



งานมหกรรมคุณภาพครั้งที่ 14 และตลาดนัด KM ครั้งที่ 11 โรงพยาบาลท่าวังผา จ.น่าน

พฤศจิกายน 2567

**“BUILDING QUALITY AND SAFETY CULTURE
FOR THE FUTURE SUSTAINABILITY”**

**สร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความ
ปลอดภัย เพื่อความยั่งยืนในอนาคต**

คำนำ

ปัจจุบันระบบสาธารณสุขทั่วโลกกำลังเผชิญกับความท้าทายอย่างมากเนื่องจากประชากรที่เพิ่มขึ้น ผู้คนอายุยืนยาวขึ้น การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ การเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกับสุขภาพ การก้าวหน้าทางดิจิทัลเทคโนโลยีที่เข้ามาท้าทาย สภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลต่อทั้งสุขภาพกายและใจ ก่อให้เกิดการปรับตัวและการเปลี่ยนแปลงกรอบความคิด (Mindset) เพื่อการอยู่รอด และมองไปข้างหน้าเพื่อการดำรงอยู่อย่างมีความสุขอย่างยั่งยืน

อำเภอท่าม่วงเป็นอำเภอที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำรงชีวิตโดยเทคโนโลยีได้กลายเป็นปัจจัยที่ ๕ เพื่อนำมาใช้ในการสื่อสารและการค้นหาข้อมูลที่สำคัญ รวมทั้งการใช้ AI ช่วยในหลายๆกิจกรรมส่งผลให้สะดวก รวดเร็วและง่าย เพื่อสอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง โรงพยาบาลท่าม่วงจึงได้กำหนดวิสัยทัศน์ “โรงพยาบาลคุณภาพ มุ่งบริการด้วยหัวใจ ก้าวไกลสู่ความยั่งยืน”

โรงพยาบาลเป็นสถานที่ซึ่งต้องมีความปลอดภัยทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และ ชุมชนหรือประชาชนที่มาโรงพยาบาล วัฒนธรรมความปลอดภัยจึงมีความสำคัญและการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยจึงเป็นหนึ่งในภารกิจหลักของทีมนำและผู้บริหาร เพื่อให้ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการอื่นๆรวมทั้งชุมชนเกิดความเชื่อมั่นในการเข้ารับบริการและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมาโรงพยาบาล โรงพยาบาลท่าม่วงจึงมีการประกาศนโยบาย ๓P safety ในปี ๒๕๖๘

โรงพยาบาลท่าม่วงได้พัฒนาระบบงานให้มีคุณภาพและความปลอดภัยตามนโยบาย ๓P safety โดยพัฒนาผลงานทั้งในรูปแบบของ R๒R นวัตกรรม และ CQI เพื่อก้าวไปสู่วิสัยทัศน์และพันธกิจ

งานมหกรรมคุณภาพครั้งที่ ๑๔ และตลาดนัด KM ครั้งที่ ๑๑ จึงได้จัดขึ้นภายใต้กรอบแนวคิด “Building Quality and Safety Culture for the Future Sustainability” สร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย เพื่อความยั่งยืนในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในงาน HA national forum ครั้งที่ ๒๕

คณะผู้จัดทำ

พฤศจิกายน ๒๕๖๗

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ผลงาน R2R	
การสร้างตัวแบบต้นไม้ตัดสินใจสำหรับการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออก ในกลุ่มผู้ป่วยไข้เฉียบพลัน ด้วยพารามิเตอร์ทางโลหิตวิทยา	๑
ผลของโปรแกรมการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน	๑๓
การพัฒนากระบวนการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน รูปแบบการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขและความผูกพันในองค์กร ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน	๒๗
การพัฒนากระบวนการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน	๓๔
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ในผู้ปกครองต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่นโดยครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านโปรแกรม ๗-day Parenting	๔๑
การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลท่าวังผา	๔๗
การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการห้องประชุมชุมชนน้ำยาง โรงพยาบาลท่าวังผา	๕๔
การพัฒนากระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล ในผู้รับบริการแผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลท่าวังผา	๖๐
ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก งานห้องคลอด โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน	๗๓
ผลของการใช้ SOS Score ต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและภาวะช็อก จากการติดเชื้อในกระแสเลือด ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าวังผา	๗๗
การพัฒนากระบวนการบันทึกข้อมูลการเข้ารับบริการทางทันตกรรมในโปรแกรม HosXP ของประชาชน อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน	๘๘
ผลงาน CQI	
เยี่ยมบ้าน เยี่ยมใจ เพื่อผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง CAPD งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน	๑๐๙
การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน	๑๑๑
พัฒนาศักยภาพการจัดการตนเองในผู้ป่วย COPD โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน	๑๑๓
ผลการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ปี๒๕๖๗	๑๑๕
การคัดกรองวัณโรคเชิงรุกโดยใช้เอกซเรย์เคลื่อนที่ อำเภอท่าวังผา	๑๑๗
ผลการจัดบริการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน	๑๑๙
การพัฒนาการคัดกรองผู้ป่วยแยกโรค(วัณโรค/เชื้อดื้อยา) บริเวณด้านหน้า (จุดทำ Neo Q/Kiosk) แผนกงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา	๑๒๑

ผลงาน CQI (ต่อ)	หน้า
การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส HIV งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน	๑๒๓
การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน	๑๒๕
พัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	๑๒๗
ป้องกันพัฒนาการล่าช้าของตำบลท่าวังผา	
ระบบตรวจสอบความพร้อมใช้ของรถ Emergency งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน วิธีใหม่	
๑๓๐	
พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้ในกระแสเลือด	๑๓๒
แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน	
การลด Medication error ในการบริหารตู้ยานอกเวลาราชการที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	๑๓๔
พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ให้สารน้ำป้องกันภาวะ Phlebitis ในหอผู้ป่วยใน	๑๓๗
โครงการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อย่างต่อเนื่องครบวงจร	๑๓๘
โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน	
พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการเกิดภาวะ Birth Asphyxia ในทารกแรกเกิด	๑๔๑
โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน	
การพัฒนาระบบให้บริการตรวจไทรอยด์	๑๔๕
การพัฒนาระบบการให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลท่าวังผา	๑๔๗
การพัฒนากระบวนการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้นวัตกรรม ๑ กำปั้น เท่ากับ ๑ มือ (จะให้ได้ใน ๑ มือไม่ควรเกิน ๑ กำปั้น)	๑๔๘
มารดาหลังคลอดน้ำนมไม่ไหล แพทย์แผนไทยช่วยได้	๑๕๒
การพัฒนางาน ๕ ส. ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าวังผา	๑๕๔
การพัฒนากระบวนการหีบห่ออุปกรณ์และการนำส่งอุปกรณ์งานทันตกรรม	๑๕๖
พัฒนาระบบการบริการรถพยาบาลรับเหตุฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล	๑๕๘
พัฒนาระบบประชาสัมพันธ์เครือข่ายบริการทันตกรรมใกล้บ้านใกล้ใจ	๑๖๐
ผลการพัฒนารูปแบบการจัดเอกสารเพื่อเบิกเงินเดือนลูกจ้างรายวัน	๑๖๓
การตรวจสอบข้อมูลการสแกนนิ้วมือเข้า-ออก ของลูกจ้างชั่วคราวรายวันให้ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าวังผา	๑๖๕
การพัฒนาการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC)	๑๖๗
พัฒนาคุณภาพการบริหารยาหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าวังผา	๑๖๘
ผลงานนวัตกรรม	
เครื่องติดตามอุณหภูมิตู้เย็นเก็บโลหิต (SMART TEMP TRACK)	๑๗๒
ปลอกข้อมือ safety	๑๗๕



การสร้างตัวแบบต้นไม้ตัดสินใจสำหรับการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออก
ในกลุ่มผู้ป่วยไข้เฉียบพลัน ด้วยพารามิเตอร์ทางโลหิตวิทยา
Developing a Decision Tree Model for Diagnosing Dengue Fever in
Acute Fever Patients Using Hematological Parameters

ชลพัลลภ ฟื้นชน, นภาพรณ์ ฝ่ายนันทะ, พิลาสลักษณ์ นาโคภีไชย,
วรายุทธ ถาดตา และศุภณัฐ วงศานุพัทธ์

^๑ Department of Medical Technology, Thawangpha Hospital, Nan Province ; Thailand ๕๕๑๔๐

^๒ Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi Province ; Thailand ๑๑๐๐๐

* Corresponding author : chonphasitp@hotmail.com

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีที่เกิดจากยุงลายสายพันธุ์ Aedes aegypti และ Aedes albopictus เป็นพาหะของโรค การติดเชื้อไข้เลือดออกนั้นสามารถจำแนกออกจากไข้เฉียบพลันชนิดอื่นๆ (Acute febrile illness) ได้ยาก เนื่องจากอาการแสดงไม่จำเพาะเจาะจง การพิจารณาการชั่งประวัติ และอาการแสดงด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียวอาจ ส่งผลให้เกิดผลบวกหรือผลลบปลอมได้ การพิจารณาอาการร่วมกับผลการตรวจทางโลหิตวิทยาและการตรวจทาง ภูมิคุ้มกันวิทยาร่วมกัน จึงมีความสำคัญในการตรวจเพื่อเพิ่มความแม่นยำและเพื่อยืนยันการวินิจฉัย ได้อย่างถูกต้อง การทำเหมืองข้อมูล (data mining) เป็นเครื่องมือและเทคนิคสำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้วินิจฉัยไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างแบบจำลอง (Model) โดยใช้การทำเหมืองข้อมูล (data mining) เป็นเครื่องมือและเทคนิคสำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพื่อใช้วินิจฉัยไข้เลือดออก จากกลุ่มผู้ป่วยไข้เฉียบพลันไม่ทราบสาเหตุ (Acute febrile illness) ด้วยเทคนิคต้นไม้ตัดสินใจ (Decision tree) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างประชากรจำนวน ๓๖๗ ราย แบ่งเป็นกลุ่มไข้เลือดออก (Dengue group) ๑๗๘ ราย และ กลุ่มควบคุม (Control group) ๑๘๙ ราย ผลการศึกษาพบว่าประสิทธิภาพของตัวแบบต้นไม้ตัดสินใจ มีค่าความไว ร้อยละ ๙๔.๔ ค่าความจำเพาะ ร้อยละ ๘๔.๒ ค่าพยากรณ์ผลบวก ร้อยละ ๘๕.๐ และค่าพยากรณ์ผลลบ ร้อยละ ๙๔.๑ การใช้ตัวแบบต้นไม้ตัดสินใจ ในการวินิจฉัยไข้เลือดออก จากกลุ่มไข้เฉียบพลัน นอกจากจะให้ค่าความไวและความจำเพาะที่สูง จึงสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการคัดกรองและพยากรณ์การวินิจฉัยได้ ทั้งยังสามารถประยุกต์ใช้แนวทางในการคัดกรองและสนับสนุนการตัดสินใจทางการแพทย์หรือการวินิจฉัย โรคที่สำคัญอื่นต่อไปในอนาคตได้

คำสำคัญ : โรคไข้เลือดออก, ไข้เฉียบพลัน, ต้นไม้ตัดสินใจ, เหมืองข้อมูล

Abstract

Dengue fever is a viral infectious disease transmitted by the Aedes aegypti and Aedes albopictus mosquito species. The diagnosis of dengue fever can be challenging due to its nonspecific symptoms, making it difficult to distinguish from other acute febrile illnesses. Relying solely on patient history or individual symptoms may result in false positives or negatives. Therefore, evaluating symptoms in conjunction with hematological and immunological test results is crucial for enhancing diagnostic accuracy and confirming the diagnosis correctly. Data mining is a tool and technique used to analyze relationships. This study aims to effectively

diagnose dengue fever by developing a model using data mining techniques, specifically decision tree analysis, from a cohort of ๓๖๗ patients with undetermined acute febrile illness. The cohort consists of ๑๗๘ patients in the dengue group and ๑๘๙ patients in the control group. The results indicate that the decision tree model demonstrates a sensitivity of ๙๔.๔%, a specificity of ๘๔.๒%, a positive predictive value of ๘๕.๐%, and a negative predictive value of ๙๔.๑%. The use of the decision tree model for diagnosing dengue fever in patients with acute febrile illness not only provides high sensitivity and specificity but can also serve as a guideline for screening and predicting diagnoses. Furthermore, this approach can be adapted for screening and supporting medical decision-making in the diagnosis of other significant diseases in the future.

Keywords : Dengue fever, Acute febrile illnesses, Decision tree, Data mining

ความเป็นมาและความสำคัญ (Introduction)

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีที่เกิดจากยุงลายสายพันธุ์ *Aedes aegypti* และ *Aedes albopictus* เป็นพาหะของโรค ไวรัสเดงกีมีลักษณะทางพันธุกรรม Single strand RNA อยู่ใน Family Flaviviridae ซึ่งมีด้วยกัน ๔ สายพันธุ์ คือ DEN-๑, DEN-๒, DEN-๓, DEN-๔^(๑) นอกจากโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีจะเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยแล้ว ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกโดยเฉพาะในประเทศเขตร้อนชื้นและเขตอบอุ่น^(๒) โดยมีการรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก สำหรับประเทศไทย แนวโน้มการเกิดโรคไข้เลือดออกในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๖ จนถึงปัจจุบัน พบว่ามีรูปแบบการระบาดที่ไม่แน่นอน มีลักษณะเป็นแบบปีเว้นปี หรือ ปีเว้นสองปี โดยส่วนใหญ่พบในกลุ่มเด็กวัยเรียน (๕-๑๔ ปี) โดยกลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ อายุ ๑๐ - ๑๔ แต่กลุ่มเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็นวัยผู้ใหญ่ (อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป) โดยเฉพาะในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง พบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี แต่ในช่วงฤดูฝนระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม เป็นช่วงที่พบอัตราการป่วยและอัตราการตายสูงสุด เนื่องจากอาการจากการติดเชื้อไข้เลือดออกไม่จำเพาะอาการมีได้หลายอย่าง^(๓)

การวินิจฉัยที่ล่าช้า ทำให้พยากรณ์โรคไม่ดี ประกอบกับถ้าผู้ป่วยบางรายที่มีโรคประจำตัว ทำให้การรักษายุ่งยากมากขึ้น เพราะอาการของการติดเชื้อไวรัสเดงกีจะมีอาการไข้ สูงลอย ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ซึ่งอาจจะแยกไม่ออกจากโรคอื่น เช่น ไข้หวัดใหญ่ ไข้มาลาเรียหรือ ไข้ไม่ทราบสาเหตุอื่นๆ^(๔) การติดเชื้อไข้เลือดออกนั้นสามารถจำแนกออกจากไข้เฉียบพลันชนิดอื่นๆ (Acute febrile illness) ได้ยาก เนื่องจากอาการแสดงไม่จำเพาะเจาะจง การพิจารณาการซักประวัติ และอาการแสดงด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียวอาจส่งผลให้เกิดผลบวกหรือผลลบปลอมได้ การพิจารณาอาการร่วมกับผลการตรวจทางโลหิตวิทยาและการตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยาร่วมกัน จึงมีความสำคัญในการตรวจเพื่อเพิ่มความแม่นยำและเพื่อยืนยันการวินิจฉัย ได้อย่างถูกต้อง^(๕) จากผลการศึกษาคความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการกับไข้เลือดออกหลายฉบับ พบว่าเป็นการศึกษาพารามิเตอร์ทางห้องปฏิบัติการเท่านั้น ซึ่งผลที่ได้เป็นเพียงการเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างควบคุมและเป็นโรค ซึ่งถึงว่าเป็นกระบวนการสุดท้ายของการคัดกรองและวินิจฉัยโรค

เหมืองข้อมูล (Data Mining) เป็นกระบวนการค้นหาและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อค้นหาความรู้หรือแนวโน้มที่อาจมีอยู่ในข้อมูลใหญ่ๆ ที่มีอยู่ซึ่งอาจเป็นไปได้หรือไม่เป็นมาตรฐานที่จะค้นพบโดยตรง โดยการมองผ่านข้อมูลด้วยตาเปล่าหรือวิธีการทั่วไป กระบวนการเหมืองข้อมูลเป็นขั้นตอนหนึ่งของวิศวกรรมข้อมูล (data engineering) และวิศวกรรมข้อมูลใช้เครื่องมือและเทคนิคในการแยกแยะข้อมูลอย่างละเอียดเพื่อสกัดข้อมูลที่มีความหมายออกมาและนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการตัดสินใจ การคาดการณ์ หรือการสร้างแบบจำลองที่ช่วยในการแก้ปัญหา^(๖) ความรู้ที่ได้จากเหมืองข้อมูลสามารถนำไปใช้ในหลายด้าน เช่น ด้านธุรกิจเพื่อการตัดสินใจ การคาดการณ์ การขาย

และการวิเคราะห์การประสิทธิผลของธุรกิจ ทางกายภาพเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลการรักษา การพยากรณ์การแพร่ระบาดของโรค และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ และการสร้างโมเดลของการวินิจฉัยโรค^(๗)

ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นข้อจำกัดของหลายการศึกษาที่ผ่านมา จึงเป็นที่มาของการศึกษาความสัมพันธ์อาการทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางโลหิตวิทยา และภูมิคุ้มกันวิทยา โดยใช้การทำเหมืองข้อมูล (data mining) เป็นเครื่องมือและเทคนิคสำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพื่อใช้วินิจฉัยไข้เลือดออก จากกลุ่มผู้ป่วยไข้เฉียบพลันไม่ทราบสาเหตุ (Acute febrile illness)

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective)

๑. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์อาการทางคลินิกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางโลหิตวิทยา และภูมิคุ้มกันวิทยาของผู้ป่วยไข้เลือดออก

๒. เพื่อสร้างแบบจำลอง (Model) โดยใช้การทำเหมืองข้อมูล (data mining) เป็นเครื่องมือและเทคนิคสำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพื่อใช้วินิจฉัยไข้เลือดออก จากกลุ่มผู้ป่วยไข้เฉียบพลันไม่ทราบสาเหตุ (Acute febrile illness) ด้วยเทคนิคต้นไม้ตัดสินใจ (Decision tree)

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

ชนิดแบบของโครงการวิจัย

การศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สสจ. น่าน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) โดยทบทวนประวัติการรักษาผู้ป่วยที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ ถึง ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๗ ในโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยที่มีอาการไข้เฉียบพลัน (น้อยกว่า ๗ วัน) โดยไม่ทราบสาเหตุ (Acute febrile illness) ผู้ป่วยต้องได้รับการทดสอบภูมิคุ้มกันวิทยาหรือการเพาะเชื้อในเลือดเพื่อยืนยันการวินิจฉัยที่จะรวมอยู่ในการศึกษา โดยผู้ป่วย ติดเชื้อไข้เลือดออก ยืนยันด้วยผลบวกของการทดสอบทางภูมิคุ้มกันวิทยา คือ Dengue NS๑ Antigen และ Dengue IgM Antibody สำหรับกลุ่มควบคุม (Control Group) ประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีไข้โดยไม่มีอาการและอาการแสดงเฉพาะที่ รวมถึงโรคติดเชื้อริกเก็ตเซีย (ผลบวก scrub typhus IgM), การติดเชื้อแบคทีเรียในเลือดปฐมภูมิ (พบ positive blood culture โดยไม่พบการติดเชื้อที่อวัยวะที่เป็นแหล่งของการติดเชื้อนั้น), โรคเลปโตสไปโรซิส (ผลบวก leptospirosis IgM) และโรคมาลาเรีย (พบ *Plasmodium spp.* ในสไลด์เลือด)

เกณฑ์การคัดออก คือ การศึกษานี้ไม่รวมผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะโลหิตจาง (Hb น้อยกว่า ๑๓ g/dl ในผู้ชาย, ๑๒ g/dl ในผู้หญิง และ ค่าปริมาตรเม็ดเลือดแดงเฉลี่ย (MCV) ที่ไม่อยู่ในช่วง ๘๐-๑๐๐ fl.), ปริมาณเม็ดเลือดขาว (WBC) น้อยกว่า ๖,๐๐๐ cells/cu.mm., เกล็ดเลือด (Platelet) น้อยกว่า ๑๔๐,๐๐๐ หรือ มากกว่า ๔๐๐,๐๐๐ /cu.mm., โรคทางโลหิตวิทยาอื่นๆ, โรคตับเรื้อรัง, โรคไตเรื้อรัง, ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง, ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระหว่างทำเคมีบำบัดและผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ซึ่งการศึกษานี้ไม่รวมผู้ป่วยไข้เฉียบพลันที่มีการวินิจฉัยที่ไม่แน่นอน และผู้ป่วยที่ติดเชื้อไข้เลือดออกที่มีหลักฐานการติดเชื้ออื่นร่วม (co-infection) รวมถึงผู้ป่วยที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างไม่สมเหตุผลผล ของระยะเวลาในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จาก OpenEpi version ๓.๑ (Online) โดยใช้สูตร $N = p \times (๑๐๐ - P) \times z^2 / d^2$ โดยที่ P คือความชุกที่คาดการณ์ไว้ (anticipated prevalence) d คือความแม่นยำที่ต้องการ (desired precision) และ z คือค่าที่เหมาะสมจากการแจกแจงปกติเพื่อความเชื่อมั่นที่ต้องการ (appropriate value from the normal distribution for the desired confidence) ผู้วิจัยประเมินความชุกที่

คาดการณ์ไว้ที่ ๒๐% โดยมีความเชื่อมั่น ๙๕% ($Z=๑.๙๖$) ในความแม่นยำ ๑๐% ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้คือ ๓๐๐ ราย (อ้างอิงจากงานวิจัย Chaloe Wong et al., ๒๐๑๘)

จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย (Sample size) ๓๖๗ ราย โดยกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการทบทวนประวัติการรักษาและเข้าเกณฑ์คัดเลือก จำนวน ๓๖๗ ราย จะถูกแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มไข้เลือดออก (Dengue group) ๑๗๘ ราย และ กลุ่มควบคุม (Control group) ๑๘๙ ราย โดยใช้เทคนิคในการสุ่มตัวอย่าง การสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic Random Sampling) ด้วยเครื่องมือ Google colab คำสั่ง Split และ Random ด้วยภาษา Python

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. แบบเก็บข้อมูลข้อมูลทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
๒. เครื่องตรวจวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดอัตโนมัติ (CBC) ยี่ห้อ Mindray รุ่น BC-๗๖๐
๓. ชุดทดสอบ Dengue NS๑ Ag ด้วยหลักการ Immunochromatography
ยี่ห้อ OneSite บริษัท CTK Biotech โดยมีความไว ๑๐๐.๐ % ความจำเพาะ ๙๙.๖ %
๔. ชุดทดสอบ Dengue IgM/IgG ด้วยหลักการ Immunochromatography
ยี่ห้อ Bioline บริษัท SD Bioline โดยมีความไว ๙๔.๒ % ความจำเพาะ ๙๖.๔ %
๕. ชุดทดสอบ Leptospiral IgM/IgG ด้วยหลักการ Immunochromatography
ยี่ห้อ AllTest บริษัท AllTest Biotech โดยมีความไว ๙๐.๐ % ความจำเพาะ ๙๘.๖ %
๖. ชุดทดสอบ Scrub Typhus IgM/IgG ด้วยหลักการ Immunochromatography
ยี่ห้อ Bioline บริษัท Abbott Biotech โดยมีความไว ๙๙.๐ % ความจำเพาะ ๙๖.๐ %

วิธีวิจัยการศึกษาที่ ๑

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) ข้อมูลทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถูกรวบรวมจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไข้เลือดออกและกลุ่มควบคุม โดยมีรายละเอียดคือ ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ เพศ, อายุ, อาการแสดง และผลการทำพินิกเก็ตทดสอบ ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Dengue NS๑ Ag, Dengue IgM, Dengue IgG, Leptospiral IgM / IgG, Scrub Typhus IgM / IgG และ CBC ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทบทวนโดยแพทย์และนักเทคนิคการแพทย์ ข้อมูลถูกวิเคราะห์โดยใช้ซอฟต์แวร์สถิติ SPSS เวอร์ชัน ๑๗.๐ ข้อมูลทางคลินิกและห้องปฏิบัติการนำเสนอเป็นสถิติเชิงพรรณนา ซึ่งจะนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของค่าเฉลี่ยและร้อยละ สำหรับตัวแปรแบ่งกลุ่ม หรือค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์) สำหรับตัวแปรต่อเนื่องที่มีการกระจายเป็นปกติและไม่ปกติ ตามลำดับ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Fisher's exact test หรือ Chi-square test สำหรับการเปรียบเทียบตัวแปรแบ่งกลุ่มระหว่างสองกลุ่ม และ Independent t-test สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (หรือ Wilcoxon rank-sum test สำหรับเปรียบเทียบค่ามัธยฐาน กรณีที่ข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นปกติ) ระหว่างสองกลุ่ม โดยกำหนดให้ P -Value < ๐.๐๕ เป็นค่าที่บ่งชี้ถึงการมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีวิจัยการศึกษาที่ ๒

การศึกษานี้เป็นการศึกษาต่อเนื่องจากการศึกษาที่ ๑ เพื่อสร้างแบบจำลอง (Model) โดยใช้การทำเหมืองข้อมูล (data mining) เป็นเครื่องมือและเทคนิคสำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพื่อใช้วินิจฉัยไข้เลือดออก จากกลุ่มผู้ป่วยไข้เฉียบพลันไม่ทราบสาเหตุ (Acute febrile illness) ด้วยเทคนิคต้นไม้ตัดสินใจ (Decision tree) โดยใช้ผล

การศึกษาตัวแปร ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value น้อยกว่า 0.05) ระหว่างกลุ่มไข้เลือดออก และกลุ่มควบคุมมาใช้สร้างแบบจำลอง

ข้อมูลถูกวิเคราะห์โดยใช้ซอฟต์แวร์วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคเหมืองข้อมูล WEKA เวอร์ชัน 3.9.6 โดยแบ่งข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 สำหรับการสร้างตัวแบบต้นไม้ตัดสินใจ ร้อยละ 80 (ประกอบด้วย ข้อมูลการเรียนรู้ (Learning data) ร้อยละ 70 และข้อมูลการทดสอบ (Testing) ร้อยละ 30) ส่วนที่ 2 สำหรับกลุ่มทดสอบอำพราง (Blind Test) ด้วยอัลกอริทึมต้นไม้ตัดสินใจ (J48) นำเสนอเป็นสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน, ร้อยละความไว (Sensitivity), ร้อยละความจำเพาะ (Specificity), ร้อยละความถูกต้องของการทำนาย (Accuracy), ร้อยละค่าคาดหมายผลบวก (PPV), ร้อยละค่าความหมายผลลบ (NPV) และแสดงแผนภาพต้นไม้ตัดสินใจ (Decision tree) และกฎที่ใช้ในการตัดสินใจ (Rules)

ผลการวิจัย (Result)

ข้อมูลกลุ่มประชากรตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกจำนวน 367 ราย แบ่งออกเป็น กลุ่มไข้เลือดออก (Dengue group) ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มประชากรตัวอย่างที่มีผล Dengue NS1 เป็นบวก ร้อยละ 68.5 (252/367) กลุ่มประชากรตัวอย่างที่มีผล Dengue IgM เป็นบวก ร้อยละ 12.4 (22/367) และกลุ่มประชากรตัวอย่างที่มีทั้งผล Dengue NS1 และ Dengue IgM เป็นบวก ร้อยละ 19.1 (34/367) สำหรับกลุ่มควบคุม (Control group) จำนวน 188 ราย ประกอบด้วย กลุ่มประชากรตัวอย่างโรคติดเชื้อริกเก็ตเซีย (Rickettsial infection) ร้อยละ 42.9 (81/188) กลุ่มประชากรตัวอย่างโรคติดเชื้อแบคทีเรียในเลือดปฐมภูมิ (Primary bacteremia) ร้อยละ 33.3 (63/188) กลุ่มประชากรตัวอย่างโรคติดเชื้อเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) ร้อยละ 23.3 (44/188) และกลุ่มประชากรตัวอย่างโรคไข้มาลาเรีย (Malaria) ร้อยละ 0.5 (1/188)

ข้อมูลกลุ่มประชากรตัวอย่างไข้เลือดออก (Dengue group) มีอายุเฉลี่ย 31 ปี (27 - 39 ปี) กลุ่มประชากรตัวอย่างควบคุม (Control group) มีอายุเฉลี่ย 42 ปี (32 - 54 ปี) ซึ่งพบว่าอายุเฉลี่ยของ 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) และพบว่าสัดส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงของทั้ง 2 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.614$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรตัวอย่างไข้เลือดออก (Dengue group) และ กลุ่มประชากรตัวอย่างควบคุม (Control group)

	Dengue Group <i>N</i> =252	Control Group <i>N</i> =188	<i>P</i> -value
<i>Demographic</i>			
Age, median (IQR)	31 (27-39)	42 (32-54)	< 0.001
Sex			0.614
Male, n (%)	144 (57.2)	102 (54.0)	
Female, n (%)	108 (42.8)	86 (46.0)	

ผลการศึกษาเปรียบเทียบอาการแสดงระหว่างประชากรตัวอย่างไข้เลือดออก (Dengue group) และกลุ่มประชากรตัวอย่างควบคุม (Control group) พบว่าอาการแสดงที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่าง 2 กลุ่มได้แก่ ปวดหัว (ร้อยละ 49.4, 33.3), ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 52.8, 30.3), คลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 26.4,

๑๒.๗), เบื่ออาหาร (ร้อยละ ๒๒.๕, ๑๕.๓) และเลือดออกง่าย (ร้อยละ ๑.๗, ๐.๕) โดยพบว่าอาการหนาวสั่น พบมากในกลุ่มประชากรตัวอย่างควบคุม (Control group) (ร้อยละ ๔.๕, ๑๘.๕) สำหรับอาการผื่น, ปวดตามข้อ, ปวดท้อง, เจ็บคอ, ถ่ายเหลว และผลการตรวจทูนิเก้เทสต์ พบว่าทั้ง ๒ กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < ๐.๐๕$) ดังแสดงในตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ ข้อมูลเปรียบเทียบอาการแสดง ของกลุ่มประชากรตัวอย่างไข้เลือดออก (Dengue group) และกลุ่มประชากรตัวอย่างควบคุม (Control group)

Clinical presentations	Dengue Group	Control Group	P-value
	N=๑๗๘	N=๑๘๙	
	n (%)	n (%)	
Fever	๑๗๘ (๑๐๐.๐)	๑๘๙ (๑๐๐.๐)	
Chills	๘ (๔.๕)	๓๕ (๑๘.๕)	< ๐.๐๐๑
Headache	๘๘ (๔๙.๔)	๖๓ (๓๓.๓)	๐.๐๒๔
Myalgia	๙๔ (๕๒.๘)	๕๘ (๓๐.๗)	๐.๐๒๘
Rash	๑๔ (๗.๘)	๗ (๓.๗)	๐.๑๓๒
Arthralgia	๕ (๒.๘)	๙ (๔.๘)	๐.๒๒๖
Abdominal pain	๑๓ (๗.๓)	๑๖ (๘.๕)	๐.๗๑๒
Nausea	๔๗ (๒๖.๔)	๒๔ (๑๒.๗)	< ๐.๐๐๑
Loss of appetite	๔๐ (๒๒.๕)	๒๙ (๑๕.๓)	๐.๐๓๑
Sore throat	๙ (๕.๑)	๑๓ (๖.๘)	๐.๘๕๔
Diarrhea	๗ (๓.๙)	๑๔ (๗.๔)	๐.๒๑๙
Bleeding	๓ (๑.๗)	๑ (๐.๕)	๐.๐๐๗
Tourniquet Test (+)	๑๘ (๑๐.๑)	๗ (๓.๗)	๐.๐๐๓

ผลการศึกษเปรียบเทียบพารามิเตอร์ทางโลหิตวิทยา ระหว่างประชากรตัวอย่างไข้เลือดออก (Dengue group) และกลุ่มประชากรตัวอย่างควบคุม (Control group) พบว่าค่าระดับเม็ดเลือดขาว (WBCs) ร้อยละของลิมโฟไซต์ (%Lymphocyte) ระดับฮีโมโกลบิน (Hb) ระดับฮีมาโตคริต (Hct) ระดับค่าเฉลี่ยขนาดของเม็ดเลือดแดง (MCV) และระดับของเกล็ดเลือด (PLT) ในกลุ่มประชากรตัวอย่างไข้เลือดออก (Dengue group) มีค่าต่ำกว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างควบคุม (Control group) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < ๐.๐๕$) ส่วนร้อยละของนิวโทรฟิล (%Neutrophil) ร้อยละของโมโนไซต์ (%Monocyte) สัดส่วนของนิวโทรฟิลต่อลิมโฟไซต์ (N/L Ratio) สัดส่วนของโมโนไซต์ต่อลิมโฟไซต์ (M/L Ratio) และระดับเม็ดเลือดแดง (RBC) ในกลุ่มประชากรตัวอย่างไข้เลือดออก (Dengue group) มีค่าสูงกว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างควบคุม (Control group) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < ๐.๐๕$) ดังแสดงในตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ ข้อมูลเปรียบเทียบพารามิเตอร์ทางโลหิตวิทยา ของกลุ่มประชากรตัวอย่างไข้เลือดออก (Dengue group) และกลุ่มประชากรตัวอย่างควบคุม (Control group)

Parameters	Dengue Group	Control Group	P-value
	N=๑๗๘	N=๑๘๙	
	Median (IQR)	Median (IQR)	
WBCs ($\times 10^9$ /uL)	๖.๒๒ (๓.๘๗ - ๖.๘๓)	๘.๙๙ (๖.๓๕ - ๑๐.๑๑)	< ๐.๐๐๑
Neutrophil (%)	๗๒ (๕๔ - ๘๒)	๖๗ (๕๙ - ๗๖)	๐.๐๐๘
Lymphocyte (%)	๑๕ (๘ - ๒๒)	๒๕ (๑๗ - ๓๘)	< ๐.๐๐๑
Monocyte (%)	๑๑ (๗ - ๑๕)	๕ (๓ - ๘)	< ๐.๐๐๑
Eosinophil (%)	๑ (๐ - ๓)	๑ (๐ - ๒)	๐.๓๘๘
Basophil (%)	๐ (๐ - ๒)	๐ (๐ - ๑)	๐.๔๖๙
N/L Ratio	๘.๒๗ (๖.๗๑ - ๑๑.๓๒)	๖.๐๖ (๔.๕๑ - ๙.๖๖)	๐.๐๔๑
M/L Ratio	๑.๐๙ (๐.๘๗ - ๑.๙๗)	๐.๒๕ (๐.๑๔ - ๐.๔๐)	< ๐.๐๐๑
RBC ($\times 10^6$ /uL)	๕.๑๕ (๓.๙๙ - ๖.๐๗)	๔.๘๖ (๔.๑๗ - ๕.๓๖)	< ๐.๐๐๑
Hb (g/dl)	๑๓.๘ (๑๒.๒ - ๑๔.๗)	๑๔.๑ (๑๓.๗ - ๑๕.๒)	< ๐.๐๐๑
Hct (%)	๔๐ (๓๖ - ๔๒)	๔๒ (๓๙ - ๔๔)	< ๐.๐๐๑
MCV (fL)	๗๘.๙ (๗๕.๔ - ๘๓.๒)	๘๕.๙ (๗๗.๖ - ๘๘.๙)	< ๐.๐๐๑
MCH (pg)	๒๗.๕ (๒๖.๒ - ๒๘.๕)	๒๙.๑ (๒๘.๐ - ๓๐.๑)	๐.๑๘๕
MCHC (g/dL)	๓๔.๗ (๓๓.๓ - ๓๕.๖)	๓๔.๒ (๓๓.๕ - ๓๕.๕)	๐.๖๕๑
RDW (%)	๑๕.๒ (๑๔.๓ - ๑๕.๙)	๑๕.๗ (๑๔.๕ - ๑๖.๒)	๐.๔๗๔
PLT ($\times 10^9$ /uL)	๑๖๕ (๑๒๘ - ๒๐๗)	๒๑๐ (๑๖๖ - ๓๐๒)	< ๐.๐๐๑
MPV (fL)	๙.๖ (๙.๔ - ๙.๘)	๙.๙ (๙.๕ - ๑๐.๓)	๐.๕๕๘
PDW (%)	๑๕.๙ (๑๔.๘ - ๑๖.๓)	๑๖.๒ (๑๕.๕ - ๑๗.๔)	๐.๓๐๘
PCT (%)	๐.๑๖ (๐.๑๓ - ๐.๒๑)	๐.๑๙ (๐.๑๕ - ๐.๒๔)	๐.๔๕๙

WBCs = White blood cell count, N/L Ratio = %Neutrophile/%Lymphocyte, M/L Ratio = %Monocyte/%Lymphocyte, RBC = Red blood cell count, Hb = Hemoglobin, HCT = Hematocrit, MCV = Mean corpuscular volume, MCH = Mean corpuscular hemoglobin, MCHC = mean corpuscular hemoglobin concentration, RDW = Red blood cell distribution width, PLT = Platelet, MPV = Mean platelet volume, PDW = Platelet distribution width, PCT = Plateletcrit

การสร้างตัวแบบต้นไม้ตัดสินใจ (Decision tree) ด้วยโปรแกรม WEKA โดยใช้อัลกอริทึม J๔๘ ซึ่งตัวโปรแกรมจะสร้างตัวแบบต้นไม้ตัดสินใจและเลือกจุดตัดที่เหมาะสมที่สุดให้โดยอัตโนมัติ ทำการสร้างตัวแบบทั้งหมด ๑๐ ตัวแบบจาก ๑๐ กลุ่มเรียนรู้ จากนั้นนำตัวแบบที่ได้ไปทดสอบกับกลุ่มทดสอบของแต่ละกลุ่มไขว้กันจนครบ ๑๐ ครั้ง จากการศึกษาพบว่าตัวแบบที่ ๑, ๔ และ ๙ เป็นตัวแบบที่มีค่าความไวมากกว่าร้อยละ ๙๐ ทั้งกลุ่มเรียนรู้ (Training) และกลุ่มทดสอบ (Testing) ซึ่งมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ประกอบการวินิจฉัยโรค

ใช้เลือดออก โดยตัวแบบที่ ๑ กลุ่มเรียนรู้มีค่าความไวร้อยละ ๙๔.๓ เมื่อนำไปทดสอบในกลุ่มทดสอบ พบว่าต้นไม้ตัดสินใจตัวแบบที่ ๑ มีค่าความไวร้อยละ ๙๐.๔ ในตัวแบบที่ ๔ กลุ่มเรียนรู้มีค่าความไวร้อยละ ๙๘.๗ เมื่อนำไปทดสอบในกลุ่มทดสอบ พบว่าต้นไม้ตัดสินใจตัวแบบที่ ๔ มีค่าความไวร้อยละ ๙๔.๑ และในตัวแบบที่ ๙ กลุ่มเรียนรู้มีค่าความไวร้อยละ ๑๐๐ เมื่อนำไปทดสอบในกลุ่มทดสอบ พบว่าต้นไม้ตัดสินใจตัวแบบที่ ๔ มีค่าความไวร้อยละ ๙๑.๗ ทำการคัดเลือกตัวแบบที่เหมาะสมโดยมีเกณฑ์พิจารณาจากค่าความไวที่สูงที่สุด และค่าความไวระหว่าง กลุ่มเรียนรู้และกลุ่มทดสอบ ในตัวแบบนั้นต้องแตกต่างกันไม่เกินร้อยละ ๕ ซึ่งบ่งบอกถึงการรักษาประสิทธิภาพของตัวแบบนั้นในการคัดกรอง จากเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้นพบว่าต้นไม้ตัดสินใจตัวแบบที่ ๔ เป็นตัวแบบที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุด ดังแสดงในตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ ผลการทดสอบระหว่าง กลุ่มเรียนรู้ (training dataset) และกลุ่มทดสอบ (testing dataset) ด้วยโปรแกรม WEKA

Model	Group	Sensitivity (%)	Specificity (%)	PPV (%)	NPV (%)	AUC	F-measure	Accuracy
๑	Train	๙๔.๓	๘๓.๖	๘๔.๘	๙๕.๕	๐.๙๔๖	๐.๘๙๖	๐.๙๐๓
	Test	๙๐.๔	๗๘.๖	๗๓.๒	๙๒.๘	๐.๘๙๑	๐.๘๒๒	๐.๘๑๒
๒	Train	๙๖.๘	๙๐.๕	๙๑.๔	๙๖.๔	๐.๙๔๓	๐.๙๓๗	๐.๙๓๙
	Test	๘๕.๗	๗๒.๑	๖๓.๘	๘๙.๘	๐.๗๓๙	๐.๗๕๕	๐.๘๐๓
๓	Train	๙๕.๑	๘๘.๙	๘๙.๐	๙๕.๑	๐.๙๒๘	๐.๙๑๙	๐.๙๒๑
	Test	๘๕.๐	๘๙.๓	๘๕.๐	๘๙.๓	๐.๘๓๖	๐.๘๗๕	๐.๘๗๕
๔*	Train	๙๘.๗	๘๕.๐	๘๗.๕	๙๘.๔	๐.๘๔๘	๐.๙๒๐	๐.๙๒๘
	Test	๙๔.๑	๗๒.๖	๖๕.๓	๙๕.๗	๐.๘๗๑	๐.๘๐๖	๐.๘๕๐
๕	Train	๘๙.๒	๙๑.๘	๙๒.๒	๘๘.๗	๐.๙๑๒	๐.๙๐๕	๐.๙๐๕
	Test	๗๘.๘	๗๖.๒	๖๓.๔	๘๗.๓	๐.๗๕๙	๐.๗๗๕	๐.๗๙๑
๖	Train	๑๐๐.๐	๗๘.๐	๘๒.๐	๑๐๐.๐	๐.๙๓๐	๐.๘๘๙	๐.๙๑๐
	Test	๘๖.๕	๘๑.๔	๗๔.๔	๙๐.๖	๐.๘๗๑	๐.๘๓๕	๐.๘๔๓
๗	Train	๙๔.๐	๘๖.๕	๘๙.๓	๙๒.๔	๐.๙๒๑	๐.๙๐๖	๐.๙๐๗
	Test	๗๕.๐	๘๖.๘	๗๐.๐	๘๙.๔	๐.๘๙๕	๐.๘๓๕	๐.๘๓๗
๘	Train	๙๘.๘	๘๗.๙	๙๐.๗	๙๘.๔	๐.๙๕๕	๐.๙๓๘	๐.๙๔๒
	Test	๗๘.๖	๗๗.๙	๕๙.๕	๘๙.๘	๐.๗๙๓	๐.๗๘๙	๐.๘๑๐
๙	Train	๑๐๐.๐	๘๒.๖	๘๕.๔	๑๐๐.๐	๐.๙๕๐	๐.๙๑๓	๐.๙๒๖
	Test	๙๑.๗	๗๘.๓	๗๑.๗	๙๔.๐	๐.๘๕๗	๐.๘๓๖	๐.๘๕๗
๑๐	Train	๙๘.๓	๘๖.๘	๙๐.๗	๙๗.๕	๐.๙๓๙	๐.๙๓๓	๐.๙๓๖
	Test	๗๘.๓	๗๘.๑	๕๒.๙	๙๑.๙	๐.๘๑๑	๐.๗๙๓	๐.๘๒๖

PPV = Positive predictive value, NPV = Negative predictive value, AUC = Area Under the Curve, * ตัวแบบที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุด

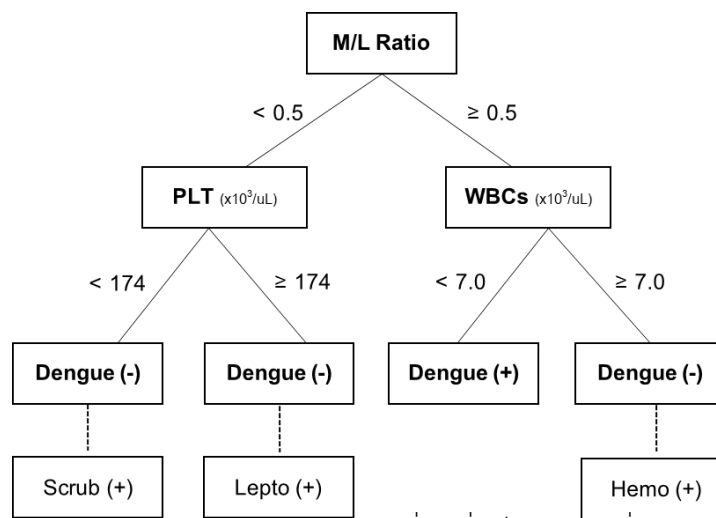
ต้นไม้ตัดสินใจ (Decision tree) ตัวแบบที่ ๔ ประกอบไปด้วย พารามิเตอร์ M/L ratio, WBCs และ PLT ดังแสดงในรูปที่ ๑ โดยสามารถสร้างเป็นกฎการตัดสินใจได้ ๔ กฎ ดังนี้

กฎข้อที่ ๑ ถ้าผู้ป่วยไข้เฉียบพลัน มีค่า M/L ratio มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๕ และมีปริมาณ WBCs น้อยกว่า $7.0 \times 10^3/uL$ สามารถพยากรณ์ได้ว่ามีโอกาสให้ผลการตรวจ Dengue NS๑ Antigen และ Dengue IgM เป็นผลบวก

กฎข้อที่ ๒ ถ้าผู้ป่วยไข้เฉียบพลัน มีค่า M/L ratio มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๕ และมีปริมาณ WBCs มากกว่าหรือเท่ากับ $7.0 \times 10^3/uL$ สามารถพยากรณ์ได้ว่ามีโอกาสให้ผลการตรวจ Dengue NS๑ Antigen และ Dengue IgM เป็นผลลบ และพยากรณ์ได้ว่ามีโอกาสให้ผลการตรวจ Hemoculture เป็นผลบวก

กฎข้อที่ ๓ ถ้าผู้ป่วยไข้เฉียบพลัน มีค่า M/L ratio น้อยกว่า ๐.๕ และมีปริมาณ PLT น้อยกว่า $174 \times 10^3/uL$ สามารถพยากรณ์ได้ว่ามีโอกาสให้ผลการตรวจ Dengue NS๑ Antigen และ Dengue IgM เป็นผลลบ และพยากรณ์ได้ว่ามีโอกาสให้ผลการตรวจ Scrub Typhus IgM เป็นผลบวก

กฎข้อที่ ๔ ถ้าผู้ป่วยไข้เฉียบพลัน มีค่า M/L ratio น้อยกว่า ๐.๕ และมีปริมาณ PLT มากกว่าหรือเท่ากับ $174 \times 10^3/uL$ สามารถพยากรณ์ได้ว่ามีโอกาสให้ผลการตรวจ Dengue NS๑ Antigen และ Dengue IgM เป็นผลลบ และพยากรณ์ได้ว่ามีโอกาสให้ผลการตรวจ Leptospiral IgM เป็นผลบวก



รูปที่ ๑ ต้นไม้ตัดสินใจ (Decision tree) ตัวแบบที่ ๔ ซึ่งเป็นตัวแบบที่มีประสิทธิภาพสูงสุด เมื่อนำตัวแบบต้นไม้ตัดสินใจตัวแบบที่ ๔ ไปทดสอบกับกลุ่มทดสอบอำพราง (Blind Test) เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของตัวแบบต้นไม้ตัดสินใจ พบว่าให้ค่าความไว ร้อยละ ๙๔.๔ ค่าความจำเพาะ ร้อยละ ๘๔.๒ ค่าพยากรณ์ผลบวก ร้อยละ ๘๕.๐ และค่าพยากรณ์ผลลบ ร้อยละ ๙๔.๑ แสดงดังตารางที่ ๕

ตารางที่ ๕ ผลการทดสอบประสิทธิภาพของแบบต้นไม้ตัดสินใจ ตัวแบบที่ ๓ กับกลุ่มทดสอบอำพราง (Blind Test)

		Disease	
		Dengue Group	Control Group
Test	Dengue (+)	๑๗	๓
	Dengue (-)	๑	๑๖

Sensitivity = ๙๔.๔%, Specificity = ๘๔.๒%, PPV = ๘๕.๐%, NPV = ๙๔.๑%

อภิปรายผล (Discussion)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลัง (Retrospective) ที่เก็บข้อมูลย้อนหลัง ๒ ปี (มิถุนายน ๒๕๖๕ ถึง พฤษภาคม ๒๕๖๗) ในกลุ่มผู้ป่วยไข้เฉียบพลัน โดยมีวัตถุประสงค์ในการนำเทคนิคต้นไม้ตัดสินใจมาหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจยืนยันทางภูมิคุ้มกันวิทยา เพื่อสร้างต้นไม้ตัดสินใจในการวินิจฉัยไข้เลือดออก ในกลุ่มผู้ป่วยไข้เฉียบพลัน จากการศึกษาพบว่า ข้อมูลกลุ่มประชากรตัวอย่างไข้เลือดออก (Dengue group) มีอายุเฉลี่ย ๓๑ ปี (๒๗ - ๓๙ ปี) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ไข้เลือดออกประจำปี ๒๕๖๖ ของกลุ่มงานระบาดวิทยา สาธารณสุขจังหวัดน่าน ที่พบว่า อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน กลุ่มอายุของผู้ป่วยไข้เลือดออก อยู่ระหว่าง ๑๕ - ๔๔ ปี โดยพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ ๒๕ - ๓๔ ปี ^(๘) แนวทางการตรวจวินิจฉัยแยกโรคไข้เลือดออก จากกลุ่มผู้ป่วยไข้เฉียบพลันยังทำได้ยากถึงแม้จะต้องอาศัยผลการตรวจทางโลหิตวิทยาพร้อมด้วยก็ตาม แต่ก็ยังไม่สามารถที่จะช่วยวินิจฉัยได้อย่างแม่นยำ การนำชุดทดสอบแบบเร็วเข้ามาช่วยคัดกรองแยกโรคจึงเป็นสิ่งที่โรงพยาบาลหลายแห่งดำเนินการอยู่ และยังเป็นปัญหาทางต้นทุนของการตรวจวิเคราะห์ที่สูงสำหรับการแยกวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกจาก จากกลุ่มผู้ป่วยไข้เฉียบพลันอื่นๆ การประเมินผลทางห้องปฏิบัติการเช่น ทุนิเก้เทสต์, ระดับเม็ดเลือดขาว และระดับเกล็ดเลือด อาจไม่เพียงพอต่อการวินิจฉัยแยกโรคไข้เลือดออก ^(๙-๑๐)

จากการศึกษาพบว่าพารามิเตอร์ที่ตัวแบบต้นไม้ตัดสินใจ ใช้ในการจำแนกผู้ป่วยไข้เลือดออกได้มีประสิทธิภาพ ได้แก่ M/L Ratio และ WBCs โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยไข้เลือดออกจะมีค่า M/L ratio ที่มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๕ และมีค่า WBCs น้อยกว่า $7 \times 10^3 / \mu\text{L}$ โดยมีประสิทธิภาพของจำแนกผู้ป่วยไข้เลือดออก ในกลุ่มทดสอบอำพราง คือ ค่าความไว ร้อยละ ๙๔.๔ ค่าความจำเพาะ ร้อยละ ๘๔.๒ ค่าพยากรณ์ผลบวก ร้อยละ ๘๕.๐ และค่าพยากรณ์ผลลบ ร้อยละ ๙๔.๑ ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Chaloeuwong J และคณะ ที่พบว่า WBCs ที่น้อยกว่า $7 \times 10^3 / \mu\text{L}$ ในวันแรกของการติดเชื้อสามารถช่วยวินิจฉัยไข้เลือดออกร่วมกับอาการและลักษณะแสดงได้สูงถึงร้อยละ ๕๖.๙ ^(๔) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kotepui M และคณะที่พบว่า M/L ที่มากกว่าหรือเท่ากับ ๑.๐๐ ในกลุ่มตัวอย่างไข้เลือดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างไขมาลาเรีย ให้ค่าความไวร้อยละ ๗๒.๓ และ ค่าความจำเพาะ ๕๓.๖ และพบว่า WBCs ที่น้อยกว่า $4 \times 10^3 / \mu\text{L}$ ในกลุ่มตัวอย่างไข้เลือดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างไขมาลาเรีย ให้ค่าความไวร้อยละ ๕๒.๕ และ ค่าความจำเพาะ ๘๗.๒ ^(๑๑) พารามิเตอร์ ที่ตัวแบบต้นไม้ตัดสินใจ ใช้ในการจำแนกผู้ป่วยไข้เลือดออกได้มีประสิทธิภาพ ได้แก่ M/L Ratio และ WBCs นั้นได้จากการส่งตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) ซึ่งปัจจุบันเครื่องตรวจวิเคราะห์ใช้หลักการ Flowcytometry และ Fluorescence Flowcytometry ซึ่งหลักการดังกล่าวถือเป็นเทคโนโลยีได้รับการยอมรับ ทำให้ตัวแบบต้นไม้ตัดสินใจสามารถประยุกต์ใช้ได้กับเครื่องตรวจวิเคราะห์ CBC ทุกบริษัท ^(๑๒-๑๔)

จากการศึกษาตัวแบบต้นไม้ตัดสินใจ ยังสามารถพยากรณ์โรคติดเชื้ออื่นที่ทำให้เกิดไข้เฉียบพลันได้ โดยพบว่าพารามิเตอร์ PLT มีความสัมพันธ์กับการแยกวินิจฉัยผู้ป่วยไข้เฉียบพลันที่สงสัยการติดเชื้อ Scrub Typhus และ Leptospirosis ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ijaz M ที่พบว่า PLT ที่มากกว่า $163 \times 10^3 / \mu\text{L}$ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ติดเชื้อ Leptospiral เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อไข้เฉียบพลันอื่น ^(๑๕)

สรุปผลการวิจัย (Conclusion)

ตัวแบบต้นไม้ตัดสินใจ ที่ใช้ในการจำแนกผู้ป่วยไข้เลือดออก จากกลุ่มไข้เฉียบพลัน มีประสิทธิภาพของจำแนกผู้ป่วยไข้เลือดออก ในกลุ่มทดสอบอำพราง คือ ค่าความไว ร้อยละ ๙๔.๔ ค่าความจำเพาะ ร้อยละ ๘๔.๒ ค่าพยากรณ์ผลบวก ร้อยละ ๘๕.๐ และค่าพยากรณ์ผลลบ ร้อยละ ๙๔.๑ พบว่าการใช้ตัวแบบต้นไม้ตัดสินใจ ในการวินิจฉัยไข้เลือดออก จากกลุ่มไข้เฉียบพลัน นอกจากจะให้ค่าความไวและความจำเพาะที่สูง จึงสามารถนำมาใช้

เป็นแนวทางในการคัดกรองและพยากรณ์การวินิจฉัยได้ ทั้งยังสามารถประยุกต์ใช้แนวทางในการคัดกรองและสนับสนุนการตัดสินใจทางการแพทย์หรือการวินิจฉัย โรคที่สำคัญอื่นต่อไปในอนาคตได้

ข้อเสนอแนะ (Comment)

การศึกษานี้เป็นการการวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลัง (Retrospective) และใช้เลือดออกมีการระบาดที่ไม่แน่นอน ดังนั้นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective) จะทำให้ทราบว่าต้นไม้ตัดสินใจมีประสิทธิภาพตามต้นแบบ จึงควรมีการเก็บข้อมูลการใช้ต้นไม้ตัดสินใจในการการจำแนกผู้ป่วยใช้เลือดออก จากกลุ่มไข้เฉียบพลัน โดยผู้วิจัยเห็นว่าควรมีการเก็บสถิติและการใช้ต้นไม้ตัดสินใจในโรงพยาบาลชุมชนแห่งอื่น ในจังหวัดร่วมด้วยเพื่อให้ทราบถึงประสิทธิภาพที่แท้จริง ตลอดจนการเพิ่มการศึกษาปัจจัยของฤดูกาล (ในช่วงการระบาด, นอกช่วงการระบาด) ว่าต้นไม้ตัดสินใจยังมีประสิทธิภาพหรือไม่ในขณะที่ใช้งานนอกช่วงการระบาดของไข้เลือดออก

การใช้เหมืองข้อมูลสามารถพยากรณ์ภาพรวมเชิงสถิติได้ หากมีข้อมูลทางอูดุณิยมวิทยา และนำมาสอดคล้องกับข้อมูลทางการแพทย์ หรือการเกิดไข้เลือดออกจะสามารถสร้างโปรแกรมการทำนายและการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลท่าวังผา ทุกท่านที่ช่วยเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นให้สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน ที่เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ขอขอบคุณนายแพทย์ศุภณัฐ วงศานุกุพันธ์ กองระบาดวิทยากรมควบคุมโรค ที่ช่วยให้ความรู้การเก็บข้อมูลการวิจัย และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้การใช้งานเหมืองข้อมูล

เอกสารอ้างอิง (Reference)

๑. Pajor MJ, Long B, Liang SY. Dengue: A focused review for the emergency clinician. Am J Emerg Med. ๒๐๒๔;๘๒:๘๒-๗.
๒. Kok BH, Lim HT, Lim CP, Lai NS, Leow CY, Leow CH. Dengue virus infection – a review of pathogenesis, vaccines, diagnosis and therapy. Virus Res. ๒๐๒๓;๓๒๔:๑๙๙๐๑๘.
๓. ThaiDDC. Department of Disease Control Dengue Situation Forecast ๒๐๒๓; Thailand.
๔. Chaloe Wong J, Tantiworawit A, Rattanathammethee T, Hantrakool S, Chai-Adisaksopha C, Rattarittamrong E, Norasetthada L. Useful clinical features and hematological parameters for the diagnosis of dengue infection in patients with acute febrile illness: a retrospective study. BMC Hematol. ๒๐๑๘;๑๘(๑):๒๐.
๕. Gasiprong M. Correlation of serological parameters and hematological parameters in dengue infection at Sunpasitthiprasong Hospital. Sanpasitthiprasong Med J. ๒๐๒๑;๔๒(๒):๓๑-๘.
๖. Chen K, Abtahi F, Carrero JJ, Fernandez-Llatas C, Seoane F. Process mining and data mining applications in the domain of chronic diseases: A systematic review. Artif Intell Med. ๒๐๒๓;๑๔๔:๑๐๒๖๔๕.
๗. Wiharto W, Kusnanto H, Herianto H. Interpretation of Clinical Data Based on C_{4.5} Algorithm for the Diagnosis of Coronary Heart Disease. Healthc Inform Res. ๒๐๑๖;๒๒:๑๘๖.

๘. Nan Provincial Public Health Office. Dengue fever situation in Nan Province ๒๐๒๓ [Internet]. ๒๐๒๓ [cited ๒๐๒๔ Oct ๓๐]. Available from: <https://www.nno.moph.go.th/epidnan/index.php/epidem/dhf-nan.html?start=๓๔>
๙. Barbazan P, Yoksan S, Gonzalez JP. Dengue hemorrhagic fever epidemiology in Thailand: description and forecasting of epidemics. *Microbes Infect.* ๒๐๒๐; ๔(๗): ๖๙๙-๗๐๕.
๑๐. Lamwong J, Pongsumpun P. A fractional derivative model of the dynamic of dengue transmission based on seasonal factors in Thailand. *J Comput Appl Math.* ๒๐๒๕; ๔๕๗: ๑๑๖๒๕๖.
๑๑. Kotepui M, PhunPhuech B, Phiwklam N, Uthaisar K. Differentiating between dengue fever and malaria using hematological parameters in endemic areas of Thailand. *Infect Dis Poverty.* ๒๐๑๙ Mar ๒; ๖(๑): ๒๗.
๑๒. Kader S. M๑๘๐ Performance evaluation of the measurement of complete blood count parameters between Mindray BC ๖๐๐๐ and BT pro ๒๔๐๑ hematology analyzers. *Clinica Chimica Acta.* ๒๐๒๒;๕๓๐
๑๓. Fujimaki K, Hummel K, Magonde I, Dammert K, Hamaguchi Y, Mintzas K, et al. Performance evaluation of the new Sysmex XR-Series haematology analyser. *Pract Lab Med.* ๒๐๒๔;๓๙
๑๔. Ryu D, Bak T, Ahn D, Kang H, Oh S, Min HS, et al. Deep learning-based label-free hematology analysis framework using optical diffraction tomography. *Heliyon.* ๒๐๒๓;๙(๘)
๑๕. Ijaz M, Abbas SN, Farooqi SH, Aqib AI, Anwar GA, Rehman A, et al. Sero-epidemiology and hemato-biochemical study of bovine leptospirosis in flood affected zone of Pakistan. *Acta Tropica.* ๒๐๑๘;๑๗๗:๕๑-๗.

ผลของโปรแกรมการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

*The results of model for monitoring and preventing suicide program in the elderly
with community participation. Tha Wang Pha District, Nan Province*

ธิดารัตน์ ประพันธ์,กรรณิกา ไชยเสน และวัชรวีรธรรม ปั่นแก้ว

ความเป็นมาและความสำคัญ

ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) มีการคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ ๓ ต่อปี โดยในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ คาดว่าจะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึงประมาณ ๑.๔ พันล้านคนและจะเพิ่มขึ้นถึง ๒ พันล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๙๓ ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากจำนวนประชากรทั้งหมด เป็นผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๐.๘ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๕ โดยมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นปีละประมาณกว่า ๕๐๐,๐๐๐ คน คาดการณ์ว่า ภายในปี ๒๕๖๔ ประเทศไทย ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (WHO, ๒๐๒๐) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมไปในทางเสื่อม ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดเนื่องจาก ปัญหาด้านร่างกายเพราะความเสื่อม ทำให้มีความสุขสบาย ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุ ประกอบกับบทบาททางสังคมลดลง และอยู่ในภาวะพึ่งพาลูกหลาน จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ(นริส วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, ๒๕๕๗) ผู้สูงอายุ (Older adults) อุบัติการณ์การฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุสูงมาก ในหลายประเทศ ผู้สูงอายุหลายคน que เลือกการฆ่าตัวตายโดยทางอ้อม (Passive Suicide) โดยปฏิเสธการกิน การดื่มหรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปที่มีความทุกข์ทรมานจากความผิดปกติทางจิตเวช หรือโรคทางระบบประสาท ความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรงจะมีความแตกต่างกว่าในผู้วัยผู้ใหญ่โดยทั่วไปคือมีภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมที่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างความคิดฆ่าตัวตายช่วงปลายชีวิตกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ รวมทั้งภาวะซึมเศร้าและความสิ้นหวัง

ปัจจุบันมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ ๔,๐๐๐ คนต่อปีพบในวัยทำงานมากเป็นอันดับ ๑ และผู้สูงอายุมาเป็นอันดับ ๒ โดยสาเหตุการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ๓ อันดับแรกคือ ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด โรคเรื้อรังทางกาย และโรคซึมเศร้า ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่าร้อยละ ๑๕ ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นผู้สูงอายุ เนื่องมาจากข้อจำกัดในการปรับตัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล ไม่มีความสุขในการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิตลดลง (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๑) ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๖๒ เป็นต้นมา พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเกินกว่าค่าเป้าหมายวิสัยทัศน์กรมสุขภาพจิตระยะ ๓ ปี (พ.ศ.๒๕๖๓-๒๕๖๕) ซึ่งกำหนดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๘ ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นเป็น ๗.๓๘ ต่อแสนประชากร และพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด ๕ อันดับแรกในประเทศไทยได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน พะเยา ตาก และเชียงราย เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์จำแนกการฆ่าตัวตายตามกลุ่มอายุพบว่า Age specific suicide mortality rate ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบสูงสุดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเท่ากับ ๙.๔๗ ต่อแสนประชากร ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาด้านความสัมพันธ์ เช่น ความน้อยใจถูกดูถูกตำหนิและการทะเลาะกับคนใกล้ชิด พบร้อยละ ๔๘.๗ ความรัก หึงหวง ร้อยละ ๒๘.๔ และต้องการคนใส่ใจดูแล ร้อยละ ๒๒.๙ จากการวิเคราะห์สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของเขต

สุขภาพที่ ๑ โดยรวบรวมจากระบบรายงานการเฝ้าระวังฆ่าตัวตายกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จ (รง ๕๐๖ S) ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงเป็นอันดับ ๑ ของประเทศ เท่ากับ ๑๔.๑๕, ๑๔.๙๑ และ ๑๕.๒๕ ต่อแสนประชากรตาม ลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, ๒๕๖๖) จากข้อมูลอำเภอท่าวังมาปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ ๙.๘๙ , ๗.๘๗ และ ๙.๙ ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต ไม่เกิน ๘ ต่อแสนประชากร จากการศึกษาข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองของกรมสุขภาพจิต ไม่เกิน ๘ ต่อแสนประชากร จากการศึกษาข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองของกรมสุขภาพจิต (รง ๕๐๖S) พบมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ ๓๐ มีโรคทางกายร่วม ร้อยละ ๗๐ และในกลุ่มผู้พยายามทำร้ายตนเองส่วนใหญ่ มีโรคทางกายร่วม ร้อยละ ๔๖.๑๕ จำแนกตามช่วงอายุพบว่า วัยสูงอายุมีการฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ ๖๐ รองลงมาคือวัยทำงานร้อยละ ๔๐

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้สูงอายุของอำเภอท่าวังมา ๓ ปีย้อนหลังพ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ ๕.๗๙ , ๑.๙๓ และ ๓.๘๖ ต่อแสนประชากร ปี๒๕๖๖ สาเหตุเกิดจากมีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ ๗๐ มีประวัติจากโรคเรื้อรังทางกาย ร้อยละ ๒๐ ปัจจัยกระตุ้นจากปัญหาความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ร้อยละ ๑๐ ภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่พบในโรงพยาบาลท่าวังมา ปี ๒๕๖๖ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า ร้อยละ ๖๕ นอนไม่หลับ ร้อยละ ๒๒.๖ และ คิดมากวิตกกังวล ร้อยละ ๑๒.๔ สอดคล้องกับผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลท่าวังมา ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑๕๘ คน และปี ๒๕๖๖ จำนวน ๒๐๑ คน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกเบื่อหน่ายเจ็บป่วยของตนเอง รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว (Caregiver burden) ประชาชนคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดไม่รับรู้สัญญาณเตือนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระบบการเฝ้าระวังและการคัดกรองในชุมชนขาดความต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายมีน้อย เพราะมองว่าเป็นปัญหาของบุคคลผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายสำเร็จบางส่วนไม่ได้เข้าสู่ระบบการรักษา จึงพบการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุตามมา (โรงพยาบาลท่าวังมา, ๒๕๖๖)

ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะได้รับการคัดกรอง การเฝ้าระวังและได้รับการส่งต่อตามแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานจิตเวชก็ตาม แต่ปัญหาการฆ่าตัวตายยังเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ จากการใช้ชีวิตอย่าง ไร้ความหวัง การขาดการปฏิสัมพันธ์กับคนรอบตัว ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง นอกจากนี้ชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลและเฝ้าระวังอย่างจริงจัง ดังนั้นหากครอบครัวไม่สามารถจัดการได้ เครือข่ายในชุมชนต้องมีส่วนช่วยเหลือ ในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน (หยกฟ้า เฟิงเลีย และคณะ, ๒๕๖๑) การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน จังหวัดจันทบุรี พบว่า กลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย ต้องการความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งนี้บุคลากรสาธารณสุข แกนนำชุมชน เป็นส่วนช่วยในการคัดกรองบุคคลเหล่านั้น เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ และช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ แก่กลุ่มเสี่ยงและครอบครัวได้ (พุทธิพร พงศนันท์ทุกกลิจ และคณะ, ๒๕๖๕) ประสิทธิภาพแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น พบว่าการให้ความรู้และพัฒนาทักษะการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย การส่งต่อผู้ป่วยแก่ครอบครัวและชุมชน ร่วมกับการแก้ไขปัญหสุขภาพกาย จิตและให้ความรู้ทางสุขภาพจิตจะช่วยให้กลุ่มเสี่ยงมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง (จักรกริช ไชยทองศรีและคณะ, ๒๕๖๕)

จากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ทฤษฎีการฆ่าตัวตาย ๓ ขั้นตอน (Three-step theory) ของ E. David Klonsky และ Alexis M. May (๒๐๑๕) อธิบายว่า ก่อนการคิดฆ่าตัวตาย บุคคลจะเริ่มจากความเจ็บปวด ความทุกข์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมกับความสิ้นหวังในชีวิตถ้าบุคคลนั้นมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง จะทำให้ความคิดฆ่าตัวตายลดลง แต่ถ้าสัมพันธภาพนั้นไม่ดีจะส่งผลให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง และเมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมการฆ่าตัวตายทำให้มีโอกาส ที่จะ

ฆ่าตัวตายสำเร็จ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยเสี่ยงสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ การมีโรคประจำตัวหรือโรคทางกายเรื้อรังต่างๆ เช่น มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคทางจิตเวช เช่น การติดแอลกอฮอล์ ภาวะซึมเศร้า และการใช้สารเสพติด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ แนะนำแนวทางป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายประกอบด้วย ๑) บุคคล ควรได้รับการเสริมสร้าง ภาวะสุขภาพกายที่ดีอย่างต่อเนื่องควบคู่ไปกับการเสริมแรงด้านจิตใจ ให้ยังคงมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความหวัง เหตุผลของการมีชีวิตอยู่ และมีความสุขตามบริบทที่เป็นอยู่ ๒) ครอบครัวหรือผู้ดูแล มีความผูกพันของสมาชิกของครอบครัว ยอมรับสนับสนุนให้ กำลังใจ รวมทั้งการตระหนักถึงความสำคัญ เข้าใจและสังเกตถึงสัญญาณเตือน ๓) ชุมชนและการมีระบบบริการการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูจิตใจอย่างต่อเนื่อง จากชุมชนสู่ชุมชน เน้นการเสริมปัจจัยปกป้องที่แข็งแรงจากครอบครัว ชุมชน และสังคมรอบข้าง วิจัยมีความตระหนักและเห็นความสำคัญปัญหาดังกล่าว จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอท่าม่วง จังหวัดน่าน ซึ่งประกอบด้วยการจัดกิจกรรมรู้ก่อนป้องกันได้ และกิจกรรมสร้างครอบครัวอบอุ่นชุมชนเข้มแข็ง จากนั้นจึงประเมินผลของแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย และนำผลที่ได้ไปปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานและนำไปใช้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลโปรแกรมการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

วัตถุประสงค์รอง

๑. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
๒. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
๓. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
๔. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

๑. หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง มีความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
๒. หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง มีความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
๓. หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
๔. หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

นิยามศัพท์

1. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ผู้สูงอายุในอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ที่ได้รับการคัดกรองด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (๘Q) ได้คะแนน ๑ - ๑๖ คะแนน มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในขณะการประเมินอยู่ใน ระดับน้อย ถึง ระดับปานกลาง
2. ครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมครัวเรือนเดียวกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ สามี ภรรยา ลูก หลาน เป็นต้น
3. เพื่อนบ้านใกล้เคียง หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ในเครือญาติ หรือเพื่อนบ้านที่มีความสนิทสนมกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ญาติพี่น้อง ลูกพี่ลูกน้อง เป็นต้น
4. เครือข่ายสุขภาพ หมายถึง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ประกอบด้วย บุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพระดับพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เครือข่ายกู้ชีพ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ตำรวจ พระสงฆ์ และองค์การบริหารส่วนตำบล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

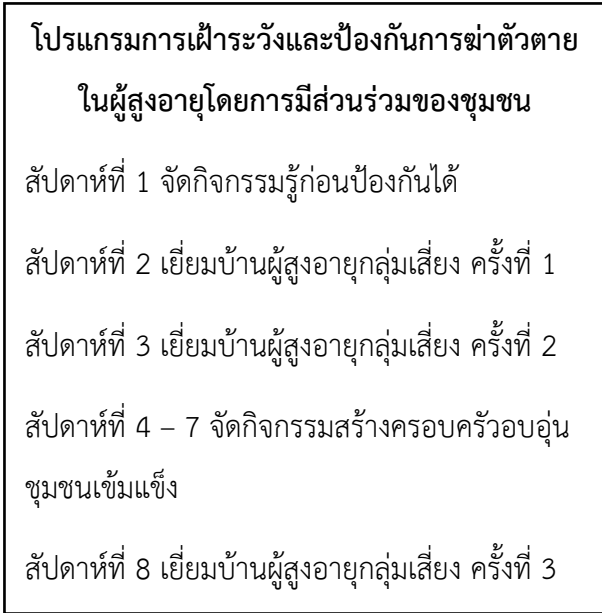
1. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการกำหนดนโยบายหรือสนับสนุนแนวทางสำหรับดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลท่าวังผาให้มีประสิทธิภาพต่อไป
2. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาล และบุคลากรในทีมบริการเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลท่าวังผาในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้มีประสิทธิภาพต่อไป
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาการวิจัยในอนาคตเกี่ยวกับรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือผู้ป่วยกลุ่มวัยอื่น ๆ ที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น

ระเบียบวิธีวิจัย

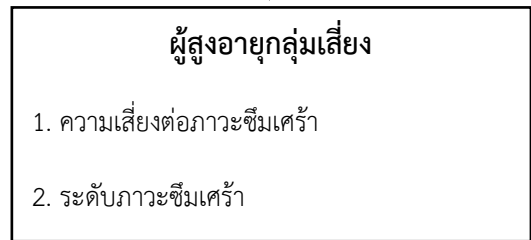
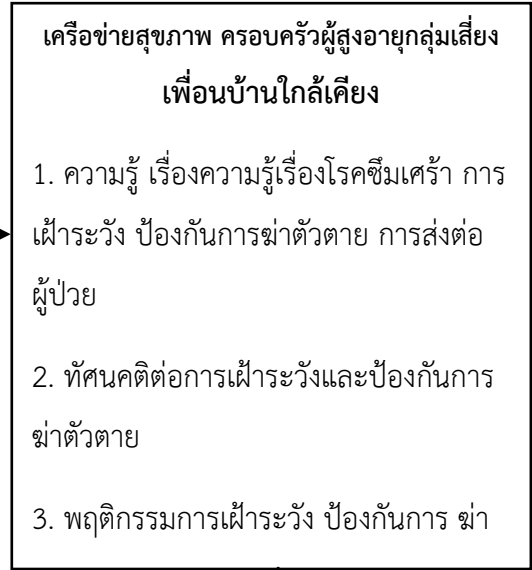
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง เปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (two groups, pretest – posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่มีต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย การส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยใช้โปรแกรมของ จักรกริช ไชยทองศรี และคณะ (๒๕๖๕) ที่ได้แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ทฤษฎีการฆ่าตัวตาย ๓ ขั้นตอน (Three-step theory) มาใช้ ดังแสดงตามกรอบแนวคิด

ตัวแปรต้น



ตัวแปรตาม



การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ กำหนดการศึกษาเป็น ๓ ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ ขั้นก่อนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

๑. ทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แนวคิดทฤษฎี ในการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมการเฝ้าระวัง
และป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอท่าวังผาจังหวัดน่าน

๒. คัดเลือกผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก เวชระเบียนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่
ได้จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ๒ คำถาม (๒Q) ๙ คำถาม (๙Q) และความคิดฆ่าตัวตาย ๘ คำถาม (๘Q) ของ
กรมสุขภาพจิต

ขั้นตอนที่ ๒ ขั้นการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

๑. ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ
ชุมชน โดยมีระยะเวลาดำเนินการ ๘ สัปดาห์

ขั้นตอนที่ ๓ ขั้นหลังการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

๑. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ มาวิเคราะห์ข้อมูล สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

๒. จัดทำเล่มสมบูรณ์ที่ได้จากการศึกษาวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ๑) ผู้สูงอายุอำเภอท่าวังผา ๒) เครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เครือข่ายกู้ชีพ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ตำรวจ พระสงฆ์ และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ ๓) ครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและเพื่อนบ้านใกล้เคียง

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง ได้แก่ ๑) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงตำบลป่าคา อำเภอ ท่าวังผา จำนวน ๒๐ คน ๒) เครือข่ายสุขภาพ จำนวน ๒๕ คน และ ๓) ครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและเพื่อนบ้านใกล้เคียง จำนวน ๔๐ คน กลุ่มควบคุม ได้แก่ ๑) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงตำบลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา จำนวน ๒๐ คน ๒) เครือข่ายสุขภาพ จำนวน ๕๐ คน และ ๓) ครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและเพื่อนบ้านใกล้เคียง จำนวน ๔๐ คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

๑. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยของ ธีรสุทธิ ปีตวิบลเสถียร (๒๕๖๖) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าด้วยกระบวนการ ๓ หมอ อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี พบว่า กลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของความเสียหายของการเกิดภาวะซึมเศร้า เท่ากับ ๐.๐๗ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๐.๒๗ และกลุ่มควบคุมหลังเข้าโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๐.๗๑ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๐.๖.๑ นำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ ๑.๓๕๖ จึงกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ ๐.๘ มีค่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ ๐.๙๕๖ และนำค่าที่ได้มาคำนวณด้วยโปรแกรม G* power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ ๑๓ คน ในการศึกษาครั้งนี้ได้ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและความไม่ครบถ้วนของข้อมูล จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ ๕๐ เป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงกลุ่มทดลอง จำนวน ๒๐ คน และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน ๒๐ คน รวม ๔๐ คน

ผู้วิจัยคัดเลือกอย่างเจาะจง (Purposive sampling) โดยผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสุ่มเลือกจากตำบลที่มีสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน ๒ ตำบลเป็นฐาน กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ตำบลป่าคา และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ตำบลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน เนื่องจากเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยเฉพาะสถานการณ์ ผู้วิจัยใช้ดุลพินิจคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะที่สอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่จะศึกษาอย่างเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก สอบถามความสมัครใจกลุ่มตัวอย่างจนครบจำนวนตามกำหนด

๒. เครือข่ายสุขภาพ คัดเลือกอย่างเจาะจง (Purposive sampling) เนื่องจากเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยเฉพาะสถานการณ์ สามารถคัดเลือกตัวอย่างโดยใช้ดุลพินิจของผู้วิจัยถึงลักษณะที่สอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่จะศึกษาได้อย่างเฉพาะเจาะจง ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ ๒๕ คน รวมจำนวน ๕๐ คน ประกอบด้วย บุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพระดับพื้นที่ ๒ คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ๑๐ คน เครือข่ายกู้ชีพ ๕ คน ผู้ใหญ่บ้าน ๑ คน กำนัน ๑ คน ตำรวจ ๒ คน พระสงฆ์ ๒ รูป และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุหรือผู้เกี่ยวข้องในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๒ คน

๓. ครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง คัดเลือกอย่างเจาะจง (Purposive sampling) ผู้วิจัยได้คัดเลือกตามจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ ๒๐ คน รวมจำนวน ๔๐ คน

๔. เพื่อนบ้านใกล้เคียง คัดเลือกอย่างเจาะจง (Purposive sampling) ผู้วิจัยได้คัดเลือกตามจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ ๒๐ คน รวมจำนวน ๔๐ คน

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ดังนี้

๑. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเป็นผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อายุอยู่ในตำบลท่าวังผา และตำบลป่าคา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

๒. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีผลการคัดกรองด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (๘Q) ได้คะแนน ระหว่าง ๑ - ๑๖ คะแนน

๓. เครือข่ายสุขภาพ เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานหรือรับผิดชอบงานในพื้นที่ตำบลท่าวังผา และตำบลป่าคา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน อย่างน้อย ๑ ปี

๔. ครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในครอบครัว

๕. เพื่อนบ้านใกล้เคียง เป็นสมาชิกครัวเรือนของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงบริเวณใกล้เคียง

๖. สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้อย่างดี

๗. ยินดีปฏิบัติตามกิจกรรมโปรแกรมที่กำหนดไว้ตลอดระยะเวลาการวิจัย

กำหนดเกณฑ์การคัดอาสามัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ดังนี้

๑. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง มีเหตุการณ์กะทันหันที่ส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกาย และสภาพจิตใจในขณะดำเนินกิจกรรมโปรแกรม เช่น เกิดอุบัติเหตุ เกิดการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด สิ่งของมีค่า ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นต้น

๒. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรงจากการประเมินการฆ่าตัวตาย (๘Q) จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยทันที

๓. ย้ายภูมิลำเนาระหว่างการดำเนินกิจกรรมโปรแกรม หรือก่อนเสร็จสิ้นการวิจัย

กำหนดเกณฑ์ถอนตัวของอาสามัครออกจากโครงการ (Withdrawal criteria) ดังนี้

๑. ขอลถอนตัวเองออกจากการตอบแบบสอบถาม หรือขอลถอนตัวออกระหว่างการปฏิบัติตามกิจกรรมโปรแกรม ก่อนเสร็จสิ้นการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. โปรแกรมการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุโดยความร่วมมือของชุมชน ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้โปรแกรมจากการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยความร่วมมือของชุมชน อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น (จักรกริช ไชยทองศรี และคณะ ๒๕๖๕) โดยมีระยะเวลาดำเนินการ ๘ สัปดาห์ กิจกรรมทั้งหมดจำนวน ๕ ครั้ง รายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ ๑ จัดกิจกรรมรู้ก่อนป้องกันได้ ใช้เวลา ๓ ชั่วโมง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาล ท่าวังผา ดำเนินกิจกรรมดังนี้

๑) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ครั้งที่ ๑ ก่อนดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมใน ครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เพื่อนบ้านใกล้เคียง และ เครือข่ายสุขภาพ

๒) จัดกิจกรรมรู้ก่อนป้องกันได้ ให้กับ เครือข่ายสุขภาพ ครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และ เพื่อนบ้านใกล้เคียง เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า อาการและอาการแสดง โรคอื่นที่มีอาการคล้ายคลึงกับโรคซึมเศร้า ข้อควรทราบเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาแก้อาการซึมเศร้า คำแนะนำสำหรับผู้ดูแล การใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า ๒ คำถาม (๒Q) ๙ คำถาม (๙Q) และความคิดฆ่าตัวตาย ๘ คำถาม (๘Q) ของกรมสุขภาพจิต การประเมินสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โดยการบรรยายให้ความรู้ ประกอบสื่อและแจกโปสเตอร์สัญญาณเตือนความเสี่ยงการฆ่าตัวตายนำไปติดในบ้านและสถานที่สาธารณะ เพื่อแจ้งเตือนต่อชุมชนให้ทราบร่วมกันในการเฝ้าระวังและทราบวิธีส่งต่ออย่างทันที่

สัปดาห์ที่ ๒ เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ครั้งที่ ๑ ดำเนินกิจกรรมดังนี้

๑. ประเมินสภาพร่างกาย โรคเรื้อรัง โรคประจำตัวที่เป็นอยู่ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฆ่าตัวตาย

๒. วิเคราะห์และวางแผนแก้ไขสาเหตุรายบุคคล ตามสภาพปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้าน

๓. แนะนำวิธีการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน สภาพแวดล้อม อุปกรณ์ที่เอื้อต่อการฆ่าตัวตาย ร่วมกับครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น การจัดเก็บเชือก อุปกรณ์ของมีคม การเก็บยาฆ่าแมลง สารเคมีต่าง ๆ ในที่ปลอดภัย การปรับเวลาบุคคลในครอบครัวให้สามารถสลับกันอยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น

๔. ผู้วิจัยร่วมกับครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สรุปวิเคราะห์วิธีการ และเป้าหมายร่วมกัน

สัปดาห์ที่ ๓ เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ครั้งที่ ๒ ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

๑. พุดคุย เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้พูดระบายความรู้สึกของตนเอง

๒. พัฒนาคำถามรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) เกี่ยวกับการรู้เท่าทัน ภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย การให้กำลังใจ การส่งเสริมทักษะในการแสวงหาความช่วยเหลือจากชุมชนและสังคม สายด่วนกรมสุขภาพจิต ส่งเสริมความคิดเชิงบวกและมองโลกในแง่ดี

สัปดาห์ที่ ๔ - ๗ จัดกิจกรรมสร้างครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง ในชุมชนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ตำบลป่าคา อำเภอท่าวังผา ดำเนินกิจกรรมดังนี้

๑. การส่งเสริมให้เครือข่ายสุขภาพ ครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และเพื่อนบ้านใกล้เคียง ผลัดเปลี่ยนเยี่ยมเยียน ทักทาย ให้กำลังใจในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

๒. การส่งเสริมให้ครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ผลัดเปลี่ยนโทรศัพท์พุดคุยกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงให้กำลังใจ สนับสนุนชักจูงให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง เช่น ทำงานอดิเรก ทำกิจกรรมที่ตนเองสนใจ ออกกำลังกาย ออกไปพบปะกับผู้อื่นมากขึ้น เป็นต้น

๓. สนับสนุนให้ครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เพื่อนบ้านใกล้เคียง สังเกต เผื่อระวัง การประเมินสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

สัปดาห์ที่ ๘ เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ครั้งที่ ๓ ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

๑. คัดกรองภาวะซึมเศร้า ๒ คำถาม (๒Q) ๙ คำถาม (๙Q) และความคิดฆ่าตัวตาย ๘ คำถาม (๘Q) ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

๒. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ครั้งที่ ๒ หลังดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมในครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เพื่อนบ้านใกล้เคียง และเครือข่ายสุขภาพ

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ ๑ ดำเนินกิจกรรมดังนี้

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ครั้งที่ ๑ ในเครือข่ายสุขภาพ ครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และเพื่อนบ้านใกล้เคียง

สัปดาห์ที่ ๒ - ๗ ดำเนินกิจกรรมดังนี้

๑. ให้บริการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงตามแนวทางปกติของโรงพยาบาลท่าวังผา

สัปดาห์ที่ ๘ สัปดาห์ที่ ๒ - ๗ ดำเนินกิจกรรมดังนี้

๑. คัดกรองภาวะซึมเศร้า ๒ คำถาม (๒Q) ๙ คำถาม (๙Q) และความคิดฆ่าตัวตาย ๘ คำถาม (๘Q) ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

๒. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ครั้งที่ ๒ ในเครือข่ายสุขภาพ ครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และเพื่อนบ้านใกล้เคียง

๓. หลังสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจัดกิจกรรมรูก่อนป้องกันได้ ให้กับเครือข่ายสุขภาพ ครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และเพื่อนบ้านใกล้เคียง ในรูปแบบเดียวกับกลุ่มทดลอง

๒. แผนการอบรมเรื่อง ความรู้โรคซึมเศร้า การคัดกรอง เฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตายและการส่งต่อผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งของการจัดกิจกรรมรูก่อนป้องกันได้ ตามแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยออกแบบแผนการอบรมขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เนื้อหา ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า อาการและอาการแสดง โรคอื่นที่มีอาการคล้ายคลึงกับโรคซึมเศร้า ข้อควรทราบเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้า คำแนะนำสำหรับผู้ดูแล การใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า ๒ คำถาม (๒Q) ๙ คำถาม (๙Q) และความคิดฆ่าตัวตาย ๘ คำถาม (๘Q) ของกรมสุขภาพจิต การประเมินสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โดยการบรรยายให้ความรู้ ประกอบสื่อและแจกโปสเตอร์สัญญาณเตือนความเสี่ยงการฆ่าตัวตายให้กลุ่มทดลองหลังเสร็จสิ้นการอบรม

๓. แบบสอบถามความรู้ ทักษะคติ พฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือจากงานวิจัย เรื่องประสิทธิผลแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น (จักรกริช ไชยทองศรี และคณะ ๒๕๖๕) สำหรับให้เครือข่ายบริการสุขภาพ ครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและเพื่อนบ้านใกล้เคียงเป็นผู้ตอบประกอบด้วย

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน ๖ ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ กิจกรรมวันครอบครัว ประสบการณ์คัดกรองหรือส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ ๒ ความรู้ เรื่องความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย การส่งต่อผู้ป่วย จำนวน ๑๕ ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิด แบบเลือกตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ การแปลผลคะแนนความรู้ มีคะแนนรวม ๑๕ คะแนน จำแนกเป็น ๓ ระดับ พิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, ๑๙๖๘) โดยใช้ค่าคะแนนในการวิเคราะห์แบ่งคะแนน คือ ระดับสูง มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๓ คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง ๑๐.๐๐ – ๑๒.๙๙ คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๙.๙๙ คะแนน

ส่วนที่ ๓ ทักษะคติต่อการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย จำนวน ๑๕ ข้อ มีข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน ประเมินค่า (Rating scale) เลือกตอบ ๕ ข้อ คือ เห็นด้วยมากที่สุดเห็นด้วยระดับมาก เห็นด้วยไม่เห็นด้วยเท่า ๆ กัน ไม่เห็นด้วยระดับน้อย และไม่เห็นด้วย การแปลผลทัศนคติต่อการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย มีคะแนนรวม ๗๕ คะแนน จำแนกเป็น ๓ ระดับ พิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, ๑๙๗๗) โดยใช้ค่าคะแนนในการวิเคราะห์แบ่งคะแนน ดังนี้ $(๗๕-๑๕)/๓= ๒๐$ คือ ระดับสูง มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๖ คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง ๓๖.๐๐ – ๕๕.๙๙ คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๕.๙๙ คะแนน

ส่วนที่ ๔ พฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการ ฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย จำนวน ๑๕ ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) เลือกตอบ ๕ ข้อ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ มีคะแนนรวม ๗๕ คะแนน จำแนกเป็น ๓ ระดับ พิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, ๑๙๗๗) โดยใช้ค่าคะแนนในการวิเคราะห์แบ่งคะแนน ดังนี้ $(๗๕-๑๕)/๓= ๒๐$ คือ ระดับสูง มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๖ คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง ๓๖.๐๐ – ๕๕.๙๙ คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๕.๙๙ คะแนน

๔. แบบประเมิน ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน ๙ ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ประสบการณ์ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ กินยานอนหลับ หรือสารเสพติดชนิดต่าง ๆ เหตุการณ์สูญเสียที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต

ส่วนที่ ๒ แบบประเมิน ในช่วง ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ๒ คำถาม (๒Q) มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ หากตอบว่าใช่ ข้อใดข้อหนึ่ง ให้ประเมินด้วยแบบประเมิน ๙ คำถาม (๙Q) เป็นลำดับถัดไป เพื่อประเมินระดับภาวะซึมเศร้า การแปลผลระดับภาวะซึมเศร้า ดังนี้

น้อยกว่า ๗ คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยมากหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า

๗ - ๑๒ คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย

๑๓ - ๑๘ คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๙ คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

หากพบผู้สูงอายุที่มีผลการประเมิน ๙Q ได้ คะแนน ≥ ๗ คะแนน ให้ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ๘ คำถาม (๘Q) เป็นลำดับถัดมา เพื่อประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย การแปลผล ดังนี้

๐ คะแนน หมายถึง ไม่มีแนวโน้ม หรือความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน

๑ - ๘ คะแนน หมายถึงมีแนวโน้ม หรือความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย

๙ - ๑๖ คะแนน มีแนวโน้ม หรือความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง

≥ ๑๗ คะแนน มีแนวโน้ม หรือความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

๑. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ รพ.น่าน ๑ ท่าน พยาบาลจิตเวช รพ.น่าน ๑ ท่าน และ พยาบาลจิตเวช รพ.ท่าวังผา ๑ ท่าน ส่วนที่ ๒ ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย การส่งต่อผู้ป่วย ส่วนที่ ๓ ทักษะคิดต่อการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ส่วนที่ ๔ พฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการ ฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย มีค่า CVI ทุกส่วน เท่ากับ ๑.๐๐

๒. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน จำนวน ๓๐ คน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลใกล้เคียงแห่งหนึ่ง ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ส่วนที่ ๒ ด้านความรู้ เรื่องความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย ด้วยค่า KR-๒๐ ส่วนที่ ๓ ทักษะคิดต่อการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ส่วนที่ ๔ พฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการ ฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

การวิเคราะห์ข้อมูล

๑. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ภาวะซึมเศร้า

๒. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปร ด้านความรู้เรื่องความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย มี ทักษะคิดต่อการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการ ฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเป็นการแจกแจงแบบปกติ ใช้สถิติการทดสอบ Paired t-test

๓. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปร ด้านความรู้เรื่องความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย มีทัศนคติต่อการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการ ฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ตรวจสอบข้อตกลง เบื้องต้นเป็นการแจกแจงแบบปกติ ใช้สถิติการทดสอบ Independent t-test

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากได้รับการพิจารณา รับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน เลขที่ NAN REC ๖๗-๑๐ ลงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ โดยใช้แบบสอบถาม สำหรับในการเก็บรวบรวม หลังได้รับการ ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อขอคำ ยินยอมและสื่อสารกับกลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้การยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยความ สมัครใจปราศจากอิทธิพลใด ๆ บังคับขู่脅หรือชักจูง และจะมีการลงนามอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการวิจัย

๑. เครือข่ายบริการสุขภาพกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายใน ผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอท่าวังผา มีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย การส่งต่อผู้ป่วย เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\bar{X}=11.48$, S.D.= ๑.๐๕) เป็นระดับสูง ($\bar{X}=13.76$, S.D.= ๐.๙๔) มีทัศนคติต่อการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\bar{X}=46.36$, S.D.= ๕.๙๑) เป็นระดับสูง ($\bar{X}=63.68$, S.D.= ๔.๑๐) และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตายและการส่งต่อ ผู้ป่วย เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\bar{X}=50.00$, S.D.= ๒.๙๖) เป็นระดับสูง ($\bar{X}=61.64$, S.D.= ๑.๘๗)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเฝ้าระวัง และป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพกลุ่มทดลอง มีความรู้ มี ทัศนคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตายและการส่งต่อผู้ป่วย สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลัง เข้าร่วมโปรแกรมการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มทดลอง มี ความรู้ มีทัศนคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตายและการส่งต่อผู้ป่วย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

๒. ครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และเพื่อนบ้านใกล้เคียง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเฝ้าระวังและป้องกัน การฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอท่าวังผา มีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย การส่งต่อผู้ป่วย เพิ่มขึ้นจากระดับต่ำ ($\bar{X}=7.43$, S.D.= ๑.๐๖) เป็นระดับปานกลาง ($\bar{X}=12.28$, S.D.= ๐.๙๖) มีทัศนคติต่อการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\bar{X}=43.90$, S.D.= ๓.๗๗) เป็นระดับสูง ($\bar{X}=58.45$, S.D.= ๔.๑๑) และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่า ตัวตายและการส่งต่อผู้ป่วย เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\bar{X}=46.40$, S.D.= ๓.๙๕) เป็นระดับสูง ($\bar{X}=61.45$, S.D.= ๑.๔๓)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัว ตายในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และเพื่อนบ้านใกล้เคียงกลุ่มทดลอง มี ความรู้ มีทัศนคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตายและการส่งต่อผู้ป่วย สูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และเพื่อนบ้านใกล้เคียง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มทดลอง มีความรู้ มีทัศนคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตายและการส่งต่อผู้ป่วย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

๓. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอลำปาง ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจาก ๕ คน เป็น ๑๒ คน ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น จาก ๕ คน เป็น ๑๐ คน ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยและปานกลางจำนวน ๒๐ เป็น ๑๑ คน ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความแตกต่างระหว่างระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเฝ้าระวังและป้องกัน และความแตกต่างระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของความเครียดต่อภาวะซึมเศร้า ระดับภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุป อภิปรายผล

โปรแกรมการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลลำปาง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเครือข่ายสุขภาพ ครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและเพื่อนบ้านใกล้เคียง มีความรู้ เรื่องการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ทัศนคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการ ฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น สามารถนำไปเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมทั้งหมด ๘ สัปดาห์ ได้แก่ ให้ความรู้ ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า อาการและอาการแสดง โรคอื่นที่มีอาการคล้ายคลึงกับโรคซึมเศร้า ข้อควรทราบเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้า คำแนะนำสำหรับผู้ดูแล การใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า ๒ คำถาม (๒Q) ๔ คำถาม (๔Q) และความคิดฆ่าตัวตาย ๘ คำถาม (๘Q) ของกรมสุขภาพจิต การประเมินสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การเยี่ยมบ้าน การจัดกิจกรรมสร้างสร้างครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง ร่วมกันระหว่างเครือข่ายสุขภาพ ประกอบด้วย บุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพระดับพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เครือข่ายกู้ชีพ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ตำรวจ พระสงฆ์ และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุหรือผู้เกี่ยวข้องในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และเพื่อนบ้านใกล้เคียง พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ระดับภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับหลายงานวิจัยได้แก่ การศึกษาของ สุวิมล แสงเรือง (๒๕๖๖) หลังได้ใช้หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับการดูแลสุขภาพรายบุคคล แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ๙ ด้าน พบว่า หลังใช้หลักสูตรไม่พบความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาของ มลิสสา งามศรี และหงส์ บันเทิงสุข (๒๕๖๖) หลังได้ใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบผูกเสี่ยวผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ ประสิทธิ์ ชมชื่น (๒๕๖๖) หลังได้เสริมพลังและให้ทุนการร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านทาง เครือข่ายบริการสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรม การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ ธีรสุทธิ์ ปีตวิบลเสถียร (๒๕๖๖) หลังได้นำรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีความ

เสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ไปใช้ด้วยกระบวนการ ๓ หมอ ซึ่งเป็นเครือข่ายสุขภาพ ประกอบด้วยบุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข และสมาชิกในครอบครัว พบว่า หลังใช้รูปแบบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า มีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และไม่พบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ข้อเสนอแนะ

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

1. โรงพยาบาลชุมชนควรนำโปรแกรมการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ เพื่อสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการร่วมกันดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในระดับพื้นที่

บทเรียนที่ได้รับ

1. การใช้โปรแกรมการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการนำไปใช้ในช่วงระยะเวลา ๘ สัปดาห์ ควรมีการศึกษาในระยะยาว ถึงความต่อเนื่องจากพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เพื่อเพิ่มประสิทธิผลหรือพัฒนาโปรแกรมให้ดียิ่งขึ้น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

กำหนดของเขตการทำวิจัยให้มีความชัดเจน เลือกพื้นที่ศึกษา กลุ่มประชากร เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อที่จะสามารถดำเนินการวิจัยได้ตรงตามโจทย์ปัญหาการวิจัย ทั้งนี้ขอบเขตงานวิจัยยังหมายความรวมถึงระยะเวลาการดำเนินงานวิจัยด้วย โดยต้องมีการกำหนดระยะเวลาให้แน่ชัด

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (๒๕๖๑). *คู่มือการปฏิบัติงานที่ช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๑*. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ธีรสุทธิ ปิตวิบลเสถียร. (๒๕๖๖). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าด้วยกระบวนการหมอ ๓ หมอ อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี*, ๓๑(๓), ๑๔๓-๑๕๘.
- นริส วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ. (๒๕๕๗). ภาวะซึมเศร้า : ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, ๑๕(๓), ๒๔-๓๑.
- ประสิทธิ์ ชมชื่น. (๒๕๖๖). ผลของการเสริมพลังและการให้คุณค่าร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, ๘(๓), ๓๙๘-๔๐๘.
- พุทธิพร พงศ์นนทกุลกิจ, สุทธิพร มุลศาสตร์ และปราการ ฌมายากร. (๒๕๖๕). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, ๓๘(๒), ๑๘๗-๑๙๗.
- มลิสานามศรี และหงส์ บันเทิงสุข. (๒๕๖๖). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการผูกเสี่ยวให้คำปรึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์*, ๓๑(๓), ๙๐-๑๐๒.
- โรงพยาบาลท่าวังผา. (๒๕๖๖). *สรุปผลการดำเนินงานสุขภาพจิต ประจำปี ๒๕๖๖*. โรงพยาบาลท่าวังผา
- สุวิมล แสงเรือง. (๒๕๖๖). ผลของการใช้หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล แบบมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ๙ ด้าน. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, ๘(๔), ๒๓๓-๒๔๓.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, ๒๕๖๖ แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี
งบประมาณ ๒๕๖๖ เข้าถึงได้จาก

<https://www.chiangmaihealth.go.th/document/๒๓๐๓๑๕๑๖๗๘๘๕๙๖๗๘๙๖.pdf>

หยกฟ้า เฟื่องเลีย, สุขเสริม ทิพย์ปัญญา, กรรณิการ์ พุกศร, วิชัย ลิขสิทธิ์ีदारगुल, สงวน ธาณี และสมจิตต์ ลุ
ประสงค์. (๒๕๖๑). การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลจirim อำเภอ
ท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, ๒๖(๓), ๑๘๖-๑๙๖.

World Health Organization; WHO. (๒๐๒๒). *Ageing and health*. retrieved from, World Health
Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

การพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

Development of outpatient nursing service system
at Tha Wang Pha Hospital, Nan Province

นภาพร มหายศนันท์, ธนิตดา พลเล็ก, สุกฤตดา สุวรรณเลิศ
งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา

ความเป็นมาและความสำคัญ

ยุคศตวรรษที่ ๒๑ เป็นยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม ส่งผลถึงนโยบายด้านสุขภาพที่เน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานคุณภาพของการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และเป็นระยะที่โรงพยาบาลภาครัฐทุกระดับให้ความสำคัญเรื่องการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง กลุ่มงานการพยาบาลเป็นหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ได้เล็งเห็นความสำคัญของมาตรฐานการพยาบาลโดยเฉพาะงานผู้ป่วยนอก ทั้งยังเป็นบริการด้านหน้าของโรงพยาบาลที่ต้องรองรับผู้รับบริการทุกประเภทจำนวนมาก จึงต้องมีมาตรฐานการพยาบาลตามข้อกำหนดสำนักการพยาบาล สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๕๑) ได้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ไว้ว่าเป็นข้อกำหนดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติการดูแลผู้ใช้บริการตั้งแต่เริ่มเข้ามาใช้บริการในหน่วยงานบริการจนออกจากหน่วยบริการ ประกอบด้วย ๙ มาตรฐานตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย การดูแลระยะก่อนการตรวจรักษา ระยะขณะตรวจรักษา ระยะหลังการตรวจรักษา การดูแลต่อเนื่อง การคุ้มครองภาวะสุขภาพ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และการบันทึกทางการพยาบาล ในทำนองเดียวกันระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นงานบริการด้านหน้าซึ่งต้องรองรับผู้ป่วยจำนวนมาก จากการทบทวนรายงานความเสี่ยงตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน อ้างอิงจากรายงานความเสี่ยง โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน (๒๕๖๕) พบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้แก่ ๑) ขั้นตอนการทำบัตรลง(ลงทะเบียนการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล) การบ่งชี้ตัวผู้ป่วย (Patient Identification) ผิดพลาดเช่นการทำบัตรผิดคน หรือการตรวจสอบสิทธิด้านการรักษาผิดพลาด ๒) การคัดแยกผู้ป่วยไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด พบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ภาวะเสี่ยงต่ออาการกำเริบที่ผู้ป่วยนอก ไม่ได้ส่งต่อไปยังห้องฉุกเฉิน ๓) การคัดกรองผู้ป่วยไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด ข้อมูลการคัดกรองไม่ครบถ้วน ๔) การดูแลผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ พบว่ามีข้อมูลไม่ครบถ้วนทำให้เกิดการทำงานซ้ำซ้อนเสียเวลาการเข้ารับบริการมากขึ้น ๕) การให้บริการหลังพบแพทย์ พบว่ามีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกอื่นไม่ถูกต้อง ข้อมูลไม่ครบถ้วน ๖) การดูแลต่อเนื่อง การออกไปนัดครั้งต่อไปที่ผิดไม่สอดคล้องกับคำสั่งการรักษาของแพทย์ และการสื่อสารการเข้ารับบริการครั้งต่อไปไม่ชัดเจน

จากปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าวในการพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องแก้ปัญหาดังกล่าว ประกอบกับ ผู้วิจัยได้ทำงานอยู่ในกลุ่มงานดังกล่าว จึงได้ทำการวิจัยโดยการนำเอาแนวคิดเกี่ยวกับมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก การสร้างมาตรฐานการพยาบาลตามขั้นตอนของเมสัน แนวคิด ลีน (Lean) ทางการพยาบาล และแนวคิดนโยบาย Smart Healthcare มาใช้ในการพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบบริการงานผู้ป่วยนอกต่อความพึงพอใจและระยะเวลารอคอย ของผู้รับบริการ

ระเบียบวิธีวิจัย (research methodology)

- แบบของการวิจัย (research design). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)
- กรอบแนวคิด

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

- สภาพปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค และบริบทระบบ
บริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

- ระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่า
วังผา จังหวัดน่าน

ระยะเวลารอคอยการเข้ารับบริการ
และความพึงพอใจของผู้รับบริการ



- กรอบแนวทาง มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกของ
สำนักพยาบาล กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข

- การสร้างมาตรฐานการพยาบาลตามขั้นตอนของเมสัน
(Mason)

- แนวคิดทฤษฎีเชิงระบบ

- แนวคิด ลีน (LEAN)

- แนวคิดนโยบายการพัฒนาระบบดิจิทัล (Smart
Healthcare)

- แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้
รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ
(Soukup, 2000)

- ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง
- ประชากร

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน จำนวน ๑๒ คน ปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยนอกอย่างน้อย ๑ ปี
2. ผู้รับบริการที่มารับการบริการตรวจรักษาที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน. ผู้รับบริการ จำนวน ๔๐๐ คน

กลุ่มตัวอย่าง

หาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มง่าย (Simple random sampling) คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยการแทนค่าในสูตร Taro Yamane ค่าความคลาดเคลื่อนที่ ๕% หรือ ๐.๐๕ ของขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ ๓๙๘ ราย ในงานวิจัยนี้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ๔๐๐ คน แบ่งเป็นช่วง ๒ ช่วง ช่วงที่ ๑ ก่อนการพัฒนา จำนวน ๒๐๐ คน และหลังการพัฒนา จำนวน ๒๐๐ คน

- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (instrument of research) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ทำหนังสือขอ
- อนุญาตใช้เครื่องในการวิจัยของ พัทณี สุมานิตย์(๒๕๖๔)

๑. แบบสอบถามการปฏิบัติของพยาบาล ประกอบด้วยข้อความที่เป็นมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตามขั้นตอนการคัดกรอง (สำหรับผู้ให้บริการ)

๒. แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบบริการงานผู้ป่วยนอก (สำหรับผู้รับบริการ)

- ระยะเวลาในการทำวิจัย นับตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึง ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๗

- สถิติที่ใช้

๑. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยการคำนวณความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลบันทึกผลการปฏิบัติงานของพยาบาลต่อกิจกรรมปฏิบัติการทางการพยาบาลก่อน หลังการพัฒนาระบบระบบบริการพยาบาลงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ค่า t ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ๐.๐๕

๓. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการและระยะเวลารอคอยก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาลงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ค่า t ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ๐.๐๕

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

ผลการพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอกตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติการทางการพยาบาลตามมาตรฐานทางการพยาบาลที่ถูกสร้างขึ้นโดยใช้เทคนิคของเมสัน (meson) และแนวคิดการการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup, ๒๐๐๐) ได้มาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ตามข้อมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ทั้งหมด ๙ มาตรฐาน การวิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการมีขั้นตอนการให้บริการทั้งหมด ๖ ขั้นตอนดังนี้ ๑) จุดลงทะเบียนการเข้ารับบริการ และการคัดแยกผู้ป่วยเบื้องต้นโดยพยาบาลวิชาชีพ ๒) จากนั้นเข้ารับบริการซักประวัติ และวัดสัญญาณชีพโดยพยาบาลวิชาชีพ ณ จุดคัดกรอง ๓) เมื่อสิ้นสุดซักประวัติ ผู้รับบริการจะใช้เวลาในการรอพบแพทย์ในห้องตรวจ ๔) ผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ ๕) หลังพบแพทย์แล้วผู้ป่วยจะมาพบเจ้าหน้าที่ เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การมาตรวจตามนัดครั้งต่อไป และคำแนะนำให้ไปรับบริการจุดบริการต่อไป ๖) จุจรรอรับยา และการชำระเงินเป็นขั้นตอนสุดท้าย หลังจากผู้วิจัยได้ทบทวนขั้นตอนการทำงานและวิเคราะห์กระบวนการทำงาน ตามกรอบแนวคิด ลีน (lean) ทางกรพยาบาล และ smart hospital ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเช่น เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยนอก องค์กรแพทย์ งานรังสีการแพทย์ งานห้องปฏิบัติการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานเภสัชกรรม และห้องจ่ายยาได้มีการพัฒนาระบบการทำงานในแต่ละขั้นตอนดังนี้ ๑.) นำโปรแกรมการลงทะเบียนการเข้าถึงบริการมาใช้เพื่อลดระยะเวลารอคอยและมีความถูกต้อง

มากกว่า ๒.) กำหนดให้มีพยาบาลเป็นคณบดีแยกผู้ป่วยก่อนส่งเข้ารับบริการในแต่ละแผนกได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเสี่ยงต่ออาการกำเริบ ทำให้ลดระยะเวลารอคอยการเข้ารับบริการขั้นตอนที่ ๒ ได้

๓.) ปรับการเข้ารับบริการกรณีผู้ป่วยที่นัดมาเพื่อติดตามอาการและมีกิจกรรมทางการพยาบาลก่อนพบแพทย์ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ห้องรังสีการแพทย์ ตรวจคลื่นหัวใจ อื่นๆ ให้เข้ารับบริการที่ตึกการก่อนเข้ารับบริการที่ ๒ จุดซักประวัติ ๔.) การลดขั้นตอนหลังพบแพทย์กรณีที่ไม่มีนัดครั้งต่อไปให้รับบริการที่ห้องยาและห้องจ่ายเงินตามลำดับได้ หลังการพัฒนาพบว่า ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยลดลงจาก ๑๓๙ นาที เป็น ๑๑๒ นาที และพบว่าขั้นตอนที่ ๑, ๒, ๕ ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยลดลงจาก ๑๓๙ นาที เป็น ๑๑๒ นาที และพบว่าขั้นตอนที่ ๑, ๒, ๕ เป็นขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยซึ่งมีระยะเวลาการเข้ารับบริการที่ดีขึ้น พยาบาลสามารถให้บริการได้ตามมาตรฐานมากขึ้น

ผลการประเมินผลการพัฒนารูปแบบระบบบริการงานผู้ป่วยนอก ต่อความพึงพอใจและระยะเวลารอคอย ของผู้รับบริการ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันโดยข้อมูลผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๕๓.๕ อายุเฉลี่ย ๕๔ ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา ร้อยละ ๖๙ สิทธิด้านการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ประเภทบัตรประกันสุขภาพทุกประเภท ร้อยละ ๗๐ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อระบบบริการ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ก่อน-หลังการพัฒนามีค่าความเฉลี่ย ๓.๔๕ SD=๐.๘๗ การแปลผล ความพึงพอใจระดับปานกลาง หลังการพัฒนา พบว่ามีค่าความเฉลี่ย ๓.๗๗ SD=๐.๗๐ การแปลผลความพึงพอใจระดับมาก เป็นที่น่าสังเกตพบว่าทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะด้านขั้นตอนการให้บริการ จากค่าเฉลี่ย ๓.๓๑ SD=๐.๘๗ การแปลผล ความพึงพอใจระดับปานกลาง เพิ่มเป็นค่าเฉลี่ย ๓.๙๗ SD=๐.๗๔ การแปลผล ความพึงพอใจระดับมาก และด้านการให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษา จากค่าเฉลี่ย ๒.๘๗ SD=๑.๐๘ การแปลผล ความพึงพอใจระดับปานกลาง เพิ่มเป็น ๔.๓๙ SD=๐.๐๗๙ การแปลผล ความพึงพอใจระดับมาก และด้านที่เป็นโอกาสในการพัฒนาต่อไปได้รับการพัฒนาน้อย ได้แก่ ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ มีค่าเฉลี่ยก่อนการพัฒนา ๓.๐๘ SD=๐.๙๓ การแปลผล ความพึงพอใจระดับปานกลาง หลังการพัฒนา ๓.๔๘ SD=๑.๐๒ การแปลผล ความพึงพอใจระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการ ก่อนและหลังการพัฒนาพบว่าค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจทุกด้านสูงกว่าก่อนมีการพัฒนา และระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้รับบริการที่งานผู้ป่วยนอก ก่อนการพัฒนา มีระยะเวลารอคอยเฉลี่ย ๑๓๙ นาที หลังการพัฒนา มีระยะเวลารอคอยเฉลี่ย ๑๑๒ นาที ระยะเวลารอคอยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ๐.๐๕ และระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้รับบริการที่งานผู้ป่วยนอก ก่อนการพัฒนา มีระยะเวลารอคอยเฉลี่ย ๑๓๙ นาที หลังการพัฒนา มีระยะเวลารอคอยเฉลี่ย ๑๑๒ นาที ระยะเวลารอคอยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ๐.๐๕

- อภิปรายผล

๑. การพัฒนาระบบบริการ: การพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอกได้สร้างมาตรฐานการปฏิบัติการทางการพยาบาลที่ชัดเจน โดยใช้เทคนิคของเมสัน (mason) และแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup, ๒๐๐๐) ซึ่งช่วยให้การปฏิบัติงานมีความเป็นระบบและมีคุณภาพมากขึ้น

๒. ผลการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ: ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการมีการปฏิบัติงานตามแนวทางที่กำหนดเพิ่มขึ้นขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก (Mean=๑.๘๓, S.D=๐.๑๗) แสดงถึงการปรับปรุงที่ชัดเจนในทุกขั้นตอนของการให้บริการ

๓. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ: ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean=๓.๗๗, S.D=๐.๗๐) ซึ่งบ่งชี้ว่าการพัฒนานี้มีผลกระทบต่อประสบการณ์ของผู้รับบริการ

๔. การลดระยะเวลารอคอย! ระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากเฉลี่ย ๑๓๙ นาที เหลือ ๑๑๒ นาที ($t=๑๓.๙๑๒$, $p\text{-value} < ๐.๐๕$) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการให้บริการที่ดีขึ้น

- สรุป.

สรุปการพัฒนากระบวนการบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดน่าน ตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีของ ลีน (Lean) แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup, ๒๐๐๐) และนโยบาย Smart Healthcare ของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ผู้ให้บริการได้ปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลที่ถูกต้อง ครบถ้วน สามารถลดระยะเวลารอคอยของการเข้ารับบริการ และส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการบริการของงานผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นและปลอดภัย

- ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการบริหารการพยาบาล

๑. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นเครื่องมือในการนิเทศกำกับ และติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการในงานผู้ป่วยนอก ได้

๒. ผู้บริหารการพยาบาลควรจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อเตรียมความพร้อมของบุคลากรพยาบาล โดยการประชุมชี้แจงการใช้มาตรฐานการพยาบาลและปฐมนิเทศบุคลากรเกี่ยวกับการนำมาตรฐานการพยาบาลไปใช้

๓. ผู้บริหารการพยาบาลควรมีการวางแผนระยะยาวสนับสนุนทุกหน่วยงานดำเนินการสร้างมาตรฐานการพยาบาลให้ครอบคลุมการบริการพยาบาลทุกประเภท รวมทั้งต้องดำเนินการควบคุม ติดตาม ประเมินผลการใช้มาตรฐานการพยาบาลในการปฏิบัติงานก่อเกิดผลสัมฤทธิ์แก่ผู้รับบริการได้ในสถานการณ์จริงหรือไม่

ข้อเสนอแนะด้านบริการ

๑. สร้างคู่มือวิธีการปฏิบัติต่างๆ เพื่อรองรับมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนดขึ้น ให้สามารถควบคุมคุณภาพการพยาบาล และนำไปสู่การประกันคุณภาพการพยาบาลได้

๒. พยาบาลประจำการในงานผู้ป่วยนอก ควรนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่สร้างและพัฒนาขึ้นใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินผลการพยาบาลและควรมีการปรับปรุงแก้ไขให้ทันสมัยตามสภาพปัญหา นโยบาย และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง

๓. ควรมีการให้เอกสาร แผ่นพับเกี่ยวกับข้อสรุปมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลและได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาล

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

๑. ด้านปฏิบัติการพยาบาล การนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่พัฒนาขึ้นให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลท่าม่วงทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ถูกต้องทำให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย รวดเร็ว พึงพอใจ และสามารถลดภาระงานของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานได้

๒. ด้านบริหารทางการพยาบาล มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่พัฒนาขึ้นเพื่อกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติสามารถนำมาเป็นเครื่องมือในการนิเทศทางการพยาบาลได้

บทเรียนที่ได้รับ

การพัฒนากระบวนการบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่านตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีของ ลีน (Lean) แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup, ๒๐๐๐) และนโยบาย Smart Healthcare ของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เกิดแนวทางปฏิบัติใหม่ที่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆในกระบวนการทำงานได้ ในด้านความปลอดภัย ความสะดวกสบาย และมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับผลประโยชน์สูงสุด

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. การทำงานเป็นทีมที่มีความสามัคคี มีความคิดสร้างสรรค์ มีใจพัฒนางานให้ได้ตามมาตรฐาน
๒. การบริการด้วยหัวใจยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย ความสะดวกสบายและมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (๒๔ กันยายน ๒๕๖๖). *Health KPI*. เข้าถึงได้จาก

<http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=๑๔๗๔>

การพัฒนาแบบบริการงานผู้ป่วยนอกด้วยกระบวนการ Smart Hospital. (๒๕๖๒). เรียกใช้เมื่อ ๒๔ กันยายน

๒๕๖๖ จาก <https://pcrh.moph.go.th/pcrh/uploads/media/>

จรรยา สันตยากร. (๒๕๖๐). *การจัดการคุณภาพการบริการสุขภาพ : การประยุกต์แนวคิดแบบเส้นทางทางการพยาบาล*. พิษณุโลก: โรงพิมพ์ตระกูลไทย.

ธัญนิภา บุขมมงคล. (๒๕๕๕). *การสร้างมาตรฐานการพยาบาลตามแนวคิดเมสัน*. กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์พินคำ

ทัศนภรณ์ ชัยแก้ว (๒๕๖๗). *ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดลีน โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่*. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ๔(๑). ๖๖-๗๖.

พัชนี สุมานิตย์, “การพัฒนากระบวนการบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี”, *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ*. ๓(๑). ๘๕-๙๗

มนัสดา คำรินทร์, “การประยุกต์ใช้ Lean Six Sigma ในการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของศูนย์สามัคคี โรงพยาบาลมหาสารคาม”,

วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๓ (กันยายน - ธันวาคม) พ.ศ. ๒๕๖๒: ๑๐๙,

นันท์ชญาณ์ นฤนาทนาเสฏฐ์ (๒๕๖๓). *การพัฒนาสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มี*

ภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ในห้องตรวจ อายุรกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล

มหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*. ๑๗(๒). ๑๑๑-๑๑๘

รัชณี หลงสวาสดี (๒๕๖๒). *ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก*

โรงพยาบาล สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. *วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล*. ๔(๓). ๗๐-๘๑

สุดารัตน์ พิมลรัตน์กาน. *ทฤษฎีระบบ, (บทความ)*

https://elcls.ssru.ac.th/anuch_na/pluginfile.php/๒๓๒/mod_resource/content/๑/%E๐%B๘

%๙%A%E๐%B๘%๙๗%E๐%B๘%๙๗%E๐%B๘%B๕%E๐%B๙%๘๘%๒๐๖%๒๐%E๐%B๘%๙๗%
E๐%B๘%A๔%E๐%B๘%A๙%E๐%B๘%๘E๐%B๘%B๕%E๐%B๘%A๓%E๐%B๘%B๐%E๐%
B๘%๙A%E๐%B๘%๙A.pdf

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๑). *มาตรฐานการพยาบาลใน*

โรงพยาบาล. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. ฐานิกา

อรรถชัย ภูมาพันธ์ และคณะ, “การจัดการระบบบริการผู้ป่วยนอกแนวใหม่ :

แนวคิดและการปฏิบัติ”, *Health System Research Journal* Vol๓ No.๒

April-June ๑๙๙๕:๖๘

อนวัณน์ ศุภชุตินกุล (๒๕๕๒). *Lean& Seamless Healthcare. สำนักพิมพ์ หนังสือดีวัน จำกัด*

Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice

model. *Nurse Clin North Am* ๒๐๐๐; ๓๕(๒): ๓๐๑-๙.

รูปแบบการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขและความผูกพันในองค์กร

ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

A model for Creating an Atmosphere that Promotes Happiness and Organizational Commitment among Registered Nurses. Tha Wang Pha Hospital. Nan Province.

ศุภลักษณ์ ธนามี, จุฬารัตน์ สุริยาทัย, นภาพร มหายคนันท์,
ศิริลักษณ์ พันธุ์แก้ว, ชัยพันธ์ วิชา กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าวังผา

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรงพยาบาลท่าวังผาเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๔๕ เตียง มีพยาบาลทั้งหมด ๕๔ คน เป็นข้าราชการจำนวน ๔๔ คน เป็นลูกจ้างจำนวน ๑๐ คน (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๖) ซึ่งเทียบตามระดับหน่วยนับภาระงานของเจ้าหน้าที่ (full time equivalent : FTE) โรงพยาบาลท่าวังผาควรมีพยาบาล ๕๑-๖๓ คน ทำให้พยาบาลต้องแบกรับภาระงานมากขึ้น มีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความเหนื่อยล้า ความสุขในการทำงานลดลงจากการประเมินความสุขบุคลากรพยาบาล (happinometer) ในปี ๒๕๖๕ พบว่าความสุขของบุคลากรในกลุ่มงานการพยาบาล ในภาพรวมมีความสุขร้อยละ ๖๒.๗๗ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความสุขที่ได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์คือน้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ได้แก่ ด้านสมดุลชีวิตกับการทำงาน (work life balance) และ ด้านการผ่อนคลาย (happy relax) โดยได้คะแนนร้อยละ ๕๘.๔๕ และ ๕๙.๒๓ ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการประเมินความผูกพันองค์กรของบุคลากรพยาบาลในกลุ่มงานการพยาบาล พบว่ามีความผูกพันองค์กรในระดับน้อย ปานกลาง และมาก ร้อยละ ๑.๘๕ , ๘๓.๓๓ และ ๑๔.๘๒ ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าความผูกพันของบุคลากรที่อยู่ในระดับน้อย และปานกลางรวมกันมีมากถึงร้อยละ ๘๕.๑๘ นอกจากนี้ยังพบว่าปี ๒๕๖๕ มีพยาบาลย้ายไปสังกัดองค์การบริการส่วนจังหวัดจำนวน ๑ คน ขอย้ายออก ๒ คน ปี ๒๕๖๖ พยาบาลลาออกทั้งหมด ๓ คน และ ปลายปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มีพยาบาลแจ้งความจำนงขอย้ายไปสังกัดองค์การบริการส่วนจังหวัดจำนวน ๔ คน ส่งผลให้อัตรากำลังขาดแคลนมากขึ้น พยาบาลแต่ละคนมีเวรที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ (over time) เฉลี่ยคนละ ๑๐-๑๒ เวนต่อเดือน และจากผลการประเมินพบว่าพยาบาลต้องการมีวันหยุดพักผ่อน วันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์ตามระเบียบราชการ รวมถึงต้องการ การสื่อสารที่ดี สื่อสารได้ง่าย รวดเร็ว และต้องการคำแนะนำในเรื่องต่างๆจากผู้บริหาร

จากการศึกษาแนวทางการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความอยู่ดี มีสุขและ ผูกพันของบุคลากร เพื่อดึงดูด (attract) คนเก่งและดีเข้ามา ในองค์กรได้ รักษา (retain) บุคลากรที่เก่งและดีให้อยู่กับองค์กรต่อไป รวมถึง กระตุ้น จูงใจ (motivate) บุคลากรให้มีแรงจูงใจในการทำงาน เครื่องมือการวินิจฉัยความอยู่ดีมีสุขและความผูกพันของบุคลากรอย่างเต็มความสามารถ อันเป็นเป้าหมายสำคัญของงานบริหารและพัฒนา ทรัพยากรมนุษย์ การสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความอยู่ดี มีสุขและ ผูกพันของบุคลากร พบว่าสามารถทำได้หลากหลายวิธี ขึ้นอยู่กับความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของแต่ละองค์กร รวมทั้งความพร้อมด้านการเงิน การคลัง สำหรับวิธีที่เหมาะสมที่สามารถตอบสนองให้เกิดความอยู่ดี มีสุขและผูกพันองค์กร คือแนวคิดองค์กรสร้างสุข (happy workplace) ด้วยความสุขพื้นฐาน ๘ ประการ ประกอบด้วย ๑) การส่งเสริมด้านสุขภาพกายและใจ (happy body) ๒) การส่งเสริมให้เกิดความเกื้อกูลในองค์กร มีน้ำใจเอื้ออาทรช่วยเหลือกัน (happy Heart) ๓) การส่งเสริมความรักความสามัคคี และมีสภาพแวดล้อมที่ดีในที่ทำงาน (happy society) ๔) การส่งเสริมให้มีสภาพแวดล้อมที่

ผ่อนคลาย (happy relax) ๕) การส่งเสริมให้บุคลากรได้พัฒนาความรู้ ความสามารถ (happy brain) ๖) การส่งเสริมให้บุคลากรมีศีลธรรมในการดำเนินชีวิต มีสติ สมาธิ ในการทำงาน เป็นคนดี คิดดี ทำดี (happy soul) ๗) การส่งเสริมด้านการออมและการวางแผนในการใช้จ่าย รู้จักวิธีใช้เงิน (happy money) และ ๘) การส่งเสริมสถาบันครอบครัวที่อบอุ่นและมั่นคง (happy family) ความสุขพื้นฐาน ๘ ประการนี้ สามารถส่งเสริมความผูกพันและความสุขของบุคลากรได้ ดังนั้นกลุ่มงานการพยาบาลจึงได้จัดทำโครงการสร้างสุขและผูกพันในบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

๑ เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขและความผูกพันในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลท่าม่วง

๒ เพื่อประเมินผลรูปแบบการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขและความผูกพันในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลท่าม่วง

ระเบียบวิธีวิจัย (research methodology)

๑ ชนิดแบบของโครงการวิจัย

วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น ๓ ระยะได้แก่

ระยะที่ ๑ ระยะศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ (ตุลาคม ๒๕๖๖)

ระยะที่ ๒ ระยะพัฒนา รูปแบบการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขและความผูกพันในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลท่าม่วง ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย ๔ ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติการ ขั้นสังเกตการณ์ ขั้นการสะท้อนปัญหา (พฤศจิกายน ๒๕๖๖ – สิงหาคม ๒๕๖๗)

ระยะที่ ๓ ระยะรวบรวมข้อมูลและประเมินผล (กันยายน ๒๕๖๗)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลท่าม่วง ในช่วงเวลา พฤศจิกายน ๒๕๖๖ – สิงหาคม ๒๕๖๗ จำนวน ๕๔ คน ตามความสมัครใจยินยอมของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลท่าม่วง ในช่วงเวลา พฤศจิกายน ๒๕๖๖ – สิงหาคม ๒๕๖๗ จำนวน ๕๔ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (instrument of research)

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

๑.๑ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบหรือเติมข้อความตามความเป็นจริงได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ลักษณะงาน สถานภาพการจ้างงาน ระยะเวลาปฏิบัติงานในองค์กรปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน

๑.๒ รูปแบบการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขและความผูกพันในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลท่าม่วง ตามกรอบแนวคิดของ แนวคิด ๔T (MOPH - ๔T : High Performance organization) ประกอบด้วย Trust , Team work & Talent ,Technology และ Target และนโยบายของ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขคนปัจจุบัน

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล

๒.๑ แบบประเมินความสุขด้วยตนเอง (HAPPINOMETER) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความสุขในการทำงานระดับบุคคล ความสุขในการทำงาน ประกอบด้วยมิตีย่อย ๙ มิติ คือ

มิติที่ ๑ สุขภาพดี (happy body) หมายถึง การที่บุคคลมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สมส่วน มีพฤติกรรมบริการบริโภคที่ดี/เหมาะสม มีความพึงพอใจสภาวะสุขภาพกายของตนเอง

มิติที่ ๒ ผ่อนคลายดี (happy relax) หมายถึง การที่บุคคลสามารถบริหารเวลาในแต่ละวันเพื่อการพักผ่อนได้อย่างมีคุณภาพพอใจกับการบริหารจัดการปัญหาของตนเอง และท ำชีวิตให้ง่าย ๆ สบาย ๆ

มิติที่ ๓ น้ำใจดี (happy Heart) หมายถึง การที่บุคคลมีจิตสำนึกมีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์ให้กับส่วนรวม และมีเมตตาต่อบุคคลรอบข้าง

มิติที่ ๔ จิตวิญญาณดี (happy soul) หมายถึง การที่บุคคลมีความตระหนักถึงคุณธรรม และศีลธรรม รู้แพ้รู้ชนะ รู้จักให้ และมีความกตัญญูรู้คุณ

มิติที่ ๕ ครอบครัวดี (happy family) หมายถึงการที่บุคคลมีความรู้สึกผูกพัน เชื่อใจ มั่นใจ และอุ่นใจกับบุคคลในครอบครัวของตนเอง

มิติที่ ๖ สังคมดี (happy society) หมายถึง การที่บุคคลมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อเพื่อนบ้าน ไม่ท ำให้ผู้อื่นเดือดร้อน ไม่เอาเปรียบผู้คนรอบข้าง ไม่ท ำให้สังคมเสื่อมถอย

มิติที่ ๗ ใฝ่รู้ดี (Happy brain) หมายถึงการที่บุคคลมีความตื่นตัว กระตือรือร้นในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เพื่อปรับตัวให้เท่าทันและตั้งรับการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และพอใจที่จะแสดงความทันสมัยอยู่เสมอ

มิติที่ ๘ สุขภาพเงินดี (happy money) หมายถึง การที่บุคคลมีวินัยในการใช้จ่ายเงิน มีความสามารถ และพึงพอใจในการบริหารจัดการระบบการรับ จ่าย และออมเงินในแต่ละเดือน

มิติที่ ๙ การงานดี (happy work Life) หมายถึงการที่บุคคลมีความสุขสบายในที่ท ำงาน มีความรัก ความผูกพัน และความภาคภูมิใจในองค์กร มีความมั่นใจในอาชีพรายได้ และมีความพึงพอใจกับความก้าวหน้าของตนเองในองค์กร

๒.๒ แบบวัดความผูกพันในองค์กร (สายหยุด อมรลักษณ์ปรีชา, ๒๕๖๐) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตผู้พัฒนาเครื่องมือก่อนนำมาใช้ในการศึกษาคั้งนี้

ลักษณะข้อความเป็นแบบเลือกตอบ ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความผูกพันในองค์กร ๓ ๐ ข้อประกอบดังนี้ ความเชื่อมั่นและยอมรับเป้าหมายขององค์กร ความเต็มใจที่จะปฏิบัติงานเพื่อองค์กร และ ความต้องการที่จะดำรงความเป็นสมาชิกภาพขององค์กร เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า ๕ ระดับ คือเห็นด้วยมากที่สุด (๕) เห็นด้วยมาก (๔) เห็นด้วยปานกลาง (๓) เห็นด้วยน้อย (๒) และเห็นด้วยน้อยที่สุด และเห็นด้วยน้อยที่สุด (๑) เกณฑ์การแบ่งระดับความเห็นด้วยในความผูกพันในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโดย แบ่งคะแนนเป็น ช่วงคะแนน ดังนี้

๑.๐๐ -๑.๘๐ ความเห็นด้วยในความผูกพันในองค์กรด้านนั้นอยู่ในระดับต่ำมาก

๑.๘๑-๒.๖๐ ความเห็นด้วยในความผูกพันในองค์กรด้านนั้นอยู่ในระดับต่ำ

๒.๖๑-๓.๔๐ ความเห็นด้วยในความผูกพันในองค์กรด้านนั้นอยู่ในระดับปานกลาง

๓.๔๑-๔.๒๐ ความเห็นด้วยในความผูกพันในองค์กรด้านนั้นอยู่ในระดับสูง

๔.๒๑-๕.๐๐ ความเห็นด้วยในความผูกพันในองค์กรด้านนั้นอยู่ในระดับสูงมาก

ระยะเวลาในการทำวิจัย ตุลาคม ๒๕๖๖ -กันยายน ๒๕๖๗

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

๑. การหาความตรงด้านเนื้อหา (content validity) โดยนำรูปแบบการสร้างบรรยากาศที่รูปแบบการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขและความผูกพันในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลท่าวังผา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จำนวน ๕ ท่าน เมื่อผ่านการตรวจพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้ศึกษานำมาปรับแก้ไขตามที่ได้รับค แนะนำและนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสองแคว จังหวัดน่าน จำนวน ๑๐ คน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง เพื่อดูความชัดเจนของภาษาและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

๒. แบบวัดความผูกพันในองค์กร ของสายหยุด อมรลักษณ์ปรีชา (๒๕๖๐) ได้หาความตรงของเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถามทั้งหมดมีค่าเท่ากับ .๙๑๙ ผู้วิจัยนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ(reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรที่ทำการศึกษาจำนวน ๑๐ คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของ ข้อมูล (reliability) ใช้วิธีสมประสิทธิ์คอนบาชอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient)

สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

๒. แบบประเมินความสุขในองค์กร และแบบประเมินความผูกพันในองค์กรวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขและความผูกพันของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลท่าวังผา

ผลการวิจัย การวิเคราะห์

๑.ความสุขในองค์กรที่ตนเองอยากได้ ๑)work life balance: อัตรากำลัง ภาระงาน ที่เหมาะสม การอบรม พัฒนาความรู้ ๒)ความปลอดภัยและสวัสดิการจากการทำงาน : ประกันภัยประกันอุบัติเหตุ OT ตรงเวลา การศึกษาดูงาน การสนับสนุนชุดกีฬา ๓)Healthy work place : อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อมดี มีความปลอดภัย / ห้อง Relax ห้องพักรักดี เหมาะสมในการทำงาน และมีที่ออกกำลังกาย

๒.เราจะก้าวไปสู่ความสุขนั้นอย่างไร :๑)คิดเชิงบวก พุดจาดี มีเหตุผล(สุนทรียะสนทนา) ๒)ช่วยเหลือกัน ทำงานเป็นทีม มีความก้าวหน้า ๓)อุปกรณ์ เครื่องมือ พร้อมใช้งาน ๔)มีความรับผิดชอบและซื่อสัตย์ต่อหน้าที่ หมั่นศึกษาความรู้ ๕)แลกเวรลดลง OT ตรงเวลา ๖)บริหารเวลาให้กับตนเองในการออกกำลังกาย

๓.องค์กรจะช่วยสนับสนุนให้เราถึงฝันได้อย่างไร ๑)การมีกิจกรรมการทำความรู้จักคุ้นเคยกันในเจ้าหน้าที่ อุปกรณ์ ทรัพยากรพร้อมใช้ ๒)การเงินดี สวัสดิการที่ดี โดยเฉพาะลูกจ้างรายวัน ประกันชีวิตเมื่อออกเหตุ/Refer สรุปความต้องการของแต่ละ Generation เป็นดังนี้

ลำดับ	ร้อยละ	การให้ความสำคัญ
๑.Generation ๑ (อายุ > ๕๐ ปี)	๔๕.๒๘	การทำงานเป็นทีม มีทัศนคติเชิงบวก เน้นการช่วยเหลือกัน
๒.Generation ๒ (อายุ๔๐-๔๙ปี)	๑๘.๘๗	ผลตอบแทนทางการเงิน เน้นการทำงานเป็นทีม
๓. Generation ๓ (อายุ๒๒-๓๔ ปี)	๓๗.๗๔	สภาพแวดล้อมการทำงาน ต้องการความปลอดภัยในการทำงาน ให้ความสำคัญกับเวลาพักผ่อน

การอภิปรายผลระดับความผูกพันและความสุขในองค์กร

๑.๑ ด้านความผูกพันต่อองค์กร พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อมั่นและยอมรับเป้าหมายขององค์กรในระดับสูงมีความเต็มใจที่จะปฏิบัติงานเพื่อองค์กรในระดับสูง แสดงถึงทัศนคติเชิงบวกต่อองค์กรและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน

๑.๒ ด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ สุขภาพกายโดยรวมอยู่ในระดับสูง การพักผ่อนและระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ความสมดุลของชีวิตการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง

๑.๓ ด้านความสัมพันธ์และสังคม มีความสุขกับครอบครัวและเพื่อนบ้านในระดับสูง มีความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ได้รับความช่วยเหลือจากชุมชนในระดับสูง

๑.๔ ด้านการพัฒนาตนเองมีความสนใจในการแสวงหาความรู้ใหม่ๆ ในระดับสูงมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาตนเองเพื่อความก้าวหน้า

๑.๕ ด้านการเงินและสวัสดิการ การผ่อนชำระหนี้สินอยู่ในระดับปานกลาง ความพึงพอใจต่อค่าตอบแทนและสวัสดิการอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง การเปรียบเทียบรูปแบบการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขและความผูกพันในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลท่าวังผา

ลำดับ	รูปแบบก่อนการพัฒนา	รูปแบบหลังการพัฒนา
๑.รูปแบบการสร้างบรรยากาศ	ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน	มีรูปแบบการปฏิบัติที่ชัดเจน -การวิเคราะห์ห้องศัลยกรรมพยาบาลร่วมกัน -การสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขและความผูกพันในองค์กรพยาบาล : การนำความรู้ใหม่ๆ ทักษะมาจัดกิจกรรมให้ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่อกัน
๒. work life balance	อัตรากำลังพยาบาลขาดแคลน การไม่ได้รับการพักผ่อนเพียงพอ มีความเครียด	การจัดอัตรากำลังให้มีความเหมาะสมกับ Productivity มากขึ้น(เพิ่มอัตรากำลัง PN)
๓.ความปลอดภัยและสวัสดิการจากการทำงาน	ไม่มีประกันภัย/ประกันอุบัติเหตุ ในกรณีออกเหตุ EMS	มีประกันภัย/ประกันอุบัติเหตุ ในกรณีออกเหตุ EMS
๔.ข้อร้องเรียน	พบอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน ติดต่อกันเป็นระยะ	-การจัดรูปแบบและกิจกรรม Care D plus -การอบรมบุคลากร Care D plus ทุกคนโดยบุคคลภายนอก -ข้อร้องเรียนลดลง

ข้อเสนอแนะ : ควรนำผลการประเมินด้านอื่นๆ มาทำการวิเคราะห์ วางแผน และดำเนินการสร้างสุขให้แก่บุคลากรในด้านต่าง ๆ เพื่อให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน ควบคู่กับการมีสุขภาพกายที่ดี ครอบคลุมที่อบอุ่น สังคมที่ปลอดภัยอย่างต่อเนื่องต่อไป

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

นำไปพัฒนาในกิจกรรมรูปแบบต่างๆ ให้กับบุคลากรในองค์กรกลุ่มงานการพยาบาล ของโรงพยาบาลท่าวังผา ซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า มีความสำคัญต่อความสำเร็จขององค์กร

บทเรียนที่ได้รับ

บุคลากรควรต้องได้รับการดูแลและพัฒนา ตลอดจนเตรียมความพร้อม เพื่อการดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และสามารถบริหารการเปลี่ยนแปลงให้ ประสบความสำเร็จสร้างคุณค่าให้แก่องค์กร ทำให้องค์กรมีการพัฒนาเติบโตและก้าวหน้าได้อย่างยั่งยืน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน ในการช่วยเสนอความคิด ออกความเห็น และออกแบบเพื่อการพัฒนางาน ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทำให้บุคลากรมีความสุข และมีความผูกพันต่อองค์กรมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

Napim, C., Bouphan, P., & Apipalukul, C. (๒๐๑๘). Personal Characteristics and Motivation Affecting The Happiness at Work of Health Personnel at Sub-District Health Promoting Hospitals in Phetchabun Province. *KKU Research Journal (Graduate Studies)*, ๑๘ (๔), ๑๕๔-๑๖๖.

