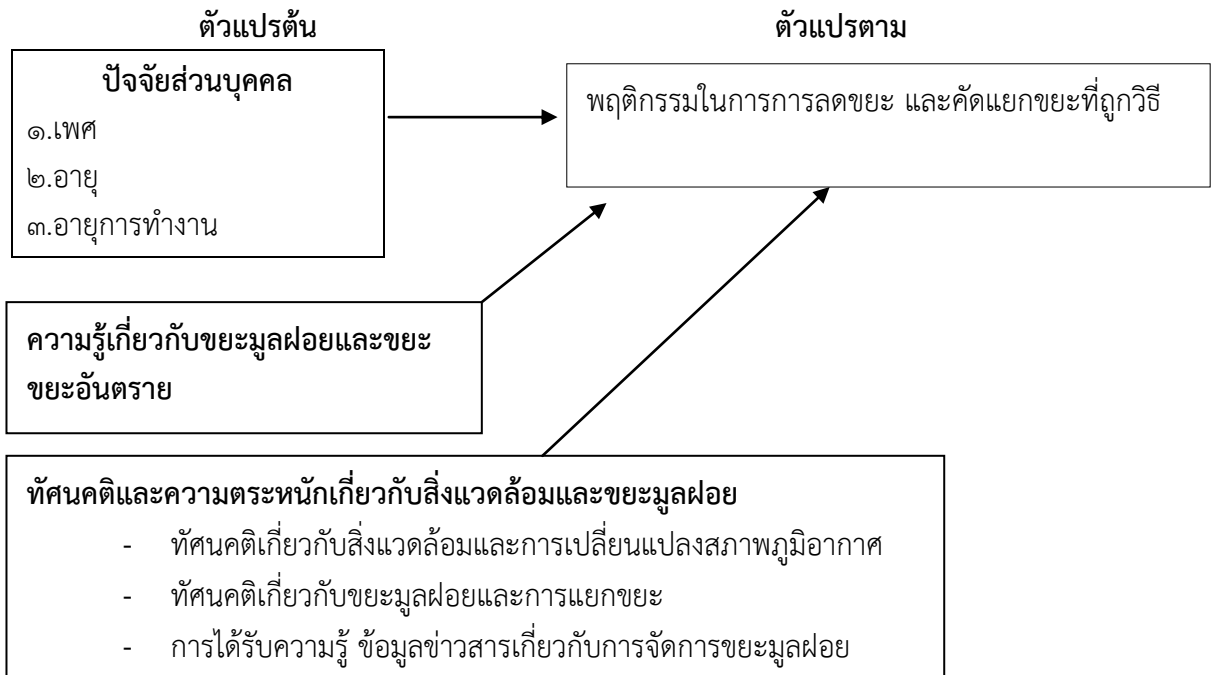
ระเบียบวิธีวิจัย

แบบของการวิจัย (research design) วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

กรอบแนวคิด

งานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการลดขยะและคัดแยกขยะของบุคลากรโรงพยาบาลท่าวังผาผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework) ประกอบด้วย ๒ ตัวแปรที่ใช้ในการทำวิจัย คือ

๑. ตัวแปรต้น (Independent Variables) ได้แก่ เพศ อายุ และพฤติกรรม
๒. ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ การลดขยะ และคัดแยกขยะที่ถูกวิธี



ประชากร/กลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่บุคลากรโรงพยาบาลท่าวังผา จำนวน ๔๖ ราย คัดเลือกโดย วิธี
เฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (instrument of research) ใช้เครื่องมือ.....๑.....ชิ้นคือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมและทัศนคติต่อการลดขยะและคัดแยกขยะ
ประกอบด้วย ๔ ส่วน โดยประยุกต์หลักเกณฑ์ของ

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร ได้แก่ เพศ อายุ อายุการทำงานจำนวน ๓ ข้อ

ส่วนที่ ๒ ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขยะมูลฝอยและขยะอันตราย ออกจำนวน ๔ ข้อ มี
ลักษณะเลือกตอบ ทราบ กับ ไม่ทราบ และเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับความคิดเห็น	หมายถึง	ผู้ตอบข้อคำถามผิด
๐ คะแนน	ตอบไม่ทราบ	หมายถึง	ผู้ตอบข้อคำถามผิด
๑ คะแนน	ตอบทราบ	หมายถึง	ผู้ตอบข้อคำถามถูกต้อง

ส่วนที่ ๓ ทัศนคติในการจัดการขยะมูลฝอยและความตระหนักเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและขยะมูลฝอย ในด้าน
ต่างๆประกอบด้วย ทัศนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ทัศนคติเกี่ยวกับขยะมูลฝอย
และการแยกขยะ การได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย มีลักษณะแบบมาตราส่วน
ประมาณค่า (Rating Scale) ๕ ระดับ กำหนดตัวเลือกเป็น เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยกำหนดคะแนน ดังนี้(บุญชม ศรีสะอาด,๒๕๔๗)

๕ หมายถึง ระดับทัศนคติเห็นด้วยอย่างยิ่ง

๔ หมายถึง ระดับทัศนคติเห็นด้วย

๓ หมายถึง ระดับทัศนคติไม่แน่ใจ

๒ หมายถึง ระดับทัศนคติไม่เห็นด้วย

๑ หมายถึง ระดับทัศนคติไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ ๔ พฤติกรรมในการลดและแยกขยะ เป็นแบบวัดของ Likert's scale ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตร
ส่วนประมาณค่า (Rating Scales) ๕ ระดับ โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

๕ หมายถึง ระดับพฤติกรรมเป็นประจำ

๔ หมายถึง ระดับพฤติกรรมบ่อยครั้ง(๕-๖วัน)

๓ หมายถึง ระดับพฤติกรรมบางครั้ง(อาทิตย์ละ ครั้ง)

๒ หมายถึง ระดับพฤติกรรมนานๆครั้ง(๑-๒เดือนต่อครั้ง)

๑ หมายถึง ระดับพฤติกรรมไม่เคย

โดยผู้วิจัยทำการรวบรวมคะแนนทั้งหมดมาจัดแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์
โดยประยุกต์หลักเกณฑ์ของ (ชูศรี วงศ์รัตน์,๒๕๕๐, น.๒๕)มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น ๓ ระดับ

$$\begin{aligned} \text{เกณฑ์คะแนนเฉลี่ย} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชิ้น}} \\ &= \frac{๒ - ๑}{๓} \\ &= ๐.๓๓ \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลความหมายความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย ๑ - ๐.๓๓ หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย ๐.๓๔-๑.๖๗ หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย ๑.๖๘-๒ หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับสูง

เกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยทัศนคติในการจัดการขยะมูลฝอย

ค่าเฉลี่ย ๔.๒๑-๕.๐๐ หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ค่าเฉลี่ย ๓.๔๑-๔.๒๐ หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับ เห็นด้วย

ค่าเฉลี่ย ๒.๖๑-๓.๔๐ หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับ ไม่แน่ใจ

ค่าเฉลี่ย ๑.๘๑-๒.๖๐ หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับ ไม่เห็นด้วย

ค่าเฉลี่ย ๑.๐๐-๑.๘๐ หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย

ค่าเฉลี่ย ๔.๒๑-๕.๐๐ หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับ มากที่สุด

ค่าเฉลี่ย ๓.๔๑-๔.๒๐ หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับ มาก

ค่าเฉลี่ย ๒.๖๑-๓.๔๐ หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับ ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย ๑.๘๑-๒.๖๐ หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับ น้อย

ค่าเฉลี่ย ๑.๐๐-๑.๘๐ หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับ น้อยที่สุด

ระยะเวลาในการทำวิจัย นับตั้งแต่ ๑ มกราคม ๒๕๖๖ ถึง ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖

สถิติที่ใช้ สถิติที่ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลใช้วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน คำแนะนำ/ข้อเสนอแนะ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการ รวบรวมข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Pearson correlation

ผลการวิจัย

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลด้านคุณลักษณะ

ตาราง ๑ จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะ

คุณลักษณะ	จำนวน (N=๔๖ คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๑๕	๓๒.๖๑
หญิง	๓๑	๖๗.๓๙
รวม	๔๖	๑๐๐
อายุ (ปี) (Mean = ๕๓.๐๙, S.D. = ๑๔.๔๕, Min = ๒๓, Max = ๖๐)		
๒๑-๓๐	๘	๑๗.๓๙
๓๑-๔๐	๑๘	๓๙.๑๓
๔๑-๕๐	๗	๑๕.๒๒
๕๑-๖๐	๑๓	๒๘.๒๖
รวม	๔๖	๑๐๐.๐

ตาราง ๑ จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะ (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน (N=๔๖ คน)	ร้อยละ
อายุการทำงาน (ปี) (Mean = ๑๓.๓๙, S.D. = ๑๑.๒๗, Min = ๑, Max = ๓๗)		
๑-๕	๑๕	๓๒.๖๑
๖-๑๐	๘	๑๗.๓๙
๑๑-๑๕	๖	๑๓.๐๔
๑๖-๒๐	๕	๑๐.๘๗
๒๑-๒๕	๓	๖.๕๒
๒๖-๓๐	๕	๑๐.๘๗
๓๑-๓๕	๑	๒.๑๗
๓๖-๔๐	๓	๖.๕๒
รวม	๔๖	๑๐๐

จากตารางที่ ๑ พบว่า ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลท่าวังผาอายุ ๒๑ - ๖๐ ปีทั้งหมด จำนวน ๔๖ คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ ๖๗.๓๙ ช่วงอายุที่พบมากที่สุด ๓๑ - ๔๐ ปี(๓๙.๑๓) และ ช่วงอายุการทำงานที่พบมากที่สุด ๑ - ๕ ปี(๓๒.๖๑)

ส่วนที่ ๒ ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขยะมูลฝอยและขยะอันตราย
 ตารางที่ ๒ ความรู้เกี่ยวกับขยะมูลฝอย

ข้อคำถาม	จำนวน (ร้อยละ)		\bar{X}	S.D.	แปลผล
	ไม่ทราบ	ทราบ			
หากเราไม่แยกขยะแล้วนำขยะไปฝังกลบหรือเผา ก็จะทำให้เกิดก๊าซเรือนกระจกที่ทำให้เกิดภาวะโลกร้อนรวมทั้งมลพิษอื่นๆ	๗ (๑๕.๕๖)	๓๙ (๘๖.๖๖)	๑.๘๕	๐.๓๖	สูง
ประเทศไทยติดอันดับ ๑ ใน ๕ ประเทศที่ทิ้งขยะพลาสติกลงทะเลมากที่สุดในโลก	๒๘ (๖๒.๒๒)	๑๘ (๔๐.๐๐)	๑.๓๗	๐.๔๘	ปานกลาง
การผลิตเม็ดพลาสติกในอุตสาหกรรมเครื่องสำอาง และการทิ้งขยะพลาสติกลงทะเลนำไปสู่ปัญหาไมโครพลาสติกที่สร้างความเสี่ยงที่จะเข้าห่วงโซ่อาหารของมนุษย์	๑๗ (๓๗.๗๘)	๒๙ (๖๔.๔๔)	๑.๖๑	๐.๔๙	ปานกลาง
รัฐบาล คสช. ประกาศให้ปัญหาขยะเป็นวาระแห่งชาติ มีการจัดทำแผน roadmap เพื่อแก้ปัญหาขยะมูลฝอยและขยะอันตราย	๒๕ (๕๕.๕๖)	๒๑ (๔๖.๖๖)	๑.๔๖	๐.๕๐	ปานกลาง
รวม			๑.๕๗	๐.๔๖	ปานกลาง

จากตารางที่ ๒ พบว่าบุคลากรในโรงพยาบาลท่าวังผาอายุ ๒๑ - ๖๐ ปี มีความรู้โรคเกี่ยวกับขยะมูลฝอยอยู่ในระดับปานกลางโดยมีคะแนนเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ ๑.๕๗ (S.D. = ๐.๔๖) เมื่อพิจารณาการตอบคำถามข้อที่ถูกสูงสุด คือ หากเราไม่แยกขยะแล้วนำขยะไปฝังกลบหรือเผาาก็จะเกิดก๊าซเรือนกระจกที่ทำให้เกิดภาวะโลกร้อนรวมทั้งมลพิษอื่นๆ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๐.๓๖ และตอบถูกน้อยที่สุด คือ ประเทศไทยติดอันดับ ๑ ใน ๕ ประเทศที่ทิ้งขยะพลาสติกลงทะเลมากที่สุดในโลก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๐.๔๘

ส่วนที่ ๓ ทศนคติและความตระหนักเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและขยะมูลฝอยของบุคลากรโรงพยาบาลท่าวังผา

ผลวิเคราะห์ทศนคติและความตระหนักเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลท่าวังผาในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วยทศนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ทศนคติเกี่ยวกับขยะมูลฝอยและการแยกขยะ และการได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแสดงดังนี้

ตารางที่ ๓.๑ ทศนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					\bar{X}	S.D.	แปลผล
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง			
เราเข้าใจลัทธิที่ทรพยากรในโลกไม่สามารถรองรับประชากรได้เพียงพออีกต่อไปแล้ว	๐	๔ (๘.๘๙)	๑๖ (๓๕.๕๖)	๑๖ (๓๕.๕๖)	๑๐ (๒๒.๒๒)	๓.๗๔	๐.๙๒	เห็นด้วย
ถ้ามนุษย์ยังทำตัวอย่างเช่นทุกวันนี้ไม่ช้าเราจะประสบหายนะทางระบบนิเวศ	๐	๒ (๔.๔๔)	๘ (๑๗.๗๘)	๒๒ (๔๘.๘๙)	๑๔ (๓๑.๑๑)	๔.๐๙	๐.๘๑	เห็นด้วย
การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศหรือภาวะโลกร้อนเป็น ปัญหาที่ร้ายแรงอย่างมากและเกิดขึ้นจริง	๐	๓ (๖.๖๗)	๔ (๘.๘๙)	๑๔ (๓๑.๑๑)	๒๕ (๕๕.๕๖)	๔.๓๕	๐.๙๐	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ฉันเต็มใจที่จะจ่ายสินค้าและบริการแพงขึ้นเพื่อช่วยลดภาวะโลกร้อน (สมมติว่าต้องจ่ายเพิ่มอีก ๑๕๐ บาทต่อเดือนสำหรับค่าไฟหรือค่าน้ำมันเชื้อเพลิงที่มาจากพลังงานสะอาด)	๓ (๖.๖๗)	๓ (๖.๖๗)	๑๖ (๓๕.๕๖)	๑๖ (๓๕.๕๖)	๘ (๑๗.๗๘)	๓.๕๒	๑.๐๙	เห็นด้วย
รวม						๓.๙๒	๐.๙๓	เห็นด้วย

จากตารางที่ ๓.๑ พบว่าบุคลากรในโรงพยาบาลท่าวังผาอายุ ๒๑ - ๖๐ ปี มีทัศนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในระดับเห็นด้วย โดยมีคะแนนเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ ๓.๙๒ (S.D. = ๐.๙๓) เมื่อพิจารณาระดับทัศนคติ สิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ที่สูงสุด คือ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศหรือภาวะโลกร้อนเป็น ปัญหาที่ร้ายแรงอย่างมากและเกิดขึ้นจริง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๐.๙ ระดับทัศนคติ สิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศต่ำสุด คือ ฉันเต็มใจที่จะจ่ายสินค้าและบริการแพงขึ้นเพื่อช่วยลดภาวะโลกร้อน (สมมติท่านต้องจ่ายเพิ่มอีก ๑๕๐ บาทต่อเดือน สำหรับค่าไฟหรือค่าน้ำมันเชื้อเพลิงที่มาจากพลังงานสะอาด) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๑.๐๙

๓.๒ ทัศนคติเกี่ยวกับขยะมูลฝอยและการแยกขยะ

ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					\bar{X}	S.D.	แปลผล
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง			
การแก้ปัญหาหมลพิษจากขยะมูลฝอยเป็นเรื่องของรัฐบาลและท้องถิ่น ไม่ใช่เรื่องของฉัน	๒๓ (๕๑.๑๑)	๑๖ (๓๕.๕๖)	๗ (๑๕.๕๖)	๐	๐	๑.๖๕	๐.๗๓	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
แม้ว่าฉันจะแยกขยะ แต่พนักงานเก็บขยะก็นำไปทิ้งรวมกันอยู่ดี	๕ (๑๑.๑๑)	๓ (๖.๖๗)	๒๕ (๕๕.๕๖)	๑๒ (๒๖.๖๗)	๑ (๒.๒๒)	๓.๐๐	๐.๙๔	ไม่แน่ใจ
การแยกขยะเป็นสิ่งที่เสียเวลา/ไร้ประโยชน์	๒๓ (๕๑.๑๑)	๑๗ (๓๗.๗๘)	๓ (๖.๖๗)	๒ (๔.๔๔)	๑ (๒.๒๒)	๑.๗๖	๐.๙๔	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
การแยกขยะเป็นเรื่องยุ่งยาก ซับซ้อน	๒๔ (๕๓.๓๓)	๑๑ (๒๔.๔๔)	๔ (๘.๘๘)	๗ (๑๕.๕๖)	๐	๑.๘๙	๑.๑	ไม่เห็นด้วย
การแยกขยะต้องใช้พื้นที่จัดเก็บ ทำให้ไม่สะดวกที่จะแยกขยะ	๑๗ (๓๗.๗๘)	๗ (๑๕.๕๖)	๑๐ (๒๒.๒๒)	๑๒ (๒๖.๖๗)	๐	๒.๓๙	๑.๒๒	ไม่เห็นด้วย
ฉันคิดว่า ปัญหาขยะของประเทศรุนแรงขึ้นทุกวันและจะส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของทุกคน	๔ (๘.๘๘)	๒ (๔.๔๔)	๒ (๔.๔๔)	๒๑ (๔๖.๖๗)	๑๗ (๓๗.๗๘)	๔.๐๒	๑.๑๘	เห็นด้วย
หากพวกเราทุกคนช่วยกันลดและแยกขยะมูลฝอย ก็จะช่วยแก้ปัญหาขยะของ	๒ (๔.๔๔)	๑ (๒.๒๒)	๔ (๘.๘๘)	๑๘ (๔๐)	๒๑ (๔๖.๖๗)	๔.๒๔	๐.๙๔	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ประเทศไทย								
การแยกขยะ ช่วยลด ภาวะโลกร้อน	๑ (๒.๒๒)	๑ (๒.๒๒)	๖ (๑๓.๓๓)	๑๖ (๓๕.๕๖)	๒๒ (๔๘.๘๙)	๔.๒๔	๐.๙๒	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
การแยกขยะเป็นเรื่อง ง่ายและใกล้ตัว	๒ (๔.๔๔)	๐	๒ (๔.๔๔)	๒๕ (๕๕.๕๖)	๑๗ (๓๗.๗๘)	๔.๒	๐.๘๘	เห็น ด้วย
ฉันรู้วิธีการแยกขยะเป็น อย่างดี (รู้ว่าขยะแต่ละ ประเภทรีไซเคิลได้/ ไม่ได้)	๒ (๔.๔๔)	๓ (๖.๖๗)	๑๐ (๒๒.๒๒)	๒๕ (๕๕.๕๖)	๖ (๑๓.๓๓)	๓.๖๕	๐.๙๗	เห็น ด้วย
การลดหรือป้องกันไม่ให้ เกิดขยะ (เช่น ไม่รับ ถุงพลาสติก, พกถุงผ้า) เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เพราะสวนทางกับความ เคยชิน	๑๐ (๒๒.๒๒)	๑๐ (๒๒.๒๒)	๗ (๑๕.๕๖)	๑๔ (๓๑.๑๑)	๕ (๑๑.๑๑)	๒.๘๙	๑.๓๘	ไม่ แน่ใจ
ฉันรู้สึกว่าการแยกขยะ เป็นความรับผิดชอบที่ สำคัญสำหรับตัวฉัน	๑ (๒.๒๒)	๑ (๒.๒๒)	๑๐ (๒๒.๒๒)	๒๓ (๕๑.๑๑)	๑๑ (๒๕.๔๔)	๓.๙๓	๐.๘๗	เห็น ด้วย
ฉันรู้สึกผิด หากฉันไม่ แยกขยะตามกฎเกณฑ์ที่ กำหนด	๑ (๒.๒๒)	๒ (๔.๔๔)	๒๐ (๔๔.๔๔)	๑๗ (๓๗.๗๘)	๖ (๑๓.๓๓)	๓.๕๗	๐.๘๘	เห็น ด้วย
ฉันรู้สึกว่า คนรอบข้าง ฉัน (ครอบครัว, เพื่อน ร่วมงาน, อาจารย์ ,ผู้บริหาร) คาดหวังให้ ฉันแยกขยะ	๑ (๒.๒๒)	๓ (๖.๖๗)	๒๖ (๕๗.๗๘)	๑๕ (๓๓.๓๓)	๑ (๒.๒๒)	๓.๓	๐.๗๕	ไม่ แน่ใจ
ถ้าฉันเห็นคนรอบข้าง ฉัน (ครอบครัว, เพื่อน ร่วมงาน, อาจารย์ ,ผู้บริหาร) ของฉันแยก ขยะ ฉันก็จะแยกขยะ ด้วย	๒ (๔.๔๔)	๒ (๔.๔๔)	๙ (๒๐)	๒๗ (๖๐.๐๐)	๖ (๑๓.๓๓)	๓.๗๒	๐.๙๓	เห็น ด้วย
						๓.๒	๐.๙	ไม่ แน่ใจ
						๓	๗	ไม่ แน่ใจ

จากตารางที่ ๓.๒ พบว่า พบว่าบุคลากรในโรงพยาบาลท่าวังผาอายุ ๒๑ – ๖๐ ปี มีทัศนคติเกี่ยวกับขยะมูลฝอยและการแยกขยะในระดับไม่แน่ใจ โดยมีคะแนนเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ ๓.๒๓ (S.D. = ๐.๙๗) เมื่อพิจารณาระดับทัศนคติเกี่ยวกับขยะมูลฝอยและการแยกขยะ ที่สูงสุด ๓ อันดับแรก คือ หากพวกเราทุกคนช่วยกันลดและแยกขยะมูลฝอย ก็จะช่วยแก้ปัญหาขยะของประเทศได้ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๐.๙๔ รองลงมา การแยกขยะช่วยลดภาวะโลกร้อน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๐.๙๒ และการแยกขยะเป็นเรื่องง่ายและใกล้ตัว คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๐.๘๘ ตามลำดับและระดับทัศนคติเกี่ยวกับขยะมูลฝอยและการแยกขยะ ต่ำสุด ๓ อันดับ คือการแก้ปัญหามลพิษจากขยะมูลฝอยเป็นเรื่องของรัฐบาลและท้องถิ่นไม่ใช่เรื่องของฉัน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๐.๗๓ รองลงมา คือ การแยกขยะเป็นสิ่งที่เสียเวลา/ไร้ประโยชน์ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๐.๙๔ และการแยกขยะเป็นเรื่องยุ่งยาก ซับซ้อน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๑.๑ ตามลำดับ

ตารางที่ ๓.๓ การได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย

ข้อความ/คำถาม	จำนวน (ร้อยละ)					\bar{X}	S.D.	แปลผล
	น้อยมาก	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
ท่านคิดว่า ท่านได้รับความรู้เรื่อง การลดและแยกขยะ (ขยะอินทรีย์, ขยะทั่วไป, ขยะรีไซเคิล, ขยะอันตราย) จาก โรงเรียนที่ท่านได้ศึกษาเล่าเรียน มา มากน้อยเพียงใด	๒ (๔.๔๔)	๘ (๑๗.๗๘)	๑๓ (๒๘.๘๘)	๑๖ (๓๕.๕๖)	๗ (๑๕.๕๖)	๓.๔๑	๑.๐๙	มาก
ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการลดและแยกขยะ ผ่านสื่อ โทรทัศน์/วิทยุ/หนังสือพิมพ์ มากน้อยเพียงใด	๒ (๔.๔๔)	๖ (๑๓.๓๓)	๑๕ (๑๑.๑๑)	๑๗ (๓๗.๗๘)	๖ (๑๓.๓๓)	๓.๔๖	๑.๐๑	มาก
ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการลดและแยกขยะ ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (Facebook, Line) มากน้อยเพียงใด	๒ (๔.๔๔)	๒ (๔.๔๔)	๑๗ (๓๗.๗๘)	๑๘ (๔๐.๐๐)	๑๗ (๓๗.๗๘)	๓.๕๔	๐.๙๘	มาก
			รวม			๓.๔๗	๑.๐๒	มาก

จากตารางที่ ๓.๓ พบว่าบุคลากรในโรงพยาบาลท่าวังผาอายุ ๒๑ – ๖๐ ปี ได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ ๓.๔๗ (S.D. = ๑.๐๒) เมื่อพิจารณา ระดับการได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย ที่สูงสุด คือ ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการลดและแยกขยะ ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (Facebook, Line) มากน้อยเพียงใด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๕๔ และระดับการได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยต่ำสุดคือท่านคิดว่า ท่านได้รับความรู้เรื่อง การลดและแยกขยะ (ขยะอินทรีย์, ขยะทั่วไป, ขยะรีไซเคิล, ขยะอันตราย) จากโรงเรียนที่ท่านได้ศึกษาเล่าเรียนมา มากน้อยเพียงใด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๔๑

ตารางที่ ๓.๔ สรุปผลทัศนคติและความตระหนักเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและขยะมูลฝอย และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย

ประเด็นที่ศึกษา	\bar{X}	S.D	แปลผล
๑.ทัศนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ	๓.๙๒	๐.๙๓	มาก
๒.ทัศนคติเกี่ยวกับขยะมูลฝอยและการแยกขยะ	๓.๒๓	๐.๙๗	ปานกลาง
๓.การได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย	๓.๔๗	๑.๐๒	มาก
รวม	๓.๕๔	๐.๙๗	มาก

จากตารางที่ ๓.๔ พบว่าทัศนคติและความตระหนักเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและขยะมูลฝอยของบุคลากรโรงพยาบาลท่าวังผาโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ ๓.๕๔ เมื่อพิจารณา เป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีทัศนคติอยู่ในระดับมาก คือ ทัศนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และทัศนคติการได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย มีคะแนนเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ ๓.๙๒ และ ๓.๔๗ ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง คือ ทัศนคติเกี่ยวกับขยะมูลฝอยและการแยกขยะ คะแนนเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ ๓.๒๓

ส่วนที่ ๔ พฤติกรรมในการลดและแยกขยะ

ตารางที่ ๔ พฤติกรรมในการลดและแยกขยะ

ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					\bar{X}	S.D.	แปลผล
	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง (เช่น ๑-๒ เดือน ต่อครั้ง)	บางครั้ง (อาทิตย์ ละ ครั้ง)	บ่อยครั้ง (๕-๖ วัน)	เป็นประจำ (ทุกวัน/ ทุกครั้ง)			
๑.ท่านปฏิเสธการรับถุงพลาสติก เมื่อซื้อของ ๑ - ๒ ชิ้นหรือไม่	๓ (๖.๖๗)	๕ (๑๑.๑๑)	๕ (๑๑.๑๑)	๑๓ (๒๘.๘๙)	๒๐ (๔๔.๔๔)	๓.๘๕	๑.๒๔	มาก
๒.ท่านนำถุงผ้า/ถุงพลาสติกที่ใช้ซ้ำได้ไปซื้อของที่ร้านสะดวกซื้อ หรือซูเปอร์มาร์เก็ตบ้างหรือไม่	๗ (๑๕.๕๖)	๑๑ (๒๔.๔๔)	๑๓ (๒๘.๘๙)	๖ (๑๓.๓๓)	๙ (๒๐.๐๐)	๒.๙๖	๑.๓๑	ปานกลาง
๓.ท่านแยกขยะรีไซเคิลที่บ้านของท่านหรือไม่	๓ (๖.๖๗)	๖ (๑๓.๓๓)	๑๕ (๓๓.๓๓)	๙ (๒๐.๐๐)	๑๓ (๒๘.๘๙)	๓.๔๖	๑.๑๘	มาก
๔.ท่านได้แยกขยะเศษอาหารที่บ้านของท่าน มาหมักทำปุ๋ยหมัก หรือน้ำหมักหรือไม่	๑๑ (๒๔.๔๔)	๕ (๑๑.๑๑)	๑๓ (๒๘.๘๙)	๑๑ (๒๔.๔๔)	๖ (๑๓.๓๓)	๒.๘	๑.๒๕	ปานกลาง
๕.ท่านแยกทิ้งขยะอันตรายหรือไม่ (ไม่ทิ้งปะปนกับขยะทั่วไป)	๕ (๑๑.๑๑)	๒ (๔.๔๔)	๑๑ (๒๔.๔๔)	๙ (๑๗.๗๘)	๑๙ (๔๒.๒๒)	๓.๗	๑.๒๙	มาก
รวม						๓.๓๕	๑.๒	ปานกลาง

จากตารางที่ ๔ พบว่า พบว่าบุคลากรในโรงพยาบาลท่าวังผาอายุ ๒๑ – ๖๐ ปี มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการลดและแยกขยะ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ ๓.๓๕ (S.D. = ๑.๒๖) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการลดและแยกขยะ ในรายชื่อพบว่า มีพฤติกรรมในการลดและแยกขยะ ที่สูงสุด ๓ อันดับแรก คือ ท่านปฏิเสธการรับถุงพลาสติก เมื่อซื้อของ ๑ – ๒ ชั้นหรือไม่ (ร้านค้าในและรพ. ไม่รวมกรณีร้านค้าที่แจกถุง) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๑.๒๔ รองลงมา คือ ท่านแยกทิ้งขยะอันตรายหรือไม่ (ไม่ทิ้งปะปนกับขยะทั่วไป) (*ขยะอันตราย เช่น หลอดไฟ ถ่านไฟฉาย แบตเตอรี่มือถือ กระจก กระจกใส ฯลฯ) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๑.๒๙ และท่านแยกขยะรีไซเคิลที่บ้านของท่านหรือไม่ (กระดาษ, พลาสติก, โลหะ) (ไม่ว่าจะแยกเพื่อขายหรือเพื่อให้คนอื่นก็ตาม) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๑.๑๘ ตามลำดับ และระดับพฤติกรรมในการลดและแยกขยะ ต่ำสุด ๓ อันดับ คือ ท่านได้แยกขยะเศษอาหารที่บ้านของท่าน มากบ้างทำปุ๋ยหมัก หรือน้ำหมักหรือไม่ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๑.๒๕ รองลงมา คือ ท่านนำถุงผ้า/ถุงพลาสติกที่ใส่ซ้ำได้ไปซื้อของที่ร้านสะดวกซื้อ หรือซูเปอร์มาร์เก็ตบ้างหรือไม่ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๑.๓๑ และท่านแยกทิ้งขยะอันตรายหรือไม่ (ไม่ทิ้งปะปนกับขยะทั่วไป) (*ขยะอันตราย เช่น หลอดไฟ ถ่านไฟฉาย แบตเตอรี่มือถือ กระจก กระจกใส ฯลฯ) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๑.๒๙ ตามลำดับ

ส่วนที่ ๕ ความสัมพันธ์ของคุณลักษณะ ความรู้ ทักษะ มีผลต่อพฤติกรรม ในการลดขยะและคัดแยกขยะ บุคลากรโรงพยาบาลท่าวังผา

ตารางที่ ๕ ความสัมพันธ์ของเพศ อายุ และอายุการทำงาน มีผลต่อพฤติกรรม ในการลดขยะและคัดแยกขยะ บุคลากรโรงพยาบาลท่าวังผา

ปัจจัย	พฤติกรรม		ระดับความสัมพันธ์
	Correlation*	Sig. (๒-tailed)	
เพศ	๐.๑๙๖	๐.๑๙๑	ไม่มีความสัมพันธ์
อายุ	๐.๓๑๔*	๐.๐๓๔	มีความสัมพันธ์
อายุการทำงาน	๐.๓๖๗*	๐.๐๑๒	มีความสัมพันธ์

* Correlation is significant at the ๐.๐๕ level (๒-tailed)

จากตารางที่ ๕ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเพศ อายุ และอายุการทำงานมีผลต่อพฤติกรรมในการลดขยะและคัดแยกขยะบุคลากรโรงพยาบาลท่าวังผาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมลดและแยกขยะ ส่วนอายุและอายุการทำงานมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมลดและแยกขยะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ๐.๐๕

ตาราง ๖ ความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ ทักษะ มีผลต่อพฤติกรรม ในการลดขยะและคัดแยกขยะบุคลากรโรงพยาบาล
ท่าวังผา

ปัจจัย	พฤติกรรม		ระดับความสัมพันธ์
	Correlation*	Sig. (๒-tailed)	
ทัศนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ	๐.๓๙๒**	๐.๐๐๗	มีความสัมพันธ์
ทัศนคติเกี่ยวกับขยะมูลฝอยและการแยกขยะไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมลดและแยกขยะ	๐.๗๘๐	๐.๖๐๖	ไม่มีความสัมพันธ์
การได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย	๐.๑๗๓	๐.๒๔๙	ไม่มีความสัมพันธ์
ความรู้เกี่ยวกับขยะมูลฝอยและขยะอันตราย	๐.๒๓๑	๐.๑๒๒	ไม่มีความสัมพันธ์

**Correlation is significant at the ๐.๐๑ level (๒-tailed)

จากตารางที่ ๕ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ ทักษะ มีผลต่อพฤติกรรมในการลดขยะและคัดแยกขยะบุคลากรโรงพยาบาลท่าวังผาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยทางด้านทัศนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมลดและแยกขยะ ส่วนปัจจัยทางด้านทัศนคติเกี่ยวกับขยะมูลฝอยและการแยกขยะไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมลดและแยกขยะ ปัจจัยด้านการได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย และปัจจัยทางด้านความรู้เกี่ยวกับขยะมูลฝอยและขยะอันตรายไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมลดและแยกขยะ ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

อภิปรายผล

๑. คุณลักษณะส่วนบุคคลของประชากรที่ศึกษา พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๖๗.๔๐ อยู่ในช่วงอายุ ๓๑-๔๐ ปี มากที่สุด ร้อยละ ๓๙.๑๓ มีอายุเฉลี่ย ๕๓.๐๙ ปี อายุต่ำสุด ๒๓ ปี อายุมากที่สุด ๖๐ ปี และช่วงอายุการทำงานที่อยู่ในช่วง ๑-๕ ปี ร้อยละ ๓๒.๖๑ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าบุคลากรโรงพยาบาลท่าวังผาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และเป็นบุคลากรใหม่ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานเพียง ๑-๕ ปี

๑.๑. เพศ ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรโรงพยาบาลท่าวังผา พบว่า เพศหญิง ร้อยละ ๖๗.๓๙ เพศชาย ร้อยละ ๓๒.๖๑ มีเพศที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมในการจัดการขยะที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการขยะมูลฝอยหรือปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ในปัจจุบันได้มีการส่งเสริมให้ช่วยกัน โดยไม่มีการแบ่งเพศ เพราะเป็นปัญหาของทุกคน ทุกคนต้องร่วมมือกันจึงจะเกิดผลสำเร็จ จากข้อค้นพบนี้สามารถนำไปปรับใช้ในบริบทอื่นได้ในส่วนของการรณรงค์สร้างจิตสำนึกในการจัดการขยะสามารถสร้างได้ในทุกเพศ เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในการจัดการขยะในชุมชน จิตินันท์ เทียบศร. (๒๕๖๔) การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวดี สุขช่วย (๒๕๕๘) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลบ้านด่าน อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว พบว่า ประชาชนที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ ระดับ ๐.๐๕