Sirinan, K., Kanchana, T., Suporn, J., Chalernpol, S., Porta, B., & Wannapa, A. (๒๐๑๒). HAPPINOMETER: The Happiness Self-Assessment. Bangkok: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

Soopunpitag, S. (๒๐๑๗). Knowledge in Depressive Disorder between Two Villages in Hangdong District. *Academic Psychiatry and Psychology Journal*, ๓๓ (๓), ๒๕๐-๒๖๑.

กัลยารัตน์ ธีระชนชัยกุล. (๒๕๕๙). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรกลุ่ม เจเนอเรชั่นวายที่ปฏิบัติงานภาคธุรกิจพลังงานและสาธารณสุขในภาคในประเทศไทย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยศรีปทุม, กรุงเทพฯ.

วารุณี สิทธิรังสรรค์. (๒๕๖๖). เจาะลึกระบบสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖].

แหล่งข้อมูล: <https://www.hfocus.org/content/๒๐๒๓/๐๙/๒๕๕๑๑>

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.(๒๕๖๒).แบบประเมินความสุขด้วยตนเอง (HAPPINOMETER) สำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖].

<https://www.cphos.go.th/chumphaehospital/attachments/article/๖๔๗/%E๐%B๙%๘๑%๘๑>

E๐%B๘%๙A%E๐%B๘%๙A%E๐%B๘%๙B%E๐%B๘%A๓%E๐%B๘%B๐%E๐%B๙%๘๐%E๐
%B๘%A๑%E๐%B๘%B๔%E๐%B๘%๙๙-Happinometer%๒๐survey%๒๐๒๕๖๒.pdf

สราวลี แซงแสง. (๒๕๕๙). คุณภาพชีวิตในการท างานและความสมดุลของชีวิตในการทำงานของ
พนักงาน

ระดับปฏิบัติการเจนเนอเรชั่น X และเจนเนอเรชั่น Y (วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต).
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.

สายหยุด อมรลักษณ์ปรีชา. (๒๕๖๐). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพที่
ปฏิบัติงาน

ในโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน). (วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัย
ศิลปากร, กรุงเทพฯ.

การพัฒนาแบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลท่าวังผา อำเภوتاวังผา จังหวัดน่าน
Development of Pulmonary Tuberculosis Screening model,
Outpatient Department , Tha Wang Pha Hospital , Nan Province

ศุภลักษณ์ ธนามี, นันทินี เทพเสนา, และอารีรัตน์ ธรรมพันธ์

ความเป็นมาและความสำคัญ

เนื่องจากโรงพยาบาลท่าวังผา เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียง ทุติยภูมิตกกลาง Fl๒ เปิดบริการจริง ๔๕ เตียง ตั้งแต่ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีผู้ป่วยมารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก เฉลี่ยวันละ ๔๖๐, ๖๑๘ และ ๔๑๘ ราย/วัน ตามลำดับ พบอุบัติการณ์ พบบุคลากรติดเชื้อวัณโรค จากการปฏิบัติงาน จำนวน ๒ ราย ในปี ๒๕๕๔ ๑ ราย และ ในปี ๒๕๖๒ ๑ ราย นอกจากนี้ในปี ๒๕๖๒ ยังพบอุบัติการณ์พบผู้ป่วยวัณโรค ผลเสมหะ AFB TB ๓+ ปะปนกับผู้ป่วยอื่นที่ OPD ก่อน Admit ๑ ราย เข้าไปตรวจกับแพทย์ที่ห้องตรวจ ๑ ราย และพบผู้ป่วยที่มีน้ำหนัลด แต่มาด้วยอาการอื่นนั่งปนกับผู้ป่วยอื่น เป็นระยะ จึงได้มีการทบทวนและปรับปรุงแบบในการคัดกรองให้มีการคัดกรองทุกหน่วยบริการของแผนกผู้ป่วยนอก และการคัดกรองที่แผนกงานผู้ป่วยใน และในปี ๒๕๖๖ พบอุบัติการณ์ความเสี่ยง ๑)ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปนอยู่กับผู้ป่วยอื่น ๓ ราย(เป็นผู้ป่วยเตรียมผ่าตัดรักษาตาต่อกระจก ๑ ราย เป็นผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษา จำนวน ๑ ราย และเป็นผู้ป่วยที่นัดมาฟังผล ๑ ราย) ๒)การส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดจากโรงพยาบาลจังหวัด และจากสถานบริการอื่น ปนกับผู้ป่วยทั่วไปที่ติดผู้ป่วยนอก ๓ ครั้ง และที่หน้าห้องชันสูตร ๑ ครั้ง ๓)พบปัญหาการใช้ห้องแยกเนื่องจากมีผู้ป่วยติดเชื้อต่างๆจำนวนเพิ่มมากขึ้น แต่โรงพยาบาล มีห้องผู้ป่วยแยกโรคที่ชัดเจนเพียงห้องเดียว อยู่ที่หน้าห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน พบปัญหาในการจัดโซนแยกให้ผู้ป่วยแยกโรค ที่มีจำนวนไม่เพียงพอ ๔)ผู้ป่วยนัดคลินิกวัณโรคปอด ที่มีอาการแยกจากโซนอื่น แต่ไปนั่งรอเอกซเรย์หน้าห้องเอ็กซเรย์ปนกับผู้ป่วยอื่น พบอุบัติการณ์จำนวน ๔ ครั้ง (๕) บุคลากรที่เกี่ยวข้องยังไม่ทราบแนวทางปฏิบัติร่วมกันชัดเจน ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล ของทีมสหวิชาชีพ แต่ละวิชาชีพต่างคนต่างทำหน้าที่ในส่วนของตัวเอง มีเป้าหมายไปคนละอย่างตามภาระหน้าที่เฉพาะวิชาชีพ ไม่มีการกำหนดผลลัพธ์ร่วมกัน บางครั้งทำให้ผู้รับบริการมีระยะเวลาการรอคอยในโรงพยาบาลนาน และ (๖) ผู้รับบริการขาดความตระหนักในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเนื่องจากขาด ความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรคปอด และผลเสียที่จะเกิดขึ้นตามมา ซึ่งจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลท่าวังผา ตั้งแต่ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีจำนวน ๗๗,๘๔ และ ๘๐ ราย ตามลำดับ จำนวนครั้งที่มารับบริการ ๓๒๒,๓๙๘ และ ๓๖๐ ครั้ง ตามลำดับ มีผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ จำนวน ๔๘,๖๑ และ ๕๔ ราย ตามลำดับ มารับบริการที่คลินิก NCD และทราบผลป่วยเป็นวัณโรคปอด ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ จำนวน ๑๐,๑๔,๒๐ ราย ตามลำดับ อัตราความสำเร็จ ของการรักษาปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๖,๙๓.๗๕และ ๘๑.๓๕ ตามลำดับ และเนื่องจากเจ้าหน้าที่มีการย้าย รับใหม่ เปลี่ยนแปลงหน้าที่ หมุนเวียนการปฏิบัติงาน ซึ่งการปฏิบัติยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เกิดความเสี่ยงและความไม่พึงพอใจ ระหว่างผู้ปฏิบัติงานและระหว่างหน่วยงาน จากสภาพปัญหาดังกล่าว การพัฒนาแบบการคัดกรองวัณโรคปอด และการคัดแยก ให้อยู่ในสถานที่คัดแยกที่เหมาะสม ในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจึงมีความจำเป็น เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงอาจเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดให้กับบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยมีส่วนร่วม(PAR)

พื้นที่ดำเนินการวิจัย : โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน การวิจัยดำเนินการระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ –มิถุนายน ๒๕๖๗ แบ่งออกเป็นระยะดังนี้

ระยะที่ ๑

๑. ศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา
๒. ทบทวนเอกสารทางวิชาการรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอด
๓. ประชุมร่วมกันในคณะกรรมการป้องกันควบคุมการติดเชื้อและผู้ที่เกี่ยวข้องการทบทวนปฏิบัติการที่ ระดมสมองเพื่อการปรับปรุงรูปแบบการปฏิบัติ (Flow)ตามสิ่งแวดล้อม/โครงสร้างที่เปลี่ยนแปลงไป

ระยะที่ ๒ ดำเนินการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พัฒนาได้ ดังนี้

๑. การประสานร่วมกับงาน IT ในการหารูปแบบที่เหมาะสม ในการ Pop up เพื่อให้เกิดความสะดวกในการปฏิบัติ ที่หน้างาน (จุดทำ Neo Q/Kiosk)
๒. ให้ความรู้วัณโรค แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในโรงพยาบาล
๓. ประสานช่องทางด่วน ราย case เมื่อส่ง X-ray/งานชันสูตร
๔. จัดให้มีห้องแยกโรคสำหรับตรวจผู้ป่วยวัณโรค โดยจัดช่องทางด่วนให้ได้รับการตรวจ และรับยาที่รวดเร็ว ลดระยะเวลารอคอย ให้ระยะเวลาสัมผัสโรคน้อยที่สุด
๕. ติดตาม เก็บข้อมูลปฏิบัติการและระยะเวลาที่ใช้ ในแต่ละจุดบริการ

ระยะที่ ๓ วิเคราะห์ข้อมูลและประเมินผล

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

๑. ผู้เข้าร่วมวิจัย บุคลากรด้านการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการวัณโรคปอด จำนวน ๑๕ ราย ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ๑๑ ราย พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ๔ ราย
๒. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรคปอดและผู้ป่วยวัณโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา จำนวน ๓๐ ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (โสมหงษ์, ๒๕๖๔)
๒. แบบประเมินความรู้บุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับการให้บริการคัดกรองผู้ป่วย วัณโรคปอด (โสมหงษ์, ๒๕๖๔)
๓. รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

สถิติที่ใช้

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การแจกแจงความถี่ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒.รูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรค วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป(SPSS) นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าม่วง ด้วยสถิติ paired t test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕

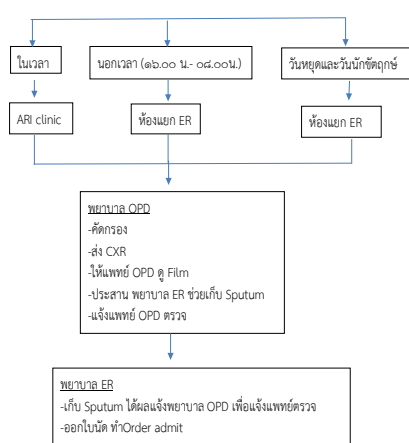
ผลการวิจัย

อภิปรายผล

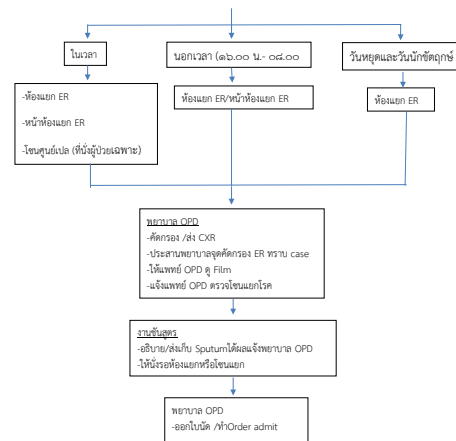
๑. ความรู้ เรื่องการคัดกรองวัณโรคของบุคลากรพยาบาลพบว่า ก่อนการพัฒนามีคะแนนต่ำสุด ๑๔ คะแนน คะแนนสูงสุด ๑๘ คะแนน คะแนนเฉลี่ย ๑๖.๒๗ เมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๔๗ หลังการพัฒนามีคะแนนต่ำสุด ๑๕ คะแนน คะแนนสูงสุด ๒๐ คะแนน คะแนนเฉลี่ย ๑๗.๗๔ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๗๙ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า บุคลากรพยาบาลมีความรู้เรื่องการคัดกรองวัณโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .๐๐๕$)
๒. การประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการคัดกรอง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พัฒนาขึ้นโดยการเปรียบเทียบระยะเวลาก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ระยะเวลารอคัดกรองลดลงจาก ๔๑.๒๗ นาที เป็น ๓.๒๙ นาที ระยะเวลาส่งตรวจเอกซเรย์ ลดลงจาก ๑๒.๕๗ นาที เป็น ๐๕.๔๗ นาที ระยะเวลาส่งตรวจเสมหะ ลดลงจาก ๑๒๑.๔๘ นาที เป็น ๙๖.๒๓ นาที ระยะเวลารอพบแพทย์ถึงแพทย์ตรวจเสร็จ ลดลงจาก ๓๘.๒๗ นาที เป็น ๙.๑๔ นาที ระยะเวลารอรับยา ลดลงจาก ๕๖.๖ นาที เป็น ๑๕.๓๒ นาที รวมระยะเวลารอคอยในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงรับยา ลดลงจาก ๒๗๐.๑๙ นาที เป็น ๑๒๙.๔๕ นาที ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P < .๐๕$)

รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าม่วง

รูปแบบเดิม(ก่อนการพัฒนา)



รูปแบบใหม่(หลังการพัฒนา)



หมายเหตุ

*** กรณี OPD มีภาระงานมาก ไม่สามารถไปคัดกรองได้ ให้โทรประสานพยาบาล ER เป็นครั้งๆไป ***

หมายเหตุ*** กรณี OPD มีภาระงานมาก ไม่สามารถไปคัดกรองได้ ให้โทรประสานพยาบาล ER เป็นครั้งๆไป ***

*** กรณีผู้ป่วย TB คนทำบัตรหมอนบ้าน "ผู้ป่วย OPD รอหน้าห้องแยก" ***

*** กรณีผู้ป่วย TB อยู่ระหว่างการรักษา พามาหัวเราะในชั้น ชั้นบัตรที่ระบบ NOQ / ภูเก็ต จั๊น Pop up ที่ใบสั่งยา

สัญลักษณ์กันเชื้อ "AP" (Airborne precaution)

สรุป

แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลท่าม่วงจังหวัดน่านพบอุบัติการณ์ผู้มารับบริการด้วยอาการสงสัยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคอยู่ปนกับผู้ป่วยอื่นและอุบัติการณ์บุคลากรติดเชื้อวัณโรคจากการปฏิบัติงาน ปี ๒๕๕๔ และปี ๒๕๖๒ จำนวนปีละ ๑ ราย จากการวิเคราะห์พบว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องยังไม่ทราบ แนวทางปฏิบัติร่วมกันชัดเจน ไม่เป็น

มาตรฐานเดียวกัน ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลของทีมสหวิชาชีพแต่ละวิชาชีพ ต่างคนต่างทำหน้าที่ในส่วนของตัวเอง มีเป้าหมายไปคนละอย่างตามภาระหน้าที่เฉพาะวิชาชีพ ไม่มีการกำหนดผลลัพธ์ร่วมกัน ทำให้ผู้รับบริการมีระยะเวลารอคอยในโรงพยาบาลนานที่ทีมงานจึงทบทวนรูปแบบการคัดกรองวัณโรคที่ทันสมัยและพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอดแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลท่าวังผาโดยศึกษาตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ – มิถุนายน ๒๕๖๗

ข้อเสนอแนะ

๑. บุคลากรในหน่วยงานทุกคนควรมีส่วนร่วมในการวางแผนงานในทุกขั้นตอนตามโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปให้เป็นปัจจุบัน
๒. การอบรมให้ความรู้เรื่องวัณโรคปอดแนวทางใหม่ทุกปี
๓. ควรมีการศึกษาและพัฒนาระยะเวลารอคอยของแต่ละงาน ระหว่างก่อนกับหลัง การใช้แนวปฏิบัติการของผู้ป่วยวัณโรค ของโรงพยาบาลท่าวังผา เพื่อหารายละเอียดของปัญหาและหาทางแก้ไขพัฒนา ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

นำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ ที่งานตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลท่าวังผา ในการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอด

บทเรียนที่ได้รับ

ได้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอดแผนกผู้ป่วยนอกที่ดีมีประสิทธิภาพ ทำให้ลดระยะเวลารอคอยในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงรับยาอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งส่งผลให้ไม่มีอุบัติการณ์บุคลากรป่วยเป็นวัณโรคจากการปฏิบัติงาน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน ในการพัฒนางาน ทำให้เกิดการทำงานราบรื่น สะดวกในการปฏิบัติ
๒. การพัฒนาโปรแกรมการปฏิบัติ ในระบบ IT มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยแยกโรค และสามารถไปประยุกต์ใช้กับในกลุ่มโรคที่สำคัญและโรคที่มีความเสี่ยงอื่นได้

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (๒๕๖๑). *แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๑*. กรุงเทพฯ: สำนักวัณโรค.

๒๕๖๑. กรุงเทพฯ: สำนักวัณโรค.

กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓). *แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล*. ม.ป.ท.

กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. (๒๕๖๔). *แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๔*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.

กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๔). *คู่มือผู้ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.

กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๖). *คู่มือลดการตีตราและเลือกปฏิบัติด้านวัณโรคสำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.

กองวิจัยโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๖). *แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐)*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

ชมพูนุช สุภาพวานิช, และ คณະ. (๒๕๖๓). พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อวัณโรคจากการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนราธิวาส. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, ๗(๑), ๒๙๓-๓๐๕.

ชายชาญ โพธิ์รัตนและจุฑามาศ อินทร์ชัย.(๒๕๖๐). *วัณโรค ภัยคุกคามบุคลากรทางการแพทย์.โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*.

โชติ ภาวศุทธิกุล, ชนัญญา พัฒนศักดิ์ภิญโญ, และ กาญจนา ททรัพย์สิน. (๒๕๖๔). การประเมินระบบเฝ้าระวังวัณโรคปอดในบุคลากรโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๓*, ๑๘(๓), ๒๔๘-๒๖๐.

ณัฐวุฒิ ช่วยหอม. (๒๕๖๑). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน ในตำบลท่าทองใหม่ อำเภอกาญจนาภิเษก จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต ๑๑, ๓๑(๑)*, ๘๙๙-๙๐๖.

ทศพล สุวรรณ. (๒๕๖๓). พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ภายหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันวัณโรค ในบุคลากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, ๔(๘), ๑๒๒-๑๓๒.

ประเทือง ธรรมรุ่งเรือง.(๒๕๖๑). การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด ในงานบริการผู้ป่วยนอก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, ๑(๒), ๗๗-๙๕.

พนิดา ว่าพัฒน์วงศ์, ชมพูนุช สุภาพวานิชและอรธมพ สนธิไชย. (๒๕๖๐). พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการทำงานในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จังหวัดนราธิวาส. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, ๙(๑), ๗๔-๘๕.

พิมพ์ภา ศรีใจอินทร์. (๒๕๖๒). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลน่าน. *วารสารวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา*, ๕๘-๖๓.

เพ็ญจันทร์ โสมหงษ์. (๒๕๖๔). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิ์ชัย. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, ๒๙(๑), ๙๖-๑๑๐.

ภูษิต ชันกสิกรรม. (๒๕๖๔). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก*. เรียกใช้เมื่อ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๖ จาก <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/๑๒๓๔๕๖๗๘๙/๓๒๒๖>

รุ่งอรุณ บุตรศรี, สมพันธ์ หิณูชีระนันท์, และ ปราณี มีหาญพงษ์. (๒๕๖๓). ผลของการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, ๒๖(๒), ๘๔-๙๖.

วัลลภา ช่างเจระจา. (๒๕๖๒). การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลบึงกาฬ พ.ศ. ๒๕๖๒. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, ๓(๖), ๑๐-๒๐.

ศิริพร อุปัจกร, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียรและ จิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ. (๒๕๕๙). ประสิทธิภาพของแบบคัดกรองวัณโรคปอดในโรงพยาบาล. *พยาบาลสาร*, ๔๓(๑), ๑๐๘-๑๑๗.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน). (๒๕๖๕). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕*. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน).

- สำนักวัณโรค. (๒๕๕๙). *แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค*. กรุงเทพมหานคร: สำนักวัณโรค.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๐). *แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๑). *แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๑(National Tuberculosis control Programme Guidelines,Thailand,๒๐๑๘)*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์.
- สุธิตา อิศระ, และ อรสา กงตาล. (๒๕๖๓). การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรค ในชุมชน เขตเมือง กรณีศึกษาในชุมชนของเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารพยาบาล สงขลานครินทร์*, ๔๐(๒), ๑๔๘-๑๖๒.
- อรรถกร จันทร์มาทอง. (๒๕๖๑). *แนวทางการเฝ้าระวังวัณโรคในบุคลากรหน่วยบริการสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมการจัดบริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับหน่วยบริการสุขภาพ วันที่ ๒๓-๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ โรงแรมทีเค พลาซ่า แจ้งวัฒนะ กรุงเทพฯ*.
- อรอนงค์ ธาราไพศาลสุข. (๒๕๖๒). *ผลของการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาล ระดับต้นที่โรงพยาบาลเอกชน*. เรียกใช้เมื่อ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๖ จาก <https://heo๑.tci-thaijo.org/index.php/CUTJ/article/view/๒๒๘๓๒๕>
- อรุณีย์ วะเศษสร้อย. (๒๕๖๒). *การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลนาทม จังหวัด นครพนม*. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, ๑(๓), ๓๐-๔๐.
- Sir John Whitmore. (๒๐๐๙). The GROW model. เรียกใช้เมื่อ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๖ จาก https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=GROW_model§ion=๑&oldid=๑๑๙๐๗๖๑๘๑๑&action=edit
- World health Organization . (๒๐๑๗). *First Who global ministerial conference:ending TB in the sustainable development era:a multisectoral response*. Moscow: World health Oranization.
- World Health Organization. (๒๐๒๑). *WHO global lists of high burden countries for tuberculosis(๕ TB),TB/HIV and multidrug/rifampicin-resistant TB(MDR/RR-TB๒๐๒๑-๒๐๒๕)*.Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (๒๐๒๓). *Global Tuberculosis Report ๒๐๒๓*.Geneva Switzerland: WHO.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ในผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่นโดยครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านโปรแกรม ๗-day Parenting

ธัญลักษณ์ เวสกุล กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ
และองค์กรร่วม โรงพยาบาลท่าม่วง

ความเป็นมาและความสำคัญ

เด็กวัยเรียนช่วงอายุ ๖-๑๒ ปี ถือเป็นทรัพยากรที่สำคัญและมีค่าอย่างยิ่งสำหรับประเทศ และเป็นช่วงที่เด็กเรียนรู้ได้ทุกด้าน ความสามารถที่เพิ่มขึ้นทุกอย่างจะกระตุ้นการทำงานและพัฒนาการของสมองช่วงที่เด็กใช้เวลาอยู่ในโรงเรียนเป็นส่วนใหญ่ ต้องปรับตัวทั้งด้านการเรียน กฎระเบียบและการปรับตัวให้เข้ากับครูและเพื่อน เด็กจะพัฒนาความสามารถอย่างรวดเร็วทั้งร่างกาย จิตใจ ความคิด การใช้ภาษาและการแก้ปัญหา โดยนำความรู้ที่ได้มาปรับใช้ จนมีความมั่นใจในตนเอง มีพื้นฐานอารมณ์มั่นคง และสามารถดำเนินชีวิตในโรงเรียนได้อย่างมีความสุขและสบายใจ แต่ถ้าพัฒนาการในวัยนี้หยุดชะงักหรือมีปัญหาที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือ จะส่งผลต่อการเข้าระยะวัยรุ่นและกลายเป็นปัญหาสะสมเรื้อรังต่อไปในอนาคต ปัจจุบันสภาพโครงสร้างของครอบครัวและสังคมไทย แนวทางดำรงชีวิตรวมถึงวิวัฒนาการและความเจริญในด้านต่าง ๆ ได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก และส่งผลกระทบต่อสุขภาพพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กวัยเรียนทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

ผลการประเมินสุขภาพจิตตนเองของเด็กและเยาวชนอายุไม่เกิน ๒๐ ปี ปี ๒๐๒๐-๒๐๒๒ เด็กและเยาวชนที่เผชิญกับความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มจำนวนมากขึ้นในช่วงปีที่ผ่านมา จากข้อมูลการรายงาน (ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว, ๒๐๒๒) จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตตนเองของกรมสุขภาพจิตในปี ๒๐๒๑ ผู้ตอบแบบประเมินร้อยละ ๓๐.๑ ระบุว่าเครียดสูง ร้อยละ ๓๕.๓ เสี่ยงตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๒๔.๔ เสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย และร้อยละ ๓๕ มีความเสี่ยงทางสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งด้าน ส่วนผลการประเมินจนถึงเดือนกรกฎาคม ปี ๒๐๒๒ ก็มีแนวโน้มที่น่ากังวล โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนร้อยละ ๑๗.๕ ที่กำลังเสี่ยงอยู่ในภาวะซึมเศร้า เด็กและเยาวชน เป็นกลุ่มที่เผชิญความเสี่ยงทางสุขภาพจิตทุกด้านมากกว่าผู้ใหญ่อย่างชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มอายุไม่เกิน ๒๐ ปี ซึ่งมีสัดส่วนผู้มีความเครียดสูง เสี่ยงซึมเศร้า และเสี่ยงฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ใหญ่อายุ ๔๐-๕๙ ปีถึง ๑๐-๒๐ เท่า จากข้อมูลการรายงาน (ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว, ๒๐๒๒)

จังหวัดน่าน มี ๙๙ ตำบล ๑๕ อำเภอ โรงเรียนในจังหวัด เขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา น่าน เขต ๑ และเขต ๒ จำนวน ๓๖๔ โรงเรียน นักเรียนชั้นป.๑ จำนวน ๔,๕๐๐ ราย ผลการคัดกรองเด็กนักเรียนกลุ่มเสี่ยงต่อระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ปัญหาการเรียนรู้ออทิสติก และปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ ของโรงเรียน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๒๔๐ โรงเรียน พบนักเรียนมีภาวะเสี่ยงหรือปัญหาพฤติกรรมและปัญหาอารมณ์ ร้อยละ ๒๐ ตรวจพบเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่สงสัยสมาธิสั้น เรียนรู้ช้า ดิดเกมส์ ชนเกินไป ใจลอย รอคอยไม่ได้ เครียดหงุดหงิดง่าย เด็กมีความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม ด้วยแบบประเมิน SDQ และแบบประเมิน EQ พบเด็กสมาธิสั้น ทั้งนี้สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มสูงขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน, ๒๕๖๕)

อำเภอท่าม่วง มี ๑๐ ตำบล โรงเรียนชั้นประถมศึกษา จำนวน ๓๒ โรงเรียน เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา ปีที่ ๑-๖ จำนวน ๒,๗๘๙ คน พบนักเรียนมีภาวะเสี่ยงหรือปัญหาพฤติกรรมและปัญหาอารมณ์ ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลท่าม่วง ร้อยละ ๑.๗๙ ตรวจพบเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่สงสัยสมาธิสั้น เรียนรู้ช้า ดิดเกมส์ ชนเกินไป

ใจลอย รอคอยไม่ได้ เครียดหงุดหงิดง่าย เด็กมีความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม ด้วยแบบประเมิน EQ มีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น (โรงพยาบาลท่าวังผา, ๒๕๖๗)

ผู้วิจัยได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการพัฒนางานวัยเด็กและวัยรุ่นที่ต่อเนื่อง จึงได้ทำการศึกษาของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ในผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โดยครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านโปรแกรม ๗-day Parenting เพื่อเป็นการเพิ่มทักษะการเลี้ยงดูเด็กของพ่อแม่ ผู้ปกครอง สร้างความรักความผูกพัน สร้างวินัย และพัฒนาความฉลาดรอบด้านของเด็กวัยรุ่น เสริมสร้างทักษะชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ในผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน ผ่านโปรแกรม ๗ day parenting

วัตถุประสงค์รอง

๑. เพื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางด้านอารมณ์ของเด็กวัยรุ่น ผ่านการฝึกทักษะการเลี้ยงดูสำหรับพ่อแม่ผู้ปกครองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน

๒. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการเลี้ยงดูของพ่อแม่ผู้ปกครองเด็กวัยรุ่นผ่านกระบวนการเล่น การสร้างสัมพันธภาพและการสร้างวินัยเชิงบวกระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน

ระเบียบวิธีวิจัย (research methodology)

- แบบของการวิจัย (research design).

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ในผู้ปกครองต่อการรับรู้ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ในผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โดยครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านโปรแกรม ๗-day Parenting ร่วมกับผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผ่านกิจกรรมโปรแกรม ๗-day Parenting

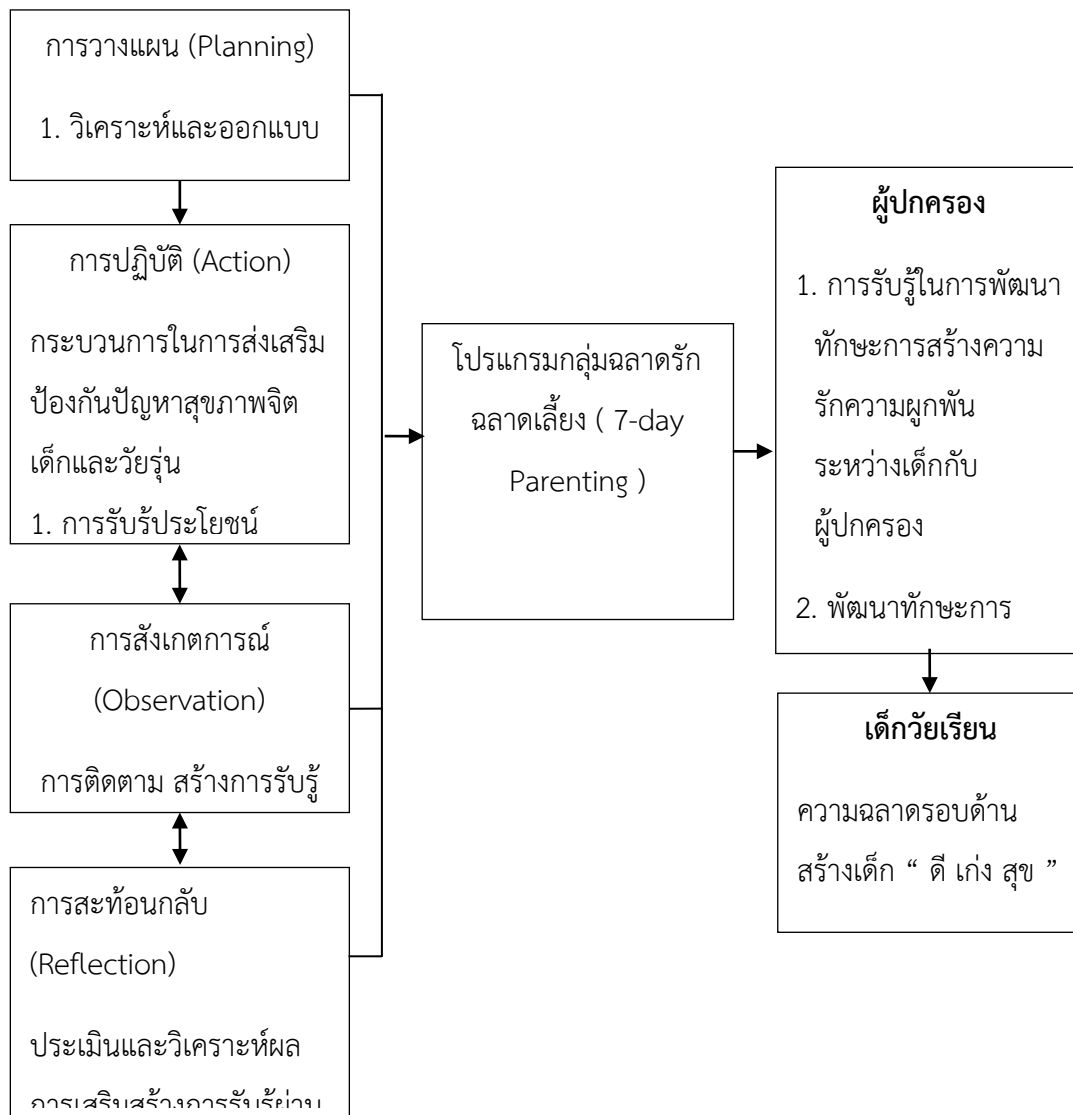
ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจรของเคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin) ประกอบไปด้วย ๔ ขั้นตอน (PAOR) ดังนี้

๑. การวางแผน (Planning) โดยการประเมินและวิเคราะห์การรับรู้ในผู้ปกครอง พฤติกรรมและทักษะการเลี้ยงดูเด็ก

๒. การปฏิบัติ (Action) โดยการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ในผู้ปกครองผ่านกิจกรรมโปรแกรม ๗-day Parenting

๓. การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการติดตามการรับรู้ และพฤติกรรมและทักษะการเลี้ยงดูเด็ก และจากกิจกรรม ๗-day Parenting ตามแนวทางที่กำหนดไว้ รวมถึงให้ข้อเสนอแนะอย่างต่อเนื่อง แลกเปลี่ยนปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงดูเด็กของพ่อแม่ผู้ปกครองในการสร้างความรักความผูกพัน สร้างวินัย และพัฒนาความฉลาดรอบด้านของเด็กวัยรุ่นไปใช้ที่บ้าน

๔. การสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการประเมินและวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไปว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ โดยประเมินการรับรู้ และพฤติกรรมผู้ปกครองในการพัฒนาทักษะการสร้างความรักความผูกพันและการสร้างวินัยเชิงบวก



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิด

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองและเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ และชั้นประถมศึกษาปีที่ ๒ โรงเรียนชุมชนไตรคามราษฎร์บำรุง ตำบลป่าคา อำเภอนาทอง จังหวัดน่าน จำนวน ๓๒ คู่ โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

- ผู้ปกครอง หมายถึง พ่อแม่หรือญาติหรือผู้ดูแลเด็ก ที่เด็กอาศัยอยู่ด้วยมากกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาเรียนทั้งหมด
- เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กอายุระหว่าง ๖-๑๒ ปี ที่กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑-๒
- ทักษะการเลี้ยงดูเด็ก หมายถึง ทักษะที่ผู้ปกครองใช้ในการพัฒนาเด็กด้านจิตใจและสังคมประกอบด้วย ทักษะการสร้างความรักความผูกพัน (nurture) ทักษะการสร้างวินัยเชิงบวก (discipline) และการพัฒนาเด็กในมีความสามารถทางด้านสติปัญญา อารมณ์ สังคม (intelligence-social-emotional development)

- ความฉลาดรอบด้าน หมายถึง เด็กสามารถวิเคราะห์ มีความคิดสร้างสรรค์ จัดการอารมณ์ของตนเอง เข้าใจอารมณ์ผู้อื่น มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม รู้จักการปรับตัวแก้ปัญหาและมีคุณธรรม (โปรแกรมฉลาดรัก ฉลาดเลี้ยง ๗-day parenting)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (instrument of research) ใช้เครื่องมือการประเมินและวิเคราะห์การรับรู้ในผู้ปกครอง โดยแบบประเมินทักษะการเลี้ยงดูเด็กวัยเรียนเพื่อการส่งเสริมความฉลาดรอบด้าน และแบบประเมินคุณลักษณะความฉลาดรอบด้านของเด็กวัยเรียน (๗Q). ของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑

ระยะเวลาในการทำวิจัย นับตั้งแต่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗

สถิติที่ใช้ ๑. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean)

๒. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรตาม ได้แก่ คุณลักษณะความฉลาดรอบด้านของเด็กวัยเรียน (๗Q) และทักษะการเลี้ยงดูเด็กวัยเรียนเพื่อการส่งเสริมความฉลาดรอบด้าน ระหว่างก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ในผู้ปกครองต่อพฤติกรรมปกป้องปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นโดยครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านโปรแกรม ๗-day Parenting โรงพยาบาลท่าวังผา โดยการใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย (สาระสำคัญที่ได้จากการวิจัย /ศึกษา/ทดลอง)

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละ ระดับทักษะการเลี้ยงดูเด็กวัยเรียนเพื่อการส่งเสริมความฉลาดรอบด้านใน

ผู้ปกครอง จำแนกก่อนและหลังการดำเนินการเสริมสร้างการรับรู้ในผู้ปกครองต่อพฤติกรรมปกป้องปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ในโรงเรียนชุมชนไตรคามราษฎร์บำรุง ตำบลป่าคา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน (n=๓๒)

ระดับทักษะการเลี้ยงดู	คะแนน	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูงกว่าปกติ	๔๖-๖๐	๔	๑๒.๕	๑๒	๓๗.๕
ระดับปกติ	๓๑-๔๕	๑๓	๔๐.๖๒	๒๐	๖๒.๕
ระดับต่ำกว่าปกติ	๑๕-๓๐	๑๕	๔๖.๘๗	๐	๐
$\bar{x} = ๒๘.๔$ S.D = ๙.๘				$\bar{x} = ๔๐.๑๓$ S.D = ๘.๕๔	
Min = ๑๙ , Max = ๕๐				Min = ๓๑ , Max = ๕๓	

จากการวิเคราะห์ ตารางที่ ๑ พบว่า ก่อนเสริมสร้างการรับรู้ในผู้ปกครองต่อพฤติกรรมปกป้องปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีระดับทักษะการเลี้ยงดู อยู่ในระดับต่ำกว่าปกติ ร้อยละ ๔๖.๘๗ ($\bar{x} = ๒๘.๔$ S.D = ๙.๘) หลังดำเนินการผู้ปกครองส่วนใหญ่มีระดับทักษะการเลี้ยงดู เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ ๖๒.๕ รองลงมาคือระดับสูงกว่าปกติ ร้อยละ ๓๗.๕ $\bar{x} = ๔๐.๑๓$ S.D = ๘.๕๔

ตารางที่ ๒ การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูในผู้ปกครอง จำแนกก่อนและหลังการดำเนินการเสริมสร้างการรับรู้ในผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ในโรงเรียนชุมชนไตรคามราษฎร์บำรุง ตำบลป่าคา อำเภอนาทม จังหวัดน่าน

ทักษะการเลี้ยงดู	กลุ่มตัวอย่าง		t	p-value
	\bar{x}	S.D		
ก่อนดำเนินการ	๒๘.๔	๙.๘	๑๔.๘๒	๐.๐๐
หลังดำเนินการ	๔๐.๑๓	๘.๕๔		

* p-value < ๐.๐๕

ตารางที่ ๒ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูในผู้ปกครอง จำแนกก่อนและหลังการดำเนินการเสริมสร้างการรับรู้ในผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น พบว่า หลังการดำเนินการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยรุ่น ผู้ปกครองมีทักษะการเลี้ยงดูเพิ่มสูงขึ้นก่อนการดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < ๐.๐๕$)

ตารางที่ ๓ จำนวนและร้อยละ ระดับความฉลาดรอบด้านของเด็กวัยรุ่น จำแนกก่อนและหลังการเสริมสร้างการรับรู้ในผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ในโรงเรียนชุมชนไตรคามราษฎร์บำรุง ตำบลป่าคา อำเภอนาทม จังหวัดน่าน (n=๓๒)

ระดับความฉลาดรอบด้าน	คะแนน	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูงกว่าปกติ	๒๑-๓๐	๕	๑๕.๖๓	๑๘	๕๖.๒๕
ระดับปกติ	๑๑-๒๐	๑๓	๔๐.๖๒	๑๔	๔๓.๗๕
ระดับต่ำกว่าปกติ	๐-๑๐	๑๔	๔๓.๗๕	๐	๐
		$\bar{x} = ๑๒.๐๓$, S.D.= ๕.๑๑		$\bar{x} = ๑๙.๒๕$, S.D.= ๔.๙๙	
		Min = ๖ , Max = ๒๓		Min = ๑๑ , Max = ๒๖	

จากตารางที่ ๓ พบว่า ก่อนดำเนินการเสริมสร้างการรับรู้ในผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เด็กนักเรียนส่วนใหญ่มีระดับความฉลาดรอบด้าน อยู่ในระดับต่ำกว่าปกติ ร้อยละ ๔๓.๗๕ ($\bar{x} = ๑๒.๐๓$, S.D.= ๕.๑๑) หลังการดำเนินการ เด็กนักเรียนส่วนใหญ่มีระดับความฉลาดรอบด้าน เพิ่มขึ้นจากระดับปกติเป็นระดับและระดับสูงกว่าปกติ ร้อยละ ๕๖.๒๕ ($\bar{x} = ๑๙.๒๕$, S.D.= ๔.๙๙) รองลงมาคือ ระดับปกติ ร้อยละ ๔๓.๗๕

ตารางที่ ๔ การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความฉลาดรอบด้านในเด็กนักเรียน จำแนกก่อนและหลังการเสริมสร้างการรับรู้ในผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ในโรงเรียนชุมชนไตรคามราษฎร์บำรุง ตำบลป่าคา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

ทักษะความฉลาดรอบด้าน	กลุ่มตัวอย่าง		t	p-value
	\bar{x}	S.D		
ก่อนดำเนินการ	๑๒.๐๓	๕.๑๑	๑.๗๐	๐.๐๐
หลังดำเนินการ	๑๙.๒๕	๔.๙๙		

* p-value < ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยทักษะความฉลาดรอบด้านในเด็กนักเรียน จำแนกก่อนและหลังการเสริมสร้างการรับรู้ในผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ในโรงเรียนชุมชนไตรคามราษฎร์บำรุง ตำบลป่าคา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน พบว่า หลังการเสริมสร้างการรับรู้ในผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ความฉลาดรอบด้านในเด็กนักเรียนเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < ๐.๐๕)

สรุปและอภิปรายผล

๑.การเสริมสร้างการรับรู้ในผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ในโรงเรียนชุมชนไตรคามราษฎร์บำรุง ตำบลป่าคา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ๑)การประสานงานกับทางโรงเรียนและเครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อกำหนดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ๒) การเตรียมความพร้อมของทีมก่อนทำกิจกรรมเพื่อให้กระบวนการเป็นไปตามขั้นตอน ๓) ดำเนินการ ๗ day parenting Program จำนวน ๓ ครั้ง ประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่ ๑ ฉลาดรัก กิจกรรมครั้งที่ ๒ ฉลาดเลี้ยง กิจกรรมครั้งที่ ๓ ฉลาดดูแล ๔) ประเมินผลทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครองและความฉลาดรอบด้านของนักเรียน

การดำเนินการเสริมสร้างการรับรู้ในผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เป็นการดำเนินการในรูปแบบของเครือข่าย ประกอบด้วย ครู ผู้ปกครอง หน่วยบริการสุขภาพ ทั้งนี้ดำเนินการเสริมสร้างการรับรู้ในผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เป็นการฝึกปฏิบัติและการเสริมสร้างการรับรู้ทักษะในการเลี้ยงดูสำหรับผู้ปกครองที่สามารถนำไปใช้ที่บ้านซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรทัย เลาลงกรณ์ และคณะ(๒๕๖๕) พบว่าเด็กปฐมวัยมีความฉลาดทางอารมณ์สูงขึ้นหลังได้รับการจัดกิจกรรมจากผู้ปกครองที่ได้รับความรู้ผ่านรูปแบบการให้การศึกษาโดยกระบวนการมีส่วนร่วม ซึ่งแสดงว่าความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์และความเข้าใจและการจัดกิจกรรมของผู้ปกครอง

ข้อเสนอแนะ

การเสริมสร้างการรับรู้ในผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น สามารถเพิ่มทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครองและความฉลาดรอบด้านของเด็กนักเรียน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการเพิ่มทักษะให้กับคุณครูผู้ดูแลหรือคุณครูที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนให้มีความรู้และทักษะการจัดการกระบวนการเสริมสร้างการรับรู้ในผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นและการขยายผลการดำเนินงานไปในพื้นที่ใกล้เคียง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างการรับรู้ในผู้ปกครองต่อพฤติกรรมกำบังปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ในโรงเรียนชุมชนไตรคามราษฎร์บำรุง ตำบลป่าคา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากท่านผู้อำนวยการโรงเรียน คณะครูเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่อำเภอท่าวังผา และผู้ปกครองที่ให้ความสำคัญในการจัดกิจกรรม

เอกสารอ้างอิง

ณัฐพงศ์ ดาราเพ็ญ, สายทิพย์ ยะฟู และ ปพนสรร์ โปธิพิทักษ์. (๒๕๖๔). การศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในกระบวนการเสริมสร้างระเบียบวินัยนักเรียน โรงเรียนเมืองศรีเทพ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต ๔๐. วารสารคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์, ๔(๑), ๓๔-๕๐

อรทัย เลาถองกรณ์, อรุณี หรดาล, พัชรี ผลโยธิน และ วรนาท รักสกุลไทย. (๒๕๖๕). การพัฒนารูปแบบการให้การศึกษาผู้ปกครองโดยกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัยกรณีศึกษาการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา, ๑๗(๒), ๗๖-๘๖.

อัครเดช อินทรสถาพร, ชูชาติ พ่วงสมจิตร และ เจริญศรี พันปี. (๒๕๖๕). การเสริมสร้างวินัยนักเรียนด้านความรับผิดชอบโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง กรณีศึกษาโรงเรียนอนุบาลอัจฉรา อ.สูงเนิน จ.นครราชสีมา. วารสารมหาวิทยาลัยมหาสารคามวิทยาลัย, ๑๐(๑), ๒๕๖-๒๗๔.

ณัฐศรียา จักรสมศักดิ์. (๒๕๖๖). ผลการใช้โปรแกรมการกำกับอารมณ์ร่วมกับทักษะชีวิตที่มีผลต่อความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษามหาวิทยาลัย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, ๓๗(๓), ๒-๑๔.

ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว. (๒๕๖๔). เด็กและครอบครัวไทยที่ไม่ถูกมองเห็น: รายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัวในปี ๒๐๒๒. ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว

ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว. (๒๕๖๗). เด็กและครอบครัวไทยที่ไม่ถูกมองเห็น: รายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัวในปี ๒๐๒๔. ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว

ชนาธิป กุลจิรากุล และ ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (๒๕๖๔). ผลของโปรแกรมประยุกต์หลักแนวคิดสมรรถนะทางอารมณ์เพื่อเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ในนักเรียนชั้นประถมศึกษา. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยมหิดล, ๕๑(๒), ๑๐๑-๑๐๙

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน
โรงพยาบาลท่าวังผา อำเภوتاวังผา จังหวัดน่าน
Development of a Stroke Patient Care Model in
Tha wang pha District , Nan Province

เปรมประภา ก่อทรัพย์อนันต์

ความเป็นมาและความสำคัญ

งานอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นหน่วยงานแรกที่ทำหน้าที่คัดแยก (Triage) คัดกรอง พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยโรคหลอดเลือดสมอง ตามหลัก BEFAST (อังกฤษ บุญศรีและสุภัญญา ทองบุผา, ๒๕๖๓) ประกอบด้วย ๑. Balance = การทรงตัวผิดปกติ ไม่สามารถทรงตัวได้ หรือเวียนศีรษะบ่อย ร่วมกับเดินเซ ทันทันทันใด ๒. Eye = เห็นภาพซ้อน มองไม่ชัด ตามัวหรือมองไม่เห็นทันทีทันใด ๓. Face = ปากเบี้ยว มุมปากตก ขาไบหน้าครึ่งซีก ทันทันทันใด ๔. Arms = แขน-ขา อ่อนแรงทันทีทันใด ๕. Speech = พูดไม่ชัด พูดไม่ออก พูดจาสับสนทันทีทันใด ๖. Time = เวลาเริ่มมีอาการหรือเวลาครั้งสุดท้ายที่มีอาการปกติ (onset time/ last seen normal) ทั้งนี้เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็วและส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลน่าน การศึกษาที่ต้องรวดเร็วเพื่อลดอัตราการตาย ความพิการและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบการซักประวัติไม่ครอบคลุมอาการ BEFAST ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่คลาดเคลื่อน มีผลต่อความรวดเร็ว ความถูกต้องของการวินิจฉัย การขอคำปรึกษาแพทย์เฉพาะทางล่าช้า และการมีผู้ป่วยฉุกเฉินอื่นๆ ภาวะ ER over crowding ในขณะที่มีผู้ป่วย stroke อยู่ในการดูแล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย การรักษาและส่งต่อที่ล่าช้า ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ทันเวลา พยาบาลมีส่วนสำคัญในการจัดลำดับความสำคัญเร่งด่วนของผู้ป่วย stroke ตามหลักการคัดแยก (Triage) (สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๑) และควรคัดแยกเป็น Triage level ๒ หรือ emergency เป็นอย่างน้อย เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วขึ้น

ระบบบริการในโรงพยาบาลจะต้องให้การรักษาผู้ป่วยอย่างรวดเร็วที่สุด เนื่องจากว่าทุก ๆ นาทีที่ผ่านไปนั้นเซลล์สมองจะมีการขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น เซลล์สมองจะตายเพิ่มมากขึ้นทุก ๆ นาทีที่ผ่านไป มีการเปรียบเทียบไว้ให้เห็นถึงผลเสียของเวลาที่ผ่านไปทุกนาทีว่า ๑ นาทีที่ผ่านไปนั้นส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูญเสียไป ๒ วัน ดังนั้นจึงต้องให้การบริการด้วยความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพอย่างยิ่งในกรณีที่มีผู้ป่วยมีระยะเวลา onset to hospital ใกล้เคียง ๒๗๐ นาที ยิ่งต้องรีบให้การบริการให้เร็วมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ทัน golden period (๔.๓๐ ชั่วโมง) ดังกล่าว อย่างไรก็ตามการที่จะพัฒนาให้ระบบบริการในโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายลดระยะเวลา door to needle time (DTN) นั้นให้ลดลงมากที่สุด ต้องมีผู้เกี่ยวข้องจำนวนมาก ไม่สามารถแก้ไขได้เพียงคนเดียวหรือทีมเดียว ต้องเกิดจากความร่วมมือของทุกทีมที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขดังกล่าวการสร้าง stroke awareness, alert และการ activate stroke fast track นั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง เพราะการยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้จักโรคนี้ และสามารถเข้าถึงระบบบริการได้อย่างรวดเร็วนั้น ตลอดจนการ lean ระบบบริการในโรงพยาบาล เพื่อให้มีระยะเวลา door to needle time สั้นลง จะเป็นการเพิ่มโอกาสผู้ป่วยที่จะหายเป็นปกติ ลดความพิการลงได้ และลดอัตราการเสียชีวิตลงได้

โรงพยาบาลท่าวังผาเป็นโรงพยาบาลขนาด F๑ ขนาด ๔๕ เตียง อำเภوتاวังผามีประชากร ๕๐,๕๒๔ คน มีจำนวนตำบล ๑๐ ตำบล มีเครือข่าย รพ.สต. จำนวน ๑๕ รพ.สต.และ ๑ สสข. มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและเครือข่ายหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับ advance ๑ หน่วย ระดับ first responder จำนวน ๗

หน่วย การแบ่งประเภทผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) อำเภอท่าวังผา มีการนับระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการทางหลอดเลือดสมองจนถึงโรงพยาบาลท่าวังผา มีการแบ่งเกณฑ์ผู้ป่วยออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ ๑. Stroke fast คือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางหลอดเลือดสมองภายในเวลา ๓ ชั่วโมง ๓๐ นาที นับจากมีอาการจนถึงโรงพยาบาลท่าวังผา ๒. Stroke non fast คือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางหลอดเลือดสมองนานเกินเวลา ๓ ชั่วโมง ๓๐ นาที นับจากมีอาการจนถึงโรงพยาบาลท่าวังผา ซึ่งผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่ม โรงพยาบาลท่าวังผา ไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ที่โรงพยาบาลท่าวังผาได้ ได้ทำการประเมิน รักษาเบื้องต้นและส่งรักษาต่อ (refer) ไปยังโรงพยาบาลน่าน โดยมีเป้าหมายในการส่งรักษาต่อ (refer) ในผู้ป่วย stroke fast ภายใน ๓๐ นาทีเมื่อผู้ป่วยเข้าถึง ER และในกลุ่มผู้ป่วย stroke non fast มีเกณฑ์การส่งต่อตามเกณฑ์ปกติเพื่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลน่านต่อไป

การเข้าถึงสถานพยาบาลหรือระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางโรคหลอดเลือดสมองจนถึงสถานพยาบาลที่ล่าช้าเกินระยะเวลา golden period ซึ่งโรงพยาบาลท่าวังผาได้กำหนดไว้ที่ระยะเวลาเริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาล (onset to departure time) มีระยะเวลาไม่เกิน ๓ ชั่วโมง ๓๐ นาที และระยะเวลาการส่งต่อผู้ป่วย (door to refer time) คือ มีระยะเวลาตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ใน ER จนถึงส่งต่อออกจาก ER กำหนดระยะเวลาไว้ไม่เกิน ๓๐ นาที ทั้งระยะเวลาการเข้าถึงสถานพยาบาล (onset to departure time) และระยะเวลาส่งต่อ (door to refer time) มีผลต่ออัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA อัตราการเสียชีวิตหรือความพิการ มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน กระทบทั้งทางด้านการสาธารณสุขและเศรษฐกิจของประเทศ เพื่อลดผลกระทบดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน โดยการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน มุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอท่าวังผาได้รับการส่งต่อภายใน ๓๐ นาที การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ที่มีความเหมาะสมกับบริบทและพื้นที่โรงพยาบาลท่าวังผารวมถึงการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งต่อพัฒนาขึ้นเพื่อนำไปปรับใช้จริงในหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

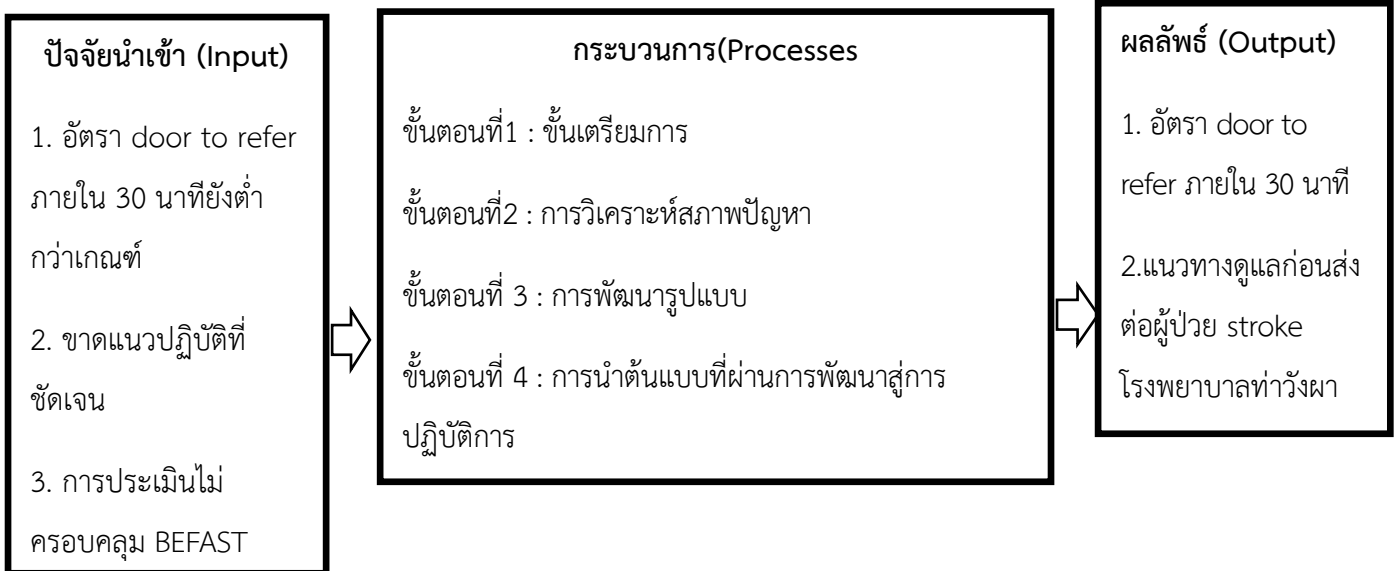
เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ให้ได้รับการส่งต่อภายใน ๓๐ นาที

ระเบียบวิธีวิจัย (research methodology)

- **แบบของการวิจัย (research design).**
การศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective)

- **กรอบแนวคิด**

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (Systems Theory) (Hoy and Miskel, ๒๐๐๕) ผู้วิจัยนำรูปแบบแนวคิดการจัดการที่มองภาพแบบเป็นองค์รวมโดยมีระบบย่อยๆ ประกอบอยู่ในระบบใหญ่มีความสัมพันธ์กันและทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกันองค์ประกอบหลักของ Systems Theory ประกอบด้วย ๓ ส่วนประกอบหลักป้อนเข้า (inputs) และผลลัพธ์ (output) โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้น (Hoy & Miskel, ๒๐๐๕) ดังแสดงในรูปที่ ๑



รูปที่ ๑ แสดงแนวคิดในการศึกษา

ขั้นตอนและกระบวนการพัฒนาเครื่องมือ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน มีกระบวนการ ๖ ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ : ขั้นเตรียมการ

ศึกษาข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการให้บริการในปีที่ผ่านมาและปัจจุบันำเข้าอื่นๆ ได้แก่ นโยบายโรงพยาบาลในการพัฒนาระบบ การพัฒนาเพื่อให้ได้เป้าหมายตาม ๒P safety ระบบบริการ ข้อมูลผู้ให้บริการ ข้อมูลผู้มารับบริการที่ได้จากเวชระเบียน ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ ๒ : ขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพปัญหา

การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ (analysis research) ของสหสาขาวิชาชีพ ผู้เกี่ยวข้องโดยทักษะการสนทนากลุ่ม (focus group interview) การสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth Interview) การสังเกตแบบมีส่วนร่วมอย่างไม่เป็นทางการ วิธีการเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยศึกษาในส่วนของผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแพทย์จำนวน ๓ คน เภสัชกรจำนวน ๑ คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๑๓ คน นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน ๑ คน นักรังสีเทคนิคจำนวน ๑ คน และพนักงานขับรถจำนวน ๑ คน รวมเป็นจำนวน ๒๐ คน นำสู่การวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหาการโดยการสนทนากลุ่มกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้แนวคำถามปลายเปิด (opened questions) แล้วนำข้อสรุปที่ได้มาวิเคราะห์ สังเคราะห์

ขั้นตอนที่ ๓ : ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ

ออกแบบและการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน (design and development) โดยการศึกษาการพัฒนาระบบจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำข้อสรุปที่วิเคราะห์ได้จากขั้นตอนที่ ๑ มาสู่การพัฒนารูปแบบด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการนำเสนอข้อมูลผ่านการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เปิดโอกาสให้ร่วมแลกเปลี่ยน สะท้อนข้อคิดเห็นความรู้สึกร่วมกันความถูกต้องของข้อมูลและกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสะท้อนคิด(reflection) จนทำให้เข้าใจปัญหาาร่วมกันตระหนักถึงความสำคัญและความรุนแรงของปัญหา (awareness) หาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกันโดยการยึดความต้องการและเอื้อประโยชน์แก่ผู้รับบริการทั้งผู้ป่วยและญาติ

ขั้นตอนที่ ๔ : ขั้นตอนการนำต้นแบบที่ผ่านการพัฒนาสู่การปฏิบัติการ

ทดลองใช้โดยนำการพัฒนาในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอบำรุงรักษา จังหวัดน่าน ที่ประกอบไปด้วย ๖ กระบวนการได้แก่

๑. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (access & entry) โดยพยาบาลวิชาชีพการประเมิน (patient assessment) และคัดแยกผู้ป่วย (triage) ทันทีที่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลภายใน ๔ นาที

๒. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (planning of care) ภายหลังจากแพทย์ประกาศ fast track (ภายใน ๕ นาที หลังจากผู้ป่วยเข้าถึงโรงพยาบาล) การตรวจเลือดและเอกซเรย์ (ตามคำสั่งแพทย์)

๓. การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (information and empowerment for patients / families) (ภายหลังจากประกาศ fast track โดยแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพ)

๔. การให้การพยาบาลก่อนและขณะส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

๕. การติดตามดูแลต่อเนื่อง (continuity of care) โดยการติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย (รพ.น่าน) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง และ ๗๒ ชั่วโมงหลังส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย

ขั้นตอนที่ ๕ : ขั้นตอนการนำต้นแบบมาพัฒนาปรับปรุงให้สมบูรณ์

เมื่อนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอบำรุงรักษา จังหวัดน่านที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้แล้ว มีการตรวจสอบระบบอย่างสม่ำเสมอมีการสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการใช้รูปแบบจากผู้ใช้ โดยมีการปรับปรุงรูปแบบให้ง่ายต่อการใช้งานและเอื้อประโยชน์แก่ผู้ป่วยเป็นสูงสุด มีการติดตามตัวชี้วัดการให้บริการควบคู่กับการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบอยู่เสมอ

ขั้นตอนที่ ๖ : ขั้นตอนการประเมินผลประสิทธิภาพ และเผยแพร่

ประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลก่อนส่งต่อผู้ป่วย stroke โรงพยาบาลอำเภอบำรุงรักษา จากการทดลองใช้รูปแบบ และเก็บรวบรวมข้อมูลครบสมบูรณ์โดยให้พยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบตอบแบบประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ ประกอบด้วย ๑) ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบ ๒) แบบประเมินปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบไปใช้โดยใช้คำถามปลายเปิด ตรวจสอบความสมบูรณ์โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของรูปแบบนำเสนอต่อผู้บริหารของโรงพยาบาลอำเภอบำรุงรักษาและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อไป

- ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลผู้รับบริการที่ถูกรับวินิจฉัย Stroke ในโรงพยาบาลอำเภอบำรุงรักษา จังหวัดน่าน ย้อนหลัง ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๖)

- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (instrument of research)

ตัวชี้วัดจำนวน ๑ ตัวชี้วัด ดังนี้ ๑. Door to refer ผู้ป่วย Stroke ภายใน ๓๐ นาที

- ระยะเวลาในการทำวิจัย นับตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗

- สถิติที่ใช้

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยนำเสนอในรูปแบบ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สำหรับการวิเคราะห์ผลข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ - ๒๕๖๖ จำนวน ๖๔, ๗๓, ๘๖, ๗๗ และ ๘๖ คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่เพิ่มขึ้น พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการส่งต่อ (Referral) ไปยังโรงพยาบาลน่านซึ่งตามเกณฑ์จะต้องส่งต่อคนไข้ door to refer ภายใน ๓๐ นาที ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ - ๒๕๖๖ เท่ากับร้อยละ ๓๖.๔๓, ๔๐.๓๕, ๔๑.๒๐, ๕๐.๐๓ และ ๗๔.๔๗ ตามลำดับ และพบว่าในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๙๖ ราย พบว่า ได้รับ

การส่งต่อ (Referral) ไปยังโรงพยาบาลน่านซึ่งตามเกณฑ์จะต้องส่งต่อคนไข้ door to refer ภายใน ๓๐ นาที ร้อยละ ๖๕.๑๒ และพบว่าเสียชีวิตหลังจากได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลน่าน จำนวน ๗ ราย ซึ่งยังไม่รวมการเสียชีวิตในกรณีรับกลับมาพักที่บ้าน จึงทำให้อัตราการตาย มากกว่าร้อยละ ๗ ต่อแสนประชากร ซึ่งมากกว่าตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังนั้นการนำผลการศึกษานี้ไปใช้เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะสามารถช่วยลดอัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

เพื่อสร้างระบบในการดูแลส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหออภิบาลผู้ป่วยในหอฉุกเฉินรพ.ท่าวังผาให้มีประสิทธิภาพ

บทเรียนที่ได้รับ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ต้องแข่งกับเวลา การเข้าถึงบริการให้ได้รวดเร็วทันเวลาจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน พิการ เสียชีวิต ลดลง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

องค์กรหน่วยงาน ผู้บริหาร ทีมงาน ที่เข้มแข็ง มองเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งสนับสนุนปรับปรุง เรียนรู้ เพื่อให้การทำงานได้ประสิทธิภาพที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

กรรณิการ์ คงบุญเกียรติและสมศักดิ์ เทียมเก่า. แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองทันยุค สำหรับแพทย์และทีมสุขภาพเขต ๗. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; ๒๕๖๕.

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. จำนวนและอัตราการตายโรคไม่ติดต่อปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๕. ๒๕๖๕, สืบค้นเมื่อ ๔ มีนาคม ๒๕๖๗ เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com>

ดิษนัย ทศนพูนชัย. ๒๕๖๒. Strokeหรือโรคหลอดเลือดสมอง. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก <http://www.sikarin.com/content/detail/๑๓๑/stroke>

สงบ บุญทองโท, นิสากร วิบูลชัยและอรุณ บุตระบ้านเขวา. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวาปีปทุมและเครือข่ายบริการ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, ๒๕๖๐.

ศรารินทร์ พิทยะพงษ์.(๒๕๖๑).สถานการณ์ปัญหาและอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *Thai Red Cross Nursing Journal*, ๑๑(๒), ๒๖-๓๔

โรงพยาบาลท่าวังผา. (๒๕๖๖). *รายงานประจำปี งบประมาณ ๒๕๖๖*. โรงพยาบาลท่าวังผา.

สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๑). MOPH ED.TRIAGE (พิมพ์ครั้งที่ ๑). นนทบุรี: สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, พรทิพย์ วชิรดิถกและ ธีระ ศิริสมุด. รายงานการศึกษาศาสนาการณบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการทบทวนวรรณกรรมการพัฒนาคุณภาพปฏิบัติการฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กลุ่มงานวิจัย สำนักวิจัยและพัฒนาวิชาการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, ๒๕๖๕.

อังคณา บุญศรีและสุกัญญา ทองบุผา. (๒๕๖๓).ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรูปแบบ stroke digital service. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, ๕(๓), ๓๖-๔๔. campaign.

Hoy, K. Wayne and Miskel, G. Cecil. ๒๐๐๕. Education Administration Theory Research and Practice. (๗th ed.) Singapore: McGrawHall.Inc

World Stroke Organization. World stroke campaign [internet].๒๐๑๖ [cited June ๒๐๒๔]. available from: <http://www.world-stroke.org/advocacy/worldstroke->

การพัฒนาระบบการบริหารจัดการห้องประชุมขนน้ำอย่าง โรงพยาบาลท่าวังผา

ณัฐภัทร คำมูล ,เฉลิม พิชะ และ ภาวิณี ไตรจะโปะ

การจัดการห้องประชุมเป็นเพียงหนึ่งในข้อบังคับภายใต้การบริหารทรัพยากรกายภาพ (facilities management) ความมีประสิทธิภาพของการบริหารจัดการห้องประชุมส่งผลโดยตรงต่อผลการดำเนินงานและสถานะทางการเงินทั้งหมดขององค์กร สิ่งสำคัญที่ช่วยให้ประหยัดต้นทุนต่อการบริการที่รับรู้จริง (service perception) คือห้องประชุม ห้องสัมมนาและส่วนอื่น ๆ ที่ใช้ร่วมกันต้องได้รับการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการใช้ห้องและพื้นที่ดังกล่าวจะเป็นหัวใจสำคัญในการช่วยประหยัดเงินจากการใช้พื้นที่ได้มากที่สุดไม่ว่าห้องต่าง ๆ นั้นจะถูกใช้ได้อย่างมีคุณภาพหรือไม่ก็ตาม ผู้บริหารทรัพยากรกายภาพต้องจัดหาเทคนิคต่าง ๆ เพื่อบริหารจัดการห้อง สิ่งสำคัญในการจัดหาแนวทางแก้ไขขึ้นอยู่กับความต้องการเพื่อให้ส่งผลและเหมาะสมกับขั้นตอนการดำเนินงานของคุณ และต้องอยู่ในงบประมาณกำหนด การบริหารจัดการห้องประชุมอาจเป็นขั้นตอนที่ซับซ้อนเนื่องจากข้อกำหนด กฎระเบียบและข้อจำกัดต่าง ๆ เมื่อขั้นตอนดำเนินการมีความซับซ้อนมากขึ้น ตัวซอฟต์แวร์ที่ใช้ก็ต้องมีความพิเศษที่จะช่วยจัดการระบบการจองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น แนวทางแก้ไขแบบบูรณาการและแบบเดี่ยวๆ เป็นตัวสร้างข้อกำหนดและข้อมูลจำนวนมากเพื่อช่วยให้ผู้จัดการบริหารทรัพยากรกายภาพ หรือผู้จัดให้บริการสร้างระบบเพื่อตรวจสอบแนวโน้มและผลการดำเนินงานได้ ระบบการจองห้องประชุมที่เหมาะสมจะช่วยให้บุคลากรใช้ข้อมูลทั้งหมดตามต้องการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทรัพยากรและเป็นการประหยัดเงินการจัดการองค์กร

แนวทางการตรวจประเมินมาตรฐานสถานที่จัดงานประเทศไทย (ประเภทห้องประชุม) ที่มีความพร้อมใช้งานมีองค์ประกอบที่ต้องตรวจประเมินด้วยกัน ๓ ด้าน คือ ๑) ด้านกายภาพ (Physical Component – P) หมายถึง สภาพของห้องประชุม และบริเวณ พื้นที่โดยรอบที่เป็นองค์ประกอบในการจัดการประชุม วัสดุ อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดประชุม ระบบน้ำ ระบบไฟ ระบบปรับอากาศ ระบบความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม ๒) ด้านเทคโนโลยี (Technology Component – T) หมายถึง อุปกรณ์ และการจัดการระบบ เสียง ระบบภาพ ระบบสื่อสารและอินเทอร์เน็ต ๓) ด้านบริการและการจัดการ (Service and Management Component – S) หมายถึง การจัดการด้านบริการ การเตรียมพร้อมบุคลากร และระบบการจัดการ (ฝ่ายพัฒนาศักยภาพอุตสาหกรรมไม้ สำนักงานส่งเสริมการจัดประชุมและนิทรรศการ (องค์การมหาชน), ๒๕๕๙) การพัฒนาคุณภาพและปรับปรุงห้องประชุมอย่างสม่ำเสมอและทันต่อการเปลี่ยนแปลงต่อความต้องการของผู้ใช้บริการเพื่อตอบสนองความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้อย่างตรงเป้าหมาย ความพึงพอใจในการใช้ห้องประชุม

จากการศึกษาของ หทัยรัตน์ พิมพ์อุบล (๒๕๖๒) ที่ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการห้องประชุมสัมมนาของโรงแรม ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ใช้บริการห้องประชุมสัมมนาของโรงแรมในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านมาตรฐานสถานที่จัดงานประเทศไทยประเภทห้องประชุมเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ โดยรวมอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูงทุกด้าน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการของห้องประชุมสัมมนาของโรงแรมในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านที่ผู้รับบริการห้องประชุมสัมมนาของโรงแรมในเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับความพึงพอใจมากที่สุดมี ๒ ด้าน ได้แก่ ด้านความเชื่อมั่นหรือไว้วางใจ และด้านความเป็นรูปธรรม ด้านที่ ผู้ใช้บริการมีระดับ

ความพึงพอใจลงมาได้แก่ ด้านการให้ความมั่นใจ ด้านการตอบสนองความต้องการและ ด้านการเข้าใจการรับรู้ความต้องการของผู้รับบริการในระดับความพึงพอใจมากเท่ากันทั้ง ๓ ด้าน

กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงเรียนโนนค้อวิทยาคม (๒๕๖๔) สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาศรีสะเกษ ยโสธร สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ได้รายงานผลการดำเนินงานโครงการปรับปรุงหอประชุม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๔ โดยใช้กระบวนการวงจรคุณภาพของเดมมิ่ง PDCA ได้ผลดังนี้ นักเรียน ผู้ปกครองและคณะครูโรงเรียนโนนค้อวิทยาคม มีความพึงพอใจต่อการ การรับบริการการใช้สถานที่หอประชุมของนักเรียน ชุมชนภาคี เครือข่าย ภาพรวมอยู่ในระดับคุณภาพความพึงพอใจ ระดับมากที่สุด (เฉลี่ย ๔.๕๑) เมื่อพิจารณารายด้าน โรงเรียนพบว่าด้านที่มากที่สุดอยู่ในรายการการจัดสภาพแวดล้อมภายในหอประชุมมีความน่าสนใจ นำใช้บริการ อยู่ในระดับคุณภาพ มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (เฉลี่ย ๔.๖๖) ถัดมาคือ แสงสว่างของไฟมีความเพียงพอต่อหอประชุมความพึงพอใจระดับมากที่สุด (เฉลี่ย ๔.๖๔) ความเป็นระเบียบเรียบร้อยและความสะอาดของหอประชุมความและระบบด้านเครื่องขยายเสียงมีเสียงดังและชัดเจน ความพึงพอใจเท่ากันระดับมากที่สุด (เฉลี่ย ๔.๕๒) ระบบการให้บริการมีความสะดวก รวดเร็วทันการ พึงพอใจระดับมากที่สุด (เฉลี่ย ๔.๕๑) และด้านที่น้อยที่สุดอยู่ในรายการประสิทธิภาพของพัดลมในหอประชุมมีความพึงพอใจมาก (เฉลี่ย ๔.๒๒)

แมคคินเซย์ (McKinse, ๑๙๘๒ อ้างถึงใน กฤษ โฟโรจน์, ๒๕๖๑) ได้ใช้ ๗ S มาในการวิเคราะห์ปัจจัยภายในขององค์กรทั้ง ๗S เพื่อทำความเข้าใจแต่ละปัจจัยที่เชื่อมโยงกันอย่างซับซ้อนและมีส่วนสนับสนุนระหว่างกัน ประกอบด้วย

๑. Strategy (กลยุทธ์) หมายถึง การวางแผนกลยุทธ์ขององค์กรเพื่อตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกโดยมีเป้าหมายเพื่อเอาชนะคู่แข่ง ซึ่งการวางแผนเปรียบเสมือนการวางแผนเส้นทางไปสู่จุดหมาย

ในการวิเคราะห์ ๗s McKinsey จึงควรพิจารณาว่าองค์กรมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนหรือไม่ในการกำหนดทิศทาง การดำเนินงานหรือเป้าหมายที่ต้องการ ตลอดจนความสอดคล้องของกลยุทธ์ระหว่างกลยุทธ์ และระหว่างกลยุทธ์กับปัจจัยภายในอื่น ถ้าหากว่ามี ก็ต้องตั้งคำถามต่อว่ากลยุทธ์ดังกล่าวช่วยให้เราไปถึงจุดหมายที่ตั้งไว้ได้จริงหรือไม่ หรือกลยุทธ์ดังกล่าวสามารถช่วยแก้ปัญหาได้อย่างไรบ้าง รวมทั้งมีการปฏิบัติตามกลยุทธ์นั้นอยู่จริงหรือไม่

๒. Structure (โครงสร้าง) หมายถึง โครงสร้างองค์กร เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจหน้าที่ของบุคลากรภายในองค์กร อย่างเช่น การรวมอำนาจหรือการกระจายอำนาจของผู้บริหาร และลำดับชั้นในการสั่งการ โครงสร้างองค์กรค่อนข้างจะมีผลกับกลยุทธ์โดยตรง (การที่กลยุทธ์บางอย่างทำไม่ได้หรือไม่ประสบความสำเร็จจริง บางครั้งเป็นเพราะติดที่โครงสร้างองค์กร) ดังนั้น โครงสร้างองค์กรจึงควรมีความสัมพันธ์กับกลยุทธ์ อย่างเช่น องค์กรที่มุ่งเน้นความแปลกใหม่และความนอกกรอบ อาจไม่เหมาะกับการรวมอำนาจผู้บริหารซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจเกี่ยวกับไอเดียใหม่ ๆ ได้อย่างล่าช้าในการวิเคราะห์ ๗s McKinsey ลำดับแรกจึงควรพิจารณาว่า โครงสร้างองค์กรมีลักษณะอย่างไร มีการสื่อสารระหว่างกันอย่างไร และขอบเขตความรับผิดชอบเป็นอย่างไร

๓. System (ระบบ) หมายถึง กระบวนการและลำดับชั้นในการทำงานที่ต้องเป็นระบบที่สอดคล้องกัน (เข้ากัน) ตลอดจนระบบต่าง ๆ ที่ใช้ในการดำเนินงานภายในองค์กรโดย System (ระบบ) ในที่นี้มีความหมายรวมถึงตั้งแต่ขั้นตอนการทำงาน กระบวนการตรวจสอบ มาตรการการปรับปรุงพัฒนา มาตรการความปลอดภัย ระบบที่เกี่ยวข้องกับงาน ตลอดจนซอฟต์แวร์ที่ใช้ในกระบวนการทำงาน และระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนธุรกิจ ระบบการทำงานที่ดีควรสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกับเรื่องอื่น ๆ โดยเฉพาะกับกลยุทธ์และโครงสร้างองค์กรที่เกี่ยวข้องกันโดยตรง

๔. Style (รูปแบบ) หมายถึง รูปแบบการบริหาร หรือ Style ในการบริหารจัดการของผู้บริหารและวิธีการเป็นผู้นำของผู้บริหาร เนื่องจาก ผู้นำเป็นผู้ถ่ายทอดนโยบายและการดำเนินกลยุทธ์ต่าง ๆ รูปแบบในการบริหารงานจึงควรจะสอดคล้องกับด้านอื่น ๆ อีก ๖ ด้านเช่นกัน อย่างเช่น หากโครงสร้างองค์กรเป็นแบบกระจายอำนาจ (Decentralization) ผู้นำควรกระจายอำนาจการตัดสินใจและลดการรวมการตัดสินใจเอาไว้ที่ตนเพียงคนเดียว เพื่อให้โครงสร้างองค์กรแบบกระจายอำนาจเกิดขึ้นได้จริง

๕. Staff (การจัดการบุคคล) หมายถึง การบริหารจัดการบุคคลภายในองค์กร เกี่ยวข้องกับ วิธีการคัดเลือกบุคลากร การจัดคนให้เข้ากับงานที่เหมาะสมกับความสามารถ วิธีการจ่ายค่าตอบแทนทั้งที่เป็นเงินและไม่ใช้ตัวเงิน กฎระเบียบและการลงโทษ และการพัฒนาบุคลากรเดิมที่มีอยู่ ซึ่งการคัดเลือกก็ควรจะต้องสอดคล้องกับอีก ๖ ด้าน อย่างเช่น การคัดเลือกพนักงานให้สอดคล้องกับทักษะที่เป็นความโดดเด่นขององค์กร การคัดเลือกพนักงานมีนิสัยสอดคล้องกับโครงสร้างองค์กรและค่านิยมร่วมขององค์กร เป็นต้น

๖. Skill (ทักษะ) หมายถึง ทักษะ ความโดดเด่น ความเชี่ยวชาญในการผลิต/การขาย/การให้บริการขององค์กร อะไรคือความเชี่ยวชาญหรือทักษะที่เป็นลักษณะเด่นขององค์กร ในขณะที่องค์กรมีพนักงานที่มีทักษะที่จำเป็นเหล่านั้นอยู่มากน้อยแค่ไหน และมีวิธีการอย่างไรในการคัดเลือกหรือค้นหาบุคลากรที่ตรงกับทักษะ ความโดดเด่น และความเชี่ยวชาญที่องค์กรเป็น

๗. Shared Value (ค่านิยมร่วม) หมายถึง ค่านิยมร่วมในองค์กร วัฒนธรรมองค์กร องค์กรมีความเชื่ออย่างไร ซึ่งค่านิยมถือเป็นหัวใจขององค์กรเพราะเป็นสิ่งที่สร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันภายในองค์กร ตลอดจนการคัดเลือกบุคลากรที่จะเข้ามาร่วมงาน กล่าวคือ หากภายในองค์กรมีค่านิยมร่วมที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ก็ยากที่จะทำให้ความคิดของคนในองค์กรเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ในทางกลับกันหากค่านิยมร่วม (Shared Value) เป็นไปในทิศทางเดียวกัน อย่างเช่น องค์กรที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนา บรรยากาศโดยรวมภายในองค์กรก็ง่ายกว่าที่จะมุ่งไปที่การพัฒนา

ทฤษฎีระบบ หมายถึง สิ่งต่าง ๆ บนโลกนี้มีลักษณะเป็นระบบ ต้องมีองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กัน เป็นกระบวนการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ได้กำหนดไว้ โดยระบบจำแนกได้เป็น ๒ ประเภท ดังนี้

๑. ระบบปิด (closed system) เป็นระบบที่มีความสมบูรณ์ในตัวเอง ไม่สัมพันธ์กับระบบอื่นใด และแยกตนเองออกจากสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ทางสังคม สามารถควบคุมได้ เช่น การทดลองทางวิทยาศาสตร์จะต้องอยู่ในกระบวนการที่ถูกควบคุม และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงปรับเปลี่ยนได้เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่สมบูรณ์ถูกต้อง

๒. ระบบเปิด (open system) เป็น ระบบที่ต้องปฏิสัมพันธ์ กับ สิ่งต่าง ๆ ทั้ง บุคคล องค์กร หรือหน่วยงาน ในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง มีการเอื้อประโยชน์ ฟังพาทซึ่งกันและกัน โดยสิ่งแวดล้อมภายนอกมีผลหรือมีอิทธิพลต่อการทำงานขององค์กรด้วย ไม่สามารถควบคุม (รัฐวิชัย พัฒนจิระรุจน์, ๒๕๕๗, Robbins et al., ๒๐๐๖ อ้างถึงใน ปรานต์ศศิ อินทรวีเชียร และ วันเพ็ญ วิชาญชัยนันท, ๒๕๖๔)

องค์ประกอบของระบบ ประกอบด้วยส่วนสำคัญ ๗ ประการ ได้แก่ ๑) วัตถุประสงค์ (goals) ๒) ปัจจัยนำเข้า (input) ๓) กระบวนการ (process) ๔) ผลลัพธ์ (output) ๕) การส่งข้อมูลป้อนกลับ (feedback) ๖) การควบคุม (control) และ ๗) สิ่งแวดล้อม (environments)

ทฤษฎีระบบ มีหลักการจดจำ ซึ่งสามารถสรุปเป็นองค์ประกอบหลักได้ ๓ ส่วนใหญ่ ได้แก่ ๑) **สิ่งที่ป้อนเข้าไป (input)** หมายถึง ปัจจัยต่าง ๆ หรือองค์ประกอบแรกนำไปสู่การดำเนินงานของระบบ โดยรวมไปถึงสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ซึ่งเป็นที่ต้องการของระบบนั้น ๆ ๒) **กระบวนการ (process)** คือองค์ประกอบต่อมาของระบบ หมายถึง วิธีการ ที่จะนำไปสู่ผลงานหรือผลผลิตของระบบ และในระบบการศึกษาได้แก่ วิธีการสอนต่าง ๆ เป็นต้น และ ๓) **ผลงาน (output)** หรือ ผลผลิต (product) เป็นองค์ประกอบสุดท้ายของระบบ หมายถึง ความสำเร็จในลักษณะต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพ หรือประสิทธิผล ในระบบการศึกษา ได้แก่ นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์

ทางการเรียนในลักษณะต่าง ๆ หรือนักเรียนที่มีความรู้ ความสามารถที่จะดำรงชีวิตในอนาคตได้ตามอัตภาพ เป็นต้น การนำไปประยุกต์ใช้ การดำเนินงานใด ๆ ก็ตามเกิดขึ้นอย่างมีระบบ เราจะเห็นถึงความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน อย่างเป็นองค์รวม องค์การแห่งหนึ่งจัดกิจกรรมการแถลงข่าว เริ่มต้นด้วยการวางแผนงานในด้านต่าง ๆ ตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ การจัดทำแผนงาน, รูปแบบการดำเนินงาน, งบประมาณ, ทีมงาน, พันธมิตร ฯลฯ ในกรอบเวลาที่กำหนด เมื่อเข้าสู่การดำเนินงานปฏิบัติ งานสำเร็จสิ้นกระบวนการ ต้องประเมินผลการจัดกิจกรรมดังกล่าวมีผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายที่วางไว้ ตลอดจนการประเมินผลจาก Feedback ในการปฏิบัติงานในลักษณะ ๓๖๐ องศา ปัญหา และอุปสรรค รวมถึงสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินงาน เพื่อนำไปปรับปรุงการวางแผน การปฏิบัติในครั้งต่อไป

โรงพยาบาลท่าวังผา เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F๑ ขนาด ๔๕ เตียง มีบุคลากรจำนวน ๒๑๐ คน (งาน ทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลท่าวังผา, ๒๕๖๗) สำหรับการทำงานในแต่ละองค์การจำเป็นต้องมีการจัดการประชุม ขึ้นเพื่อเป็นการระดมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการทำงานในเรื่องที่แตกต่างกันไป โรงพยาบาลท่าวังผามีห้องประชุมจำนวน ๒ ห้อง คือห้องประชุมขุนม่อนก่อรองรับผู้เข้าประชุม ๖๐-๘๐ คน และห้องประชุมขุนน้ำย่างรองรับผู้เข้าประชุม ๒๕-๓๐ คน ห้องประชุมมีความจำเป็นสำหรับทุกหน่วยงานต้องมีการประชุมเพื่อปรึกษาหารือติดตามเตรียมงานวางแผนหรือจัดทำกิจกรรมร่วมกัน จึงมีความจำเป็นต้องใช้สถานที่ในการประชุมอบรม สัมมนา รวมถึงกิจกรรมงานต่างๆ ที่ผ่านมาห้องประชุมขุนน้ำย่างจะถูกใช้งานมากกว่า โดยเฉลี่ยวันละ ๑-๒ ครั้ง เนื่องจากอยู่ในอาคารที่ใกล้สะดวกกับฝ่ายต่างๆ มีขนาดที่พอเหมาะกับการรองรับผู้เข้าประชุมไม่มากนัก และมีพื้นที่หลังที่มีป้ายและตราสัญลักษณ์โรงพยาบาลท่าวังผา

ในปัจจุบันการประชุมของแต่ละหน่วยงานหากต้องการให้ห้องประชุม และอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์ต่างๆ ต้องกรอกรายละเอียดการขอใช้งานห้องประชุม ลงในตารางการจองห้องประชุมในระบบออนไลน์ แต่บางครั้งพบว่ามี การสื่อสารด้วยวาจาโดยการติดต่อโดยตรงกับเจ้าหน้าที่ หรือติดต่อด้วยการพูดคุยกันทางโทรศัพท์ โดยเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเป็นผู้รับทราบ ทำให้พบปัญหาในการบริหารจัดการจองห้องประชุม หน่วยงานไม่สามารถจัดสรร และจัดเตรียมห้องประชุมเพื่อตอบสนองทุกหน่วยงานได้ นอกจากนี้พบปัญหาอุปกรณ์ไม่พร้อมใช้ ทั้งระบบเทคโนโลยี สื่อคอมพิวเตอร์สำหรับการนำเสนอ ระบบอินเทอร์เน็ต ระบบเครื่องเสียง รวมถึงความสะอาดและการจัดเก็บอุปกรณ์ แก้วน้ำ และอื่นๆหลังใช้งานที่ไม่เรียบร้อย ในปี ๒๕๖๖ พบว่าได้รับข้อร้องเรียนจากผู้ใช้บริการห้องประชุมในเรื่องความไม่พร้อมใช้ทั้งทางด้านกายภาพ เทคโนโลยี และระบบจัดบริการ เกิดปัญหาระหว่างการประชุมบ่อยครั้ง โดยเฉพาะแบบทางไกลออนไลน์ผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ส่งผลต่อภาพลักษณ์ ชื่อเสียง และความเสียหายจากการสื่อสารขององค์กร นอกจากนี้ยังพบว่าผลการประเมินความพึงพอใจในการใช้ห้องประชุมในภาพรวมเฉลี่ยร้อยละ ๖๘.๑๕ โดยเฉพาะด้านการตอบสนองต่อบริการได้คะแนนความพึงพอใจในระดับต่ำสุดคือร้อยละ ๖๒.๐๕

ดังนั้นทีมผู้รับผิดชอบห้องประชุมขุนน้ำย่างจึงมีแนวคิดในการพัฒนาระบบจัดการห้องประชุมขุนน้ำย่างขึ้น โดยการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้าภายใต้กรอบ ๗S นำมาพัฒนาตามทฤษฎีระบบ มีการหมุนวงรอบให้เกิดการปรับแก้ไขปัญหาให้สนองตอบผู้ใช้บริการห้องประชุม ให้เกิดความพร้อมใช้และพึงพอใจในการใช้ห้องประชุม

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการห้องประชุมขุนน้ำย่าง
๒. เพื่อประเมินผลระบบการบริหารจัดการห้องประชุมขุนน้ำย่างหลังดำเนินการ

สมมติฐานการวิจัย : หลังการพัฒนาระบบการบริหารจัดการห้องประชุมขุนน้ำย่างมีความพร้อมใช้ และผู้ใช้งานมีความพึงพอใจมากขึ้น

ประชากร คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลท่าวังผา ๒๑๐ คน

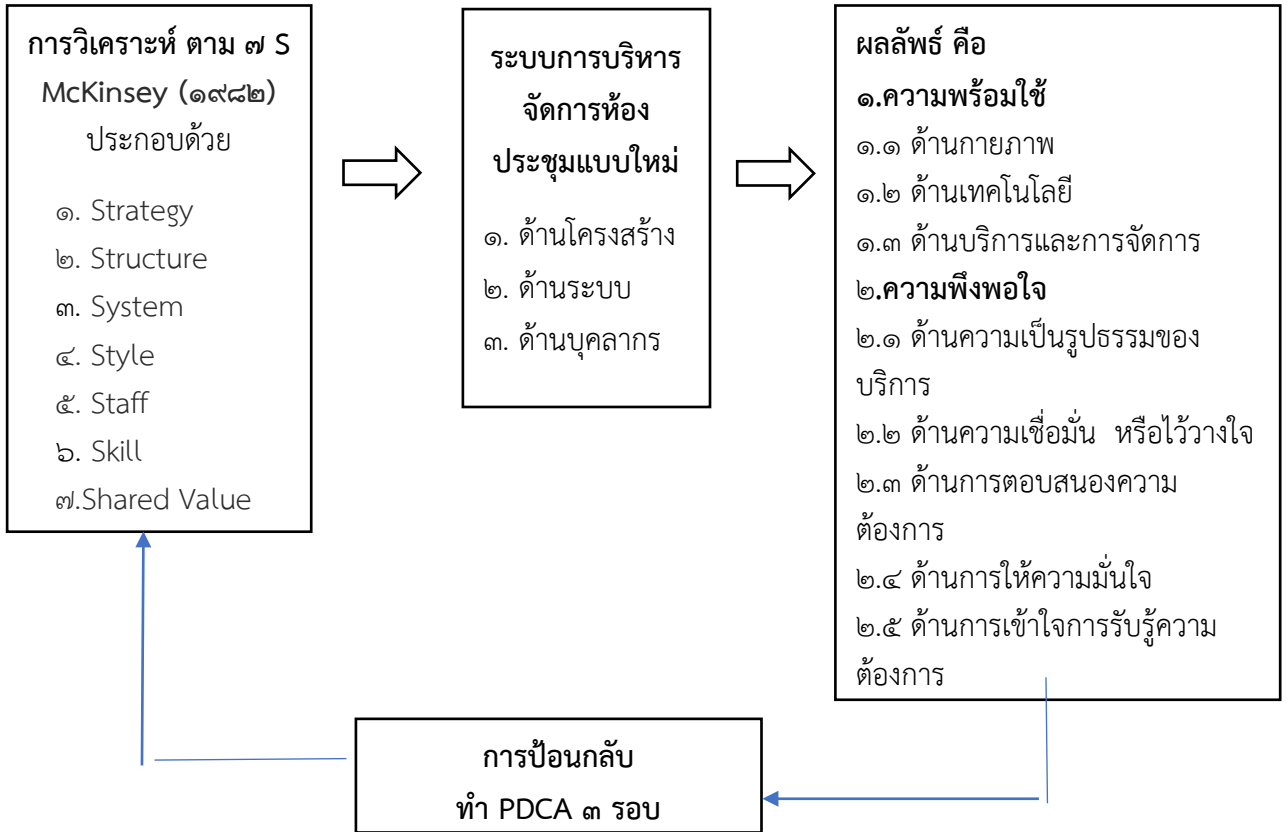
กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลท่าวังผาที่เป็นเจ้าภาพในการจัดประชุมที่ใช้บริการห้องประชุมขุนน้ำอย่าง ระหว่าง ๑ มิถุนายน ๒๕๖๗ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๗ จำนวน ๔๒ คน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจัยนำเข้า (Input)

(กระบวนการ) Process

ผลผลิต (Out put)



ระเบียบวิธีวิจัย : วิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งการดำเนินการเป็น ๓ ระยะดังนี้

ระยะที่ ๑ ระยะเตรียมการ (๑-๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗) ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์จากผู้มีส่วนร่วมในการใช้งานห้องประชุมขุนน้ำอย่าง ได้แก่ ๑) ผู้บริหาร จำนวน ๓ คน ๒) ผู้รับผิดชอบห้องประชุมจำนวน ๕ คน ๒) ตัวแทนจากหน่วยงานที่ใช้ห้องประชุมจำนวน ๗ คน โดยการวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิด ๗S เป็น กรอบแนวคิดของ McKinsey (๑๙๘๒) พัฒนาระบบการบริหารจัดการห้องประชุมโรงพยาบาลท่าวังผาตามทฤษฎีระบบ (system theory) (ปรานต์ศศิ อินทรวีเชียร และ วันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนนท์, ๒๕๖๔) ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหา และความเป็นไปได้ของรูปแบบดังกล่าว จำนวน ๓ ท่าน ประกอบด้วย หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป เจ้าหน้าที่โสตทัศนอุปกรณ์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการบริหารจัดการห้องประชุม ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับแก้และทดลองใช้ก่อนนำไปใช้งานจริง

ระยะที่ ๒ ระยะดำเนินการ (๑ มิถุนายน ๒๕๖๗ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๗) นำแนวทางที่ได้รับแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ ประชาสัมพันธ์ ประกาศใช้ นำลงสู่การปฏิบัติ และควบคุมกำกับให้เป็นไปตามที่กำหนด ได้นำวงจรคุณภาพของเดมมิง (Deming, ๒๐๐๔) PDCA มาใช้ในการดำเนินการ ๔ ขั้นตอนดังนี้ ๑) ขั้นตอนการร่วมกันวางแผน (Plan) ๒) ขั้นตอนการร่วมกันปฏิบัติ (Do) ๓) ขั้นตอนการร่วมกันประเมิน (Check) ๔) ขั้นตอนการร่วมปรับปรุง (Act) มีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ ๓ ระยะประเมินผลในการดำเนินการ (๑-๗ กันยายน ๒๕๖๗) รวบรวมข้อมูลการประเมินผลการใช้ห้องประชุมขุนน้ำอย่างที่ได้รับ มาวิเคราะห์ผลประเมิน และรวบรวมข้อเสนอแนะ เสนอผู้บริหารเพื่อปรับปรุงการดำเนินการต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น ๒ ประเภท

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการคือ ระบบการบริหารจัดการห้องประชุมขุนน้ำอย่าง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรม และข้อมูลที่ได้รับจากการวิเคราะห์จากผู้ที่เกี่ยวข้อง

๒. เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพท์ประกอบด้วย

๒.๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา

๒.๒ แบบประเมินความพร้อมใช้ห้องประชุมขุนน้ำอย่าง ผู้วิจัยได้ใช้แนวทางการตรวจประเมินมาตรฐานสถานที่จัดงานประเทศไทย (ประเภทห้องประชุม) ของ ฝ่ายพัฒนาศักยภาพอุตสาหกรรมไมซ์ สำนักงานส่งเสริมการจัดประชุมและนิทรรศการ (องค์การมหาชน) (๒๕๕๙) มีองค์ประกอบที่ต้อง ตรวจประเมินด้วยกัน ๓ ด้าน คือ ๑) ด้านกายภาพ (Physical Component – P) หมายถึง สภาพของห้องประชุม และบริเวณ พื้นที่โดยรอบที่เป็นองค์ประกอบในการจัดการประชุม วัสดุ อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดประชุม ระบบน้ำ ระบบไฟ ระบบปรับอากาศ ระบบความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม ๒) ด้านเทคโนโลยี (Technology Component – T) หมายถึง อุปกรณ์ และการจัดการระบบ เสียง ระบบภาพ ระบบสื่อสารและอินเทอร์เน็ต ๓) ด้านบริการและการจัดการ (Service and Management Component – S) หมายถึง การจัดการด้านบริการ การเตรียมพร้อมบุคลากร และระบบการจัดการ โดยแบ่งเป็น ๕ ระดับดังนี้

ความพร้อมใช้ระดับมากที่สุด	๕ คะแนน
ความพร้อมใช้ระดับมาก	๔ คะแนน
ความพร้อมใช้ระดับปานกลาง	๓ คะแนน
ความพร้อมใช้ระดับน้อย	๒ คะแนน
ความพร้อมใช้ระดับน้อยที่สุด	๑ คะแนน

การสรุปผลการประเมิน เมื่อได้ค่าเฉลี่ยของคะแนนแต่ละข้อแล้ว นำมาเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล ซึ่งมีการแปลผลตามระดับค่าเฉลี่ยจากอันตรภาคชั้น ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยสูงกว่า 4.50	มีความพร้อมใช้ห้องประชุมในระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50 – 4.49	มีความพร้อมใช้ห้องประชุมในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50 – 3.49	มีความพร้อมใช้ห้องประชุมในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50 – 2.49	มีความพร้อมใช้ห้องประชุมในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 1.50	มีความพร้อมใช้ห้องประชุมในระดับน้อยที่สุด

๒.๓ แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้ห้องประชุมขุนน้ำอย่าง ได้ประเมินความพึงพอใจ ๕ ด้านได้แก่

๑) ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ๒) ด้านความเชื่อมั่นหรือไว้วางใจ ๓) ด้านการตอบสนองความต้องการ ๔) ด้านการให้ความมั่นใจ และ ๕) ด้านการเข้าใจการรับรู้ความต้องการของผู้ใช้ห้องประชุม สร้างโดย หทัยรัตน์ พิมพ์อุบล ตามทฤษฎีของพาราสุรามาน, ไชธธอมล และแบร์รี่ (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, ๑๙๘๘ อ้างถึงใน หทัยรัตน์ พิมพ์อุบล, ๒๕๖๒) โดยแบ่งเป็น ๕ ระดับดังนี้

ความพึงพอใจระดับมากที่สุด	๕ คะแนน
ความพึงพอใจระดับมาก	๔ คะแนน

ความพึงพอใจระดับปานกลาง	๓ คะแนน
ความพึงพอใจระดับน้อย	๒ คะแนน
ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด	๑ คะแนน

การสรุปผลการประเมิน เมื่อได้ค่าเฉลี่ยของคะแนนแต่ละข้อแล้ว นำมาเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล ซึ่งมีการแปลผลตามระดับค่าเฉลี่ยจากอันตรภาคชั้น ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยสูงกว่า 4.50	ผู้ประเมินมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50 – 4.49	ผู้ประเมินมีความพึงพอใจในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50 – 3.49	ผู้ประเมินมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50 – 2.49	ผู้ประเมินมีความพึงพอใจในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 1.50	ผู้ประเมินมีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยได้นำระบบการบริหารจัดการห้องประชุมขุนน้ำอย่างพัฒนาขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหา และความเป็นไปได้ของรูปแบบดังกล่าว จำนวน ๓ ท่าน ประกอบด้วย หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป เจ้าหน้าที่โสตทัศนอุปกรณ์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการบริหารจัดการห้องประชุม ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับแก้และทดลองใช้ก่อนนำไปใช้งานจริง

การดำเนินการ พบว่า หลังจากวิเคราะห์ปัจจัยภายในขององค์กรในการจัดการบริหารจัดการห้องประชุม ดังแสดงในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยภายในขององค์กรในการจัดการบริหารจัดการห้องประชุมขุนน้ำอย่าง ตามแนวคิด ๗ S ของ แมคคินเซย์ (McKinse, ๑๙๘๒ อ้างถึงใน กฤษ ไพโรจน์, ๒๕๖๑)

แนวคิด ๗S	ผลการวิเคราะห์	แนวทางแก้ไข ปรับปรุง
๑.กลยุทธ์ (strategy)	ระบบการจัดห้องประชุมที่ผ่านมายังพบความบกพร่อง มีผลต่อการประชุม ต่อองค์กร และการประชุมที่ไม่ต้องการการรบกวนจากบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง	นำเสนอผู้บริหาร เพื่อให้ความสำคัญและสนับสนุนปรับปรุงให้ห้องประชุมพร้อมใช้
๒.โครงสร้างองค์กร (structure)	ยังไม่มี ความชัดเจนในทีมผู้รับผิดชอบหลัก และ ผู้กำกับ / ยังไม่มีการประเมินผลการใช้ห้องประชุม หรือ feed back ข้อมูลให้กับผู้รับผิดชอบ	๑. จัดทีมผู้รับผิดชอบหลัก แบ่งหน้าที่ และมีที่ปรึกษา ๒. จัดผู้ประสานงานแต่ละหน่วยงาน ๓. ประเมินผลการใช้ห้องประชุม และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง
๓.ระบบ (system)	จองห้องโดยไม่เข้าระบบที่วางไว้ / ต้องการใช้ห้องแบบกระชั้นชิด / จองแล้วไม่ใช้งานโดยไม่แจ้งล่วงหน้า / การจองซ้ำ / ไม่มีการระบุการจัดรูปแบบห้องที่ตอบสนองต่อการประชุมแต่ละครั้ง / ขนาดห้องไม่พอดีกับผู้เข้าประชุม / แนวทางในการบำรุงอุปกรณ์ในห้องประชุมยังไม่ชัดเจน ไม่มีการดำเนินการสม่ำเสมอ พบว่าอุปกรณ์ไม่พร้อมใช้งานบ่อยครั้ง	๑. จัดระบบการจองห้องประชุมในระบบ Hos office และให้ลงจองทุกครั้ง มีระบุวัน เวลา เริ่มต้น – สิ้นสุดที่ใช้งาน ระบุการจัดรูปแบบห้องประชุมที่เหมาะสมกับการใช้งานในแต่ละครั้ง กรณียกเลิกให้ดำเนินการในระบบเช่นกัน ๒. ผู้รับผิดชอบสามารถดูแลติดตามการจองห้องแบบ real time ได้ในระบบคอมพิวเตอร์และโทรศัพท์มือถือ ๓. มีรูปแบบห้องให้ผู้ใช้งานเลือก และระบุจำนวนผู้เข้าร่วม ๔. จัดแนวทางการบำรุงรักษาอุปกรณ์ในห้องประชุมให้พร้อมใช้
๔.รูปแบบ	ยังไม่มีแนวทางในการดำเนินการที่ชัดเจน	จัดให้ผู้ใช้งานห้องประชุมมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแนว

(style)		ทางการใช้ห้องและการจัดเก็บเมื่อเสร็จ
๕. การจัดการบุคคล (staff)	ผู้รับผิดชอบมี ๑ คน และผู้รับผิดชอบคนอื่นไม่ได้มอบหมายงานให้ชัดเจน	๑. มอบหมายหน้าที่ให้รับผิดชอบในแต่ละประเด็น ได้แก่ อุปกรณ์ และการจัดการระบบ เสียง ระบบภาพ ระบบสื่อสารและอินเทอร์เน็ต ๒. จัดบุคคลากรทดแทนกรณีผู้รับผิดชอบไม่สามารถปฏิบัติงานได้ ๓. จัดให้มีผู้ประสานงานการใช้ห้องประชุมประจำแต่ละหน่วยงาน
๖. ทักษะ (skill)	ผู้รับผิดชอบขาดทักษะในการใช้อุปกรณ์ในบางรายการ	เพิ่มทักษะการใช้ระบบคอมพิวเตอร์ ระบบเครื่องเสียง อินเทอร์เน็ต ให้กับผู้รับผิดชอบ
๗. ค่านิยมร่วม (shared value)	การใช้ห้องประชุมเกินเวลาและไม่ปิดระบบต่างๆ ในห้องประชุม / ไม่จัดเก็บเก็บอุปกรณ์ / ไม่มีจัดการขยะ	สร้างวัฒนธรรมในการใช้ห้องประชุมร่วมกัน ด้วยระบบ ๕ ส.

นำข้อมูลที่ได้รับมาหาแนวทางแก้ไขร่วมกันได้แนวทางการดำเนินการ ทดลองนำแนวทางลงสู่การปฏิบัติงาน ๑ สัปดาห์ปรับแก้ตาม Plan Do Check Action จำนวน ๓ รอบ ตามปัญหาที่พบจนได้แนวทางเป็นยอมรับ จึงนำลงสู่การปฏิบัติจริงดังนี้

ระบบการบริหารจัดการห้องประชุมขนานน้ำอย่าง (พฤษภาคม ๒๕๖๗)

๑. การปรับปรุงด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย

๑.๑ ผู้บริหารเห็นความสำคัญอนุมัติให้ปรับปรุงโต๊ะ เก้าอี้ ระบบ คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต และเครื่องเสียง

๑.๒. ปรับปรุงระบบการจองและออกแบบการบันทึกข้อมูลที่จำเป็น ในระบบ Hos office แบบออนไลน์ เพื่อความสะดวก รวดเร็ว และเป็นข้อมูลในการจัดเตรียม และประเมินผล

๒. การปรับปรุงด้านระบบ ประกอบด้วย

๒.๑ แนวทางการจองห้องประชุม และการเตรียมการก่อนประชุม

๒.๑.๑ จัดระบบการจองห้องประชุมในระบบ Hos office แบบออนไลน์ และให้ลงจองทุกครั้ง มีระบุวัน เวลา เริ่มต้น – สิ้นสุดที่ใช้งาน ระบุการจัดรูปแบบห้องประชุมที่เหมาะสมกับการใช้งานในแต่ละครั้ง กรณียกเลิกให้ดำเนินการในระบบเช่นกัน

๒.๑.๒ ผู้รับผิดชอบสามารถดูรายละเอียดการจองห้องแบบ real time ได้ในระบบคอมพิวเตอร์และโทรศัพท์มือถือ

๒.๑.๓ มีรูปแบบห้องให้ผู้ใช้งานเลือก และระบุจำนวนผู้เข้าร่วม

๒.๑.๔ จัดแนวทางการบำรุงรักษาอุปกรณ์ในห้องประชุมให้พร้อมใช้

๒.๑.๕ ผู้รับผิดชอบห้องประชุมจัดเตรียมตามรายละเอียดที่ผู้จัดประชุมร้องขอ และให้ผู้จัดประชุมตรวจสอบความเรียบร้อยก่อนประชุม

๒.๒ แนวทางการบริหารจัดการ ระหว่างการดำเนินการประชุม

๒.๒.๑ เจ้าภาพที่ใช้ห้องประชุมต้องอยู่ตลอดการประชุม โดยมี จนท.ที่รับผิดชอบห้องประชุม stand by

๒.๒.๒ ในช่วงต้นการประชุม จะมี จนท.ที่รับผิดชอบห้องประชุม อยู่ร่วมด้วยทุกครั้ง เมื่อการประชุมสามารถดำเนินการต่อได้ไม่ติดขัด จนท. ที่รับผิดชอบห้องประชุมสามารถออกไปปฏิบัติงานตนเองตามปกติ

๒.๒.๓ กรณีที่พบปัญหาขัดขวางการใช้ห้องประชุม สามารถติดต่อ จนท. ที่รับผิดชอบห้องประชุม ให้เข้ามาสามารถแก้ไขได้ทันที

๒.๓ แนวทางการจัดการหลังการประชุม สร้างวัฒนธรรม และขอความร่วมมือ ผู้เข้าร่วมประชุม ในการ จัดเก็บ เอกสาร ขยะ และเก็บเก้าอี้ให้เข้าที่เดิม ผู้ที่เป็นเจ้าภาพ จะจัดเก็บสื่อคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต ระบบ ไฟฟ้า เครื่องปรับอากาศ การดูแลความเรียบร้อย และปิดห้องประชุม

๓. การปรับปรุงด้านบุคลากรที่รับผิดชอบ

๓.๑ มอบหมายหน้าที่ให้รับผิดชอบในแต่ละประเด็นได้แก่ อุปกรณ์ และการจัดการระบบ เสียง ระบบ ภาพ ระบบสื่อสารและอินเทอร์เน็ต

๓.๒ จัดบุคลากรทดแทนกรณีผู้รับผิดชอบไม่สามารถปฏิบัติงานได้

๓.๓ จัดให้มีผู้ประสานงานการใช้ห้องประชุมประจำแต่ละหน่วยงาน

๓.๔ เพิ่มทักษะการใช้ระบบคอมพิวเตอร์ ระบบเครื่องเสียง อินเทอร์เน็ต ให้กับผู้รับผิดชอบ

สรุปผลการดำเนินการมีดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=๔๒)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
๑. เพศ		
๑.๑ เพศชาย	๑๖	๓๘.๑๐
๑.๒ เพศหญิง	๒๖	๖๑.๙๐
๒. อายุ		
๒.๑ ๒๐-๓๐ ปี	๑๔	๓๓.๓๓
๒.๒ ๓๑-๔๐ ปี	๑๖	๓๘.๑๐
๒.๓ ๔๑-๕๐ ปี	๗	๑๖.๖๗
๒.๔ ๕๑-๖๐ ปี	๕	๑๑.๙๐
๓. ระดับการศึกษา		
๓.๑ มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	๑๒	๒๘.๕๗
๓.๒ ปวส. / อนุปริญญา	๒๐	๔๗.๖๒
๓.๓ ปริญญาตรี	๙	๒๑.๔๓
๓.๔ สูงกว่าปริญญาตรี	๑	๒.๓๘

จากข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็น เพศหญิง ร้อยละ ๖๑.๙๐ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง ๓๑-๔๐ ปี ร้อย ละ ๓๘.๑๐ และระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับ ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ ๔๗.๖๒

ผลการประเมินระดับความพร้อมในการใช้ห้องประชุมของบุคลากรในภาพรวม ร้อยละ ๙๐.๑๗ แบ่งเป็นรายด้านตามตารางที่ ๓ ดังนี้

ตารางที่ ๓ แสดงความคิดเห็นของบุคลากรในความพร้อมใช้ห้องประชุมขุนน้ำย่าง (n=๔๒)

ความพร้อมใช้รายด้าน	ระดับความพร้อมใช้						ค่าเฉลี่ย (ร้อยละ)	SD	ระดับ ความ พร้อม ใช้
	มากที่สุด (๕)	มาก (๔)	ปาน กลาง (๓)	น้อย (๒)	น้อย ที่สุด (๑)	ค่าเฉลี่ย			
ด้านกายภาพ									
๑.สภาพของห้องประชุม และบริเวณพื้นที่ โดยรอบที่เป็น องค์ประกอบในการ จัดการประชุม	๓๒	๗	๒	๑	๐	๔.๖๔	๙๓.๓๓	๐.๔๘	มากที่สุด
๒.วัสดุ อุปกรณ์ที่ เกี่ยวข้องกับการจัด ประชุม	๓๐	๙	๑	๒	๐	๔.๕๙	๙๑.๙๐	๐.๖๔	มากที่สุด
๓.ระบบน้ำ ระบบไฟ ระบบปรับอากาศ ระบบ ความปลอดภัยและ สิ่งแวดล้อม	๒๙	๗	๔	๒	๐	๔.๕๖	๙๐.๙๕	๐.๕๘	มากที่สุด
ด้านเทคโนโลยี									
๑.อุปกรณ์ และการ จัดการระบบ เสียง ระบบภาพ ระบบสื่อสาร และอินเทอร์เน็ต	๓๒	๗	๓	๐	๐	๔.๖๙	๙๓.๘๐	๐.๕๔	มากที่สุด
ด้านบริการและการ จัดการ									
๑. ด้านความสะดวก รวดเร็วในระบบการจอง ห้องประชุม	๒๙	๕	๔	๔	๐	๔.๔๑	๘๘.๐๙	๐.๖๘	มาก
๒. ด้านการได้รับการ ตอบสนองต่อ ผู้รับผิดชอบในการ จัดเตรียมห้องประชุม	๒๙	๕	๔	๔	๐	๔.๔๑	๘๘.๐๙	๐.๖๖	มาก
๓. การบริการทั่วไป	๒๘	๕	๕	๔	๐	๔.๓๖	๘๗.๑๔	๐.๖๒	มาก
๔. ความรวดเร็วในการ แก้ไขปัญหาที่พบในการ ใช้ห้องประชุมระหว่าง การดำเนินการประชุม	๓๐	๒	๗	๓	๐	๔.๔๑	๘๘.๐๙	๐.๗๐	มาก
ความพร้อมใช้ในภาพรวมเฉลี่ย						๔.๕๑	๙๐.๑๗	๐.๖๑	มากที่สุด

ผลการประเมินระดับความพึงพอใจในการใช้ห้องประชุมของบุคลากรในภาพรวม ร้อยละ ๙๓.๓๘
แบ่งเป็นรายด้านตามตารางที่ ๔ ดังนี้

ตารางที่ ๔ แสดงความพึงพอใจของบุคลากรในการใช้ห้องประชุมขุนน้ำย่าง (n=๔๒)

ความพึงพอใจรายด้าน	ระดับความพร้อมใช้						ค่าเฉลี่ย (ร้อยละ)	SD	ระดับ ความ พึง พอใจ
	มากที่สุด (๕)	มาก (๔)	ปาน กลาง (๓)	น้อย (๒)	น้อย ที่สุด (๑)	ค่าเฉลี่ย			
๑. ด้านความเป็น รูปธรรมของบริการ	๓๕	๖	๑	๐	๐	๔.๘๑	๙๖.๑๙	๐.๕๒	มาก ที่สุด
๒. ด้านความเชื่อมั่น หรือไว้วางใจ	๓๔	๖	๒	๐	๐	๔.๗๖	๙๕.๒๑	๐.๕๔	มาก ที่สุด
๓. ด้านการตอบสนอง ความต้องการ	๓๑	๘	๑	๒	๐	๔.๖๒	๙๒.๓๘	๑.๖๔	มาก ที่สุด
๔. ด้านการให้ความ มั่นใจ	๒๙	๗	๔	๒	๐	๔.๕๖	๙๐.๕๙	๐.๕๘	มาก ที่สุด
๕. ด้านการเข้าใจการ รับรู้อุปกรณ์ของ ผู้ใช้ห้องประชุม	๓๐	๙	๒	๑	๐	๔.๖๒	๙๒.๓๘	๐.๖๗	มาก ที่สุด
ความพึงพอใจในภาพรวมเฉลี่ย						๔.๖๘	๙๓.๓๘	๐.๕๘	มาก ที่สุด

จากการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการห้องประชุมขุนน้ำย่าง โรงพยาบาลท่าวังพบว่าความพร้อมใช้ห้องประชุมในภาพรวม ร้อยละ ๙๐.๑๗ ด้านกายภาพและเทคโนโลยีมีความพร้อมใช้ในระดับมากที่สุด จากการพัฒนาปรับปรุงสภาพของห้องประชุม และบริเวณพื้นที่โดยรอบที่เป็นองค์ประกอบในการจัดการประชุม มีการจัดโต๊ะเก้าอี้ให้ครบถ้วน เพียงพอ สะอาด ทีมได้ประสานเจ้าภาพในการจัดห้องประชุมให้มีการจัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดประชุม รวมทั้งเอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการ รวมถึงปักไซระบบปรับอากาศให้ใช้ได้พอดีกับขนาดของห้องประชุม และผู้บรหารได้สนับสนุน อุปกรณ์ และการจัดการระบบ เสียง ระบบภาพ ระบบสื่อสารและอินเทอร์เน็ต ให้ทันสมัย ใช้งานสะดวกขึ้น ในส่วนความพร้อมใช้ด้านบริการและการจัดการ อยู่ในระดับมาก มีข้อเสนอแนะที่ได้ดำเนินการปรับปรุงแล้ว และยังมีโอกาสพัฒนาต่อ

สรุประดับความพึงพอใจในภาพรวมร้อยละ ๙๓.๓๘ พบว่ารายด้านที่มีความพึงพอใจมากที่สุด ๒ ด้าน คือ ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ มีระดับความพึงพอใจร้อยละ ๙๖.๑๙ และ ด้านความเชื่อมั่นหรือไว้วางใจมีระดับความพึงพอใจร้อยละ ๙๕.๒๑ เนื่องจากเห็นการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้าง เช่น ความสะอาด ระเบียบร้อย การจัดรูปแบบโต๊ะประชุม จัดระบบเครื่องเสียง และสื่อต่างๆ นอกจากนี้ยังมีการจองห้องประชุมแบบออนไลน์ใน Hos office ทำให้สามารถใช้บริการห้องประชุมได้ชัดเจนขึ้น และรูปแบบในบุคลากรที่มีการบริการที่ชัดเจนมีความรับผิดชอบในหน้าที่ที่กำหนดไว้ เมื่อพบปัญหาขณะประชุมสามารถให้ความช่วยเหลือได้ทันท่วงที สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ พิมพ์อุบล (๒๕๖๒) ที่พบว่าด้านที่ผู้รับบริการห้องประชุมสัมมนาของโรงแรมในเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด คือ และด้านความเป็นรูปธรรม ที่จับต้องได้ (tangibles)

หมายถึง งานบริการควรมีความเป็นรูปธรรมที่สามารถสัมผัสจับต้องได้มี ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็น เช่น อุปกรณ์ และเครื่องใช้สำนักงาน และด้านความเชื่อมั่นหรือไว้วางใจ มีการจัดการให้บริการต้องตรงตามเวลาที่สัญญาไว้กับผู้ใช้บริการตามที่มอบหมายทุกครั้ง มีความถูกต้อง เหมาะสม และมีความสม่ำเสมอ

รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองความต้องการ มีระดับความพึงพอใจร้อยละ ๙๒.๓๘ ด้านการเข้าใจการรับรู้ความต้องการของผู้ใช้ห้องประชุม มีระดับความพึงพอใจร้อยละ ๙๒.๓๘ และ ด้านการให้ความมั่นใจมีระดับความพึงพอใจร้อยละ ๙๐.๕๙ เนื่องจากในระหว่างการจัดห้องประชุมบางครั้งจะมีคิวการใช้ห้องประชุมของผู้บริหารที่แบบกะทันหันแทรก การให้บริการไม่ตรงตามเวลาที่สัญญาไว้ มีเกิดเหตุการณ์แบบนี้ จำนวน ๔ ครั้ง ทำให้ผู้ใช้บริการไม่มั่นใจ จึงได้มีการปรับปรุงระบบโดย กำหนดเกณฑ์ในการคัดสรรห้องเพิ่มขึ้นให้ครอบคลุมกรณีผู้บริหารต้องการใช้ห้องประชุมด่วน มีการจัดห้องประชุมสำรองไว้ที่ห้องพัฒนาคุณภาพที่มีอุปกรณ์ และการอำนวยความสะดวกครบถ้วน อีก ๑ ห้อง ให้สามารถรองรับผู้เข้าประชุมได้จำนวน ๑๕ คน และกำกับการจองห้องล่วงหน้าแบบออนไลน์จะทำให้การจัดเตรียมห้องสนองความต้องการได้ครบถ้วน

การนำไปใช้ประโยชน์/ขยายผล นำแนวทางการพัฒนาห้องประชุมขนุนนี้ไปยังขยายผล ในการจัดห้องประชุมขนุนม่อนก้อ และ ห้องประชุมงานพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งกลยุทธ์ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพได้นำไปขยายผลในการพัฒนางานด้านอื่นๆ เช่น การจัดการเบิกจ่ายเงินเดือนลูกจ้างรายวันให้ตรงเวลา การวางแผนทางจัดทำเอกสารงานธุรการให้ถูกต้องตามระเบียบ เป็นต้น

บทเรียนที่ได้รับ ความมีประสิทธิภาพของการบริหารจัดการห้องประชุมส่งผลโดยตรงต่อผลการดำเนินงาน และสถานะทางการเงินทั้งหมดขององค์กร บางปัญหาดูเหมือนจะเป็นเรื่องที่เคยชิน อาจถูกละเลย แต่พบว่าเกิดผลกระทบต่อการทำงานในองค์กร ดังนั้นทุกคนสามารถมองเห็นโอกาสการพัฒนา และลงมือทำโดยทำงานเป็นทีม และใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี และจะเป็นพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพงานอื่นๆต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงเรียนโนนค้อวิทยาคม. (๒๕๖๔). รายงานผลการดำเนินงาน โครงการปรับปรุงหอประชุมประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๔. สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษาศรีสะเกษ ยโสธร สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ.
https://www.filesthaihschool๑.com/uppic/๓๓๑๐๑๐๙๗/news/๓๓๑๐๑๐๙๗_๑_๒๐๒๑๑๐๑๙-๐๘๒๓๑๘.pdf

กฤษ ไพโรจน์. (๒๕๖๑). *๗S McKinsey Framework* สำหรับการวิเคราะห์ห้ององค์กร.

<https://greedisgoods.com/๗s-%E๐%B๘%๘๔%E๐%B๘%B๗%E๐%B๘%AD/>

ฝ่ายพัฒนาศักยภาพอุตสาหกรรมไม้ สำนักงานส่งเสริมการจัดประชุมและนิทรรศการ (องค์การมหาชน).

(๒๕๕๙). *คู่มือการประเมินมาตรฐานสถานที่จัดงานประเทศไทย (ประเภทห้องประชุม) ฉบับปรับปรุง.*

<https://www.masci.or.th/wp-content/uploads/๒๐๑๗/๐๕/๒>

พงศธร นาคตระกูล และ มัชฌิมา อ่องแดง. (มปป). *ระบบจัดการห้องประชุมและบริหารข้อมูลประกอบการประชุม.*

<https://grad.dpu.ac.th/upload/content/files>

ประชุม พันออกด. (๒๕๖๔). *การพัฒนากระบวนการจัดการห้องประชุมออนไลน์ด้วยเทคโนโลยีคลาวด์*

ของคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ

เสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม ครั้งที่ ๔

วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ณ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม.

ปรานต์ศศิ อินทรวีเชียร และ วันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนทร์. (๒๕๖๔). *การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน Service plan*

เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย. <https://nkhospital.moph.go.th/doc/journal/๑๗.pdf>
 ทักษิรัตน์ พิมพ์อุบล. (๒๕๖๒). ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการห้องประชุมสัมมนาของโรงแรม ในเขต
 กรุงเทพมหานคร. <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/ml๑๐/๖๑๑๔๙๖๒๐๖๐.pdf>
 Deming in Mycoted. (๒๐๐๕). Plan Do Check Act (PDCA).
<http://www.mycoted.com/creativity/techniques/pdca.php>

ภาพกิจกรรมการวิเคราะห์ และหารูปแบบในการดำเนินการ



ห้องประชุมเล็ก
QR-Code คู่มือการใช้งานสื่อ

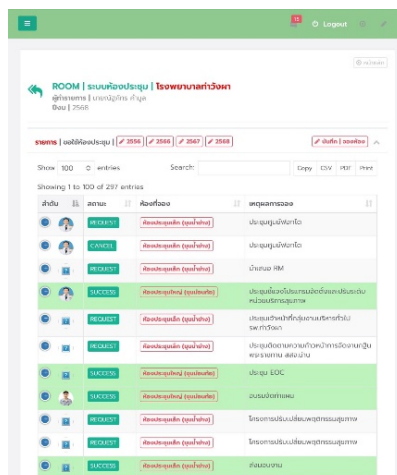
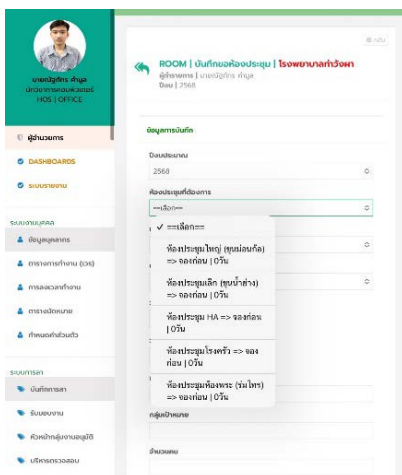
คู่มือการใช้งาน

- เครื่องเสียง
- คอมพิวเตอร์

คู่มือการใช้งาน

- รีโมทโปรเจคเตอร์
- รีโมทกล้อง WebCam

ติดต่อสอบถามเพิ่มเติม
 โทร. 158 (กลางวัน)
 หน่วยงานสุขภาพ IT/IT/IT



การพัฒนาระบบสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล
ในผู้รับบริการแผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลท่าวังผา

The development of health literacy system for Rational Drug Use among service recipients
in the pharmacy department of Tha Wang Pha Hospital.

สุกัญญา นันทชัย

ความเป็นมาและความสำคัญ

การใช้อย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use) เป็นการใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิผลจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้อย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสม คุ่มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่เป็นการใช้อย่างซ้ำซ้อน คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา เป็นการใช้ยาในขนาดที่พอเหมาะกับผู้ป่วยในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการให้ยาและความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิก ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยให้การยอมรับและสามารถใช้อย่างถูกต้องได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง (มยุรี ตั้งเกียรติจ่างกาย, ๒๕๖๒)

ปัญหาที่พบในการดำเนินงานในแผนกเภสัชกรรม คือ มีผู้ที่มารับบริการระบุงยาที่ต้องการนอกเหนือจากคำสั่งแพทย์หรือนอกเหนือจากการวินิจฉัยตามความถูกต้อง หากไม่ได้รับยาที่ต้องการเพิ่มเติมมักแสดงอาการไม่พึงพอใจ หรือไปหาซื้อยาที่ตนเองต้องการจากร้านขายยาทดแทน รวมถึงปัญหาการกรับประทานยาของเดียวกันในกรณีที่มีอาการคล้ายคลึงกัน การแบ่งยากันรับประทานโดยไม่ได้คำนึงถึงความถูกต้องของการรับประทานยา พฤติกรรมเหล่านี้ แสดงถึงพฤติกรรมการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล เนื่องจากผู้รับบริการมีความรู้และทักษะต่าง ๆ ในการใช้ยา การจดจำคำแนะนำ ที่แตกต่างกันออกไป โดยเฉพาะรายที่เป็นผู้สูงอายุ สามารถส่งผลกระทบต่อกลับไปรับประทานยาที่บ้านได้ตามคำแนะนำที่ถูกต้องของเภสัชกร

การเสริมสร้างความรู้และทักษะที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่ยั่งยืน (WHO, ๒๐๒๔) การศึกษาพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (กมลรัตน์ นุ่นคง, ๒๕๖๖) ปัจจัยในการบริหารและการให้ความสำคัญกับนโยบายตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และความร่วมมือของบุคลากรแผนกเภสัชกรรม มีผลต่อการใช้อย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล (ปราชญา บุตรหงส์ และระพีพรรณ ฉลองสุข, ๒๕๖๓) ผลลัพธ์ของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล ส่งผลให้การใช้ยาปฏิชีวนะผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ธีรยา วรปาณี และ ปองพล วรปาณี, ๒๕๖๖) และจากการพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล พบว่า ส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้อย่างสมเหตุผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ณัฐพล ผลโยน, ๒๕๖๖)

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจพัฒนาระบบสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล ในผู้รับบริการแผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลท่าวังผาขึ้น ซึ่งจากเดิมเป็นเพียงให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาทั่วไปสำหรับผู้ป่วยเท่านั้น การพัฒนาระบบสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการใช้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน และสามารถตัดสินใจในการใช้ยาอย่างมีเหตุผลในอนาคตต่อไป

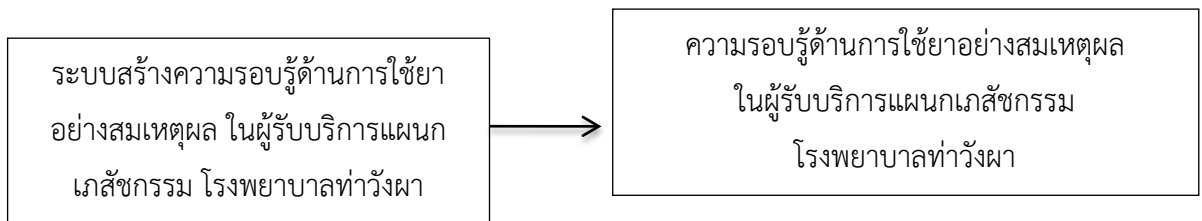
วัตถุประสงค์การวิจัย

๑ เพื่อพัฒนาระบบสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล ในผู้รับบริการแผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลท่าวังผา

๒ เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล ก่อนและหลังพัฒนาระบบสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล ในผู้รับบริการแผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลท่าวังผา

ระเบียบวิธีวิจัย (research methodology)

- แบบของการวิจัย (research design) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้
 ๑. เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามองค์ประกอบเชิงระบบ ได้แก่ ๑) ปัจจัยนำเข้า (Input) เป็นการกำหนดแนวทางสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล ๒) กระบวนการ (Process) เป็นการลงมือตามแนวทางสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลตามแผนที่กำหนด และควบคุมการปฏิบัติงานให้ เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน ๓) ผลลัพธ์ (Output) เป็นกาประเมินความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล และ ๔) การสะท้อนกลับ (Feedback) เพื่อเป็นการนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบให้มีประสิทธิภาพต่อไป
- กรอบแนวคิด : ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความฉลาดทางสุขภาพ (กองสุขศึกษา, ๒๕๖๑) ในการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล ประกอบด้วย ๖ ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการโต้ตอบซักถาม ด้านการตัดสินใจ และด้านการจัดการตนเอง



- ประชากร คือ ผู้รับบริการแผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลท่าวังผา ระหว่างเดือน พฤษภาคม ๒๕๖๗ จำนวน ๕,๓๙๘ คน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้รับบริการแผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลท่าวังผา จำนวน ๓๕ ราย คัดเลือกโดยการสุ่มตามความสะดวก (Convenience Sampling)
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (instrument of research) ใช้เครื่องมือ ๒ ชิ้น คือ ๑) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล และ ๒) ระบบสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล
- ระยะเวลาในการทำวิจัย นับตั้งแต่ ๑ เมษายน ๒๕๖๗ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗
- สถิติที่ใช้ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

ก่อนพัฒนาระบบสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล อยู่ในระดับปานกลาง ($M = ๑๐๒.๗๔$, $S.D. = ๖.๙๕๑$) หลังพัฒนาระบบสร้างความรอบรู้ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง ($M = ๑๒๐.๘๖$, $S.D. = ๔.๔๖๐$)

และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลรายด้านและโดยรวมด้วยสถิติที พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล สูงกว่าก่อนพัฒนาระบบสร้างความรอบรู้ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < ๐.๐๐๑$

สรุป อภิปรายผล

ระบบสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ส่งผลให้ผู้รับบริการแผนก เภสัชกรรม โรงพยาบาลท่าวังผา มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากการพัฒนาระบบสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยา โดยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นวิธีการบรรยายประกอบสื่อ เนื้อหาเกี่ยวกับความหมายยา การอ่านชื่อยา การอ่านฉลากยา ประเภทของยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา วิเคราะห์หรือเปรียบเทียบอย่างมีเหตุผลในการเลือกใช้ยา รวมถึงฝึกทักษะการใช้สื่อในการเสริมสร้างความรู้ และการรู้เท่าทันสื่อ โดยการสาธิตการค้นหาข้อมูลผ่านการใช้อุปกรณ์สืบค้นผ่านโทรศัพท์มือถือ เป็นต้น ยกตัวอย่างกรณีการใช้ยาที่ผิดประเภท ผิดวิธี และไม่มีควมจำเป็นต้องใช้ยา ให้ผู้รับบริการได้ร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพล ผลโยน (๒๕๖๖) ซึ่งพบว่าหลังพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พบว่า ส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

แผนกเภสัชกรรม ควรมีการนำระบบสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มาใช้ในผู้บริการ และมีการสุ่มติดตามประเมินผลเพื่อพัฒนาระบบการให้บริการที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้น

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

ระบบสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สามารถนำกิจกรรมไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การโต้ตอบซักถาม การตัดสินใจ และการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกเภสัชกรรมได้

บทเรียนที่ได้รับ

ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในผู้รับบริการแผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลท่าวังผา โดยการส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การโต้ตอบซักถาม การตัดสินใจ และการจัดการตนเอง สามารถช่วยเพิ่มความรู้และทักษะในผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกเภสัชกรรม ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้เพิ่มขึ้น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การพัฒนาระบบสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในผู้รับบริการแผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลท่าวังผา อย่างเป็นลำดับขั้นตอน ตามองค์ประกอบเชิงระบบ ๑) ปัจจัยนำเข้า (Input) ๒) กระบวนการ (Process) ๓) ผลลัพธ์ (Output) และ ๔) การสะท้อนกลับ (Feedback) เป็นการพัฒนาระบบที่ส่งผลต่อผู้รับบริการในแผนกเภสัชกรรมได้โดยตรง และเหมาะสมกับการให้บริการให้มีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กมลรัตน์ นุ่นคง. (๒๕๖๖). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลกับพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ, ๑๖(๑), ๑๘๘-๒๐๒.

กองสุขศึกษา. (๒๕๖๑). กลยุทธ์การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ จำกัด.

ณัฐพล ผลโยน. (๒๕๖๖). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดุพนม จังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, ๑๖(๒), ๓๓๓-๓๔๗.

มยุรี ตั้งเกียรติจำกาย. (๒๕๖๒). การใช้ยาสมเหตุผลในร้านยา เล่ม ๒ . คณะทำงานวิชาการเพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในร้านยา, องค์กรเภสัชกรรมชุมชน.

ธีรยา วรปาณี และ ปองพล วรปาณี. (๒๕๖๖). ผลลัพธ์ของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลและชุมชนจังหวัดสุโขทัย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสู่ชุมชน, ๑(๒), ๑๓-๒๖.

ปราชญา บุตรหงส์ และ ระพีพรรณ ฉลองสุข. (๒๕๖๓). การเปรียบเทียบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระหว่างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชและโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ภายหลังการดำเนินโครงการเพื่อพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว). Thai Bull Pharm Sci, ๒๐๒๐, ๑๐๙-๑๒๗.

WHO. (๒๐๒๔). Promoting rational use of medicines. Retrieved from <https://www.who.int/activities/promoting-rational-use-of-medicines>

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก
งานห้องคลอด โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน
(The Effectiveness of Clinical Practice Guidelines for the Prevention of Early Postpartum
Hemorrhage in Labor Room in Thawangpha Hospital, Nan Province.)