๑.๒. อายุ ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรในโรงพยาบาลท่าวังผาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ ๓๑-๔๐ ปี ร้อยละ ๓๙.๑๓ มีอายุเฉลี่ย ๕๓.๐๙ ปี อายุต่ำสุด ๒๓ ปี อายุมากที่สุด ๖๐ ปี มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยในโรงพยาบาลสูงและพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับที่

ระดับ ๐.๐๕ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนริสราพิงโพธิ์ (๒๕๔๕:๑๐๗)ที่พบว่า มีปัจจัยด้านอายุมีผลทางบวกต่อการแยกประเภทขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ ๐.๐๕

๑.๓. อายุงาน ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรในโรงพยาบาลท่าวังผา ส่วนใหญ่ช่วงอายุการทำงานที่พบมากที่สุด ๑ – ๕ ปี ร้อยละ ๓๒.๖๑ และช่วงอายุการทำงานน้อยที่สุด ๓๑-๓๕ ปี ร้อยละ ๒.๑๗ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมลดและแยกขยะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ๐.๐๕

๒. ระดับความรู้ของบุคลากรในโรงพยาบาลท่าวังผา โดยภาพรวมส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะบุคลากรส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากสื่อต่างๆ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต ประกอบกับในงานสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลท่าวังผา ได้ดำเนินการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย จึงทำให้บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยดี สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของพรนาฏ คิตติอาณูช แก้ววงศ์ และสุดสาคร พุกงาน (๒๕๕๐, น.๓๓) พบว่า ประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอป่าพะยอมจังหวัดพัทลุง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย อยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน และงานวิจัยของสิชล เหมือนเลื่อน (๒๕๕๐, น.๖๒) พบว่า ประชาชนในตำบลคลอง อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการ ขยะมูลฝอย ระดับครัวเรือนอยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าบุคลากรในโรงพยาบาลท่าวังผามีความรู้เกี่ยวกับขยะมูลฝอย ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่อาจจะขาดความรู้เกี่ยวกับปัญหาจากขยะในภาพรวมของประเทศ โดยเฉพาะเรื่อง ประเทศไทยติดอันดับ ๑ ใน ๕ ประเทศที่ทิ้งขยะพลาสติกลงทะเลมากที่สุดในโลก รัฐบาล คสช. ประกาศให้ปัญหาขยะเป็นวาระแห่งชาติ มีการจัดทำแผน roadmap เพื่อแก้ปัญหามลพิษและขยะอันตราย และการผลิตเม็ดปิดสีในอุตสาหกรรมเครื่องสำอางและการทิ้งขยะพลาสติกลงทะเลนำไปสู่ปัญหาไมโครพลาสติกที่สร้างความเสี่ยงที่จะเข้าห่วงโซ่อาหารของมนุษย์ เมื่อพิจารณาข้อคำถามเรื่องความรู้รายข้อ พบว่าสามข้อนี้มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ซึ่งควรเพิ่มเติมความรู้ในส่วนนี้แก่บุคลากรให้มากขึ้น

๓. ทักษะในการลดขยะและคัดแยกขยะของบุคลากรโรงพยาบาลท่าวังผา ส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับมากอาจเป็นเพราะปัญหาขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อความเป็นอยู่ของประชาชนโดยตรง ซึ่งการรณรงค์เกี่ยวกับการคัดแยกขยะก่อนทิ้งของหน่วยงานราชการต่างๆ ย่อมทำให้การจัดการขยะมูลฝอยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิรนาฏ คิตติ อาณูช แก้ววงศ์ และสุดสาคร พุกงาน (๒๕๕๐, น. ๓๖) พบว่าประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ส่วนใหญ่มีทัศนคติทางบวกต่อการจัดการขยะมูลฝอย ซึ่งผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าบุคลากรในโรงพยาบาลท่าวังผามีทัศนคติอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาข้อคำถามเรื่องทัศนคติรายข้อ พบว่าทัศนคติและความตระหนักเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและขยะมูลฝอยของบุคลากรโรงพยาบาลท่าวังผาโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ ๓.๕๔ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีทัศนคติอยู่ในระดับมาก คือ ทัศนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และทัศนคติการได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย ส่วนด้านที่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง คือ ทัศนคติเกี่ยวกับขยะมูลฝอยและการแยกขยะ จึงทำให้บุคลากรในโรงพยาบาลท่าวังผาส่วนใหญ่เห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าวมาก

๔. พฤติกรรมในการลดขยะและคัดแยกขยะของบุคลากรโรงพยาบาลท่าวังผา ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้มีการติดตามข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยดี สามารถปฏิบัติตนในการลดขยะและคัดแยกขยะในสถานที่ทำงานได้ ปฏิเสธการรับถุงพลาสติก เมื่อซื้อของ ๑ – ๒ ชิ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉริรัชชนะ, เบญจมาศ สุขเจริญ และ อังคณา จันท์เกตุ (๒๕๕๙ : ๖๘๔-๖๘๕) ศึกษาเรื่อง ความรู้และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก ๕Rs ของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยตามหลัก ๕Rs โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าบุคลากรในโรงพยาบาลท่าวังผามีพฤติกรรมเกี่ยวกับขยะมูลฝอย ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่อาจจะขาดความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะเศษ

อาหารที่ทำงาน มาหมักทำปุ๋ยหมัก หรือน้ำหมัก การนำถุงผ้าหรือถุงพลาสติกที่ใช้ซ้ำได้ไปซื้อของที่ร้านสะดวกซื้อ หรือซูเปอร์มาร์เก็ต และการแยกทิ้งขยะอันตรายไม่ทิ้งปะปนกับขยะทั่วไป พบว่าสามข้อนี้มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ซึ่งควรเพิ่มเติมด้านพฤติกรรมในส่วนนี้แก่บุคลากรให้มากขึ้น

๕. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมในการลดขยะและคัดแยกขยะของบุคลากร โรงพยาบาลท่าม่วง พบว่า ความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดขยะและคัดแยกขยะของบุคลากร โรงพยาบาลท่าม่วง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เพราะเป็นผลมาจากการดำเนินงานในการลดขยะและคัดแยกขยะในพื้นที่โรงพยาบาลท่าม่วงที่ผ่านมา งานสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลท่าม่วง มีการมุ่งเน้นให้ความรู้แก่บุคลากร จึงทำให้บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยดี ประกอบกับบุคลากรได้รับความรู้จากสื่อต่าง ๆ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต เป็นผลให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการลดขยะและคัดแยกขยะ แต่ยังคงขาดความรู้เกี่ยวกับปัญหาจากขยะในภาพรวมของประเทศ และการมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาล ในการดำเนินงานลดและคัดแยกขยะ ส่งผลให้พฤติกรรมในการลดและคัดแยกขยะไปในทิศทางที่ไม่ดี จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ นั้นคือการที่บุคคลมีความรู้เกิดขึ้นแต่ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ได้เป็นข้อยืนยันว่าบุคคลจะปฏิบัติตามสิ่งที่ตนรู้เสมอไป และการศึกษาทัศนคติเรื่องการวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย(ประภาพีณ, ๒๕๒๖) พบว่าทัศนคติเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำหรือการปฏิบัติ ถ้ามีทัศนคติที่ตรงกับองค์ประกอบอื่นๆที่จะกระตุ้นให้ปฏิบัติแล้วบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะกระทำหรือปฏิบัติมากกว่าบุคคลที่มีทัศนคติไม่ดี ดังนั้นความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมมีทัศนคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติและการศึกษาเรื่องการสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจ(อรรธรณ ปิรันธน์โอวาท, ๒๕๓๗) พบว่าความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมในกระบวนการสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจได้ให้ความสำคัญ ๓ ตัวแปรคือความรู้ (knowledge) ทัศนคติ(Attitude) และการยอมรับการปฏิบัติ (practice) บางครั้งเรียกว่าแบบจำลอง KAPเป็นการให้ความรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติอันนำไปสู่พฤติกรรมหรือการปฏิบัติในที่สุด ส่วนทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดขยะและคัดแยกขยะของบุคลากร โรงพยาบาลท่าม่วง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เพราะปัญหาขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อความเป็นอยู่ของบุคลากรโดยตรง ซึ่งการรณรงค์เกี่ยวกับการคัดแยกขยะก่อนทิ้งของหน่วยงานราชการต่างๆ ย่อมทำให้การจัดการขยะมูลฝอยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิรนาฎ คิตติ อาณูช แก้ววงศ์ และสุดสาคร พุกงาน (๒๕๕๐, น. ๓๖) พบว่าประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ส่วนใหญ่มีทัศนคติทางบวกต่อการจัดการขยะมูลฝอย และการศึกษาเรื่องการวิจัยทางสุขศึกษา(นิภา มนูญปิ จู, ๒๕๓๑) ได้อธิบายว่าทัศนคติ หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ทำที่ความชอบ การให้คุณค่า หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถือ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจคน การเกิดพฤติกรรมด้านทัศนคติจะเป็นไปตามขั้นตอนของการรับรู้หรือการให้ความสนใจ การตอบสนองด้วยความเต็มใจ พอใจ การให้ค่า การจัดกลุ่มค่า และการแสดงลักษณะตามค่านิยมที่เชื่อถือ ส่วนทัศนคติอีกด้านหนึ่ง ได้กล่าวว่าความพร้อมที่แสดงออกมาของบุคคล หรืออาการไม่แสดงออกของบุคคลอย่างหนึ่งเสมอต่อบุคคลอื่นหรือความคิดใดๆก็ได้ หากบุคคลจะกระทำหรือแสดงออกอะไรสักอย่างออกมาต่อสิ่งใด เขาย่อมมีแนวโน้มที่จะทำตามทัศนคติที่มีต่อสิ่งนั้น

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า บุคลากรในโรงพยาบาลท่าม่วงอายุ ๒๑ – ๖๐ ปีทั้งหมด จำนวน ๔๖ มีความรู้เกี่ยวกับขยะมูลฝอย อยู่ในระดับปานกลาง โดยตอบคำถามถูกมากที่สุดคือ หากเราไม่แยกขยะแล้วนำขยะไปฝังกลบหรือเผา ก็จะทำให้เกิดก๊าซเรือนกระจกที่ทำให้เกิดภาวะโลกร้อนรวมทั้งมลพิษอื่นๆ และตอบคำถามได้คะแนนน้อยที่สุด คือ ประเทศไทยติดอันดับ ๑ ใน ๕ ประเทศที่ทิ้งขยะพลาสติกลงทะเลมากที่สุดในโลก รัฐบาล คสช. ประกาศให้ปัญหาขยะเป็นวาระแห่งชาติ มีการจัดทำแผน roadmap เพื่อแก้ปัญหาขยะมูลฝอยและขยะอันตราย

บุคคลากรโรงพยาบาลท่าวังพามีพฤติกรรมในการลดและแยกขยะ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรม การปฏิบัติมากที่สุดคือ ท่านปฏิเสธการรับถุงพลาสติก เมื่อซื้อของ ๑ – ๒ ชั้น (ร้านค้าในและนอกพร. ไม่รวมกรณี ร้านค้าที่งดแจกถุง)รองลงมาคือท่านแยกทิ้งขยะอันตรายหรือไม่ (ไม่ทิ้งปะปนกับขยะทั่วไป) (*ขยะอันตราย เช่น หลอดไฟ ถ่านไฟฉาย แบตเตอรี่มือถือ กระป๋องสารเคมี ฯลฯ)และปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ท่านได้แยกขยะเศษอาหาร ที่บ้านของท่าน มากหมักทำปุ๋ยหมัก หรือน้ำหมักหรือไม่

บุคคลากรโรงพยาบาลท่าวังพามีทัศนคติทัศนคติและความตระหนักเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและขยะมูลฝอย อยู่ในระดับมาก โดยมีทัศนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศอยู่ในระดับมาก และ ทัศนคติการได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับมาก และทัศนคติเกี่ยวกับขยะ มูลฝอยและการแยกขยะอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านปรากฏผลดังนี้

๑. ทัศนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศอยู่ในระดับมากโดยประเด็นที่ บุคคลากรเห็นด้วยมากที่สุด คือ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศหรือภาวะโลกร้อนเป็นปัญหาที่ร้ายแรงอย่างมาก และเกิดขึ้นจริง และประเด็นเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ ฉันเต็มใจที่จะจ่ายสินค้าและบริการแพงขึ้นเพื่อช่วยลดภาวะ โลกร้อน (สมมติท่านต้องจ่ายเพิ่มอีก ๑๕๐ บาทต่อเดือน สำหรับค่าไฟหรือค่าน้ำมันเชื้อเพลิงที่มาจากพลังงาน สะอาด)

๒. ทัศนคติเกี่ยวกับขยะมูลฝอยและการแยกขยะอยู่ในระดับปานกลาง โดยประเด็นที่บุคคลากรเห็นด้วย มากที่สุด คือ หากพวกเราทุกคนช่วยกันลดและแยกขยะมูลฝอย ก็จะช่วยแก้ปัญหาขยะของประเทศได้ และ ประเด็นเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ การแก้ปัญหามลพิษจากขยะมูลฝอยเป็นเรื่องของรัฐบาลและท้องถิ่นไม่ใช่เรื่องของ ฉันทัน

๓. ได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับมาก โดยประเด็นที่บุคคลากร เห็นด้วยมากที่สุด คือ ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการลดและแยกขยะ ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (Facebook, Line) มากน้อยเพียงใด และประเด็นเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ ท่านคิดว่า ท่านได้รับความรู้เรื่องการลดและแยกขยะ (ขยะ อินทรีย์, ขยะทั่วไป, ขยะรีไซเคิล, ขยะอันตราย) จากโรงเรียนที่ ท่านได้ศึกษาเล่าเรียนมา มากน้อยเพียงใด

ความสัมพันธ์ เพศ อายุ อายุการทำงานมีผลต่อพฤติกรรม ในการลดขยะและคัดแยกขยะบุคคลากร โรงพยาบาลท่าวังผา

อายุ และอายุการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการลดและแยกขยะอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ ๐.๐๕ (p-value < ๐.๐๕)

ความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ มีผลต่อพฤติกรรม ในการลดขยะและคัดแยกขยะบุคคลากร โรงพยาบาลท่าวังผา

ทัศนคติและความตระหนักเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและขยะมูลฝอยของบุคคลากรในโรงพยาบาลท่าวังพามี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการลดและแยกขยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ (p-value < ๐.๐๕)

ข้อเสนอแนะ

๑. การศึกษาครั้งต่อไปอาจจะต้องเพิ่มจำนวน กลุ่มตัวอย่างและกำหนดพื้นที่กลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ให้ ครอบคลุม เพื่อให้งานวิจัยสามารถนำไปประเมินความพึงพอใจของบุคคลากรได้อย่างครอบคลุมในพื้นที่โรงพยาบาล
๒. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์ควบคู่ไปด้วย เพื่อให้ทราบถึงปัญหา เชิงลึกแท้จริงในการบริหารจัดการขยะ

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

๑. เพื่อเป็นข้อเสนอแนะในพื้นที่โรงพยาบาล ในการดำเนินการลดและคัดแยกขยะของหน่วยงานต่างๆ

ภายในโรงพยาบาลต่อไป

๒. หน่วยงาน ภาครัฐหรือข่ายที่เกี่ยวข้องสามารถนำเอาผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบาย กลวิธี แผนปฏิบัติการ ในการเสริมสร้างความรู้ ทักษะคิด เพื่อลดและคัดแยกขยะในหน่วยงานได้

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการตอบแบบสอบถาม
๒. การทำงานเป็นทีมของงานด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

บรรณานุกรม

กรมควบคุมมลพิษ. (๒๕๖๕). รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย. (๒๕๖๖) (คสช.)

กรมควบคุมมลพิษ. (Pollution Control Department, ๒๐๐๘)

งานสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลทำวังผาข้อมูลรายงานประจำปี. (๒๕๖๖)

วิลาวัลย์ หวินคำ. (๒๕๖๓) พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลลืออำนาจ

บุญชม ศรีสะอาด. (๒๕๔๗). วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ ๓) กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

ชูศรี วงศ์รัตน์. (๒๕๕๐). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ ๑๐). กรุงเทพมหานคร:

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (๒๕๖๕)

ฐิตินันท์ เทียบศร. (๒๕๖๔). พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลสำนักท้อน

อำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง

ณัฐวดี สุขช่วย. (๒๕๕๘). พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาล ตำบลบ้านด่าน

อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. (วิทยานิพนธ์ปริญญา รัฐศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา).

นริศรา พิงโพธิ์สม. (๒๕๕๕). การแยกประเภทขยะมูลฝอยของประชาชนในชุมชนเขตบางกะปิ กรุงเทพมหานคร.

วิทยาลัย ประชากรศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พีรนาถ คิตติ อาหนู แก้ววงศ์ และสุดสาคร พุกงาน (๒๕๕๐, น. ๓๖) รายงานการวิจัยเรื่องความรู้ ทักษะคิด และ

พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในอำเภอบ้านฉาง จังหวัดพัทลุง. สงขลา: คณะ

วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

สิชล เหมือนเลื่อน. (๒๕๕๐, น. ๖๒). ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยระดับครัวเรือนของ

ประชาชนในตำบลคลอง อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต. การศึกษาค้นคว้าอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น,ขอนแก่น

อัจฉริชัยชนะ, เบญจมาศ สุขเจริญ, และอังคณา จันทร์เกตุ (๒๕๕๙). ความรู้และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย

ตามหลัก ๕Rs ของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิม พระเกียรติ.

การประชุมสัมมนาวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ เครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ

ภาคเหนือ ครั้งที่ ๑๖ และการประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏ เพชรบูรณ์ครั้งที่ ๓ : ๖๘๔-

๖๘๕

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (๒๕๖๖). ทักษะคิดการวัดความเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนา

พานิช.

อรวรรณ ปิลาธนโอวาท, (๒๕๓๗). การสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจ กรุงเทพฯ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นิภา มนูญปิจุ, (๒๕๓๑). การวิจัยทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: อักษรบัณฑิต

การพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม
กรณีศึกษา: บ้านดอนแก้ว หมู่ที่ 6 ตำบลป่าคา อำเภอนำางง จังหวัดน่าน
Developing the potential of the elderly club in participatory care for the elderly with
Hypertension, Case study : Ban Don Kaeo Mou.6, Pa Kha Subdistrict,
Tha Wang Pha District, Nan Province

นภาพร มหายศนันท์, สุทธิลักษณ์ ลิทธิกัน

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคไม่ติดต่อที่สำคัญในประเทศไทยและในระดับโลก ประกอบด้วย 4 กลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็งและโรคปอดเรื้อรัง โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม (อาหารรสหวาน มัน เค็มจัด รับประทานผักและผลไม้ไม่พอ) สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ได้แก่ น้ำหนักเกิน/อ้วนลงพุง ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดสูง และภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการจัดการความเสี่ยงจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคไตเรื้อรังจากรายงานองค์การอนามัยโลกปี 2562 ประชากรอายุ 30 - 79 ปี ประมาณ 1.28 พันล้านคนทั่วโลก ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยไม่ทราบว่าเป็นตัวเองป่วยมากถึงร้อยละ 46 และมีเพียงร้อยละ 42 เท่านั้น ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา โดย 1 ใน 5 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้¹ สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.4 (ชาย ร้อยละ 26.7 และหญิง ร้อยละ 24.2) จากร้อยละ 24.7 ในปี 2557 การเข้าถึงระบบบริการของกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 44.7 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 48.8 โดยปี 2563 สัดส่วนที่ได้รับการรักษาลดลงจากร้อยละ 49.2 เป็น 47.6 แต่กลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้ กลับมีสัดส่วนที่ลดลงจากร้อยละ 29.7 เป็น 22.6 ตามลำดับ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการรักษา และความสามารถในการดูแลตนเอง หากประชาชนไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง หรือเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญกับ หัวใจ ตา ไต และสมอง ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ครอบครัวถือเป็นสถาบันหลักในการดูแลสุขภาพ เพราะครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวช่วยเฝ้าอำนวยการให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารการใช้จ่าย การออกกำลังกายที่เหมาะสมก็จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถเผชิญปัญหาและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้การรวมกลุ่มของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพก็เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ

บ้านดอนแก้ว หมู่ที่ 6 ตำบลป่าคา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 36.52 ของประชากรทั้งหมดในหมู่บ้าน เมื่อจำแนกประเภทผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 97.24 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดคือ ผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น (กลุ่มติดสังคม) เป็นผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งผู้อื่นในบางกิจกรรมของกิจกรรมของกิจวัตรประจำวัน (กลุ่มติดบ้าน) ร้อยละ 2.07 และผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดร้อยละ 0.69 แม้ว่าประชากรผู้สูงอายุจะมีอายุยืนยาวขึ้น แต่กลับตามมาด้วยการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังยาวนานขึ้น พบว่ามีผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับ 1 จำนวน 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.86 ของ ปชก.ผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุบ้านดอนแก้วถือเป็นกลไกสำคัญที่มีบทบาทสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากมีความใกล้ชิด เข้าใจสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ รวมถึงสามารถเข้าถึงและพัฒนาผู้สูงอายุในชุมชนได้ดีที่สุด ผู้วิจัยจึงสนใจการพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมให้สามารถควบคุมโรคได้
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การควบคุมระดับความดันโลหิตก่อน หลังเข้าร่วมโครงการ

ระเบียบวิธีวิจัย (research methodology)

- แบบของการวิจัย (research design).

วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1 ขั้นตอนวิเคราะห์สถานการณ์

- 1.วิเคราะห์สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ บ้านดอนแก้ว หมู่ที่ 6 ตำบลป่าคา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ร่วมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชมรมผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม.และผู้นำชุมชน
- 2.วางแผนการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชมรมผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม.และผู้นำชุมชน

2 ขั้นตอนการวางแผน

1. สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้
2. ประเมินภาวะสุขภาพผู้เข้าร่วมวิจัย และสะท้อนข้อมูลภาวะสุขภาพ รายบุคคลและรายกลุ่มให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ
3. ร่วมกันวางแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ และข้อตกลงในการ

ส่งเสริมสุขภาพในชุมชนให้เหมาะสมกับการควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผลการควบคุมโรคในชุมชน

5.3 ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. พัฒนาศักยภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงผ่านกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุบ้านดอนแก้ว หมู่ที่ 6 ตำบลป่าคา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ตามหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (หลักสูตร 40 ชั่วโมง) ที่ชมรมผู้สูงอายุได้ปรับให้เข้ากับบริบทของพื้นที่
2. ประชาคมข้อตกลงในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
3. ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนตามข้อตกลงของชมรมผู้สูงอายุ

5.4 ขั้นตอนสะท้อนกิจกรรมการปฏิบัติงาน

ผู้วิจัยจะสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ที่เกี่ยวข้องเดือนละ 1 ครั้งผ่านกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุของชุมชนเพื่อแลกเปลี่ยนกิจกรรมการดำเนินงานตามแผน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

5.5 ขั้นตอนการประเมินผล

สรุปวิเคราะห์ข้อมูลและสังเคราะห์ข้อมูลร่วมกับกลุ่มเป้าหมายและผู้ที่เกี่ยวข้อง

1. ประเมินและวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ ผู้เข้าร่วมวิจัยหลังเข้าร่วมวิจัย และสะท้อนข้อมูลภาวะสุขภาพรายบุคคลและรายกลุ่มให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ
2. ประเมินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนตามข้อตกลง

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ในการพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บ้านดอนแก้ว หมู่ที่ 6 ตำบลป่าคา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน โดยดึงศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุมาใช้ในการพัฒนาสุขภาพร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายโดยใช้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮน และอัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชมรมผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. และผู้นำชุมชน เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของชุมชนด้านการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อระบุปัญหาและวางแผนกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกัน

3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนกิจกรรมที่ได้กำหนดร่วมกัน โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. และผู้นำชุมชน เพื่อปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้

4. การมีส่วนร่วมในการสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อพิจารณา สิ่งที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรม

5. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อพิจารณาปัญหาและอุปสรรค จาก การดำเนินกิจกรรมเพื่อหาแนวทางแก้ไขพัฒนากิจกรรม

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเจาะจง

1. ผู้สูงอายุที่มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง
2. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการดำเนินงาน
3. ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (instrument of research)

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค โรคประจำตัวที่พบร่วม น้ำหนัก และส่วนสูง และแบบติดตามระดับความดันโลหิต
2. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข

ระยะเวลาในการทำวิจัย

ตั้งแต่ ธันวาคม 2565 ถึง พฤษภาคม 2566

สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

ขั้นตอนวิเคราะห์สถานการณ์

1. บ้านดอนแก้ว หมู่ที่ 6 ตำบลป่าคา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 36.52 ของประชากรทั้งหมดในหมู่บ้าน เมื่อจำแนกประเภทผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 97.24 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดคือ ผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น (กลุ่มติดสังคม) เป็นผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งผู้อื่นในบางกิจกรรมของกิจกรรมของกิจวัตรประจำวัน (กลุ่มติดบ้าน) ร้อยละ 2.07 และผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดร้อยละ 0.69 แม้ว่าประชากรผู้สูงอายุจะมีอายุยืนยาวขึ้น แต่กลับตามมา ด้วยการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังยาวนานขึ้น พบว่ามีผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับ 1 จำนวน 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.86 ของ ปชก.ผู้สูงอายุ จากการสะท้อนสถานการณ์พบว่ามีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 40 คน
2. ร่วมกันการวางแผนการจัดหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้กำหนดความสำคัญไว้ 3 เรื่องดังนี้) การจัดการทางการแพทย์ เช่น การรับประทานยา, การรับประทาน อาหารเฉพาะโรค 2) การจัดการกับบทบาท เป็นการคงไว้หรือการปรับเปลี่ยนและการสร้างพฤติกรรมให้เหมาะสม กับภาวะการเจ็บป่วย และ 3) การจัดการกับอารมณ์ เช่นอารมณ์โกรธ กลัว ซึมเศร้า และความเครียดซึ่งเป็นผล จากความเจ็บป่วย และการสนับสนุนให้ผู้พัฒนาทักษะให้สามารถจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ 6 ทักษะ ดังนี้ 1) การแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจ 3) การใช้แหล่งข้อมูล 4) การสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลากร 5) การ ปฏิบัติ และ 6) การเลือกปฏิบัติด้วยตนเองแนวทางในการส่งเสริมการจัดการตนเอง

3. ร่างข้อตกลงในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุในชุมชน มีดังนี้

ข้อตกลงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบ้านดอนแก้ว หมู่ที่ 6 ตำบลป่าคา อำเภอนาทอง จังหวัดน่าน	
มิติ	กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
มิติทางด้านร่างกาย	<ul style="list-style-type: none"> ● การเล่นเปตองที่สนามลานโพธิ์ ทุกวันๆละ 2 ชั่วโมง ● รำวงประยุกต์และฟ้อนผัดข้าว สัปดาห์ๆละ 3 วัน ● วันละ 1 ชั่วโมง วันจันทร์ วันพุธ วันศุกร์ ● เดินและปั่นเพื่อสุขภาพ ● ออกกำลังกายด้วยอุปกรณ์ ณ ลานออกกำลังกาย ที่ได้รับการสนับสนุนจาก องค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน ทุกวัน
มิติทางด้านจิตใจ	<ul style="list-style-type: none"> ● สวดมนต์ไหว้พระ นั่งสมาธิ เดือนละครั้ง ทุกวันพระ <ul style="list-style-type: none"> ○ ขึ้น 15 ค่ำ ณ วัดดอนแก้ว และสวดมนต์ไหว้พระ นั่งสมาธิ ○ ที่บ้าน ตามบริบทของแต่ละบุคคล
มิติทางด้านสังคม	<ul style="list-style-type: none"> ● เยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้าน / ติดเตียง ● แนะนำการปรับปรุงสภาพแวดล้อมบ้านผู้สูงอายุ ● จัดอาสาพัฒนาสาธารณสุขประโยชน์ในชุมชนเดือนละครั้งมิติทางด้านเศรษฐกิจ ● ส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษในครัวเรือน ● ส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ

ขั้นตอนการวางแผน

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโครงการ

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 76.92 อีก 12 คนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการเนื่องจากเป็นผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงที่มีปัญหาเรื่องการเดินทางเข้าร่วมกิจกรรม การประเมินภาวะสุขภาพก่อนดำเนินการ

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงรับการรักษาโรงพยาบาลท่าวังผา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าคา ก่อนดำเนินการ มีผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเบาหวานจำนวน 8 ราย สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ (BP <140/90 mmHg) จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 70) สำหรับเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส. พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะดำเนินชีวิตไปตามปกติไม่มีความตระหนักที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคการรับประทานอาหาร ทานตามที่คุณดูแลจัดทำให้ไม่ได้คำนึงเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกายพบว่าร้อยละ 50 มีการออกกำลังกาย 3 วัน/สัปดาห์ ติดต่อกัน 30 นาที/ครั้ง พฤติกรรมสูบบุหรี่ ยังพบว่า มีผู้สูบบุหรี่ 3 คน และดื่มสุราเป็นบางครั้งตามงานเทศกาล 9 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย

2. การวางแผนจัดหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบท แบ่งเป็น 12 ครั้งๆละ 6ชม. จัดสัปดาห์ละ 1 ครั้งโดยให้มีเนื้อหาที่มุ่งเน้นการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. โรงเรียนผู้สูงอายุบ้านดอนแก้ว หมู่ที่ 6 ตำบลป่าคา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่านได้รับจัดสรรงบประมาณดำเนินการโดยองค์การบริหารส่วนตำบลป่าคา อำเภอท่าวังผา เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือน มกราคม 2566-มีนาคม 2566 จังหวัดน่านโดยใช้หลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 70 ชั่วโมงและมีการปรับหลักสูตรให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่โดยในครั้งนี้มุ่งเน้นการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่และผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชนมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และได้รับการสนับสนุนจากหลายองค์กรเข้ามาเสริมพลังให้ชุมชนพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพในหลายรูปแบบ ผู้เข้าร่วมโครงการเข้าร่วมโครงการร้อยละ 100 ตามที่ตกลงไว้

ขั้นตอนสะท้อนกิจกรรมการปฏิบัติงาน

ผู้วิจัยสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ที่เกี่ยวข้องเดือนละ 1 ครั้งผ่านกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุของชุมชนเพื่อแลกเปลี่ยนกิจกรรมการดำเนินงานตามแผน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

ขั้นตอนการประเมินผล

สรุปผลวิเคราะห์ข้อมูลและสังเคราะห์ข้อมูลร่วมกับกลุ่มเป้าหมายและผู้ที่เกี่ยวข้อง

สุขภาวะของผู้เข้าร่วมโครงการ

พบว่าผลการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ (BP <140/90 mmHg) ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 70 หลังดำเนินการ ร้อยละ 87 และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น ร้อยละ 100 ผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และต้องการให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในชุมชน

ข้อตกลงของการส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาชุมชนได้สร้างข้อตกลงในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนไว้ 3 ด้าน ด้านร่างกาย (5 ข้อ) ด้านจิตใจ (1 ข้อ) ด้านสังคม (5 ข้อ) ได้ผ่านการประชาคมจากกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการและมีข้อตกลงร่วมในการดำเนินตามกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกคน (ร้อยละ 100)

ชมรมผู้สูงอายุ

กลไกชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง พร้อมทั้งจะปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานและพัฒนาการดำเนินงานให้สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ

ภาคีเครือข่ายในชุมชน

เกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชนดังนี้ ชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน องค์การศาสนา สภาวัฒนธรรม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประชาชนในชุมชน

อภิปรายผล

การพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมผ่านกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นการจัดการแบบมีส่วนร่วมตั้งแต่การจัดทำหลักสูตร การสร้างข้อตกลงในการส่งเสริมสุขภาพ การติดตามและประเมินผล โรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมตามเป้าหมายการรักษา และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จากการศึกษาเราพบว่าชมรมผู้สูงอายุเป็นกลไกสำคัญในพื้นที่ที่จะสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยเฉพาะเรื่องการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีการมีกิจกรรมผู้สูงอายุ กระบวนการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นผู้กำหนดแนวทาง มีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ และการจัดการหลักสูตรที่สามารถปรับได้ตามบริบทปัญหาคุณภาพชีวิตของพื้นที่ได้

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าชมรมผู้สูงอายุได้ปรับหลักสูตรการเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้กำหนดความสำคัญไว้ 3 เรื่องดังนี้) การจัดการทางการแพทย์ เช่น การรับประทานยา, การรับประทานอาหารเฉพาะโรค 2) การจัดการกับบทบาท เป็นการคงไว้หรือการปรับเปลี่ยน และการสร้างพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย และ 3) การจัดการกับอารมณ์ เช่น อารมณ์โกรธ กลัว ซึมเศร้า และความเครียดซึ่งเป็นผลจากความเจ็บป่วย และการสนับสนุนให้ผู้พัฒนาทักษะให้สามารถจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ 6 ทักษะ ดังนี้ 1) การแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจ 3) การใช้แหล่งข้อมูล 4) การสร้างความสัมพันธ์กับบุคลากร 5) การปฏิบัติ และ 6) การเลือกปฏิบัติด้วยตนเองแนวทางในการส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 40 คน พบว่าผลการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ (BP <140/90 mmHg) ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 70 หลังดำเนินการ ร้อยละ 87 และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น ร้อยละ 100

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ (ศิริภาณี ศรีหาภาคและคณะ, 2564) ที่ได้ศึกษาการพัฒนา นโยบายสาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมและ การบูรณาการภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจะทำให้เกิดการขับเคลื่อนการ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนและทำให้เกิดผลลัพธ์ของนโยบายด้านสุขภาพ และ (ภฤติยา ขาสวรรณ, 2565) กล่าวว่า การวางแผนส่งเสริมและให้คำแนะนำได้อย่างเหมาะสมในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอันเป็นผลต่อการเกิดสุขภาวะที่ดี นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

สรุป

ชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเป็นกลไกหนึ่งที่มีศักยภาพในการพัฒนาศักยภาพการจัดการตนเองผู้สูงอายุผ่านกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ และข้อตกลงในการส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ให้เหมาะสมกับโรคได้ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมตามเป้าหมายการรักษา และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุจะต้องมีความรับผิดชอบต่อตนเองและมีทักษะในการปฏิบัติที่เหมาะสมและถูกต้อง จึงจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง การจัดการตนเองถือว่ามีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักและมีความรับผิดชอบต่อตนเองในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค มีการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการจัดการควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีแม้จะมีภาวะเจ็บป่วย การจัดการตนเองที่มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล หรือการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิด เข้าใจบริบท ความต้องการ และปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มีส่วนสำคัญในการให้กำลังใจและให้การดูแลเกื้อหนุนในการจัดการตนเอง การมีส่วนร่วมของครอบครัว และชมรมผู้สูงอายุจึงเป็นอีกกลไกหนึ่งในชุมชนที่ถือว่าเป็นปัจจัยและกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ส่งผลให้เกิดสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาศักยภาพกลไกสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ให้ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในการวางแผนการดำเนินงานในพื้นที่แบบมีส่วนร่วม
2. ส่งเสริมสนับสนุนกลไกในพื้นที่ในการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีระบบแบบแผนที่ส่งผลต่อสุขภาพอย่างแท้จริง โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กำลังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น
3. จัดหาพื้นที่กลางในการประสานความร่วมมือในการดำเนินงานในพื้นที่เพื่อการจัดการแบบมีส่วนร่วม

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าการสร้างการมีส่วนร่วมของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนสามารถช่วยในการพัฒนาศักยภาพการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับโรคได้ และเกิดข้อตกลงที่เป็นนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพของคนในชุมชน โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้สามารถควบคุมโรคได้และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้

บทเรียนที่ได้รับ

แนวโน้มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และการจัดบริการในโรงพยาบาลจะมุ่งเน้นการรักษาให้ได้ตามมาตรฐานแต่การส่งเสริมและการพัฒนาศักยภาพการจัดการตนเองของผู้ป่วยจะได้น้อยลงและไม่เป็นไปตามกระบวนการตั้งนั้นการส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายในชุมชนให้มีการจัดการสุขภาพในชุมชนแบบมีส่วนร่วม

อย่างไรระบบจะทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถจัดการตนเองให้เหมาะสมกับโรคได้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. กลไกชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งพร้อมที่จะพัฒนากระบวนการทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุในชุมชน
2. การสานพลังภาคีในพื้นที่เพื่อการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่
3. บุคลากรสาธารณสุขที่สามารถให้ข้อมูลสถานะสุขภาพและร่วมกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

กฤติยา ชาสุวรรณ และคณะ (2565). การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง, วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 5(2), 14-27

คู่มือโรงเรียนผู้สูงอายุ, (2560), กรุงเทพฯ, กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

นลินี เกิดประสงค์ (2564), ระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยระดับตำบล, The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 30(1), 51-63

นพมาศ โกศล (2557), ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ3อ.2ส.ของกลุ่มวัยทำงานสำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ:กรณีศึกษาชุมชนบ้านวังหิน อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช, การประชุมมหาดไทยวิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 10.

แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล. (2565), นนทบุรี, กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

อติญาณ์ ศรเกษตรริน และ คณะ (2559), การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี, Rama Nurs J, 21(1), 110-121

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด
ในโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

Development of Caring System for ST Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI)
Patients undergoing Thrombolytic agents in Thawangpha Hospital, Nan province.

ปทิตตา อภิวิษณุภาคิน, ชัยพันธ์ วิชา
และทีมอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าวังผา

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST- elevation myocardial infarction (STEMI) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย และทุกประเทศทั่วโลก การตายของกล้ามเนื้อหัวใจจะมากขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาที่ผ่านมา เวลาจึงมีความสำคัญต่อการรักษาโรค STEMI มาก การวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วทั้งการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือการให้ยาละลายลิ่มเลือด จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนได้ การช่วยชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการประสานงานและการจัดระบบเครือข่ายสุขภาพที่มีประสิทธิภาพบนพื้นฐานของความรู้ ภาวะฉุกเฉินของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ อาการเจ็บหน้าอกข้างซ้ายอย่างรุนแรง ไม่สามารถบรรเทาอาการด้วยยาอมใต้ลิ้นได้ ต้องการการรักษาอย่างเร่งด่วน เพื่อแก้ไขภาวะอุดตันของหลอดเลือด เป็นการช่วยรักษาเซลล์กล้ามเนื้อที่ขาดเลือดให้ฟื้นสภาพ แนวทางการรักษาที่ปฏิบัติคือการเปิดหลอดเลือด (Reperfusion) ให้เร็วที่สุด โดยนับเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolysis) ควรน้อยกว่า 30 นาที และเวลาที่ควรได้รับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนควรน้อยกว่า 90 นาที เนื่องจากทุกๆ 30 นาทีที่ช้าลงจะเพิ่มอัตราการตายร้อยละ 7.5 โดยผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตในช่วงโมงแรกๆ และกล้ามเนื้อหัวใจจะตายหมดภายใน 6-12 ชั่วโมง หากไม่ได้รับการเปิดหลอดเลือด ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าการทำ early reperfusion ด้วยการทำ early Percutaneous Coronary Intervention (PCI) โดยทีมงานของ effective cardiac catheterization center ของโรงพยาบาลศูนย์หรือทั่วไปจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพยากรณ์โรคที่ดีขึ้น แต่การกระจายของศูนย์หัวใจที่มีศักยภาพในการทำ PCI ยังมีข้อจำกัดทั้งในแง่ของงบประมาณ ทรัพยากรที่ต้องใช้ค่อนข้างสูง รวมถึงต้องการบุคลากร ที่มีความเชี่ยวชาญและความสามารถเฉพาะทาง ดังนั้นการใช้ early thrombolytic treatment จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ก่อนที่จะดำเนินการส่งต่อไปยังเครือข่ายสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าตามระบบ เพื่อการประเมินและดูแลต่อเนื่องจากเหมาะสมต่อไป และเป้าหมายตาม service plan งานโรคหัวใจของจังหวัดน่าน ปี 2564 คือ การกำหนดตัวชี้วัดในการลดอัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ 9 และการเข้าถึงบริการเปิดหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80

โรงพยาบาลท่าวังผาเป็นโรงพยาบาลลูกข่ายระดับ F2 ดำเนินงานด้านโรคหัวใจอย่างจริงจังตั้งแต่ 2554 ระยะแรกที่ดำเนินการปี 2554 เน้นกระบวนการวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็วและส่งต่อผู้ป่วย STEMI ภายในระยะเวลา 30 นาที ซึ่งได้ศึกษาในกระบวนการดูแลและส่งต่อที่รวดเร็ว (door to departure time) ในปี 2554

และพัฒนาต่อมาต่อเนื่อง ปี 2557 เป็นโรงพยาบาลนำร่องแห่งแรกของจังหวัดน่านพร้อมกับโรงพยาบาลเวียงสา ที่มีศักยภาพในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ก่อนส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลน่าน

จากรายงานของโรงพยาบาลท่าวังผาปี พ.ศ. 2555 – 2563 พบว่า ในปี 2562 จำนวนผู้ป่วย STEMI 11 รายได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ที่โรงพยาบาลท่าวังผา 8 ราย มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น STEMI เสียชีวิตที่ตึกผู้ป่วยใน 1 ราย เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัย ไม่สามารถให้ SK ได้ อัตราเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 9.09 ในปี 2563 ผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วย STEMI 10 ราย เสียชีวิต 1 ราย อัตราเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 10 ผลการวิเคราะห์พบว่าเกิดจากความล่าช้าในการวินิจฉัย ที่มีการพยาบาลและแพทย์มีการหมุนเวียนใหม่มาตลอด ไม่มั่นใจในการแปลผล EKG ส่งผลให้การประเมินล่าช้า รวมทั้งระบบขอคำปรึกษาจากแพทย์อายุรกรรมด้านหัวใจ ยังคงค่อนข้างล่าช้า โดยเฉพาะในช่วงเวรตึก 00.01-08.00 น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที บุคลากรยังขาดทักษะความเชี่ยวชาญในการบริหารยา Streptokinase การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยา ตลอดจนความพร้อมของบุคลากรและเครื่องมือในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน โดยพัฒนาระบบการดูแลที่ปฏิบัติเดิม ให้มีศักยภาพและมีความพร้อมในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การวินิจฉัย การรักษาพยาบาลและการส่งต่อ เพื่อต้องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมถึง การติดตามผู้ป่วยร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอท่าวังผา โดยใช้ ทฤษฎีระบบ (system theory) เป็นแนวคิดในการพัฒนา เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในโรงพยาบาลท่าวังผา
2. เพื่อศึกษาผลจากการพัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในโรงพยาบาลท่าวังผา

ระเบียบวิธีวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

- 1) พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและให้ยา streptokinase ได้ จำนวนทั้งหมด 11 คน
- 2) ผู้ป่วย STEMI ที่ได้เข้ารับการรักษาและส่งต่อในช่วง เดือนตุลาคม 2563 ถึง เดือน กันยายน 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบฟอร์มข้อมูล การดูแลผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome โปรแกรม ACS registry และแบบสอบถามความรู้ ทัศนคติและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น

ระยะเวลาในการวิจัย 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2566

สถิติที่ใช้ ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

วิธีการดำเนินแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1. ระยะเตรียมการและวิเคราะห์สถานการณ์ (ตุลาคม 2563-พฤศจิกายน 2563)

1.1 ทบทวนปัญหาและแนวทางเดิมในการ ดูแลผู้ป่วย พบว่าระยะเวลาในการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด และระยะเวลาการรอคอยให้ยาละลายลิ่มเลือดนานกว่ามาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 1

1.2 แต่งตั้งและร่วมประชุมกับคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของจังหวัดน่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคหัวใจ เภสัชกร พยาบาล วิชาชีพในโรงพยาบาลน่าน โรงพยาบาลชุมชน พยาบาลที่รับผิดชอบเป็น case manager

1.3 ประชุมระดมสมองวิเคราะห์สภาพ ปัญหาที่ผ่านมามาในด้านบุคลากรการพยาบาล ผู้ป่วย ผู้ดูแล กระบวนการดูแล และการขอรับการสนับสนุนด้านทรัพยากร

1.4 ตรวจสอบและจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น ได้แก่ เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้า (Defibrillator) เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำ (Infusion pump) ให้มีเพียงพอในทุกโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย สำหรับยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) โดยแม่ข่ายจัดระบบให้โรงพยาบาลชุมชนที่ไม่สามารถซื้อยาเองได้ ให้ยืมมาจากโรงพยาบาลน่าน และโรงพยาบาลน่านเป็นหน่วยที่เบิกค่าชดเชยค่ายาละลายลิ่มเลือดจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนยา ป้องกันการเกาะตัวของลิ่มเลือดให้มีสำรองทุกโรงพยาบาล

1.5 วางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายในโรงพยาบาล เครือข่ายจังหวัดน่าน

2 ระยะดำเนินการ ดำเนินการพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และนำไปปฏิบัติระหว่าง ธันวาคม 2563 ถึง กันยายน 2566 ดังนี้

2.1 นำเสนอรูปแบบการพัฒนาและการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าวังผาเพื่อกำหนดนโยบายบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย STEMI ให้ทีมสหสาขาวิชาชีพปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

2.2 Nurse case manager ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ชี้แจงหน้าที่ การประสาน ติดตามการส่งต่อ-รับกลับ ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และรวบรวมปัญหาและเสนอแนวทางการแก้ไข

2.3 พัฒนาศักยภาพทีมการพยาบาล

2.3.1 โรงพยาบาลท่าวังผากำหนด

- สมรรถนะเฉพาะของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วย STEMI โดยเฉพาะในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน ดำเนินการพัฒนาศักยภาพ

2.3.2 โรงพยาบาลท่าวังผา ดำเนินการจัดโครงการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) และเครือข่ายโรคหัวใจและ หลอดเลือด

อำเภอท่าวังผา ให้แก่พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 ครั้ง โดยเนื้อหาวิชาการประกอบด้วย การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในผู้ป่วย STEMI การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้า ST ยกสูง การบริหารยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลชุมชน และการดูแลระหว่างส่งต่อ โดยทำ การประเมินความรู้ก่อนการพัฒนาศักยภาพ (pre-test)

2.3.3 ในส่วนชุมชนที่ทำงาน ได้ประสาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตท่าวังผา ดำเนินการพัฒนาแนวทางการคัดกรองและ ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเชิงรุกในชุมชน (Primary prevention) การให้ความรู้ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด การป้องกันการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด 12 ช่อง ให้แก่ กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้แก่ญาติ ผู้ดูแล ประชาชนทั่วไป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่มูลนิธิกู้ชีพกู้ภัย FR

2.4 ร่วมประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับจังหวัด เรื่อง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในจังหวัดน่านทุก 6 เดือน ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการนำเสนอผลงาน ในเวทีระดับจังหวัด ระดับภาค และระดับประเทศ

2.5 กำหนดแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจกล้ามเนื้อขาดเลือดเฉียบพลันที่ชัดเจน ของโรงพยาบาลท่าวังผาให้เหมาะสมกับบริบท และให้เป็นแนวทางเดียวกับเครือข่ายจังหวัดน่านอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่ม การส่งต่อและจำหน่าย ติดตามเยี่ยม

2.6 ชี้แจงแก่แพทย์ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะที่หมุนเวียนมาใหม่ ในการขอคำปรึกษาโดยผู้ที่มีความชำนาญกว่า cardiologist ทั้งแพทย์และพยาบาลทางโทรศัพท์ ระบบการปรึกษาของศูนย์ส่งต่อ และ Line application E-cardio ตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งการสะท้อนข้อมูลและวิธีการดำเนินงานโดยผ่านทาง Nurse case manager

2.7 นำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่ปรับเปลี่ยนขึ้นลงสู่การปฏิบัติ

2.8 กำหนดแนวทางการติดตามผลการปฏิบัติ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน นำเสนอผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระดับโรงพยาบาล ทุก 3 เดือน 3 ระยะ ประเมินผล

3.1 ประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจกล้ามเนื้อขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ (Post-test) โดยใช้แบบประเมินชุดเดิม

3.2 ประเมินการติดตามผลการดำเนินงานในระยะ 3 เดือนแรก เพื่อรับทราบปัญหาและอุปสรรค พร้อมระดมความคิดเห็น เพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน ภายหลังจากปรับปรุงการดำเนินงาน ตามปัญหาและอุปสรรคจึงมีระบบ online สายตรง 24 ชั่วโมงในการบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของเครือข่าย โรงพยาบาลท่าวังผา

3.3 ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก (Outcome) ผลการวิจัย หลังการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ภายใต้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าวังผา พบว่า

1. พยาบาลและเวชกิจฉุกเฉินที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลท่าวังผาสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ครบทุกคน (N=11)

2. ความรู้ ของพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจกล้ามเนื้อขาดเลือดเฉียบพลัน
โรงพยาบาลท่าวังผา หลังพัฒนาระบบ เพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา

คะแนน	คะแนนเฉลี่ย (ร้อยละ)
คะแนนก่อนให้ความรู้	67.45
คะแนนหลังให้ความรู้	88.24

3. ทักษะคติของพยาบาลวิชาชีพ

- พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เห็นด้วยกับ แนวคิดของการให้ยา Streptokinase ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน คิดเป็นร้อยละ 100 %
- พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลคิดว่าโรงพยาบาลของตัวเอง มีความพร้อมและศักยภาพในการให้ยา Streptokinase คิดเป็นร้อยละ 80 %
- พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนคิดว่าตัวเองมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา Streptokinase คิดเป็นร้อยละ 80%
- พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนคิดว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา Streptokinase มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 40%

4. ผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้า ST ยกสูง (STEMI) จำนวน 23 ราย และที่ได้รับยาละลายลิ้มเลือดของโรงพยาบาลท่าวังผาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 1 กันยายน 2566 จำนวน 13 ราย เป็นเพศชาย 9 คน คิดเป็นร้อยละ 69 เพศหญิง 4 คน คิดเป็นร้อยละ 31 อายุเฉลี่ย 60 ปี (36-78 ปี)

ในจำนวนผู้ป่วยSTEMI 13 ราย ผู้ป่วยมาโดยระบบ EMS 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.38 ผู้ป่วยได้รับการตรวจและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที คิดเป็นร้อยละ 85 ร้อยละการวินิจฉัยถูกต้อง 100 % อัตราการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 0 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับการรักษาที่ ER ภายใน 2 ชม.เท่ากับ 85 ในจำนวนผู้ป่วยSTEMI ที่รับยา SK ที่ท่าวังผา 13 ราย อัตรา onset to SK (ระยะเวลาในการเข้าถึงยาละลายลิ้มเลือด) ภายใน 180 นาทีเท่ากับ 85 % , ร้อยละ Door to SK (ระยะเวลารอคอยในการให้ยาละลายลิ้มเลือด) ภายในระยะเวลา 30 นาทีเท่ากับ 69.23 ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกจากหัวใจ ร้อยละ 0 ไม่มีข้อมูล ภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 0 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่รุนแรง ร้อยละ 0 ความพึงพอใจของผู้ป่วย(ร้อยละ)69.23 ความพอใจของพยาบาล (ร้อยละ) 80

การอภิปรายผล การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ได้รวดเร็ว ปลอดภัย โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พบว่าผลลัพธ์ดีขึ้นในทุกด้าน สามารถอธิบายตามกรอบ แนวคิดการวิจัยได้ดังนี้ ร

ระยะที่ 1 การเตรียมการและวิเคราะห์ สถานการณ์ การวิเคราะห์ระบบการดูแลเดิมพบว่า การดูแลผู้ป่วย STEMI จำเป็นต้องมีพยาบาล case manager เป็นแกนนำในการดูแลในหน่วยบริการทุกแผนก และตั้งแต่ประสานชุมชนถึงโรงพยาบาลและโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันทั้ง

เครือข่าย มีระบบการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย STEMI ที่เชื่อมโยงหน่วยบริการทุกระดับ ได้แก่ ระบบช่องทางด่วน ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพิ่มหน่วยบริการให้ยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาล ระบบการส่งต่อผู้ป่วย และ ระบบขอคำปรึกษาจากแพทย์และพยาบาลผู้ชำนาญกว่าตลอด 24 ชั่วโมง โดยการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำเป็นต้องมีการพัฒนาทั้งระบบ ซึ่งประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกในชุมชน มีการเตรียมผู้ป่วยในชุมชน การดูแลก่อนมาถึงโรงพยาบาล มีระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การรักษาด้วยการให้ยา และส่งต่อเพื่อเปิดขยายหลอดเลือด มีการคัดกรองผู้ป่วยและมีเครือข่ายการส่งต่อที่ชัดเจน

ระยะที่ 2 ดำเนินการ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลทั่วทั้งภาค ครั้งนี้ เน้นการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่ง พยาบาลจำเป็นต้องได้รับความรู้ในเรื่องการคัดกรอง และประเมินผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การจัดการทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การบริหารยาละลายลิ่มเลือด การดูแลระหว่างส่งต่อ และการติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยมีการจัดทำ และใช้แนวทางในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาล การพัฒนาศักยภาพพยาบาล โดยจัดส่งเข้าร่วมการประชุมวิชาการ ด้านการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ส่งผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นในทุกด้าน เพิ่มการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด ลดอัตราการเสียชีวิต ลดระยะเวลาในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ลดระยะเวลาในการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน จัดระบบบริการพยาบาลที่เชื่อมโยงตั้งแต่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาล การส่งต่อ จนถึงห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลน่าน ห้องCCU ติดตามเคสจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน และการประสานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดยให้พยาบาลแกนนำทีมเยี่ยมบ้าน ประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการอย่างแท้จริงและส่งผลลัพธ์ที่ดี และประเมินพบว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการหลังการพัฒนาระบบมากขึ้น มีการพัฒนาระบบช่องทางด่วนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และมีระบบสนับสนุนที่ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีเจ็บหน้าอกในชุมชน มีการเตรียมผู้ป่วยในชุมชน การดูแลก่อนมาถึงโรงพยาบาล จนเกิดความพึงพอใจมากขึ้น

ระยะที่ 3 ประเมินผลภายหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลทั่วทั้งภาค จังหวัดน่านพบว่าผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นทุกด้าน เป็นผลมาจากการพัฒนาทีมการพยาบาล ซึ่งเป็นการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลน่านเป็นอย่างเดียวกัน ผลลัพธ์ทางคลินิก ระยะเวลาในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด เฉลี่ยลดลง ระยะเวลาการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดลดลง ช่วยให้ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการลดลง โดยระยะเวลาเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดลดลง เนื่องจากแพทย์และทีมมีความรู้และมั่นใจ สามารถขอรับคำปรึกษาจาก cardiologist เร็วขึ้น ส่งผลลัพธ์ดีขึ้นทุกด้าน สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขา โรคหัวใจ4 ที่ต้องการพัฒนาให้โรงพยาบาลในระดับ F2 สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ 100% และ

ต้องการให้ผู้ป่วยโรค หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและหรือขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI) มากกว่า/ เท่ากับร้อยละ 80 (ปี 2566) เพื่อต้องการลดอัตราการตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้น้อยกว่าร้อยละ 9 ในปี 2567

สรุปผล

โรงพยาบาลท่าม่วงเป็นโรงพยาบาลปฐมภูมิขนาด 30 เตียง ระยะทางห่างจากโรงพยาบาลจังหวัด 45 กิโลเมตร ซึ่ง ร.พ. จังหวัดเพิ่งสามารถเปิดบริการตรวจสวนหัวใจเมื่อ ม.ค. 2563 จึงต้องมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย STEMI มุ่งเน้นการบริการผู้ป่วยผ่านระบบช่องทางด่วน ซึ่งเป็นการรับส่งต่อการดูแลเบื้องต้นมาจากชุมชน จากการวิเคราะห์ระบบพบว่า ยังขาดความเข้มแข็ง ในระดับเครือข่ายชุมชน พบว่ามีแพทย์หมุนเวียนที่มาประจำ รวมทั้งทีมงานยังไม่มี ความชำนาญในการวินิจฉัย รักษา จำเป็นต้องมีการเพิ่มศักยภาพในการให้บริการ และพัฒนากำลังคน เพื่อสามารถให้บริการประชาชนได้รวดเร็ว มีประสิทธิภาพตามขอบเขตโรงพยาบาลชุมชน โดยกำหนดตัวชี้วัดคือ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลาที่กำหนด 30 นาที อัตราการเสียชีวิตภายในโรงพยาบาลหลังได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ผู้วิจัยจึงได้มีการประชุมปรึกษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ วางแผนและกำหนดแนวทางการปฏิบัติ และมีการนำไปปฏิบัติในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดน่าน ที่เกิดจากการพัฒนาจากระบบเดิม ผลลัพธ์จากการวิจัยและพัฒนาพบว่าผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้รวดเร็วขึ้น เกิดความถูกต้องและปลอดภัยในการรักษา ลดอัตราการตาย และเกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารในระดับโรงพยาบาลควรกำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด เพื่อให้ระบบบริการพยาบาลเชื่อมโยง หน่วยบริการทุกระดับ ตั้งแต่ระดับชุมชน รวมทั้งการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกในชุมชน การเตรียมผู้ป่วยในชุมชน การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การดูแลที่โรงพยาบาล และการส่งต่อ-ส่งกลับ การวางแผนการ จำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา
2. ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรวางแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย STEMI โดยการส่งเสริมให้พยาบาลที่เกี่ยวข้องได้เข้ารับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้
3. ควรส่งเสริมให้มีการนำระบบพยาบาล ผู้จัดการรายกรณี มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยบริการ เพื่อมีการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง
4. ผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับ ควรส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย STEMI มาใช้ และควรนิเทศการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน
5. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์เพื่อติดตามผลการพัฒนาระบบเพื่อลดความล่าช้าก่อนถึงโรงพยาบาล (patient delay) และความล่าช้าที่เกิดจาก ระบบ (system delay)

เอกสารอ้างอิง

1. เกรียงไกร เฮงรัศมี. มาตรฐานการรักษา ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันฉบับปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 4 . กรุงเทพมหานคร : สุขุมวิทการพิมพ์จำกัด ; 2560.
2. สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.สมุทรปราการ.ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทปดีไซน์; 2563.
3. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลท่าวิ้งผา สรุปสถิติข้อมูลการบริการด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด ประจำปี 2558 - 2563.
4. ปารีชาติ ตันติลาภนที. การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เพื่อส่งต่อเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลา. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 4 New normal in Emergency and Trauma care:Challenges in the 21 st century วันที่ 8-9 มีนาคม 2563; 2564;1-20.
5. มรรยาท ขาวโต และสุรเชษฐ์ กุคำใส.การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤติ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 : กรกฎาคม – ธันวาคม; 2564 : 93-110.
6. จิตติ โฆษิตชัยวัฒน์. แนวทางการดูแล ผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome โรงพยาบาลชุมชน.จันทบุรี: โรงพิมพ์ต้นฉบับ 2554:1.
7. อรุณี สิทธิหงส์ นิตยาภรณ์ จันทน์นคร และ ทศนีย์ แดขุนทด. การพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ใน โรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดสกลนคร.วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2555; 30(4): 67-78.
8. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน ดวงกมล วัตราดุล และบุปผาวัลย์ ศรีล้ำ . การพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสมรรถนะพยาบาล CVT. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด. 2555.

ความเป็นมาและความสำคัญ

ประเทศไทย มีการขับเคลื่อน 2P Safety ในเชิงนโยบาย และส่งเสริมดำเนินการสู่การปฏิบัติเป็นรูปธรรม โดยกำหนดเพิ่มเติมด้านความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข เป็น Patient and Personnel Safety ตั้งแต่ปี 2560 และได้มีการประเมินสถานการณ์ patient Safety ในประเทศไทยมีการพัฒนาระบบ National Reporting and Learning system มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อน 2P Safety ระดับประเทศ มีการ review patient safety goals ซึ่งเดิมมีการดำเนินการในปี 2008 เป็น 2P Safety Goals 2018 : (SIMPLE)2 และประกาศใช้ในปี 2561 ด้วยกลไกการขับเคลื่อนสำคัญภายใต้แนวคิด “Quality and Safety+ Coverage and Access” ระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเทศไทย (National Reporting and Learning System: NRLS) เป็นระบบรายงานอุบัติการณ์ที่เชื่อมโยงกับการสร้างระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลสู่การรายงานอุบัติการณ์ระดับประเทศ เพื่อให้มีข้อมูลในการวิเคราะห์แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบด้วยกัน (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล,2561)

โรงพยาบาลเป็นสถานที่ให้บริการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การดูแลผู้ป่วย รวมถึงเป็นสถานที่ส่งเสริมสุขภาพไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อมให้กับชุมชน ผู้ป่วยที่มารับบริการทุกรายมีความคาดหวังว่าเมื่อมารับบริการแล้วต้องมีความปลอดภัย ไม่ได้รับของแถมเป็นโรคหรืออาการต่างๆที่เพิ่มขึ้นจากอาการเดิมหรือได้รับผลกระทบที่อาจถึงแก่ชีวิตของผู้ป่วยจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเจ้าหน้าที่ที่มีความคาดหวังให้เกิดความปลอดภัยขณะปฏิบัติงานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่ถูกฟ้องร้องลงชื่อโซเชียลมีเดียจนกระทั่งเกิดผลกระทบต่อชื่อเสียงขององค์กร การบริหารความเสี่ยงจึงมีความสำคัญเพื่อเป็นการป้องกันความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในองค์กร (วาสนา,2564)

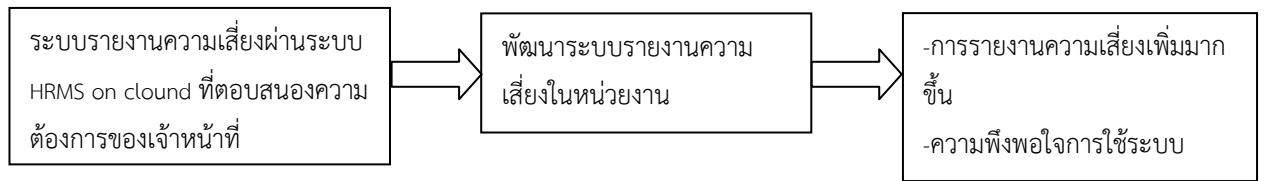
ทางงานระบบความเสี่ยง โรงพยาบาลท่าม่วง ได้เริ่ม ดำเนินการรายงานความเสี่ยงผ่าน ระบบ HRMS on cloud ตั้งแต่ปี 2561 จะพบว่า แนวโน้มการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลท่าม่วงมีแนวโน้มลดลง ซึ่งกลุ่มงานทันตกรรมก็ได้เริ่มใช้การรายงานความเสี่ยงตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา และพบว่า การรายงานความเสี่ยงมีแนวโน้มที่ลดลง เช่นกัน จากการสอบถามผู้ใช้งานมักพบปัญหา คือ จාරหัสผ่านไม่ได้ ลงข้อมูลค่อนข้างเยอะ จำเวปไซต์ไม่ได้ เข้าลือคอินระบบยาก ระบบไม่เสถียร เป็นต้น จึงทำให้การรายงานความเสี่ยงลดลง ทำให้อาจเกิดผลต่อความปลอดภัยต่อการดูแลผู้ป่วย และบุคลากรของโรงพยาบาลเองด้วย จากปัญหาข้างต้น ทางฝ่ายเห็นถึงความสำคัญ จึงได้ทำวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยงของงานทันตกรรม โรงพยาบาลท่าม่วง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยงของงานทันตกรรม
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการรายงานความเสี่ยง

ระเบียบวิธีวิจัย (research methodology)

- แบบของการวิจัย (research design): วิจัยเชิงปฏิบัติการ
- กรอบแนวคิด



- ประชากร/กลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่ฝ่ายทันตกรรม จำนวน 18 รายคัดเลือกโดยจำเพาะเจาะจง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (instrument of research) ใช้เครื่องมือ 3 ชั้น คือ

- 1.แบบเขียนรายงานความเสี่ยง
- 2.แบบรายงานความเสี่ยงผ่าน Google form
- 3.แบบสอบถามการใช้งานระบบและความพึงพอใจ

การสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบการรายงานความเสี่ยงผ่าน Google form ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลท่าวังผา ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทั้งนี้ได้กำหนดเกณฑ์การแปลค่าเฉลี่ย ดังนี้ (ศศิจันทร์ ปัญจทวี, ๒๕๖๐).