ปติตดา อภิวิชัยภาคิน และทีมงานห้องคลอด
งานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลท่าวังผา

ความเป็นมาและความสำคัญ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่พบได้มากที่สุด และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยเฉพาะภาวะตกเลือดใน ๒๔ ชั่วโมงหลังคลอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดา ร้อยละ ๒๗ ทั่วโลก (จิริสยพล ไทยานันท์ , ๒๐๒๓) สำหรับประเทศไทยในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕ พบว่าอัตราการตายมารดา เท่ากับ ๑๙.๙๘, ๒๓.๑๐ ,๓๘.๙๗ และ ๒๕.๘๖ ต่อการเกิดมีชีพแสนคนตามลำดับ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖) และยังคงสูงกว่าเป้าหมายที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนประชากร ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage ; PPH) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่สตรีตั้งครรภ์เสียเลือดปริมาณมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐๐ มิลลิลิตรจากการคลอดทางช่องคลอดหรือเสียเลือดปริมาณมากกว่าหรือเท่ากับ ๑,๐๐๐ มิลลิลิตรจากการผ่าตัดคลอด หลังจากสิ้นสุดระยะที่สามของการคลอด สามารถแบ่งชนิดของ PPH จำแนกตามระยะเวลาของการคลอดออกเป็น ๒ ระยะ คือ ๑) การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Early PPH) หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง ๒๔ ชั่วโมงหลังคลอด และ ๒) การตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง (Late PPH) หมายถึง การตกเลือด หลัง ๒๔ ชั่วโมงจนถึง ๑๒ สัปดาห์หลังคลอด นับว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความเสี่ยงสูงทางสูติกรรมที่เกิดขึ้นได้บ่อย ๆ ในช่วงระยะหลังคลอดและเป็นสาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิตของมารดาได้ (Belfort et al, ๒๐๒๒ อ้างใน จิริสยพล ไทยานันท์ , ๒๐๒๓)

โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียง ระดับทุติยภูมิขนาดกลาง F๒ เปิดบริการจริง ๔๕ เตียง ได้เปิดให้บริการคลอดและการดูแลหลังคลอดมาโดยตลอด ซึ่งให้บริการดูแลการพยาบาลห้องคลอดภายใต้ข้อจำกัดการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะสูติแพทย์ ซึ่งไม่มีประจำการในโรงพยาบาลท่าวังผา งานบริการห้องคลอดมีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๔ คน ซึ่งไม่เพียงพอต่อการให้บริการ จึงหมุนเวียนพยาบาลจากงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชมาปฏิบัติงานห้องคลอด จำนวน ๖ คน จากสถิติมารดาที่มาใช้บริการคลอดในงานห้องคลอด โรงพยาบาลท่าวังผา ระหว่างปี.ศ.๒๕๖๓-๒๕๖๕ มีทั้งสิ้นจำนวน ๗๕, ๗๖, ๙๒ คน ตามลำดับ พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกมีแนวโน้มสูงขึ้นคิดเป็นร้อยละ ๔.๐๐, ๕.๒๖ และ ๕.๔๓ ตามลำดับ (เวชระเบียน โรงพยาบาลท่าวังผา, ๒๕๖๕)

ทั้งนี้สาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากช่องคลอดฉีกขาด รกค้าง และสาเหตุอื่นๆ ส่งผลให้มารดาหลังคลอดบางรายมีภาวะช็อกต้องได้รับเลือดทดแทน และนอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือบางรายมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ (ราชวิทยาลัยสูติแพทย์แห่งประเทศไทย, ๒๕๕๘) การลดภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก จึงมีความสำคัญมากสำหรับการพยาบาลมารดาหลังคลอด ในการค้นหาเฝ้าระวัง และป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยการประเมินความเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดตั้งแรกรับไว้ในห้องคลอด และการดูแลพยาบาลอย่างใกล้ชิด เพื่อลดการเสียเลือดในระยะคลอดถือเป็นการป้องกันที่ดีที่สุด ดังนั้นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพกับการป้องกันและการดูแลการตกเลือดหลังคลอดจึงมีความสำคัญ (จตุพร วงศ์วัฒนา กานต์ และประยูร

พรหมทัต, ๒๕๖๕) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าอัตราการตกเลือดหลังคลอดที่เกิดในห้องคลอด โรงพยาบาลท่าวังผา จะไม่มีรายงานมารดาเสียชีวิต แต่มารดาที่เข้ารับการดูแลจำเป็นต้องได้รับการสังเกตอาการประเมินสัญญาณและเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตลอดจนต้องมีแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกอย่างถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกัน

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลท่าวังผา เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้มาปฏิบัติการในห้องคลอดโรงพยาบาลท่าวังผาได้มีคู่มือ/แนวทางในการปฏิบัติงานเป็นไปตามแนวทางเดียวกัน ตามเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพมาตรฐานการพยาบาลของสำนักงานการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยคุณภาพการให้บริการพยาบาลทางสูติกรรมในโรงพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลและการบริการคลอด ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ โดยเฉพาะการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก อันเนื่องมาจากสาเหตุหลัก การฉีกขาดของช่องทางคลอด/ปากมดลูก รกค้างหรือมดลูกหดตัวไม่ดี ซึ่งหากโรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติการดูแลพยาบาลมารดาในห้องคลอดที่มีมาตรฐานก็จะสามารถป้องกันสาเหตุปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในขณะที่เจ็บครรภ์คลอด รวมทั้งมารดาที่มาคลอดได้รับการดูแล และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ได้รับการวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกซึ่งอาจเกิดขึ้นเร็ว จะช่วยให้มารดาได้รับการแก้ไขรักษาทันที่ ลดความเจ็บป่วยที่รุนแรง ลดอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และลดอัตราการตายของมารดาจากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้ รวมทั้งการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในงานห้องคลอดโรงพยาบาลท่าวังผา สามารถนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการทางสูติกรรมที่มีประสิทธิภาพ สามารถยกระดับคุณภาพมาตรฐานการพยาบาลทางสูติกรรมในโรงพยาบาลชุมชนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. ศึกษาสถานการณ์ตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดาที่มาคลอดทั้งหมดของโรงพยาบาลท่าวังผา ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
๒. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก งานห้องคลอด
โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๓. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก งานห้องคลอดโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

ระเบียบวิธีวิจัย (research methodology)

- ชนิดแบบของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เปรียบเทียบ ๒ กลุ่ม และวัดผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยกลุ่มทดลองเป็นมารดาที่เข้ารับการรักษาดังแต่วันที่ ๒๑ มิ.ย ๒๕๖๗ ถึง ๒๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗ ระยะเวลา ๓ เดือน เป็นกลุ่มที่ได้รับการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มมารดาคลอดที่ได้รับการให้บริการแบบเดิมปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕- ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖) ศึกษาภาวะการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก รวมถึงความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก นอกจากนี้ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจในแนวปฏิบัติการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานงานห้องคลอดโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบแนวปฏิบัติทางคลินิกการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

- เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย มีดังนี้

๑. หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่มาคลอดปกติทางช่องคลอดในห้องคลอด และอาจมีภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ระหว่าง ระหว่าง ๒๑ มิ.ย. ๒๕๖๗ ถึง ๒๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗ จำนวน ๒๔ คน

๒. หญิงตั้งครรภ์ที่ให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

๓. พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลท่าวังผา ที่ได้รับมอบหมายให้มาปฏิบัติงานในห้องคลอดทุกคนในช่วงระหว่าง ๒๑ มิ.ย. ๒๕๖๗ ถึง ๒๐ กันยายน ๒๕๖๗ จำนวน ๑๐ คน

๔. พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลท่าวังผา ที่ได้รับมอบหมายให้มาปฏิบัติงานในห้องคลอด ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

- **จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย (Sample size)** การคำนวณขนาดตัวอย่าง เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมวิจัยแบบเจาะจง โดยผู้ศึกษานำกลุ่มประชากรมารดาที่มาคลอดทั้งหมดเข้ามาศึกษา ดังนั้นจึงไม่ต้องใช้สูตรคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

- **ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ**

๑) กลุ่มตัวอย่างมารดาคลอด แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ

๑.๑ กลุ่มควบคุม ก่อนใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ได้แก่ ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดปกติทางช่องคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๕ – ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๑๐๒ คน

๑.๒ กลุ่มทดลอง หลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ได้แก่ ข้อมูลมารดาที่คลอดทางช่องคลอด ในห้องคลอดโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ระหว่างวันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๗ – ๒๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗ จำนวน ๒๔ คน

๒) พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในห้องคลอด จำนวน ๑๐ คน (พยาบาลประจำห้องคลอด ๔ คนและพยาบาลหมุนเวียนที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานห้องคลอด ๖ คน)

- **กระบวนการศึกษาวิจัย** การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น ๓ ระยะ ได้แก่

ระยะที่ ๑ ระยะเตรียมการ :

๑. รวบรวมข้อมูลปัญหา และทบทวนเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จัดทำโครงร่างการวิจัย

๒. ขออนุญาตการทำวิจัยจากโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน และขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน (EC อนุมัติ ๒๐ มิ.ย.๒๕๖๗)

๓. จัดทำคู่มือ และแผนผังแนวทาง/แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เพื่อเป็นคู่มือปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดโรงพยาบาลท่าวังผา

๔. การประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในห้องคลอด เพื่อบรรยายให้ความรู้และฝึกทักษะตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

๕. ทดสอบความรู้ ความเข้าใจแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกกับกลุ่มผู้ร่วมการศึกษาพยาบาลวิชาชีพ ก่อนการบรรยายให้ความรู้และก่อนลงมือปฏิบัติ

๖. ชี้แจงทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่างมารดาที่เป็นกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการอธิบายทำความเข้าใจกับมารดา ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ รวมทั้งอธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามแบบบันทึกการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัย

ระยะที่ ๒ ระยะดำเนินการวิจัย

๗. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมก่อนที่ใช้แนวปฏิบัติฯ ช่วงระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๑๐๒ โดยเก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียน

๘. นำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ลงสู่การปฏิบัติจริงในห้องคลอด โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติได้ทำตามแนวทางปฏิบัติกับมารดาที่มาคลอดช่วงระหว่างวันที่ ๒๑ มิ.ย ๒๕๖๗ - ๒๐ ก.ย.๒๕๖๗

๙. เก็บรวบรวมข้อมูลมารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

ระยะที่ ๓ ระยะประเมินผล

๑๐. ประเมินแบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกกับกลุ่มผู้ร่วมการศึกษาศึกษาพยาบาลวิชาชีพ หลังจากดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น พร้อมประชุมเพื่อรับฟังปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

- เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

๘.๑ แนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีดังนี้

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก งานห้องคลอดโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ สาเหตุและปัจจัยการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และแนวปฏิบัติการป้องกันตกเลือดหลังคลอด นำมาปรับประยุกต์กับแบบบ้านทึกมารดาและประเมินความเสี่ยง ตามแนวปฏิบัติการป้องกันตกเลือดหลังคลอดของเบญจมาภรณ์ จานทอง (๒๕๖๔) นำมาใช้ โดยแบ่งการดูแลเป็น ๔ ระยะ ดังนี้

๑) ระยะรอคลอด

๑.๑ ประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยแบ่งเป็น ๒ ระยะ ดังนี้

๑.๑.๑ ประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแรกเริ่ม (Admission haemorrhage risk factor) โดยดูจากประวัติการฝากครรภ์ ผลการอัลตราซาวด์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ชักประวัติจากผู้คลอด และการตรวจร่างกายแรกเริ่มและรายงานสูติแพทย์ร่วมประเมิน เพื่อแบ่งกลุ่มผู้คลอดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง ดังรายละเอียด

กลุ่มเสี่ยงต่ำ	กลุ่มเสี่ยงปานกลาง	กลุ่มเสี่ยงสูง
() ๑. ไม่มีประวัติการผ่าตัดมดลูก	() ๑. มีประวัติผ่าตัดคลอดหรือผ่าตัดมดลูก	() ๑. มีภาวะรกเกาะต่ำชนิด low lying
() ๒. ตั้งครรภ์เดี่ยว	() ๒. มีประวัติคลอดทางช่องคลอดมากกว่า ๔ ครั้งขึ้นไป	() ๒. ความเข้มข้นเลือดน้อยกว่า ๓๐% และมีปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมด้วย
() ๓. ประวัติคลอดทางช่องคลอดไม่เกิน ๔ ครั้ง	() ๓. มีภาวะถุงน้ำคร่ำอักเสบติดเชื้อ	() ๓. มีเลือดสดออกทางช่องคลอด
() ๔. ไม่มีประวัติเลือดหยุดยาก	() ๔. เคยตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อน	() ๔. มีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ
() ๕. ไม่มีประวัติตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อน	() ๕. มีเนื้องอกมดลูกชนิด intramural	
	() ขนาด ≥ 5 เซนติเมตรขึ้นไป	
	() ๖. ประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์มากกว่า ๔ กิโลกรัม	
	() ๗. ผู้คลอดอ้วน BMI มากกว่า ๓๕	

การแปลผล หากมีความเสี่ยงระดับปานกลางมากกว่า ๑ ข้อ ให้ดูแลผู้คลอดแบบกลุ่มเสี่ยงสูง

๑.๑.๒ ประเมินความเสี่ยงระหว่างการคลอด (risk factor in labour) และรายงานแพทย์เพื่อรายงานสูติแพทย์โรงพยาบาลน่านหรือโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว ร่วมประเมิน ได้แก่

๑) การคลอดในระยะที่ ๒ ยาวนาน คือ ระยะที่ ๒ ของการคลอดมากกว่า ๒ ชั่วโมงในครรภ์แรกและมากกว่า ๑ ชั่วโมงในครรภ์หลัง

๒) การให้ออกซิโทซินยาวนาน คือ ระยะเวลาการให้ออกซิโทซินมากกว่า ๑๒ ชั่วโมง

๓) มีภาวะถุงน้ำคร่ำอักเสบติดเชื้อ

๔) ผู้คลอดได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต

การแปลผล หากผู้คลอดได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแรกรับอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ หลังจากนั้นมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดระหว่างการคลอด ๑ ข้อ ให้จัดผู้คลอดเป็นกลุ่มเสี่ยงปานกลาง หากผู้คลอดได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแรกรับอยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางแล้ว หลังจากนั้นมีความเสี่ยงระหว่างการคลอดเพิ่มเติม ให้จัดผู้คลอดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง หากผู้คลอดได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแรกรับอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำแล้วหลังจาก นั้นมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดระหว่างการคลอด ≥ ๒ ข้อ ให้จัดผู้คลอดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง

๑.๒ สอนและสาธิตการคลึงมดลูกให้แก่ผู้คลอด ในระยะ Latent phase และให้ผู้คลอดสาธิตย้อนกลับเพื่อเป็นการเตรียมผู้คลอดในการคลึงมดลูกได้ด้วยตนเอง

๑.๓ ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้ pathography และลงบันทึกความก้าวหน้า ของการคลอดให้ถูกต้อง ชัดเจนและต่อเนื่อง เพื่อหลีกเลี่ยงมดลูกอ่อนล้าหลังคลอด (uterine atony) จากการคลอดยาวนาน

๑.๔ ให้มารดาปัสสาวะก่อนคลอดเพื่อให้อาการปัสสาวะว่าง มดลูกหดตัวดี ลดการขัดขวางการคลอด

๒) ระยะคลอด

๒.๑ จัดท่าเบ่งคลอด Lithotomy ให้ศีรษะสูง การเบ่งคลอดแนะนำให้สูดหายใจเข้าลึกๆ ให้เต็มปอดในเวลาที่ เริ่มรู้สึกท้องเริ่มแข็งตัวและกลั้นไว้จนรู้สึกวาท้องแข็งเต็มที่ ออกแรงเบ่งลงสู่ส่วนล่างให้เต็มแรงจนรู้สึกวาท้องสามารถ กลั้นลมหายใจได้อีก ใช้มือ ๒ ข้างจับข้างเตียง ยกศีรษะและงอตัวจนคางชิดหน้าอก เวลาเบ่งไม่ออกเสียงและพักในระยะมดลูกคลายตัว และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันอาการเหนื่อย เพลียและภาวะขาดน้ำขณะเบ่งคลอด

๒.๒ ประเมินการหดตัวของมดลูก ปกติมดลูกจะหดตัวทุก ๒-๓ นาที และระยะการหดตัวประมาณ ๔๐-๕๕ วินาที ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดีให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก

๒.๓ ประเมินระยะเวลาการคลอด เมื่อปากมดลูกเปิด ๑๐ ซม. แนะนำให้เบ่งคลอด แต่ถ้าภายใน ๓๐ นาที ยังไม่คลอดทั้งในครรภ์แรกและครรภ์หลัง ให้ประเมินการหดตัวของมดลูก อัตราการเต้นของหัวใจทารก และรายงานแพทย์ทราบภายในเวลา ๑ ชม. เพื่อพิจารณาช่วยเหลือการคลอดต่อไป

๒.๔ ตัดแผลฝีเย็บเมื่อเห็นฝีเย็บโป่งตั้ง ปากช่องคลอดมีเส้นผ่านศูนย์กลาง ๓-๔ ซม. และควรตัดในรายที่จำเป็นเท่านั้น เพื่อให้เส้นเลือดบริเวณปากช่องคลอดถูกตัดน้อยที่สุด ลดการสูญเสียเลือด

๒.๕ ทำคลอดศีรษะทารกโดยใช้มือกดท้ายทอยให้ก้มแล้วเงยขึ้นอย่างช้าๆ เพื่อไม่ให้ศีรษะทารกคลอดผ่านช่องคลอดเร็วเกินไป และทำการ safe perineum เพื่อป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บ ไม่ให้ผู้คลอดเบ่งในขณะที่ทำคลอดไหล่เพื่อลดการสูญเสียเลือด

๒.๖ หลังไหลหน้าทารกคลอดให้ฉีดยา Syntocinon ๑๐ unit IM และหลังทารกคลอด add Syntocinon ๒๐ unit IV drip (IV > ๕๐๐ ml) เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกลดอุบัติเหตุการคลอดและการหดตัวไม่ดีหลังคลอด ช่วยให้มดลูกหดตัวดีขึ้น

๓) ระยะคลอดรก

๓.๑ ใช้ถุงตวงเลือดเพื่อคำนวณจำนวนเลือดที่สูญเสียไปได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ภายหลังจากคลอดแล้ว ใช้ถุงตวงเลือดบูโดยสอดมือทั้งสองข้างเข้าไปในช่องที่ปากถุง สอดปากถุงไปที่ก้นของผู้คลอดโดยให้ผู้คลอด ยกก้นขึ้น สอดถุงตวงเลือดเข้าไปใต้ก้นจนถึงบริเวณเอว

๓.๒ สวนปัสสาวะก่อนทำคลอดรก (ในรายที่กระเพาะปัสสาวะเต็ม) เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง มดลูกหดตัวดี รกลอกตัวได้ดีตามมา

๓.๓ ทำคลอดรกดด้วยวิธี Controlled cord traction เพื่อให้รกลอกตัวและหลุดออกจากช่องคลอดได้เร็วขึ้น เป็นการลดการสูญเสียเลือด โดยการรอให้มดลูกหดตัวอย่างแรงแล้วใช้มือข้างหนึ่งดึงสายสะดือเบาๆ ขณะที่มืออีกข้างหนึ่งกดอยู่เหนือกระดูกหัวเหน่า เป็นการ control traction เพื่อป้องกันมดลูกปลิ้น ผลักส่วนล่างของมดลูกที่อยู่บริเวณเหนือกระดูกหัวเหน่าขึ้นไปทางศีรษะมารดา พร้อมทั้งสายสะดือลงเบาๆ ถ้ารกไม่เคลื่อนต่ำลงให้หยุดดึงแล้วรวมมดลูกหดตัวครั้งต่อไป จึงเริ่มทำคลอดรกใหม่ไปเรื่อยๆ จนรกสามารถคลอดออกมาได้

๓.๔ คลึงมดลูกทันทีหลังรกลอดนาน ๖๐ วินาที และทำต่อเนื่องทุก ๑๕ นาที นาน ๒ ชั่วโมง โดยใช้มือข้างที่ถนัด (นิ้วชี้ กลาง นาง ก้อย) วางลงบนมดลูกแล้วคลึงวนไปทางเดียวกัน เพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดตัว

๓.๕ ตรวจสอบสมบูรณ์ของรกและเยื่อหุ้มเด็ก หากสงสัยมีเศษรกค้างให้รายงานแพทย์เพื่อทำการอัลตราซาวนด์ ขูดมดลูก หรือให้การรักษาอื่นๆต่อไป

๓.๖ ตรวจสอบช่องทางคลอด แผลฝีเย็บ hematoma และไล่ก้อนเลือดให้ออกจากโพรงมดลูกให้หมด

๓.๗ ถ้าตรวจพบว่ามดลูกหดตัวไม่ดีให้ Methergin ๐.๒ mg. IM โดยก่อนให้ยา ต้องตรวจสอบว่า ผู้คลอดไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือโรคอื่นๆอันเป็นข้อห้ามในการให้ยา

๓.๘ ในการระหว่างการเย็บแผลฝีเย็บ (กรณีที่มีแผลฝีเย็บ) ให้ตรวจสอบระดับเลือดในถุงตวงเลือดและการหดตัวของมดลูกทุก ๕ นาที หากมารดาสูญเสียเลือดมากกว่า ๓๐๐ มิลลิลิตรให้รายงานแพทย์

๓.๙ หลังจากเย็บแผลฝีเย็บเสร็จ ให้ดูปริมาณเลือดจากสเกลของถุงตวงเลือดและบันทึกปริมาณเลือดที่ออก

๔. ระยะหลังคลอด ๒ ชั่วโมง ประเมินและเตรียมความพร้อมผู้คลอดก่อนย้ายไปห้องหลังคลอด

๔.๑ จัดให้อยู่ในบริเวณที่เข้าถึงได้ง่าย เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง

๔.๒ วัดและบันทึกสัญญาณชีพหลังคลอดทุก ๑๕ นาทีใน ๑ ชั่วโมงแรกและทุก ๓๐ นาทีในชั่วโมงที่สอง

๔.๓ ประเมินและบันทึกการหดตัวของมดลูกและเลือดที่ออกทางช่องคลอดทุก ๑ ชั่วโมง

๔.๔ ตรวจสอบลักษณะปัสสาวะของกระเพาะปัสสาวะ ถ้าพบปัสสาวะหรือผู้คลอดปวดปัสสาวะ แนะนำให้ปัสสาวะเองที่เตียง แต่หากปัสสาวะเองไม่ออกให้พยาบาลสวนปัสสาวะที่ทิ้ง พร้อมทั้งบันทึกปริมาณปัสสาวะที่ออกหรือแนะนำให้ปัสสาวะภายใน ๖ ชั่วโมงหลังคลอด

๔.๕ ดูแลให้คลึงมดลูกทุก ๑๕ นาที นาน ๖๐ วินาที เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก

๔.๖ ประเมินแผลฝีเย็บที่ ๑ และ ๒ ชั่วโมงหลังคลอด ถ้าพบปัญหาให้ทำการแก้ไข

๔.๗ ให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดเรื่องการดูแลแผลฝีเย็บ การสังเกตน้ำคาวปลา การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

๔.๘ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมิน เพื่อจำแนกความต้องการการดูแล เช่น หลังคลอดปกติ หลังคลอดมีภาวะเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน

๔.๙ บันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และข้อมูลความเสี่ยงของผู้คลอดที่เกี่ยวข้องกับการตกเลือดหลังคลอด

๔.๑๐ สังเกตสภาพทั่วไปของผู้คลอดก่อนย้ายไปที่หลังคลอดดังนี้ การตรวจวัดสัญญาณชีพ การหดรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก จำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด ประเมินลักษณะของแผลฝีเย็บ ตรวจดูกระเพาะปัสสาวะ อากาศซิด อ่อนเพลีย หรือสอบถามเกี่ยวกับอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ/ใจสั่นเวลาลุกนั่ง ดูแลความสะอาด รีดบร็อยทั่วไปของร่างกายและเสื้อผ้า ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ และเปลี่ยนผ้าอนามัยให้ผู้คลอด และก่อนย้ายห้องหลังคลอด

- เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

๒.๑ รายงานการคลอดโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

๒.๒ แบบบันทึกข้อมูลของมารดาหลังคลอดระยะแรก

๒.๓ แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจของพยาบาล ต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เป็นการสอบถามความรู้ความสามารถในการป้องกันการตกเลือด ด้านความสามารถปฏิบัติได้ทุกข้อ ด้านความสามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และระดับความความรู้ในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด รูปแบบของคำถามประกอบด้วยคำถามแบบปลายปิด (close-ended questions) ให้เลือกตอบข้อความความรู้คือ ตอบได้ถูกต้อง ให้ ๑ และตอบไม่ถูกต้อง ให้ ๐

- การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

๑. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาปรับประยุกต์และให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของขั้นตอน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้

๒. แบบบันทึกข้อมูลของมารดาหลังคลอดระยะแรก และแบบประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ได้นำของเบญจมาภรณ์ จานทอง (๒๕๖๔) นำมาปรับประยุกต์ใช้

๓. แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก แบบทดสอบนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Validity) และความเหมาะสมของข้อคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๓ ท่าน ทดสอบค่าดัชนี IOC เท่ากับ ๐.๘๐ ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำในบางข้อให้สมบูรณ์ ทั้งนี้ได้นำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) กับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสองแคว ได้ค่าความเชื่อมั่น KR-๒๐ เท่ากับ ๐.๘๕

- **สถานที่ทำวิจัย** ห้องคลอด โรงพยาบาลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

- **ระยะเวลาที่ทำการวิจัย** ระยะเวลาทำวิจัยทั้งสิ้น ๓ เดือน ตั้งแต่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๗ - ๒๐ กันยายน ๒๕๖๗ (เก็บข้อมูลกับกลุ่มทดลองหลัง EC ผ่านวันที่ ๒๐ มิ.ย ๒๕๖๗)

- **กระบวนการเก็บข้อมูล** (Data collection process)

๑. รวบรวมอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด โดยประสานกับงานเวชระเบียนของโรงพยาบาลท่าวังผา ในกลุ่มตัวอย่างมารดาที่ได้รับการดูแลแบบเดิม โดยดึงข้อมูลที่บ้านทีกในโปรแกรม HOSXP ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลรายงานการคลอดของมารดาที่คลอดทางช่องคลอดระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖ สำหรับนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก

๒. รวบรวมข้อมูลมารดาในกลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ได้รับการใช้นโยบายปฏิบัติ การตกเลือดหลังคลอด และรายงานการคลอดโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน แบบบันทึกข้อมูลของมารดาหลังคลอดระยะแรก ประกอบด้วย

๑) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอดระยะแรก ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ ระดับการศึกษาอาชีพ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ข้อมูลรายงานการคลอดของมารดาที่คลอดทางช่องคลอด

๒) แบบบันทึกภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด

๓. ทำการทดสอบความรู้ความเข้าใจพยาบาล ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก กับมารดาคลอดในกลุ่มทดลอง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างการทดสอบความรู้ความเข้าใจพยาบาล แบ่งเป็น ๒ ส่วน ประกอบด้วย แบ่งออกเป็น ๒ ส่วน ประกอบด้วย

๑) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

๒) แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอด

๔. ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวัดผล/การวิเคราะห์ผลการวิจัย

- ผลลัพธ์หลัก

๑) ภาวะการและความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ของโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

๒) ผลของการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก งานห้องคลอดโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่านปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๗

๓. ผลของการทดสอบความรู้ความเข้าใจของพยาบาลก่อนและหลังการใช้นโยบายปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก งานห้องคลอดโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

- การประเมินความปลอดภัย

มีความปลอดภัยเนื่องจากเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่าง ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะหยุด หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธนี้ไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

ภาวการณ์ตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดาที่มาคลอดโรงพยาบาลท่าวังผาปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวนตัวอย่าง ๑๐๒ ราย มีอายุเฉลี่ย ๒๖ ปี น้อยที่สุด ๑๔ ปี มากที่สุด ๔๔ ปี จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ทั้งหมด (G) เฉลี่ย ๒.๗ ครั้ง จำนวนครั้งที่เคยคลอดบุตร ไม่นับรวมแท้ง เฉลี่ย ๑.๔๓ ครั้ง อายุครรภ์ครบ ๓๗-๔๑ สัปดาห์ร้อยละ ๙๙.๐ และร้อยละ ๑๐๐ ผ่าครรภ์ครบ มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ ๔.๙ และ ร้อยละ ๒.๐ มีโรคประจำตัว ผล LAB ตรวจร่างกาย ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ จากข้อมูลพบว่า มีภาวะการตกเลือดหลังคลอดจำนวน ๔ ราย คิด ๓.๙% จากข้อมูลการคลอดพบสาเหตุการตกเลือดหลังคลอด ๒ ราย จากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ๑ ราย จากรกไม่คลอด ๑ ราย อีก ๑ ราย เกิดจากการฉีกขาดของปากมดลูก ได้รับการแก้ไขโดยให้ยา syntocinon และให้เลือด มีอาการดีขึ้นเป็นปกติ

๘.๒ ผลการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

จากการนำนโยบายปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ในมารดากลุ่มทดลองปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๗ ถึง ๒๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗) ระยะเวลา ๓ เดือน จำนวนทั้งสิ้น ๒๔ ราย ผลพบว่า มารดาที่มาคลอดอายุเฉลี่ย ๒๕ ปี น้อยที่สุด ๑๔ ปี มากที่สุด ๓๔ ปี จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (G) เฉลี่ย ๒.๒๑ ครั้ง จำนวนครั้งที่เคยคลอดบุตร (ไม่นับรวมแท้ง) เฉลี่ย ๑.๑๖ ครั้ง ร้อยละ ๑๐๐.๐ มีอายุครรภ์ครบ ๓๗-๔๑ สัปดาห์ร้อยละ ๑๐๐ ผ่าครรภ์ครบ ผลตรวจ LAB ตรวจร่างกาย อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในกลุ่มตัวอย่างมารดาคลอดที่ใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก ๓ ระยะ เป็นดังนี้

๑. ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Admission haemorrhage risk factor) พิจารณาจากประวัติ การฝากครรภ์ ผลการอัลตราซาวด์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ชักประวัติจากผู้คลอดและการตรวจร่างกายแรก รับและรายงานแพทย์เวรร่วมประเมิน พบว่า ร้อยละ ๑๐๐ มารดาอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำ

๒. ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะระหว่างการคลอด (risk factor in labour) และรายงานสูติแพทย์ร่วม ประเมิน ได้แก่ ๑) การคลอดในระยะที่ ๒ ยาวนาน คือ ระยะที่ ๒ ของการคลอดมากกว่า ๒ ชั่วโมงในครรภ์ แรกและมากกว่า ๑ ชั่วโมงในครรภ์หลัง ๒) การให้ออกซิโทซินยาวนาน คือ ระยะเวลาการให้ออกซิโทซินมากกว่า ๑๒ ชั่วโมง ๓) มีภาวะถุงน้ำคร่ำอักเสบติดเชื้อ ๔) ผู้คลอดได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต พบว่า ร้อยละ ๑๐๐ มารดา อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำ

๓. ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด กลุ่มตัวอย่างมารดาคลอดที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน ๒๔ ราย พบว่า ร้อยละ ๑๐๐ อยู่ในเกณฑ์ปกติได้แก่ การฉีกขาดแผลฝีเย็บ, การได้รับยา Methergin หลัง คลอด, ความสมบูรณ์ของรกและเยื่อหุ้มเด็ก, น้ำหนักเด็กไม่เกิน ๓,๕๐๐ กรัม, ลักษณะแผลฝีเย็บ และปริมาณ Blood loss มีเพียงร้อยละ ๘.๓ (๒ ราย) ที่การหดตัวของมดลูกอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ ร้อยละ ๔.๒ สัญญาณชีพ V/S หลังรกคลอดผิดปกติ โดยสรุป ภาวะการตกเลือดหลังคลอดมารดาเท่ากับ ๐ และไม่มีภาวะช็อกมารดาหลัง คลอด

ผลการเปรียบเทียบผลการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก : อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ระยะแรก ระหว่างกลุ่มควบคุมคือมารดาที่มาคลอดในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ก่อนที่จะมีการนำแนวปฏิบัติป้องกันการ ตกเลือดหลังคลอดระยะแรกมาใช้ พบว่ามีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจำนวน ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓.๙๒ ในขณะที่กลุ่มทดลองเป็นมารดาปีงบประมาณ ๒๕๖๗ รับการดูแลแบบใหม่คือมีแนวปฏิบัติป้องกันการ ตกเลือดหลังคลอดระยะแรกมีจำนวน ๒๔ ราย ไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก อัตราตกเลือดหลัง คลอดเป็นร้อยละ ๐ สรุปได้ว่า การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ผลดีกว่า ตามแสดงในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ อัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในกลุ่มมารดา ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ

การตกเลือดหลังคลอด	จำนวน มารดาคลอด (ราย)	ภาวะตกเลือด	
		หลังคลอด ระยะแรก (ราย)	ร้อยละ
กลุ่มควบคุม มารดาคลอดที่ได้รับการดูแลแบบเดิม ปี๒๕๖๖	๑๐๒	๔	๓.๙๒
กลุ่มทดลอง มารดาคลอดที่ใช้แนวปฏิบัติปฏิบัติการป้องกันการ ตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (๒๑ มิ.ย.๖๗ - ๒๐ ก.ย. ๖๗)	๒๔	๐	๐

ผลการประเมินความรู้ความเข้าใจแนวปฏิบัติทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ : ความรู้ความเข้าใจแนว ปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังใช้แนว ปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก พบว่า หลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาลส่วนใหญ่มี ความรู้ในแต่ละรายข้อทุกข้อเพิ่มขึ้นส่วน ผลการเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้ แนวปฏิบัติทางคลินิกเปรียบเทียบในคนเดียวก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตก เลือดหลังคลอดระยะแรก พบว่า ก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ มีคะแนนค่าเฉลี่ย (\bar{X}) = ๖.๐๐ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) = ๑.๐๕ ทั้งนี้พยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้รับการอบรมชี้แจงในแนวปฏิบัติและนำแนวปฏิบัติไปใช้กับ มารดาคลอดจริงในห้องคลอด พบว่ากลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความรู้ ความเข้าใจหลังใช้แนวปฏิบัติกับมารดาที่มา คลอดเพิ่มขึ้นมากขึ้น มีคะแนนค่าเฉลี่ย (\bar{X}) = ๙.๑๐ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) = ๑.๑๐ เมื่อเปรียบเทียบ

ค่าเฉลี่ยก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกพบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติผู้ร่วมการวิจัยมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๐๑ ($t= ๖.๗๖๕$, $P\text{-value}<.๐๐๐$) รายละเอียดแสดงในตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ แสดงความรู้ความเข้าใจพยาบาลวิชาชีพเปรียบเทียบก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ความรู้ความเข้าใจพยาบาลวิชาชีพในคนเดียวกัน เปรียบเทียบก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	Paired-T test	P-value
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (N=๑๐) SD.= ๑.๐๕	๖.๐๐	๖.๗๖๕***	.๐๐๐
หลังใช้แนวปฏิบัติ (N=๑๐) SD.= ๑.๑๐	๙.๑๐		

หมายเหตุ *** นัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๐

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้คลอดสามารถนำแนวปฏิบัติป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกไปใช้ในการดูแลผู้คลอดตั้งแต่ระยะแรกจนถึงหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้ เพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ

บทเรียนที่ได้รับ

ห้องคลอดโรงพยาบาลท่าวังพามีคู่มือ/แนวทางในการปฏิบัติงานเป็นไปตามแนวทางเดียวกัน ตามเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพมาตรฐานการพยาบาลของสำนักงานการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยคุณภาพการให้บริการพยาบาลทางสูติกรรมในโรงพยาบาล เพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก อันเนื่องมาจากสาเหตุหลัก การฉีกขาดของช่องคลอด/ปากมดลูก รกค้างหรือมดลูกหดตัวไม่ดี

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ความร่วมมือของพยาบาลที่มงานห้องคลอดและพยาบาลวิชาชีพที่หมุนเวียนจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน รวมทั้งผู้คลอดที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการปฏิบัติตัวและตอบข้อซักถามต่างๆ เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๖). ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัย

สิ่งแวดล้อม. <https://dashboard.anamai.moph.go.th/ministry/default/index?year=๒๐๒๐>

จตุพร วงศ์วัฒนา กานต์ และประยูร พรหมทัต. (๒๕๖๕). รายงานการวิจัยการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการ

ตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด. กลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร ปีงบประมาณ

๒๕๖๕.

จิรัชย์พล ไทยานันท์. (๒๐๒๓). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอด

ทางช่องคลอดที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา. *บูรพาเวชสาร*, ๑๐(๑):๑-๑๖.

เบญจมาภรณ์ จานทอง. (๒๕๖๔). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือด

หลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี. รายงานการวิจัย. ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี.

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. การดูแลและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดตัว.

[อินเทอร์เน็ต] ๒๕๕๘. สืบค้นจาก [http://www.rtcog.or.th/home/wp-](http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/๒๐๑๗/๐๔/OB_๐๑๙.pdf)

[content/uploads/๒๐๑๗/๐๔/OB_๐๑๙.pdf](http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/๒๐๑๗/๐๔/OB_๐๑๙.pdf)

เวชระเบียน โรงพยาบาลท่าวังผา. (๒๕๖๕). สถิติการคลอดจากห้องคลอด. โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน.

ผลของการใช้ SOS Score ต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและภาวะช็อกจากการติดเชื้อใน กระแสเลือด ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

Effects of Using SOS Score on the Severe Sepsis and Septic Shock in Sepsis Patients at In-Patient Service Unit in Thawangpha Hospital, Nan Province

ศิริลักษณ์ พันธุ์แก้ว และสุภาวดี เชียงสอน

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นการตอบสนองต่อการติดเชื้อและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยจากโรคติดเชื้อทั่วโลก มากถึง ๑ ใน ๔ ของประชากรทั่วโลก โดยปัจจัยที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ได้แก่ การวินิจฉัยที่ล่าช้า การได้รับยาปฏิชีวนะช้ากว่า ๑ ชั่วโมง การได้รับยาปฏิชีวนะที่ไม่ครอบคลุมเชื้อ และการได้รับสารน้ำไม่เพียงพอและไม่เหมาะสม (Evans et al., ๒๐๒๑) ในประเทศไทยมีผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ ๑๗๕,๐๐๐ รายต่อปีพบผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงเสียชีวิตร้อยละ ๓๔.๖ กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดเป้าหมายให้ลดอัตราเสียชีวิต ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ น้อยกว่าร้อยละ ๒๖ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔)

การติดเชื้อในกระแสเลือด คือ การติดเชื้อที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งของร่างกาย เชื้อที่พบได้แก่ เชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา ทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ เมื่อเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อโรค ซึ่งจะทำให้เกิดการอักเสบทั่วร่างกาย และอาจนำไปสู่ภาวะช็อกและทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆภายในร่างกายล้มเหลวจนเสียชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างทันที่ที่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เมื่อได้รับการ วินิจฉัยล่าช้า ตลอดจนการได้รับยาปฏิชีวนะที่ล่าช้า รวมถึงการได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำไม่เพียงพอ จะส่งผลให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน มักทำให้อวัยวะล้มเหลวหลายระบบและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ดังนั้นความรวดเร็วในการวินิจฉัย การแก้ไขสาเหตุของการติดเชื้อ ติดตามเฝ้าระวังและประเมินผลการดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็วทันทีภายใน ๖ ชั่วโมงแรกจะช่วยลดความรุนแรงจากอาการล้มเหลวของอวัยวะได้ ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราตายได้ (นนทรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์, ชยธิดา ไชย, ๒๕๖๓)

SOS Score (Search out Severity Score) เป็นการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วย มีเกณฑ์ในการประเมินคือ อุณหภูมิร่างกาย (Body Temperature) ความดันโลหิตส่วนบน (Systolic Blood Pressure) อัตราการหายใจ (Respiratory Rate) ระดับความรู้สึกตัว (Level of Consciousness) และ ปริมาณปัสสาวะ (Urine Output) SOS Score มากกว่าหรือเท่ากับ ๔ คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งระดับความรุนแรงของโรคเป็น ๔ ระยะ ดังนี้ ตามลำดับ ๑) Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) เป็นกระบวนการอักเสบของร่างกาย (Systemic inflammatory) ที่ตอบสนองต่อการติดเชื้อผู้ป่วยต้องมีอาการทางคลินิกอย่างน้อยได้แก่ (๑) อุณหภูมิร่างกาย $> ๓๘^{\circ}\text{C}$ หรือ $< ๓๖^{\circ}\text{C}$ (๒) อัตราการเต้นของหัวใจ > ๙๐ bpm (๓) อัตราการหายใจ > ๒๐ bpm หรือ $\text{PaCO}_2 < ๓๒$ mmHg (๔) เม็ดเลือดขาว $> ๑๒,๐๐๐$ หรือ $< ๔,๐๐๐$ cell/mm^๓ หรือมีimmature form $>$ ร้อยละ ๑๐ ๒) Sepsis คือ อาการหรือสงสัยว่า มีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมีภาวะมีภาวะ SIRS ๓) Severe sepsis คือ ภาวะ sepsis ที่มี

อวัยวะในร่างกายทำงานล้มเหลวอย่างน้อย ๑ อวัยวะขึ้นไป และ ๔) Septic shock คือ ภาวะ sepsis ที่มีความดันโลหิตต่ำ (systolic blood pressure < ๙๐ mmHg หรือลดลง > ๔๐ mmHg จากค่าพื้นฐาน (Bone, et al., ๑๙๙๒) จากความรุนแรงดังกล่าว หากไม่ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีอาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต

โรงพยาบาลท่าวังผา เป็นโรงพยาบาลขนาด ๓๐ เตียง งานบริการผู้ป่วยในมีเตียงที่รับผู้ป่วยได้ถึง ๔๙ เตียง มีอัตราครองเตียง ๗๖.๔ % งานบริการผู้ป่วยในเป็นหน่วยงานที่รับผู้ป่วยหลากหลายโรคและมีความซับซ้อนไว้ในความดูแลรักษาพยาบาล การให้บริการดูแลผู้ป่วยพยาบาลจำเป็นต้องใช้ความรู้ความสามารถและทักษะในการประเมินอาการการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และต้องใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ ที่สามารถใช้ในการดูแล เพื่อประเมินอาการผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ในการวินิจฉัยอาการเบื้องต้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

จากสถิติโรงพยาบาลท่าวังผา ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่นอนรักษาที่งานบริการผู้ป่วยใน ในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบผู้ป่วย sepsis จำนวน ๘๑ ,๑๓๐ และ ๑๑๑ รายตามลำดับ พบว่า ร้อยละผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคเป็นภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและเป็นภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เท่ากับ ๒๖ , ๖๒, และ ๖๕ ราย หรือร้อยละ ๓๒.๑๐, ๔๗.๖๙, ๕๘.๕๕ ตามลำดับ และ อัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๓๕,๑๑.๕๔ และ ๙.๐๑ ตามลำดับ ถึงแม้มีอัตราการตายมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงพบว่า ในปี ๒๕๖๖ (ตค. -๓๐ กย. ๖๖) พบอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางคลินิกคือ ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน ๖๕ ราย เกิดภาวะอวัยวะล้มเหลวโดยมีภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury) จำนวน ๒๗ ราย ใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน ๔ ราย จำเป็นต้องส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลนาน จำนวน ๒๒ ราย (ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลท่าวังผา, ๒๕๖๖) นอกจากนี้จากการทบทวนเวชระเบียนการดูแลรักษาผู้ป่วย sepsis พบว่า มีประเด็นที่ต้องพัฒนาคือ ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถดักจับอาการที่เสี่ยงต่อภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสมและรวดเร็ว ไม่ปฏิบัติตามระบบการเฝ้าระวังที่อาการเปลี่ยนแปลง การประเมินอาการผู้ป่วยและแนวทางในการรายงานประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างทีมสหวิชาชีพไม่ครอบคลุม ส่งผลการวินิจฉัยภาวะ Sepsis รวมถึงการรักษาที่ล่าช้าด้วย

การดูแลผู้ป่วยที่สงสัยหรือมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดให้มีคุณภาพมาตรฐาน ไม่เกิดภาวะรุนแรง ผู้ปฏิบัติงานสามารถดักจับประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยได้ จึงเป็นเข็มมุ่งในการพัฒนาคุณภาพบริการ รวมทั้งกำหนดเป้าหมาย ติดตามตัวชี้วัดและกำกับรักษาพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการของเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ทีมพัฒนาคุณภาพทางคลินิก (PCT) จึงได้นำแนวทางการประเมิน SOS Score มาใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่งานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าวังผา เพื่อพัฒนาทักษะของพยาบาลในการใช้ SOS Score ให้ได้มาตรฐานตามแนวปฏิบัติ เพื่อใช้เป็นแนวทางเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การประเมินอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจากความรุนแรงของการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้ SOS Score ต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในงานบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต อันจะส่งผลต่อความปลอดภัยและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนถึงสมรรถนะการประเมินจำแนกผู้ป่วยและคุณภาพให้การรักษาได้อย่างทันท่วงที อีกทั้งผลของการใช้ SOS Score ในการประเมินผู้ป่วยก็นำไปพัฒนาเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อใช้เป็นมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของงานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าวังผา ก่อนใช้แนวทาง SOS Score และหลังใช้แนวทาง SOS Score
2. เพื่อประเมินการใช้ SOS Score ของพยาบาลวิชาชีพงานบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ก่อนและหลังใช้แนวทาง SOS Score ต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในงานบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าวังผา

ระเบียบวิธีวิจัย (research methodology)

- **แบบของการวิจัย (research design)** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) การศึกษาเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Study) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดและกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ

- กรอบแนวคิด

การพัฒนากรอบแนวคิดการวิจัย จากอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งในระดับประเทศและระดับสถานพยาบาล และหากไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือคัดกรองประเมินสัญญาณอาการ ได้รับการรักษาทันเวลาที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤติชนิดรุนแรงและเกิดภาวะช็อกเสียชีวิตได้สูง จากประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา ผู้ศึกษาได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาที่จำเป็นต้องแก้ไข จึงได้ทบทวนข้อมูลสถานการณ์องค์ความรู้ แนวคิดทฤษฎี เอกสารทางวิชาการ ตลอดจนผลงานการวิจัย แนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับติดเชื้อในกระแสเลือด ได้นำแนวทางการใช้ SOS Score มาประยุกต์ใช้สำหรับการประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยบริการผู้ป่วยใน ประกอบกับการใช้แนวคิดทฤษฎีสรรณะของแมคเคลแลนด์ (McClelland, ๑๙๗๓) และทฤษฎีทางการพยาบาลการรับรู้สรรณะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา (Bandura, ๑๙๙๗) มาเป็นแนวทางการสร้างกรอบแนวคิดในการศึกษาในการพัฒนาสรรณะการใช้ SOS Score ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเน้นพัฒนาและประเมินสรรณะที่มองเห็นได้ โดยเฉพาะ ความรู้ความเข้าใจ และสรรณะทักษะการใช้แนวทาง SOS Score เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการประเมิน คัดกรองผู้ป่วยที่ติดเชื้อก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการรุนแรงของโรค และอัตราการตายผู้ป่วยได้

ตัวแปรที่ศึกษามีดังนี้

- เครื่องมือ/Invention ได้แก่ ชุดโปรแกรม หรือแนวทางการใช้ SOS Score สำหรับกลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่พยาบาลวิชาชีพในงานบริการผู้ป่วยในได้รับการสอบฝึกทักษะการใช้ SOS Score และนำมาประเมินกับผู้ป่วย ได้แก่ อუნทงมิร่างกาย ความดันโลหิตส่วนบน อัตราการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว ปริมาณปัสสาวะ และแนวทางการดูแล คะแนน ๑-๓ ประเมินต่อ คะแนน ≥ 4 รายงานแพทย์ ให้การรักษา

- ตัวแปรในการศึกษาประกอบด้วย

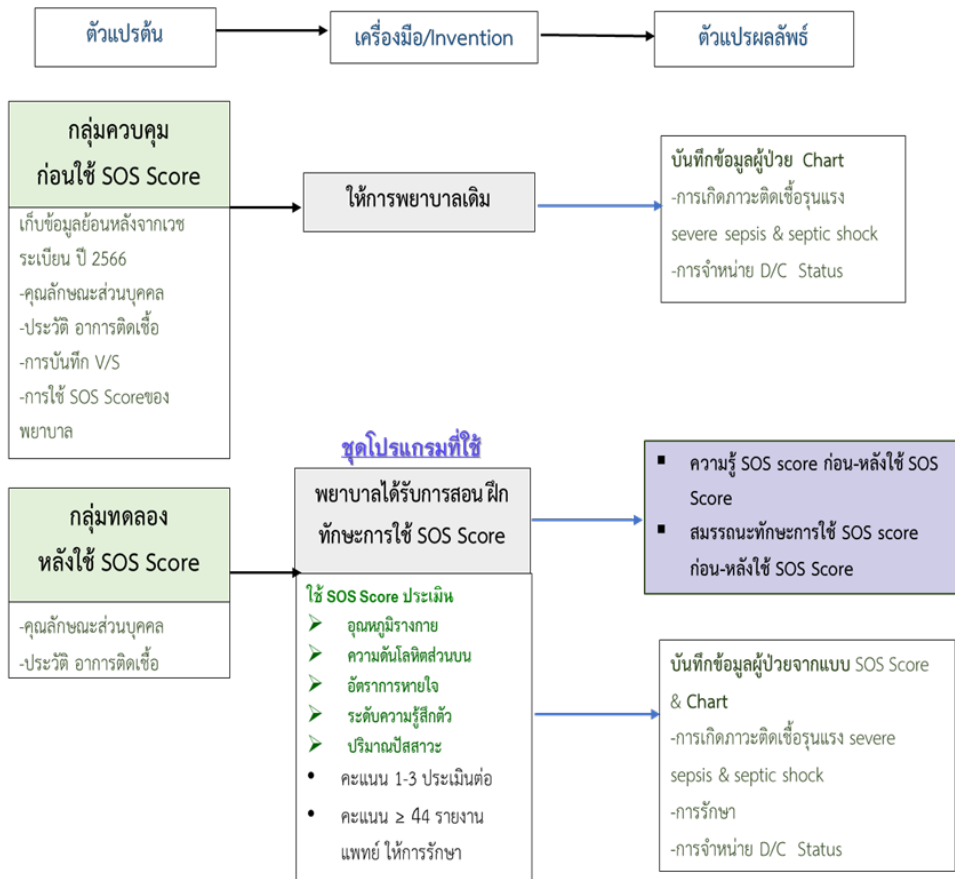
ตัวแปรต้น: คุณลักษณะส่วนบุคคล ประวัติ อาการติดเชื้อ การบันทึก V/S และการใช้ SOS Score ของพยาบาล
ตัวแปรผลลัพธ์ :

๑) กลุ่มควบคุม ได้แก่ การเกิดภาวะติดเชื้อรุนแรง severe sepsis & septic shock และการจำหน่าย D/C Status

๒) กลุ่มทดลอง ได้แก่ บันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากแบบ SOS Score & Chart ได้แก่ การเกิดภาวะติดเชื้อ รุนแรง severe sepsis & septic shock , การรักษา และการจำหน่าย D/C Status

๓) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพในงานบริการผู้ป่วยใน ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ความรู้ SOS score ก่อน-หลังใช้ SOS Score และสมรรถนะทักษะการใช้ SOS score ก่อน-หลังใช้ SOS Score

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้สรุปตัวแปร กรอบแนวคิดการวิจัย ต่อไปดังนี้



ประชากร/กลุ่มตัวอย่างคือ

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ๑) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าวังผา ปิงปประมาณ ๒๕๖๖ และปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ๒) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลท่าวังผา

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย คัดเลือกแบบเจาะจง (Samples were purposively selected) มีเกณฑ์การคัดเลือกการเข้าร่วมวิจัย มีดังนี้

๑. กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าวังผา แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

๑) กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการประเมินอาการด้วย SOS Score ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ **เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)**

๑. ผู้ป่วยทุกรายที่มีแหล่งติดเชื้อ (Source of infection) และมีการตรวจพบอาการอีก ๒ ข้อ ใน ๔ ข้อ ของภาวะ Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) ได้แก่ ๑) มีไข้ มากกว่า ๓๘ องศาเซลเซียส หรือต่ำกว่า ๓๖ องศาเซลเซียส ๒) หายใจมากกว่า ๒๐ ครั้งต่อนาที ๓) หัวใจเต้นเร็วมากกว่า ๙๐ ครั้ง ต่อนาที ๔) ตรวจพบเม็ดเลือดขาวมากกว่า ๑๒,๐๐๐ cell/ml หรือน้อยกว่า ๔,๐๐๐ cell/ml

๒. ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง และภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตั้งแต่แรกรับที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าวังผา
๓. ผู้ป่วยญาติหรือผู้ดูแลสามารถตอบคำถามสื่อสารภาษาไทยได้และสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ครบถ้วน และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

๑. ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา
๒. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลอื่นด้วยสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงหรือภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด
๓. ประวัติเวชระเบียนไม่ครบถ้วนหรือไม่สามารถค้นหาในขณะเก็บรวบรวมข้อมูล

๒) กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มปกติที่ไม่ได้รับการประเมินด้วย SOS Score ที่เข้ารับการรักษาช่วงปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เกณฑ์การคัดเลือกโดยคัดเลือกจาก การบันทึกประวัติเวชระเบียน ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อกระแสเลือด จากแหล่งติดเชื้อ (Source of infection) และมีการตรวจพบอาการอีก ๒ ข้อ ใน ๔ ข้อ ของภาวะ Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) สามารถค้นหาประวัติเวชระเบียนได้ครบ ทั้งนี้เจาะจงคัดเลือก เวชระเบียนได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือด (รหัส ICD ๑๐ คือ A๔๐-A๔๑) ติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง (รหัส ICD ๑๐ คือ R๖๕.๑) ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (รหัส ICD ๑๐ คือ R๕๗.๒)

๒. ประชากร พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลท่าวังผาผู้วิจัยเจาะจงคัดเลือกนำประชากรมาเข้าร่วมทั้งหมด จำนวน ๑๖ คน มีเกณฑ์การคัดออกหากช่วงเวลาดำเนินการวิจัยไม่อยู่ในโรงพยาบาลหรือย้าย ลาออกไป

จำนวนตัวอย่าง

๑) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าวังผา แบ่งเป็น ๒ กลุ่มได้แก่ ๑. กลุ่มควบคุมคือผู้ป่วยก่อนที่มีการใช้รูปแบบแนวทางการใช้ SOS Score ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ และ ๒. กลุ่มทดลองผู้ป่วยหลังที่มีการใช้รูปแบบแนวทางการใช้ SOS Score

ขนาดตัวอย่าง (Sample Size) ใช้ซอฟต์แวร์ G * Power Cohen (๑๙๗๗) อ้างใน นงลักษณ์ วิรัชชัย (๒๕๕๕) ได้แนะนำกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ ๐.๕ ความน่าจะเป็นความคลาดเคลื่อนในการทดสอบ (α) เท่ากับ ๐.๐๕ และผู้วิจัยได้กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง=๒:๑ ทั้งนี้เป็นไปตามความเหมาะสมและความสามารถในการดำเนินการภายใต้ช่วงเวลาการเก็บข้อมูล ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง ๓๕ ราย กลุ่มควบคุม ๖๔ ราย รวม ๙๙ ราย

๒) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลท่าวังผา ที่การใช้ SOS score กับผู้ป่วย โดยประเมินความรู้ทักษะพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังใช้แนวทาง SOS Score ผู้วิจัยเจาะจงคัดเลือกนำประชากรมาเข้าร่วมทั้งหมดและอยู่ในช่วงดำเนินงาน สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ จำนวน ๑๔ คน

-เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (instrument of research)

- ๑) แนวทางการใช้ SOS Score และแบบฟอร์ม SOS Score กับผู้ป่วย นำมาจากแบบ ประเมินคัดกรอง SOS score (Search Out Severity Score)
- ๒) แบบประเมินการใช้ SOS Score ของพยาบาลวิชาชีพงานบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าวังผา ปรับประยุกต์จากแบบประเมินคัดกรอง SOS score (Search Out Severity Score) และจากการศึกษาของคนอื่นๆ ได้แก่ ของ สุรางค์ ช่างเหล็ก (๒๕๖๔) และน้ำฝน พรหมสูตร (๒๕๖๖)

๓) ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย เจาะจงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือด (รหัส ICD ๑๐ คือ A๔๐-A๔๑) ติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง (รหัส ICD ๑๐ คือ R๖๕.๑) ภาวะช็อคจากการติดเชื้อ (รหัส ICD ๑๐ คือ R๕๗.๒) มาวิเคราะห์ แบบบันทึกและแบบประเมิน ประกอบด้วยข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว โรคประจำตัว เป็นต้น

ส่วนที่ ๒ ข้อมูล sepsis โดยการสอบถาม การสังเกต ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตาม SIRS และดูการวินิจฉัยการติดเชื้อ

ส่วนที่ ๓ ข้อมูลภาวะ severe sepsis and septic shock โดยการสอบถาม สังเกต ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ว่า ผู้ป่วยมีภาวะอวัยวะทำงานบกพร่องและมีความดันโลหิตต่ำ หรือไม่

ส่วนที่ ๔ แบบประเมินความสามารถทักษะตนเอง การปฏิบัติตามแนวทาง SOS Score โดยประเมินความสามารถ ทักษะ ความรู้ความเข้าใจในแนวทางการใช้ SOS Score มีจำนวน ๑๕ ข้อ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกันตนเอง ได้แก่ น้อย ปานกลาง มาก

ส่วนที่ ๕ แบบประเมินทักษะโดยผู้นิเทศ/ผู้วิจัย การปฏิบัติตามแนวทาง SOS Score โดยการสังเกตและตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน ว่าเจ้าหน้าที่ได้ประเมิน SOS Score และ ปฏิบัติการพยาบาลตามเงื่อนไข SOS Score ที่ประเมินได้ หรือไม่ โดยบันทึกข้อมูลเป็น ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ มีจำนวน ๑๕ ข้อใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับข้อมูลมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยจัดทำแนวทางการใช้ และแบบประเมินการใช้ SOS Score ของพยาบาลวิชาชีพโดยปรับประยุกต์การศึกษาของสุรางค์ ช่างเหล็ก (๒๕๖๔) และน้ำฝน พรหมสูตร (๒๕๖๖) นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ค่า IOC= ๐.๙๖ ส่วนแบบประเมินสมรรถนะทักษะมีค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือ Alpha= ๐.๘๒

- ระยะเวลาในการทำวิจัย

ระยะเวลาที่ทำการวิจัย ตลอดโครงการตั้งแต่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ถึง ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗ ระยะเวลาเก็บข้อมูลจากผู้ร่วมวิจัย ๓ เดือน (๑ มกราคม ๒๕๖๗- ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๗)

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น ๓ ระยะ ได้แก่

ระยะที่ ๑ ระยะเตรียมการ

๑. ขออนุญาตการทำวิจัย จากโรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดน่าน และขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

๒. การจัดทำแนวทาง SOS Score สำหรับประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และทำความเข้าใจแนวทางการใช้ SOS Score ดังนี้ การประชุมพยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยใน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และทำความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับความสำคัญและการพัฒนาความสามารถพยาบาล รวมถึงการใช้ SOS Score ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ให้มีความสามารถในการประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ระยะที่ ๒ ระยะดำเนินการวิจัย

๓. ประเมินทักษะการใช้ SOS Score ในผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพงานบริการผู้ป่วยใน ก่อนที่จะมีการบรรยายการใช้แนวทาง SOS Score

๔. บรรยายให้ความรู้และฝึกทักษะการใช้ SOS Score ในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จะได้รับการประเมินทางการพยาบาล และใช้ SOS Score เพื่อรายงานแพทย์ ให้การรักษาได้ถูกต้องอย่างมีประสิทธิภาพ

๕. นำแนวทางการใช้ SOS Score มาปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด และใช้แบบฟอร์ม SOS Score ประเมินผู้ป่วย

ระยะที่ ๓ ระยะประเมินผล

๖. ประเมินทักษะการใช้ SOS Score ในผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดของ พยาบาลวิชาชีพงานบริการผู้ป่วยใน หลังจากที่มีการบรรยายและนำแนวทาง SOS Score ไปใช้

๗. ประชุมเพื่อรับฟังปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะแนวทางการใช้ SOS Score ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด

๘. เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ภายหลังจากที่นำแนวทางการใช้ SOS Score ไปปฏิบัติใช้ผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด

- สถิติที่ใช้

๑. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย

๒. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบข้อมูล ๒ กลุ่มเปรียบเทียบความรู้ ทักษะการใช้ SOS Score ของพยาบาล ก่อนและหลังด้วยสถิติ Paired T-Test

ผลการวิจัย

- สรุปผลและอภิปราย

การศึกษาเรื่องผลของการใช้ SOS Score ต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดน่านนี้ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย ๒ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมผู้ป่วยก่อนที่มี การใช้แนวทาง SOS score และกลุ่มผู้ป่วยหลังมีการใช้แนวทาง SOS score ผลศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้แนวทาง SOS score มีจำนวนทั้งหมด ๖๔ ราย อายุเฉลี่ย ๖๘ ปี ส่วนใหญ่มี อายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไปร้อยละ ๗๘.๑ ปี ส่วนใหญ่มีประวัติโรคประจำตัวมาก่อนโดยเฉพาะกลุ่ม โรคไม่ติดเชื้อ NCD และในเวชระเบียนพบว่า มีการใช้และได้ปฏิบัติตามแนวทาง SOS Score เพียงร้อยละ ๕๖.๓ และ ผลการศึกษาในกลุ่มทดลองผู้ป่วยหลังมีการใช้แนวทาง SOS score พบว่ามีจำนวน ๓๕ ราย มีคุณลักษณะทางประชากรคล้ายกัน คือส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี ขึ้นไปร้อยละ ๘๒.๙ อายุเฉลี่ย ๖๖.๗ ปี มีการใช้และได้ปฏิบัติตามแนวทาง SOS Score ทุกราย ร้อยละ ๑๐๐

ผู้ศึกษาสรุปและอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

๑. ผลศึกษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนใช้แนวทาง SOS Score และหลังใช้แนวทาง SOS Score พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้ SOS Score ได้รับการวินิจฉัยภาวะ Severe Sepsis & Septic Shock จำนวน ๕๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๘ และมีเสียชีวิตจำนวน ๒ ราย ร้อยละ ๓.๑ เมื่อเทียบกับกลุ่มทดลองหลังมีการใช้ SOS Score ประเมินทุกข้อตามเกณฑ์พบว่า ร้อยละ ๖๕.๗ มีคะแนน ≥ 4 ผู้ป่วยได้รับการรายงานแพทย์ทันที เพื่อให้การรักษาที่รวดเร็ว ซึ่งทุกรายได้รับการรักษา ๑) การเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อ (Hemoculture) ๒) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ๓) ให้ยาต้านจุลชีพทางหลอดเลือดดำ และได้รับการดูแลใส่สายสวนปัสสาวะและบันทึกน้ำเข้า-ออก การดูแลให้ยากระตุ้นการบีบหลอดเลือด การดูแลให้ออกซิเจน การวินิจฉัยพบว่ามีภาวะ Septic Shock ร้อยละ ๖๕.๗ เมื่อสิ้นสุดรักษา เสียชีวิต ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘.๖

จะเห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีอายุเกิน ๖๐ ปีขึ้นไป มีประวัติโรคร่วมมาก่อน สอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อใน กระแสเลือดใน

แผนกอุบัติเหตุของจิราพร ศรีพิบูลย์บัณฑิต (๒๕๖๓) ที่พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ ๗๑-๘๐ ปี มีโรคร่วมมาก่อน ร้อยละของการเกิดภาวะติดเชื้อมากขึ้นและภาวะช็อกในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อมากขึ้น กระแสเลือดก่อนที่มีการใช้แนวทาง SOS Score มีมากกว่ากลุ่มทดลองหลังมีการใช้แนวทาง SOS Score ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตเมื่อสิ้นสุดรักษา กลับพบว่า กลุ่มทดลองหลังมีการใช้แนวทาง SOS Score มีอัตราการเสียชีวิต (ร้อยละ ๘.๖) มีมากกว่ากลุ่มควบคุมก่อนใช้แนวทาง SOS Score (ร้อยละ ๓.๑) แม้พยาบาลจะได้มีการใช้ SOS Score ประเมินตักจับผู้ป่วย ๑๐๐% แต่ก็ยังพบว่า ผู้ป่วยอัตราการตายที่สูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชญพันธ์ จันทระและคณะ (๒๕๖๕) ที่ศึกษาผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมากขึ้นในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน ๑ ชั่วโมงของพยาบาลวิชาชีพที่พบว่า ยังมีอัตราการเสียชีวิตสูงอยู่ ร้อยละ ๒๘.๘๐ แต่อย่างไรก็ตาม อัตราการเสียชีวิตในกลุ่มควบคุมก่อนใช้แนวทาง SOS Score และก่อนทดลองหลังใช้แนวทาง SOS Score ก็ยังพบว่า มีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่า เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้มาก กำหนดปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ น้อยกว่า ร้อยละ ๒๖ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖) จากผลการศึกษาทำให้ได้ข้อค้นพบว่า การใช้ SOS Score แม้จะช่วยประเมินภาวะรุนแรงการติดเชื้อได้ดีและสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤติได้ แต่การช่วยลดอัตราการเสียชีวิตนั้นมีปัจจัยอื่นที่มากเกี่ยวข้อง เนื่องจากมีผู้ป่วยมีอาการติดเชื้อที่รุนแรงมาจากบ้านอยู่ ก่อนแล้วหรือมีภาวะช็อกก่อนเข้ามาโรงพยาบาล เป็นปัจจัยที่แก้ไขควบคุมได้ยาก จึงได้ข้อค้นพบ/ องค์ความรู้ใหม่ว่า หากต้องการลดความรุนแรงการเสียชีวิตผู้ป่วย จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการคัดกรองประเมินผู้ป่วยในครอบครัว ชุมชนก่อนมาถึงโรงพยาบาล อาจต้องเผยแพร่ความรู้การใช้ SOS Score เพื่อการประเมินเบื้องต้นให้แก่เครือข่ายทางสุขภาพในชุมชน พื้นที่ จะช่วยคัดกรองตัก จับผู้ป่วยและส่งโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ อาจเป็นข้อจำกัดในการศึกษาวิจัยการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองในช่วงระยะเวลานั้นๆ รวมถึงปัจจัยอื่นๆ ซึ่งการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการควบคุมปัจจัยหรือตัวแปรบกวน

๒. ผลการประเมินการใช้ SOS Score ของพยาบาลวิชาชีพงานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าม่วง ก่อนและหลังใช้แนวทาง SOS Score ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจและทักษะของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้ SOS Score พบว่า ความรู้ความเข้าใจพยาบาลวิชาชีพหลังใช้ SOS Score สูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๐๑ (P-value = .๐๐๐) และทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้แนวทาง SOS Score พบว่า สูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๐๑ (P-value = .๐๐๐) แสดงให้เห็นว่า ผลการศึกษาสอดคล้องสมมติฐานที่ ๑ พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลท่าม่วงมีทักษะการใช้ SOS Score เพิ่มขึ้นหลังจากที่มีการอบรมและมีการใช้ SOS Score และสอดคล้องกับกับศึกษาคนอื่นๆ เช่น สมศรี ชื่อต่อวงศ์ (๒๕๖๐) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ SOS score พบว่า การอบรมพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับการใช้ SOS score อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่ได้รับการอบรมมีการใช้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการอบรม ร้อยละ ๘๒.๖ และ ๖๐ ตามลำดับ ซึ่งให้เห็นว่า หากมีการอบรม SOS score จะทำให้พยาบาลมีการใช้ SOS score มากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของน้ำฝน พรหมสูตร และวินัสรินทร์ ประสมศรี (๒๕๖๖) ที่ศึกษาผลของการใช้แบบประเมิน SOS score พบว่าหลังจากมีการใช้แบบประเมิน SOS score พยาบาลวิชาชีพมีทักษะการใช้ SOS score เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑

จากผลการศึกษาค้นคว้าสอดคล้องกับสมมติฐานทำให้ได้ข้อค้นพบว่า หากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานได้รับการอบรมพัฒนาความรู้ สมรรถนะทักษะผ่านการปฏิบัติจริง โดยใช้เครื่องมือการประเมินต่างๆ ทำให้พยาบาลมีความเข้าใจการดูแลพยาบาลผู้ป่วยมากขึ้น เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ซึ่งสะท้อนถึงสมรรถนะการประเมินจำแนกผู้ป่วยและคุณภาพให้การดูแลรักษาพยาบาลได้อย่างทันที่

- ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ) ตัวชี้วัด

เชิงปริมาณ

1. หน่วยงานมีเครื่องมือในการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต และมีแนวทางการใช้ SOS Score งานบริการผู้ป่วยใน จำนวน ๑ ชุด
2. พยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้รับการอบรมพัฒนาสมรรถนะทักษะการใช้ SOS ในการประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มาเข้ารับการรักษาที่งานบริการผู้ป่วยใน จำนวน ๑๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐
3. พยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยมีความรู้ความเข้าใจ และสมรรถนะทักษะการใช้ SOS ในการประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าคะแนนความรู้หลังใช้ SOS Score ($\bar{x} = .๙๑$) สูงกว่าก่อนใช้ ($\bar{x} = .๗๘$) และ สมรรถนะทักษะการใช้ SOS Score ค่าคะแนนหลังใช้ SOS Score ($\bar{x} = ๒.๖๓$) สูงกว่าก่อนใช้ ($\bar{x} = ๒.๒๑$)
4. ความครอบคลุมการประเมินคัดกรองผู้ป่วย ตั้งแต่มีการนำแนวทาง SOS Score มาใช้ในการประเมินคัดกรอง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหรือผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อที่มาเข้ารับการรักษาที่งานบริการผู้ป่วยในผู้ป่วยได้รับการคัดกรองทุกรายร้อยละ ๑๐๐

เชิงคุณภาพ

1. หน่วยงานบริการผู้ป่วยในได้รับการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม (Holistic care) มีความครอบคลุม ตั้งแต่การสังเกตอาการ ประเมินคัดกรอง วินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้ออย่างมีมาตรฐาน และให้การพยาบาลอย่างทันท่วงที อีกทั้งยังเป็นการยกระดับคุณภาพมาตรฐานในด้านความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหรือผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อที่มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลท่าวังมีความเชื่อมั่นในคุณภาพมาตรฐานได้รับการคัดกรอง ประเมินอาการ ภาวะการติดเชื้อ และวินิจฉัยได้รวดเร็วก่อนที่โรคจะดำเนินเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ส่งผลให้ลดความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตลงได้

- ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุข ควรมีนโยบายหรือแนวทางการประเมินคัดกรองเบื้องต้นในผู้ป่วยที่สงสัยมีภาวะติดเชื้อในระดับครอบครัวหรือในชุมชน เพื่อป้องกันภาวะรุนแรงและสามารถนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลได้ทันท่วงที
2. โรงพยาบาลชุมชนควรมีนโยบายและแนวทางการประเมินผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมาใช้เป็นแนวเดียวกันตั้งแต่แรกรับห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินจนเข้ารับการรักษาในผู้ป่วยใน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ควรมีการทบทวนแนวทางการใช้/แนวปฏิบัติ SOS Score ให้เข้มข้นมากขึ้นทั้งพยาบาลเก่าและใหม่ เนื่องจากพื้นฐานสมรรถนะของแต่ละคนไม่เหมือนกัน บางคนมีประสบการณ์ทำงานมากกว่าแต่ก็จำเป็นต้องรื้อฟื้นองค์ความรู้ และเรียนรู้ฝึกฝนเครื่องมือแนวทางใหม่ๆ และพยาบาลใหม่บางคนแม้ประสบการณ์น้อยแต่เรียนรู้ได้เร็ว ดังนั้นจำเป็นต้องฝึกฝนสมรรถนะทักษะโดยเฉพาะการเรียนรู้กับประสบการณ์จริงจากการปฏิบัติงาน

๒. ควรเพิ่มสมรรถนะทักษะพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการใช้ SOS Score รายด้านที่ทักษะ ต่ำ ได้แก่ การอธิบายสาเหตุ Infection Inflammation และ ภาวะSepsis, การจำแนกอธิบาย Sign SIRS, ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด Sepsis/Severe Sepsis /Septic shock และอวัยวะที่ล้มเหลว Organ dysfunction รงมทั้งสัญญาณเตือน (Early Warning Signs) ให้มีความรู้และทักษะมากขึ้น

๓. ควรขยายความรู้ความเข้าใจ เฝ้าระวัง ประเมินภาวะการณติดเชื่อผู้ป่วยเบื้องต้น โดยปรับประยุกต์มาจากแนวทางการใช้ SOS Score ให้แก่ประชาชนหรือครอบครัวจำเป็นต้องอาศัยเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการส่งต่อผู้ป่วย หรือเครือข่ายอสม.ในการประเมินคัดกรองเบื้องต้น

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

๑. ประโยชน์ต่อหน่วยงานและองค์กร : หน่วยงานมีเครื่องมือในการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต และมีแนวทางการใช้ SOS Score งานบริการผู้ป่วยใน เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety goal) ลดความเสี่ยงต่อการเกิดการร้องเรียนกรณีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

๒. ประโยชน์ต่อบุคลากร: พยาบาลวิชาชีพได้รับการพัฒนาความรู้ สมรรถนะทักษะการประเมินการวินิจฉัยผู้ป่วยผ่านเครื่องมือทางการพยาบาลตามหลักวิชาการ ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการรับรู้สมรรถนะแห่งตน(Self-efficacy) มั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยด้วยความรู้ความสามารถและระมัดระวัง

๓. ประโยชน์ต่อผู้ป่วย : ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต สามารถดักจับสัญญาณได้ทันท่วงที และได้รับการจัดการดูแล ส่งผลให้สามารถลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย

บทเรียนที่ได้รับ

๑. ปัญหาข้อจำกัดอัตรากำลังและภาระงานของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการผู้ป่วยใน ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยที่หลากหลายประเภท และอัตราครองเตียงที่สูงทำให้ประสิทธิภาพการประเมินผู้ป่วยทำได้ไม่เต็มที่ ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบให้บริการอื่นๆ ให้เป็นระบบมีความชัดเจน อีกประการหนึ่งการนำแนวทางมาตรฐาน SOS Score มาใช้ประเมินผู้ป่วยนี้ เป็นการพัฒนาระดับคุณภาพมาตรฐานแนวทางการดูแลผู้ป่วย ควรได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร ทีมสหวิชาชีพในการนำแนวทางการประเมิน SOS Score ไปใช้กับผู้ป่วย และจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ปฏิบัติงาน

๒. ปัจจัยข้อจำกัดด้านผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพตนเองและการประเมินอาการเบื้องต้นความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและญาติ อาการฉุกเฉินขนาดไหนควรรีบเข้ามาโรงพยาบาลโดยเร็ว ไม่ปล่อยไว้นานจนอาการทรุดลง ซึ่งหากผู้ป่วยอาการหนัก ฉุกเฉินขณะเข้ามาโรงพยาบาล การคัดกรองประเมินอาการผ่านเครื่องมือต่างๆ อาจไม่ใช่แนวทางแก้ไขในการลดอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ในประเด็นนี้ สาธารณสุขจำเป็นต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เบื้องต้นในการประเมินสุขภาพตนเอง มีความรอบรู้ทางสุขภาพ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ได้รับการสนับสนุนจากทีมผู้บริหารโรงพยาบาล ทีมสหวิชาชีพและผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาล และความร่วมมือของทีมพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยใน ที่ได้ตระหนักถึงปัญหา ให้ความร่วมมือในการวิเคราะห์ปัญหา และให้ความร่วมมือในการพัฒนาความรู้ ความสามารถเชิงสมรรถนะวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2564). **รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564**. (สืบค้นวันที่ 1 ตุลาคม 2566) ใน http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/kpi_template_edit%201.pdf
2. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลท่าวังผา. **สถิติรายงานประจำปี 2566**.
3. นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). **การกำหนดขนาดตัวอย่างในการทดสอบสมมุติฐานวิจัย**. เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง “วิธีการที่ถูกต้องทันสมัยในการกำหนดขนาดตัวอย่าง” ในโครงการ Research Zone จัดโดยศูนย์การเรียนรู้ทางการวิจัย ณ อาคารศูนย์การเรียนรู้ทางการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ(วช.) วันที่ 26 มกราคม 2555: 1-20.
4. นนทรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณนิการ์ ปิยะรักษ์ และชยธิดา ไชยวงษ์. (2563). **การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้**. 7(1): 319-330.
5. น้ำฝน พรหมสูตร และวินัสรินทร์ ประสมศรี. (2566). **ผลของการใช้แบบประเมิน SOS score ต่อทักษะการประเมินของพยาบาลวิชาชีพและความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา**. 6 (2): 40-49.
6. สมาคมเวชบำบัดวิกฤต. (2558). **การดูแลรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock แนวทางเวชปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ : สมาคมเวชบำบัดวิกฤต; 2558: 5-14.
7. สุรางค์ ช่างเหล็ก. (2564). **ผลของการพัฒนาความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย. วารสารการพยาบาลสุขภาพ และการศึกษา**. 4(2):4-15.
8. Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Dellinger RP, Fein AM, Knaus WA, Schein RM, Sibbald WJ. (1992). “Definitions for sepsis And organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis”. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. **American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine**. Chest. 1992 Jun;101(6):1644-55. Retrived Oct 20, 2023, from <https://doi: 10.1378/chest.101.6.1644>
9. Evans, L. M., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R.,Mcintyre,L., Ostermann,M., Prescott,H. C., Schorr,C., Simpson, S., Wiersinga,W. J., Alshamsi,F., Angus,D. C., Arabi,Y., Azevedo,L., Beale,R., Beilman,G.,... & Levy, M.M. (2021). **Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021**. Critical Care Medicine, 49(11), 1063-1143. Retrived Oct 29, 2023, from <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005337>

การพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลการเข้ารับบริการทางทันตกรรมในโปรแกรม HosXP
ของประชาชน อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

สามขวัญ เจริญภักดี

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัญหาสุขภาพช่องปากนั้นจัดเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อย ซึ่งมักส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากปัญหาสุขภาพช่องปากอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพร่างกายด้านอื่นที่ร้ายแรงตามมาได้ หรืออาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ ได้เช่นเดียวกัน (Jennifer E et al., ๒๐๑๘) โดยในปีพ.ศ.๒๕๖๔ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานว่ามีประชากรโลกประมาณร้อยละ ๕๐ นั้นล้วนมีปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อย คือ ปัญหาโรคฟันผุ โรคปริทันต์อักเสบ ภาวะสันเหงือกกว้างไรฟัน และโรคมะเร็งในช่องปาก (Jain et al., ๒๐๒๒) โดยปัญหาทั้งหมดนี้ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและพบได้ทุกกลุ่มวัยของประชากร

ในปีพ.ศ.๒๕๖๑ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ได้ทำการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากของคนไทยตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกแนะนำ โดยแบ่งตามกลุ่มอายุสำคัญที่เป็นตัวแทนของความเปลี่ยนแปลงของสภาพช่องปากในแต่ละช่วงวัยอันประกอบด้วย กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนอายุ ๓-๕ ปี กลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นอายุ ๑๒-๑๕ ปี กลุ่มผู้ใหญ่อายุ ๓๕-๔๔ ปี และกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป โดยพบปัญหาสำคัญ คือ ปัญหาฟันผุที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน ปัญหาเหงือกอักเสบที่เริ่มพบได้สูงขึ้นนอกจากปัญหาฟันผุในกลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ปัญหาสูญเสียฟันธรรมชาติอันมีสาเหตุสำคัญจากโรคฟันผุและปริทันต์อักเสบที่เริ่มพบในกลุ่มวัยทำงาน และปัญหาการสูญเสียฟันบางส่วนหรือทั้งปากรวมถึงโรคมะเร็งในช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย., ๒๐๑๗)

อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่พบจากการสำรวจเหล่านี้ได้นำไปสู่การสร้างแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขแก่บุคลากรจากสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยในปีพ.ศ.๒๕๖๗ โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายตามแนวทางของกลุ่มวัย อันประกอบด้วย ๘ กลุ่ม คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนอายุ ๐-๒ ปี กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนอายุ ๓-๕ ปี กลุ่มเด็กวัยเรียนอายุ ๖-๑๒ ปี กลุ่มวัยทำงานอายุ ๑๕-๕๙ ปี กลุ่มประชาชนอายุ ๔๐-๕๙ ปี และกลุ่มผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเพื่อคัดกรองรอยโรคเริ่มแรกของมะเร็งในช่องปาก (Potentially Malignant Disorders (PMDs)) และกลุ่มผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปรวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย., ๒๐๒๔) เพื่อให้ทันตบุคลากรได้ดำเนินงานขับเคลื่อนพัฒนางานด้านทันตสาธารณสุขตามเป้าหมายตัวชี้วัดได้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพช่องปากที่ดีตลอดทุกช่วงวัยของอายุ ซึ่งในกระบวนการขับเคลื่อนพัฒนางานนี้จำเป็นต้องอาศัยข้อมูลจากระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพของประเทศไทยที่เรียกว่า คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center (HDC)) ซึ่งพัฒนาโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ร่วมกับสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรวบรวมข้อมูลของทุกหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับมาบันทึกและรวบรวมไว้บนระบบ (คณะทำงานพัฒนาโปรแกรมคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข., ๒๕๕๙)

เมื่อศึกษาข้อมูลการเข้ารับบริการทางทันตกรรมในแต่ละกลุ่มเป้าหมายจากรายงานคลังข้อมูลสุขภาพ หรือ HDC ของกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ.๒๕๖๖ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.๒๕๖๗ พบว่า จำนวนของผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมเทียบกับค่าร้อยละเป้าหมายในแต่ละกลุ่มเป้าหมายนั้น มีค่าต่ำกว่าร้อยละ ๔๐ เกือบทุกกลุ่ม ในขณะที่เดียวกันเมื่อศึกษาจำนวนผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมจากการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP ในช่วงเวลาดังกล่าว พบว่า มีผู้เข้ารับบริการตรวจและรับการรักษา

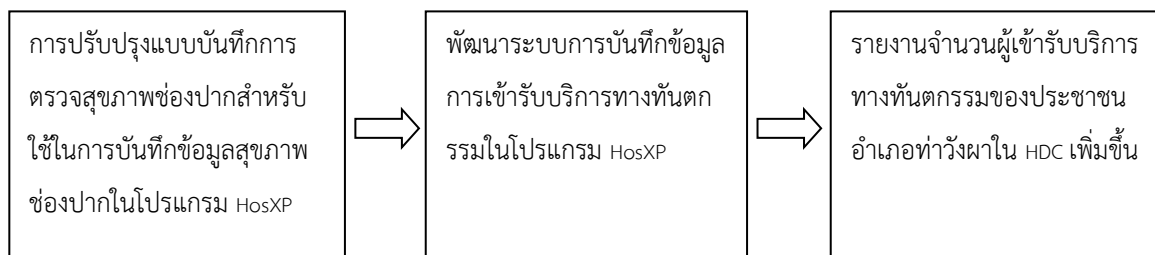
ทางทันตกรรมในทุกกลุ่มเป้าหมายเป็นจำนวนมาก ซึ่งรายงานจำนวนของผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมในโปรแกรม HosXP ไม่สัมพันธ์กับรายงานจำนวนผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมจาก HDC ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาของวิธีการบันทึกข้อมูลการเข้ารับบริการทางทันตกรรมในโปรแกรม HosXP ที่ผลการรายงานไม่สัมพันธ์กับข้อมูลจาก HDC แล้วทำการพัฒนา ปรับปรุงระบบการบันทึกข้อมูล เพื่อให้ผลการรายงานข้อมูลนั้นมีความถูกต้อง อีกทั้งยังสามารถใช้ข้อมูลดังกล่าวเป็นแนวทางในการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน และให้การรักษาทางทันตกรรมในทุกกลุ่มเป้าหมายของประชากรอำเภอท่าม่วงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. เพื่อศึกษาปัญหาของรายงานจำนวนผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมของประชาชน อำเภอท่าม่วง จังหวัดน่าน ในโปรแกรม HosXP ที่ไม่สัมพันธ์กับรายงานจำนวนผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมจาก HDC
๒. เพื่อพัฒนาและปรับปรุงระบบการบันทึกข้อมูลการเข้ารับบริการทางทันตกรรมในโปรแกรม HosXP เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้องตรงกันกับรายงานจาก HDC
๓. เพื่อนำข้อมูลภาวะสุขภาพช่องปากในแต่ละกลุ่มเป้าหมายของประชากรอำเภอท่าม่วง จังหวัดน่าน มาศึกษาเป็นแนวทางในการกำหนดการดำเนินงานทันตสาธารณสุขต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology)

- แบบของการวิจัย (research design) : วิจัยเชิงปฏิบัติการ
- กรอบแนวคิด



- ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรในเขตอำเภอท่าม่วงที่เข้ารับบริการทางทันตกรรมในแต่ละกลุ่มเป้าหมายจำนวนทั้งหมด ๘ กลุ่ม ดังนี้

๑. กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนอายุ ๐-๒ ปี
๒. กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนอายุ ๓-๕ ปี
๓. กลุ่มเด็กวัยเรียนอายุ ๖-๑๒ ปี
๔. กลุ่มวัยทำงานอายุ ๑๕-๕๙ ปี
๕. กลุ่มผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปรวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง
๖. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์
๗. กลุ่มประชาชนอายุ ๔๐-๕๙ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองรอยโรคเริ่มแรกของมะเร็งช่องปาก
๘. กลุ่มผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองรอยโรคเริ่มแรกของมะเร็งช่องปาก

- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (instrument of research) : ใช้เครื่องมือจำนวน ๒ ชิ้น คือ

- ๑.แบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปาก
- ๒.การทำการแจ้งเตือนในโปรแกรม HosXP

วิธีการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๗ แบ่งการดำเนินการเป็น ๓ ระยะ ได้แก่

ระยะที่ ๑ : ระยะวิเคราะห์สถานการณ์และออกแบบรูปแบบ โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังของประชาชนอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ถึงจำนวนผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมในโปรแกรม HosXP ของทุกกลุ่มเป้าหมายในปีงบประมาณพ.ศ.๒๕๖๕ และ พ.ศ.๒๕๖๖ รวมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.๒๕๖๗ พบว่า จำนวนผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมในทุกกลุ่มเป้าหมายมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แต่ขณะเดียวกันข้อมูลของจำนวนผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมในรายงาน HDC ที่แบ่งตามกลุ่มเป้าหมายในปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๕ และ พ.ศ.๒๕๖๖ และตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.๒๕๖๗ ล้วนไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมในโปรแกรม HosXP จากการวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่อาจเป็นไปได้ทั้งหมด พบปัญหาและอุปสรรค คือ ๑.รายงานผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมในโปรแกรม HosXP จะปรากฏในรายงาน HDC ได้นั้นต้องมีข้อมูลของการบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากของผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมจำนวน ๑ ครั้งต่อปีงบประมาณเท่านั้นในทุกราย ๒.ผู้ให้บริการทำการบันทึกรหัสหัตถการ (ICD๑๐) ไม่ถูกต้อง ๓.ผู้ให้บริการลืมบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากในโปรแกรม HosXP ๔.ระบบปฏิบัติการคอมพิวเตอร์มีความล่าช้า ทำให้ผู้ให้บริการละเลยที่จะบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP ให้ถูกต้องและครบถ้วน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลการเข้ารับบริการทางทันตกรรมในโปรแกรม HosXP ใหม่ โดยเริ่มดำเนินการทดลองการพัฒนาระบบในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๗ ซึ่งได้ทำการแก้ไขคือ ๑.ปรับปรุงแบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากโดยอ้างอิงจากแบบตรวจสุขภาพช่องปากในโปรแกรม HosXP เพื่อบันทึกขณะที่ผู้ให้บริการได้ตรวจในช่องปากของผู้เข้ารับบริการ ก่อนนำข้อมูลจากแบบบันทึกนั้นไปบันทึกในข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากในโปรแกรม HosXP ทุกราย ซึ่งแบบบันทึกนี้จะระบุข้อมูลที่จำเป็นทั้งหมด รวมถึงการระบุชื่อผู้ให้บริการร่วมด้วยสำหรับให้ผู้ตรวจสอบสามารถสืบค้นข้อมูลเพื่อทำการแก้ไขได้ถูกต้อง ๒.ผู้ให้บริการเข้าร่วมอบรมการบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากในโปรแกรม HosXP ที่จัดโดยกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน เพื่อให้มีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องและมีความแม่นยำ เพื่อให้ปรากฏตรงกับรายงาน HDC ๓.จัดให้มีผู้ตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลทั้งรหัสหัตถการและการบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากในโปรแกรม HosXP ทุกวัน หากข้อมูลไม่ถูกต้องหรือครบถ้วนจะทำการส่งคืนให้ผู้ให้บริการรายนั้นทำการแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องก่อนที่ผู้ตรวจสอบจะทำการตรวจสอบอีกครั้ง ๔.กระตุ้นเตือนผู้ให้บริการทุกคนช่วยกันบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากในโปรแกรม HosXP ในผู้ป่วยทุกราย ๕.ทดลองใช้ระบบที่ได้ปรับปรุงเป็นระยะเวลา ๑ เดือนคือ เดือนพฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๗ ก่อนนำข้อมูลรายงานจำนวนผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมในโปรแกรม HosXP เปรียบเทียบกับรายงาน HDC ซึ่งผลการดำเนินงานตามแนวทางที่พัฒนาระบบในเดือนพฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๗ พบว่า รายงานจำนวนผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมในทุกกลุ่มเป้าหมายจากรายงาน HDC เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับรายงานจำนวนผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมในโปรแกรม HosXP

ระยะที่ ๒ : ระยะดำเนินการ ทำการทบทวนภายหลังทดลองดำเนินแนวทางตามการพัฒนารูปแบบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๗ พบว่ายังคงมีปัญหาและอุปสรรค คือ ๑.ผู้ให้บริการจำไม่ได้หรือไม่แน่ใจว่าได้มีการบันทึกข้อมูลตรวจสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยรายนั้นๆ แล้วหรือไม่ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้เข้ารับบริการกลับมารับบริการทางทันตกรรมอีกครั้งในภายหลัง ๒.ทันตแพทย์ผู้เป็นเวรประจำวันในการตรวจผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมทั่วไปมักลืมบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากในโปรแกรม HosXP โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมทั่วไปโปรดตรวจจำนวนมาก ๓. ความไม่ถูกต้องและครบถ้วนของการบันทึกรหัสหัตถการและการแบ่งกลุ่มอายุของผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรม ๔. ปัญหาความล่าช้าของระบบปฏิบัติการคอมพิวเตอร์และโปรแกรม HosXP ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ อาจทำให้ผู้ให้บริการละเลยในการ

บันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากในผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมบางรายในโปรแกรม HosXP โดยเฉพาะในกรณีที่มีผู้รับบริการจำนวนมากภายใต้เวลาที่จำกัด

จากปัญหาดังกล่าวจึงได้ทำการปรับปรุงแก้ไขระบบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP อีกครั้งในระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๗ ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗ คือ ๑.การทำการแจ้งเตือนในโปรแกรม HosXP ในผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมทุกรายที่ได้บันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากแล้วในแต่ละปีงบประมาณ เพื่อเตือนให้ผู้ให้บริการทุกคนได้ทราบในกรณีที่ผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมได้กลับมารับการรักษานในภายหลังอีกครั้ง เพื่อมิให้เกิดการล่าช้าในการตรวจและให้การรักษารวมถึงการบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากที่ซ้ำซ้อนในช่วงเวลานั้นๆ รวมถึงเตือนให้ผู้ให้บริการตระหนักในการตรวจ บันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP ให้ถูกต้องและครบถ้วน สำหรับผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมรายใหม่ ๒.เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบประจำจุดทำประวัติต้องทำการตรวจสอบประวัติการตรวจและบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากของผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมทุกรายจากการแจ้งเตือน และทำการแนบแบบบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากแก่ผู้ให้บริการทุกครั้งในรายที่ยังไม่มีประวัติของการบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากเสมอ ๓.ทบทวนวิธีการบันทึกห้สห้ตถการให้ถูกต้องและครบถ้วน รวมถึงเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มอายุเพื่อบันทึกในแบบตรวจสุขภาพช่องปากให้ถูกต้องเสมอ ๔.ผู้ตรวจสอบต้องทำการตรวจสอบว่าผู้ให้บริการได้ทำการแจ้งเตือนในโปรแกรม HosXP หรือไม่นอกเหนือจากการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของการบันทึกห้สห้ตถการและบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากเสมอ ๕.กระตุ้นเตือนให้ผู้ให้บริการทุกคนช่วยกันบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากในโปรแกรม HosXP ทุกราย ๖.ดำเนินการตามแนวทางของการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP ที่ได้ปรับปรุงใหม่อีกครั้งเป็นระยะเวลา ๔ เดือน คือ ตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ.๒๕๖๗ ก่อนทำการประเมินผลโดยการนำรายงานจำนวนข้อมูลการเข้ารับบริการทางทันตกรรมในโปรแกรม HosXP เปรียบเทียบกับรายงานจาก HDC อีกครั้ง

ระยะที่ ๓ : ระยะประเมินและติดตามต่อเนื่อง ติดตามและประเมินผลลัพท์ในเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗
- สถิติที่ใช้เชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาย้อนหลังรายงานการบันทึกข้อมูลการเข้ารับบริการทางทันตกรรมเปรียบเทียบระหว่างรายงานจากการบันทึกในโปรแกรม HosXP และรายงาน HDC ในแต่ละกลุ่มเป้าหมายของปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๕ และ พ.ศ.๒๕๖๖ พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่มีร้อยละจำนวนผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมจากรายงาน HDC เทียบกับจำนวนผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมจากรายงาน HosXP ทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ ที่มีค่ามากที่สุดจนถึงน้อยที่สุดในปีงบประมาณพ.ศ.๒๕๖๕ คือ กลุ่มก่อนวัยเรียน ๐-๒ ปี, กลุ่มก่อนวัยเรียน ๓-๕ ปี, กลุ่มหญิงตั้งครรภ์, กลุ่มวัยเรียน ๖-๑๒ ปี, กลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า ๖๐ ปี และ กลุ่มวัยทำงานอายุ ๑๕-๕๙ ปี ตามลำดับ ขณะที่ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ กลุ่มเป้าหมายที่มีร้อยละมากที่สุดจนถึงน้อยที่สุด คือ กลุ่มก่อนวัยเรียน ๓-๕ ปี, กลุ่มก่อนวัยเรียน ๐-๒ ปี, กลุ่มวัยเรียน ๖-๑๒ ปี, กลุ่มหญิงตั้งครรภ์, กลุ่มวัยทำงานอายุ ๑๕-๕๙ ปี, กลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า ๖๐ ปี ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ ๑

กลุ่มเป้าหมาย	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕		ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖		ร้อยละแต่ละกลุ่มเป้าหมาย	
	HosXP	HDC	HosXP	HDC	%HDC๖๕	%HDC๖๖
กลุ่มก่อนวัยเรียน ๐-๒ ปี	๖๘	๖๐	๑๗๘	๑๐๔	๘๘.๒๔	๕๘.๔๓
กลุ่มก่อนวัยเรียน ๓-๕ ปี	๓๑๘	๒๒๙	๔๐๒	๒๕๔	๗๒.๐๑	๖๓.๑๘

กลุ่มวัยเรียน ๖-๑๒ ปี	๕๗๕	๒๙๐	๗๕๕	๓๙๓	๕๐.๔๔	๕๒.๐๕
กลุ่มวัยทำงานอายุ ๑๕-๕๙ ปี	๑๘๘๐	๒๑๓	๒๓๒๑	๓๑๘	๑๑.๓๓	๑๓.๗๐
กลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า ๖๐ ปี	๑๔๒๔	๒๒๔	๑๘๖๒	๒๒๔	๑๕.๗๓	๑๒.๐๓
กลุ่มหญิงตั้งครรภ์	๒๘๐	๑๗๐	๓๐๔	๑๓๙	๖๐.๗๑	๔๕.๗๒

ตารางที่ ๑ แสดงจำนวนผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมและร้อยละของจำนวนข้อมูลผู้รับบริการทางทันตกรรมจากรายงาน HDC เมื่อเทียบกับข้อมูลใน HosXP แบ่งตามกลุ่มช่วงอายุจากรายงาน HosXP และ HDC ในปีงบประมาณพ.ศ.๒๕๖๕ และ พ.ศ.๒๕๖๖

ภายหลังการพัฒนาารูปแบบของระบบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP ทั้งการปรับปรุงแบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากและการทำแจ้งเตือนการบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากในผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมทุกรายในโปรแกรม HosXP ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ.๒๕๖๗ โดยเปรียบเทียบกับช่วงระยะเวลาในปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๗ ที่ยังไม่ได้มีการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.๒๕๖๗ พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่มีร้อยละของจำนวนผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมของกลุ่มที่มีค่ามากที่สุดจนถึงน้อยสุด คือ กลุ่มก่อนวัยเรียน ๐-๒ ปี, กลุ่มหญิงตั้งครรภ์, กลุ่มก่อนวัยเรียน ๓-๕ ปี, กลุ่มวัยเรียน ๖-๑๒ ปี, กลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า ๖๐ ปี และกลุ่มวัยทำงานอายุ ๑๕-๕๙ ปี ตามลำดับ และภายหลังจากการดำเนินการตามแนวทางการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่มีร้อยละมากที่สุดจนถึงน้อยสุด คือ กลุ่มก่อนวัยเรียน ๓-๕ ปี, กลุ่มวัยเรียน ๖-๑๒ ปี, กลุ่มก่อนวัยเรียน ๐-๒ ปี, กลุ่มหญิงตั้งครรภ์, กลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า ๖๐ ปี และกลุ่มวัยทำงานอายุ ๑๕-๕๙ ปี ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ ๒

กลุ่มเป้าหมาย	เดือนตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๖ ถึง เดือนเมษายน พ.ศ.๒๕๖๗		เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.๒๕๖๗		ร้อยละแต่ละกลุ่มเป้าหมาย	
	HosXP	HDC	HosXP	HDC	%HDC๑	%HDC๒
กลุ่มก่อนวัยเรียน ๐-๒ ปี	๗๓	๕๗	๑๓๖	๖๘	๗๘.๐๘	๕๐.๐๐
กลุ่มก่อนวัยเรียน ๓-๕ ปี	๕๘	๒๐	๒๐๔	๑๓๓	๓๔.๔๘	๖๕.๒๐
กลุ่มวัยเรียน ๖-๑๒ ปี	๔๘๑	๑๑๐	๔๘๑	๓๐๙	๒๒.๘๗	๖๔.๒๔
กลุ่มวัยทำงานอายุ ๑๕-๕๙ ปี	๑๓๒๗	๑๒๖	๑๘๓๓	๔๐๕	๙.๕๐	๒๒.๑๐
กลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า ๖๐ ปี	๑๐๕๐	๑๐๗	๑๘๔๘	๕๔๕	๑๐.๑๙	๒๙.๔๙
กลุ่มหญิงตั้งครรภ์	๑๒๘	๗๐	๑๐๗	๕๑	๕๔.๖๙	๔๗.๖๖

ตารางที่ ๒ แสดง ร้อยละของจำนวนข้อมูลผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมจากรายงาน HDC เทียบกับข้อมูลในโปรแกรม HosXP ในแต่ละกลุ่มเป้าหมายในปีงบประมาณพ.ศ.๒๕๖๗ โดย HosXP๑ คือ รายงานบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๖ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.๒๕๖๗, HDC๑ คือ รายงาน HDC ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๖ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.๒๕๖๗, HosXP๒ คือ รายงานบันทึกข้อมูลใน

โปรแกรม HosXP ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๗ ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.๒๕๖๗, HDC๒ คือ รายงาน HDC ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๗ ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.๒๕๖๗

สำหรับการพิจารณาจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุ ๔๐-๕๙ ปีและกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า ๖๐ ปีที่เข้ารับบริการการตรวจคัดกรองรอยโรคเริ่มแรกของมะเร็งช่องปาก จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังในปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๖ เทียบกับปีงบประมาณพ.ศ.๒๕๖๗ ที่มีการพัฒนารูปแบบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP พบว่า ร้อยละของผู้เข้ารับบริการการตรวจคัดกรองรอยโรคเริ่มแรกของมะเร็งช่องปากในกลุ่มอายุ ๔๐-๕๙ ปี และกลุ่มอายุมากกว่า ๖๐ ปี ในปีงบประมาณพ.ศ.๒๕๖๖ คือ ร้อยละ ๒.๔๐ และ ๔.๘๘ ตามลำดับ ขณะที่ในปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๗ มีร้อยละของกลุ่มอายุ ๔๐-๕๙ ปี และกลุ่มอายุมากกว่า ๖๐ ปี คือ ร้อยละ ๓๗.๕๐ และ ๔๐.๐๙ ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ ๓

กลุ่มเป้าหมาย	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖		ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗		ร้อยละแต่ละกลุ่มเป้าหมาย	
	HosXP	HDC	HosXP	HDC	%PMDs๖๕	%PMDs๖๖
กลุ่มอายุ ๔๐-๕๙ ปี	๑๒๔๘	๓๐	๑๓๗๒	๖๗	๒.๔๐	๓๗.๐๕
กลุ่มอายุมากกว่า ๖๐ ปี	๑๑๓๙	๔๒๒	๑๓๓๗	๕๓๖	๔.๘๘	๔๐.๐๙

ตารางที่ ๓ แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับบริการการตรวจคัดกรองรอยโรคเริ่มแรกของมะเร็งช่องปากจากรายงาน HosXP และ HDC ในปีงบประมาณพ.ศ.๒๕๖๖ และปีงบประมาณพ.ศ.๒๕๖๗

อภิปรายผล

จากปัญหาของรายงานจำนวนผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมที่มีแนวโน้มมากขึ้นจากโปรแกรม HosXP ที่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลของผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมในรายงาน HDC จึงได้ทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังเปรียบเทียบรายงานจำนวนผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมในโปรแกรม HosXP ที่แบ่งตามกลุ่มเป้าหมายในปีงบประมาณพ.ศ.๒๕๖๕ และ พ.ศ.๒๕๖๖ เทียบกับจำนวนผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมในรายงาน HDC พบว่ากลุ่มเป้าหมายที่มีร้อยละจำนวนผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมจากรายงาน HDC เทียบกับจำนวนผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมจากรายงาน HosXP ทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ ที่มีค่ามากที่สุดจนถึงน้อยที่สุดในปีงบประมาณพ.ศ.๒๕๖๕ คือ กลุ่มก่อนวัยเรียน ๐-๒ ปี, กลุ่มก่อนวัยเรียน ๓-๕ ปี, กลุ่มหญิงตั้งครรภ์, กลุ่มวัยเรียน ๖-๑๒ ปี, กลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า ๖๐ ปี และ กลุ่มวัยทำงานอายุ ๑๕-๕๙ ปี ตามลำดับ ขณะที่ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ กลุ่มเป้าหมายที่มีร้อยละมากที่สุดจนถึงน้อยที่สุด คือ กลุ่มก่อนวัยเรียน ๓-๕ ปี, กลุ่มก่อนวัยเรียน ๐-๒ ปี, กลุ่มวัยเรียน ๖-๑๒ ปี, กลุ่มหญิงตั้งครรภ์, กลุ่มวัยทำงานอายุ ๑๕-๕๙ ปี, กลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า ๖๐ ปี ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาที่กลุ่มเป้าหมายจะพบว่ากลุ่มที่มีค่าร้อยละของจำนวนผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมในรายงาน HDC ที่มีค่าน้อยสุดคือ กลุ่มวัยทำงานอายุ ๑๕-๕๙ ปี และกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า ๖๐ ปี เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่อาจเป็นไปได้ทั้งหมด ปัญหาและอุปสรรค คือ ๑.ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ที่เป็นทันตแพทย์มักเป็นผู้ให้บริการในกลุ่มวัยทำงานอายุ ๑๕-๕๙ ปี และกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า ๖๐ ปี ซึ่งพบว่ามีการร้อยละของจำนวนผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมในรายงาน HDC ต่ำที่สุด ๒.เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบแต่ละกลุ่มเป้าหมายระหว่างปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๕ และ พ.ศ.๒๕๖๖ พบว่ามีค่าร้อยละที่ลดลงแม้ว่าจำนวนผู้เข้ารับบริการจะเพิ่มสูงขึ้น อาจเนื่องจากผู้ให้บริการมีการบันทึกข้อมูลการเข้ารับบริการทางทันตกรรมที่ไม่สมบูรณ์มากขึ้น ๓.รายงาน HDC ตามกลุ่มเป้าหมายจะถูก

ตั้งจากรายงานผู้มารับบริการทางทันตกรรมในโปรแกรม HosXP ซึ่งต้องมีข้อมูลของการบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากของผู้เข้ารับบริการรายนั้นๆ จำนวน ๑ ครั้งต่อปีงบประมาณเท่านั้น ๒.การบันทึกรหัสเหตุการณ์ตรวจและวางแผนการรักษาทางทันตกรรม (ICD๑๐) ของผู้ให้บริการไม่ถูกต้อง ๓.ผู้ให้บริการลืมนำบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากในโปรแกรม HosXP ๔. ระบบปฏิบัติการคอมพิวเตอร์มีความล่าช้า ทำให้ผู้ให้บริการละเอียดที่จะบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP ให้ถูกต้องและครบถ้วน

จากปัญหาดังกล่าว จึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลการเข้ารับบริการทางทันตกรรมในโปรแกรม HosXP ใหม่ โดยเริ่มดำเนินการทดลองพัฒนาระบบในช่วง เดือนพฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๗ เป็นระยะเวลา ๑ เดือน คือ ๑.สร้างและปรับปรุงแบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากโดยอ้างอิงจากแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากในโปรแกรม HosXP เพื่อให้ผู้ให้บริการสามารถนำข้อมูลจากการตรวจในแบบบันทึกของผู้เข้ารับบริการทุกรายนี้ไปบันทึกในโปรแกรม HosXP ๒.ตัวแทนผู้ให้บริการเข้าร่วมอบรมการบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากในโปรแกรม HosXP โดยกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน แล้วทำการถ่ายทอดข้อมูลจากการอบรมแก่ผู้ให้บริการทุกคนเพื่อบันทึกรหัสเหตุการณ์และทำการบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากในโปรแกรม HosXP ให้ถูกต้องและครบถ้วน ๓.จัดให้มีผู้ตรวจสอบความถูกต้องในแต่ละวัน โดยหากพบว่าการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนจะทำการแจ้งรายละเอียดที่ต้องแก้ไขและส่งคืนข้อมูลให้แก่ผู้ให้บริการแก้ไขก่อนตรวจสอบอีกครั้ง ๔.กระตุ้นเตือนผู้ให้บริการทุกคนช่วยกันบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากในโปรแกรม HosXP ในผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมทุกราย ๕.ทดลองใช้ระบบที่ได้ปรับปรุงเป็นระยะเวลา ๑ เดือนคือ เดือนพฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๗ ก่อนนำข้อมูลมาทบทวนและแก้ไขแก้ไขพัฒนาระบบอีกครั้ง

ภายหลังทำการทบทวนผลจากการดำเนินการตามแนวทางการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลในเดือนพฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๗ แล้วพบว่ายังคงมีปัญหาและอุปสรรค คือ ๑.ผู้ให้บริการจำไม่ได้ว่าได้ทำการบันทึกข้อมูลตรวจสุขภาพช่องปากของผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมในรายนั้นๆ แล้วหรือไม่ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยกลับมาใช้บริการทางทันตกรรมอีกครั้งในภายหลัง ๒.ทันตแพทย์ประจำวันที่ตรวจผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมทั่วไปมักลืมนำบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากในโปรแกรม HosXP หลายครั้งโดยเฉพาะในวันที่มีผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมจำนวนมากในเวลางานที่จำกัด ๓.การบันทึกรหัสเหตุการณ์และการแบ่งกลุ่มบันทึกตามช่วงอายุยังไม่ถูกต้องครบถ้วนทุกราย ๔.ปัญหาความล่าช้าของระบบปฏิบัติการคอมพิวเตอร์อาจทำให้ผู้ให้บริการละเอียดในการบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยบางรายที่มารับบริการในโปรแกรม HosXP

ดังนั้น จึงได้ทำการปรับปรุงแก้ไขระบบการบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากในโปรแกรม HosXP อีกครั้งก่อนดำเนินการตามแนวทางการดำเนินงานที่ปรับปรุงใหม่ในระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๗ ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗ คือ ๑. ทำการแจ้งเตือนในโปรแกรม HosXP ของผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมทุกรายที่มารับบริการทางทันตกรรมที่ได้บันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากเรียบร้อยแล้วในแต่ละปีงบประมาณ ๒.เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบทำประวัติผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมต้องทำการตรวจสอบจากการแจ้งเตือนในโปรแกรม HosXP และแนบแบบบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้ให้บริการสำหรับในผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมรายที่ยังไม่มีการบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากเสมอ ๓.ทบทวนวิธีการบันทึกรหัสเหตุการณ์ให้ถูกต้องและครบถ้วน ๔.ผู้ตรวจสอบความถูกต้องต้องทำการตรวจสอบว่าผู้ให้บริการได้ทำการแจ้งเตือนในโปรแกรม HosXP ในรายที่ได้มีการบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากแล้วหรือไม่ ๕.กระตุ้นเตือนให้ผู้ให้บริการทุกคนช่วยกันบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากในโปรแกรม HosXP ในผู้ป่วยทุกราย

จากการดำเนินการดังกล่าว พบว่า ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๖ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.๒๕๖๗ พบว่าค่าร้อยละของกลุ่มที่มีรายงานการเข้ารับบริการทางทันตกรรมมากที่สุด คือ กลุ่มก่อนวัยเรียน ๐-๒ ปี, กลุ่มหญิงตั้งครรภ์, กลุ่มก่อนวัยเรียน ๓-๕ ปี, กลุ่มวัยเรียน ๖-๑๒ ปี, กลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า ๖๐ ปี และกลุ่มวัยทำงานอายุ ๑๕-๕๙ ปี ตามลำดับ และภายหลังจากการดำเนินการตามแนวทางการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม

HosXP พบว่า ค่าร้อยละของผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมจากรายงาน HDC ใน ๔ กลุ่มเป้าหมายมีค่าเพิ่มสูงขึ้น แตกต่างจากช่วงระยะเวลาก่อนพัฒนาระบบ คือ กลุ่มก่อนวัยเรียน ๓-๕ ปี, กลุ่มวัยเรียน ๖-๑๒ ปี, กลุ่มผู้สูงอายุ มากกว่า ๖๐ ปี และกลุ่มวัยทำงานอายุ ๑๕-๕๙ ปี นั้นแสดงว่าการดำเนินการตามแนวทางการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP คาดว่าน่าจะมีการมีความถูกต้องและครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลที่ค่อนข้างสูงขึ้น จากเดิมดังปรากฏในรายงาน HDC ขณะเดียวกันพบว่า วิธีการบันทึกข้อมูลการตรวจขณะเดียวกันค่าร้อยละของ ๒ กลุ่มเป้าหมายกลับมีค่าที่ลดลงเทียบกับก่อนดำเนินการตามการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูล คือ กลุ่มก่อนวัยเรียน ๐-๒ ปี และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าร้อยละในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ลดลงอาจเนื่องจากข้อจำกัดสำคัญของการรายงานการเข้ารับบริการทางทันตกรรมจากรายงานของ HDC ที่จะปรากฏก็ต่อเมื่อหญิงตั้งครรภ์รายนั้นได้คลอดบุตรแล้วเท่านั้น ซึ่งหากมีจำนวนของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจและบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP ที่เพิ่มมากขึ้นแต่หญิงตั้งครรภ์รายนั้นยังไม่ได้คลอดบุตร ก็จะไม่ปรากฏข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์รายนั้นในรายงาน HDC ในปีงบประมาณนั้นๆ ในขณะที่กลุ่มก่อนวัยเรียน ๐-๒ ปีนั้น ซึ่งส่วนใหญ่ก็มีกรณีนัดเพื่อตรวจสุขภาพช่องปากและติดตามบ่อยครั้งโดยเฉลี่ยทุก ๓ ถึง ๖ เดือน หากได้รับการตรวจและบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากเรียบร้อยแล้วจะปรากฏข้อมูลในรายงาน HDC ในช่วงก่อนการดำเนินการตามการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP และหากมีการนัดติดตามและบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากอีกครั้งในภายหลังการดำเนินการตามแนวทางการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP แล้ว รายงานการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของผู้เข้ารับบริการรายดังกล่าวจะปรากฏในโปรแกรม HosXP แต่ไม่ปรากฏในรายงาน HDC นอกจากนี้ยังอาจรวมถึงปัญหาของการบันทึกรหัสเหตุการณ์ที่ไม่ตรงกันในกลุ่มเป้าหมายนี้ของผู้ให้บริการแต่ละราย การบันทึกผิดกลุ่มอายุเป้าหมาย ส่งผลให้ข้อมูลไม่ถูกต้องจึงไม่ปรากฏในรายงาน HDC เช่นเดียวกัน

ในขณะที่เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบรายงานการบันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรองรอยโรคเริ่มแรกของมะเร็งช่องปากในผู้เข้ารับบริการที่ ๔๐-๕๙ ปี และกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป ในปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๖ และ พ.ศ. ๒๕๖๗ พบว่า ค่าร้อยละของผู้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองรอยโรคเริ่มแรกของมะเร็งช่องปากทั้งในกลุ่มอายุ ๔๐-๕๙ ปี และกลุ่มอายุมากกว่า ๖๐ ปี ในปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๗ ที่ได้ดำเนินการตามแนวทางการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP นั้นมีค่าร้อยละที่สูงขึ้นแตกต่างจากปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๖ ที่ยังไม่ได้มีการพัฒนาระบบ นั้นแสดงว่าการดำเนินการตามแนวทางการพัฒนาระบบในโปรแกรม HosXP คาดว่าน่าจะมีการมีความถูกต้องและครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลที่ค่อนข้างสูงขึ้นจากเดิมดังปรากฏในรายงาน HDC ที่เพิ่มสูงขึ้น

การพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลการเข้ารับบริการทางทันตกรรมผ่านการใช้แบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากที่ได้มีการอ้างอิงและปรับปรุงจากข้อมูลการบันทึกตรวจสุขภาพช่องปากในโปรแกรม HosXP รวมถึงมีการทำแจ้งเตือนเมื่อเทียบกับแต่เดิมจะพบว่า การมีความร่วมมือของบุคลากรทุกคนในการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาระบบและร่วมกับในกระบวนการตรวจสอบซ้ำในหลายขั้นตอน จะช่วยลดความเสี่ยงในการลืมบันทึกข้อมูลหรือการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนได้ โดยเริ่มตั้งแต่เจ้าหน้าที่ผู้ทำประวัติผู้เข้ารับบริการที่ต้องทำการตรวจสอบก่อนเป็นบุคคลแรกกว่าผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมรายนั้นๆ เคยได้รับการบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากหรือไม่ในปีงบประมาณปัจจุบัน หากยังไม่มีจะต้องทำการแนบแบบบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากเพื่อเป็นการเตือนผู้ให้บริการได้ตระหนักถึงการต้องตรวจช่องปาก วางแผนการรักษาและต้องมีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP ให้ถูกต้องและครบถ้วน รวมถึงต้องทำแจ้งเตือนให้เจ้าหน้าที่ผู้ทำประวัติผู้เข้ารับบริการหรือผู้ให้บริการคนอื่นได้รับทราบ และภายหลังจากผู้ให้บริการได้บันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP แล้ว จะมีการตรวจสอบซ้ำจากผู้ตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลประจำวัน โดยหากพบว่าข้อมูลที่บันทึกใน HosXP นั้นไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน จะทำการแจ้งรายละเอียดที่ต้องแก้ไขและส่งคืนข้อมูลแก่ผู้ให้บริการรายนั้นๆ เพื่อทำ

การแก้ไขให้ถูกต้องก่อนที่ผู้ตรวจสอบจะได้ทำการตรวจสอบอีกครั้งหนึ่งเสมอ ดังนั้น การมีกระบวนการตรวจสอบซ้ำทั้งก่อนและหลังบันทึกข้อมูลนี้ จะช่วยลดความผิดพลาดของการสืบค้นข้อมูล รวมถึงทำให้การบันทึกข้อมูลมีความถูกต้อง แม่นยำเสมอ อีกทั้งผู้ให้บริการทุกคนควรต้องมีการศึกษาและทบทวนเพิ่มเติมในการบันทึกข้อมูลสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการตระหนักเตือนให้มีการบันทึกข้อมูลที่ต้องการ ครบถ้วน โดยผลจากรายงาน HDC ดังกล่าวนั้นสามารถนำมาศึกษาแล้วพัฒนาแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากเพื่อให้เกิดสุขภาพช่องปากที่ดีและเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มอายุเป้าหมายได้ (สรารุช, ๒๐๒๑)

สรุป

ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลท่าวังผาได้ดำเนินการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลการเข้ารับบริการทางทันตกรรมในโปรแกรม HosXP ดังนี้

ระยะแรก ทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังเปรียบเทียบจำนวนผู้มารับบริการทางทันตกรรมในโปรแกรม HosXP โดยแบ่งตามกลุ่มเป้าหมายในปีงบประมาณพ.ศ.๒๕๖๕ และ พ.ศ.๒๕๖๖ ซึ่งมีแนวโน้มมากขึ้น แต่ข้อมูลดังกล่าวไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้มารับบริการทันตกรรมในรายงาน HDC พบปัญหาและอุปสรรค คือ ๑.ไม่มีการบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากของผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมในโปรแกรม HosXP ๒.การบันทึกรหัสเหตุการณ์ของผู้ให้บริการไม่ถูกต้อง ๓.ผู้ให้บริการสืบค้นข้อมูลสุขภาพช่องปากในโปรแกรม HosXP จากปัญหาดังกล่าวจึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลและทดลองในเดือนพฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๗ คือ ๑.ปรับปรุงแบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปาก ๒.ทบทวนการบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากในโปรแกรม HosXP ผ่านการอบรมที่จัดโดยกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ๓.มีผู้ตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล ก่อนนำข้อมูลมาทบทวนเพื่อพัฒนาปรับปรุงอีกครั้ง

ระยะที่สอง จากปัญหาในช่วงทดลองระยะแรกพบปัญหาและอุปสรรค คือ ๑.ผู้ให้บริการจำไม่ได้หรือไม่แน่ใจว่าได้มีการบันทึกข้อมูลตรวจสุขภาพช่องปากแล้วหรือไม่ ๒.ทันตแพทย์ผู้เป็นเวรประจำวันในการตรวจผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมทั่วไปมักลืมบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากในโปรแกรม HosXP โดยเฉพาะในกรณีที่มีผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมทั่วไปจำนวนมาก จึงทำการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม คือ ๑.การทำแจ้งเตือนในโปรแกรม HosXP ๒.เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบทำประวัติต้องทำการตรวจสอบจากการแจ้งเตือนและแนบแบบบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากแก่ผู้ให้บริการทุกครั้งในรายที่ยังไม่มีประวัติของการบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากเสมอ ๓.ผู้ตรวจสอบต้องทำการตรวจสอบว่าได้ทำการแจ้งเตือนในโปรแกรม HosXP ร่วมด้วย ดำเนินการตามแนวทางของการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP ที่ได้ปรับปรุงใหม่อีกครั้งตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ.๒๕๖๗ ก่อนทำการประเมินผลอีกครั้ง

ระยะที่สาม เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ รวบรวมข้อมูล ประมวลผลโดยเปรียบเทียบร้อยละของจำนวนผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมแต่ละกลุ่มเป้าหมายจากโปรแกรม HosXP กับรายงาน HDC โดยผลการวิจัย พบว่า ค่าร้อยละของผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมจากรายงาน HDC ใน ๔ กลุ่มเป้าหมายมีค่าเพิ่มสูงขึ้นแตกต่างจากช่วงระยะเวลาก่อนพัฒนาระบบ คือ กลุ่มก่อนวัยเรียน ๓-๕ ปี, กลุ่มวัยเรียน ๖-๑๒ ปี, กลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า ๖๐ ปี และกลุ่มวัยทำงานอายุ ๑๕-๕๙ ปี แต่ในกลุ่มก่อนวัยเรียน ๐-๒ ปีและกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีค่าร้อยละที่ลดลงอาจเนื่องจากข้อจำกัดของการรายงานข้อมูลใน HDC รวมถึงการบันทึกรหัสเหตุการณ์ที่อาจยังคงไม่ถูกต้องและครบถ้วน ในขณะที่เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบรายงานการบันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรองรอยโรคเริ่มแรกของมะเร็งช่องปากในผู้เข้ารับบริการที่ ๔๐-๕๙ ปี และกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป พบว่า ค่าร้อยละของผู้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองรอยโรคเริ่มแรกของมะเร็งช่องปากทั้ง ๒ กลุ่มในปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๗ มีค่าร้อยละที่สูงขึ้นแตกต่างจากปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๖ ที่ยังไม่ได้มีการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูล นั้นแสดงว่าการดำเนินการตามแนว

ทางการพัฒนาระบบในโปรแกรม HosXP น่าจะมีความถูกต้องและครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลที่ค่อนข้างสูงขึ้น จากเดิมดังปรากฏในรายงาน HDC ที่เพิ่มสูงขึ้น

จากการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลการเข้ารับบริการทางทันตกรรม พบว่า ความร่วมมือของบุคลากรทุกคนในการดำเนินงานและร่วมกันตรวจสอบซ้ำในหลายขั้นตอน ล้วนช่วยลดความเสี่ยงในการลืมบันทึกข้อมูลหรือการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนได้ทั้งหมด ตั้งแต่เจ้าหน้าที่ผู้ทำประวัติผู้เข้ารับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้ตรวจสอบความถูกต้อง รวมถึงการที่มีการนำข้อมูลมาประมวลผล ปรับปรุงแก้ไขปัญหาร่วมกัน จะช่วยลดความผิดพลาดของการลืมบันทึกข้อมูล ทำให้การบันทึกข้อมูลมีความถูกต้อง แม่นยำเสมอ เพื่อประโยชน์ในการนำข้อมูลจากรายงาน HDC ที่มีข้อมูลถูกต้องและครบถ้วนนั้นมาศึกษาแล้วพัฒนาแก้ไขปัญหาสภาพช่องปากได้อย่างเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มอายุเป้าหมายได้

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรติดตามผลลัพธ์การดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นเตือนให้มีการบันทึกรหัสเหตุการณ์และข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องและครบถ้วนในโปรแกรม HosXP เสมอ
๒. มีการทบทวนถึงรหัสเหตุการณ์ เหตุการณ์แบ่งกลุ่มเป้าหมายตามอายุ รวมถึงวิธีการบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากในโปรแกรม HosXP เสมอ เพื่อให้รายงานจำนวนผู้เข้ารับบริการในโปรแกรม HosXP มีความถูกต้องและครบถ้วนตรงกับรายงาน HDC เป็นประจำทุกปี
๓. ควรมีการพิจารณาถึงการแก้ไขปัญหาค่าซ้ำของระบบปฏิบัติการคอมพิวเตอร์และโปรแกรม HosXP ให้มีความทันสมัย เพื่อรองรับการใช้งานในการบันทึกข้อมูลที่ต้องมีความสะดวก รวดเร็วและเป็นปัจจุบันเสมอ

บทเรียนที่ได้รับ

๑. ในทุกกระบวนการดำเนินงานสามารถเกิดปัญหาขึ้นได้เสมอ บุคลากรทุกคนจึงควรมีกระบวนการเรียนรู้และร่วมกันพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ไขจัดการปัญหาเชิงระบบดังกล่าว
๒. ต้องมีการพัฒนาเทคโนโลยีทั้งระบบปฏิบัติการคอมพิวเตอร์และโปรแกรมให้ทันสมัยเสมอ เพื่อรองรับการใช้งานโดยเฉพาะในการบันทึกข้อมูลที่ต้องมีความสะดวก รวดเร็ว และเป็นปัจจุบัน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. บุคลากรกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลท่าวังผาทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP

เอกสารอ้างอิง

๑. Jennifer E. Gallagher and Lynn Hutchinson, Analysis of human resources for oral health globally: inequitable distribution, International Dental Journal ๒๐๑๘; ๖๘: ๑๘๓-๑๘๙.
๒. Jain, N., Dutt, U., Radenkov, I. and Jain, S. (๒๐๒๔), WHO's global oral health status report ๒๐๒๒: Actions, discussion and implementation. Oral Dis, ๓๐: ๗๓-๗๙.
๓. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ ประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๐.
๔. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗.

๕. คณะทำงานพัฒนาโปรแกรมคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข, ความเป็นมาของระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) พ.ศ.๒๕๕๙
๖. สราวุธ ควรรณตร., การบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.
JOURNAL OF HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES ๒๐๒๑; ๙: ๖๑-๗๓.

CQI

เยี่ยมบ้าน เยี่ยมใจ เพื่อผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง CAPD งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดน่าน

สุกฤตา สุวรรณเลิศ , อรทัย ไชยช่อฟ้า
งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าม่วง

คำสำคัญ : การเยี่ยมบ้าน , การล้างไตทางช่องท้อง

สรุปผลงานโดยย่อ :

อำเภอท่าม่วง จังหวัดน่าน มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง ตั้งแต่ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๖ จำนวน ๒๒, ๓๓, ๔๔, ๔๗, ๓๖ ราย ตามลำดับ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อในช่องท้อง ในปี ๒๕๖๗ คลินิกโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลท่าม่วงได้จัดทำแผนงานโครงการ เยี่ยมบ้าน เยี่ยมใจ เพื่อผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) โดยมีแผนการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้งต่อคน พบว่ามีผู้ป่วยทั้งหมด ๓๖ คน ได้รับการวางแผนการดูแลครบ ๒ ครั้ง ๓๖ คน (ร้อยละ ๑๐๐) และไม่พบว่ามีผู้ป่วย CAPD มีการติดเชื้อในช่องท้อง

เป้าหมาย :

เพื่อให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

การล้างไตทางช่องท้องเป็นการรักษาทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายวิธีหนึ่งที่มีความสะดวก ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถทำได้เองที่บ้าน ปัญหาหลักของการล้างไตทางช่องท้องและถือว่ามี ความสำคัญมาก คือ การติดเชื้อในช่องท้องจากการปนเปื้อนในระหว่างกระบวนการปล่อยน้ำยาเข้า-ออก การ สูญเสียโปรตีนจำนวนมากขณะปล่อยน้ำยาออก รวมถึงปัญหาด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ เช่น การเปลี่ยนแปลง บทบาทในสังคม การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ การพึ่งพาผู้อื่น และความไม่แน่นอนในชีวิต ดังนั้นการติดตามเยี่ยม บ้านเพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือ จึงเป็นบทบาทที่สำคัญสำหรับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยและทีม เครือข่ายที่ต้องมีส่วนร่วมดูแล เมื่อผู้ป่วยกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อจะทำให้เกิดผลดีต่อการรักษาโอกาสที่ ผู้ป่วยจะต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และเป็นการแสดงให้เห็นถึงหลักประกันคุณภาพการรักษที่เกิดขึ้น

ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในเขตอำเภอท่าม่วง เมื่อได้รับการสอนล้างไตจากโรงพยาบาลน่านซึ่งเป็น โรงพยาบาลแม่ข่ายแล้ว การเยี่ยมบ้านหลังล้างไตยังไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง เนื่องจากมีจำนวน ผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยล้างไตในเขตอำเภอท่าม่วง ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่ต่อเนื่อง ดังนั้น โรงพยาบาลท่าม่วงจึงได้จัดบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในเขตอำเภอท่าม่วงให้ได้รับการ ดูแลต่อเนื่องที่บ้านปีละ ๒ ครั้ง (๖ เดือน/ครั้ง) ด้วยโครงการเยี่ยมบ้าน เยี่ยมใจ เพื่อให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลจะออกไปเยี่ยมสำรวจสภาพบ้าน ความเป็นอยู่ และกิจกรรมของผู้ป่วย ขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งถือว่าเป็นกิจกรรมคุณภาพที่สำคัญเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำการล้างไตทางช่องท้องโดยไม่มี ภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมการพัฒนา :

๑. ทบทวนปัญหา ตัวชี้วัด ติดตามรายชื่อผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในเขตอำเภอท่าม่วง จัดวางเส้นทางการเยี่ยม บ้าน ในทีมงานเยี่ยมบ้านและร่วมวางแผนการดำเนินงาน โดยมีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านประกอบด้วย

- การประเมินสภาพแวดล้อมของบ้าน
- การประเมินสภาพผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน
- ดูขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยา/ทำแผลช่องทางออกของสาย โดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแล
- ประเมินสถานที่เก็บน้ำยา และจำนวนน้ำยาที่เหลือ
- ตรวจสอบการกำจัดน้ำยาล้างไตที่ออกมา และถุงน้ำยาที่ใช้แล้ว
- ประเมินการบริหารยารับประทาน/ยาฉีด ที่ได้รับจากโรงพยาบาล
- สัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย

๒. พัฒนาศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพ ชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแล

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี63	ปี64	ปี65	ปี66	ปี67
ร้อยละของผู้ป่วย CAPD ได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง	100%	NA	NA	NA	NA	100
อัตราการติดเชื้อ Peritonitis, Exit-site infection ในผู้ป่วย CAPD ลดลง	ไม่พบ	ไม่พบการติดเชื้อ	ไม่พบการติดเชื้อ	ไม่พบการติดเชื้อ	ไม่พบการติดเชื้อ	ไม่พบการติดเชื้อ

บทเรียนที่ได้รับ : การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญในระบบการดูแลผู้ป่วยที่รักษาทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง แต่เนื่องจากยังไม่มีข้อกำหนดหรือแนวทางปฏิบัติที่เป็นสากล ในแต่ละหน่วยบริการจึงมีความหลากหลายในการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน ขึ้นอยู่กับโครงสร้างการดูแลผู้ป่วย นโยบาย และข้อจำกัดด้านทรัพยากรหรือบุคลากรของหน่วยงาน แม้จะมีความหลากหลายในการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน แต่หัวใจสำคัญของการเยี่ยมบ้านยังมีความเหมือนกัน คือ การได้ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม มีการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยร่วมกับการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและสามารถดูแลรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองที่บ้านได้

การติดต่อกับทีมงาน : นางสาวกฤตา สุวรรณเลิศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลท่าวัง ฝ.ต.ท่าวังฝ.อ.ท่าวังฝ.จ. น่าน เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๑-๑๖๗-๗๕๔๒ , ๐๕๔-๐๕๙๖๖๖-๗๐ ต่อ ๑๑๐

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าม่วง อำเภوتاม่วง จังหวัดน่าน

กิตติยา ชื่นแปง,ภกัสนสร รัชตโสทธิ,อารวีรัตน์ ธรรมพันธ์,
พัชรี โชติภพงค์,นภาพร มหายศนันท์ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าม่วง

คำสำคัญ : โรคความดันโลหิตสูง , ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สรุปผลงานโดยย่อ :

คลินิกโรคความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดน่านได้จัดบริการทุกวัน อังคาร และพฤหัสบดี โดยให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดน่าน โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้มีการวางแผนการดูแลร่วมกับเครือข่ายบริการสาธารณสุขสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดน่านเขตพื้นที่อำเภوتاม่วง จังหวัดน่าน ปี ๒๕๖๗ ได้กำหนดแนวทางการดูแล ตั้งแต่เข้ารับบริการ จนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและเครือข่ายบริการสาธารณสุขฯ โดยเน้นการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและการจัดการตนเองให้เหมาะสมพบว่า อัตราการผิมนัดการเข้ารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มลดลง และผู้ป่วยที่เข้ารับบริการสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้เพิ่มขึ้น

เป้าหมาย :

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและสามารถควบคุมความดันได้ตามเกณฑ์

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

โรคความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกตายก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็น จึงมักจะถูกเรียกว่าเป็นฆาตกรเงียบ (Silent killer) ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นโรคนี้นี้โดยที่ไม่รู้ตัวมาก่อนว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า และความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น ๔ เท่า หากไม่รักษาหรือควบคุมความดันโลหิตให้คงที่ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นสาเหตุของทุพพลภาพและการเสียชีวิตที่สำคัญ แม้โรคความดันโลหิตสูงจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่สามารถควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้ช้าลงได้ หากควบคุมความดันให้ปกติ การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ช่วยลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ ๒๕ และลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ ๓๖.๘ จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ใช่ยาลดความดันโลหิต แต่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และลดอัตราเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจล้มเหลวได้ มากกว่ากลุ่มที่ใช้ยาแต่ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หากไม่มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม และมุ่งที่การป้องกันในระยะเริ่มต้น ไม่มีการสนับสนุนความเข้มแข็งในการป้องกันโรคแล้วย่อมสามารถทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอัตราตายและความพิการสูงมาก

อำเภوتاม่วง จังหวัดน่าน มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ จำนวน ๗๕๘๗ ,๗๗๐๙ , ๘๓๙๓คน ตามลำดับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และสามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ๕๗.๔๖ , ๕๕.๔๕ ,๖๓.๓๐ตามลำดับ และพบว่ามีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้น

คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน จึงได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและสามารถควบคุมโรคได้

กิจกรรมการพัฒนา :

๑. จัดตั้งคณะกรรมการและกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะทำงาน
๒. กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย เช่นการคัดกรองภาวะเสี่ยง การใช้ยา การติดตามผลการวัดความดันโลหิตที่บ้าน การรับบริการตามนัด การติดตามกรณีผิดนัด การส่งรักษาต่อ รพ.สต.ใกล้บ้าน
๓. การให้ความรู้เรื่องโรค อาหาร ออกกำลังกาย สัญญาณเตือนอันตรายโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และการเรียกใช้บริการ ๑๖๖๙
๔. ทบทวนรายงานความเสี่ยง ติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗
๑. ร้อยละการผิดนัด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ลดลงปีละ๓%	๔๘.๘๗	๓๐.๒๗	๒๗.๙	๒๕.๘๘
๒. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์	≥ ๖๐%	๕๔.๗๓	๕๕.๔๕	๖๓.๓๑	๖๕.๓๘

บทเรียนที่ได้รับ :

การที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การมารับบริการตามนัด และแนวทางการดูแลรักษาส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

การติดต่อกับทีมงาน : กิตติยา ชันแปง งานผู้ป่วยนอก รพ.ท่าวังผา จ.น่าน เบอร์โทร ๐๘๔-๓๖๓๑๕๒๙
Mail-kkhanpaeng@gmail.com

พัฒนาศักยภาพการจัดการตนเองในผู้ป่วย COPD โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

ภัสสร รัชตโสตร์ , กิตติยา ชันแปง , อารีรัตน์ ธรรมพันธุ์ ,
พัชรี โชติคพงษ์ , นภาพร มหายศนันท์ และเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยนอก

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง , Acute Exacerbation COPD

สรุปผลงานโดยย่อ :

คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่านได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยรูปแบบ Disease Manager มี Case Manager เป็นผู้ประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยเน้นการดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติ และตามมาตรฐานการพยาบาลเฉพาะโรค แบบมีส่วนร่วมระหว่างทีมดูแล ผู้ป่วย และญาติและให้ความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการจัดการอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ในผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและการดูแลต่อเนื่องโดยทีมเยี่ยมบ้านผลของการพัฒนาระบบการดูแลพบว่าอัตราการเกิด อัตรการเกิด Acute Exacerbation COPD ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗ ได้ ๑๔๙.๗๕ , ๑๕๔.๗๗ , ๑๕๓.๓๖ , ๑๒๒.๖๒ ต่อแสน ปชก. ตามลำดับ (เป้าหมายไม่เกิน ๑๓๐) มีแนวโน้มลดลง

เป้าหมาย : เพื่อลดอัตราการเกิด Acute Exacerbation COPD

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease หรือ COPD) เป็นกลุ่มโรคปอดอักเสบเรื้อรังที่พบบ่อย เกี่ยวข้องกับการอุดกั้นทางเดิน หายใจส่วนล่างอย่างถาวรเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในระดับต้นๆของประชากรโลก ประเทศไทยเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ ๕ โดยมีพยาธิสภาพ ส่วนใหญ่เป็นไปในทางเสื่อมลง ไม่กลับคืนสู่ภาวะปกติ สาเหตุหลักที่สำคัญ คือควันบุหรี่ ภาคเหนือมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คิดเป็นอัตราส่วน ๕๓๕.๑๕ รายต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน นับเป็นอัตราที่สูงกว่าทุกภูมิภาคเนื่องจากภาคเหนือเป็นแหล่งปลูกยาสูบ ประชาชนนิยมสูบบุหรี่มาก และเป็นพื้นที่เผาทำลายป่า เกิดปัญหา PM๒.๕ และควันไฟจากการใช้ฟืนประกอบการทำอาหาร ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อหลอดลมและถุงลมนำไปสู่การอักเสบเรื้อรัง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยจึงลดลง

โรงพยาบาลท่าวังผา มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนรักษา ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ ดังนี้ ๒๓๖ , ๒๓๗ , ๒๗๗ รายตามลำดับ และพบว่า อัตราการเกิด Acute Exacerbation COPD ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ ดังนี้ ๑๔๙.๗๕ , ๑๕๔.๗๗ , ๑๕๓.๓๖ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (เป้าหมายไม่เกิน ๑๓๐) ดังนั้นทีมดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงมีแนวคิดในการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยเพื่อพัฒนาศักยภาพการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้สามารถดูแลตนเอง จัดการปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ และสามารถดูแลตนเองได้กรณีมีอาการกำเริบที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมการพัฒนา :

๑. จัดตั้งคณะทำงานตามรูปแบบ Disease Manager, Case Manager และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกำหนดและชี้แจงบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนให้ทราบชัดเจน

๒. กำหนด ขั้นตอนการให้บริการ กำหนดกิจกรรมการดูแลและผู้ป่วยรับผิดชอบในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่แรกเข้ารับบริการจนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

๓. กำหนดแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง /การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตัวเอง ตาม COPD GUIDELINE ๒๐๒๒

๔. จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ Clinical Nursing Practice Guidelines (CNPG) Clinical Practice Guidelines (CPG), Standing order มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค

๕. มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค, คู่มือประจำตัวผู้ป่วย คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย

๖. ติดตามเยี่ยมในรายที่มีปัญหา COPD Exacerbation บ่อยๆ

๗. จัดหา Home oxygen ในรายที่จำเป็น

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี	ปี๒๕๖๕	ปี	ปี
		๒๕๖๔	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
อัตราการเกิด Acute Exacerbation COPD	ไม่เกิน ๑๓๐/ แสนประชากร	๑๔๙.๗๕	๑๕๔.๗๗	๑๕๓.๓๖	๑๒๒.๖๒

บทเรียนที่ได้รับ :

การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นอกจากการดูแลการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานทางเวชปฏิบัติแล้ว ยังต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติในการจัดการตนเองและแก้ไขปัญหาเมื่อมีอาการกำเริบที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้ลดอัตราการเกิด Acute Exacerbation COPD ลงได้

การติดต่อกับทีมงาน : ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ ชื่อองค์กร ที่อยู่ โทรศัพท์/email พว.ภักดิ์สร รัชตโสทธิ
งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าม่วง จ.น่าน Tel ๐๙๗-๙๒๓๐๓๙๒ ,papatsorn_t@hotmail.com

ผลการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ปี๒๕๖๗

อรรถัย ไชยช่อฟ้า, พัชรี โชติภพวงศ์,
กาญจนา ณะชวี้ง, พรฤทัย สีนทุมวงศ์

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ , คลินิกผู้สูงอายุ

สรุปผลงานโดยย่อ :

คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ได้ผ่านการประเมินมาตรฐานการให้บริการ และเริ่มให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๖ ให้บริการทุกวันพฤหัสบดี เวลา ๐๘.๐๐น.-๑๖.๐๐น. ให้บริการผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องภาวะสมองเสื่อม และเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยรูปแบบการจัดการบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นหัวหน้าทีม มีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุประจำคลินิก และมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมให้บริการได้แก่ พยาบาลจิตเวช นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีกระบวนการทำงานตั้งแต่การคัดกรองผู้สูงอายุเพื่อเข้าคลินิกผู้สูงอายุ การประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อการวางแผนการดูแล การส่งต่อผู้สูงอายุเพื่อการวินิจฉัย และการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ และการส่งต่อทีมชุมชนเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง

ผลการดูแล ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗ มีผู้รับบริการทั้งหมด จำนวน ๑๙๖ , ๒๑๒ รายตามลำดับพบว่า การเข้าถึงบริการคลินิกผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น

เป้าหมาย :

เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพเข้าถึงบริการคลินิกผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ข้อมูลปี ๒๕๖๖ มีประชากรทั้งหมด ๕๐,๒๗๔ คน เป็นผู้สูงอายุ ๑๒,๒๘๘ คน (คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๔๖) เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจากการคัดกรองภาวะสุขภาพจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า เป็นผู้สูงอายุที่ติดสังคมร้อยละ ๙๘.๓๗ ติดบ้านร้อยละ ๑.๐๘ และติดเตียงร้อยละ ๐.๕๕ และผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ๑๐ เรื่องพบว่าเป็นผู้ป่วยโรค NCDs ร้อยละ ๑๐.๒๒ เป็นกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs ร้อยละ ๒๖.๓๗ มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๓.๒๕ มีภาวะพลัดตกหกล้ม ร้อยละ ๒.๙๒

และมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ ๐.๓๘

การจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุ เป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบบริการที่สามารถรองรับการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจากนโยบายให้มีการจัดตั้งและจัดบริการในสถานบริการทุกระดับ ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการบริการได้สะดวกและรวดเร็ว ทั้งนี้การจัดการบริการคลินิกสามารถลดการรอคอยในการรับบริการได้ด้วย โดยการดำเนินการตามนโยบาย กรมการแพทย์ โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

กิจกรรมการพัฒนา :

๑. แต่งตั้งคณะทำงานโดยมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีม
๒. กำหนดแนวทางการส่งต่อตั้งแต่การคัดกรองในชุมชน การส่งต่อไปรพ.น่าน และการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
๓. กำหนดแนวทางการประเมินผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
๔. กำหนดแผนการดูรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน และปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้

๕. ทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกับทีม และคืนข้อมูลให้สถานพยาบาลรับทราบเพื่อวางแผนการดูแลต่อไป

๖. สรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์และวางแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนางาน

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

ข้อมูล	ปี๒๕๖๖	ปี๒๕๖๗
ผู้รับบริการทั้งหมด (คน/ครั้ง)	๑๙๖/๒๓๗	๒๑๒/๒๘๕
ส่งต่อไปรพ.น่าน (คน)	๑	๓
ภาวะสมองเสื่อม (คน)	๔๖	๘๑
ภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (คน)	๔๗	๑๒๒

บทเรียนที่ได้รับ :

การสร้างความร่วมมือกับทีมคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพสามารถเข้าถึงบริการที่ถูกต้องตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ

การติดต่อกับทีมงาน :

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ ชื่อองค์กร ที่อยู่ โทรศัพท์/email นางอรทัย ไชยช่อฟ้า พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าวังผา ๘๔ หมู่ ๑ ต.ท่าวังผา อ.ท่าวังผา จ.น่าน เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๖๖๙๗๙๘๘๓

การคัดกรองวัณโรคเชิงรุกโดยใช้เอกซเรย์เคลื่อนที่ อำเภอท่าวังผา โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

อารีรัตน์ ธรรมพันธุ์, วศิน จำหน่าย,
ธนาวุฒิ ยศหล้า และพนักงานขับรถ

คำสำคัญ : การคัดกรอง , ผู้ป่วยวัณโรค

สรุปผลงานโดยย่อ :

โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่านได้ดำเนินการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มเป้าหมาย ๑. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ๒. ผู้ป่วยเบาหวาน ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไต มะเร็ง ๓. ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ๔. ผู้ที่มีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ ๕. ผู้สูงอายุ ≥ 60 ปีที่มีโรคร่วม หรือไม่มีโรคแต่มีอาการสงสัยวัณโรค ๖. บุคลากรทางการแพทย์. ในรอบ ๖ เดือนแรกสามารถทำได้ ร้อยละ ๓๓.๒๒ ทีมดูแลผู้ป่วยจึงได้ประชุมปรับแผนการค้นหาโดยใช้การค้นหาแบบเชิงรุกโดยใช้เอกซเรย์เคลื่อนที่ ซึ่งต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงาน ครอบครัว และกลุ่มเสี่ยงหลังจากดำเนินงานสามารถค้นหาได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ ๕๙.๖๗ รวมปี ๒๕๖๗ สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคได้ร้อยละ ๙๒.๔๙

เป้าหมาย :

เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงวัณโรคได้รับการคัดกรอง ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยมาเป็นเวลานาน ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียหายทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างมาก อุบัติการณ์ของวัณโรคเคยลดลงอย่างช้าๆ ในอดีตแต่ในระยะหลังนี้กลับเพิ่มขึ้นเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์และการดื้อยา แม้ว่าประเทศไทยจําแนกกลยุทธ์ DOTS มาใช้ในการดำเนินงานควบคุมวัณโรค แต่อัตราผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเขี่ยังอยู่ และประกอบกับสถานการณ์ระบาดของโรคเอดส์ ทำให้ปัญหาวัณโรคทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น ในแต่ละปีมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ รายใหม่ ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกที่สามารถแพร่เชื้อได้ และมีแนวโน้มของการดื้อยารักษาวัณโรคเพิ่มสูงขึ้น การดำเนินการเร่งรัดการค้นหาผู้ที่มีอาการเข้าข่ายเป็นผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรครายใหม่ อาทิ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค และแรงงานต่างด้าว พบว่าอัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ได้เพียง ๑๐๔ : แสนประชากรยังน้อยกว่าเกณฑ์ของประเทศ (๑๗๑ : แสนประชากร) ทำให้ผู้ป่วยรายใหม่ยังไม่ถูกค้นพบและเชื้อโรคแพร่กระจายไปในชุมชนได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้น จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อที่จะลดปัญหาของการเกิดโรควัณโรคและภัยสุขภาพได้

ดังนั้นการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง จึงมีความสำคัญและจำเป็นในการลดการแพร่กระจายเชื้อโรคเนื่องจากหากสามารถนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาได้เร็ว และได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่ จะทำให้เกิดผลสำเร็จในการรักษา และลดปัญหาการดื้อยาวัณโรค จึงได้จัดทำโครงการค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง โดยการให้ความรู้ ค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกด้วยการตรวจหาเชื้อวัณโรคและเอกซเรย์ทรวงอก เพื่อทำให้ผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคได้เข้ารับ การตรวจวินิจฉัยและรักษาในระยะเริ่มแรก ซึ่งเป็นการตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อและลดอัตราการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยวัณโรค

กิจกรรมการพัฒนา :

๑. ประชุมทีมดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ของโรงพยาบาล รพ.สต.เครือข่ายบริการสาธารณสุขของค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน อำเภอท่าวังผาทุกแห่ง เพื่อคืนข้อมูลการระบาดของโรคและเป้าหมายของการคัดกรองปัญหาอุปสรรคของการคัดกรอง
๒. ประสานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่านถึงความจำเป็นในการขอยืมเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่
๓. จัดทำแผนปฏิบัติการออกไปให้บริการที่รพ.สต.ทุกแห่ง และที่บ้านกรณีไม่สามารถนำกลุ่มเสี่ยงมาเข้ารับบริการ รพ.สต. ได้
๔. ปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนด
๕. สรุปผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคข้อเสนอแนะ

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง:

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (ในช่วง ๖ เดือนแรก)	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (ในช่วง ๖ เดือนหลัง) *ออกเอกซเรย์เคลื่อนที่
อัตราร้อยละการคัดกรอง TB	๓๓.๒๒%	๕๙.๒๗%

รวมอัตราร้อยละการคัดกรอง TB ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ = ๙๒.๔๙%

บทเรียนที่ได้รับ :

การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรค หากมีการวางแผนการดำเนินงานที่ดีจะได้ผลลัพธ์ที่ดีเช่นกัน กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเปราะบางในชุมชนไม่ได้ให้ความสนใจในการเข้ารับการคัดกรอง ค้นหาโรค ดังนั้นการออกคัดกรองเชิงรุกเป็นวิธีการหนึ่งที่ได้ผลเพิ่มขึ้นทำให้การเข้าถึงการคัดกรองครบถ้วนและการเข้าถึงการรักษาได้รวดเร็วขึ้น

การติดต่อกับทีมงาน :

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ ชื่อองค์กร ที่อยู่ โทรศัพท์/email นางอารีรัตน์ ธรรมพันธุ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าวังผา จ.น่าน เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๙๙๖๓๒๐๑๓

ผลการจัดบริการตรวจสุขภาพประจำปี
โรงพยาบาลท่าวังผา อำเภوتاวังผา จังหวัดน่าน

กชพร หานิพัฒน์ และ ณัฏชา จันทะยอด

คำสำคัญ : ตรวจสุขภาพประจำปี

สรุปผลงานโดยย่อ :

คลินิกตรวจสุขภาพประจำปี ของโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่านให้บริการทุกวันเวลา ๐๘.๐๐น.- ๑๖.๐๐ น. โดยมี งานผู้ป่วยนอก เป็นผู้รับผิดชอบหลัก และมีคณะทำงานสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้ร่วมดำเนินงานได้แก่ แพทย์ ห้องชันสูตร ห้องรังสีเทคนิค งานเภสัชกรรม งานแพทย์แผนไทย งานกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่การเงิน เพื่อให้ผู้เข้ารับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย รวดเร็ว ผู้รับผิดชอบจึงได้พัฒนาการจัดบริการ ส่งผลให้ปี ๒๕๖๗ มีผู้รับบริการเพิ่มขึ้น จำนวน ๗๙๖ รายและผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการเข้ารับบริการ

เป้าหมาย :

เพื่อให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีแก่บุคลากรของโรงพยาบาล หน่วยงาน องค์กร ทั้งภาครัฐและเอกชน ประชาชนทั่วไปที่ต้องการ

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

การตรวจสุขภาพประจำปี คือ การตรวจอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย รวมถึงการทำงานของระบบต่างๆ เพื่อหาความเสี่ยง และความผิดปกติที่อาจนำไปสู่โรคร้ายในอนาคตได้ ดังนั้นการรู้จักร่างกายของตัวเองจากการตรวจสุขภาพประจำปีถือเป็นการวางแผนสุขภาพในอนาคตด้วย หากพบเจอความเสี่ยงแน่นอนว่าเราสามารถรับคำแนะนำจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการป้องกันและพัฒนาความแข็งแรงของร่างกายต่อไปได้

โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน มีนโยบายให้มีการจัดบริการตรวจสุขภาพประจำปีให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล หน่วยงาน องค์กร ทั้งภาครัฐและเอกชนรวมถึงประชาชนทั่วไปที่ต้องการตรวจโดยยินดีชำระเงินเอง โดยมอบหมายให้งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบในการประสานการดำเนินงานทั้งภายในโรงพยาบาลและภายนอกโรงพยาบาลผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ จำนวนผู้มาตรวจสุขภาพ ๖๖๒ , ๕๖๙ , ๖๕๖ ราย ตามลำดับ

กิจกรรมการพัฒนา :

๑. แต่งตั้งคณะทำงาน และมอบหมายหน้าที่ให้คณะทำงานทุกคนทราบบทบาทหน้าที่ของตนเอง
๒. จัดทำแผน การประชาสัมพันธ์ ติดต่อประสานงาน หน่วยงาน องค์กร ทั้งภาครัฐและเอกชนรวมถึงประชาชนที่อยู่ในพื้นที่อำเภوتاวังผา จังหวัดน่าน
๓. ออกปฏิบัติงานให้บริการคัดกรองภาวะสุขภาพ และเตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนพบแพทย์
๔. นัดหมายผู้รับบริการติดตามฟังผลการตรวจสุขภาพรายบุคคล
๕. การเบิกจ่ายเพื่อชำระค่าใช้จ่าย
๖. สรุปผลการตรวจสุขภาพไปยังหน่วยงานที่เข้ารับบริการ

๗. สรุปผลการดำเนินงานให้ทีมนำโรงพยาบาลรับทราบ

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

สิทธิการรักษา	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี๒๕๖๖	ปี๒๕๖๗
ชำระเงินเอง	๑๙	๓๘	๓๕	๔๓
ตรวจสอบสุขภาพ (ชำระเงินเอง)	๑๑๗	๑๐๕	๑๑๓	๑๑๐
ตรวจสอบสุขภาพ (ประกันสังคม)	๒๒	๔๓	๑๒๒	๑๘๐
ตรวจสอบสุขภาพ อปท.	๔๘	๒๒	๗๕	๑๑๔
ตรวจสอบสุขภาพตั้งเบิกหน่วยงานภาครัฐ/องค์กรเอกชน	๔๕๒	๓๕๓	๒๙๙	๓๔๑
ตรวจสอบสุขภาพเบิกต้นสังกัด (สำรองจ่าย)	๔	๘	๑๒	๘
ผลรวมทั้งหมด (ราย)	๖๖๒	๕๖๙	๖๕๖	๗๙๖
รวมเงินที่ได้รับทั้งหมด (บาท)	๗๐๔,๘๓๑	๕๙๔,๓๖๐	๖๒๗,๙๙๘	๘๘๖,๒๓๐

บทเรียนที่ได้รับ :

การกำหนดจุดบริการและผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานทำให้ผลลัพธ์ที่ได้มีความคุ้มค่า คุ้มทุนของโรงพยาบาล และผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม มีความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการมากขึ้น

การติดต่อกับทีมงาน :

นาง กชพร หานิพัฒน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าวังผา จ.น่าน
เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๑๐๒๔๗๘๘๔

การพัฒนาการคัดกรองผู้ป่วยแยกโรค(วัณโรค/เชื้อดื้อยา) บริเวณด้านหน้า
(จุดทำ Neo Q/Kiosk) แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา

ศุภลักษณ์ ธนามี , นภาพร มหายศนันท์ และคณะ
งานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา

การพัฒนา การคัดกรอง ผู้ป่วยแยกโรค แผนกผู้ป่วยนอก

สรุปผลงานโดยย่อ :

พบอุบัติการณ์ผู้มารับบริการด้วยอาการสงสัยวัณโรค/ผู้ป่วยวัณโรค/ผู้ป่วยเชื้อดื้อยาอยู่กับผู้ป่วยอื่น

เป้าหมาย :

เพื่อพัฒนาการคัดกรองผู้ป่วยแยกโรค บริเวณด้านหน้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

เนื่องจากปี ๒๕๖๖ อุตบัติการณ์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อ ในแผนกผู้ป่วยนอกดังนี้ ๑.พบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงวัณโรค/วัณโรค แต่มาด้วยอาการอื่น นั่งปนกับผู้ป่วยอื่น เป็นระยะ ๒.พบผู้ป่วย Contact เชื้อดื้อยา/เชื้อดื้อยา CRE MDR ESBL นั่งปนกับผู้ป่วยอื่นเป็นระยะ

กิจกรรมการพัฒนา :

๑. ศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหา

๒. ประชุมร่วมกันในคณะกรรมการป้องกันควบคุมการติดเชื้อบุคลากรงานผู้ป่วยนอก และผู้ที่เกี่ยวข้อง
การทบทวนอุบัติการณ์

๓. ระยะดำเนินการ

๓.๑ การประสานร่วมกับงาน IT ในการหารูปแบบที่เหมาะสม ในการ Pop up เพื่อให้เกิดความสะดวกในการปฏิบัติที่หน้างาน(จุดทำ Neo Q/Kiosk)

๓.๒ การ Pop up ผู้ป่วยวัณโรค “AP” หมายถึง Airborne precaution /ผู้ป่วยเชื้อดื้อยา “CP” หมายถึง Contact precaution

๓.๓ การชี้แจงแนวทางปฏิบัติให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อการปฏิบัติเป็นในแนวทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร

๔. การติดตามประเมินผล

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

ผู้ป่วยแยกโรคได้รับการคัดแยก และแยกผู้ป่วยให้อยู่ในโซนที่เหมาะสม ตั้งแต่ด้านหน้าทุกราย(จุดทำ Neo Q/Kiosk) บุคลากรงานผู้ป่วยนอก มีความพึงพอใจร้อยละ ๙๕.๐๘

บทเรียนที่ได้รับ :

การปฏิบัติหน้างานหากพบปัญหาในการปฏิบัติ และช่วยกันหาทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ก็จะทำให้ผลงาน/ผลลัพธ์ มีคุณภาพดีขึ้น ทำให้การปฏิบัติเกิดความสะดวก ผู้ให้และผู้รับผลงานเกิดความพึงพอใจ เกิดความสุขในการทำงานมากขึ้น

การติดต่อกับทีมงาน :

นางศุภลักษณ์ ธนามี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงาน แผนกงานผู้ป่วยนอก ที่อยู่
โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก (๐๕๔) ๐๕๙๖๖๗ ต่อ ๑๔๙ Email:
Su.palak@hotmail.com

เอกสารอ้างอิง

- สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(๒๕๖๓).แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
ในโรงพยาบาล.นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดีไซน์.หน้า ๔๔-๔๘.
- อะเคื่อ อุณหเลขกะ.(๒๕๖๐). แนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล.เชียงใหม่: บริษัท มิ่งเมือง
นวัตน์ จำกัด (โรงพิมพ์มิ่งเมือง).
- กองวินโรค กรมควบคุมโรค. (๒๕๖๔). *แนวทางการควบคุมวินโรคประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๔*. กรุงเทพมหานคร:
สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดีไซน์.
- กองวินโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๔). *คู่มือผู้ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแล
รักษาวินโรค*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดีไซน์.
- ชมพูนุช สุภาพวานิช, และ คณะ. (๒๕๖๓). พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อวินโรคจากการทำงานของ
บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนราธิวาส. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและ
การสาธารณสุขภาคใต้*, ๗(๑), ๒๙๓-๓๐๕.
- โชติ ภาวศุทธิกุล, ชนิญญา พัฒนศักดิ์ภิญโญ, และ กาญจนา ทรัพย์สิน. (๒๕๖๔). การประเมินระบบเฝ้าระวังวิน
โรคปอดในบุคลากรโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่
๓*, ๑๘(๓), ๒๔๘-๒๖๐.

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส HIV งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดน่าน

นันท์นิจ เทพเสน, ญัฐดนัย กำแก้ว, เพ็ญพิชชา ก้อนดุก,
นภาพร มหายศนันท์, กนลา ออบเซย, พิลาสลักษณ์ นาคอภิชัย
คลินิกเคย์แคร์ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าม่วง

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส HIV

สรุปผลงานโดยย่อ :

คลินิกเคย์แคร์ โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดน่าน จัดให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และขึ้นทะเบียนเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดน่าน โดยจัดให้บริการทุกวันศุกร์ เวลา ๐๘.๐๐-๑๖.๐๐น. โดยจัดบริการตามรูปแบบการให้บริการ Disease Manager , Case manager ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับยาตามมาตรฐานทางการแพทย์ และอย่างต่อเนื่องไม่ผิดนัด ไม่ขาดยา และมีผลทำให้ค่า VL < ๕๐ copies/ml หลังจากกินยาต้านไวรัส ๑๒ เดือน เพิ่มขึ้น ผลการให้บริการปี ๒๕๖๗ มีผู้รับบริการทั้งหมด ๑๒๒ ราย มีอัตราการผิดนัด ร้อยละ ๔.๙๑ และมีผลค่า VL < ๕๐ copies/ml ร้อยละ ๙๐.๔๘

เป้าหมาย :

- ผู้ป่วยไม่ขาดยา
- ผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมีผลค่า VL < ๕๐ copies/ml หลังจากกินยาต้านไวรัส ๑๒ เดือน

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน โรคเอดส์เกิดจากเชื้อไวรัส HIV (Human Immune Deficiency Virus) ซึ่งเป็นไวรัสทำลายระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย หากไม่ได้รับการรักษาหรือทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ เมื่อภูมิคุ้มกันต่ำลง ร่างกายมีโอกาสดูดเชื้อโรคฉวยโอกาสและถ้าหากไม่ป้องกันสามารถถ่ายทอดเชื้อให้กับคนอื่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะปกปิดเป็นความลับไม่ให้คนอื่นทราบ เนื่องจากกลัวถูกรังเกียจและเกิดการตีตราจากสังคม สาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่มาตามนัดและขาดนัดทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง จากสถานการณ์การระบาดของเอชไอวีในประเทศไทยปี ๒๕๖๕ จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษา จำนวน ๕๗๖,๕๖๔ ราย จำนวนผู้เสียชีวิตสะสม ๙๕,๗๑๑ ราย ปี ๒๕๖๖ จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษา จำนวน ๖๐๓,๕๙๐ ราย จำนวนผู้เสียชีวิตสะสม ๑๐๓,๙๗๐ ราย ในปี ๒๕๖๗ จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษา จำนวน ๖๒๑,๑๔๔ ราย จำนวนผู้เสียชีวิตสะสม ๑๑๐,๐๒๒ ราย และจากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลท่าม่วง จ.น่าน ในปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ มีจำนวนผู้ป่วย ๑๓๐ , ๑๒๕ , ๑๒๒ รายตามลำดับ ในปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ พบผู้ป่วยไม่มารับยาตามนัด ๑๔ , ๙, ๖ รายตามลำดับ จะเห็นว่าผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดมีแนวโน้มลดลง ปัญหาเรื่องการขาดยายังคงอยู่ และส่งผลเสีย

ต่อผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสหรือเสียชีวิตได้ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญและให้การดูแลเพิ่มเติมเพื่อลดความเสี่ยงให้กับผู้ป่วย

กิจกรรมการพัฒนา :

๑. กำหนดให้บริการทุกวันศุกร์ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน
๒. กำหนดคณะกรรมการแบบสหสาขาวิชาชีพ ในรูปแบบDisease Manager Case manager และผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันทบทวนกระบวนการทำงานและพัฒนาระบบการให้บริการในคลินิก ARV อย่างสม่ำเสมอ
๓. เน้นการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมพลังในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง ทานยาให้ตรงเวลา ไม่ขาดยา และการมาตรวจตามนัด
๔. กำหนดแนวทางการให้การรักษาพยาบาล ของผู้ติดเชื้อรายใหม่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และ ผู้ที่เคยทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีมาก่อนแล้ว (Re-engaged) อย่างรวดเร็วตามแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ติดเชื้อที่ต้องได้รับยาต้านไวรัส
๕. ติดตามการเข้ารับบริการและผลการรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี๖๕	ปี๖๖	ปี๖๗
จำนวนผู้ป่วยที่มีค่าVL	>๙๐	๙๒.๙๑	๘๙.๖๙	๙๐.๔๘
จำนวนผู้ป่วยที่ขาดนัด	<๑๐	๑๐.๗๖	๗.๒	๔.๙๑

บทเรียนที่ได้รับ :

๑. สร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากการไม่เข้ารับการรักษาตามแผนการรักษา
๒. ประสานความร่วมมือในการจัดบริการแบบTelamedicine ในผู้ป่วยที่ไม่สะดวกมารับยา หรือผู้ป่วยไปทำงานต่างจังหวัดโดยโทรคุยสอบถามอาการให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
๓. ประสานเภสัชในการจ่ายยาให้ตรงกับวันนัดเนื่องจากได้ประเมินการทานยาได้อย่างถูกต้อง
๔. พัฒนาเรื่องช่องทางการสื่อสารเพื่อติดต่อกับเจ้าหน้าที่

การติดต่อกับทีมงาน :

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ นางสาวนันทินี เทพเสน

ชื่อองค์กร งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าวังผา

ที่อยู่ โรงพยาบาลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน โทรศัพท์/email ๐๕๔-๐๕๙๖๖๖

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

The development of palliative care guidelines for patients at
Tha Wang Pha Hospital, Nan Province.

วิชัย สมอินทร์, เจนจิรา โนศรี
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าวังผา

คำสำคัญ : ผู้ป่วยระยะประคับประคอง

สรุปผลงานโดยย่อ :

ปี ๒๕๖๗ โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองโดยกำหนดให้มีทีมในการดูแล มี Case manager เป็นผู้ประสานการดูแลให้ได้ตามมาตรฐานพบว่าผู้ป่วยทั้งหมด ๓๒๔ ราย ได้รับการประเมิน PPS เพื่อวางแผนการดูแลร้อยละ ๑๐๐ (๓๑๓ราย) และได้รับการวางแผนการดูแลต่อเนืองที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๖๐ (ผู้ป่วยทั้งหมด ๓๒๔ราย)

เป้าหมาย :

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้ายได้รับการดูแลตามมาตรฐาน
๒. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

อุบัติการณ์ของโรคเรื้อรัง โรคร้ายแรงและโรคที่คุกคามต่อชีวิต รวมทั้งสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ความต้องการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตทวีความสำคัญมากขึ้นไปด้วย ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative) หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าสภาพการป่วยใช้เป็นระยะลุกลามเรื้อรังหรือเข้าสู่ระยะท้าย ๆ ของโรคซึ่งไม่มีวันรักษาให้หายได้โดยมากจะมีชีวิตอยู่น้อยกว่า ๑ ปี สถิติการเลือกที่จะเสียชีวิตที่บ้านสูงขึ้น ด้วยเหตุที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้สูงอายุระยะบั้นปลายชีวิต (end of life) มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ปัญหาที่ตามมาไม่เฉพาะตัวผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตเท่านั้นที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน แต่ยังรวมถึงญาติและคนในครอบครัวที่รับรู้ถึงความทุกข์ใจและกายการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) มีความเชื่อมโยงตั้งแต่ภายในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน

ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเข้าสู่ระยะสุดท้ายของอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่านปี๒๕๖๓ -๒๕๖๖ มีจำนวน ๑๗๒ , ๒๐๓ , ๑๖๐ , ๒๐๗ รายตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพัฒนา :

๑. จัดตั้งคณะทำงาน ใช้รูปแบบ Disease Manager ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ ช่างเทคนิค นักรังสีวิทยา นักกายภาพบำบัด โดยมีเป้าหมายให้ พยาบาลวิชาชีพเป็น Case manager เป็นผู้วางแผนการดูแลและประสานแผนการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ และทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การเข้าสาระยะสุดท้าย จนถึงการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ญาติโดยการประเมินทางการแพทย์ของผู้ป่วย การประเมินจิตใจ อารมณ์ และประเมินสังคมและครอบครัว รวมถึงการวางแผนการพยาบาลรายบุคคล และการสนับสนุนหลังการเสียชีวิต
๓. การจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับทีมรพ.สต.และอสม.ในพื้นที่
๔. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานรวมถึงหาโอกาสพัฒนา

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	หน่วยนับ	ปี๒๕๖๖	ปี๒๕๖๗
ผู้ป่วยระดับประคองได้รับการประเมิน PPS	≥๘๐	ราย(ร้อยละ)	๑๙๖(๙๔.๖๘)	๓๑๓ (๙๖.๖๐)
ผู้ป่วยระดับประคองได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	≥๘๐	ราย(ร้อยละ)	๑๙๖/๒๐๗ (๙๔.๖๘)	๓๑๓/๓๒๔ (๙๖.๖๐)

บทเรียนที่ได้รับ :

๑. ความสำคัญของการทำงานเป็นทีม อาศัยความร่วมมือจากทีมงานหลายฝ่าย ทั้งแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช การทำงานร่วมกันช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกมิติของการดูแล
๒. ทีมต้องมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพยาบาลประคองประคอง เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามมาตรฐานและเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยในแต่ละราย
๓. การประเมินผลและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อพัฒนาและปรับปรุงการดูแลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การติดต่อกับทีมงาน :

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ ชื่อองค์กร ที่อยู่ โทรศัพท์/email พว.วัชรี สมอินทร์ งานผู้ป่วยในกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน เบอร์โทร ๐๙๑-๗๙๑๕๐๑๓
E-mail-waw_๑๐๐doi@hotmail.com

การพัฒนาาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
ป้องกันพัฒนาการล่าช้าของตำบลท่าวังผา

ลลิตา ไชยสิทธิ์ ศึกษานิเทศก์ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ
และองค์กรร่วม โรงพยาบาลท่าวังผา

คำสำคัญ : การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ , เด็กปฐมวัย , พัฒนาการสมวัย , พัฒนาการล่าช้า

สรุปผลงานโดยย่อ

เด็กเป็นอนาคตที่สำคัญของประเทศ การพัฒนาคนให้เจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพต้องเริ่มตั้งแต่ช่วงปฐมวัย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๙) อีกทั้งงานวิจัยในต่างประเทศยืนยันว่าการลงทุนเพื่อพัฒนาเด็กถือว่าการลงทุนที่คุ้มค่ามากที่สุด ซึ่งถ้าเด็กมีพัฒนาการล่าช้าจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก เกิดปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัวและประเทศต้องรับภาระในการจัดสรรงบประมาณในการดูแลช่วยเหลือ ซึ่งปัญหาดังกล่าวอาจเกิดจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็ก โดยจำแนกออกเป็น ๓ ปัจจัย ได้แก่ ๑.ปัจจัยเด็ก ๒.ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรของมารดาและบิดา ๓.ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมและป้องกันได้

- เป้าหมาย**
๑. เพื่อให้เด็กปฐมวัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลท่าวังผามีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๘๕
 ๒. เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้าร้อยละ ๒๐
 ๓. เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้น TEDA ๔1 จนมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๖๐

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของเด็กปฐมวัยของตำบลท่าวังผา ซึ่งอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลท่าวังผา ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ พบว่ามีปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยล่าช้าในชุมชน ซึ่งเกิดจากปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรของมารดาและบิดา และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม คือเด็กที่มีพฤติกรรมล่าช้าส่วนใหญ่ถูกเลี้ยงดูด้วยการใช้โทรศัพท์มือถือที่ไม่จำกัดระยะเวลา และสื่ออื่น ๆ ที่มีการสื่อสารเพียงด้านเดียว ส่งผลให้ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชน และถูกเลี้ยงดูโดยปู่ย่า ตายาย และขาดการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM ให้กับบุตรหลานของตนเอง ส่งผลให้เด็กขาดการฝึกทักษะพัฒนาการทั้ง ๕ ด้านอย่างถูกต้อง จากข้อมูลพบว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๘๐.๒๕ สงสัยล่าช้าร้อยละ ๒๘.๔๗ พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้น TEDA ๔1 จนมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๑๐

กิจกรรมการพัฒนา : การดำเนินงานระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

กิจกรรมเดิม	กิจกรรมที่พัฒนา
๑.ระบบการคัดกรองพัฒนาการเด็ก -จัดทำโครงการอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและแกนนำกระตุ้นพัฒนาการเด็กในเขตรับผิดชอบ ๗ หมู่บ้านตามคู่มือ DSPM	-ชี้แจงแนวทางการปฏิบัติระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้กับทีมและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง -จัดทำทะเบียนเด็กแรกเกิดถึง ๕ ปีและผู้เลี้ยงดูพร้อมช่องทางการติดต่อ -จัดทำสื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็กโดยประยุกต์จากกล่อง

	นมและของเหลือใช้ในชุมชน -ฟื้นฟูความรู้และทักษะพร้อมกำหนดแนวทางการ กระตุ้นพัฒนาการเด็กสำหรับผู้ปกครองและผู้รับผิดชอบ ในแต่ละหมู่บ้านให้ชัดเจน
--	---

๒.การจัดบริการเชิงรับในคลินิกสุขภาพเด็กดี

-ให้บริการตรวจพัฒนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี
เดือนละ ๒ ครั้ง

-ตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กที่มารับบริการคลินิก
สุขภาพเด็กดีทุกราย
-ติดตามผู้ปกครองกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่บ้านตามช่วง
อายุโดยผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โทรศัพท์มือถือ ไลน์
แอปพลิเคชัน คลิป์วิดีโอ
-ผู้ปกครองและแกนนำ ติดตาม กระตุ้นพัฒนาการเด็ก
ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหลังประเมิน DSPM ๓๐ วัน
โดยใช้คู่มือ DSPM ควบคุมสื่ออิเล็กทรอนิกส์และอุปกรณ์
กระตุ้นพัฒนาการในชุมชน สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง
-มีการเชื่อมโยงข้อมูลกระตุ้นพัฒนาการกับ รพ.น่านใน
การติดตามและกระตุ้นพัฒนาการ

๓.การจัดบริการเชิงรุกในชุมชน

-แกนนำกระตุ้นพัฒนาการในชุมชนเฝ้าระวังและ
ส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPM

-แกนนำกระตุ้นพัฒนาการคัดกรองในชุมชนทุก ๓ เดือน
ตามรอบประเมินพัฒนาการ

การวัดผลและการเปลี่ยนแปลง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ก่อน ดำเนินการ	หลัง ดำเนินการ
๑.เด็กแรกเกิดถึง ๕ ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	๙๐	๘๐	๑๐๐
๒.เด็กแรกเกิดถึง ๕ ปีมีพัฒนาการสมวัย	๘๕	๘๐.๒๕	๙๐.๒๙
๓.เด็กแรกเกิดถึง ๕ ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัย ล่าช้า	๒๐	๒๐.๒๐	๓๒.๘๑
๔.เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA ๔I	๖๐	๗๕	๑๐๐
๕.เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA ๔I จนมีพัฒนาการสมวัย	๓๐	๑๐	๑๐๐

บทเรียนที่ได้รับ

๑. เด็กแรกเกิดต้อง เกิดถึง ๕ ปี ส่วนใหญ่ถูกเลี้ยงดูด้วย ปู่ย่า ตายายและขาดการใช้คู่มือ DSPM ส่งผลให้
เด็กขาดการฝึกทักษะทั้ง ๕ ด้านอย่างถูกต้องและขาดการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

๒. ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นไม่ครบตามเกณฑ์ ผู้ปกครองย้ายถิ่นทำให้ได้การกระตุ้นไม่ครบตามเกณฑ์
ส่งผลไม่สมวัยหลังกระตุ้น

ข้อเสนอแนะ : เพิ่มเติมการเสริมพลังพ่อแม่ และครูผู้ดูแลเด็กให้มีทักษะการส่งเสริมพัฒนาการและการสร้างวินัย
เชิงบวกเพื่อมุ่งพัฒนาเด็ก เก่ง ดี สุข

แผนพัฒนาต่อเนื่อง - เน้นการส่งเสริมพัฒนาการที่ดีโดยเริ่มต้นที่ครอบครัวและผู้ดูแล เริ่มฝึกเด็กช่วยกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือกิจกรรมร่วมกับครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ เลี่ยงการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เพียงลำพัง และไม่ควรเกิน ๓๐ นาที/วัน

- เน้นการดำเนินงานเชิงรุก มีระบบติดตามเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการต่อเนื่องในชุมชน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ - การทำงานเป็นทีม ระหว่างสหวิชาชีพ เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง รพ.น่าน รพ.ท่าวัง ผา ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แกนนำกระตุ้นพัฒนาการและผู้ปกครอง

- การให้บริการเชิงรุกในชุมชน ติดตามกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

การติดต่อทีมงาน

นางลลิตา ไชยสีตีบ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม รพ.ท่าวังผา จ.น่าน
email noklulida๒๕๑๕@gmail.com.

ระบบตรวจสอบความพร้อมใช้ของรถ Emergency งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน วิธีใหม่

สมัชชา เพชรรัตน์พันธ์ุ และทีมพยาบาลวิชาชีพ
นักวิชาการสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน)
งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลท่าม่วง

คำสำคัญ : การตรวจสอบความพร้อมใช้ของรถ emergency วิธีใหม่ การใช้ Google form

สรุปผลงานโดยย่อ :

การพัฒนา ระบบตรวจสอบความพร้อมใช้ของรถ Emergency โดยการเปลี่ยนแปลงจากการบันทึกข้อมูลด้วยกระดาษมาเป็นระบบดิจิทัลผ่าน Google Form ซึ่งได้สร้างฟอร์มการตรวจสอบความพร้อมใช้ของรถ Emergency ขึ้นมาและเชื่อมโยงกับลิงก์ที่สามารถสแกนผ่าน QR Code เพื่อตรวจสอบการเช็คทุกวันและทุกเวร โดยจะมีการบันทึกข้อมูลการตรวจสอบลงในระบบ Google Form ที่สามารถดูย้อนหลังได้อย่างสะดวกและง่ายดาย ข้อมูลที่เก็บมีความถูกต้องและสามารถตรวจสอบได้ทันที ทำให้สามารถประหยัดกระดาษ ลดต้นทุนการใช้ทรัพยากร และเพิ่มความสะดวกในการทำงาน ตอบสนองนโยบายขององค์กรด้านการใช้ digital transformation

เป้าหมาย :

๑. เพื่อความสะดวก ในการตรวจเช็คความพร้อมใช้งานของ รถ Emergency
๒. เพื่อความเพียงพอพร้อมใช้ของยาเวชภัณฑ์ในรถ Emergency
๓. เพื่อลดต้นทุนการใช้กระดาษและสนับสนุนนโยบายองค์กรในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี (Paperless และ Digital Transformation)

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

- ระบบการบันทึกความพร้อมใช้ของรถ Emergency ด้วยกระดาษเดิมทำให้เกิดความไม่สะดวกในการทำงาน ช้าช้อนและไม่สามารถเก็บข้อมูลย้อนหลังได้อย่างรวดเร็ว
- การใช้กระดาษในการตรวจสอบทำให้เกิดต้นทุนสูงและไม่เป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี (Paperless, Digital Transformation)
- การจัดเก็บเอกสารที่ใช้แล้วเป็นภาระในการบริหารจัดการ เอกสารสูญหายได้ง่ายและไม่สะดวกในการตรวจสอบย้อนหลังการบันทึกการตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ในรถ emergency แบบเดิมไม่สะดวกและไม่เหมาะสมกับสถานการณ์การใช้งานในยุคปัจจุบัน มีการทำงานช้าช้อนต่อเนื่องต้องทำสมุดเช็คของประจำเดือนทุกครั้งและใช้กระดาษ ต้องใช้ที่เก็บเอกสารต่างๆที่ใช้แล้ว เพื่อเก็บข้อมูล ซึ่งเปลืองพื้นที่ในการจัดเก็บ

การบันทึกที่ไม่สะดวกทำให้ขาดความต่อเนื่องในการตรวจเช็คความพร้อมใช้ ของบุคลากร ต้องการระบบการทำงานที่เหมาะสมกับยุคสมัย มีเทคโนโลยีมาช่วยเพื่อความสะดวกเพิ่มขึ้น และลดต้นทุนขององค์กรตามนโยบาย paperless และนโยบาย digital transformation ซึ่งแบบการตรวจสอบ

แบบใหม่สะดวก และสามารถค้นหาข้อมูลย้อนหลังสะดวก ไม่สิ้นเปลืองในการผลิตแบบฟอร์มที่เป็นเอกสาร

กิจกรรมการพัฒนา :

๑. สร้าง Google Form ระบบตรวจสอบความพร้อมใช้ของรถ Emergency รายละเอียด รายการต่างๆ ที่จะต้องทำการตรวจเช็ค
๒. ทำ Link: Google Form ระบบตรวจสอบความพร้อมใช้ของรถ Emergency และทำเป็น QR code ติดไว้ที่รถ Emergency ทำให้สะดวกในการตรวจเช็คผ่านการ scan QR code ในมือถือทุกระบบ
๓. ทำลิงค์สรุปเก็บข้อมูล การเช็คตรวจสอบการความพร้อมใช้ของรถ Emergency ซึ่งสามารถตรวจเช็คย้อนหลังและดูเป็นรายวันได้ มีความสะดวกต่อผู้ใช้

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

- การใช้ระบบ Google Form ผ่านการสแกน QR Code พบว่า เจ้าหน้าที่ที่สามารถตรวจสอบความพร้อมใช้ของรถ Emergency ได้สะดวกและรวดเร็ว
- ระบบทำให้สามารถเก็บข้อมูลและตรวจสอบย้อนหลังได้อย่างง่ายดาย ลดการใช้กระดาษและลดปริมาณเอกสารที่ต้องเก็บรักษา
- การดำเนินการในระบบใหม่ช่วยให้การตรวจสอบเป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับนโยบายการลดต้นทุนและการใช้เทคโนโลยี
- ความพึงพอใจของทีมผู้ใช้งานต่อการใช้รูปแบบการบันทึกแบบใหม่เพิ่มขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงจากร้อยละ ๘๓.๔ เป็นร้อยละ ๙๑.๖๖

บทเรียนที่ได้รับ :

- การปรับระบบตรวจสอบจากกระดาษเป็นดิจิทัลช่วยให้การทำงานสะดวกขึ้นและลดต้นทุนได้อย่างชัดเจน
- การนำเสนอระบบที่ใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ เช่น Google Form และ QR Code ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและให้ความสะดวกในการเก็บข้อมูล
- ปัญหาหลังการใช้งานสามารถแก้ไขได้ทันทีโดยเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ระบบสามารถพัฒนาได้อย่างต่อเนื่องตามข้อเสนอแนะของทีมงาน
- การใช้เทคโนโลยีในการทำงานจริงสามารถลดข้อผิดพลาดและเพิ่มความโปร่งใสในการตรวจสอบได้

การติดต่อกับทีมงาน :

นายสมัชชา เพชรรัตน์พันธุ์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ แผนก อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
โรงพยาบาลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๙๗-๒๐๙-๔๐๖๒
email: samatcha๑๙๐๗๔๐@gmail.com

พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

บุษบา เสนอนันตา และ คณะเจ้าหน้าที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

คำสำคัญ : ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน

สรุปผลงานโดยย่อ :

ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อจากการพัฒนาปรับปรุงแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินพบว่าผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหลังการใช้แนวปฏิบัติ เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติ ได้แก่ อัตราการเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ,การให้ยาปฏิชีวนะภายใน ๑ ชม.หลังการวินิจฉัย ,ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ๓๐ml/kg/hr และมีอัตราการตายจาก Sepsis ลดลง

เป้าหมาย :

๑. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน
๒. เพื่อลดอัตราการตายจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

จากการทบทวนเวชระเบียนและทบทวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า มีการใช้กระบวนการพยาบาล แนวคิดของการพยาบาลหลากหลายไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การปฏิบัติตามแนวทาง (CPG) ที่โรงพยาบาลกำหนดขึ้นอยู่กับความรู้ ความสนใจ ประสบการณ์ และความพยายามของพยาบาลแต่ละคน ส่งผลให้ในปี ๒๕๖๕ มีรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งต่อไปโรงพยาบาลนาน จากการวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วยของทีมนำทางคลินิก (Patient care team) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และเสียชีวิต พบว่า มีความล่าช้าในขั้นตอนการประเมิน และการประเมินซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และเสียชีวิตในที่สุด

จากปัญหาดังกล่าวเห็นความสำคัญจึงได้พัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน จึงได้ดำเนินการวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ได้นำแนวคิดการดูแลรักษาโดยใช้ the six bundle of care เป็นแนวทางการดูแลพัฒนาต่อยอด ซึ่งเป็นเน้นการคัดกรอง และวินิจฉัยให้ทันท่วงทีก่อนที่การดำเนินของโรคจะเข้าสู่ภาวะวิกฤติ และแม้เข้าสู่ภาวะช็อกผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนตามมาตรฐานหลักวิชาการการแพทย์ ซึ่งการปฏิบัติตามแนวทางนี้ต้องอาศัยความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินการวิจัยพัฒนาระบบให้บริการและแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และเป็นเครื่องมือ/แนวทางให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานทางคลินิกอย่างเป็นขั้นตอนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เป้าหมายเพื่อลดอัตราการตาย ความพิการและภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพต่อไป

กิจกรรมพัฒนา :

ระยะที่ ๑ ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

ระยะที่ ๒ พัฒนาระบบและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ระยะที่ ๓ นำระบบและแนวทางลงสู่การปฏิบัติ และประเมินผลลัพธ์

การวัดผล และ ผลการเปลี่ยนแปลง :

ข้อมูลผลการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อกระแสเลือดER(ปี๒๕๖๔-๒๕๖๗)

รายการ	เป้าหมาย	ปี๒๕๖๔	ปี๒๕๖๕	ปี๒๕๖๖	ปี๒๕๖๗
จำนวนผู้ป่วยsepsis ที่เข้ารับบริการที่ER	-	๗๐	๖๙	๘๓	๑๓๕
จำนวนผู้ป่วย septic shock ที่ER	-	๑๐	๔๐	๒๔	๑๙
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis	< ๒๖%	๑๒.๓๕	๑๑.๕๔	๙.๐๑	๕.๐๕
อัตราการเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ	>๙๐	๙๐	๙๕.๐๗	๙๖.๓๕	๙๙.๐๖
อัตราผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ๓๐ml/kg/hr	>๙๐	๘๑.๖๖	๙๗.๐๖	๙๖.๗๕	๙๖.๒๑
อัตราผู้ป่วยSepsis ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน ๑ชม. หลังการวินิจฉัย	>๙๐	๙๘.๖๑	๙๙.๐๒	๙๙	๙๘.๗๗

บทเรียนที่ได้รับ :

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่นำแนวคิดการรักษาแบบมุ่งเป้ามา ร่วมกับการใช้กลยุทธ์การค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้น การรักษาการติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็ว ร่วมกับประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่างๆและการทำงานเป็นสหสาขาวิชาชีพมีระบบการดูแลร่วมกัน ส่งผลให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีขึ้น

การติดต่อกับทีม :

นางบุษบา เสนนันตา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน รพ. ท่าวังผา โทร ๐๘๖- ๑๘๖๘๔๓๓

E-mail: sannunta๒๕๑๓@gmail.com

การลด Medication error ในการบริหารตัวยานอกเวลาราชการที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

พยาบาลและเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน
งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าม่วง

คำสำคัญ : การลด Medication error

สรุปผลงานโดยย่อ :

การดำเนินการลด Medication Error ในการบริหารตัวยานอกเวลาราชการที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่ามีปัญหาหลักสองประการคือ การขาดการตรวจสอบ (Double check) และการซักประวัติการแพ้ยาไม่ครบถ้วน ซึ่งนำไปสู่การกำหนดแนวทางการพัฒนา ได้แก่ การเพิ่มขึ้นขั้นตอนการตรวจสอบซ้ำในการจัดยา การซักประวัติการแพ้ยาให้ละเอียด และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินงานแสดงให้เห็นว่าจำนวน Medication Error ลดลงและการปฏิบัติตามขั้นตอน Double check เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๗๐ เป็น ๙๕% ซึ่งยืนยันว่าแนวทางที่กำหนดช่วยลดความเสี่ยงจากการจ่ายยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย :

๑. ลดจำนวนและอัตราการเกิด medication error ในการจัดยาและจ่ายยานอกเวลาราชการ
๒. เพื่อปรับปรุงระบบการจัดยาและการจ่ายยานอกเวลาราชการให้มีความแม่นยำและปลอดภัยยิ่งขึ้น

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

จากการประเมินการทำงานในการบริหารจัดการยาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าเกิดเหตุการณ์ medication error ที่อาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีการจัดยาและการจ่ายยานอกเวลาราชการ ซึ่งมีปัญหาหลักสองประการ คือ

๑. การจัดยาและหยิบยาโดยบุคคลเดียว: การที่บุคคลคนเดียวจัดยาและหยิบยาออกจากตู้ยาอาจทำให้เกิดขาดการตรวจสอบ (Double check) ก่อนการจ่ายยา ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการผิดพลาด เช่น การหยิบยาผิดชนิดหรือปริมาณไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อการรักษาผู้ป่วย

๒. การจ่ายยาในผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาซ้ำ: พบว่าในบางกรณีผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาซ้ำไม่ได้รับการซักประวัติการแพ้ยาอย่างครบถ้วน และการส่งจ่ายยาไม่ได้มีการตรวจสอบประวัติการแพ้ยาอย่างละเอียดก่อนการจ่ายยา ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดอาการแพ้ยาได้

จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาดังกล่าว พบว่าเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่

๑. การขาดการตรวจสอบก่อนการจ่ายยา: การจัดยาในปัจจุบันไม่ได้มีการใช้ขั้นตอน double check อย่างครบถ้วน เนื่องจากการที่บุคคลคนเดียวทำการหยิบยาและจัดยาโดยไม่มีการตรวจสอบซ้ำจากบุคคลอื่น จึงทำให้เกิดความเสี่ยงในการผิดพลาดจากการเลือกใช้ยา

๒. การซักประวัติการแพ้ยาซ้ำไม่ครบถ้วน: ในขั้นตอนการซักประวัติผู้ป่วย พยาบาลหรือแพทย์บางครั้งไม่ได้ถามคำถามเกี่ยวกับประวัติการแพ้ยาซ้ำอย่างละเอียด ซึ่งอาจทำให้พลาดการระบุยาที่ผู้ป่วยแพ้และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาโดยไม่รู้ตัว

๓. การขาดการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด: การปฏิบัติตามกระบวนการที่ชัดเจนในการจัดยาและการตรวจสอบประวัติการแพ้ยาในโปรแกรม HosXP ไม่ได้ถูกดำเนินการอย่างครบถ้วนทุกครั้ง เช่น ไม่มีการตรวจสอบประวัติการแพ้ยาผ่านโปรแกรมก่อนการสั่งยาหรือการจ่ายยาให้กับผู้ป่วย

กิจกรรมการพัฒนา:

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ทางหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้กำหนดแผนปฏิบัติการเพื่อปรับปรุงการจัดยาและการจ่ายยา โดยมีแนวทางการดำเนินการดังนี้ :

๑. การปรับปรุงระบบการจัดยา :
 - เพิ่มขั้นตอน double check : กำหนดให้การหยิบยาจากตู้ยานอกเวลาราชการจะต้องมีการตรวจสอบโดยพยาบาลอีกคนหนึ่งก่อนการจ่ายยาให้ผู้ป่วย โดยให้ผู้จ่ายยา double check ตามหลัก ๖R (Right patient, Right drug, Right dose, Right route, Right time, Right documentation)
 - การกำหนดและชี้แจงแนวทางปฏิบัติการบริหารยานอกเวลาราชการแก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการตรวจสอบและการจัดยาในระบบการทำงานนอกเวลาราชการอย่างมีมาตรฐาน
๒. การตรวจสอบประวัติการแพ้ยา:
 - ชักประวัติการแพ้ยาอย่างละเอียด: กำหนดให้พยาบาลชักประวัติการแพ้ยาในขั้นตอนการชักประวัติผู้ป่วยอย่างครบถ้วน โดยมีการบันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียน โปรแกรม HosXP
 - การตรวจสอบในโปรแกรม HosXP: กำหนดให้แพทย์ผู้สั่งยาและพยาบาลต้องตรวจสอบประวัติการแพ้ยาในโปรแกรม HosXP ทุกครั้งก่อนการสั่งยา โดยการถามชื่อ -สกุล และประวัติการแพ้ยาซ้ำในผู้ป่วยทุกราย
 - ตรวจสอบยาก่อนการพิมพ์ใบสั่งยา: พยาบาลหัวหน้าเวร ER จะทำการตรวจสอบและตรวจทานใบสั่งยาก่อนที่จะพิมพ์ออกมา โดยยึดหลัก ๖R และตรวจสอบการมีประวัติการแพ้ยา
๓. การตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการทำงาน:
 - มีการติดตามผลการดำเนินงาน และสุ่มประเมินสังเกต โดยหัวหน้าเวร : มีการติดตามผลการปฏิบัติตามขั้นตอนการจัดยาและการตรวจสอบประวัติการแพ้ยาโดยมีการบันทึกและตรวจสอบประวัติการแพ้ยาในแต่ละราย
 - มีการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการ: การตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงาน CQI ทุกไตรมาส เพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

๑ จำนวนการเกิด medication error

	๒๕๖๗ Q๑	๒๕๖๗ Q๒	๒๕๖๗ Q๓	๒๕๖๗ Q๔
๙.๑ จำนวนการเกิด medication error	จำนวน ๒	๑	๑	๑
ระดับความรุนแรง	C,D	D	B	D

๒ การปฏิบัติตามขั้นตอน double check ในการหยิบยาและจ่ายยา จากร้อยละ ๗๐ เป็นร้อยละ ๙๕

บทเรียนที่ได้รับ :

การกำหนดกระบวนการที่ชัดเจนและการให้ความสำคัญกับการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยก่อนจ่ายยา เป็นกุญแจสำคัญในการลดอุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการจ่ายยา นอกจากนี้ การมีระบบการ double check ก่อนจ่ายยา ยังช่วยเสริมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย

การติดต่อกับทีมงาน :

การติดต่อกับทีม : นส.กัญฐิกา พรหมโน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน รพ. ท่าวังผา โทร ๐๘๖-๑๘๒๔๔๒๖

พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ให้สารน้ำป้องกันภาวะ Phlebitis ในหอผู้ป่วยใน

ผกามาศ อุ้มรัมย์, พจนพร พลแดง,
อุษณีย์ นิติวรรักษ์ ตึกผู้ในโรงพยาบาลท่าวังผา

คำสำคัญ: ป้องกันภาวะ Phlebitis

สรุปผลงานโดยย่อ:

Phlebitis เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการให้ยาทางหลอดเลือดดำ หรือระหว่างการฉีดยานี้ๆ ซึ่งเป็นภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ จะมีอาการคือ ปวด บวม แดง หลอดเลือดดำ เป็นลัมпа แข็งโดยถ้าหลอดเลือดดำเกิดการอักเสบมากๆ อาจเกิด Injury และเกิด extravasations ตามมาได้

เนื่องจากในตึกผู้ป่วยในมีอัตราการเกิด Phlebitis Stage ๑ ในปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๒๕ ในปี ๒๕๖๖ Stage ๑ จำนวน ๒ คนคิดเป็นร้อยละ ๑.๗๔ ในปี ๒๕๖๗ Phlebitis Stage ๑ จำนวน ๒ ราย Phlebitis Stage ๒ จำนวน ๒ รายคิดเป็นร้อยละ ๒.๒๖ ของผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล แนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี ๒๕๖๗ และจากจำนวนผู้รับบริการที่มีความจำเป็นต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ พบว่าอัตราการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายก็เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อเพิ่มอีก ซึ่งส่งผลทำให้ผู้รับบริการต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เกิดอาการเจ็บปวด และเกิดสูญเสียรายจ่ายทั้งผู้รับบริการและในส่วนของโรงพยาบาล มากขึ้นตามไปด้วย จึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลป้องกันการเกิด Phlebitis

เป้าหมาย:

๑. เพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis และภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำ
๒. สร้างความตระหนักให้แก่เจ้าหน้าที่ในการเปลี่ยนตำแหน่งเข็มให้สารน้ำ หรือเข็ม สำหรับฉีดยา
๓. เจ้าหน้าที่สามารถนับวัน เพื่อเปลี่ยนตำแหน่งได้ถูกต้องและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ:

จากการรวบรวมข้อมูลในตึกผู้ป่วยในมีอัตราการเกิด Phlebitis ทุก Stage มีแนวโน้มสูงขึ้นเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลเข้ามาทำงานใหม่ ย้ายเข้า-ออกระหว่างหน่วยงานทำให้มีโอกาสเกิดปัญหาในการเฝ้าระวัง ดูแลและป้องกันการ Phlebitis เกิดในองค์กรมากขึ้น และบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติงานตามแนวทางในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำจึงมีการปรับเปลี่ยนแนวทางจาก IV สายรุ้ง เป็นเขียนวันที่ต้องเปลี่ยนลงในพลาสติกแล้วติดที่ Medicut และสาย IV ตามชนิดของสารน้ำ ตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติ

กิจกรรมการพัฒนา:

๑. จัดอบรมให้ความรู้เทคนิคการให้สารน้ำ และการปฏิบัติตามมาตรฐาน IC โดย ICN/IV Term
๒. กำหนดเป็นวิธีปฏิบัติงาน ในการให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำ
๓. กำหนดการเปลี่ยนชุดให้สารน้ำโดยการเขียนวันที่ต้องเปลี่ยนลงในพลาสติกแล้วติดที่ Medicut และเขียนวันที่ต้องเปลี่ยนลงในพลาสติกแล้วติดที่ Set IV ตามชนิดของสารน้ำ ตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติ
๔. จัดรณมาตรฐานการให้สารน้ำ และฉีดยาโดยมีอุปกรณ์พร้อมต่อการใช้งาน

๕. กำหนดการเลือกชนิดของพลาสติกให้เหมาะสมกับสภาพผิวหนังที่ไม่แพ้ง่าย
๖. สาธิตพร้อมฝึกการล้างมือที่ถูกวิธีตามขั้นตอนทั้งก่อนและหลังการทำหัตถการ เพื่อลดการติดเชื้อ
๗. การควบคุมนิเทศติดตามการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติโดยICN ร่วมกับ ICWN และหัวหน้าหน่วยงาน
๘. การเข้าสอบสวนเมื่อเกิดอุบัติการณ์อย่างทันเวลา

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง:

เจ้าหน้าที่ที่มีความตระหนักถึงในการเปลี่ยนตำแหน่งเข็มให้สารน้ำ หรือเข็ม สำหรับฉีดยา และสามารถนับวันเพื่อเปลี่ยนตำแหน่งได้ถูกต้องและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

บทเรียนที่ได้รับ:

เก็บข้อมูลติดตามการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความตระหนักให้กับเจ้าหน้าที่ทำให้หน่วยงานพัฒนามากยิ่งขึ้น

การติดต่อกับทีมงาน:

นางผกาภาส อัครมัย ติ๊กผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าวังผา อ.ท่าวังผา จ.น่าน ๕๕๑๔๐ เบอร์โทรศัพท์

โครงการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อย่างต่อเนื่องครบวงจร โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

ชฎกมล อินททำ, สุภารัตน์ คำวรรณะ,ปทิตตา อภิวชิษญ์ภาคิน, สมฤทัย ทายะ,
พชรพร มีบุญ และนางธัมมิกา โอบอ้อม
งานห้องคลอด โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

สรุปผลงานโดยย่อ :

ผลรวมที่ผ่านมาปี อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นยังพบขึ้นในกลุ่มชาติพันธุ์ สติปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖ พบ อัตราร้อยละ ๖.๔๕ ๒.๕๗ ๑.๔ ๕.๐๔ ซึ่งแปรผันตรงกับค่านิยม ความเชื่อ ส่งผลต่อความรู้และทักษะการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์มีน้อย และกระทบกับปัญหาในการคลอดและการดูแลทารกหลังคลอด ทางทีมห้องคลอด ANC ได้ใช้กระบวนการการดูแลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ผลลัพธ์ปี ๒๕๖๗ พบอัตราร้อยละ ๓.๔๖

เป้าหมาย :

๑. เพื่อให้ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ๑๕-๑๙ ปีอยู่ในเกณฑ์ < ร้อยละ ๑๐
๒. ลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

จากข้อมูลผลลัพธ์ของการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นพ.ศ.๒๕๖๓ - ๒๕๖๖ พบอัตราร้อยละ ๖.๔๕ ๒.๕๗ ๑.๔ ๕.๐๔ ซึ่งแปรผันตรงกับค่านิยม ความเชื่อ ส่งผลต่อความรู้และทักษะการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์มีน้อย และกระทบกับปัญหาในการคลอดและการดูแลทารกหลังคลอด เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป ยังพบว่า มีอัตราภาวะแทรกซ้อนคือการคลอดก่อนกำหนด ภาวะซีด การติดเชื้อหลังคลอด ของ สตรีวัยรุ่นสูงกว่าสตรีอายุ ๒๐ ปี ขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทีมงานจึงได้พัฒนาโครงการโดยดูแล ตั้งแต่ระยะ ตั้งครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด ต่อเนื่องถึงที่บ้านโดยการเยี่ยมบ้าน นัดตรวจหลังคลอดจนถึง ๖ สัปดาห์หลังคลอด และติดตาม ต่อทางโทรศัพท์จนอายุครบ ๒๐ ปี โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

กิจกรรมการพัฒนา

๑. ระบบงาน ANC ได้ใช้กลวิธีให้ความรู้ ความสำคัญในการตั้งครรภ์
๒. ประสานและทำงานร่วมกับ รพ.สต.ในการให้ความรู้ การสอนเพศศึกษาอบด้านและกระตุ้นการจัด ให้ มีศูนย์บริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น และทำ CPG การดูแลหญิงตั้งครรภ์
๓. กระตุ้นการคุมกำเนิดในหญิงหลังคลอดอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ด้วยระบบการใชยาฝังคุมกำเนิดหลังคลอด ทันทีหลังคลอด ๒ วัน เพื่อให้หญิง หลังคลอดได้รับการคุมกำเนิดก่อนจำหน่ายร้อยละ ๘๐
๔. ประสานรพ.สต. ในการติดตามเยี่ยมหลังคลอดวัยรุ่นทุกราย ๑๐๐ %

การวัดผลและผลการเปลี่ยนแปลง

จากผลปี ๒๕๖๗ พบอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ๒๕๖๗ ยังไม่เกินเกณฑ์ แต่ทางทีมมีแนวทางพัฒนา ระบบร่วมกับ รพ. สต ในกระบวนการส่งเสริมให้ความรู้การให้คำปรึกษา การให้ข่าวสารละ ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมทั้งสำรวจ การตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ซ้ำ

ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)



บทเรียนที่ได้รับ

๑. การทำงานร่วมกับเครือข่าย MCH Board ทั้งระดับอำเภอ และระดับจังหวัด ช่วยให้เกิดการพัฒนา และแก้ไขปัญหาพร้อมกัน
๒. ต้องมีการพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพเป็นประจำทุกปี
๓. ได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นโดย ทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับการจัดตั้งคลินิกวัยรุ่น เพื่อให้สตรี ตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องครบวงจร ทำให้อัตรา การเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การติดต่อกับทีมงาน :

นางสมฤทัย ทายะ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ เบอร์โทรศัพท์ ๐๕๔-๐๕๙๖๖๖ ต่อ ๑๑๓

พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการเกิดภาวะ Birth Asphyxia ในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

สมฤทัย ทายะ , สุภารัตน์ คำวรรณะ, ปทิตตา อภิวิชัยภากิน, พชรพร มีบุญ,
และ ชฎิกมล อินท่า, ธัมมิกา โอบอ้อม
งานห้องคลอด โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

คำสำคัญ : ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth asphyxia)

สรุปผลงานโดยย่อ :

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖ พบว่าทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth asphyxia ใน นาทีที่ ๑ และ ๕ Apgar score < ๗ นาที เท่ากับ ๐, ๒๖.๓๑ , ๑๑ และ ๙.๘ ตามลำดับ ถึงแม้ว่าผลลัพธ์ตัวชี้วัดไม่เกินเป้าหมายที่กำหนด แต่เมื่อเกิดภาวะ Brith asphyxia แล้วมีผลกระทบในหลายด้าน ทางทีมงานได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหานี้จึงพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการเกิดภาวะ Birth Asphyxia ในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๗ พบอุบัติการณ์ BA ร้อยละ ๓๑.๙ ต่อพันการเกิดมีชีพ

เป้าหมาย :

- ลดอัตราการเกิด birth asphyxia ในทารกแรกเกิด Apgar score ในนาทีที่ ๑ และ ๕ ให้น้อยกว่า ๒๕ : ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

ภาวะ Birth asphyxia เป็นภาวะที่ประกอบด้วยเลือดขาดออกซิเจน (hypoxemia) คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (hypercapnia) และเลือดเป็นกรด เนื่องจากการระบายอากาศที่ปอด (Pulmonary perfusion) ไม่เพียงพอหรือไม่มี ภายหลังคลอดแล้วหลายๆนาที ส่งผลให้อวัยวะต่างๆภายในร่างกายมีออกซิเจนไปหล่อเลี้ยงไม่เพียงพอเป็นเหตุให้เซลล์หรืออวัยวะต่างๆหรือเสียหายที่ เป็นสาเหตุสำคัญของการตาย และความพิการในทารก ส่งผลกระทบต่อจิตใจ บิดา มารดา รวมไปถึงญาติพี่น้อง เกิดความสับสนเปลืองในการรักษาพยาบาลที่มากขึ้นและเป็นภาระของครอบครัวและสังคม

จากการทบทวนเหตุการณ์สำคัญของงานห้องคลอด โรงพยาบาลท่าวังผา พบว่าภาวะ Brith asphyxia ใน นาทีที่ ๑ และนาทีที่ ๕ เกิดจากสาเหตุด้านมารดา คือ มีภาวะ Thick maconium และจากมารดาเบ่งคลอดนานมีภาวะ Fetal distress ร่วมด้วย ส่วนสาเหตุด้านทารก คือ ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกท่าผิดปกติ สายสะดือพันคอแน่นและทารกคลอดติดไหล่ ได้มีการประชุมทีมการดูแล วางแนวทางการดูแลมารดาตั้งครรภ์ทุกระยะ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะ Birth Asphyxia ในทารกแรกเกิด

กิจกรรมการพัฒนา :

ระยะที่ ๑ เวลาการดำเนินการปีงบประมาณ ๒๕๖๓ -๒๕๖๔ จากการดำเนินงานปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๔ พบอัตราการเกิดภาวะ Birth Asphyxia ในนาทีที่ ๑ และ ๕ >> ๐ และ ๒๖.๓๑ ตามลำดับและภาวะ Birth Asphyxia มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น จึงได้ทำการทบทวนแนวทางปฏิบัติในการดูแลและ ป้องกันการเกิดภาวะ Birth Asphyxia เพื่อให้ครอบคลุมทุกระยะในการตั้งครรภ์ ดังนี้

๑.๑ การดูแลในระยะตั้งครรภ์

๑. มีคลินิก ANC High riskดูแลผู้ป่วยครรภ์เสี่ยงจากรพสต.