4.50-5.00 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด

3.50-4.49 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

2.50-3.49 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง

1.50-2.49 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

1.10-1.49 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

วิธีการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการระหว่าง มิถุนายน 2562 ถึง กันยายน 2566 แบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1: ระยะวิเคราะห์สถานการณ์และออกแบบรูปแบบ โรงพยาบาลท่าวังผาได้ดำเนินการนำระบบการรายงานความเสี่ยงผ่านระบบ HRMS on cloud มาใช้ในปี 2562 พบว่า ในปีงบประมาณ 2562 และ 2563 มีการรายงานความเสี่ยงของทันตกรรมในระบบ HRMS on cloud อยู่ที่ 10 และ 11 รายงาน ตามลำดับ จากการหาสาเหตุ พบปัญหาและอุปสรรค คือ จාරหัสผ่านไม่ได้ ลงข้อมูลค่อนข้างเยอะ จำเว็บไซต์ไม่ได้ เข้าลือคอินยาก และระบบไม่เสถียร จึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบการรายงานความเสี่ยงใหม่ โดยเริ่มดำเนินการในช่วงปีงบประมาณ 2564 ได้แก่ 1.วาง icon website HRMS ไว้บนหน้าจอคอมพิวเตอร์ที่ใช้งานทุกเครื่องในฝ่าย และมี link สำหรับการเข้าลือคอินระบบ website ในกลุ่มline เพื่อให้สามารถเข้าถึงได้ 2.จัดระบบให้มีคนช่วยเหลือ หรือรับลงความเสี่ยงในระบบ HRMS ให้กรณีใช้ระบบไม่ชำนาญ 3.เพิ่มช่องทางการรับรายงานความเสี่ยง โดยเพิ่มกล่องรับรายงานความเสี่ยง 2 กล่อง และมีแบบฟอร์มสำหรับรายงานความเสี่ยงที่ให้ลงส่วนที่สำคัญของรายงานเท่านั้น ติดไว้ตรงส่วนหน้าห้องบริการเพื่อรับความคิดเห็นในส่วนผู้รับบริการส่วนอีกกล่องเอาไว้ในฝ่าย เพื่อให้เจ้าหน้าที่เขียนรายงานความเสี่ยงแล้วใส่ลงไป เพื่อแก้ปัญหาการลือคอินหรือความยุ่งยากในการเข้าระบบหรือไม่กล้าเปิดเผยตัวตนคนรายงาน จากนั้นก็จะมีผู้รับผิดชอบลงข้อมูลใน HRMS ให้ และเปิดกล่องเพื่อลง

รายงานความเสี่ยงบนHRMS on cloud ทุกวัน พุธ และ ศุกร์ 4.รายงานความไม่เสถียรของระบบไปยังระบบ ความเสี่ยงของโรงพยาบาลให้แก่ไชระบบ 5.กระตุ้นเตือนให้คนหน่วยงานช่วยกันรายงานความเสี่ยง ผลการ ดำเนินงานปีงบประมาณ 2564และ2565 พบว่า มีรายงานอุบัติการณ์เพียง 5 และ 2 รายงาน ตามลำดับ

ระยะที่ 2: ระยะดำเนินการ ระหว่างเดือน มิ.ย 2566-ก.ย 2566 ทางฝ่ายทันตกรรมได้มาทบทวนและ ปรับปรุงระบบการรายงานความเสี่ยง โดยออกแบบระบบใหม่ดังนี้

1.เพิ่มช่องทางการรับรายงานความเสี่ยงใหม่ใช้การรายงานผ่าน Google form โดยการใช้การสแกนผ่าน QR code ที่ติดตามจุดคอมพิวเตอร์ที่ใช้งาน 9 จุด จุดห้องพัก 2 จุด และเคาน์เตอร์ 1 จุด รวม 12 จุด

2.มีเจ้าหน้าที่คอย มอนิเตอร์ ความเสี่ยงทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ และเมื่อมีรายงานความเสี่ยงใน Google form ก็จะมีการวิเคราะห์ว่า รายงานดังกล่าวเป็นความเสี่ยงหรือไม่ หากเป็นความเสี่ยงก็จะนำข้อมูลใน Google form บันทึกลงในระบบรายงานความเสี่ยง HRMS

3.กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่รายงานความเสี่ยงผ่านระบบ Google form จากนั้น กำหนดให้ระบบความเสี่ยงเป็นวาระ การประชุมของฝ่ายในแต่ละเดือน และนำเสนอให้เจ้าหน้าที่ในฝ่ายเห็นการพัฒนาที่เกิดขึ้นเพราะได้จากการ ทบทวนความเสี่ยงที่รายงานเข้ามา

ระยะที่3:ระยะประเมินและติดตามต่อเนื่อง เดือน สิงหาคม 2566 มีการติดตามและประเมินผลลัพธ์

- สถิติที่ใช้ เชิงพรรณนา

1. ผลการวิจัย

ทันตกรรมได้ดำเนินการรายงานความเสี่ยงผ่านระบบ HRMS เมื่อ ปี2562 แล้วพบว่า ตั้งแต่ปี งบประมาณ 2562 ถึง ปีงบประมาณ 2566(เดือน พฤษภาคม) มีการรายงานที่ลดลง ดังตารางที่1

ปีงบประมาณ	2562	2563	2564	2565	2566(พ.ค.)
จำนวนการรายงาน อุบัติการณ์ (รายงาน)	10	11	5	2	3

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนอุบัติการณ์ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562-2566

การเปลี่ยนระบบมาใช้ในการรายงานความเสี่ยงผ่านระบบ google form ตั้งแต่เดือน เดือน มิถุนายน-กันยายน 2566 พบว่า มีการเข้าไปรายงานทั้งหมด 48 รายงาน ดังตารางที่2 แสดงการจำแนกการรายงานอุบัติการณ์ มิ.ย-ก.ย 2566 ผ่านGoogle form โดยแบ่งเป็นการรายงานหน่วยงานตนเอง 28 รายงาน รายงานหน่วยงานอื่นๆ 13 รายงาน และ ไม่เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง 7 รายงาน

เดือน	รายงานหน่วยงานตนเอง (รายงาน)	รายงานหน่วยงานอื่น (รายงาน)	ไม่เป็นอุบัติการณ์ความ เสี่ยง(รายงาน)
มิถุนายน 2566	8	4	1
กรกฎาคม 2566	7	4	0
สิงหาคม 2566	6	3	3
กันยายน 2566	7	2	3
รวม	28	13	7

ตารางที่2 แสดงการจำแนกการรายงานอุบัติการณ์ มิ.ย-ก.ย 2566 ผ่านGoogle form

เมื่อประเมินผลการใช้งานระบบและความพึงพอใจ พบว่าเจ้าหน้าที่ เป็นเพศชาย จำนวน 3 คน หญิง 12 คน ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 21-30ปี จำนวน 3 คน, อายุ 31-40 จำนวน 8 คน และ อายุ41-50 ปี จำนวน 3 คน จำนวนเคยใช้งาน google form มาก่อนอยู่ที่ ร้อยละ 86.7 และไม่เคยใช้งานผ่านgoogle form มาก่อนร้อยละ 13.3 ความถี่ในการรายงานความเสี่ยงผ่าน google form เดือน มิถุนายน-กันยายน 2566 พบว่า คนที่รายงาน 1-2 ครั้ง อยู่ที่ ร้อยละ80 และไม่เคยรายงาน ร้อยละ 20

จากตารางที่3 ผลประเมินผลการใช้งานระบบและระดับความพึงพอใจจะพบว่า ระดับความพึงพอใจที่มากที่สุดคือ การรายงานผ่านรูปแบบgoogle form ทำให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนา ในหน่วยงานของท่าน (X=4.66,S.D=0.48) ส่วนระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ การรายงานผ่าน ระบบgoogle formนี้ โดยทั่วไปมีความรวดเร็ว (X=4.06,S.D=1.16)

ข้อที่	หัวข้อความคิดเห็น	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
1	การรายงานผ่านระบบgoogle formนี้ โดยทั่วไปมีความรวดเร็ว	4.06	1.16	พึงพอใจมาก
2	ระบบการรายงานผ่าน google form มีความเข้าใจและใช้งานง่าย	4.40	0.73	พึงพอใจมาก
3	จุดสแกนสำหรับรายงานความเสี่ยงผ่าน google form เข้าถึงง่าย	4.60	0.50	พึงพอใจมากที่สุด
4	จุดสแกนสำหรับรายงานความเสี่ยงผ่าน google form มีความเพียงพอ	4.60	0.46	พึงพอใจมากที่สุด
5	ระบบการรายงานความเสี่ยงผ่านgoogle form ทำให้ท่านรู้สึกปลอดภัย ไม่กังวล/กลัว ต่อการรายงานความเสี่ยง	4.60	0.50	พึงพอใจมากที่สุด
6	โดยภาพรวมท่านพึงพอใจต่อรูปแบบการรายงานความเสี่ยงผ่าน google form	4.46	0.48	พึงพอใจมาก
7	การรายงานผ่านรูปแบบgoogle form ทำให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนา ในหน่วยงานของท่าน	4.66	0.48	พึงพอใจมากที่สุด

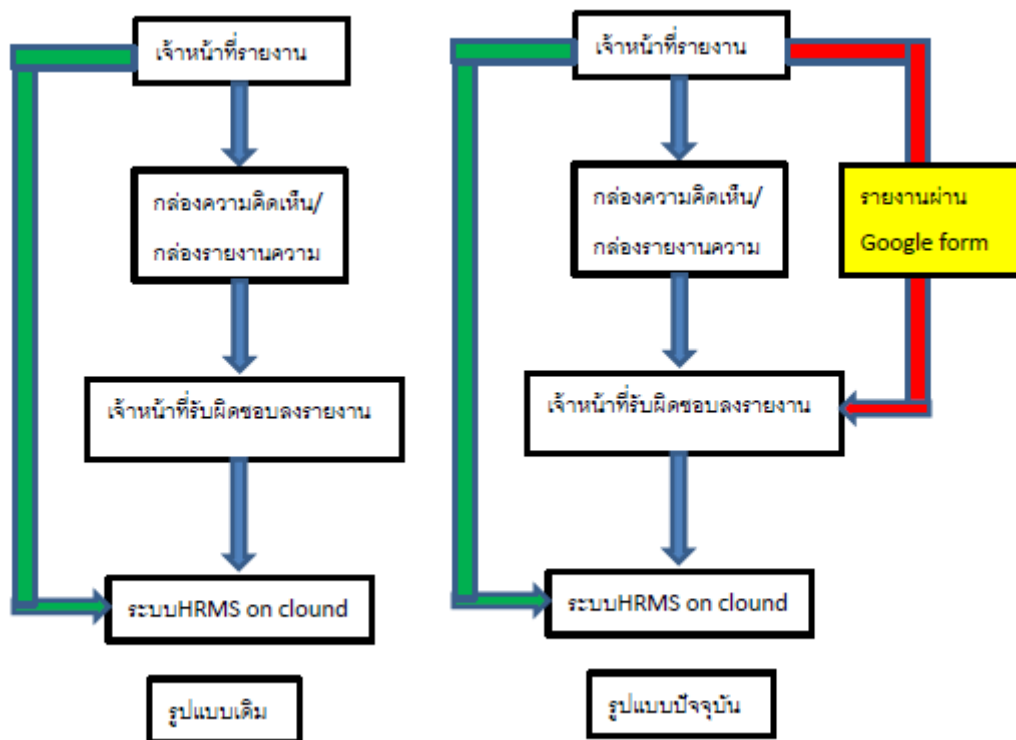
ตารางที่ 3 ผลประเมินผลการใช้งานระบบและระดับความพึงพอใจ

อภิปรายผล

โรงพยาบาลท่าวังผาได้ดำเนินการนำระบบการรายงานความเสี่ยงผ่านระบบ HRMS on cloud มาใช้ในปี 2562 พบว่า ในปีงบประมาณ 2562 และ 2563 มีการรายงานความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud อยู่ที่ 10 และ 11 รายงาน ตามลำดับ จากการหาสาเหตุ พบปัญหาและอุปสรรค คือ จාරหัสผ่านไม่ได้ ลงข้อมูลค่อนข้างเยาะจำเวปไซต์ไม่ได้ เข้าล็อกอินยาก และระบบไม่เสถียร จึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบการรายงานความเสี่ยงใหม่ โดยเริ่มดำเนินการในช่วง ปีงบประมาณ 2564 ได้แก่ 1.วาง icon website HRMS ไว้บนหน้าจอคอมพิวเตอร์ที่ใช้งานทุกเครื่องในฝ่าย และมี link สำหรับการเข้าล็อกอินระบบ website ในกลุ่มline เพื่อให้สามารถเข้าถึงได้ 2. จัดระบบให้มีคนช่วยเหลือ หรือรับลงความเสี่ยงในระบบ HRMS ให้กรณีใช้ระบบไม่ชำนาญ 3.เพิ่มช่องทางการรับรายงานความเสี่ยง โดยเพิ่มกล่องรับรายงานความเสี่ยง 2 กล่อง และมีแบบฟอร์มสำหรับรายงานความเสี่ยงที่ให้ลงส่วนที่สำคัญของรายงานเท่านั้น ติดไว้ตรงส่วนหน้าห้องบริการเพื่อรับความคิดเห็นในส่วนผู้รับบริการส่วนอีกกล่องเอาไว้ในฝ่าย เพื่อให้เจ้าหน้าที่เขียนรายงานความเสี่ยงแล้วใส่ลงไป เพื่อแก้ปัญหาการลืมรหัสหรือความยุ่งยากในการเข้าระบบหรือไม่กล้าเปิดเผยตัวตนคนรายงาน จากนั้นก็จะมีผู้รับผิดชอบลงข้อมูลใน HRMS ให้ และเปิดกล่องเพื่อนำความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud ทุกวัน พุธ และ ศุกร์ 4.รายงานความไม่เสถียรของระบบไปให้ระบบความเสี่ยงของโรงพยาบาลแก้ไข 5.กระตุ้นเตือนให้คนหน่วยงานช่วยกันรายงานความเสี่ยง ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2564 และ 2565 พบว่า มีรายงานอุบัติการณ์เพียง 5 และ 2 รายงาน ตามลำดับ

ในเดือน มิ.ย 2566 ทางฝ่ายทันตกรรมได้มาทบทวนและปรับปรุงระบบการรายงานความเสี่ยง โดยออกแบบระบบใหม่ดังนี้ 1.เพิ่มช่องทางการรับรายงานความเสี่ยงใหม่ใช้การรายงานผ่าน Google form โดยการใช้การสแกนผ่าน QR code ที่ติดตามจุดคอมพิวเตอร์ที่ใช้งาน 9 จุด จุดห้องพัก 2 จุด และเคาน์เตอร์ 1 จุด รวม 12 จุด 2.มีเจ้าหน้าที่คอย มอนิเตอร์ ความเสี่ยงทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ และเมื่อมีรายงานความเสี่ยงใน Google form ก็จะการวิเคราะห์ว่า รายงานดังกล่าวเป็นความเสี่ยงหรือไม่ หากเป็นความเสี่ยงก็จะนำข้อมูลใน Google form บันทึกลงในระบบรายงานความเสี่ยง HRMS

3.กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่รายงานความเสี่ยงผ่านระบบ Google form จากนั้น กำหนดให้ระบบความเสี่ยงเป็นวาระการประชุมของฝ่ายในแต่ละเดือน และนำเสนอให้เจ้าหน้าที่ในฝ่ายเห็นการพัฒนาที่เกิดขึ้นเพราะได้จากการทบทวนความเสี่ยงที่รายงานเข้ามา จากการพัฒนาระบบการรายงานความเสี่ยงของฝ่ายทันตกรรมสรุป ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 แสดงรูปแบบการรายงานความเสีงรูปแบบเดิมและปัจจุบัน

การพัฒนาาระบบรายงานความเสีงของฝ่ายทันตกรรม ถ้าเทียบกับแบบเดิมจะเห็นว่าเป็นการเพิ่มช่องทางการรายงานความเสีงใหม่ขึ้นมาอีกแนวทางหนึ่ง โดยการอาศัยเทคโนโลยี google formผ่านการใช้งานมือถือพบว่า จำนวนเคยใช้งาน google form มาก่อนอยู่ที่ ร้อยละ 86.7 และ ในรอบ 4 เดือน คนที่รายงาน 1-2 ครั้ง อยู่ที่ ร้อยละ 80 เมื่อพิจารณาช่วงอายุจะเห็นว่า เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอยู่ในเจนเนอเรชั่นวาย (Y) ถึงร้อยละ 80 ของเจ้าหน้าที่ ซึ่งสามารถใช้งานเทคโนโลยีได้ดีเยี่ยม ดังการศึกษาของศศิธร ยูโกศล พบว่าคนกลุ่มนี้ ประเทศกำลังพัฒนาและเข้าสู่ความเป็นเมืองสูงขึ้นและเกิดมาพร้อมกับยุคเทคโนโลยีที่เพียบพร้อมทั้งอุปกรณ์ไอทีและอินเทอร์เน็ต เข้าถึงข้อมูลต่างๆ ได้ง่ายและรวดเร็ว ด้วยสภาพแวดล้อมที่เกิดมาท่ามกลางเทคโนโลยี ทำให้คนรุ่นเจนเนอเรชั่นวาย มีความสามารถด้านการใช้เทคโนโลยีไม่ว่าจะใช้ทำงาน ติดต่อสื่อสาร

การรายงานความเสีงผ่านระบบ google form ตั้งแต่เดือน เดือน มิถุนายน-กันยายน 2566 พบว่า มีการเข้าไปรายงานทั้งหมด 48 รายงาน ดังตารางที่ 2 โดยแบ่งเป็นการรายงานหน่วยงานตนเองร้อยละ 58.33 รายงานหน่วยงานอื่นๆ ร้อยละ 27.08 และ ไม่เป็นอุบัติการณ์ความเสีง ร้อยละ 14.59 จะเห็นได้ว่า การใช้ระบบรายงานแบบปัจจุบัน สามารถตรวจสอบได้ว่ารายงานอื่นอยู่จำนวนเท่าใดซึ่งหากเป็น HRMS จะไม่สามารถตรวจสอบได้ว่ารายงานหน่วยงานอื่นไปมากน้อยเพียงใด

ระดับความพึงพอใจการใช้งานระบบ ระดับที่มีความพึงพอใจมากที่สุดคือ การรายงานผ่านรูปแบบ google form ทำให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนา ในหน่วยงานของท่าน (X=4.66,S.D=0.48) ส่วนระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ การรายงานผ่านระบบ google form นี้ โดยทั่วไปมีความรวดเร็ว (X=4.06,S.D=1.16) จะเห็นว่า เจ้าหน้าที่ระบบรายงานความเสีงแบบใหม่นี้ ทำให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนา ในหน่วยงานเนื่องจาก เข้าถึงง่าย สะดวก ปลอดภัย ความรวดเร็ว และเป็นประโยชน์ อาจจะอธิบายได้จากทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยี (TAM) ของ Davis (สิริรัตน์, 2558) ก็ได้มีการสร้างแบบจำลองทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยี เพื่อที่จะทำการศึกษาในเรื่องของปัจจัยที่จะ

ทำให้คนยอมรับเทคโนโลยีและเป็นการคาดการณ์ถึงการนำเทคโนโลยีนั้นไปใช้ เรียกได้ว่าทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยีเป็นการอธิบายและพยากรณ์การยอมรับเทคโนโลยี ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการยอมรับเทคโนโลยีว่าจะมีการยอมรับหรือไม่ยอมรับเทคโนโลยีนั้น ทฤษฎีนี้จะแสดงให้เห็นจากปัจจัย 2 ปัจจัย ซึ่งได้แก่ การรับรู้ว่าคุณประโยชน์ (Perceived Usefulness: PU) และการรับรู้ว่าคุณประโยชน์มีความง่ายต่อการใช้งาน (Perceived Ease Of Use: PEOU) กล่าวคือ การตัดสินใจเลือกที่จะใช้เทคโนโลยีสักอย่างหนึ่งคนส่วนใหญ่จะตัดสินใจเลือกใช้เมื่อพวกเขาเชื่อว่าเทคโนโลยีที่เขากำลังจะใช้งานนั้นสามารถที่จะสร้างประโยชน์ให้กับเขาได้ และนอกจาก การรับรู้ว่าคุณประโยชน์แล้วการที่คนส่วนใหญ่จะเลือกใช้ต้องขึ้นอยู่กับว่าคุณประโยชน์ที่จะใช้นั้นมันมีความง่ายต่อการใช้งานและไม่ยุ่งยาก และทั้ง 2 ตัวแปร ทั้งการรับรู้ว่าคุณประโยชน์และรับรู้ว่าคุณประโยชน์ก็จะส่งผลต่อทัศนคติของคนเหล่านั้นว่าพวกเขาจะมีทัศนคติอย่างไรต่อการใช้เทคโนโลยีนั้น ๆ และทัศนคติที่เกิดขึ้นก็จะนำไปสู่แนวโน้มการเกิดพฤติกรรมจนไปถึงเกิดพฤติกรรม ซึ่งความเชื่อมโยงของแต่ละตัวแปรสามารถเห็นได้จากแบบจำลองทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยี

ผู้ที่เกิดและเติบโตมาในสภาพแวดล้อมที่ต่างยุคสมัยกันส่งผลถึงแนวโน้มการเลือกใช้สื่อและเทคโนโลยีเพื่อสนองจุดประสงค์ต่างๆ แตกต่างกันไป การทำความเข้าใจพฤติกรรมเหล่านี้จึงสำคัญทั้งในระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การทำงาน และไลฟ์สไตล์อื่นๆ เพื่อนำไปสู่การบริหารจัดการบุคคล การสร้างกลยุทธ์การสื่อสาร และการพัฒนาองค์กร ต่อไป

สรุป

ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลท่าวังฯ ได้ดำเนินการปรับปรุงการรายงานความเสี่ยงผ่านระบบ HRMS on cloud ดังนี้

ระยะที่แรก ปี 2562 โรงพยาบาลได้นำระบบ HRMS on cloud มาใช้รายงานความเสี่ยง พบว่า ในปีงบประมาณ 2562 และ 2563 มีการรายงานความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud อยู่ที่ 10 และ 11 รายงานตามลำดับ จากการหาสาเหตุ พบปัญหาและอุปสรรค คือ จำรหัสผ่านไม่ได้ ลงข้อมูลค่อนข้างเยอะ จำเวปไซต์ไม่ได้ เข้าล็อกอินระบบยาก และระบบไม่เสถียร จึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบการรายงานความเสี่ยงใหม่

ระยะที่สอง ปีงบประมาณ 2564 ได้แก่ข้อคือ 1.วาง icon website HRMS ไว้บนหน้าจอคอมพิวเตอร์ที่ใช้งานทุกเครื่องในฝ่าย และมี link สำหรับการเข้าล็อกอินระบบ website ในกลุ่มline เพื่อให้สามารถเข้าถึงได้ 2. จัดระบบให้มีคนช่วยเหลือ หรือรับลงความเสี่ยงในระบบ HRMS ให้กรณีใช้ระบบไม่ชำนาญ 3. เพิ่มช่องทางการรับรายงานความเสี่ยง โดยเพิ่มกล่องรับรายงานความเสี่ยง 2 กล่อง และมีแบบฟอร์มสำหรับรายงานความเสี่ยงที่ให้ลงส่วนที่สำคัญของรายงานเท่านั้น ติดไว้ตรงส่วนหน้าห้องบริการเพื่อรับความคิดเห็นในส่วนผู้รับบริการ ส่วนอีกกล่องเอาไว้ในฝ่าย เพื่อให้เจ้าหน้าที่เขียนรายงานความเสี่ยงแล้วใส่ลงไป เพื่อแก้ปัญหาการลืมรหัสหรือความยุ่งยากในการเข้าระบบหรือไม่กล้าเปิดเผยตัวตนคนรายงาน จากนั้นหมอบหมายผู้รับผิดชอบลงข้อมูลใน HRMS ให้ และเปิดกล่องเพื่อนำความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud ทุกวัน พุธ และ ศุกร์ 4. รายงานความไม่เสถียรของระบบไปให้ระบบความเสี่ยงของโรงพยาบาลแก้ไข 5. กระตุ้นเตือนให้คนหน่วยงานช่วยกันรายงานความเสี่ยง

ระยะที่สาม ในเดือน มิ.ย 2566 ทางฝ่ายทันตกรรมได้มาทบทวนและปรับปรุงระบบการรายงานความเสี่ยง โดยออกแบบระบบใหม่ดังนี้ เพิ่มช่องทางการรับรายงานความเสี่ยงใหม่ใช้การรายงานผ่าน Google form โดยการ

ใช้การสแกนผ่าน QR code ที่ติดตามจุดต่างๆในหน่วยงาน เช่นบริเวณคอมพิวเตอร์ที่ลงข้อมูล เคาน์เตอร์ และห้องพัก รวมทั้งหมด 12 จุด

ผลลัพธ์การวิจัย การอาศัยเทคโนโลยี google formผ่านการใช้งานมือถือ พบว่า จำนวนเคยใช้งาน google form มาก่อนอยู่ที่ ร้อยละ 86.7 และ ในรอบ 4 เดือน คนที่รายงาน 1-2 ครั้ง อยู่ที่ ร้อยละ 80 เมื่อ ตั้งแต่เดือนเดือน มิถุนายน-กันยายน 2566 พบว่า มีการเข้าไปรายงานทั้งหมด 48 รายงาน แบ่งเป็นการรายงานหน่วยงานตนเอง 28 รายงาน รายงานหน่วยงานอื่นๆ 13 รายงาน และ ไม่เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง 7 รายงาน ระดับความพึงพอใจการใช้งานระบบ ระดับที่มีความพึงพอใจมากที่สุดคือ การรายงานผ่านรูปแบบ google form ทำให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนา ในหน่วยงานของท่าน ($X=4.66, S.D=0.48$) ส่วนระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ การรายงานผ่านระบบ google form นี้ โดยทั่วไปมีความรวดเร็ว ($X=4.06, S.D=1.16$) จะเห็นว่า เจ้าหน้าที่ระบบรายงานความเสี่ยงแบบใหม่นี้ ทำให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนา ในหน่วยงานเนื่องจาก ง่าย สะดวก ปลอดภัย และ ความรวดเร็ว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรติดตามผลลัพธ์การดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นการใช้งานหรือปรับปรุงให้เหมาะสมเมื่อมีปัญหาและอุปสรรคในการใช้งาน
2. นำเสนอรูปแบบการพัฒนาให้กับระบบความเสี่ยงของโรงพยาบาลเพื่อเป็นประโยชน์กับหน่วยงานอื่นๆในการนำไปปรับใช้รายงานความเสี่ยง
3. ระบบความเสี่ยงของโรงพยาบาลมีการกระตุ้นความตระหนักรู้การรายงานความเสี่ยงให้กับเจ้าหน้าที่ทุกๆปี
4. การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำที่มนำระบบบริหารความเสี่ยงมาใช้ทำให้เกิดการรายงานความเสี่ยงมากขึ้นและเป็นแบบอย่างให้หน่วยงานอื่นเอาไปปรับใช้ในอนาคต

บทเรียนที่ได้รับ

1. การเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นหนึ่งในบทบาทสำคัญของการจัดการระบบ เนื่องจากปัญหาสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระบวนการเพื่อให้สามารถบริหารจัดการได้และเกิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ขับเคลื่อนไม่หยุดนิ่ง
2. ความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้รับบริการสามารถจัดการและแก้ไขได้ด้วยระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพและมีการพัฒนาต่อเนื่อง
3. ควรมีการพัฒนาเทคโนโลยี ที่สามารถให้บุคลากรในองค์กรสามารถนำไปใช้ได้สะดวก เข้าถึงง่าย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. การสนับสนุนของผู้บริหารทั้งระดับจังหวัดและภายในองค์กรทุกระดับ ที่สนับสนุนทั้งด้านบุคลากรทรัพยากร และงบประมาณในการพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยง รพ.ท่าวังผา
2. สถานะบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ที่พัฒนาโปรแกรมและให้หน่วยบริการนำมาใช้ในพื้นที่ นอกจากนี้ยังสนับสนุนด้านการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

3. การทำงานร่วมกับเป็นทีมของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและเจ้าหน้าที่ความเสี่ยงประจำหน่วยงานที่ร่วมออกแบบ พัฒนาและนำรูปแบบฯไปใช้ในหน่วยงาน
4. บุคลากรฝ่ายพันธุกรรม โรงพยาบาลท่าวังผาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการใช้โปรแกรมและพัฒนา ศักยภาพของตนเอง

เอกสารอ้างอิง

- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (๒๕๕๘). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕. บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด.
- วาสนา วันควร, วัชรกร ภิมาลย์ และคณะ.(๒๕๖๕).พัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าวังผา.[เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์]. โรงพยาบาลท่าวังผา.
- ศศิธร ยูวโกศล และ พัชรีรี ชมภูคำ.(๒๕๖๔).เจเนอเรชันกับความคิดเห็นและพฤติกรรมการใช้สื่อในยุคดิจิทัล.วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม,๒(๓) น.๑๐ -๒๔
- นางสาวสิริรัตน์ ธีระชาติแพทย์.(๒๕๕๘).ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกลักษณะ การยอมรับเทคโนโลยีทัศนคติและความตั้งใจในการเป็นเจ้าของธุรกิจส่วนตัวขนาดเล็กผ่านสื่อโซเชียลเน็ตเวิร์กของกลุ่มเจนเนอเรชันวาย.[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทที่ไม่มีการตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ศิริลักษณ์ โพธิกุล. (๒๕๖๐). ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาลบนคลาวด์ Healthcare Risk Management System [เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์]. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.
- ศศิจันทร์ ปัญจทวี.(๒๕๖๐).ปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับการใช้ระบบสารสนเทศกรณีศึกษา สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตเชียงใหม่.[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทที่ไม่มีการตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

CQI

การพัฒนาการดูแลเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด งานห้องคลอดโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

ชฎกมล อินททำ,พัฒนา อ่ำขำ,พชรพร มีบุญ,พนิดา ภาวนา
,รัตนาภรณ์ คำยวง งานห้องคลอด โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

คำสำคัญ ภาวะตกเลือดหลังคลอด, แนวทาง CPG

สรุปผลงานโดยย่อ

การพัฒนาการดูแลเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ตั้งแต่ฝากครรภ์ ระยะเวลาคลอด ระยะเวลาคลอด และหลังคลอด ของโรงพยาบาลท่าวังผาพบว่าอัตราการตกเลือดลดลง

เป้าหมาย

1. เพื่อลดอัตราการตกเลือดหลังคลอดไม่เกินร้อยละ ๕
2. อัตราการเกิดภาวะ Hypovolumic shock จากภาวะตกเลือดหลังคลอดเท่ากับ ๐

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียง ทุติยภูมิมิขนาดกลาง Fl๒ เปิดบริการจริง ๔๕ เตียง ในปี ๒๕๖๕ ไม่มีสูติแพทย์ จากการทบทวนตั้งแต่ที่ได้รับการรักษาแบบฉุกเฉิน ปีพ.ศ. ๒๕๖๓ – ๒๕๖๖ จำนวน ๓, ๓, ๕ และ ๗ รายคิดเป็นร้อยละ ๓.๙๔, ๔, ๕.๔๓ และ ๖.๘๖ ตามลำดับ และในปี ๒๕๖๓ , ๒๕๖๔ มีคนคลอดปีละ ๒ ราย ที่ตกเลือดจากภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony)ปี ๒๕๖๕ , ๒๕๖๖ มี ๑ รายตกเลือดจากภาวะรกค้าง จากสาเหตุที่พบด้านทารก ทารกตัวใหญ่มีการตัดแผลฝีเย็บกว้าง อาจทำให้การหดตัวของมดลูกไม่ดี มารดามีประวัติครรภ์ที่ ๓ ทำให้มีรกค้างหลังคลอด ด้านบุคลากรการให้ยา Oytocin ๑ amp IM หลังไหล่น้ำคลอดยังไม่ได้ทำทุกคน

กิจกรรมการพัฒนา

การวางแผน(Plan)

- ๑.วิเคราะห์การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยการประเมินภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ตั้งแต่ระยะ ANC ให้การแก้ไข ถ้าพบว่าเสี่ยงมากให้ส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์ เช่นโรงพยาบาลน่าน และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว หลังคลอดต้องระวังภาวะรกค้างติดแน่น
- ๒.ทบทวนแนวทางปฏิบัติและให้มีการปฏิบัติตามการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด
- ๓.นำข้อมูลวิชาการเรื่อง Active ๓ stage การช่วยคลอดไหล่น้ำการให้ยา Oytocin มาใช้โดยการฝึกให้กับน้อง พยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงานห้องคลอด
- ๔.วางแผนการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ดำเนินการ(DO)

๑.ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเช่น แพทย์ กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม เรื่องกระบวนการการดูแลผู้ป่วยหน่วยงาน ANC ระยะตั้งครรภ์จะมีการตรวจกรุ๊ปเลือดหมู่เลือด Rh ,CBC และคัดกรองความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะตกเลือดเช่นแม่ตั้งครรภ์ แผลทารกมีขนาดใหญ่ มีประวัติขูดมดลูก ล้วงรก ความดันโลหิตสูง และโลหิตจาง เป็นต้น ต้องมีกระบวนการแก้ไขภาวะซีด ให้เป็นปกติก่อนที่จะครบกำหนดคลอด ติดสติ๊กเกอร์ความเสี่ยงไว้ที่สมุดบันทึกฝากครรภ์ เพื่อส่งต่อข้อมูลให้กับห้องคลอด เพื่อเตรียมรับผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยง ตรวจคัดกรอง GDM ตาม

เกณฑ์เสี่ยงส่งตรวจ U/S ทุกรายเมื่อ อายุครรภ์ ๓๖ สัปดาห์จัดทำ CPG แนวทางการดูแลผู้คลอดระยะต่างๆ
เกณฑ์การรายงานแพทย์

๒.ที่ห้องคลอด

ระยะแรกรับมีการปฏิบัติตาม CPG ประเมินความเสี่ยงแรกรับตามแบบฟอร์ม Intrapartum Risk กรณี
เสี่ยงสูงให้รายงานแพทย์เวรทันที ให้ดูแลตามแนวทางของครรภ์เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด

ระยะรอคลอด ตรวจความเข้มข้นของเลือดแรกรับทุกราย มีการใช้กราฟดูแลการคลอด (PARTOGRAPH)
เพื่อช่วยในการตัดสินใจ เพื่อให้การบริหารจัดการ ในการรักษา หรือการส่งต่อไปที่อื่น ภายในเวลาที่เหมาะสม เมื่อ
เข้าสู่ระยะ Active phase ให้งดน้ำงดอาหาร ไม่ให้ผู้คลอดเบ่งก่อนปากมดลูกเปิดหมด

ระยะคลอด ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลระยะที่ ๓ โดยการใช้ Active management of ๓ rd stage of
labour การ Delay clamp cord ทำคลอดรกโดยวิธี control cord traction หลังรกคลอด ให้Oxytocin ๒๐ ใน
สารน้ำ ๑,๐๐๐ ml(RLS ๑,๐๐๐ ml+Oxytocin ๒๐ mg iv) หากมดลูกยังหดรัดตัวไม่ดี หรือพบว่ามดลูกมีเลือดไหลซึม
จากมดลูก ความดันโลหิต ไม่เกิน ๑๓๐/๘๐ mmHg ให้น้ำ Methergin (๐.๒ mg) ๑ amp IV เข้าได้ทุก ๒- ๔ ชม.
ถ้ามดลูกยังหดรัดตัวไม่ดีหรือมี Active bleeding ให้รายงานแพทย์ เตรียม Cytotec ๘๐๐ mg ไว้ให้พร้อมใช้
หลังรกคลอดให้ตรวจสอบว่ามดลูกหดรัดตัวดีหรือไม่ดี ให้พยาบาลผู้ช่วยคลึงมดลูกจนกว่ามดลูกจะหดรัดตัวดีและ
สอนผู้คลอดในการคลึงมดลูก มีใช้ถุงตวงเลือดเพื่อประเมินการ สูญเสียเลือด มีนวัตกรรมการใช้กล่องดูแลผู้ป่วย
PPH มีระบบการปรึกษาทางโทรศัพท์กับสูติแพทย์และงานห้องคลอดโรงพยาบาลน่าน ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ซึ่งเป็น
แม่ข่าย

ระยะหลังคลอด

๑.ดูแลตามมาตรฐานดูแลหลังคลอด

๓. เตรียมความพร้อมของทีมบุคลากร เตรียมยา อุปกรณ์เครื่องมือเพื่อเตรียมพร้อมในการ

Resuscitation

ประเมินผล(Check)

๑. เจ้าหน้าที่ได้ปฏิบัติตามการดูแลดูแลเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ไม่มีภาวะตกเลือด
หลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ในปี ๒๕๖๕ มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะรกค้างติดแน่นและมีภาวะ
Hypovolumic shock ขณะนำส่งโรงพยาบาลน่าน จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๐

๒. มีการปฏิบัติตามแนวทาง CPG เพื่อป้องกันเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด การใช้แบบประเมินการ
เฝ้า ระวังภาวะเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดแบบเวชระเบียน การใช้กราฟดูแลการคลอด ทุกราย

๓. ประเมินสมรรถนะบุคลากรในการให้การดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดผ่านทุกราย

๔. ทบทวนอุบัติการณ์ประชุมหน่วยงานร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล สาเหตุของการเกิดภาวะตกเลือดหลัง
คลอด ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

การประเมินซ้ำและปรับปรุง (ACT) งานห้องคลอดได้นำผลการดำเนินงานเรื่องรกค้าง ซึ่งภาวะรกค้าง
คือภาวะที่รกไม่คลอดภายใน ๓๐ นาทีหลัง ทารกคลอด ซึ่งได้ปรับปรุงแนวทางร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อวาง
แผนการดูแลใหม่ โดยถ้าพบว่าหลังคลอดถ้าพบรกแน่นควรรายงานแพทย์เมื่อทารกคลอด ๑๐- ๑๕ นาทีสวน
ปัสสาวะคาสวยสวนไว้ ผู้ป่วยที่มีภาวะรกค้างควรให้ IVF ไป ๒ เส้นเพื่อจะ load เมื่อผู้ป่วยมีภาวะ Shock ในกรณี
หญิงหลังคลอดถ้าพบว่ามีชีพจรเร็ว ความดันโลหิตยังไม่ลดให้ระวัง จะมีภาวะตกเลือดหลังคลอด

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

ตารางแสดงอัตราการตกเลือดหลังคลอดของมารดาที่คลอดในโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๖

ปีงบประมาณ	มารดา คลอด	Postpartum hemorrhage		ภาวะแทรกซ้อน Hypovolumic shock		ได้รับเลือด	
		ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
		๒๕๖๓	๗๖	๓	๓.๙๔	๓	๓.๙๔
๒๕๖๔	๗๕	๓	๔.๐๐	๓	๔.๐๐	๐	๐
๒๕๖๕	๙๒	๕	๕.๔๓	๕**	๕.๔๓	๑	๒๐.๐๐
๒๕๖๖	๑๐๒	๗	๖.๘๖	๗	๖.๘๖	๒	๒๘.๕๗

* รกค้างได้รับการตัดมดลูก ** รกค้างได้รับการล้างรก

จากการทบทวนผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดปี ๒๕๖๕ พบว่า มีผู้มาคลอดทั้งหมด ๙๒ ราย ตกเลือดหลังคลอด ๑ ราย ในเดือน มกราคม ๒๕๖๕, สาเหตุเนื่องจากมารดาครรภ์ที่ ๓ มีภาวะแทรกซ้อนรกค้างและติดแน่น ได้รับการส่ง ต่อไปที่ รพ.น่าน

แผนพัฒนาต่อเนื่อง

ผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงต่อรกค้างหรือรกติดแน่น ให้รายงานแพทย์เวรไว้ตั้งแต่ต้นเวร เพื่อให้แพทย์เตรียมการดูแล รักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในงานแม่และเด็ก

บทเรียนที่ได้รับ

๑ การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดสามารถทำนายการเกิดอุบัติการณ์ได้ด้วยการคัดกรองเฉพาะเรื่องภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ถ้ามีการคัดกรองพบภาวะเสี่ยงและแก้ไขตั้งแต่แรกๆ เช่น หญิงตั้งครรภ์มีภาวะ ซีด ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก และการนำผลงานทางวิชาการที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Practice) มาใช้ในการดูแลผู้คลอด และมีแนวทางการดูแลและปฏิบัติตาม สามารถช่วยผู้คลอดไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดหลัง คลอดหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

๒ บุคลากรต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้ ทักษะ และมีการประเมิน Competency อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ต้องมีการทบทวนผลลัพธ์หรือภาวะไม่พึงประสงค์จากการปฏิบัติตามแนวทาง การนำความรู้ทางวิชาการ ใหม่ๆมาปรับปรุงแนวทางร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และการติดตามนิเทศผู้ปฏิบัติให้มีการนำมาใช้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม

การติดต่อกับทีมงาน

นางชัญญกมล อินทำ งานห้องคลอด โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

E-mail :chitkamon.๒๕๑๙@gmail.com เบอร์โทร ๐๙๗ ๙๐๒ ๙๐๙๘

ลดการเกิด STROKE in Hypertension

เปรมประภา ก่อทรัพย์อนันต์ และคณะเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน,
ทีมHT NCD งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าม่วง

คำสำคัญ STROKE in Hypertension

สรุปผลงานโดยย่อ

เนื่องจาก Hypertension เป็นสาเหตุการเกิด STROKE เป็นอันดับ ๑ เทียบกับจากสาเหตุอื่นๆ ในกลุ่มดังกล่าวมีพฤติกรรมที่สำคัญคือ การขาดนัด การรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ ที่ผ่านมามีระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม ในงาน NCD และในเครือข่าย รพ.สต. รวมถึงการปรับเกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วย HT urgency จาก ER พบการเข้าถึงบริการล่าช้าเกิน ๓ ชั่วโมง ด้วยสาเหตุจาก ไม่ทราบสัญญาณเตือนมากที่สุด จึงเน้นให้มีการประชาสัมพันธ์ สัญญาณเตือนผ่านช่องทางต่างๆอย่างต่อเนื่อง ในส่วนผู้ป่วยHTนอกจากการให้สุศึกษาเรื่องสัญญาณเตือนSTROKE (BEFASTเดิมใช้FAST) ในคลินิก Hypertension การดูแลให้ผู้ป่วย Hypertension ได้รับการรักษา ดูแลที่ต่อเนื่องถูกต้องไม่ขาดนัด จะช่วยลดอัตราการเกิด STROKE ในผู้ป่วย Hypertension ได้

เป้าหมาย

1. การเกิด STROKE ในผู้ป่วย Hypertension ลดลงจากสาเหตุที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้
2. ผู้ป่วย STROKE in Hypertension และผู้ป่วยStrokeทุกราย เข้าถึงบริการภายใน 3 ชม. และได้รับการดูแลตาม แนวทางการดูแลผู้ป่วย STROKE ของโรงพยาบาล
3. มีระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัดที่ชัดเจน มีประสิทธิภาพ

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

จากสถิติผู้ป่วย STROKE ในปีงบประมาณ 2562 – 2566 จำนวน 64 , 73 , 86 , 77 , 86 รายตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยที่เกิดอาการ STROKEดังกล่าว ยังพบในกลุ่มผู้ป่วย NCD คือ Hypertension เป็นอันดับ 1 ในปีงบประมาณ 2562 – 2566 ร้อยละ64.91% , 47.94% , 54.65% , 58.44% , 52.32% ตามลำดับ และในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวเป็นกลุ่มผู้ป่วยขาดนัด รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดยา และปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ไม่ถูกต้อง ทั้งการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม อาหารทอดไขมันสูง การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และจำนวนผู้ป่วยที่ไม่เข้าระบบ STROKE FAST track พบในผู้ป่วยหรือญาติที่ดูแลไม่เข้าใจถึงภาวะฉุกเฉินของ โรคหลอดเลือดสมองทำให้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลล่าช้า และยังเป็นกลุ่มที่เกิดอาการรุนแรงของโรคมกรวมถึงเสียชีวิตจากโรคมากที่สุด

กิจกรรมการพัฒนา

1. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักถึงสัญญาณเตือน ภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองBEFAST (warning signs) คือ ปวดเวียนศีรษะอย่างรุนแรง แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรงทันทีทันใด ปากเบี้ยว มุมปากตก พูดไม่ชัด มองเห็นผิดปกติไปจากเดิม ทั้งในรูปแบบ เอกสาร แผ่นพับ ป้าย และเสียงตามสาย วิทยุชุมชน ในชุมชนต่างๆ ทั้งในสถานที่สาธารณะ สถานที่ราชการ สถานศึกษา ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

2. ให้ความรู้ในกลุ่มผู้นำชุมชน อสม. แพทย์ประจำบ้าน นักเรียน ในการประชุมต่างๆรวมทั้งคืนข้อมูลผู้ป่วย Strokeของอำเภอให้ทราบ

3. ER มีเกณฑ์ในการดูแลและจำหน่ายผู้ป่วย Hypertension Urgency พร้อมใบ WNS STROKE กลับบ้าน ทุกราย รวมทั้งมีบันทึกติดตามcase Home BP ในรายที่มีความเสี่ยงสูงหรือHTที่แพทย์สั่ง

4. แจกใบ WNS STROKE (BEFAST) แก่ผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่ม Dizziness ก่อน D/C กลับบ้านทุกราย

5. ประสานการคัดกรองกลุ่มผู้ป่วย NCD ที่อยู่ในคลินิกของโรงพยาบาล และในกลุ่ม รพสต.ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ให้ครอบคลุมโดยใช้การประเมินตาม CVD risk

6. ใน Clinic Hypertension มีระบบการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลในกรณีที่ผู้ป่วยรายนั้นมีความเสี่ยงสูง

7. พัฒนามีระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัดในระบบHos.xp และรายงานผู้ป่วยขาดนัด ผู้ป่วยที่ติดตามได้ทุกเดือน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามที่ชัดเจน รวมถึงมีการประสานงานเจ้าหน้าที่ รพสต. ในเขตที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่และจดหมายติดตามผู้ป่วยของโรงพยาบาล และกรณีส่งต่อไปรับยาHT ที่รพสต. จะให้มีรายชื่อแจ้งจนท.ทราบก่อน เพื่อติดตามผู้ป่วยได้ถ้าไม่มารับยาตามนัด

8.อบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะในการประเมิน ดูแลผู้ป่วย Stroke แก่เจ้าหน้าที่ ทีม ER OPD NCD Ward เจ้าหน้าที่ รพสต. ทีม FR อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี โดยแพทย์โรงพยาบาลท่าวังผา หรือ ทีมแพทย์ พยาบาล จากโรงพยาบาลน่าน

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

รายการตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
จำนวนผู้ป่วย STROKE ทั้งหมด	ลดลง	64 ราย	73 ราย	86 ราย	77 ราย	86 ราย
ร้อยละจำนวนผู้ป่วยที่ได้เข้าระบบ Stroke FAST track	60%	47.36%	53.33%	47.67%	41.55%	54.65%
ร้อยละจำนวนผู้ป่วย Stroke in HT	ลดลง>5%	64.91%	47.94%	54.65%	58.44%	52.32%
ร้อยละจำนวนผู้ป่วย Stroke in HT ที่เข้าระบบ FAST track	60%	48.28%	45.71%	42.55%	51.11%	40%
ร้อยละจำนวนผู้ป่วย HT ขาดนัดและตามได้	60%	NA	NA	NA	25% (80/320)	86.90% (710/817)

บทเรียนที่ได้รับ

1. การให้คำแนะนำผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยกลุ่มอาการ Dizziness ผู้ป่วยภาวะ Hypertensive urgency ให้ทราบถึงภาวะฉุกเฉินหรือ warning signs ของอาการ stroke การเรียกใช้บริการ EMS ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ stroke fast track และได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ในกรณีที่มาช้าเกิน 3.30 ชม. พบในผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีญาติอยู่ด้วยตอนเกิดอาการ

2. ประเมินผู้ป่วยถูกต้อง ส่งต่อรวดเร็ว ทำให้ลดความพิการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

3. จากสถิติ พบว่า STROKE ในผู้ป่วย Hypertension กลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี เกิดในกลุ่มที่ขาดนัดรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ บางรายดื่มสุรา สูบบุหรี่ ร่วมด้วย ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมของการเกิด STROKE ที่สามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้ ส่วนในกลุ่มที่อายุมากกว่า 60 ปี พบได้เป็นส่วนใหญ่ทั้งที่รับประทานยาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก็จะช่วยลดการเกิด STROKE ในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวได้

4. จากการซักประวัติผู้ป่วยขาดนัดบางรายไม่ขาดยาเนื่องจากซื้อยาทานเองต่อ รับประทานยาบาลอื่น เก็บยาที่เหลือจากที่ผ่านมาไว้ทาน และ ขอยาญาติที่เป็นโรคเดียวกันทาน

5. จากสถิติการรายงานผู้ป่วยขาดนัดที่เพิ่มระบบการติดตามที่ชัดเจนมากขึ้นใน Hos.xp พบว่าการติดตามผู้ป่วยขาดนัดมีแนวโน้มติดตามได้ดีขึ้น

การติดต่อกับทีมงาน

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้

ชื่อองค์กร ที่อยู่ โทรศัพท์/email : เปรมประภา ก่อทรัพย์อนันต์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน รพ. ทำวังผา โทร 081-9521849 E-mail:premprapa0217pp@gmail.com

พัฒนาระบบการป้องกันผู้ป่วยแผลกดทับ งานผู้ป่วยใน

กชพร หานิพัฒน์ , พจนพร พลแดง
งานผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล รพ.ท่าวังผา

คำสำคัญ แผลกดทับ

สรุปผลงานโดยย่อ

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า มีอัตราการเกิดแผลกดทับรายใหม่และแผลกดทับที่ up grade เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีบุคลากรทางการพยาบาลเข้ามาทำงานใหม่ ย้ายเข้า-ออกระหว่างหน่วยงานทำให้มีโอกาสเกิดปัญหาในการเฝ้าระวัง ดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับในองค์กรมากขึ้น ทีมจึงได้พัฒนาระบบการป้องกันผู้ป่วยแผลกดทับ งานผู้ป่วยใน รพ.ท่าวังผาขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้าพักรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โดย จัดทำแนวทางการป้องกันแผลกดทับ ให้ความรู้แก่บุคลากรใหม่ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน ส่งผลให้จำนวนวันนอนของผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับลดลง แต่จำนวนผู้ป่วยเกิดแผลกดทับรายใหม่ระดับ 2 ผู้ป่วยที่แผลกดทับ up grade เพิ่มขึ้น

เป้าหมาย เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

แผลกดทับ(pressure sore, pressure ulcer)เกิดจากการตายของเซลล์ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังเนื่องจากแรงกดทับ แรงเสียดทาน/แรงเสียดสี(friction)และแรงเฉือน/แรงดึงรั้ง(shearing)แผลกดทับเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมถึงกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุ ผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวนอกจากนี้ยังอาจพบในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าซึ่งแผลกดทับจะพบได้ในบุคคลทุกกลุ่มทุกวัย แต่มีแนวโน้มพบมากขึ้นในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

แผลกดทับเป็นตัวชี้วัดในเรื่องคุณภาพของการพยาบาลการดูแลและการป้องกันการเกิดแผลกดทับต้องอาศัยการจัดการในหลายๆด้านให้มีประสิทธิภาพ ได้แก่การดูแล การจัดหาอุปกรณ์ลดแรงกดทับ ปัจจุบันมีวิวัฒนาการในการดูแลรักษาพยาบาลป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งก่อให้เกิดองค์ความรู้ในการนำมาใช้ในระบบบริการรักษาพยาบาลในขณะที่ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอันดับแรกและทวีความรุนแรงซึ่งโรคเรื้อรังมักทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุและมีความเสี่ยงต่อแผลกดทับได้มากขึ้น ทั้งทางด้านสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ ระดับกิจกรรม การเคลื่อนไหว และภาวะเปื่อยขึ้นของผิวหนัง การเกิดแผลกดทับจะส่งผลให้ผู้ป่วยใช้เวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น และส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจต่อผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิด

จากการสำรวจอัตราผู้ป่วยเกิดแผลกดทับในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าวังผา ปีพ.ศ.2564 จำนวนวันนอนของผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเท่ากับ 1,194 วัน ,จำนวนผู้ป่วยเกิดแผลกดทับรายใหม่ระดับ 2 จำนวน 4 ราย ,ปีพ.ศ.2565 จำนวนวันนอนของผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเท่ากับ 1,442 วัน ,จำนวนผู้ป่วยเกิดแผลกด

ทับรายใหม่ระดับ 2 จำนวน 2 ราย ส่งผลให้เกิดผู้ป่วยนอนรพ.นานขึ้น และมีค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น จากการทำงานที่ผ่านมาพบว่า มีบุคคลากรทางการพยาบาลเข้ามาทำงานใหม่ ย้ายเข้า-ออก ระหว่างหน่วยงานทำให้มีโอกาสเกิดปัญหาในการเฝ้าระวัง ดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับในองค์กรมากขึ้น จากปัญหาดังกล่าว งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าวังผาได้พัฒนาระบบการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ

กิจกรรมการพัฒนา

1. แนวทางการป้องกันแผลกดทับ ได้แก่

- ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและผู้ป่วยติดเตียงให้นอนที่นอนลมทุกราย
- ติดป้ายพลิกตัวทุก 2 hr ที่ทำยเตียงผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือผู้ป่วยติดเตียง
- การกระตุ้นให้ญาติพลิกตัวทุก2hr ในกรณีไม่ญาติหรือญาติสูงอายุให้เจ้าหน้าที่พยาบาลหรือผู้ช่วยเหลือ

คนไข้ช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ

- ส่งปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ความรู้และสอนเทคนิคการพลิกตะแคง
- ใช้แบบประเมินความเสี่ยงของบราเคนในการเฝ้าระวัง ดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับตามระดับ

ความเสี่ยง

2. ประชุมนิเทศและให้ความรู้แก่บุคคลากรทางการพยาบาลใหม่ที่เข้ามาปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

รายการ	ปี 2565	ปี 2566
จำนวนวันนอนของผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	1,442 วัน	1,283 วัน
จำนวนผู้ป่วยเกิดแผลกดทับรายใหม่ระดับ 2	2 ราย	4 ราย
จำนวนผู้ป่วยเกิดแผลกดทับที่ up grade จาก grade 1 ไป grade 2	0	1 ราย
จำนวนผู้ป่วยเกิดแผลกดทับที่ up grade จาก grade 2 ไป grade 3	0	1 ราย

บทเรียนที่ได้รับ

การประชุมนิเทศและสื่อสารแนวทางแนวปฏิบัติในหน่วยงานให้แก่บุคคลากรใหม่ที่เข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยงานมีความสำคัญในการเฝ้าระวัง ดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับในองค์กร

การติดต่อกับทีมงาน

นางกชพร หานิพัฒน์ ศึกษผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าวังผา เบอร์โทรศัพท์ 081-0247884

ลดระยะเวลาการให้ยา SK ในผู้ป่วย
Acute STEMI in Thawangpha hospital ด้วยแนวคิด Lean

ปัทิตตา อภิวชิฎฐ์ภาคิน และคณะ
แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าวังผา

คำสำคัญ STEMI

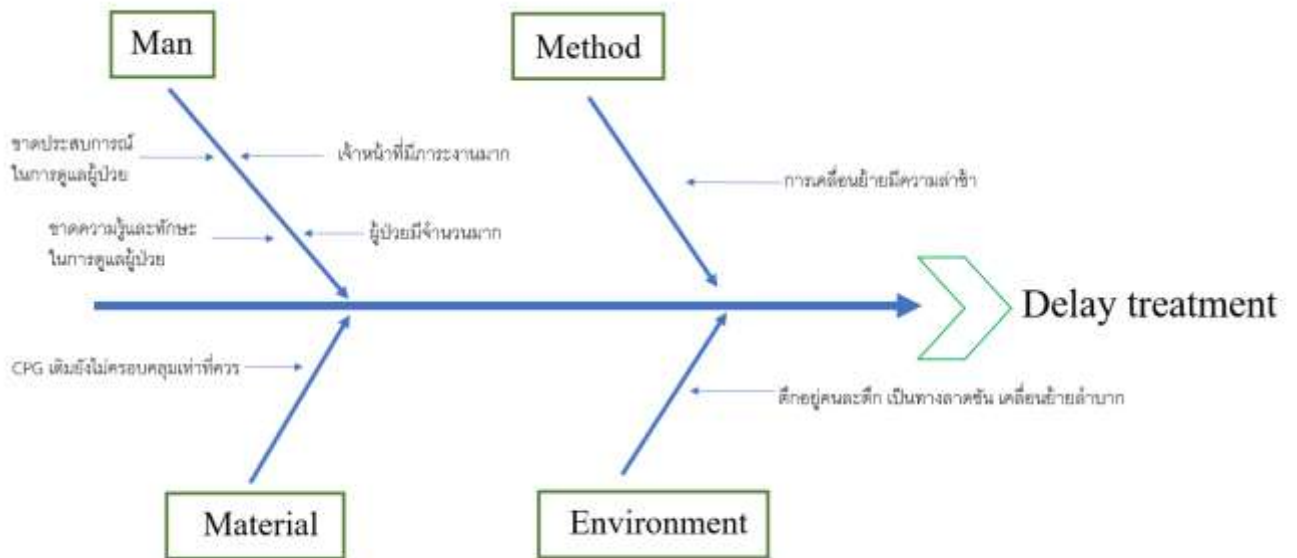
เป้าหมาย

1. เพื่อลดระยะเวลา Diagnosis to needle time
2. Diagnosis to needle time \leq 30 นาที

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

รพ.ท่าวังผาได้มีการพัฒนาระบบ STEMI fast track และเริ่มมีการให้ยา Streptokinase (SK) ตั้งแต่ปี 2557 จนถึงปัจจุบัน โดยมีการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ให้เป็นระบบมากขึ้นและเข้าร่วมโครงการให้ยา SK เป็นที่แรกของโรงพยาบาลระดับ F2 พร้อมกับโรงพยาบาลเวียงสา ตั้งแต่ พ.ย.2557 โดยให้ยาที่ ER ทำให้อัตราชีวิต Door to needle time \leq 30 นาที ได้ตามเป้าหมาย ส่วนของผู้ป่วย IPD ปี 2565 มีอุบัติการณ์ STEMI ที่ตึกผู้ป่วยใน เกิด STEMI ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายนี้ เตรียมส่งต่อรพ.น่านตาม CPG แต่กระบวนการวินิจฉัย ขอคำปรึกษา รักษาล่าช้า มีความรุนแรงทางพยาธิสภาพถึงขั้นเสียชีวิต จึงได้นำมาทบทวน

การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดยแผนภูมิแก๊งปลา



ระยะเวลาในการดำเนินงาน 1 ตุลาคม 2564 จนถึงวันที่ 30 กันยายน 2565

กิจกรรมการพัฒนา

ใช้กรอบแนวคิด วงจรคุณภาพ PDCA มาใช้ในรูปแบบ CQI โดยพัฒนา 2 วงรอบดังนี้

วงรอบที่ 1

PLAN

1. ทบทวน Case STEMI in Hospital & Delay treatment กับหน่วยงานและทีม PCT โรงพยาบาล
2. ปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย STEMI in hospital โรงพยาบาลท่าวิ้งผา

DO

1. ประชุมทีมพยาบาล ER/LR เพื่อเตรียมความพร้อมและมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ ในการบริหารยา SK ที่ปฏิบัติงานทั้งในและนอกเวลาราชการ

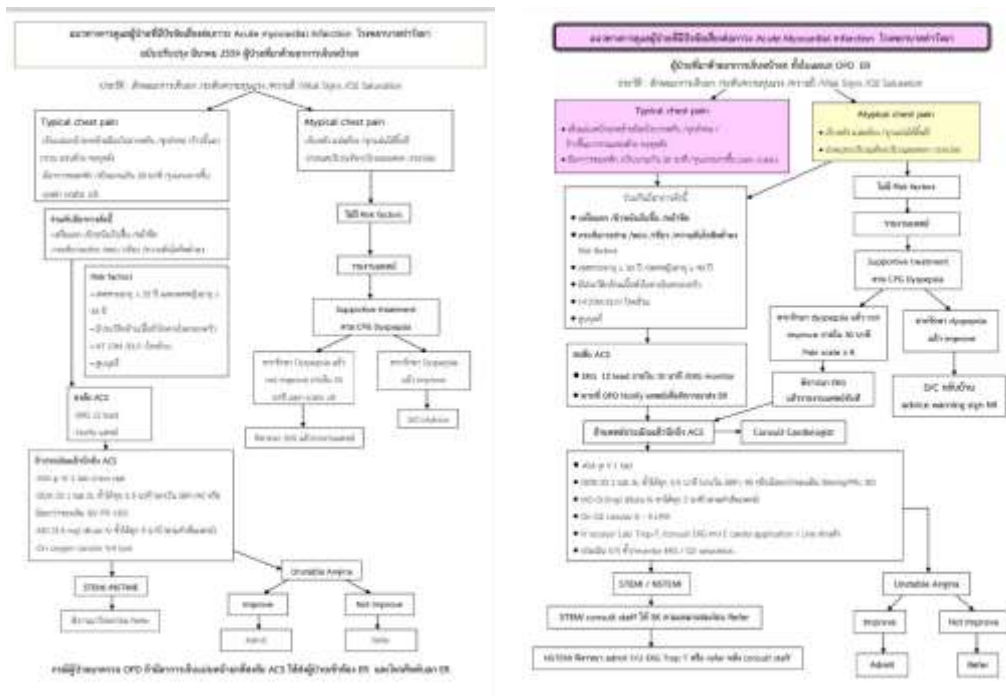
2. ทีมงานเภสัชกรรมจัดทำ นวัตกรรม Safe Heart กล่องพิทักษ์หัวใจ และแจ้งจุดจัดเตรียมยา Streptokinase(SK) และอุปกรณ์ในการบริหารยา ร่วมกับพยาบาลงานการดูแลโรคหัวใจ แจ้งแนวทางการบริหารยา SK เพื่อให้พยาบาลบริหารยา SK ได้สะดวก รวดเร็ว

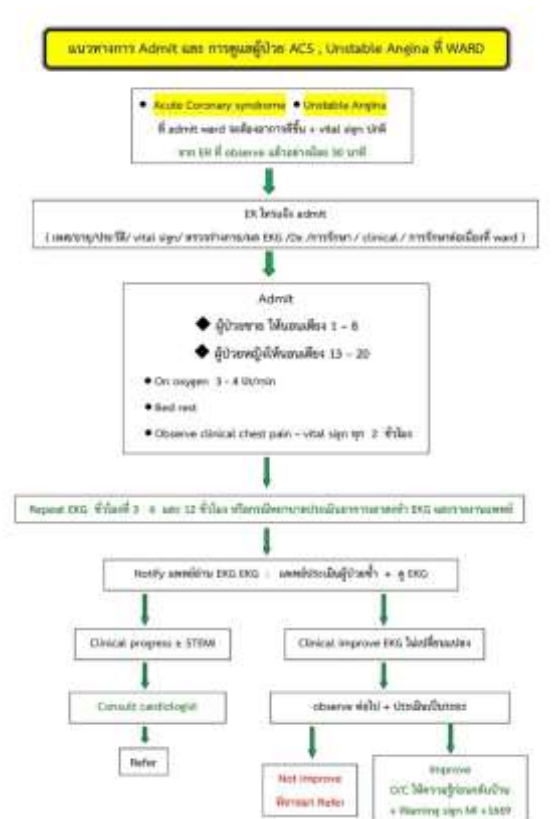
3. ชี้แจงแนวทางปฏิบัติกับหน่วยงานผู้ป่วยใน ตึกผู้ป่วยนอก ตึกสงฆ์ NCD. พร้อมทั้งแจกคู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด รพ.ท่าวิ้งผา ให้กับหน่วยงานต่างๆเก็บไว้ทบทวน

CHECK นิเทศการปฏิบัติตามแนวทางโดยหัวหน้าตึก, หัวหน้าเวร และ Nurse case manager

ACT สรุปการประเมินผลลัพธ์ ทบทวนปัญหาอุปสรรค สะท้อนข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้อง พัฒนาปรับปรุงระบบ

ภาพที่ 8.1 CPG เดิม (ภาพฝั่งซ้าย) และภาพที่ 8.2 CPG ใหม่ (ภาพฝั่งขวา)



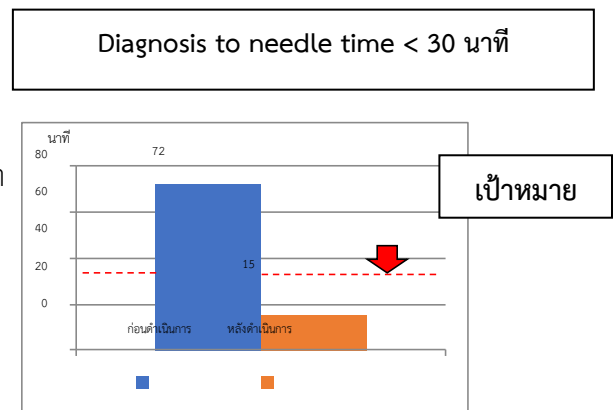


ภาพที่ 8.3 CPG Admit

การวัดผลและผลการเปลี่ยนแปลง

ผลลัพธ์การศึกษา 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565

Diagnosis to needle time จาก 72 นาที ลดลงเหลือ 15 นาที
 หลังการดำเนินการ ได้มีการติดตามต่อเนื่อง เดือน พ.ย.64 พบว่า
 มีผู้ป่วยเกิด STEMI in hospital ที่ติดผู้ป่วยในส่งต่อรพ.น่าน
 ตาม CPG แต่กระบวนการวินิจฉัย ขอคำปรึกษา รักษาล่าช้า
 มีความรุนแรงทางพยาธิสภาพถึงขั้นเสียชีวิต จึงได้นำมาทบทวน



ขั้นตอนการดำเนินงานรอบที่ 2

1. กระตุ้นทีมและให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่โดยเฉพาะ ER, LR. ทุก 1 ปี
2. จัดประชุมปฐมนิเทศแพทย์หมุนเวียนใช้ทุนทุกรุ่น เพื่อแจ้งแนวทางปฏิบัติ
3. ติดตามการปฏิบัติงานตามรูปแบบที่กำหนดขึ้น

บทเรียนที่ได้รับ

การดูแลผู้ป่วยที่เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลท่าวีงตามแนวทาง STEMI fast track in hospital ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลา และควรมีการกระตุ้นทีมและให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ทุก 1 ปี เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์ประจำหมุนเวียนมาทุกปีและมักจะเกิดมีอุบัติการณ์นานๆครั้งแต่ถ้ามีอุบัติการณ์เกิดขึ้นส่งผลต่ออันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยอย่างมาก

การติดต่อกับทีมงาน

นางปัทมา อภิวิชญ์ภาคิน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

โรงพยาบาลท่าวีงผา อ.ท่าวีงผา จ. น่าน

E-mail: pakwan2511@gmail.com

การลดการ Re-sterile อุปกรณ์ Set TR (ชุดทำหมัน)

อิศรายุทธ ไชยมิ่ง, ธนบดี ไบยา, เพ็ญศรี จันทร์สุข, พูนทิพย์ คำแดง,
ศรีพลอย สิทธิยศ, เทวฤทธิ์ บรรพต และคณะ : งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลท่าวังผา

คำสำคัญ

การ Re-sterile หมายถึง การนำอุปกรณ์ ที่ทำให้ปราศจากเชื้อแล้ว นำกลับเข้ากระบวนการ Sterile ใหม่
เมื่อวันหมดอายุ

สรุปผลงานโดยย่อ

การลดอัตรา Re-sterile อุปกรณ์ Set TR ทำให้ลดค่าใช้จ่าย ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่

เป้าหมาย ลดค่าใช้จ่ายในการ Re-sterile Set TR และลดภาระงาน

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

พบปัญหาการ Re-sterile อุปกรณ์ Set TR ที่หมดอายุจำนวนหลายครั้งต่อปี ซึ่งมีอายุในทุก 28 วัน หาก
ไม่ได้ถูกนำไปใช้งานทำให้สูญเสียค่าใช้จ่าย งานจ่ายกลางร่วมกับแผนก OR/LR ได้ทบทวนอัตราการ Re-sterile
อุปกรณ์ Set TR พบว่า ที่ผ่านมามีผู้ป่วยทำหมันจำนวนลดลง ปี 2565 จำนวน 1 ราย ปี 2566 จำนวน 3 ราย
ทำให้การสต็อกอุปกรณ์ Set TR หมดอายุในแผนก OR/LR ถี่และเก็บ stock เกินความจำเป็น ซึ่งมีจำนวน 1 ชุด
ประกอบด้วยอุปกรณ์ ได้แก่ Set TR 1 ชุด/ถาด OR 2 ชุด/Scrub OR 1ชุด/กระปุก Forceps Sponge
Forceps 1 ชุด/ผ้าแลป TR 1ชุด/เสื้อกาวน์ 2 ตัว จึงปรึกษาหารือในหน่วยงานจ่ายกลางและแผนก OR/LR เพื่อ
แก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยเมื่อมีผู้ป่วยมาทำหมันทางแผนก OR/LR จะประสานมาทางหน่วยจ่ายกลางเตรียมอุปกรณ์ Set TR
ในช่วงเช้า และหน่วยงานจ่ายกลางจะนำส่งในช่วงบ่ายประมาณ 13.00 น.

กิจกรรมการพัฒนา

1. การประชุมร่วมกับคณะกรรมการและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง
2. การประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในหน่วยงานให้รับทราบแนวทางเดียวกัน
3. การประสานกับผู้รับผิดชอบหลักของหน่วยงาน นั้นๆ หากพบปัญหา และอุปสรรค ในแต่ละช่วงเวลา
เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

กำหนดไม่ให้มี Stock อุปกรณ์ Set TR ในแผนก OR/LR

บทเรียนที่ได้รับ

ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และลดระยะเวลาในการปฏิบัติงานของบุคลากร

การติดต่อกับทีมงาน

นายอิศรายุทธ ไชยมิ่ง นายธนบดี ไบยา นางเพ็ญศรี จันทร์สุข นางพูนทิพย์ คำแดง นางศรีพลอย สิทธิยศ
และนายเทวฤทธิ์ บรรพต

Stroke Fast Track ต้อง FAST โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

เปรมประภา ก่อทรัพย์อนันต์ และคณะเจ้าหน้าที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลท่าวังผา

คำสำคัญ Stroke Fast Track

สรุปผลงานโดยย่อ การดูแลผู้ป่วย Stroke ตั้งแต่แรกเริ่ม ถึงส่งต่อไม่เกิน 30 นาที

ปีงบประมาณ	2562	2563	2564	2565	2566
จำนวนผู้ป่วย Stroke	64 ราย	73 ราย	86 ราย	77 ราย	86 ราย
ร้อยละการเข้าถึง Stroke fast track	47.36%	53.33%	47.67%	41.55%	54.65%
จำนวนเสียชีวิต (รพ.น่าน)	4 ราย	6 ราย	5 ราย	6 ราย	6 ราย
Door to Refer(<30นาที)	36.43%	40.35%	41.20%	50.03%	74.47%
การเรียกใช้บริการ 1669 ในผู้ป่วย Stroke ทั้งหมด	23 ราย	18 ราย	21 ราย	24 ราย	17 ราย

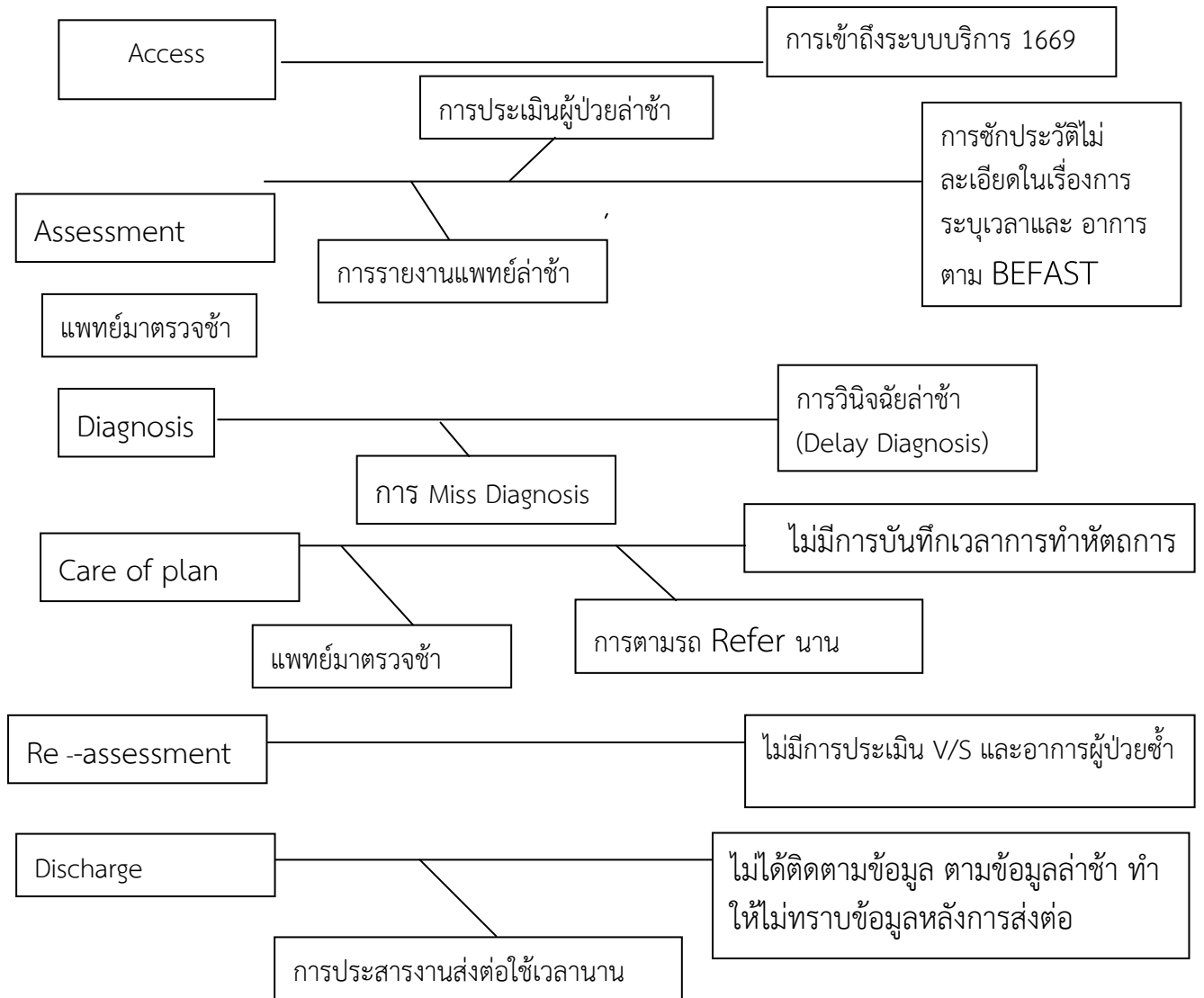
เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้เร็วขึ้นไม่เกิน 3.30ชม.หลังเกิดอาการ(FAST)
2. ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย Stroke ตั้งแต่แรกเริ่มถึงส่งต่อภายใน 30 นาที
3. ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke (CPG) 100%
4. พยาบาลมีความรู้ความสามารถในการประเมินอาการตาม BEFAST ได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว
5. มีการติดตามผู้ป่วย Refer ทุกราย 100 %

7. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

โรคหลอดเลือดสมองนั้นเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดบริเวณสมอง ทำให้เกิดโรคต่างๆของหลอดเลือดในสมอง เป็นสาเหตุทำให้เกิดการเสียชีวิตหรือการเป็นอัมพฤกษ์ จำนวนการเกิด Stroke ปีพ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 จำนวน 64 ราย, 57 ราย และ 53 รายตามลำดับ เนื่องจากStrokeเป็นโรคที่ต้องรักษาแข่งกับเวลา ปัจจัยสำคัญ ที่ช่วยให้ผู้ป่วย Strokeปลอดภัย คือความรวดเร็วของระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้าถึงบริการทางการแพทย์ จากสถิติที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาเกิดทั้งจากผู้ป่วยคือ ไม่ทราบอาการเตือนของโรคที่ต้องรีบมาพบแพทย์ ไม่มีคนดูแลตอนเกิดอาการ รวมทั้งความล่าช้าของกระบวนการดูแลผู้ป่วย Stroke ในห้องฉุกเฉิน ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยล่าช้าอาการตาม BEFAST การซักประวัติไม่ละเอียด ในเรื่องการระบุเวลา การรายงานแพทย์ล่าช้า ความล่าช้าระหว่างกระบวนการแพทย์มาตรวจซ้ำ การวินิจฉัยล่าช้า (Delay Diagnosis) ระยะเวลาการประสานส่งต่อระยะเวลารอรถRefer และการเข้าถึงบริการ 1669 ที่มีจำนวนน้อย และ ยังมีบริการไม่ครอบคลุมทุกตำบล

กิจกรรมการพัฒนา : หาสาเหตุ (RCA)



Access การเข้าถึง 1669

การใช้บริการ 1669 ในผู้ป่วย Stroke มีจำนวนน้อย พบว่าป่วยเอาเอง Stroke fast track 87.5%, Non fast track 12.5 % เนื่องจาก ผู้ป่วยขาดความรู้ เรื่องหลอดเลือดสมอง ไม่มีคนดูแลตอนเกิดอาการ ไม่ทราบบริการ1669ในผู้สูงอายุ และมีความเชื่อส่วนบุคคล(ผีเข้า ถูกไสยศาสตร์)

Assessment การช้กประวัติตาม BEFAST ช้กไม่ครบ และหรือพิมพ์ลงประวัติ ใน PI ไม่ครบถ้วน การรายงานแพทย์ การประเมินผู้ป่วยล่าช้า

ให้พยาบาลพิมพ์ประวัติตาม BEFAST

Care of plan การทำหัตถการล่าช้า/ไม่ลงเวลา/ไม่บันทึกการทำหัตถการ

RE-Assessment พบมีการบันทึกสัญญาณชีพ แต่ไม่พบการประเมินผู้ป่วยซ้ำ ส่วนใหญ่จะประเมินผู้ป่วย ตอนเข้า-ออกจาก ER ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงลดลง ก่อน Refer ทำให้ไม่ทราบเวลาแน่ชัด

Discharge Refer การประสานส่งต่อใช้เวลานานStaffรับสายช้า ใ้หรือLab รวมถึงอาการผู้ป่วยไม่ชัดเจน อาการหนักต้องResuscitate และแพทย์visitซ้ำเนื่องจากมีผู้รับบริการมาก

PLAN/DESIGN

1. ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke (CPG) 100%
2. พยาบาลมีความรู้ความสามารถ ในการประเมินอาการตาม BEFAST ได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว
3. กำหนดเวลาแพทย์visitทันทีไม่เกิน 5 นาที และ consult Staff ทันทีทั้งที่อาการชัดเจนหรือไม่ชัดเจน

STUDY/LEARNING

1. วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย Stroke ส่งต่อทุกราย ในทุกขั้นตอนของการทำงาน(Lean)
2. ตรวจสอบข้อมูลในบันทึกทางการพยาบาล
3. การเรียนรู้ CPG ใหม่ ๆ

ACT/IMPROVE

1. มีการตรวจวัดผลในระยะเวลา 3 เดือน
2. การใช้ CPG Stroke 100%
3. ปฏิบัติตามระบบRefer ผู้ป่วย Stroke ตามที่กำหนด100%
4. มีการติดตาม Case 100%ทุกเดือน

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

จากการปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยStrokeอย่างต่อเนื่องพบว่ากรณีที่เกิดจากความรู้ความเข้าใจในการรับเข้าถึงบริการยังไม่ดีขึ้นมากนักแต่ระบบขั้นตอนการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในรพ.มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน

บทเรียนที่ได้รับ

- ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉิน Stroke มาเร็ว ประเมิน การวินิจฉัยที่ถูกต้อง และส่งต่อที่รวดเร็วส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
- ทุกคนมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย stroke ทั้งผู้ป่วยและญาติด้วย รวมถึงทีมสหวิชาชีพ

การติดต่อกับทีมงาน

นางเปรมประภา ก่อทรัพย์อนันต์ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน
E-mail : premprapa0217pp@gmail.com

การปรับปรุงระบบการเก็บตัวอย่างและพื้นที่ห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลท่าม่วง

พิลาสิทธิ์ นาคอภิไชย ,นภภรณ์ ฝ่ายนันทะ

และคณะเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลท่าม่วง

สรุปผลงานโดยย่อ

ห้องปฏิบัติการมีการแบ่งแยกพื้นที่อย่างเป็นสัดส่วน มีระบบการเก็บตัวอย่างที่สะดวกให้แก่ผู้รับบริการ ผู้รับบริการพึงพอใจ

เป้าหมาย

1. เพื่อให้มีระบบการเก็บตัวอย่างที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ผู้รับบริการพึงพอใจ
2. เพื่อให้มีพื้นที่ปฏิบัติงานที่เป็นสัดส่วน ลดการแพร่กระจายเชื้อโรค เจ้าหน้าที่ปลอดภัย

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

1. พื้นที่การเก็บตัวอย่างไม่สะดวกต่อผู้รับบริการ ไม่สามารถให้บริการผู้รับบริการที่นั่งรถเข็นได้
2. พื้นที่เก็บตัวอย่างปัสสาวะมีทางเดินที่มีระยะห่างไกลจากพื้นที่ห้องปฏิบัติการ
3. พื้นที่ปฏิบัติงานไม่เป็นสัดส่วน เข้าถึงได้ง่าย ส่งผลต่อการเข้าถึงผลการวิเคราะห์ที่อาจถูกแก้ไขหรือเปิดเผย
4. พื้นที่ปฏิบัติงานแออัดไม่เพียงพอต่อเครื่องวิเคราะห์
5. ระบบการหมุนเวียนของอากาศภายในห้องปฏิบัติการไม่ถ่ายเท

กิจกรรมการพัฒนา

1. ปรึกษาคณะผู้บริหารและทีมสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลท่าม่วงเพื่อหาแนวทางและคำแนะนำในการปรับปรุงพื้นที่
2. จัดทำแผนผังห้องเก็บตัวอย่างเพื่อนำเสนอให้ทีมผู้บริหารและทีมสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลท่าม่วงพิจารณา



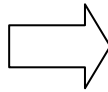
3. ปรับปรุงพื้นที่ห้องเก็บตัวอย่างตามแผนผัง
4. วัดผลและติดตาม

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

1. พื้นที่ปฏิบัติงานเป็นสัดส่วน



ก่อนการแก้ไข

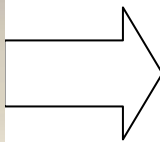


หลังการแก้ไข

2. มีทางเดินสำหรับการเก็บตัวอย่างที่สะดวกต่อผู้รับบริการไม่ไกลจากห้องปฏิบัติการ



ก่อนการแก้ไข



หลังการแก้ไข

3. ไม่พบข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ
4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น

บทเรียนที่ได้รับ

1. พื้นที่ปฏิบัติงานที่เป็นสัดส่วน มีส่วนช่วยในการปฏิบัติงานที่สะดวกรวดเร็วขึ้น
2. อากาศที่ไม่หม่นเวียนส่งผลต่อสุขภาพของเจ้าหน้าที่

การติดต่อกับทีมงาน

นางสาวพิลาสลักษณ์ นาคอภิไชย กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โทร 081-0260461

การพัฒนาระบบการส่งตรวจเพาะเชื้อแบคทีเรียในเลือด

นภาพรณีย์ ฝ่ายนันทะ,ชลพลสิริภู์ พันชน,พิลาสลักษณ์ นาคอภิไชย,
และคณะเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์โรงพยาบาลท่าวังผา

คำสำคัญ

การเพาะเชื้อแบคทีเรียในเลือด, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, Hemoculture, Sepsis

สรุปผลงานโดยย่อ

การพัฒนาระบบการส่งตรวจเพาะเชื้อแบคทีเรียในเลือด ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2566 – 30 กันยายน 2566 ของโรงพยาบาลท่าวังผา พบว่ามีการส่งตรวจจำนวน 2,043 ขวด ผลการตรวจวิเคราะห์ Hemoculture No growth จำนวน 1,937 ขวด และ Growth จำนวน 106 ขวด ระบบการส่งตรวจเดิม คิดเป็นมูลค่าต้นทุน 531,950 บาท ระบบการส่งตรวจใหม่ คิดเป็นมูลค่าต้นทุน 313,290 บาท โดยเมื่อเทียบมูลค่าต้นทุนการส่งตรวจเพาะเชื้อแบคทีเรียในเลือดระบบใหม่สามารถลดต้นทุนได้ร้อยละ 41.1 คิดเป็นมูลค่า 218,660 บาท และสามารถลดระยะเวลาในการรายงานผลสำหรับ Hemoculture growth ลง 2 วัน ซึ่งส่งผลให้แพทย์ได้รับผลเพาะเชื้อแบคทีเรียในเลือดได้รวดเร็วขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยต่อไป

เป้าหมาย

1. เพื่อลดต้นทุนของการส่งตรวจเพาะเชื้อแบคทีเรียในเลือด ร้อยละ 30
2. เพื่อลดระยะเวลาการคอยผล(TAT) สำหรับตัวอย่างที่มีการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย (Positive)
3. เพื่อกำหนดแนวทางหรือกรอบความคิดแก่หน่วยงาน หรือ รพ.ชุมชน ในการเปิดให้บริการตรวจเพาะเชื้อแบคทีเรียในเลือดในอนาคต

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

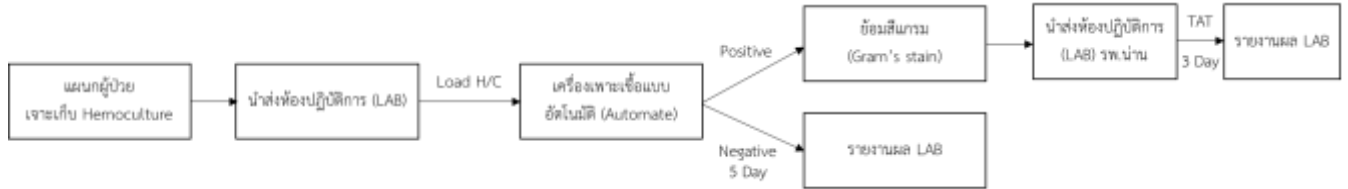
การเพาะเชื้อแบคทีเรียในเลือด (Hemoculture) ของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลท่าวังผา เป็นการตรวจวิเคราะห์ที่มีค่าใช้จ่ายสูงเป็นอันดับ 1 ของการส่งตรวจวิเคราะห์แบบรับเหมาช่วงต่อ (Out lab) ในปีงบประมาณ 2565 และพบว่าการส่งตรวจวิเคราะห์แบบรับเหมาช่วงต่อ (Out lab) สำหรับการเพาะเชื้อแบคทีเรียในเลือด (Hemoculture) มีประเด็นปัญหาการล่าช้าของการรายงานผลร่วมด้วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อกรณีวินิจฉัยและให้การรักษาของแพทย์จากประเด็นปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการศึกษาและเปรียบเทียบต้นทุนของการตรวจวิเคราะห์การเพาะเชื้อแบคทีเรียในเลือดระบบเดิม (ทุกตัวอย่างส่ง Out lab) กับระบบใหม่(ส่ง Out lab เฉพาะรายที่ Positive โดยระบบบ่มเลี้ยงเชื้อ) และศึกษาเปรียบเทียบแนวทางการให้บริการตรวจเพาะเชื้อแบคทีเรียในเลือดระบบเดิม และระบบใหม่ ร่วมด้วย

กิจกรรมการพัฒนา

ระบบเดิม



ระบบใหม่



ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

1 มกราคม 2566 – 30 กรกฎาคม 2566

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

1. ค่าใช้จ่ายสำหรับการเพาะเชื้อแบคทีเรียในเลือด (Hemoculture) ของระบบใหม่ เมื่อเทียบกับระบบเก่า ลดลงร้อยละ 30

2. ระยะเวลาคอยผล (TAT) ของตัวอย่าง Growth ของระบบใหม่ เมื่อเทียบกับระบบเก่าลดลง

การส่งตรวจเพาะเชื้อแบคทีเรียในเลือด ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2566 – 30 กันยายน 2566 ของโรงพยาบาลท่าวัง พบว่ามีการส่งตรวจจำนวน 2,043 ชุด ผลการตรวจวิเคราะห์ Hemoculture No growth จำนวน 1,937 ชุด และ Growth จำนวน 106 ชุด ระบบการส่งตรวจเดิม คิดเป็นมูลค่าต้นทุน 531,950 บาท ระบบการส่งตรวจใหม่ คิดเป็นมูลค่าต้นทุน 313,290 บาท โดยเมื่อเทียบมูลค่าต้นทุนการส่งตรวจเพาะเชื้อแบคทีเรียในเลือด ระบบใหม่สามารถลดต้นทุนได้ร้อยละ 41.1 คิดเป็นมูลค่า 218,660 บาท และสามารถลดระยะเวลาในการรายงานผลสำหรับ Hemoculture growth ลง 2 วัน ดังนั้นจึงสามารถใช้เป็นแนวทางหรือกรอบความคิดกำหนดหน่วยงาน หรือ รพ.ชุมชน ในการเปิดให้บริการตรวจเพาะเชื้อแบคทีเรียในเลือดในอนาคต โดยเมื่อใช้สมการในการคำนวณ จุดคุ้มทุน (Break event point) ในการเปิดตรวจระบบใหม่ พบว่า อัตราการ Growth ต้องน้อย 14.1 % ถึงจะสามารถลดต้นทุนได้ ซึ่งจากการศึกษานี้พบอัตราการ Growth เท่ากับ 5.18 %

บทเรียนที่ได้รับ

- ค่าใช้จ่ายสำหรับการเพาะเชื้อแบคทีเรียในเลือด (Hemoculture) ของระบบใหม่ เมื่อเทียบกับระบบเก่า ลดลงร้อยละ 41.1

- ระยะเวลาคอยผล (TAT) ของตัวอย่าง Growth ของระบบใหม่ เมื่อเทียบกับระบบเก่าลดลง 2 วัน

การติดต่อทีมงาน

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลท่าวัง

การแช่เท้าลดปวดและกระตุ้นการไหลเวียนเลือด

ภัทร์ศุภีย์ คำตัน กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลท่าม่วง

คำสำคัญ การแช่เท้าด้วยสมุนไพร

สรุปผลงานโดยย่อ

เนื่องจากอำเภอท่าม่วงและจังหวัดน่านมีลักษณะภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นภูเขา และ ประชากรในเขตพื้นที่อำเภอท่าม่วงประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก เช่น การทำนา ทำไร่ข้าวโพด ทำสวนยางพารา เป็นต้น ประกอบกับอิริยาบถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การเดินป่า การยืนทำงาน การยกของหนัก เป็นต้น ซึ่งอิริยาบถเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสริมในการใช้งาน กล้ามเนื้อหลังและขามากขึ้นทำให้การเจ็บป่วยที่มาทำการรักษาทางการแพทย์แผนไทยไทย เป็นอาการ ปวดหลัง สะโพกและขา จากอาการดังกล่าวข้างต้นเป็นอาการที่สามารถบรรเทาด้วยหัตถบำบัด การประคบสมุนไพรและการอบไอน้ำสมุนไพร ดังนั้นผู้จัดทำจึงตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้ทำการแช่เท้า ลดปวดและกระตุ้นการไหลเวียนเลือด เนื่องจากบริเวณฝ่าเท้าจะจุดศูนย์รวมของอวัยวะต่างๆของร่างกาย การแช่เท้าจึงทำให้อาการปวดลดลงช่วยให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น ลดอาการชา ทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นรวมถึงเป็นการลดค่าใช้จ่าย สามารถทำเองได้ที่บ้าน โดยการนำสมุนไพรที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

เป้าหมาย

- เพื่อลดอาการปวด
- เพื่อให้ประชาชนสามารถนำสมุนไพรในชุมชนมาใช้ในการดูแลสุขภาพได้

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

จากตัวชี้วัดข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการด้วยการแพทย์แผนไทยในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๙๔๑ คน/ ๒,๕๑๖ ครั้ง พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๕๙๒ คน/ ๑,๖๔๑ ครั้ง การวิเคราะห์ปัญหาเบื้องต้น พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่จะมีอาการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ และยังขาดความรู้ในเรื่องยาสมุนไพร ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น

กิจกรรมการพัฒนา

กิจกรรมการพัฒนา	ผลของการจัดกิจกรรมพัฒนา	ปัญหาและอุปสรรค
<p>๑. ประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลการบริการและข้อมูลการใช้สมุนไพรแก่ผู้มารับบริการในโรงพยาบาล เพื่อลดปวดและกระตุ้นการไหลเวียนเลือด</p> <p>๒. อบรมให้ความรู้เรื่องการใช้สมุนไพรในการแช่เท้า แก่ประชาชน อสม. เพื่อกระจายความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรอย่างถูกต้อง ปลอดภัย</p>	<p>๑. หลังจากได้รับการแช่เท้าด้วยสมุนไพร อาการปวดลดลง</p> <p>๒. ประชาชนในพื้นที่อำเภอท่าวังผารู้จักแพทย์แผนไทยและรู้จักการนำสมุนไพรในท้องถิ่น มาใช้ดูแลตนเองและคนใกล้ชิด</p> <p>๓. อสม. มีความรู้เรื่องการใช้สมุนไพร มาใช้ในการรักษาอาการเบื้องต้นให้กับตนเองและประชาชนในชุมชน อีกทั้งมีความรู้เรื่องยาสมุนไพรในโรงพยาบาล สามารถให้ คำแนะนำ การใช้ยาสมุนไพร หรือแนะนำให้มาพบแพทย์แผน ไทยได้</p>	<p>๑. ประชาชนยังขาดความรู้เรื่องการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น</p> <p>๒. บุคลากรมีจำนวนจำกัดไม่สามารถออกไปให้บริการหรือออกไปให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในชุมชนได้ทั่วถึง</p>

บทเรียนที่ได้รับ

จากการส่งเสริมการแช่เท้าด้วยสมุนไพรในคลินิกแพทย์แผนไทย พบว่า ประชาชนมีความสนใจการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น แต่ยังคงขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาสมุนไพร และด้วยจำนวนบุคลากรมีจำกัดจึงไม่สามารถออกไปให้ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรที่ใช้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นในชุมชนได้ทั่วถึง

การติดต่อกับทีมงาน

นางสาว ภัทร์ศุภีย์ คำตัน เบอร์โทรฯ ๐๘๙-๙๙๐๘๕๑๔ e-mail: ktn_nani@hotmail.com

การพัฒนาระบบเอกสาร งาน HA และกลุ่มงานการพยาบาล

ภาวิณี ไตรจะโปะ และรัตนภรณ์ คำยวง
โรงพยาบาลท่าวังผา

คำสำคัญ ระบบเอกสาร , HA

สรุปผลงานโดยย่อ

ได้มีการพัฒนาระบบเอกสาร งาน HA และกลุ่มงานการพยาบาล โดยการวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกันในผู้ที่เกี่ยวข้อง กำหนดแนวทางการดำเนินการ พบว่าได้รับความร่วมมือจากทุกหน่วยงาน ทำให้ลดเอกสารราชการสูญหาย ส่งเอกสารราชการได้ทันเวลา และจนท.มีความพึงพอใจ

เป้าหมาย

ทุกหน่วยงานได้รับหนังสือราชการทันตามเวลาที่กำหนด และได้รับหนังสือครบถ้วนถูกต้อง ลดการสูญหาย ผู้รับผลงานมีความพึงพอใจ

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

เนื่องด้วยงาน HA และงาน กลุ่มงานการพยาบาล ได้จัดให้ดำเนินการในห้องเดียวกัน และมีผู้ดำเนินการคนเดียวกัน ที่ผ่านมาพบปัญหาคือ ๑) เอกสารสูญหาย ๒) เอกสารไม่ครบ ๓) การส่งเอกสารไปตามระบบล่าช้าไม่ทันกำหนดเวลา ๔) มีเอกสารจำนวนมากสะสมอยู่ที่หน่วยงาน และ ๕) เคยมีอุบัติเหตุการร้องเรียนจากผู้รับบริการในองค์กรเรื่องการส่งเอกสารล่าช้าส่งผลกระทบต่องานราชการ และอุบัติเหตุการเอกสารสูญหายจนต้องดำเนินการใหม่ทั้งหมดซึ่งต้องใช้เวลาในการรวบรวม เป็นการทำงานซ้ำซ้อน ดังนั้นจึงมีแนวคิดในการพัฒนาระบบเอกสาร งาน HA และกลุ่มงานการพยาบาลขึ้น

กิจกรรมการพัฒนา

วิธีการดำเนินงานรอบที่ ๑ (ตุลาคม ๒๕๖๕)

วิเคราะห์ปัญหาและหาสาเหตุที่ทำให้ระบบเอกสารงาน HA และงานกลุ่มงานการพยาบาลประสบปัญหา โดยเชิญ ตัวแทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๙ คน มาร่วมหารือโดยใช้ SWAT analysis พบข้อมูลดังนี้

- ๑) SO : รพ.มีการนำระบบงานเอกสารอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ จนท.แต่ละงานมองเห็นเป้าหมายเดียวกันพร้อมให้ความร่วมมือ
- ๒) WT : เอกสารมีจำนวนมาก กรณีผู้รับผิดชอบลาไม่มีผู้ปฏิบัติงานแทน มีงานอื่นแทรกที่ไม่ได้เตรียมการไว้ มีผู้ต้องการเอกสารพร้อมกันหลายเรื่อง ช่วงที่ต้องรวบรวมเอกสารจำนวนมาก ๒-๓ รอบต่อเดือน (ช่วงทำ OT หรือช่วงเอกสารเบิกจ่ายลูกจ้างประจำ หรือ ช่วงที่มีงานสำคัญ) การรวบรวมเอกสารจากหน่วยงานล่าช้าทำให้รวบรวมส่งล่าช้าไม่ทันกำหนด เช่น OT นอกจากนี้ยังมี format เอกสารราชการมีหลากหลายทำให้แต่ละหน่วยงานทำไม่ถูกต้องและเสียเวลาในการนำกลับไปแก้ไข

วิธีการดำเนินงานรอบที่ ๒ (พฤศจิกายน ๒๕๖๕)

วางระบบเอกสาร งาน HA และกลุ่มงานการพยาบาลดังนี้

- ๑) จัดระบบ ๕ ส.ในหน่วยงาน เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการและสะดวกต่อการส่งงาน
- ๒) นำระบบระบบงานเอกสารอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ ในการรับ - ส่งเอกสาร
- ๓) จัดให้มีหลายเลขกำกับและจำแนกเอกสารราชการเป็นหมวดหมู่ สะดวกต่อการค้นหา

- ๔) กรณีที่เป็นเอกสารเร่งด่วนจะนำเข้าสู่ ระบบ social network ส่งให้ผู้รับอีกช่องทางเพื่อให้ดำเนินการได้ทันเวลา
- ๕) สร้าง format เอกสารราชการทุกเรื่องที่ต้องดำเนินการ ส่งเข้า google drive ที่ทุกหน่วยงานสามารถ download ได้ ดำเนินการ up date ทุกเดือน และสร้างเพิ่มกรณีที่มีเอกสารรูปแบบใหม่
- ๖) กำหนดตารางเวลา (time line) ในการส่งเอกสารตามรอบประจำ ได้แก่ การส่งเอกสารลูกจ้างรายวัน ภายในวันสิ้นเดือน และการส่ง OT ภายในวันที่ ๓ ของเดือน การส่ง ตารางเวร ทุกวันที่ ๒๐ ของเดือน
- ๗) จัดช่องทางการส่งเอกสารลงในตระกร้าเฉพาะเรื่องที่จัดเตรียมให้ และลงนาม ระบุ วัน เวลา ในการส่งทุกครั้ง
- ๘) รวบรวมข้อมูล สถิติ รายงานต่างๆที่เกี่ยวข้องจะใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์และ google drive ซึ่งจะได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและสามารถติดตามได้อย่างรวดเร็ว
- ๙) กรณีที่แต่ละหน่วยงานติดขัดไม่สามารถส่งเอกสารได้ทันเวลา ให้ประสานและชี้แจงเป็นรายกรณีเพื่อการประสานหน่วยงานปลายทางต่อไป
- ๑๐) จัดให้มีพี่เลี้ยงประจำหน่วยงาน โดยจัดประชุมตัวแทนจากแต่ละหน่วยงาน ชี้แจงการดำเนินการ และเป็นผู้ประสานงาน
- ๑๑) กรณีเจ้าหน้าที่ประจำห้องลา ไม่สามารถมาปฏิบัติงานได้ จัดให้ ผู้ช่วยเหลือคนใช้งานห้องคลอดเป็นผู้ปฏิบัติงานแทน
- ๑๒) กรณีที่มีงานเร่งด่วนสำคัญ เช่น การเตรียมการประชุม HA ตามรอบ จะมีการจัดทีมจากหน่วยงานอื่นมาช่วยงานเอกสารราชการ จำนวน ๓-๕ คน ตามขนาดและความเร่งด่วนของงาน

วิธีการดำเนินงานรอบที่ ๓ (ธันวาคม ๒๕๖๕ - สิงหาคม ๒๕๖๖)

- ๑) นำระบบเอกสาร งาน HA และกลุ่มงานการพยาบาล ที่พัฒนาแล้วลงสู่การปฏิบัติ โดยมีการประเมินผลทุกเดือน และ หาแนวทางแก้ไขอย่างต่อเนื่องเมื่อพบปัญหา
- ๒) ประเมินผลการดำเนินการทุกเดือน

การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

- ๑) มีอุบัติการณ์ผิดพลาดเอกสารสูญหายไม่ถึงผู้รับ ๒ ครั้งต่อเดือน ในช่วงการดำเนินการ ๒ เดือนแรก (ธันวาคม ๒๕๖๕ -มกราคม ๒๕๖๖) เนื่องจากการส่งเอกสารผิดหน่วยงาน ได้ดำเนินการแก้ไขโดยหาวิธีพี่เลี้ยงทุกครั้งที่ไม่มั่นใจ พบว่า ๗ เดือนหลัง (กุมภาพันธ์ -สิงหาคม ๒๕๖๖) ไม่มีรายงานเอกสารสูญหาย
- ๒) ส่งเอกสารได้ทันเวลาทุกเดือนพบกรณีล่าช้า ๔ ครั้งพบปัญหาที่การรวบรวมเอกสารต้นทาง ได้รับการแก้ไขแล้ว
- ๓) เจ้าหน้าที่ผู้รับผลงานแต่ละหน่วยงานมีความพึงพอใจ ร้อยละ ๙๒

โอกาสพัฒนาหรือข้อเสนอแนะในการพัฒนา

ปรับระบบการสื่อสารหนังสือราชการที่มาถึงในช่วงเย็นก่อนวันหยุดราชการ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ จากการมองเป้าหมายเดียวกัน ร่วมมือกันแก้ปัญหาได้สำเร็จ

การติดต่อกับทีมงาน

นางสาว ภาวิณี ไตร จะโปะ ๐๘๓-๖๐๙๓๕๗๑

ผลการทบทวนความเสี่ยงเรื่องระบบแก๊สที่ใช้ในกลุ่มงานโภชนศาสตร์

พรอุทัย ลินทุมวงศ์, วิไล พิชะ, ปรานอม อินไชย
และทินรัตน์ จิณะไชย กลุ่มงานโภชนศาสตร์โรงพยาบาลท่าวังผา

คำสำคัญ แก๊สหุงต้ม ความเสี่ยง

สรุปผลงานโดยย่อ

แก๊สหุงต้มเป็นเชื้อเพลิงที่นิยมใช้ทั้งในครัวเรือน ร้านอาหารหรือแม้แต่ในสถานที่ต่างๆ เช่น ครัวของโรงพยาบาล แต่เนื่องจากเป็นเชื้อเพลิงที่มีคุณสมบัติไวไฟ จึงติดไฟอย่างรวดเร็ว หากใช้งานอย่างไม่ถูกวิธีจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการระเบิดและเพลิงไหม้ กลุ่มงานโภชนศาสตร์โรงพยาบาลท่าวังผาพบความเสี่ยงเรื่องระบบแก๊สหุงต้มที่ใช้งาน ได้แก่ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับระบบหัวแก๊สที่ใช้งาน เช่น เกิดแก๊สรั่วบริเวณข้อต่อระหว่างท่อส่งแก๊สกับหัวแก๊ส เกิดประกายไฟจากท่อส่งแก๊ส วาล์วปิดเปิดแก๊สใช้งานไม่ได้ การสิ้นเปลืองทรัพยากรจากการใช้แก๊สที่เกิดจากการรั่วของแก๊ส หรือ หัวจ่ายแก๊สที่ใช้งานมาเป็นเวลานาน แม้กระทั่งตัวควบคุมความดันแก๊สเสียส่งผลให้ระบบแก๊สใช้งานไม่ได้ ซึ่งจากปัญหาที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานและความเสียหายที่เกิดขึ้นตามมาจากการระเบิดของแก๊ส จึงได้นำความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมาทบทวนและได้แนวทางการปฏิบัติดังนี้ ความเสี่ยงเรื่องเกิดแก๊สรั่วบริเวณท่อส่งแก๊ส เกิดประกายไฟจากท่อส่งแก๊ส วาล์วปิดเปิดแก๊สใช้งานไม่ได้ การสิ้นเปลืองทรัพยากรจากการใช้แก๊สที่เกิดจากการรั่วของแก๊ส หรือ หัวจ่ายแก๊สที่ใช้งานมาเป็นเวลานาน มีแนวทางแก้ไข คือ ขออนุมัติเปลี่ยนหัวแก๊สที่ใช้งานทั้งหมดจำนวน 4 หัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและหัวแก๊สไม่อุดตัน โดยให้ทีมช่างตรวจเช็คตามรายการเป็นประจำทุกเดือนและเจ้าหน้าที่กลุ่มงานโภชนศาสตร์ช่วยตรวจสอบวาล์วแก๊สหลังใช้งานทุกครั้ง พบว่า ในปี 2566 ไม่พบอุบัติเหตุความเสี่ยง และการสิ้นเปลืองทรัพยากรจากการใช้แก๊สที่เกิดจากการรั่วของแก๊ส หรือ หัวจ่ายแก๊สที่ใช้งานมาเป็นเวลานาน พบว่า ปริมาณการใช้แก๊สลดลงจากเดิมปีงบประมาณ 2564 จำนวน 27 ถึง ปี 2565 จำนวน 31 ถึง เนื่องจากการเปิดให้บริการ cohort ward และปี 2566 จำนวน 21 ถึง ส่งผลให้จำนวนการใช้แก๊สหุงต้มลดลงหากอยู่ในสถานการณ์ปกติ

เป้าหมาย

เพื่อให้มีระบบการควบคุมดูแลแก๊สหุงต้มที่ใช้งานในกลุ่มงานโภชนศาสตร์มีความปลอดภัย

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

แก๊สหุงต้มเป็นเชื้อเพลิงที่นิยมใช้ทั้งในครัวเรือน ร้านอาหารหรือแม้แต่ในสถานที่ต่างๆ เช่น ครัวของโรงพยาบาล แต่เนื่องจากเป็นเชื้อเพลิงที่มีคุณสมบัติไวไฟ จึงติดไฟอย่างรวดเร็ว หากใช้งานอย่างไม่ถูกวิธีจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการระเบิดและเพลิงไหม้ กลุ่มงานโภชนศาสตร์โรงพยาบาลท่าวังผาพบความเสี่ยงเรื่องระบบแก๊สหุงต้มที่ใช้งาน ได้แก่ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับระบบหัวแก๊สที่ใช้งาน เช่น เกิดแก๊สรั่วบริเวณท่อส่งแก๊ส เกิดประกายไฟจากท่อส่งแก๊ส วาล์วปิดเปิดแก๊สใช้งานไม่ได้ การสิ้นเปลืองทรัพยากรจากการใช้แก๊สที่เกิดจากการรั่วของแก๊ส หรือ หัวจ่ายแก๊สที่ใช้งานมาเป็นเวลานาน แม้กระทั่งตัวควบคุมความดันแก๊สเสียส่งผลให้ระบบแก๊สใช้งานไม่ได้

ซึ่งจากปัญหาที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานและความเสียหายที่เกิดขึ้นตามมาจากการระเบิดของแก๊ส ดังนั้นจึงมีการนำความเสี่ยงดังกล่าวมาทบทวน

กิจกรรมการพัฒนา : ได้นำความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมาทบทวนและได้แนวทางการปฏิบัติและผลการพัฒนางานดังนี้

ความเสี่ยง / ปัญหาที่พบ	แนวทางแก้ไข	ผลที่ได้จากการพัฒนา/ทบทวน
1.ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับระบบหัวแก๊สที่ใช้งาน ได้แก่ 1.1.เกิดแก๊สรั่วบริเวณข้อต่อระหว่างท่อส่งแก๊สกับหัวแก๊ส ส่งกลิ่นเหม็นทั่วห้อง 1.2.แก๊ส เกิดประกายไฟจากท่อส่งแก๊ส 1.3.วาล์วปิดเปิดแก๊สใช้งานไม่ได้ 1.4.การสั่นเปลี่ยนทรัพยากรจากการใช้แก๊สที่เกิดจากการรั่วของแก๊ส หรือ หัวจ่ายแก๊สที่ใช้งานมาเป็นเวลานาน	1. เดือน ธันวาคม 2564 ขออนุมัติเปลี่ยนหัวแก๊สที่ใช้งานทั้งหมดจำนวน 4 หัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและหัวแก๊สไม่อุดตัน 2.ให้ทีมช่างตรวจเช็คตามรายการเป็นประจำทุกเดือนเริ่มดำเนินการเดือนมีนาคม 2565 3. เจ้าหน้าที่กลุ่มงานโภชนศาสตร์ช่วยตรวจสอบวาล์วแก๊สหลังใช้งานทุกครั้ง	ปริมาณการใช้แก๊สขนาดถังละ 48 KG ลดลงจากเดิม 1.ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 27 ถัง 2.ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 31 ถัง (เปิด cohort ward ตค 64 ถึง มิย.65) 3 ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 21 ถัง *** ส่งผลให้จำนวนการใช้แก๊สทุ้มลดลงหากอยู่ในสถานการณ์ปกติ
2.ตัวควบคุมความดันแก๊สเสียส่งผลให้ระบบแก๊สใช้งานไม่ได้ ส่งผลให้ไม่สามารถใช้แก๊สในโรงครัวประกอบอาหารให้กับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ได้ ต้องใช้แก๊สช่วงคร่าวแบบหัวเดียว ซึ่งใช้เวลาในการประกอบอาหารนานกว่าปกติ	ทีมช่างตรวจเช็คเป็นประจำทุกเดือน และนำเข้าแผนเพื่อจัดซื้อเครื่องสำรองหากเกิดเหตุการณ์จะได้เปลี่ยนได้ทันที	หากเกิดเหตุการณ์ขึ้น มีการแก้ไขได้อย่างทันทั่วทั้งที่

วันเดือนปี	ตำแหน่งของตัวจ่าย Regulate	เช็คแรงดันแก๊สของหัวจ่ายแก๊ส	เช็คความผิดปกติของแรงดันแก๊ส	เช็คความปกติของหัวจ่ายแก๊ส,ไฟ	เช็คความสะอาดระบบหัวจ่ายแก๊สตามข้อไฟ	ผู้ปฏิบัติ	หมายเหตุ
26 มี.ค. 64	ปกติ	ปกติ	ปกติ 4.50	ปกติ	ปกติ	✓	ปกติ
27 มี.ค. 64	ปกติ	ปกติ 100/100	ปกติ	ปกติ	ปกติ	✓	ปกติ
28 มี.ค. 64	ปกติ	ปกติ 100/100	ปกติ	ปกติ 100/100	ปกติ	✓	ปกติ
29 มี.ค. 64	ปกติ	ปกติ 100/100	ปกติ	ปกติ	ปกติ	✓	ปกติ
30 มี.ค. 64	ปกติ	ปกติ 100/100	ปกติ	ปกติ	ปกติ	✓	ปกติ
31 มี.ค. 64	ปกติ	ปกติ 100/100	ปกติ	ปกติ	ปกติ	✓	ปกติ
1 มี.ค. 65	ปกติ	ปกติ 100/100	ปกติ	ปกติ	ปกติ	✓	ปกติ
2 มี.ค. 65	ปกติ	ปกติ 100/100	ปกติ	ปกติ	ปกติ	✓	ปกติ
3 มี.ค. 65	ปกติ	ปกติ 100/100	ปกติ	ปกติ	ปกติ	✓	ปกติ
4 มี.ค. 65	ปกติ	ปกติ 100/100	ปกติ	ปกติ	ปกติ	✓	ปกติ
5 มี.ค. 65	ปกติ	ปกติ 100/100	ปกติ	ปกติ	ปกติ	✓	ปกติ
6 มี.ค. 65	ปกติ	ปกติ 100/100	ปกติ	ปกติ	ปกติ	✓	ปกติ
7 มี.ค. 65	ปกติ	ปกติ 100/100	ปกติ	ปกติ	ปกติ	✓	ปกติ
8 มี.ค. 65	ปกติ	ปกติ 100/100	ปกติ	ปกติ	ปกติ	✓	ปกติ
9 มี.ค. 65	ปกติ	ปกติ 100/100	ปกติ	ปกติ	ปกติ	✓	ปกติ
10 มี.ค. 65	ปกติ	ปกติ 100/100	ปกติ	ปกติ	ปกติ	✓	ปกติ
11 มี.ค. 65	ปกติ	ปกติ 100/100	ปกติ	ปกติ	ปกติ	✓	ปกติ

ตารางการตรวจเช็คระบบจ่ายแก๊สประจำเดือน พฤษภาคม โภชนาการ

วันที่ตรวจ	การดำเนินการตรวจ	ผลการตรวจ	ผลการแก้ไข	ผลการตรวจซ้ำ	ผลการตรวจซ้ำ	ผู้ตรวจ	หมายเหตุ
25/5/65	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	2	
26/5/65	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
27/5/65	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
28/5/65	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
29/5/65	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
30/5/65	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
31/5/65	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
1/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
2/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
3/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
4/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
5/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
6/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
7/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
8/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
9/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
10/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
11/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
12/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
13/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
14/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
15/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
16/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
17/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
18/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
19/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
20/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
21/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
22/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
23/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
24/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
25/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
26/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
27/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
28/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
29/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
30/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	
31/6/66	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	3	

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

เมื่อเราได้ดำเนินการทบทวนความเสี่ยงต่างๆที่เคยเกิดขึ้น เช่น ได้แก๊ เกิดแก๊สรั่วบริเวณท่อส่งแก๊ส เกิดประกายไฟจากท่อส่งแก๊ส วาล์วปิด เปิดแก๊สใช้งานไม่ได้ แม้กระทั่งตัวควบคุมความดันแก๊สเสียส่งผลให้ระบบแก๊สใช้งานไม่ได้ ในปี 2566 ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยง และการเปลี่ยนแปลงทรัพยากรจากการใช้แก๊สที่เกิดจากการรั่วของแก๊ส หรือ หัวจ่ายแก๊สที่ใช้งานมาเป็นเวลานาน พบว่า ปริมาณการใช้แก๊สลดลงจากเดิมปีงบประมาณ 2564 จำนวน 27 ถึงปี 2565 จำนวน 31 ถึง เนื่องจากมีการเปิดให้บริการ cohort ward และปี 2566 จำนวน 21 ถึง ส่งผลให้จำนวนการใช้แก๊สหุงต้มลดลง หากอยู่ในสถานการณ์ปกติ

บทเรียนที่ได้รับ

ความเสี่ยงเกิดขึ้นในหน่วยงานไม่ว่าจะอยู่ในระดับใดหากมีการนำมาทบทวนและมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนจะช่วยลดความเสี่ยงจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น ไฟไหม้ แก๊สระเบิดซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย หรือองค์กร

การติดต่อกับทีมงาน

พรฤทัย สีนทุมวงศ์ กลุ่มงานโภชนศาสตร์โรงพยาบาลท่าวังผา ต.ท่าวังผา อ. ท่าวังผา จ.น่าน 55140
 TEL- 0810285217 email - numtaoe@hotmail.com

นวัตกรรมการ

Meeting Point Call1669

ณัฐลลิตี ค่อมสิงห์ พร้อมทีมร่วมงาน

คำสำคัญ

เตือนให้ทราบถึงจุด Meeting Point Call1669 (ระหว่างรถ Meeting Point Call1669)

สรุปผลงานโดยย่อ

เนื่องด้วยโรงพยาบาลท่าวังผาได้ให้การรักษาผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ทำให้มีการส่งต่อผู้ป่วยอาการที่ซับซ้อนไปยังรพ.น่านและรพ.ปัว เพิ่มขึ้นจึงต้องมีการส่งต่อแอมบิวเลนซ์ให้รพ.ปลายทางทราบมีการรับรู้ล่วงหน้าก่อนที่รถนำส่งผู้ป่วยจะไปถึง

ชื่อและที่อยู่ขององค์กร

โรงพยาบาลท่าวังผา 84 หมู่ 1 ต.ท่าวังผา อ.ท่าวังผา จ. น่าน

เป้าหมาย

เพื่อพัฒนาการสื่อสารระหว่างรถนำส่งผู้ป่วยกับรพ.น่านระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยแจ้งข้อมูลอาการให้กับรพ.น่านได้อย่างถูกต้องในกาเตรียมความพร้อมรองรับผู้ป่วย

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

โรงพยาบาลท่าวังผา มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรพ.น่านที่เป็นโรงพยาบาลรับปรึกษาตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนเข้าไปรักษาต่อในโรงพยาบาลน่านในผู้ป่วยประเภท Resuscitation Emergency Fast Track เมื่อถึงจุดนัดพบ(บ้านผาสิงห์)ให้โทรแจ้งโดยแอมบิวเลนซ์ในเวลาราชการโทรแจ้งศูนย์ส่งต่อ2112นอกเวลาราชการโทรแจ้งห้องฉุกเฉิน2102 2106หรือโทรแจ้ง1669เพื่อส่งข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการVital Signsการรักษาที่ให้ขณะส่งต่อให้รพ.ปลายทางรับทราบ ปัญหาที่ผ่านมามีพบว่าหากทำหัตถการในช่วงที่ผ่านจุดนัดพบหรือเป็นการส่งต่อในช่วงเวลากลางคืนมองไม่เห็นจุดนัดพบทำให้พลาดการโทรแจ้งกับ รพ.ปลายทางทำให้เกิดทีมรพ.ปลายทางไม่มีความพร้อมในการรับผู้ป่วย

กิจกรรมการพัฒนา

1. ประชุมร่วมกันระหว่าง พชร.+พยาบาลในกลุ่มที่มีการส่งต่อผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินคือหน่วยงาน ER WARD LRเป็นต้นว่าแนวทางการดำเนินเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์
2. ปรึกษางานช่างรพ.ท่าวังผาในการติดตั้งไฟติดรถ Ambulance.
3. สาธิตการปฏิบัติงานสัญญาณไฟให้พยาบาลที่เกี่ยวข้อง หน่วยงาน ER WARD LR
4. อุปกรณ์ที่ใช้ทำนวัตกรรม



การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง จากการดำเนินการ

1. ไม่มีอุบัติการณ์ร้องเรียนการจาก รพ.น่าน ถ้าการไม่รับการประสานงานการ Refer. ระหว่างรถ Ambulance.
2. มีความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ 100%

บทเรียนที่ได้รับ

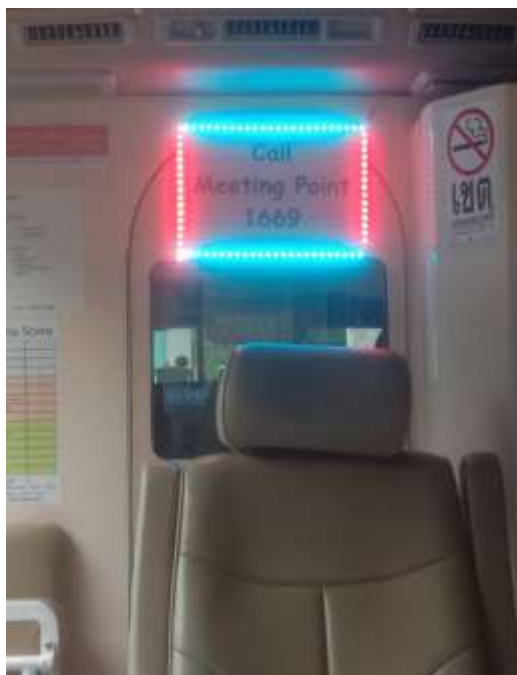
เจ้าหน้าที่ที่ส่งต่อผู้ป่วยมีความพึงพอใจและไม่เกิดอุบัติการณ์ การลืมนโทรประสานงาน รพ.น่าน ระหว่างรถ Refer. ที่จุดนัดหมายและ รพ.น่าน ไม่มีอุบัติการณ์ RM เกิดขึ้น ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยต่อเนื่อง

โอกาสการพัฒนา

จัดทำให้มีสายไฟที่คงทนและให้มีเสียงออกตามสัญญาณไฟ

ติดต่อ

กลุ่มงานยานพาหนะโรงพยาบาลท่าวังผา 84 ม.1 ต.ท่าวังผา อ.ท่าวังผา จ.น่าน 55140 054059666 ต่อ 129
ภาพนวัตกรรมจำนวน 1 ภาพ



DATA for disability program

วัชรินทร์ ภิมาลย์ และคณะ

งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

ที่มา

การฟื้นฟูสภาพเป็นหนึ่งในภารกิจหลักของงานกายภาพบำบัด ภายหลังจากให้บริการทีมต้องบันทึกข้อมูลในโปรแกรมฟื้นฟูสภาพ (<http://portal.nhso.go.th/disability>) เพื่อขอเคลมค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจาก สปสช. ทั้งในคลินิกกายภาพบำบัดและในชุมชน จากการดำเนินการที่ผ่านมา พบว่า ในปี 2564 และ 2565 งานกายภาพบำบัดได้มีการขอเคลมค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้ป่วยสิทธิสูงอายุและสิทธิคนพิการที่มารับบริการ โดยเฉลี่ยวันละ 20 ราย แต่ขาดการบันทึกข้อมูลในส่วนของผู้ป่วยในชุมชนและ IMC เนื่องจากไม่มีข้อมูลในการเข้ารับบริการ พบว่าในปี 2564 และ 2566 มีค่าชดเชยจากการเคลมข้อมูลผู้มารับบริการฟื้นฟูสภาพ 423,104.02 และ 403,132.65 บาท ตามลำดับ ทีมได้มีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมฟื้นฟูทุกวัน โดยการดึงข้อมูลจาก Hosxp ซึ่งมีวิธีการดึงข้อมูลที่หลากหลาย ได้แก่ การดึงข้อมูลโดยใช้หัวข้อรายงานใน Hosxp พบว่า ข้อมูลมีเยอะมากเกินความจำเป็นจึงต้องเลือกข้อมูลบางส่วนที่จำเป็นต้องใช้ในการบันทึกข้อมูลและไม่สามารถระบุวันที่ได้อย่างชัดเจน การดึงข้อมูลโดยใช้ EasyReport2U พบว่า ข้อมูลไม่ครบถ้วนต้องเปิด Hosxp ควบคู่กับการบันทึกข้อมูล ส่งผลให้เกิดความล่าช้า และสามารถบันทึกข้อมูลได้เพียง 1 คน ในปี 2566 จากนโยบายด้านงบประมาณ ทีมจึงลงความเห็นให้บันทึกข้อมูลในโปรแกรมฟื้นฟูสภาพในทุกสิทธิที่มารับบริการ ซึ่งมีข้อมูลที่ต้องบันทึกโดยเฉลี่ย 50 รายการ ประกอบกับมีการลงพื้นที่ให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชนเพิ่มมากขึ้นและมีหลายทีมส่งผลให้บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน และ รพ. สูญเสียรายได้ ทีมเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงจัดทำ นวัตกรรมDATA for disability program ขึ้น เพื่อให้ผู้ใช้งานสามารถบันทึกข้อมูลในโปรแกรมฟื้นฟูสภาพได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง และ เพื่อความรวดเร็วในการบันทึกข้อมูล

วัตถุประสงค์ เพื่อบันทึกข้อมูลในโปรแกรมฟื้นฟูสภาพได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง

ระเบียบวิธีวิจัย

1 สร้างนวัตกรรม

- ศึกษาคู่มือการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และ การบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพ ระดับจังหวัด

- ปรีกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกองทุน สปสช และ IT รพ.ท่าวังผา

- ออกแบบตารางสำหรับการดึงข้อมูลเพื่อบันทึกในโปรแกรม ดังนี้

วันที่	เลขบัตรประชาชน	HN	ชื่อ-สกุล	Dx	รหัส ICD 9

- ประสานงาน IT เพื่อออกแบบวิธีการดึงข้อมูลตามตารางที่กำหนด
- สื่อสารวิธีการดึงข้อมูลจาก HosXp

2 การทดสอบก่อนใช้งาน

- ทดลองดึงข้อมูลเปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการที่มารับบริการในหน่วยงาน
- ทดลองบันทึกข้อมูลในโปรแกรมฟื้นฟู <http://portal.nhso.go.th/disability>

3 เอนาวัตกรรมมาทดลองใช้กับผู้รับบริการ และประเมินผล พบว่า

- จากการทดลองดึงข้อมูลพบว่าข้อมูลที่ได้จากการดึงเป็นที่ครบถ้วนตามตารางที่ออกแบบ และตรงตามจำนวนผู้รับบริการที่มาในหน่วยงานกายภาพบำบัด
- จากการทดลองบันทึกข้อมูลในโปรแกรมฟื้นฟูพบว่าสามารถบันทึกข้อมูลโดยผู้บันทึกหลายคนได้ และการบันทึกข้อมูลไม่ยุ่งยากซับซ้อน

ผลการศึกษา

รายการ	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
ค่าชดเชยการให้บริการฟื้นฟูสภาพ	403,132.65	214,346.27 (ตก 65)
ร้อยละความครบถ้วนของข้อมูล	90.72	98.85

การนำผลงานวิจัย

นำนวัตกรรม DATA for disability program ไปใช้ในการบันทึกข้อมูลตั้งแต่ ปี 2566 จนกระทั่งปัจจุบัน แต่ยังไม่ขยายผลการดำเนินการไปยังหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

บทเรียนที่ได้รับ

ในยุคปัจจุบันที่มีการเข้าถึงเทคโนโลยีและสารสนเทศมากขึ้น การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนาองค์กร จึงมีความสำคัญและจำเป็น โดยเฉพาะการออกแบบเพื่อให้หน่วยงานสามารถทำงานได้ง่ายขึ้นและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ ผลลัพธ์การดำเนินงานดีขึ้น สามารถเพิ่มรายรับจากการให้บริการและบุคลากรมีความสุขในการทำงาน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- การสนับสนุนของผู้บริหารองค์กร
- การสนับสนุนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ และ งาน IT
- การทำงานร่วมกันเป็นทีม

ของจิว ป้องกันการทิ่มทะลุ

เพ็ญศรี จันทร์สุข ,ธนบดี ไบยา
และคณะ หน่วยจ่ายกลาง

ที่มา

เนื่องจากพบอุบัติเหตุการฉีกของมีคม ลักษณะปลายแหลมของหน่วยงานทันตกรรมและอุปกรณ์เสริมของหน่วยงานต่างๆเกิดการทิ่มทะลุของซิลและหักชำรุด ทำให้ไม่พร้อมใช้งาน สิ้นเปลืองเวลา ทรัพยากร พบการรายงานอุบัติเหตุ ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๕ ครั้ง จึงได้ทบทวนกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานจ่ายกลางแก้ไขปัญหา

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อป้องกันการทิ่มทะลุของอุปกรณ์เครื่องมือออกจากของซิล
๒. เพื่อความปลอดภัยของอุปกรณ์ และความพร้อมใช้งาน
๓. เพื่อความพึงพอใจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๔. เพื่อการทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย

กลุ่มเป้าหมาย บุคลากรในงานจ่ายกลางและบุคลากรทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วิธีการดำเนินการ

๑. ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา/หาแนวทาง/วิธีการแก้ไขในหน่วยงาน
๒. ปรึกษารูปแบบร่วมกับบุคลากรในหน่วยงาน
๓. ตัวแทนบุคลากรในงานจ่ายกลาง ผลิตรูปแบบนวัตกรรมที่ต้องการ
๔. นำไปใช้กับอุปกรณ์ของมีคมและอุปกรณ์ที่มีลักษณะปลายแหลมในกระบวนการหีบห่อ
๕. ประเมินผลความพึงพอใจการใช้นวัตกรรมของจิว ป้องกันการทิ่มทะลุ

ระยะเวลาในการดำเนินการ ระยะเตรียมการ : ๒๕๖๖

ระยะเวลาดำเนินการ : มกราคม – พฤษภาคม ๒๕๖๖

ระยะเวลาการประเมินผลงาน : ๖ เดือน

วิธีการประเมินผล

๑. ประเมินความสะดวกในการใช้งานนวัตกรรมของจิว ป้องกันการทิ่มทะลุ เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง
๒. ประเมินความพร้อมใช้ของเครื่องมือ
๓. ประเมินความพึงพอใจของบุคลากรผู้ใช้งาน

ผลการศึกษา

การพัฒนาแบบปฏิบัติของจิว ป้องกันการทิ่มทะลุ พบว่าเกิดความสะดวกในการใช้งาน ประหยัดเวลา ลดการเกิดอุบัติเหตุ เกิดความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน ร้อยละ ๙๙.๙๙ และผู้ที่เกี่ยวข้องภายนอกหน่วยงานร้อยละ ๑๐๐

การนำผลงานวิจัย

นำของซิลขนาด ๒ นิ้วชนิดเรียบตัดด้านข้างออกประมาณ ๐.๕ เซนติเมตรแล้วตัดด้านพลาสติกออกประมาณ ๒ มิลลิเมตร นำมาซิ่ววันระยะห่างประมาณ ๒-๔ มิลลิเมตรตามขนาดปลายแหลมของเครื่องมือหลังจากนั้นนำมาตัดออกเป็นชิ้นๆเพื่อนำไปใส่ปลายแหลมก่อนกระบวนการหีบห่อ

บทเรียนที่ได้รับ

การสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาหน้างาน ทำให้การปฏิบัติงานสะดวก บุคลากรในทีมและผู้ที่เกี่ยวข้อง มีความพึงพอใจ รวมทั้งเกิดความปลอดภัย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ความร่วมมือร่วมใจกัน ของทีมบุคลากรในหน่วยงาน ทำให้เกิดการพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม

ภาพนวัตกรรม เปรียบเทียบ ๒ รูปแบบ

รูปแบบเดิม



รูปแบบใหม่ ๑



รูปแบบใหม่ ๒



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 รุยไกรรัตน์ และคณะ.นวัตกรรม "ป้ายจราจร ๓ in ๑". สืบค้นจาก <http://data.ptho.moph.go.th/ptvichakarn๖๒/uploads/>
- ๔.งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่.ป้ายออกซิเจนสื่อความหมาย.สืบค้นจาก <https://w๒.med.cmu.ac.th/nintmed/>
- ๕.งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่.ป้ายยาจากบ้าน/ยาHAD. สืบค้นจาก <https://w๒.med.cmu.ac.th/nintmed/>
- ๖.อุบลรัตน์เย็น 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.สมาคมศูนย์กลางงานปราศจากเชื้อแห่งประเทศไทย .(๒๕๖๑).แนวปฏิบัติการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อเครื่องมือแพทย์.นนทบุรี.
- ๙.สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๐). คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ ๒). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ๑๐.อะเคื่อ อุณหเลขกะ. (๒๕๕๖). ระบาดวิทยาและแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล.เชียงใหม่: โรงพิมพ์มิ่งเมือง.

ลอกออกแต่ไม่ทิ้งรอย

อุภาพร เทพเสน และกลุ่มงานทันตกรรม

กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลท่าวังผา

ที่มา

สำหรับการรักษาแก่ผู้ป่วยในทางทันตกรรมนั้น นอกจากการตรวจภายนอกและภายในช่องปากแล้ว ต้องมีการส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการให้การวินิจฉัยและวางแผนการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย โดยหนึ่งในวิธีที่เป็นที่นิยมอย่างแพร่หลายซึ่งสามารถทำได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว นั่นคือ การถ่ายภาพรังสีในช่องปาก ซึ่งในปัจจุบันจะเป็นการใช้ระบบดิจิทัลทดแทนการใช้ฟิล์มเอกซเรย์แบบดั้งเดิม (Conventional dental film) โดยการถ่ายภาพรังสีในช่องปากด้วยระบบดิจิทัลสามารถแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ คือ 1. การใช้ Dental imagine plate ถ่ายภาพรังสีในช่องปากและประมวลผลสู่คอมพิวเตอร์ปรกาฎให้ผู้ช่วยมองเห็นได้ทันที และ 2. การใช้ฟิล์มเอกซเรย์แบบดิจิทัล (Digital dental film) ร่วมกับเครื่องสแกน (Digital dental x-ray film scanner) ก่อนส่งผ่านข้อมูลเข้าสู่เครื่องคอมพิวเตอร์ ซึ่งรูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่ทางกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลท่าวังผาได้เลือกใช้ เนื่องจากยังคงมีความสะดวก รวดเร็วแม้จะน้อยกว่าวิธีที่ใช้ dental imagine plate แต่ประการสำคัญคือสามารถลดการเกิดการบาดเจ็บและความไม่สบายในช่องปากได้มากกว่าการใช้ dental imagine plate โดยก่อนให้การถ่ายภาพรังสีภายในช่องปากนั้น ผู้ช่วยทันตแพทย์จะทำการห่อหุ้มฟิล์มเอกซเรย์ด้วยพลาสติกแรป (Plastic wrap) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของน้ำลายสู่ฟิล์มเอกซเรย์และจะทำการแกะพลาสติกแรปออกก่อนนำฟิล์มเอกซเรย์เข้าสู่เครื่องสแกนต่อไป แต่ในขณะที่ทำการถ่ายภาพรังสีในบางตำแหน่ง เช่น การถ่ายภาพรังสีรอบปลายราก (Periapical film) ในตำแหน่งพื้นหลังซึ่งต้องมีการกดฟิล์มดันพื้นช่องปาก (Floor of mouth) หรือการถ่ายภาพรังสีด้านประชิด (Bite-wing film) ที่ต้องให้ผู้ช่วยกดสบบนส่วนยื่นที่วางให้กัด (Bite-wing tab) โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กหรือในรายที่มีปุ่มกระดูกขากรรไกรด้านกึ่งกลางเพดานปากหรือด้านลิ้น ที่มักมีความเสี่ยงต่อการที่จะเกิดความเสียหายต่อฟิล์มเอกซเรย์ได้ที่พบได้บ่อย คือ รอยขีดข่วน ฟิล์มเอกซเรย์มีการบิดงอหรือมีแตกหัก เป็นต้น ซึ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อคุณภาพของภาพรังสีภายหลังจากนำฟิล์มเอกซเรย์นั้นผ่านเครื่องสแกน อีกทั้งยังทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการซื้อฟิล์มเอกซเรย์ใหม่ทดแทนชิ้นที่เสียหาย โดยพบว่ามีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 มีการจัดซื้อฟิล์มเอกซเรย์ทดแทนปีละ 2 ชิ้นโดยเฉลี่ย เป็นค่าใช้จ่ายรวม 7600 บาทต่อปี ซึ่งฟิล์มเอกซเรย์ละชิ้นนั้นมีราคาค่อนข้างสูง ดังนั้น ทางกลุ่มงานทันตกรรมจึงได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาเหล่านี้แล้วนำวิเคราะห์ถึงวิธีแก้ปัญหาดังกล่าว และมีการนำผลงานนวัตกรรมจากกลุ่มงานทันตกรรม รพร.ป่ว เป็นต้นแบบมาทำการปรับเปลี่ยนประยุกต์ใช้สู่นวัตกรรมลอกออกแต่ไม่ทิ้งรอย เพื่อทำการห่อหุ้มฟิล์มเอกซเรย์ก่อนใช้พลาสติกแรปห่อหุ้มอีกครั้งก่อนการถ่ายภาพรังสีในช่องปาก

วัตถุประสงค์

- 1 เพื่อลดความเสียหายที่จะเกิดกับฟิล์มเอกซเรย์ขณะถ่ายภาพรังสีในช่องปาก
- 2 ลดค่าใช้จ่ายในการซื้อฟิล์มเอกซเรย์ใหม่ทดแทนในทุกๆปี

ระเบียบวิธีวิจัย

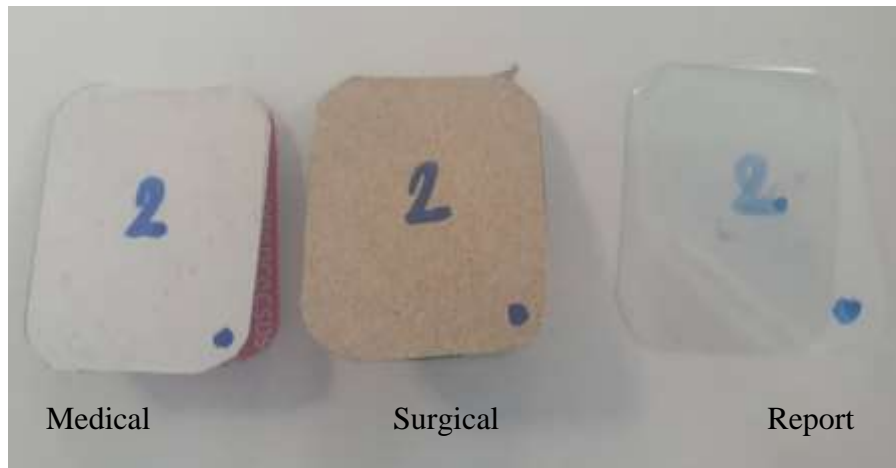
วิธีการดำเนินงาน (สร้างนวัตกรรม)

1. ประชุมปรึกษาร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานทันตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการประดิษฐ์นวัตกรรม
2. ทำการทดลองออกแบบนวัตกรรมในรูปแบบต่างๆ จากความต่างของวัสดุที่จะใช้และรูปแบบของช่องได้

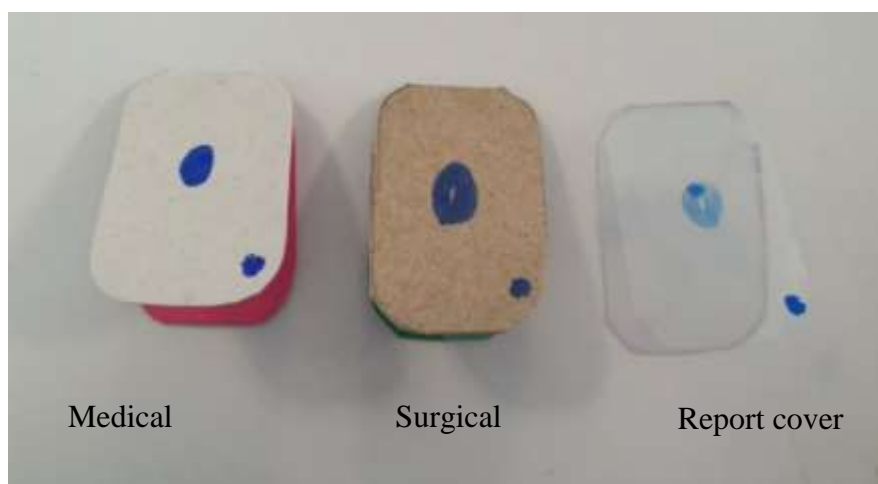
ทั้งหมด 3 รูปแบบ คือ

- 1 วัสดุที่ทำจากกล่องกระดาษถุงมือทางการแพทย์ (Medical gloves) หนา 0.5 มม.
- 2 วัสดุที่ทำจากกล่องกระดาษหน้ากากอนามัย (Surgical mask) หนา 0.3 มม.
- 3 วัสดุที่ทำจากแผ่นพลาสติกใสทำปก (Report cover) หนา 0.1 มม

โดยวัสดุทั้ง 3 ชนิดนั้น จะถูกนำมาตัดเป็นรูปทรงสี่เหลี่ยมมุมมนที่มีขนาดกว้าง 30 ยาว 40 มิลลิเมตร สำหรับฟิล์มเบอร์ 2 ที่ใช้สำหรับผู้ใหญ่และขนาดกว้าง 20 ยาว 30 มิลลิเมตร สำหรับฟิล์มเบอร์ 0 ที่ใช้สำหรับเด็ก ดังภาพที่ 1 และ 2 ตามลำดับ



รูปที่ 1 แสดง นวัตกรรมรูปทรงสี่เหลี่ยมมุมมนที่มีขนาดกว้าง 30 ยาว 40 มิลลิเมตรสำหรับฟิล์มเบอร์ 2 ที่ใช้สำหรับผู้ใหญ่



รูปที่ 2 แสดง นวัตกรรมขนาดกว้าง 20 ยาว 30 มิลลิเมตร สำหรับฟิล์มเบอร์ 0 ที่ใช้สำหรับเด็ก

นำนวัตกรรมทั้ง 3 รูปแบบดังกล่าว ไปทดลองใช้จริงขณะถ่ายภาพรังสีในช่องปาก (Pilot study) เป็นระยะเวลาตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566

ประมวลผลข้อมูลจากการทดลองใช้จริงและคัดเลือกรูปแบบนวัตกรรมที่ทำให้ลดการเกิดการบาดเจ็บหรือความไม่สบายของผู้ป่วยขณะทำการถ่ายภาพรังสี ขณะเดียวกันรูปแบบนวัตกรรมนั้นยังไม่ทำให้เกิดความเสียหายต่อฟิล์มเอกซเรย์อีกด้วย นั่นคือ นวัตกรรมที่ทำจากวัสดุแผ่นพลาสติกใสทำปก

ระยะเวลาการดำเนินการ

- 1.ระยะเวลาในการทดลองใช้นวัตกรรมที่ทำจากวัสดุ 3 ชนิด เป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
- 2.เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ช่วยทันตแพทย์และความพึงพอใจของผู้ป่วยเพื่อนำมาประมวลผล และคัดเลือก รูปแบบของนวัตกรรมที่จะนำไปใช้จริง ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2566 ถึงปัจจุบัน
- 3.ระยะเวลาในการใช้นวัตกรรมดังกล่าว เป็นเวลาทั้งหมด 6 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2566 ถึง ปัจจุบัน

ตรวจสอบประสิทธิภาพ

- 1.สำรวจความพึงพอใจจากผู้ป่วย โดยการใช้นวัตกรรมนี้ต้องไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อในช่องปากหรือความไม่สบายอย่างมากขณะทำการถ่ายภาพรังสี
- 2.สำรวจความพึงพอใจจากผู้ช่วยทันตแพทย์โดยการใช้นวัตกรรมนี้ยังคงช่วยให้เกิดความสะดวก และรวดเร็วขณะถ่ายภาพรังสีในช่องปาก
- 3.ไม่พบความเสียหายที่เกิดแก่ฟิล์มเอกซเรย์ภายหลังการใช้ร่วมกับนวัตกรรมนี้ในช่วงระยะเวลา 9 เดือน

วิธีการประเมินผล

1. ประเมินจากผลสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยในแง่ของการเกิดการบาดเจ็บหรือความไม่สบายในช่องปากขณะทำการถ่ายภาพรังสีในช่องปากด้วยนวัตกรรมนี้
2. ประเมินจากผลสำรวจความพึงพอใจจากผู้ช่วยทันตแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ใช้งานจริง
3. รายงานบันทึกความเสียหายของฟิล์มเอกซเรย์และจำนวนการซื้อทดแทนที่ลดลง

ผลการศึกษา

1. จากการสำรวจความพึงพอใจจากผู้ช่วยทันตแพทย์ พบว่าสามารถใช้งานได้มีประสิทธิภาพ โดยยังคงสามารถถ่ายภาพรังสีด้วยความสะดวกและรวดเร็ว และเกิดความเสียหายต่อฟิล์มเอกซเรย์ ลดลงคิดเป็น 100%
2. ไม่ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บขณะทำการถ่ายภาพรังสีในช่องปากต่อผู้ป่วย
3. ไม่พบความเสียหายปรากฏบนฟิล์มเอกซเรย์ อีกทั้งยังยืดระยะเวลาการใช้งาน และลดค่าใช้จ่ายในการซื้อทดแทนลง ในช่วงระยะเวลา 9 เดือน

การนำผลงานวิจัย (นวัตกรรม) ไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

เพื่อแก้ไขปัญหาความเสียหายที่เกิดกับฟิล์มเอกซเรย์ขณะทำการถ่ายภาพรังสีในช่องปาก

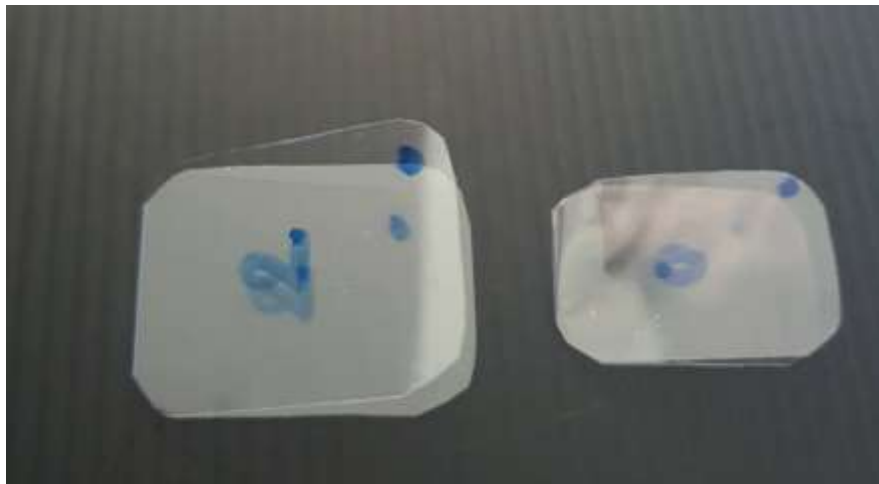
บทเรียนที่ได้รับ

ด้วยข้อจำกัดในแง่ความแข็งแรงของวัสดุที่ใช้ในการประดิษฐ์ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนของชิ้นใหม่ภายหลังจากใช้งานเพียงประมาณ 45-60 ครั้ง/สัปดาห์ ซึ่งในบางครั้งอาจทำให้ไม่เพียงพอต่อการใช้งานในกรณีที่มีจำนวนครั้งของการถ่ายภาพรังสีในช่องปากที่ค่อนข้างมากจากปริมาณของผู้ป่วยที่มารับบริการในวันนั้นๆ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- 1.เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยทุกคนให้ความร่วมมือในการทดลองใช้
- 2.ความเสียหายบนฟิล์มเอกซเรย์ที่ลดลง ส่งผลให้มีการยืดระยะเวลาการใช้งานของฟิล์มเอกซเรย์นั้นๆ ให้ยาวนานขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการซื้อฟิล์มเอกซเรย์ทดแทนในแต่ละปีอีกด้วย

ภาพนวัตกรรม (จำนวน 2 ภาพ)



รูปแสดง นวัตกรรมของฟิล์มจากแผ่นพลาสติกใสทำปกเพื่อห่อหุ้มฟิล์มเอกซเรย์ทางทันตกรรม

ที่มา

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกระบวนการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการดูแลตนเอง รวมถึงการเตรียมผู้ดูแล และชุมชนให้พร้อมในการดูแลช่วยเหลือเพื่อดูแลการเจ็บป่วย และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในระยะที่มีการเปลี่ยนผ่านการดูแลจากหน่วยบริการสุขภาพ ไปสู่หน่วยบริการสุขภาพอื่น หรือสู่การดูแลตนเองที่บ้าน ความสำเร็จของการวางแผนจำหน่ายไม่ใช้การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานบริการได้เร็ว แต่หมายถึง การมีความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านการดูแลที่มีผลลัพธ์คือคุณภาพชีวิตที่ดี การทำงานเป็นทีมของสถานบริการสุขภาพทุกระดับตลอดจนบริบทของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญในการวางแผนจำหน่าย

ปัจจุบันได้มีการนำกิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบ D-METHOD มาใช้ในการวางแผนจำหน่าย โดย D: Disease หรือ Diagnosis หมายถึงความรู้เรื่องโรค การรักษาและการปฏิบัติตัว M: Medicine หมายถึงผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ ตนเองได้รับอย่างละเอียด E: Environment, Economic, Equipment & Emotion หมายถึงการจัดสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ปัญหาค่าใช้จ่าย ค่ารักษา สิทธิเบิกจ่าย การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นและการจัดการความเครียด ความวิตกกังวล T: Treatment หมายถึงความรู้และ ทักษะการดูแลรักษาที่ต้องทำต่อเนื่องหลังจำหน่าย H: health หมายถึงการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะ แทรกซ้อน O: Outpatient หมายถึงการแนะนำการมา ตรวจและพบแพทย์ตามนัด และการติดตามการเยี่ยม บ้านหรือการติดตามรักษา และ D: Diet หมายถึงอาหาร ที่มีประโยชน์ เหมาะสมกับโรค (Pongcharoen, 2012) ซึ่งการวางแผนจำหน่ายตามกระบวนการและรูปแบบ ของการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมจะทำให้การ วางแผนจำหน่ายมีคุณภาพ

ยาที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องกลับไปพักรักษาตัวที่ เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยหายหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุให้ต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาล หากผู้ป่วยไม่ได้รับยาหรือได้รับยาไม่ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยไม่หาย หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาได้

โรงพยาบาลท่าวังผามีระบบการวางแผนจำหน่ายและภายหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจะให้นญาติผู้ป่วยนำกระเป๋ายามารับยาที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก เพราะการจ่ายยาที่ห้องผู้ป่วยนอกจะผ่านกระบวนการของระบบยาและพบเภสัชกรในการให้คำปรึกษาและวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ป่วย 1 ราย นำแพ้มเวชระเบียนผู้ป่วยกลับบ้าน และนำไปยื่นที่ห้องจ่ายยา รพ. อื่นที่อยู่ใกล้บ้าน และ รพ. แห่งนั้นก็ไม่สามารถจ่ายยาให้ผู้ป่วยได้เนื่องจากไม่ทราบประวัติการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาและไม่หายจากอาการของโรค

ทีมเห็นความสำคัญดังกล่าวจึงได้จัดทำนวัตกรรมบัตรรับยาขึ้นและปรับกระบวนการการรับยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และสะดวกรวดเร็ว ตามกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและครบถ้วน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการ การรับยาที่สะดวกรวดเร็ว ไม่รอนาน

ระเบียบวิธีวิจัย

การสร้างนวัตกรรม

- วิเคราะห์สถานการณ์และศึกษาปัญหา
- ออกแบบนวัตกรรมโดยขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ หัวหน้างานตึกผู้ป่วยใน และ เกสซ์กร
- การประดิษฐ์นวัตกรรม
 - เตรียมอุปกรณ์ ในการจัดทำนวัตกรรม ได้แก่ กระดาษการ์ดเขียว ขนาด 7x10 cm
 - พิมพ์ข้อความ “ผู้ป่วยกลับบ้านกรุณายื่นห้องยาและนั่งรอรับยาหน้าห้องยา”
 - เพิ่มช่องว่างด้านขวา เพื่อทำเลขคิว 1-20
 - ปรี้นบัตรรับยา บัตรละ 2 ชุด
 - นำบัตรไปเคลือบ

การทดสอบก่อนใช้งาน

- รูปแบบวิธีวิจัย : แบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research)
- กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจำหน่ายจากตึกผู้ป่วยใน เดือน ตุลาคม 2565-ธันวาคม 2565 จำนวน 1,015 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง
- เครื่องมือที่ใช้วิจัย จำนวน 3 ชิ้น ประกอบด้วย
 - นวัตกรรมบัตรรับยา
 - แบบเก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่
 - แบบบันทึกข้อมูลความถูกต้องและครบถ้วนในการรับยา
 - โปรแกรม HRMS
- วิธีการเก็บข้อมูล
 - ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการใช้นวัตกรรมแก่กลุ่มตัวอย่างและเจ้าหน้าที่ตึกผู้ป่วยใน
 - กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,015 ราย ใช้นวัตกรรมบัตรรับยา โดยมีขั้นตอนดังนี้
 - เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย จาก รพ. ทำวิงฉาและต้องได้รับยากลับบ้าน
 - พยาบาลสรุปแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย
 - ยื่นบัตรรับยาให้ญาติผู้ป่วย 1 ใบ และนำบัตรรับยา 1 ใบที่มีตัวเลขเดียวกันใส่ไว้ในกระเป๋ายา
 - ญาตินำบัตรรับยาไปยื่นที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก และนั่งรอรับยาหน้าห้องจ่ายยา
 - พนักงานช่วยเหลือคนไข้ นำกระเป๋าที่มีบัตรรับยาด้านในมายื่นที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก
 - เกสซ์กร ตรวจสอบบัตรรับยาให้ตรงกัน
 - จ่ายยาตามกระบวนการของระบบยา
 - ผู้ป่วยรับยากลับบ้าน
 - เกสซ์กรนำบัตรรับยาใส่ในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยส่งกลับตึกผู้ป่วยใน

○ เก็บข้อมูลและประเมินผลลัพธ์ ในเดือน เดือน ตุลาคม 2565-ธันวาคม 2565 เปรียบเทียบก่อน-หลัง
ดำเนินการ

- ระยะเวลาดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2565-ธันวาคม 2565

การประเมินผล ประเมินผลลัพธ์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คิดเป็นค่าเฉลี่ยและร้อยละ

ผลการศึกษา

จากการนำนวัตกรรมมาทดลองใช้ พบผลลัพธ์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงผลลัพธ์ของนวัตกรรมบัตรรับยา

กิจกรรม	ร้อยละ	
	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
ความพึงพอใจ	80	100
ข้อร้องเรียน (การได้รับยาล่าช้า รอนาน)	2	0
ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ครบถ้วน	90	100

การนำผลงานวิจัย

นำมาใช้ในผู้ป่วยทุกรายที่จำหน่ายจากตึกผู้ป่วยใน รพ.ท่าวังผา

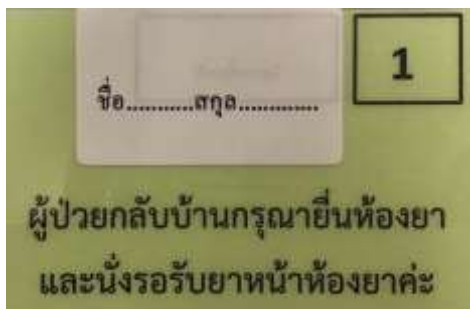
บทเรียนที่ได้รับ

ยามีความสำคัญต่อผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนืองที่เหมาะสมตามแผนการรักษาของแพทย์ส่งผลให้โรคหรือความเจ็บป่วยที่ได้รับหายหรือบรรเทาและผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ปกติ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- การสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ
- การทำงานเป็นทีม
- การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ภาพนวัตกรรมจำนวน 2 ภาพ



เอกสารอ้างอิง

Pongcharoen, C. (2012). Teaching Documentation Unit 12 Principles and Techniques for Nursing New Admission, Distribution, Relocation and Referral Record symptoms. Boromarajonani College of Nursing Suphan Buri, 4 September 2012. Retrieved from Preoperative Patients, Phrae Hospital. Independent Study. Master degree of Nursing Administration. Graduate School of Chiangmai University. (In Thai)

สุรีย์ ธรรมิกบวร. 2554. **การพยาบาลองค์รวม** : กรณีศึกษา. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพชรจำกัด

LABBOT

ชลพัลลธิฐฎุ์ พันชน,มณททาฑฑิฑุ์ ไชยเช็ยว,นภากรณั์ ฝายนัันทะ
กลุ่มนงานเทคนิการแพฑฑุ์ รุองพยาบาลท้าวังผา

ที่มา

กลุ่มนงานเทคนิการแพฑฑุ์ รุองพยาบาลท้าวังผา ได้ทำการศึกษาและออกแบระบบตอบกลับอัตโนมัติ LABBOT ซึ่งเป็นระบบตอบกลับอัตโนมัติบนแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ซึ่งจะช่วยเป็นฐานข้อมูลในการอ้างอิงถึงวิธีการเก็บและชนิดของสิ่งส่งตรวจที่เหมาะสมต่อการส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ทั้งยังช่วยลดระยะเวลาการปฏิบัติงานและลดอัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ ในขั้นต้นก่อนการวิเคราะห์ (Pre analytical error) ในส่วนของการเก็บสิ่งส่งตรวจที่ไม่ถูกต้อง

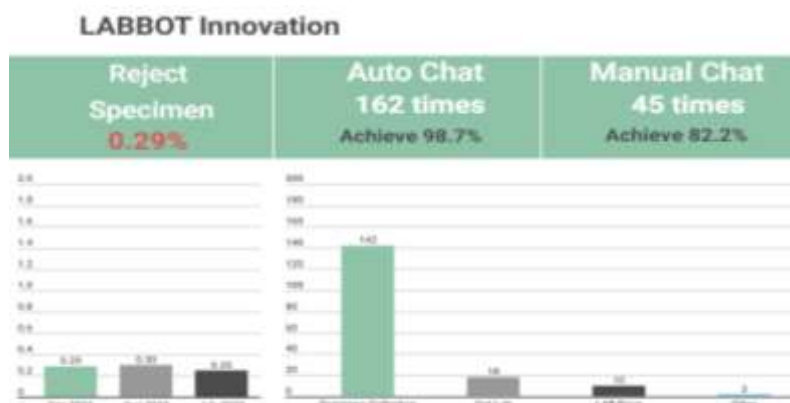
วัตถุประสงค์

- เพื่อพัฒนาระบบตอบกลับอัตโนมัติบนแอปพลิเคชันไลน์ (LINE)
- เพื่อลดอัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจจากการเก็บสิ่งส่งตรวจที่ไม่มีคุณภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

- วิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง (Root course) ของการเก็บสิ่งส่งตรวจที่ไม่มีคุณภาพ จากการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยง (RM) และตัวชี้วัดของกลุ่มนงานเทคนิการแพฑฑุ์ (KPI) ปี 2565
- ศึกษาและออกแบบแนวทางในการค้นข้อมูลและการให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพฑฑุ์
- ศึกษาการสร้างระบบข้อความตอบกลับอัตโนมัติบนแอปพลิเคชันไลน์ (LINE)
- ออกแบบและสร้างระบบค้นข้อมูลและตอบกลับอัตโนมัติของห้องปฏิบัติการ LABBOT จาก ไดอะแกรมหลัก และ LINE OA
- ทดลองใช้งานในกลุ่มบุคลากรทางการแพฑฑุ์รุองพยาบาลท้าวังผา
- เก็บข้อมูลอัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจจากการเก็บสิ่งส่งตรวจที่ไม่มีคุณภาพ จากระบบ HosXP

ผลการศึกษา



ภาพที่ 1 แสดงผลการศึกษาอัตราการปฏิเสธส่งตรวจ (ภาพซ้าย) ผลประสพภาพของระบบ LABBOT (ภาพขวา)

จากการศึกษาระบบ LABBOT ตั้งแต่เดือนกันยายน 2566 เป็นต้นมา พบว่า LABBOT สามารถตอบกลับอัตโนมัติคำถามอย่างง่ายได้จำนวน 162 ครั้ง โดยพบว่าเป็นการสอบถามกระบวนการเก็บสิ่งส่งตรวจ (Specimen Collection) จำนวน 142 ครั้ง การส่งตรวจ OUT LAB จำนวน 18 ครั้ง การสอบถามราคาส่วนต่างสำหรับการตรวจวิเคราะห์พิเศษ จำนวน 10 ครั้ง และอื่นๆ จำนวน 2 ครั้ง โดยพบว่ามีจำนวน 2 ครั้ง ที่ระบบตอบกลับอัตโนมัติไม่สามารถตอบกลับได้สำเร็จ ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าระบบตอบกลับอัตโนมัติมีประสิทธิภาพร้อยละ 98.7 และระบบตอบกลับแบบแมนนวล มีประสิทธิภาพร้อยละ 82.2

อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจหลังมีการพัฒนา LABBOT พบว่าอัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจในเดือนสิงหาคม 2566 โดยอัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจเดือนกันยายน 2566 ร้อยละ 0.29 อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจในเดือนสิงหาคม 2566 ร้อยละ 0.30 แต่ยังคงสูงกว่า อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจในเดือนกรกฎาคม 2566 ร้อยละ 0.25 ซึ่งทางทีมจะต้องนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาและเก็บตัวชี้วัดต่อไป เพื่อพัฒนาระบบให้ดียิ่งขึ้น ตอบสนองต่อผู้ใช้งานและสามารถลดอัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจได้

การนำผลงานวิจัย (นวัตกรรม) ไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

ปรับรูปแบบการปฏิบัติงานจากเดิมบุคลากรทางการแพทย์ต้องค้นหาจากสมุดส่งตรวจหรือการโทรมายังห้องปฏิบัติการซึ่งไม่สะดวกและต้องใช้เวลาการทำงานที่เพิ่มขึ้น ปรับเปลี่ยนมาเป็นการค้นหาจาก Smartphone ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ที่มีความรวดเร็ว และสะดวกในการใช้งานเมื่อเทียบกับวิธีการเดิม

บทเรียนที่ได้รับ

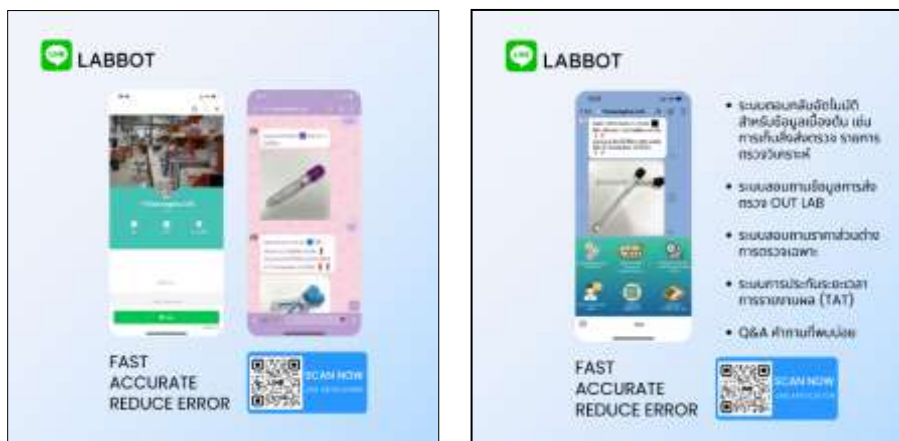
- ได้วิธีการค้นข้อมูลแบบใหม่ซึ่งเป็นระบบค้นข้อมูลอัตโนมัติบนแอปพลิเคชันไลน์ (LINE)
- ลดอัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจจากการเก็บสิ่งส่งตรวจที่ไม่มีคุณภาพ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

LABBOT ได้รับความร่วมมือในการจัดทำจากกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลท่าม่วง

และได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้ากลุ่มงาน และบุคลากรทางการแพทย์ผู้ใช้งาน อีกทั้งคำแนะนำต่างๆ ในการปรับปรุงระบบให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ภาพนวัตกรรมจำนวน 2 ภาพ



ภาพที่ 2 แสดงผลภาพนวัตกรรม LABBOT ผ่านแอปพลิเคชัน LINE

เอกสารอ้างอิง

1. ขวัญฤดี ฮวดหุ่่น. (2560). อิทธิพลของแอปพลิเคชันไลน์ในการสื่อสารยุคปัจจุบัน. วารสารศิลปการจัดการ, 1(2), 75 – 88.
2. สามารถ อัยกร. (2558). โปรแกรมไลน์กับการติดต่อสื่อสารภายในองค์การ. Journal of Nakhonratchasima College, 9(1), 102 – 107.

การตรวจสอบไฟเบรกของยานพาหนะ รถพยาบาลฉุกเฉินด้วยตัวเอง

ยรรยง แสนพิช,ชาตรี จันดียะอด,บุญชาญ พิชะ,
ณัฐสิทธิ์ ถ่อมสิงห์,ชาติชาย ทะสี งานยานพาหนะโรงพยาบาลท่าวังผา

ที่มา

ไฟเบรกบริเวณส่วนท้ายรถมีส่วนสำคัญอย่างมากที่จะแจ้งให้ผู้ขับรถตามหลังทราบว่ารถคันหน้าทำการเบรกเพื่อชะลอหรือหยุดรถ

วัตถุประสงค์

- สามารถตรวจสอบไฟเบรกได้ด้วยตัวเอง
- ช่วยลดอุบัติเหตุการเกิดอุบัติเหตุ

ระเบียบวิธีวิจัย

การตรวจสอบสภาพรถยนต์ก่อนการใช้งานเพื่อความปลอดภัยของผู้ขับ ผู้โดยสารและผู้ร่วมทางหากไฟเบรกชำรุดหรือดับทั้งสองข้าง ถือว่าอันตรายเป็นอย่างมากอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ โดยเฉพาะการขับขี่ตามหลังกันอย่างกระชั้นชิด

ผลการศึกษา

- สามารถตรวจสอบไฟเบรกได้ด้วยตนเอง โดยการใช้น้ำมันเบรก
- บุคลากรในหน่วยงานสามารถตรวจสอบไฟเบรกยานพาหนะที่ตนเองรับผิดชอบได้เพื่อความปลอดภัยของผู้ขับและผู้ร่วมทาง

การนำผลงานวิจัย (นวัตกรรม) ไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

- บุคลากรในหน่วยงานพึงพอใจในนวัตกรรมที่ประดิษฐ์ขึ้น
- สะดวกสบาย ใช้งานง่ายไม่ยุ่งยาก
- วัสดุที่เหลือใช้มาดัดแปลงให้เกิดประโยชน์

บทเรียนที่ได้รับ

- การได้นำปัญหาและอุปสรรคในการทำงานมาคิดสร้างสรรค์และพัฒนาจนเกิดเป็นนวัตกรรม

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- นวัตกรรมที่ประดิษฐ์ขึ้นตอบโจทย์ได้ดีกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล
- ผู้บริหารให้ความชื่นชมและให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี

ภาพนวัตกรรมจำนวน 2 ภาพ



KM

แนวทางการพัฒนาการจัดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลตำบลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

ความเป็นมาและความสำคัญ

เด็กปฐมวัยเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการเร็วมาก อวัยวะมีการเจริญเติบโตมากที่สุด ความผิดปกติที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผลการเจริญเติบโตและสติปัญญา นอกจากนี้ยังเป็นวัยที่เริ่มมีพัฒนาการทางบุคลิกภาพที่สำคัญซึ่งจะเป็นรากฐานบุคลิกภาพที่ดีต่อไป การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้เจริญเติบโตสมวัยมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นตามศักยภาพของแต่ละบุคคลนั้น นับเป็นพันธกิจสำคัญในการพัฒนาสุขภาพทุกกลุ่มวัย โดยที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการพัฒนาเด็กปฐมวัย

จากข้อมูลการคัดกรองพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลท่าวังผา ๓ ปีย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๔, ๒๕๖๕, ๒๕๖๖) พบพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๘๙.๕๐ , ๙๐.๒๕ , ๘๘.๖๔ ยังพบเด็กอีกจำนวนหนึ่งที่มีปัญหาพัฒนาการทางอารมณ์ ถ้าหากไม่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่ดีอาจส่งผลกระทบต่อเด็กไม่ว่าจะเป็นปัญหาการรับประทานอาหาร การนอนยาก การเจริญเติบโต การควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมก้าวร้าว เก็บกด ไม่มั่นใจตนเอง ปรับตัวยาก ไม่อดทนต่อปัญหาและอุปสรรคต่างๆในชีวิต และกลายเป็นคนที่ไม่เห็นคุณค่าของตนเองในที่สุด (กรมสุขภาพจิต), ๒๕๖๐

จากเหตุผลดังกล่าวจึงได้มีการจัดการความรู้เพื่อหาแนวทางการจัดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลท่าวังผาให้สมวัยต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาแนวทางการพัฒนา การจัดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลท่าวังผา
๒. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวทาง การจัดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลท่าวังผา

กระบวนการจัดการความรู้ (กลุ่มเป้าหมาย / วิธีการดำเนินการ)

กลุ่มเป้าหมาย ภาศึเครือข่าย จำนวน 15 คน

วิธีการดำเนินงาน

1. จัดเวทีคืนข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา นำปัญหาที่พบหารือกับคณะกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลท่าวังผาประกอบด้วย
 - 1.1 ประธานคณะกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลท่าวังผา
 - 1.2 ผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษา
 - 1.3 ผู้แทนชุมชน
 - 1.4 ผู้แทนผู้ประกอบการ
 - 1.5 ผู้แทนสมาชิกสภาเทศบาลตำบลท่าวังผา
 - 1.6 ผู้แทนโรงพยาบาลท่าวังผา
 - 1.7 ผู้อำนวยการกองการศึกษา เทศบาลตำบลท่าวังผา

1.8 หัวหน้าฝ่ายบริหารการศึกษา เทศบาลตำบลท่าวังผา

1.9 นักวิชาการศึกษา เทศบาลตำบลท่าวังผา

1.10 ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลท่าวังผา

1.11 ผู้แทนครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลท่าวังผา

2. สนทนากลุ่มสร้างแนวทางการพัฒนา การจัดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลตำบลท่าวังผาที่ชัดเจน

2.1. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพครูการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) / การประเมินและคัดกรองเด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรม / ส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม(Triple p)

2.2. ให้ความรู้ผู้ปกครองส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม(Triple p)

2.3. ดำเนินการตรวจคัดกรองพัฒนาการและดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

กิจกรรมครั้งที่ 1.สร้างสายใย

กิจกรรมครั้งที่ 2.สร้างวินัย

กิจกรรมครั้งที่ 3.สร้างเด็กเก่ง 1

กิจกรรมครั้งที่ 4.สร้างเด็กเก่ง 2

ผ่านการ กอด เล่า เล่น เต็ม วาด และสร้างสมาธิ โดยบูรณาการภูมิปัญญาและสื่อพื้นบ้านภายใต้บริบทอำเภอท่าวังผา

2.4.การจัดประสบการณ์ที่มีประสิทธิภาพเพื่อการพัฒนาเด็ก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ – อารมณ์ ด้านสังคม ด้านสติปัญญา

ตารางที่ 1 คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของเด็กปฐมวัย

ระดับพัฒนาการ	คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของเด็กปฐมวัย
1.ด้านร่างกาย	ความสามารถของร่างกายในการทรงตัวและการเคลื่อนไหวได้อย่างคล่องแคล่วและประสานสัมพันธ์ของกล้ามเนื้อมัดใหญ่และมัดเล็ก
2.ด้านจิตใจ-อารมณ์	ความสามารถในการแสดงความรู้สึกและควบคุมการแสดงออกของอารมณ์อย่างเหมาะสมตลอดจนการสร้างความรู้สึกที่ดีและนับถือต่อตนเอง
3.ด้านสังคม	ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น มีความรับผิดชอบรวมถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเป็นสุข
4.ด้านสติปัญญา	ความสามารถในการเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่างๆกับตนเอง มีความสามารถในการคิดและแก้ปัญหาสมวัย มีจินตนาการและความคิดสร้างสรรค์และสามารถใช้ภาษาสื่อสารได้อย่างสมวัย

2.5.จัดประสบการณ์กิจกรรมหลัก 6 กิจกรรมที่จัดให้เด็กใน 1 วัน ประกอบด้วยประสบการณ์เพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัยในด้านต่างๆดังนี้(กรมวิชาการ, 2560)

- 2.5.1 กิจกรรมเสรี /การเล่นตามมุม เปิดโอกาสให้เด็กเลือกทำกิจกรรมสร้างสรรค์และเล่นตามมุมเล่นในช่วงเวลาเดียวกันอย่างอิสระ
- 2.5.2กิจกรรมสร้างสรรค์ช่วยให้เด็กแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และจินตนาการ เช่น เขียนภาพ การปั้น การฉีกปะ ตัดปะ พิมพ์ภาพ การร้อยและประดิษฐ์
- 3.5.3กิจกรรมเคลื่อนไหวและจังหวะให้เด็กได้เคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายอย่างอิสระตามจังหวะโดยใช้เสียงเพลง คำคล้องจองเป็นตัวกระตุ้น
- 3.5.4กิจกรรมเริ่มประสบการณ์ /กิจกรรมในวงกลม เสริมประสบการณ์มุ่งเน้นให้เด็กได้พัฒนาทักษะการเรียนรู้ ฝึกการทำงานและอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม
- 3.5.5กิจกรรมกลางแจ้งจัดให้เด็กได้มีโอกาสไปทำกิจกรรมนอกห้องเรียน เล่นกลางแจ้ง ให้มีการเคลื่อนไหวตามวัย
- 3.5.6กิจกรรมเกมการศึกษาช่วยพัฒนาสติปัญญา มีกฎเกณฑ์กติกาต่างๆ เด็กสามารถเล่นคนเดียวหรือเล่นเป็นกลุ่ม ช่วยให้รู้จักสังเกต คิดหาเหตุผลและเกิดความคิดรวบยอดและใช้รูปแบบกิจกรรมบูรณาการผ่านการเล่นเป็นไปตามบริบทของพื้นที่

เป็นเด็กนักเรียนชั้นอนุบาล ปีที่ 2 จำนวน 30 คน

เสนอแนวทางในที่ประชุมสภาเทศบาลร่างข้อบัญญัติงบประมาณของเทศบาลตำบลท่าวังผา

ชี้แจงในที่ประชุมผู้ปกครองและนำสู่การปฏิบัติ

ผลการจัดการความรู้

- 1.มีแนวทางการพัฒนาการจัดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลท่าวังผา อ.ท่าวังผา จ.น่าน
2. ผลการดำเนินงาน 1 ตุลาคม 2565 – 30 มิถุนายน 2566

ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการ

ผลการคัดกรอง	ด้าน GM	ด้าน FM	ด้าน RL	ด้าน EL	ด้าน PS	สรุป
สงสัยล่าช้า (จำนวนคน)	2	3	2	1	2	6
ร้อยละ	6.67	10.00	6.67	3.33	6.67	20.00
สมวัย (จำนวนคน)	28	27	28	29	28	24
ร้อยละ	93.33	90.00	93.33	96.67	93.33	80.00

การประเมินความฉลาดทางด้านอารมณ์ (EO)

ด้าน	ก่อนทำกิจกรรม	หลังทำกิจกรรม
ดี	58.50	97.00
เก่ง	61.00	91.33
สุข	67.83	96.00
เฉลี่ยรวม	73.94	82.00

- 3.เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามกระบวนการ Triple P บุรณาการภูมิปัญญา และสื่อพื้นบ้านภายใต้บริบทอำเภอท่าวังผาทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย
- 4.ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อแนวทางการพัฒนาการจัดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลท่าวังผา อ.ท่าวังผา จ.น่าน ร้อยละ 100
- 5.ความพึงพอใจของครูและบุคลากรทางการศึกษา ร้อยละ 100

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- 1.การเห็นความสำคัญของพัฒนาการเด็ก รวมถึงการเข้าถึงเด็ก ร่วมกันแก้ปัญหา โดยครอบครัวมีส่วนร่วม
- 2.บุรณาการภูมิปัญญาและสื่อพื้นบ้าน ช่วยส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ ผู้ปกครอง ครอบครัว มีความภาคภูมิใจในตัวเองที่ได้ถ่ายทอดประสบการณ์แก่บุตรหลาน เด็กมีความรัก ความผูกพัน กับผู้ปกครอง ครอบครัว
- 3.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกิดการขับเคลื่อนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
- 4.ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ส่งผลให้สามารถดำเนินการได้ต่อเนื่องเด็กมีพัฒนาการสมวัย

ประโยชน์ที่ได้รับ

- 1.มีแนวทางการพัฒนา การจัดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลท่าวังผาที่เป็นรูปธรรมและชัดเจน
- 2.เด็กมีพัฒนาการสมวัย บรรลุวิสัยทัศน์ “เด็กมีพัฒนาการสมวัย ใส่ใจการศึกษา ชาวประชามีส่วนร่วม “
- 3.เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามกระบวนการ Triple P บุรณาการภูมิปัญญาและสื่อพื้นบ้านภายใต้บริบทอำเภอท่าวังผาทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย เป็นรูปแบบใหม่ที่ไม่เคยทำมาก่อน
- 4.เด็กมีความกล้าแสดงออก ความผูกพันที่ดีกับครอบครัว ผู้ปกครองส่งเสริมพัฒนาการต่อเนื่อง ผ่านกิจกรรมการเล่น กิจกรรมประจำวัน ใช้ภูมิปัญญาและสื่อพื้นบ้าน
- 5.ครูร่วมเฝ้าระวังและส่งต่อเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการได้
- 6.ขยายผลไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่นในอำเภอท่าวังผา
- 7.เป็นที่ศึกษาดูงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดน่าน

ปัญหาและอุปสรรค / แนวทางแก้ไข

- 1.ครูและบุคลากรไม่มั่นใจในแนวทางการจัดการการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดย
ครอบครัวมีส่วนร่วม (Triple P)
- 2.สนับสนุนให้ครูและบุคลากรทางการศึกษาทุกคนเข้ารับการฝึกทักษะและส่งเสริมพัฒนาการและสร้าง
วินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Triple P)

รายชื่อผู้ร่วมกิจกรรม KM

- 1.นายบดินทร์ จิณไชย ประธานคณะกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- 2.นส.ฐิติรัตน์ เกียรติศิริถาวร ผีทรงคุณวุฒิทางการศึกษา
- 3.นางพนาวดี ยะใหม่วงศ์ผู้แทนชุมชน
- 4.นายรณกฤต ทะนิต๊ะ ผู้แทนผู้ปกครอง
- 5.ด.ต.ชั้นทอง โนจิตร ผู้แทนผู้ปกครอง
- 6.พ.อ.ต.ณรงค์ ไชยสาลี หัวหน้าฝ่ายบริหารการศึกษา
- 7.นายทูล ตี๊ดแก้ว สมาชิกสภาเทศบาล
- 8.พ.ต.ท.สนธยา ใหม่กุละสมาชิกสภาเทศบาล
- 9.นส.กัญญาพัชร ชราชิต ผู้อำนวยการกองการศึกษา
- 10.นายอารมณ ณะขว้าง หน่วยงานกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
- 11.นายชาติ อะทะไชย หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
- 12.นางลลิตา ไชยสีตีบ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- 13.นางเกณิกา ศิริแก้ว ครู
- 14.นส.วันทนี แสนศิริแก้ว ครู
- 15.นางพ่องศรี กันนา นักวิชาการศึกษา



โรงพยาบาลท่าม่วง

81 หมู่ 1 ตำบลท่าม่วง อำเภอท่าม่วง จังหวัดน่าน 55140

โทร. 054 059 666-70 แฟกซ์ 054 059665