๒. ดูแลมารดา/ทารกในกลุ่มเสี่ยงใกล้ขีดมากขึ้น, ระบบการนัดติดตามถี่ขึ้น

- การดูแลในห้องคลอด การดูแลในห้องคลอดเมื่อรับใหม่
- ทำ NST ทุกครั้งที่ Admitted
- ฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการ เรื่องการแปลผล NST การดูแลระยะรอคลอด
- Case รอคคลอดที่มีแผนการรักษาให้ยาเร่งคลอด ต้องเจาะถุงน้ำคร่ำเพื่อประเมินภาวะ Meconium

๑.๒ การดูแลในห้องคลอด

- รายงานแพทย์เวร ให้มารดาได้รับดูแลทารกแรกเกิด กรณีที่เสี่ยงต่อภาวะBirth Asphyxia เช่น ทารกมีภาวะFetal distress ขณะเบ่ง, คลอดก่อนกำหนด คลอดทำผิดปกติพบน้ำคร่ำเป็น Meconium stained
- กรณีพบ Thick meconium stained ใส่Endotracheal tube with meconium aspirator suction โดยแพทย์
- ฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการ เรื่องภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์โดยสูติแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่าย ทีม MCH นำนาน
- ทารกที่คลอด Preterm ทุกรายแพทย์ประเมินอายุครรภ์โดย Ballard score
- กรณีคลอด ช่วงเวลาระหว่างการส่งเวร มารดา Preterm, ทารกแนวโน้มเกิดภาวะBirth Asphyxia มารดามีภาวะเสี่ยงต่างๆหัวหน้าเวร (Inchart) ห้องคลอดต้องเข้ามาในเหตุการณ์เพื่อรับเด็ก

๑.๓ การดูแล ๒ ชั่วโมงหลังคลอด

- การประเมินสภาวะทารกแรกคลอดตามมาตรฐาน

ระยะที่ ๒ เวลาการดำเนินการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖

จากการดำเนิน ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ พบภาวะ Birth Asphyxia มีแนวโน้มดีขึ้นแต่ยังมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นทางทีมงานจึงได้วิเคราะห์สาเหตุ ของการเกิดภาวะBirth Asphyxia พบว่ามีสาเหตุมาจากมารดาไม่เบ่งซึ่งเกิดขึ้นในมารดา Teenage และมารดา Elderly , เกิดจากภาวะ Thick meconium ขณะ Fully และเกิดขึ้นจากภาวะคลอดติดไหล่และสายสะดือพันคอทารก ๒ รอบตาม ลำดับ จึงได้ทำการทบทวนแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติม ดังนี้

* การดูแลในห้องคลอดเมื่อรับใหม่

- กำหนดให้มีการ screen ผู้ป่วยเบื้องต้นโดยพยาบาล
- กำหนดการย้ายผู้ป่วยคลอดจาก ER โดยเปลนอน
- กำหนดให้มี Set คลอดฉุกเฉินไว้ที่ รพ.สต.ในเขตห่างไกล โดยประสานเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ไว้ทุกครั้ง และเพื่อช่วยในกรณีที่ผู้ป่วยคลอดบนรถและ pass มาห้องคลอด โดยไม่ได้เข้าห้องฉุกเฉิน
- การประเมินคัดกรองความเสี่ยง ตามมาตรฐานห้องคลอดคุณภาพ (กรมการแพทย์)
- มีการวัดประเมิน HF ทุกรายกรณีคาดคะเนน้ำหนักทารกเกิน ๓,๕๐๐ กรัม รายงานแพทย์เพื่ออัลตราซาวด์ Confirm เพื่อวางแผนส่ง ต่อกรณีที่คาดว่าคลอดไม่ได้

* การดูแลระยะรอคลอด

- การบันทึกFHS ให้บันทึกขณะมีcontraction ไม่มีcontraction
- กรณีพบภาวะThick meconium stained ขณะรอคลอด เป็นข้อบ่งชี้หนึ่งในการพิจารณาเพื่อส่งต่อ
- ปรึกษาและประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายกรณีมีcase มารดาที่มีความเสี่ยง/ภาวะ ผิดปกติต่างๆ ทารกมีความเสี่ยงต่อภาวะBirth Asphyxia เพื่อลดระยะเวลาในการประสานการส่งต่อ
- Case near postterm/postterm ที่มีแผน Induction of Labour ต้องทำ U/S และ NST ก่อนเพื่อประเมิน
- ปรับปรุงแนวทางการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการนอกเวลาราชการให้เข้าห้องฉุกเฉินทุกราย

- เพิ่มเกณฑ์ในการ On EFM ในระยะรอดคลอดได้แก่ การเข้าสู่ระยะActive phase, ก่อนให้ยาเร่ง คลอด และหลังได้รับยาเร่งคลอดแล้วเจ็บครรภ์ทุก ๓- ๕ นาที

*** การดูแลในห้องคลอด**

- เปลี่ยนแนวทางการรายงานแพทย์ ในมารดาครรภ์แรก จากแบ่ง ๑ ชั่วโมงเป็นแบ่ง ๔๕ นาที และใน มารดาครรภ์ หลังแบ่ง ๓๐ นาที

-ประสานทีม ER ช่วยเหลือแก้ไขภาวะวิกฤติ

*** การดูแล ๒ ชั่วโมงหลังคลอด**

- วัด SPO๒ ในทารกแรกคลอดทุกรายหลังจากทารกคลอดไม่เกิน ๐๐ นาที และวัด ๒ ชม หลังคลอด

ระยะที่ ๓ เวลาการดำเนินการปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จากกรดำเนินการในปี ๒๕๖๗ พบภาวะ Birth Asphyxia ในนาทีที่ ๑ และ ๕ จำนวน ๓ ราย= ๓๑.๙ ต่อพันการเกิดมีชีพ สาเหตุเกิดจากปัจจัยด้านทารกคือทารกสายสะดือพันคอ ๒ รอบ และคลอดติดไหล่ จึงได้ทบทวนแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติมดังนี้

*** การดูแลในระยะตั้งครรภ์ :**

- มีคลินิก ANC high risk ที่ดูแลมารดาที่มีภาวะเสี่ยงต่างๆ ประเมินภาวะเสี่ยงด้านคลินิกระยะรอดคลอด อ้างอิงจากกรมการแพทย์ฉบับปรับปรุง ๒๐-๒-๒๕๖๐ และดูแลมารดาที่มีภาวะ weight loss

- ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงไปพบสูติแพทย์ที่โรงพยาบาลน่านทุกราย

- มีการส่งต่อข้อมูลมารดาที่มีภาวะเสี่ยงต่างๆมายังห้องคลอด การดูแลในห้องคลอดเมื่อรับใหม่

- ทำ NST ทูกรายและรายงานแพทย์เวรทราบโดยส่งผลNST ทางไลน์เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอย่าง

ทันท่วงที

- ฟื้นฟูความรู้การแปลผลNST

- เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความชำนาญในการดูแลมารดาที่มีภาวะเสี่ยงต่างๆและการช่วยคลอดในภาวะฉุกเฉิน ได้ การดูแลระยะรอดคลอด -ประสานmanager ทุกครั้งเมื่อมีมารดาที่มีภาวะเสี่ยงมาadmit

- มีสูติแพทย์ผู้ดูแลงานอนามัยแม่และเด็ก

- จัดทำแผนเรียกอัตรากำลังเสริม

*** การดูแลในห้องคลอด**

- มีการ monitor EFM ขณะเบ่งคลอดและลงข้อมูล FHS ทุก ๕ นาที มีระบบ one province one labour room เพื่อการพิจารณากับแม่ที่มึมเครือข่ายโดยทีมสูติแพทย์โรงพยาบาลน่าน

- ประสาน แพทย์และทีมงานไว้ทุกครั้งเมื่อมีมารดาที่มีภาวะเสี่ยงมาadmit

- มีแพทย์ผู้ดูแลงานอนามัยแม่และเด็ก

- เมื่อพบภาวะวิกฤตแพทย์LRสามารถร้องขอแพทย์ER (first call) มาช่วยได้และแพทย์OPD (second call)

- จัดทำแผนเรียกอัตรากำลังเสริม สร้างระบบ oncall

- มีระบบ one province one labour room รายงานเคส ทางแอปพลิเคชันทุกครั้งทุกราย

- มีการ monitor EFM ขณะเบ่งคลอดและลงข้อมูล FHS ทุก ๕ นาที

- ทำคลอดตามมาตรฐานกรมการแพทย์ ประเมินภาวะเสี่ยงด้านคลินิกระยะรอดคลอดอ้างอิงจากกรมการแพทย์ฉบับ

- เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตมารดาและทารกให้พร้อมใช้

- จัดเตรียม set UVC ให้พร้อมใช้ การดูแล๒ชั่วโมงหลังคลอด

- วัดSPO๒ ในทารกแรกเกิดทุกรายและเมื่อครบ ๒ ชั่วโมงหลังคลอด

- จัดเตรียมเครื่องวัดความดันโลหิตพร้อม Cuff BPสำหรับทารกแรกเกิด

- สร้างกลุ่ม line อนามัยแม่และเด็กเพื่อติดตามเคสและส่งข้อมูลต่างๆเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- ฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการเรื่องภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ให้แก่เจ้าหน้าที่ห้องคลอดและผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยแพทย์ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก
- เก็บประเด็นปัญหาต่างๆเพื่อสะท้อนในเวที MCH BOARD
- ส่งเจ้าหน้าที่ฟื้นฟูทักษะการดูแลทารกในภาวะวิกฤตที่โรงพยาบาลน่านโดยกุมารแพทย์ปีละ ๑ ครั้ง

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง : กราฟอัตราการเกิดภาวะ Birth Asphyxia ไม่เกิน ๒๕:๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ กราฟอัตราการเกิดภาวะ Birth Asphyxia นานที่ ๕ ไม่เกิน ๑๐:๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ



บทเรียนที่ได้รับ :

ด้านทักษะของทีมการช่วยทารกในภาวะวิกฤตเนื่องจากเปลี่ยนแพทย์บ่อยและมีการรับพยาบาลจบใหม่ทุกปี การทำงานเป็นทีมจึงไม่ดีเท่าที่ควรจึงมีการซ้อมทีมการช่วยทารกในภาวะวิกฤตอยู่เสมออย่างน้อยทุก ๑ ปีจัดบทบาททีม NCPR ให้ชัดเจน ส่วนการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ห้องคลอดนั้นมีการพัฒนาหลายรูปแบบทั้งส่งอบรมภายนอกจากผู้เชี่ยวชาญ เครือข่ายแม่และเด็กเพื่อ Update วิชาการและภายในได้มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น การทบทวนกระบวนการดูแล มาใช้ในการพัฒนากระบวนการดูแลสมรรถนะที่ต้องพัฒนา โดยเน้นการประเมินครรภ์เสี่ยง ระยะฝากครรภ์และแรกรับที่ห้องคลอด วางแผนคลอดอย่างเหมาะสม กรณีประเมินทารกในครรภ์น้ำหนักมากกว่า ๓,๕๐๐ กรัม กลุ่มเสี่ยงคลอดติดไหล่คลอดยาวนานทุกระยะของการคลอด พิจารณาส่งต่อการซ้อมแผนขั้นตอนเทคนิคการ ทำคลอดติดไหล่ คลอดท่าก้นที่อาจพบได้ ดูแลขณะพบสายสะดือ ย้อย การคัดกรองการวางแผนคลอดในทารกน้ำหนักมากกว่า ๓,๕๐๐ กรัมตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ กระบวนการดูแลขณะรอคลอดและระยะคลอดกรณี PROM ประเมินภาวะ Fetal distress และการดูแลเมื่อพบ Thick meconium ส่วนประเด็นการสื่อสารทั้งทีมผู้ปฏิบัติด้วยกันและการสื่อสารกับผู้รับบริการได้มีการปรับ SBAR ในการรายงานแพทย์ และพัฒนากระบวนการให้ข้อมูลโดยทีมสหวิชาชีพและทักษะการสื่อสารให้ที่การให้ข้อมูลกับญาติอย่างเหมาะสมครบถ้วน เช่น กรณีพบครรภ์เสี่ยงให้แจ้งแผนการรักษาตามแนวทางให้ชัดเจน

การติดต่อกับทีมงาน :

นางพชรพร มีบุญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
E-mail : meeboonpatcharaporn๕@gmail. ๐๕๔-๐๕๙๖๖๖ ต่อ ๑๑๓ (ห้องคลอด)

การพัฒนาระบบให้บริการตรวจโทรอยด์

นภาพรณีย์ ฝ่ายนันทะ, วรายุทธ ภาดา,
พิลาสลักษณ์ นาคอภิไชย, ชลพลสิริภูมิ พันชน
และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลท่าวังผา

คำสำคัญ : โทรอยด์, การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

สรุปผลงานโดยย่อ :

การพัฒนาระบบให้บริการตรวจโทรอยด์ ด้วยการเปิดตรวจให้บริการทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี สามารถลดระยะเวลาการให้บริการจาก ๑๔ วัน เป็น ๑ วัน และสามารถลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน (LEAN) และเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการด้วยการให้บริการใน VN เดียว ส่งผลให้ได้รับความพึงพอใจจากการรับบริการร้อยละ ๙๒ จากเดิมที่มีข้อร้องเรียนในเรื่องการติดตามผลที่ล่าช้า อีกทั้งยังสามารถป้องกันการผิดพลาดจากการแยกสิ่งส่งตรวจนำส่งสลับคนจาก Primary Tube สู่ Transfer Tube ได้ด้วย การพัฒนาระบบให้บริการตรวจโทรอยด์นอกจากจะเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานแล้ว ยังพบว่าต้นทุนของเปิดตรวจวิเคราะห์มีต้นทุนที่ลดลง เมื่อเทียบกับการส่งตรวจวิเคราะห์โดยห้องปฏิบัติการรับช่วงต่อ ถึงร้อยละ ๓๐-๔๐ ถึงเป็นการยกระดับการให้บริการที่มีคุณภาพและตอบสนองต่อนโยบายองค์กร และกระทรวงในหลายมิติ เช่น การให้บริการที่รวดเร็ว (ลดความแออัด) การปรับปรุงและพัฒนาขั้นตอนการให้บริการที่สะดวก (LEAN) และการลดต้นทุนในการตรวจวิเคราะห์

เป้าหมาย :

- เพื่อลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน (LEAN)
- เพื่อลดจำนวน VN ในการให้บริการการตรวจวิเคราะห์โทรอยด์
- เพื่อเพิ่มความพึงพอใจในการปรับรูปแบบบริการ
- เพื่อลดอัตราการสูญหายของตัวอย่างตรวจวิเคราะห์โดยห้องปฏิบัติการรับช่วงต่อ

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

การลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน (LEAN) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงในการดำเนินงาน โดยเฉพาะในการให้บริการตรวจวิเคราะห์โทรอยด์ ซึ่งมักพบว่ามีการใช้เวลานาน (TAT ๒ อาทิตย์) และมีระบบการส่งต่อ/รายงานผลที่ซับซ้อน ทำให้เกิดจำนวน VN (Visit Number) ที่สูงขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยต้องมา รพ. ๒ ครั้ง จึงส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้รับบริการลดลง การปรับรูปแบบบริการจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและเพิ่มความพึงพอใจ นอกจากนี้พบว่าอัตราการสูญหายของตัวอย่างตรวจวิเคราะห์เป็นอีกหนึ่งประเด็นสำคัญที่พบได้บ่อยครั้งในการส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการรับช่วงต่อ

กิจกรรมพัฒนา :

ลำดับ	ขั้นตอน	วิธีการ	ระยะเวลา
๑	คัดเลือกเครื่องตรวจวิเคราะห์โทรอยด์	-ประชุมในหน่วยงานและคัดเลือกเครื่องตรวจวิเคราะห์ที่มีคุณลักษณะเหมาะสมกับปริมาณงาน	สิงหาคม ๒๕๖๖

๒	การพัฒนากระบวนการให้บริการรูปแบบใหม่ และการนัดผู้ป่วย	-ประชุมทีมแพทย์และพยาบาล เพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติร่วมกันในการนัดหมู่ผู้ป่วย -เปิดให้บริการตรวจวิเคราะห์ทุกวันอังคาร และพฤหัสบดี	กันยายน ๒๕๖๖
๓	การให้การตรวจวิเคราะห์โทรอยด์	-ระบบสั่งตรวจจากคำสั่ง HosXP -รับตัวอย่างและรายงานผลผ่าน LIS	ตุลาคม ๒๕๖๖
๔	ประเมินผล	-รวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการให้บริการและประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ	พฤศจิกายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๗

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

ลำดับ	หัวข้อ	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
๑	ลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน	-ขั้นตอนการปฏิบัติงานลดลง และระยะเวลารอคอยผลลดลง (๑๔ วัน)	๑ วัน
๒	ลดการสูญหายของตัวอย่าง	-อัตราการสูญหายของสิ่งส่งตรวจเท่ากับร้อยละ ๐ (ระบบเดิม = ๑.๒)	ยังไม่พบอุบัติการณ์
๓	ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	-มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับระยะเวลารอผลและไม่พึงพอใจที่มีการขอเก็บตัวอย่างซ้ำเนื่องจากตัวอย่างสูญหาย	ความพึงพอใจต่อการพัฒนาร้อยละ ๙๒ และ ไม่พบข้อร้องเรียน

บทเรียนที่ได้รับ :

การพัฒนากระบวนการให้บริการตรวจโทรอยด์ ด้วยการเปิดตรวจให้บริการทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี สามารถลดระยะเวลาการให้บริการจาก ๑๔ วัน เป็น ๑ วัน และสามารถลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน (LEAN) และเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการด้วยการให้บริการใน VN เดียว ส่งผลให้ได้รับ ความพึงพอใจจากการรับบริการร้อยละ ๙๒

การติดต่อกับทีมงาน :

นางนภภรณ์ ฝ่ายนันทะ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลท่าวังผา
จังหวัดน่าน เลขที่ ๘๔ หมู่ ๑ ต.ท่าวังผา อ.ท่าวังผา จ.น่าน ๕๕๑๔๐

การพัฒนาระบบการให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลท่าม่วง

ณัฐนันท์ ลิทธิ์ทอง,ธิดารัตน์ ประพันธ์ และคณะ
งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI) กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

คำสำคัญ : ระบบการให้บริการฉีดวัคซีน ผู้รับบริการฉีดวัคซีน

สรุปผลงานโดยย่อ :

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลท่าม่วง ได้มีการพัฒนาระบบการให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี เพื่อให้ผู้รับบริการทุกคนเข้ารับบริการวัคซีนได้อย่างปลอดภัย และปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากการให้วัคซีน ดังนั้น งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปฏิบัติตามมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รายละเอียดดังนี้ การให้ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนแก่ผู้รับบริการ พัฒนารูปแบบการให้บริการวัคซีน ตรวจสอบระบบลูกโซ่ความเย็น อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวหลังรับวัคซีน ทบทวนทุกครั้งที่มีข้อร้องเรียน และข้อผิดพลาดจากการทำงาน ในปัจจุบันมีการเปิดให้บริการเดือนละ ๒ ครั้ง ทุกพุธที่ ๑ และพุธที่ ๓ ของเดือน

เป้าหมาย : เด็กอายุ ๐-๔ ปี

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

จากอุบัติการณ์พบผู้เสียชีวิต สงสัยจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในช่วงเดือนมกราคม ๒๕๖๗ จังหวัดน่านมีรายงานผู้เสียชีวิต สงสัยจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) ในพื้นที่อำเภอท่าม่วง จากการรับวัคซีน DTP และวัคซีน OPV เมื่อวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๗ ผลจากพิจารณาสาเหตุของเหตุการณ์ จากคณะผู้เชี่ยวชาญพิจารณาอาการภายหลังได้รับภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) ระดับประเทศ สรุปว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้เกี่ยวข้องกับวัคซีน และเป็นเหตุการณ์ที่เกิดร่วมโดยบังเอิญในช่วงเวลาเดียวกัน

งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โรงพยาบาลท่าม่วง ได้ดำเนินการเฝ้าระวังผู้ป่วย AEFI รายอื่นๆ และติดตามอาการของผู้รับวัคซีน สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา ๔ สัปดาห์ และประชาสัมพันธ์ สื่อสารความเชื่อมั่นเรื่องความปลอดภัยในการรับวัคซีน และพัฒนารูปแบบการให้บริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี ดังนี้

- ๑.ได้ทบทวนแนวปฏิบัติในการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามที่กำหนดไว้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับวัคซีน รูปแบบการให้บริการวัคซีน ระบบลูกโซ่ความเย็น
- ๒.ติดตามอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน
- ๓.การให้คำแนะนำแก่ ผู้ปกครอง ในการดูแลบุตรหลาน หลังรับวัคซีน การปฏิบัติตัวหลังรับวัคซีน เพื่อป้องกันอุบัติเหตุและลดความเสี่ยงต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามหลังการรับวัคซีน

วิธีปฏิบัติในกระบวนการให้บริการในคลินิกเด็กสุขภาพดีของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้เด็กในช่วงอายุ ๐-๕ ปี ได้รับวัคซีนถูกต้องและครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐาน กระบวนการให้บริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี มีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งสิ้น ๑๓ ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ จับบัตรคิว ยื่นสมุดสีชมพู ทำประวัติ คั่นแฟ้มประวัติ (กรณีเด็กในเขตรับผิดชอบ)

ขั้นตอนที่ ๒ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบศีรษะ บันทึกประวัติการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง รอบศีรษะของเด็กที่มา
รับบริการ

ขั้นตอนที่ ๓ จัดเรียงลำดับในการรับบริการวัคซีน

ขั้นตอนที่ ๔ ประเมินภาวะโภชนาการในสมุดสีชมพู

ขั้นตอนที่ ๕ ลงประวัติการรับวัคซีนครั้งปัจจุบันและนัดวัคซีนครั้งต่อไป เด็กได้รับวัคซีนครบตาม กำหนด

ขั้นตอนที่ ๖ จ่ายยา Paracetamol ชนิดน้ำ (ให้ทุกรายที่มารับวัคซีน) ยาเสริมธาตุเหล็ก (เฉพาะเด็กอายุ ๖
เดือนขึ้นไป)

ขั้นตอนที่ ๗ ตรวจฟันเด็ก ตรวจฟันเด็กที่เริ่มมีฟันตั้งแต่อายุ ๖ เดือนขึ้นไป

ขั้นตอนที่ ๘ ประเมินพัฒนาการเด็ก ประเมินพัฒนาการตามช่วงอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔๒ เดือน

ขั้นตอนที่ ๙ ฉีดวัคซีนให้เด็ก ฉีดวัคซีนถูกต้องตรงตัวตรงคน

ขั้นตอนที่ ๑๐ เจาะเลือดหาภาวะซีด เจาะเลือดหาภาวะซีดในเด็กอายุ ๙ เดือน

ขั้นตอนที่ ๑๑ สังเกตอาการแพ้วัคซีน เด็กได้รับสังเกตอาการผิดปกติหลังได้รับวัคซีน และได้รับการช่วยเหลือ
ทันเวลา

ขั้นตอนที่ ๑๒ กลับบ้าน

กิจกรรมการพัฒนา :

- **ความรู้เกี่ยวกับวัคซีน** การทบทวนความรู้จากสถาบันวัคซีนแห่งชาติ GURUVACCINE
- **รูปแบบการให้บริการวัคซีน** มีขั้นตอนการบริการที่ชัดเจน มีการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานการ
ดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามที่กำหนดไว้
- **การปฏิบัติตัวหลังการได้รับวัคซีน** มีการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว และให้ความรู้หลังการรับวัคซีน
ให้กับผู้ปกครอง เน้นย้ำให้ผู้ปกครองพาเด็กพักสังเกตอาการหลังรับวัคซีน ๓๐ นาที ก่อนกลับบ้าน
- **ระบบลูกโซ่ความเย็น** มีการเปลี่ยนกระติกใส่วัคซีนที่ได้มาตรฐาน ตรวจเช็คอุณหภูมิตู้เย็นวัคซีนทั้งภาค
เข้าและภาคจ่ายอย่างเคร่งครัด

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

การพัฒนากระบวนการให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี ส่งผลต่อคุณภาพของวัคซีนและป้องกันอุบัติการณ์ ลด
ความเสี่ยงต่างๆ และไม่พบเด็กที่ไม่มีอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีน

บทเรียนที่ได้รับ :

คลินิกสุขภาพเด็กดี เมื่อมีอุบัติการณ์พบผู้เสียชีวิต สงสัยจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในช่วงเดือนมกราคม
๒๕๖๗ จังหวัดน่านมีรายงานผู้เสียชีวิต สงสัยจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน
โรค (AEFI) ทางงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้เน้นในด้านความรู้เกี่ยวกับวัคซีน รูปแบบการให้บริการ การปฏิบัติ
ตัวหลังการรับวัคซีน ระบบลูกโซ่ความเย็น ปฏิบัติงานให้เป็นไปตามมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน
โรคตามที่กำหนดไว้

การติดต่อกับทีมงาน :

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ ชื่อองค์กร ที่อยู่ โทรศัพท์/email

๑. นายณัฐนันท์ สิทธิทอง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
โรงพยาบาลท่าวังผา ที่อยู่ ๘๔ หมู่ ๑ ต.ท่าวังผา อ.ท่าวังผา จ.น่าน โทร. ๐๙๓-๑๗๔๙๗๐๔

Email natthanan.s@scphpl.ac.th

๒. นางธิดารัตน์ ประพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
โรงพยาบาลท่าวังผา ที่อยู่ ๘๔ หมู่ ๑ ต.ท่าวังผา อ.ท่าวังผา จ.น่าน โทร ๐๘๗-๐๑๒๓๒๘๒

**การพัฒนาระบบการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้นวัตกรรม๑ กำปั้น
เท่ากับ ๑ มื้อ (จะให้ดีใน๑มื้อไม่ควรเกิน๑กำปั้น)**

พรุทัย ลินทุมวงค์
กลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลท่าวังผา

คำสำคัญ : พัฒนาระบบการให้ความรู้

สรุปผลงานโดยย่อ :

จากการให้ความรู้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในคลินิก NCD การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานตักผู้ป่วยในรวมถึงการให้ความรู้กับผู้ป่วยตาม รพ.สต.ต่างๆพบปัญหาคือวิถีชีวิตของผู้ป่วยในอำเภอท่าวังผาซึ่งมีอาชีพเกษตรกรรมและทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลักและกับข้าวส่วนใหญ่ต้องรับประทานกับข้าวเหนียวและนั่งล้อมวงในการรับประทานอาหาร ใน ๑ มื้ออาหารของผู้ป่วยต้องประกอบด้วยข้าวเหนียว แต่ปริมาณข้าวเหนียวต่อ ๑ มื้อที่ทำให้ความรู้ไปผู้ป่วยไม่สามารถชั่ง ตวง วัดได้ตามปริมาณที่เราสอนได้ ประกอบกับการรับประทานในแต่ละมื้อจะเน้นข้าวมากกว่ากับ หรือมักจะข้าวเหนียวไปรับประทานกับอาหารประเภทแป้งพวก เผือก มัน ข้าวโพด

กลุ่มงานโภชนศาสตร์โรงพยาบาลท่าวังผาจึงได้พัฒนาระบบการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้นวัตกรรม๑ กำปั้นเท่ากับ ๑ มื้อ (จะให้ดีใน๑มื้อไม่ควรเกิน๑กำปั้น) เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีปัญหาเรื่องระดับ HbA_{1c}>๖.๕ และมีระดับFBSอยู่ระหว่าง ๑๕๐ – ๓๕๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งนวัตกรรมนี้ถูกสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยในอำเภอท่าวังผา ซึ่งผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และนำไปปฏิบัติได้ด้วยตัวเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดควบคู่กับการควบคุมอาหารประเภทอื่น

เป้าหมาย :

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาเรื่องระดับ HbA_{1c}>๖.๕ และมีระดับFBSอยู่ระหว่าง ๑๕๐ – ๓๕๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในคลินิก NCD และนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลท่าวังผา รวมถึงการให้ความรู้กับผู้ป่วยตาม รพ.สต.ต่างๆ

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

จังหวัดน่านเป็นจังหวัดหนึ่งที่พบผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี ปี ๒๕๖๔ มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน ๒๕,๑๕๙ ราย ปี๒๕๖๕ มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน ๒๖,๖๓๓ ราย ในปี๒๕๖๖ มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน ๒๘,๖๗๐ คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกๆปี และจากสถิติโรงพยาบาลท่าวังผามีผู้ป่วยเบาหวาน ปี๒๕๖๔ มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน ๒,๙๖๕ ราย ปี ๒๕๖๕ มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน ๓,๑๐๓ ราย และในปี ๒๕๖๖ มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน ๓,๓๖๔ คนแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ดี (FBS ≤ ๑๓๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร , HbA_{1c} < ๖.๕) คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๖๑ รายและกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (FBS

≥๑๓๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, HbA๑C >๖.๕) คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๓๙ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ หากไม่ได้รับการดูแลและการให้คำแนะนำที่เหมาะสม จะส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา

การให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลท่าม่วงที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่ามีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในการรับประทานอาหาร ขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องไม่รู้ว่าควรบริโภคอาหารประเภทไหน ปริมาณเท่าไรจึงจะเหมาะสมและไม่รู้ว่าอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานนั้นคืออะไรบ้าง รวมถึงไม่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถงดอาหารบางประเภท กลุ่มงานโภชนศาสตร์ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวและสนใจที่จะหาแนวทางการสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและพฤติกรรมอาหารการบริโภคอาหารที่ถูกต้องในผู้ป่วยเบาหวาน เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเน้นการจัดการตนเองด้านกระบวนการสร้างทักษะการคิดแก้ปัญหา การจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน จำเป็นต้องอาศัยควบคุมพฤติกรรมในด้านต่างๆ เช่น พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย ซึ่งต้องทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งหากควบคุมได้ไม่ดีจะส่งผลกระทบต่อ

กิจกรรมการพัฒนา :

๑. ปัญหาที่ได้จากการให้ความรู้กับผู้ป่วยกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในคลินิก NCD การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานตักผู้ป่วยใน รวมถึงการให้ความรู้ตาม รพ.สต.ต่างๆมาวิเคราะห์และคิดหาวิธีการที่จะช่วยแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

๒. นำนวัตกรรม ๑ กำปั้น เท้ากับ ๑ มือ (จะให้ตีใน ๑ มือไม่ควรเกิน ๑ กำปั้น) เป็นเครื่องมือในการให้ความรู้กับผู้ป่วยเบาหวานเพราะผู้ป่วยไม่สามารถชั่ง ตวง วัดได้ตามปริมาณที่เราสอนได้ หรือแม้กระทั่งก่อนหน้านี้เคยสร้างนวัตกรรมกล่องข้าวเบาหวานแต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยไม่สามารถนำเอาใช้ได้ในชีวิตประจำวันเพราะมีความยุ่งยากต่อการพกพาสำหรับการรับประทานอาหารเช้าในแต่ละมื้อ เน้นให้ผู้ป่วยทำประจำสม่ำเสมอจนเกิดความคุ้นชิน

๓. ทดลองใช้ เป็นสื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในคลินิก NCD ที่คัดเลือกโดยมีเงื่อนไขคือผู้ป่วยมีระดับ HbA๑C > ๖.๕ หรือผู้ป่วยที่มีระดับ FBS อยู่ระหว่าง ๑๕๐ - ๓๕๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จำนวน ๒๕ ราย แยกเป็นเพศชาย ๑๐ ราย เพศหญิง ๑๕ รายอายุระหว่าง ๔๐ - ๘๐ ปี

๔. ประเมินผลการให้ความรู้โดยใช้นวัตกรรม ๑ กำปั้น เท้ากับ ๑ มือ (จะให้ตีใน ๑ มือไม่ควรเกิน ๑ กำปั้น) โดยสอบถามผู้ป่วยว่ามีความเข้าใจมากขึ้นเพียงใดหลังจากให้ความรู้ และมีการติดตามผลน้ำตาลในเลือด FBS และระดับ HbA๑C ของผู้ป่วยแต่ละรายนำผลมาวิเคราะห์

๕. นำผลจากการประเมินผลมาวิเคราะห์ถ้าระดับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน เท้ากับ ๘๐-๑๓๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรมีการเพิ่มกิจกรรมโดยให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการได้มาทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น มีการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยน ประสบการณ์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานของ ผู้ป่วยแต่ละรายเป็นแบบอย่างที่ดี หรือมีการนำแนวคิดการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยรายอื่นไปปรับใช้เพื่อสร้างพลังใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และน้ำตาลสะสมอย่างยั่งยืน ส่วนผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีการกระตุ้นเตือนเพื่อไม่ให้ระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้นและหาปัจจัยอื่นร่วมด้วยที่ส่งผลต่อการทำให้น้ำตาลในเลือด และน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น นอกจากการรับประทานอาหารเช่น การออกกำลังกาย ความสัมพันธ์และ การทิ้งระยะห่างระหว่างการฉีดหรือรับประทานยาก่อนอาหารกับการรับประทานอาหารเช้า เช่น ฉีดยาแล้วทิ้งไว้เป็นเวลา ๑ ชั่วโมงค่อยรับประทานอาหารเช้า หรือรับประทานอาหารเช้าไปแล้วนึก ได้ว่า สัม

รับประทานยาหรือลิมิตดิดยา บางรายรับประทานอาหารทันทีหลังฉีดยาผู้ป่วยบางรายยังขาดความรู้และมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า ชา กาแฟ นม ก่อนฉีดยาเพราะคิดว่าไม่ใช่อาหารเป็นน้ำ

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

เมื่อพัฒนากระบวนการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้นวัตกรรม๑ กำปั้นเท่ากับ ๑ มื้อ (จะให้ตีใน๑มื้อไม่ควรเกิน๑กำปั้น)โดยนำไปใช้เป็นสื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในคลินิก NCD จำนวน ๒๕ ราย แยกเป็นเพศชาย ๑๐ ราย เพศหญิง ๑๕ รายอายุระหว่าง ๔๐ - ๘๐ ปี คัดเลือกโดยมีเงื่อนไขคือผู้ป่วยมีระดับ HbA๑C > ๖.๕และผู้ป่วยที่มีระดับ FBSอยู่ระหว่าง ๑๕๐ - ๓๕๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร พบว่า ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือด FBSและ HbA๑C ลดลง ๑๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๒ ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือด FBS และ HbA๑C เพิ่มขึ้น ๗คนคิดเป็นร้อยละ ๒๘ นอกจากนี้ยังพบสาเหตุอื่นที่ทำให้น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยมีความผันผวนคือ การเปลี่ยนไตสยา การทิ้งระยะห่างระหว่างการฉีดยากับการรับประทานอาหารเช้าในแต่ละมื้อ

บทเรียนที่ได้รับ :

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวานให้มีความยั่งยืนต้อง อาศัยความร่วมมือทั้งเจ้าหน้าที่ในการกระตุ้นเตือนให้คำปรึกษาแนะนำญาติที่ช่วยดูแล ที่สำคัญคือการตระหนักรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่เหมาะสมเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้ป่วยรายอื่นไปนำปรับใช้เพื่อสร้างพลังใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และน้ำตาลสะสมอย่างยั่งยืน

การติดต่อกับทีมงาน :

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ งานโภชนศาสตร์โรงพยาบาลท่าวังผา ต.ท่าวังผา อ. ท่าวังผา จ.น่าน ๕๕๑๔๐
TEL- ๐๘๑๐๒๘๕๒๑๗ email- numtaoe@hotmail.com

มารดาหลังคลอดที่น้ำนมไม่ไหล แพทย์แผนไทยช่วยได้

พัทตร์พิไล ไชยเพียร กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลท่าม่วง

คำสำคัญ :

มารดาหลังคลอดที่ไม่มีน้ำนม, การไหลของน้ำนม

มารดาหลังคลอดที่ไม่มีน้ำนม หมายถึง มารดาที่คลอดปกติ (Normal Labor) ณ โรงพยาบาลท่าม่วง โดย มีภาวะน้ำนมไม่ไหล และอยู่ระหว่างการพักรักษาตัวในของโรงพยาบาลท่าม่วง ส่งต่อมายังกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การไหลของน้ำนม หมายถึง ระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลหลังจากทำการนวดไทยเพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่น้ำนมไม่ไหลโดยนับเป็นชั่วโมงจากเวลาคลอดจนถึงเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลซึ่งประเมินได้จากการบีบบริเวณลานนมแล้วพบว่ามือน้ำนมซึมที่หัวนม

สรุปผลงานโดยย่อ :

ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ มารดาที่คลอดปกติ (Normal Labor) และอยู่ระหว่างการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ท่าม่วง จังหวัดน่าน มีทั้งหมด ๙๕ คน ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน ๔๒ คน ทั้งหมด ๑๙๑ ครั้ง พบว่ามารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีปัญหา น้ำนมไหลน้อย เต้านมคัดตึง จึงได้จัดทำโปรแกรมการนวดและประคบเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพร ประกอบด้วย การให้ความรู้แก่มารดาโดยการบรรยาย การสอนสาธิต และสาธิตย้อนกลับ ในเรื่องการประคบเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพร การนวดเต้านมเพื่อกระตุ้นการสร้างและหลังของน้ำนม ประกอบด้วยทำพื้นฐาน ๖ ท่า พบว่า มารดาหลังคลอดมีคะแนนระดับการไหลของน้ำนมเพิ่มมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๑๙ อัตรามารดาหลังคลอดที่มีปัญหาเกี่ยวกับหัวนม เต้านมลดลง ร้อยละ ๘๕.๗๑ และมารดาหลังคลอดสามารถสาธิตย้อนกลับโปรแกรมการนวดและประคบเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรได้ร้อยละ ๙๐.๔๗ ซึ่งเป็นช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร และยังเป็นส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

เป้าหมาย :

มารดาที่คลอดปกติ (Normal Labor) และอยู่ระหว่างการพักรักษาตัวในของโรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดน่าน

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

มารดาที่คลอดปกติ (Normal Labor) และอยู่ระหว่างการพักรักษาตัวในของโรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดน่าน พบว่ามีปัญหา คือ น้ำนมไหลน้อย เต้านมคัดตึง ทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวลกลัวทารกจะได้รับนมไม่เพียงพอ และเมื่อมารดาไม่ได้ให้ลูกดื่มนมอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องทุก ๒-๓ ชั่วโมง ส่งผลให้การสร้างและไหลของน้ำนมลดลง จึงทำให้มารดาตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมผสมทำให้ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตรเพิ่มมากขึ้น

กิจกรรมการพัฒนา : โปรแกรมการนวดและประคบเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพร ประกอบด้วย การให้ความรู้แก่มารดาโดยการบรรยาย การสอนสาธิต และสาธิตย้อนกลับ ในเรื่องการประคบเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพร การนวดเต้านมเพื่อกระตุ้นการสร้างและหลังของน้ำนม ประกอบด้วยทำพื้นฐาน ๖ ท่า ได้แก่

๑. ทำผีเสื้อขยับปีก (Butterfly stroke) วางมือที่เต้านมด้านในนิ้วชิดกัน นวดจากเต้านมด้านในออกไปด้านนอกในลักษณะหมุนวน

๒. ทำหมุนวนปลายนิ้ว (Fingertip circles) ใช้อุ้งมือหนึ่งรองเต้านมส่วนปลายนิ้วทั้ง ๔ ของอีกมือวางเหนือลานนม แล้วนวดหมุนไปรอบๆทำซ้ำ ๕ รอบ

๓. ทำประกายเพชร (Diamond stroke) ใช้ฝ่ามือวางทาบลงเต้านม จากนั้นบีบมือทั้ง ๒ เข้าหากัน พร้อมกับเลื่อนมือลงไปที่ลานนมทำสลับขึ้นลง

๔. ทำกระตุ้นท่อน้ำนม (Acupressure point I) ยกมือข้างซ้ายวางไปด้านหลัง แล้วใช้นิ้วชี้วางบริเวณเหนือลานนมหนึ่งซอกนิ้วแล้วกดนิ้วชี้พร้อมกับวนที่ปลายนิ้วในตำแหน่งเดียวกัน

๕. ทำเปิดท่อน้ำนม (Acupressure point II) ยกมือข้างขวาวางไปด้านหลัง โดยใช้สามนิ้วของมือข้างขวาวางทาบนเหนือลานนมแล้วใช้สามนิ้วของมือซ้ายวางทาบทอจากนิ้วสุดท้ายของมือขวา จะได้ตำแหน่งการวางของนิ้วชี้ข้างซ้าย แล้วจึงกดและหมุนวนลงในตำแหน่งที่วัดได้คลายและกด ทำซ้ำ ๕ ครั้ง

๖. ทำบีบน้ำนม (Final steps) ในขั้นตอนสุดท้ายต้องทำให้ครบทั้ง ๔ ท่า โดยทุกขั้นตอนต้องไม่สัมผัสลูกหัวนม

๖.๑ ใช้อุ้งมือขวาประคองเต้าแล้วใช้นิ้วชี้ข้างซ้ายกดและหมุนวนไปโดยรอบลานนม

๖.๒ วางนิ้วมือขวาเต้าขวาแล้วกดนิ้วเข้าหากันพร้อมกับคลึงไปมาอย่างนุ่มนวล

๖.๓ ใช้เฉพาะนิ้วชี้ วางนาบลงที่ขอบลานนมทั้งสองข้าง กดนิ้วทั้งสองเข้าหากันในลักษณะบีบ-คลายสลับกัน

๖.๔ วางนิ้วมือขวาเต้าซ้ายแล้วกดนิ้วเข้าหากันในลักษณะบีบ-คลายสลับกัน เพื่อบีบน้ำนมในขั้นสุดท้าย ทำท่าละ ๓ นาที

วิธีการนวดเต้านมจะนวดเต้านมทีละข้างต่อเนื่องกันนานข้างละ ๑๐ นาที ขณะทำการนวดเต้านม ผู้นวดได้นั่งลูกประคบผ่านไอน้ำแล้วได้ทดลองลูกประคบที่ท้องแขนของตนเองก่อนการประคบจริงที่เต้านมของมารดาหลังคลอดด้วยระดับความร้อนที่ไม่ร้อนเกินไป เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการประคบสมุนไพร ประคบเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพร ๒ ลูกทีละลูกสลับกันที่เต้านมทีละข้างนานต่อเนื่องข้างละ ๒๐ นาทีรวมระยะเวลาการนวดประคบทั้งหมด ๖๐ นาที โดยการนวดเต้านมจะกดผิวหนังบริเวณรักแร้ เรื่อยมาจนถึงรอบๆลานนมและหัวนม และมารดาหลังคลอดทุกรายจะได้รับการทำความสะอาดหัวนมเพื่อกำจัดคราบไคลรูเปิดของท่อน้ำนมทั้ง ๒ ข้าง ก่อนและหลังได้รับหัตถการนวดและประคบเต้านมทุกครั้ง

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

วัดผลโดยใช้แบบประเมินคะแนนการไหลของน้ำนม ซึ่งวัดคะแนนการไหลของน้ำนมแบ่งเป็น ๕ ระดับ และผลของการเปลี่ยนแปลงของมารดาหลังคลอดหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในการรับบริการครั้งแรก พบว่า คะแนนการไหลของน้ำนมเพิ่มขึ้นร้อยละ ๗๖.๑๙ และอัตราการคลอดหลังคลอดที่มีปัญหาเกี่ยวกับหัวนม เต้านม คือ หัวนมแตก เต้านมอักเสบ ท่อน้ำนมอุดตัน เต้านมคัดตึงลดลงร้อยละ ๘๕.๗๑ และมารดาสามารถนำความรู้ที่ได้จากการบรรยาย การสอนสาธิต และสาธิตย้อนกลับไปปฏิบัติใช้ได้ร้อยละ ๙๐.๔๗

บทเรียนที่ได้รับ :

ควรมีการติดตามและเก็บข้อมูลของอาการไม่พึงประสงค์หลังการนวดและประคบเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาหลังคลอดและทารก เช่น การแพ้สมุนไพร ผื่น การท้องเสีย เพื่อนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

การติดต่อกับทีมงาน :

นางสาวพัศตร์พีไล ไชยเพียร กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลท่าวังมา
จังหวัดน่าน โทรฯ ๐๙๕-๕๙๓๕๔๒๘ อีเมลล์ bbeerpugpilai@gmail.com

การพัฒนางาน ๕ ส. ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าวังมา

วาสนา ไชยเสน,ชัยพันธ์ วิชา,บุษบา เสนนันตา
เจ้าหน้าที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และพนักงานเปลทุกคน
งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าวังมา

คำสำคัญ : ๕ ส.

สรุปผลงานโดยย่อ :

การพัฒนา ๕ ส. ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลท่าวังมา ช่วยให้การจัดการพื้นที่และอุปกรณ์มีระเบียบ
สะอาด และมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ลดเวลาในการค้นหาอุปกรณ์ และสร้าง
สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ อุปกรณ์หมดอายุลดลงร้อยละ ๙๐, คะแนนการตรวจ
๕ส. เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๙๐, และความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๘๕

เป้าหมาย :

๑. เพื่อให้การจัดการพื้นที่และอุปกรณ์ให้เป็นระเบียบ สะอาด และมีประสิทธิภาพมากขึ้น
๒. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ลดเวลาในการค้นหาอุปกรณ์ และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน
ได้ดีขึ้น

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

การจัดเก็บของในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในห้องเก็บอุปกรณ์พบว่าไม่เป็นระเบียบและไม่สะอาด ซึ่งมีผลกระทบต่อ
การเข้าถึงและใช้งานอุปกรณ์ได้ล่าช้า ในบางครั้งไม่มีพื้นที่เพียงพอสำหรับการจัดเก็บอุปกรณ์อย่างเหมาะสม ส่งผล
ให้การใช้งานไม่สะดวกและอาจเกิดความผิดพลาดในขณะที่ให้บริการผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า การแบ่งหน้าที่และ
ความรับผิดชอบในการจัดเก็บและดูแลอุปกรณ์ยังไม่ชัดเจน ทำให้การปฏิบัติตามมาตรฐาน ๕ ส. (สะสาง สะอาด
สะดวก สุขลักษณะ สร้างนิสัย) ไม่สม่ำเสมอและไม่ได้รับการดูแลอย่างเพียงพอ เช่น พบรายการของบางอย่างที่
สะสมและไม่ได้ใช้งานในระยะยาว, อุปกรณ์บางรายการหมดอายุหรือไม่ใช้งานแล้ว แต่ยังคงถูกเก็บไว้ในห้อง

กิจกรรมการพัฒนา:

เพื่อพัฒนาระบบการจัดเก็บอุปกรณ์ในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากขึ้น ได้มีการ
ดำเนินกิจกรรมพัฒนาดังนี้:

- ๑ การจัดระเบียบ (สะสาง) :
 - สํารวจและคัดแยกอุปกรณ์ที่จำเป็นและไม่จำเป็น
 - ร่วมกำหนดผู้รับผิดชอบกับหัวหน้างานและทีม ๕ ส. ของหน่วยงานในการตรวจสอบและจัดการกับ
อุปกรณ์ที่ไม่ได้ใช้งานหรือหมดอายุ เพื่อลดความเสี่ยงจากการเก็บอุปกรณ์ที่ไม่จำเป็นจัดทำบัญชีรายการอุปกรณ์
ทั้งหมด

- จำหน่ายอุปกรณ์หรือวัสดุที่หมดอายุหรือไม่ได้ใช้งานตามระเบียบพัสดุ

๒ การจัดวาง (สะดวก) :

- ร่วมออกแบบ ปรับปรุงการจัดพื้นที่และขออนุมัติจัดสร้าง ตู้เก็บ/ชั้นวางให้เพียงพอและเหมาะสมกับพื้นที่ เพื่อให้สามารถเข้าถึงและใช้งานอุปกรณ์ได้สะดวกและรวดเร็ว
- จัดทำผังการจัดวางอุปกรณ์ ติดป้ายชื่อและตำแหน่งจัดเก็บให้ชัดเจน
- จัดวางของตามประเภท การแบ่งหมวดหมู่ของใช้ โดยมีการผสมผสานตามหลักการ IC การแบ่งตามประเภท วัสดุการแพทย์ วัสดุสำนักงาน ครุภัณฑ์การแพทย์ การจัดเรียงตามหลัก First In First Expire แบ่งโซนการจัดเก็บตามความถี่การใช้งาน

๓ การทำความสะอาด (สะอาด) :

- ร่วมจัดทำตารางทำความสะอาดประจำวัน/สัปดาห์/เดือน
- บุคลากรร่วมดำเนินการในหน่วยงาน

๔ การสร้างมาตรฐาน (สุจริต) :

- จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน ๕ส.
- ประชุมร่วมกันกำหนดกับทีม ๕ ส. ในหน่วยงานโดยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละพื้นที่ชัดเจน
- สร้างแบบฟอร์มตรวจสอบการปฏิบัติงาน การตรวจเช็คความเพียงพอ พร้อมใช้ของวัสดุอุปกรณ์

๕ การสร้างวินัย (สร้างนิสัย) :

- กำหนดการประชุมติดตามผลทุกเดือน
- จัดกิจกรรม Big Cleaning Day ทุก ๓ เดือน

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง:

๑. จำนวนอุปกรณ์หมดอายุลดลงร้อยละ ๙๐
๒. คะแนนการตรวจประเมิน ๕ส. เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๖๕ เป็นร้อยละ ๙๐
๓. ความพึงพอใจของบุคลากรในทีม ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานและการจัดเก็บของในหน่วยงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๖๕ เป็นร้อยละ ๘๕

บทเรียนที่ได้รับ

- การมีส่วนร่วมของทีมเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ
- การกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนช่วยให้การดูแลพื้นที่ที่มีความต่อเนื่อง
- ระบบการจัดเก็บที่ดีช่วยลดเวลาการทำงานและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ
- การติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอช่วยให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- การสร้างวัฒนธรรม ๕ส. ต้องอาศัยความร่วมมือและการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

การติดต่อกับทีมงาน :

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ นางวาสนา ไชยเสน และเจ้าหน้าที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
พนักงานเปล โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๘๗-๐๗๘๑๑๕๒

การพัฒนากระบวนการหีบห่ออุปกรณ์และการนำส่งอุปกรณ์งานทันตกรรม

ศุภลักษณ์ ธนามี, อิศรายุทธ ไชยมิ่ง, เพ็ญศรี จันทร์สุข,
เทวฤทธิ์ ท้าวบรรพต, ธนบดี ไบยา และศรีพลอย ลีทธิยศ
งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลท่าม่วง

คำสำคัญ : การพัฒนา กระบวนการหีบห่อ งานทันตกรรม

สรุปผลงานโดยย่อ :

การพัฒนากระบวนการหีบห่ออุปกรณ์ชิ้นเล็ก/แหลมคม และเป็นอุปกรณ์เฉพาะ ของงานทันตกรรม ทำให้เกิดความร่วมมือกัน ในการป้องกันเครื่องมือเสียหาย ลดค่าใช้จ่ายที่สูญเปล่า ของโรงพยาบาล ลดอัตราเครื่องมือแพทย์ที่ชำรุด ผู้ป่วยได้รับบริการทันเวลา เกิดความพึงพอใจของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

เป้าหมาย :

เพื่อลดอัตราเครื่องมือแพทย์ที่ชำรุด สูญเสียค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และระยะเวลาารอคอยนานของผู้ป่วย

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

สถิติการหีบห่อ จำนวนการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ ของอุปกรณ์งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลท่าม่วง ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีจำนวน ๒๓๓,๑๘๙ ๒๖๘,๖๐๐ และ ๒๘๘,๒๘๐ ขึ้น กระบวนการสำคัญ (Key Process) สิ่งคาดหวังจากกระบวนการ ด้านการจัดหีบห่ออุปกรณ์ มีการห่ออุปกรณ์ถูกต้องตามเทคนิค มิดชิด สะดวกต่อการใช้งาน และอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน การบรรจุห่ออุปกรณ์เข้าเครื่องทำให้ปราศจากเชื้อ มีการทำความสะอาดภายในเครื่องก่อนนำห่ออุปกรณ์เข้าเครื่อง มีการตรวจสอบความเรียบร้อยของห่ออุปกรณ์ก่อนนำเข้าเครื่อง มีการแยกประเภทห่ออุปกรณ์ และจัดเรียงอย่าง หน่วยงานได้รับอุปกรณ์ครบถ้วนถูกต้อง และทันต่อความต้องการ ซึ่งความไม่พร้อมใช้ของอุปกรณ์ ก็เป็นกิจกรรมสำคัญในการดูแลผู้ป่วย หากอุปกรณ์มีความไม่พร้อมใช้ ก็อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ใช้ตามมา พบความไม่พร้อมใช้ของอุปกรณ์ ปี ๒๕๖๖ เนื่องจากได้รับรายงานอุบัติการณ์จากงานทันตกรรม พบ ๑) อุปกรณ์ที่มึนทะลุและหักชำรุด จำนวน ๒ ครั้ง ๒) อุปกรณ์ที่ทำการลื้อคแล้ว ในชุดกล่องใส่อุปกรณ์งานอุดฟัน(อุปกรณ์เฉพาะ) ยื่นออกมานอกกล่อง จำนวน ๒ กล่อง ทำให้เกิดการใช้งานที่ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้รับผลงานเกิดความไม่พึงพอใจ การพัฒนาครั้งแรก ๑.) นำอุปกรณ์ชิ้นเล็ก ใส่ในหม้อสแตนเลส พบว่ามีการนำอุปกรณ์ชิ้นเล็กใส่ในหม้อสแตนเลสขนาดใหญ่และมีการใส่ในปริมาณที่มาก ๒.) การนำอุปกรณ์ใส่ในหม้อสแตนเลสจำนวนมาก น้ำหนักมากพบว่า ผู้ขนส่งบางท่านยกไม่ไหว มีอาการปวดหลัง

กิจกรรมการพัฒนา :

๑. การประชุมทบทวนร่วมกันของบุคลากรงานจ่ายกลาง

๒. การหารูปแบบแนวทางปฏิบัติร่วมกัน

- อุปกรณ์ชิ้นเล็ก นำใส่ถุงผ้า ผ่านการนึ่ง นำใส่กล่องพลาสติกฝาปิดมิดชิด(ขนาดยกได้สะดวก)เพื่อนำส่ง
- ยกเลิกการใช้หม้อสแตนเลสขนาดใหญ่

- อุปกรณ์ชิ้นขนาดกลาง นำใส่หม้อสแตนเลสใบเล็ก

๓. การติดตามประเมินผล

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

- พบอุปกรณ์เฉพาะ หักชำรุด ๑ ครั้ง และที่หีบห่อในกล่องเฉพาะเลื่อนหลุดออกจากกล่อง แต่ไม่หักชำรุด ๑ ครั้ง
- ลดอาการปวดหลังของบุคลากรงานจ่ายกลาง
- บุคลากรงานทันตกรรมมีความพึงพอใจร้อยละ ๘๙.๑๒
- บุคลากรงานจ่ายกลางพึงพอใจ ร้อยละ ๙๐.๘๗

บทเรียนที่ได้รับ :

การปฏิบัติงานหากพบปัญหา หากทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน หากยังพบปัญหาในเรื่องเดิม ก็มีกระบวนการทำ PDCA อย่างต่อเนื่อง ความร่วมมือร่วมใจกันในการพัฒนางาน ทำให้ผลงานมีคุณภาพดีขึ้น ทำให้สะดวกในการปฏิบัติ ลดค่าใช้จ่ายจากการสูญเสียทรัพยากร ทำให้ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยลดลง ผู้ให้และผู้รับผลงานเกิดความพึงพอใจ เกิดความสุขในการทำงานมากขึ้น

การติดต่อกับทีมงาน :

นางศุภลักษณ์ ธนามี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน งานจ่ายกลาง ที่อยู่ โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดน่าน
โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก (๐๕๔) ๗๑๐๑๓๘ ต่อ ๑๕๒ Email: Su.palak@hotmail.com

เอกสารอ้างอิง

สมาคมศุนย์กลางงานปราศจากเชื้อแห่งประเทศไทย.(๒๕๖๑).แนวปฏิบัติการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อเครื่องมือแพทย์. นนทบุรี.

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

อะเคื่อ อุณหเลขกะ. (๒๕๕๖). ระบาดวิทยาและแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล.

เชียงใหม่: โรงพิมพ์มิ่งเมือง.

การพัฒนาระบบการบริการรถพยาบาลรับเหตุฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล

ยรรยง แสนพิช, บัญชาญ พิชะ, ชาตรี จันทะยอด,
ณัฐสิทธิ์ ค่อมสิงห์ และชาติชาย ทะลี งานยานพาหนะ โรงพยาบาลท่าม่วง

คำสำคัญ : รถพยาบาล ฉุกเฉิน Ambulance EMS

สรุปผลงานโดยย่อ :

งานยานพาหนะได้พัฒนาระบบการบริการรถพยาบาลรับเหตุฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลโดยใช้หลักแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของรถพยาบาลฉุกเฉิน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน) แนวคิด ๓S ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และ ๓P Safety ได้พัฒนาโครงสร้าง ระบบบริการ และการจัดอัตรากำลัง พบว่าหลังดำเนินการ นาน ๑ ปี สามารถบรรลุเป้าหมายในการจัดบริการรถพยาบาลรับเหตุฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลภายใน ๕ นาที ได้ร้อยละ ๙๙.๑๖ และไม่พบข้อร้องเรียนจากชุมชน

เป้าหมาย :

จัดบริการรถพยาบาลรับเหตุฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลภายใน ๕ นาที เจ้าหน้าที่/ผู้ป่วย/ประชาชนปลอดภัย และลดข้อร้องเรียนจากชุมชน

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในลำดับต้นๆของอำเภอท่าม่วง เป็นภาวะวิกฤตหรือฉุกเฉินของแต่ละบุคคล หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมทันที อาจจะทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต หรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควรหรือเกิดการเสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควร งานยานพาหนะเป็นหน่วยบริการรถพยาบาลที่ต้องออกบริการรับเหตุฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลร่วมกับทีมแพทย์ พยาบาล มีเป้าหมายในการออกรับเหตุฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลภายใน ๕ นาที มีรถพยาบาลจำนวน ๔ คัน โดยมีอายุการใช้งาน ๓-๑๓ ปี มีพนักงานขับรถพยาบาลจำนวน ๕ คน ในเวรนอกเวลามีพนักงานขับรถขึ้นเวรปฏิบัติงานเวรละ ๑ คน กรณีมีส่งต่อแล้วมีการเรียกรถพยาบาลออกมารับเหตุฉุกเฉินต้องเรียกพนักงานขับรถสำรองมาจากที่บ้านใช้เวลา ๑๐-๑๕ นาที ทำให้ล่าช้า

ในปี ๒๕๖๖ มีการแจ้งให้รถพยาบาลรับเหตุฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลจำนวน ๒๕๘ ครั้ง พบว่าจัดบริการรถพยาบาลรับเหตุฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลภายใน ๕ นาที ได้ร้อยละ ๙๓.๘๐ การออกปฏิบัติงานล่าช้า จำนวน ๑๖ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๖.๒๐ ได้รับการร้องเรียนจากเจ้าหน้าที่และชุมชนที่ไม่พึงพอใจในการบริการที่ล่าช้า จำนวน ๖ ครั้ง รถพยาบาลเสียระหว่างออกปฏิบัติงาน ๒ ครั้ง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงที่เกิดจากการออกมารับเหตุฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลจำนวน ๑ ราย

กิจกรรมการพัฒนา :

ทีมงานยานพาหนะได้ดำเนินการทบทวนโดยใช้หลักแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของรถพยาบาลฉุกเฉิน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน) หลักคุณภาพความปลอดภัย ๓P Safety คือ เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ประชาชนปลอดภัย และ

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ๓S ประกอบด้วย System , Structure , Staff จึงพัฒนาระบบการบริการ
รพพยาบาลรับเหตุฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลดังนี้

๑ ด้านโครงสร้าง (structure) มีการพัฒนาจัดลำดับความสำคัญของรพพยาบาลทั้ง ๔ คับ กำหนดเรียงลำดับ
ความสำคัญในการออกรับเหตุฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ทบทวนมาตรการป้องกันความเสี่ยง ด้านกายภาพ ด้าน
ชีวภาพ ด้านจิตใจ และด้านการยศาสตร์ ได้ปรับปรุงอุปกรณ์ความปลอดภัยในรพพยาบาลเช่น ที่คาดเข็มขัดนิรภัย
การยึดตรึงผู้ป่วย ตรวจสอบระบบระบายอากาศในรพพยาบาล แสง เสียง และสัญญาณอื่นๆ

๒ ด้านระบบ (system) ยึดแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของรพพยาบาลฉุกเฉิน ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน
เป็นหลัก ในการปรับปรุงระบบการสื่อสาร รับแจ้งการสั่งการจาก Incharge ER ผ่านทางวิทยุสื่อสารและโทรศัพท์
ปรับระบบการตรวจสอบความพร้อมใช้ของรพพยาบาล มาตรฐานของเครื่องมืออุปกรณ์ มาตรการป้องกันความ
เสี่ยงจากอุปกรณ์ความปลอดภัยขณะปฏิบัติงาน โดยมอบหมายให้พนักงานขับรถแต่ละคนรับผิดชอบรถแต่ละคัน
การรักษาความสะอาดก่อน-หลังใช้งาน และมีตารางการตรวจสอบความพร้อมใช้งานประจำวัน ประจำเดือน
ประจำปี ยึดหลักซ่อมบำรุงดีกว่าซ่อมแซม โดยมีหัวหน้างานยานพาหนะและเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉินเป็นผู้กำกับ
ดูแลอย่างเคร่งครัด

๓ ด้านบุคลากร (staff) จากเดิมที่มีการจัดพนักงานขับรถพยาบาลจำนวน ๑ ทีม ได้เสนอผู้บริหารในการจัดเพิ่ม
อัตรากำลังเป็น ๒ ทีม และนอกเวลาราชการกรณีที่รพพยาบาลออกนอกพื้นที่ ๑ คับแล้ว ต้องมีพนักงานขับรถ
สำรองอยู่ในหน่วยงานยานพาหนะจำนวน ๑ คน ที่พร้อมออกปฏิบัติงานทันที และจัดให้มีเวร on call กรณี
รพพยาบาลออกบริการพร้อมๆกัน เป้าหมายคือต้องมีรพพยาบาลที่พร้อมออกรับเหตุฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลอย่าง
น้อย ๑ คับ มีมาตรการกฎระเบียบความพร้อมของพนักงานขับรถที่ต้องพักผ่อนอย่างเพียงพอ และไม่ดื่มสุร่าก่อน
เข้าปฏิบัติงาน ต้องปฏิบัติตามกฎจราจรอย่างเคร่งครัด

ระหว่างการพัฒนาระบบได้ดำเนินการหมุนวนรอบ PDCA พบปัญหาการรพพยาบาลเสียหายระหว่างการออกรับเหตุ
ฉุกเฉิน ๑ ครั้ง เกิดจากอายุการใช้งานรพพยาบาลนาน ๑๓ ปี ซึ่งผ่านการซ่อมแซมหลายครั้ง จึงได้ขอรับการ
สนับสนุนจากผู้บริหารในการขออนุญาตปลดระวางรพพยาบาลที่มีอายุการใช้งาน ๑๓ ปี และวางแผนขอ
รพพยาบาลใหม่ในปี ๒๕๖๘ จำนวน ๑ คับ ออกรับเหตุฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลล่าช้ากว่า ๕ นาทีจำนวน ๒ ครั้ง
จากการสื่อสารที่เข้าใจไม่ตรงกัน และออกรับเหตุฉุกเฉินหลายแห่งในเวลาเดียวกัน จึงได้เสนอผู้บริหารในการ
พัฒนาศักยภาพพนักงานขับรถพยาบาลสำรองที่มีใบอนุญาตถูกต้องเพิ่มอีก ๒ คน

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

- ๑ การจัดบริการรพพยาบาลรับเหตุฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลภายใน ๕ นาที เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๙๓.๘๐ (ปี ๒๕๖๖) เป็นร้อยละ ๙๙.๑๖ (ปี ๒๕๖๗)
- ๒ ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ ประชาชน ปลอดภัยจากการบริการรพพยาบาลที่ออกรับเหตุฉุกเฉิน
- ๒ ไม่พบข้อร้องเรียนจากชุมชน

บทเรียนที่ได้รับ : การพัฒนาระบบการบริการรพพยาบาลรับเหตุฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล เป็นงานที่ผู้บริหารและ
งานพัฒนาคุณภาพให้ความสำคัญ หมั่นทบทวนเมื่อพบปัญหา หาวิธีการแก้ไขร่วมกันโดยเสนอขอรับการสนับสนุน
จากผู้บริหารเป็นลำดับ จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทุกคนปลอดภัย
สามารถนำไปเป็นแนวทางการใช้กับงานส่วนอื่นในหน่วยงานยานพาหนะได้

การติดต่อกับทีมงาน : ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ นายยรรยง แสนพิช งานยานพาหนะ ๐๘๑-๐๓๐๑๑๕๑

การพัฒนาระบบประชาสัมพันธ์เครือข่ายบริการทันตกรรมใกล้บ้านใกล้ใจ

กุลธิดา ชินายศ และคณะเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทันตกรรม,
โรงพยาบาลท่าม่วง

คำสำคัญ

ระบบเครือข่ายบริการใกล้บ้านใกล้ใจ

สรุปผลงานโดยย่อ

หน่วยงานทันตกรรม อำเภอท่าม่วง ได้พัฒนาการให้บริการระบบเครือข่ายบริการใกล้บ้านใกล้ใจในปี ๒๕๕๗ โดยมี รพ.ท่าม่วง ร่วมกับ รพ.สต. เครือข่าย จำนวน ๖ แห่ง เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยรักษาและลดความแออัดของผู้ป่วยทันตกรรม พบมีปัญหาคำถามไม่เข้าใจของผู้รับบริการต่อระบบเครือข่ายใกล้บ้านใกล้ใจ และมีข้อร้องเรียนด้านการเข้าถึงบริการล่าช้า หน่วยงานทันตกรรมจึงเน้นการประชาสัมพันธ์ให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการบริการในระบบเครือข่ายใกล้บ้านใกล้ใจอย่างต่อเนื่องและทำการประเมินความพึงพอใจรวมถึงรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้ให้บริการ เพื่อให้สามารถพัฒนา ปรับปรุงระบบการให้บริการและการสื่อสารกับผู้รับบริการอย่างเหมาะสม

เป้าหมาย

๑. การสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจในระบบเครือข่ายบริการทันตกรรมใกล้บ้านใกล้ใจ อ.ท่าม่วง แก่ผู้ที่มารับบริการ
๒. เพื่อลดอุบัติการณ์การข้อร้องเรียน ความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลท่าม่วง

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

การให้บริการตรวจรักษาโรคทางทันตกรรม โดยมากจะมีการทำหัตถการเพื่อการรักษาและแต่ละหัตถการจำเป็นต้องใช้เวลาในการรักษาซึ่งแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและความยุ่งยากซับซ้อนของการรักษานั้นๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องรอก่อนเข้ารับการรักษา หน่วยงานทันตกรรม จึงได้พัฒนาการให้บริการในรูปแบบเครือข่ายบริการใกล้บ้านใกล้ใจขึ้นในปี ๒๕๕๗ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการในสถานบริการใกล้บ้านลดระยะเวลาการรอคอยและลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าม่วง จากการดำเนินงานพบปัญหาคำถามไม่เข้าใจของผู้รับบริการต่อระบบเครือข่ายใกล้บ้านใกล้ใจ ดังเห็นได้จากการมีผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่มีใบส่งตัวหรือไม่ได้เข้าตรวจใน รพ.สต.ใกล้บ้าน มีความแออัดของผู้รับบริการในห้องทันตกรรมพบข้อร้องเรียนด้านการเข้าถึงบริการล่าช้าหรือรอคิวรักษานาน จากการสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลท่าม่วง ปี ๒๕๖๕ และ ปี ๒๕๖๖ จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม ๖๙ และ ๑๐๓ คนตามลำดับพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในด้านระยะเวลาการรอก่อนน้อยที่สุด เฉลี่ยร้อยละ ๘๖.๙๔ และ ๘๗.๑๙ ตามลำดับ

กิจกรรมการพัฒนา

๑. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยจาก รพ.สต. มา รพ.ท่าม่วง กรณีผู้ป่วยมีโรคทางระบบที่ส่งผลต่อการรักษาทันตกรรมหรือหัตถการที่ยุ่งยากซับซ้อน โดยใช้ใบส่งตัวพร้อมระบุรายละเอียดการตรวจและการรักษาที่จำเป็น กรณีเร่งด่วน มีการแจ้งผ่านไลน์เพื่อให้ รพ.เตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยจะมาถึง
๒. มีระบบการส่งผู้ป่วยจาก รพ.ท่าม่วง กลับไปรักษาที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน เมื่อได้รับการตรวจประเมินแล้วว่าเป็นการรักษาที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ผู้ป่วยจะได้รับใบส่งตัวให้กลับไปยัง รพ.สต.ใกล้บ้าน

๓. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงรูปแบบการบริการทันตกรรม ใกล้เคียงบ้านใกล้ใจ มีการจัดทำสื่อในรูปแบบเอกสาร แผ่นป้าย วัสดุทัศนซึ่งจัดให้มีการนำเสนอในระหว่างที่ผู้ป่วยนั่งรอรับบริการทันตกรรม และการประชาสัมพันธ์ผ่านไลน์กลุ่ม

๔. จัดระบบการให้บริการในท้องทันตกรรม โรงพยาบาลท่าวังผา โดยเตียงที่ ๑-๒ ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไป และเตียงที่ ๓-๗ ให้บริการผู้ป่วยที่ได้ทำการนัดหมายล่วงหน้า

๕. มีระบบนัดหมายปฏิทินออนไลน์ เจ้าหน้าที่สามารถเข้าถึงเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการนัดหมายหรือการค้นหารายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการนัดไว้แล้ว

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

๑. การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลท่าวังผา มกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๗ จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม ๖๕ คน พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในด้านระยะเวลาการรอคอยคิด เฉลี่ยร้อยละ ๙๐.๑๗

หัวข้อการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ)		
	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗
ด้านสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก			
๑. ความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ที่จอดรถ ห้องน้ำ ที่นั่งคอยรับบริการการรักษา รวมถึงมีความสะอาด อากาศถ่ายเทดี	๙๐.๕๑	๙๑.๓๙	๙๑.๑๙
๒. ห้องตรวจรักษาแยกเป็นสัดส่วน ระบบอากาศถ่ายเทดี	๙๒.๒๗	๙๓.๙๔	๙๔.๒๔
๓. การจัดสถานที่และอุปกรณ์มีความเป็นระเบียบ ป้ายข้อความบอกจุดบริการ/ป้ายประชาสัมพันธ์ มีความชัดเจน และเข้าใจง่าย สะดวกต่อการติดต่อใช้บริการ	๙๒.๑๙	๙๓.๙๔	๙๔.๕๘
ด้านระบบบริการ			
๑. ความชัดเจนในการอธิบาย ชี้แจง แนะนำขั้นตอนการบริการตรวจรักษา ตลอดจนได้ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา	๙๑.๙๕	๙๐.๖๔	๙๓.๒๒
๒. ท่านได้รับการรักษาตามความต้องการและความจำเป็นอย่างเหมาะสม	๙๐.๕๘	๙๔.๒๖	๙๔.๒๔
๓. ท่านได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำหลังการรักษา	๙๓.๗๖	๙๔.๒๖	๙๔.๒๔
๔. กิริยา วาจา มารยาทของเจ้าหน้าที่ ผู้ให้การรักษา และผู้ช่วยทันตแพทย์	๙๗.๕๓	๙๗.๑๙	๙๖.๒๗

หัวข้อการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ)		
	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗
ด้านระยะเวลาการคอย			
๑. ท่านได้รับการเรียกรับบริการตามวิธีการหรือลำดับขั้นตอนอย่างเท่าเทียมกันกับผู้มีมารับบริการท่านอื่นๆ	๙๐.๐๖	๙๑.๕๗	๙๐.๘๕
๒. ท่านพึงพอใจกับระยะเวลาเข้ารับการรักษาทางทันตกรรม	๘๔.๑๘	๘๕.๔๙	๙๐.๑๗
๓. ท่านพึงพอใจกับระยะเวลารอรับคืนบัตรผู้ป่วย และ/หรือ ใบสั่งยาหลังการรักษาทางทันตกรรม	๘๖.๕๙	๘๔.๕๒	๘๙.๔๙

๒. ข้อร้องเรียนด้านระบบบริการหรือความล่าช้าของการรอรับบริการลดลง

หัวข้อเรื่องร้องเรียน	จำนวนข้อร้องเรียน(ครั้ง)		
	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗
ด้านอาคารสถานที่ หรือสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม	๒	๑	๐
ด้านพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่	๐	๐	๑
ด้านระบบบริการ	๔	๕	๐
ด้านระยะเวลาการคอยรักษา	๖	๘	๒

บทเรียนที่ได้รับ

๑. การส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรับบริการทันตกรรมใน รพ.สต.ใกล้บ้าน ควรคำนึงถึงความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องมือ รวมถึงความพร้อมของบุคลากรใน รพ.สต. เครือข่าย
๒. การสื่อสารกับผู้ป่วยในด้านการจัดเรียงลำดับคิวให้บริการ โดยผู้ป่วยฉุกเฉินจะได้เข้ารับบริการก่อน ผู้ป่วยนัดจะได้รับการรักษากับทันตแพทย์เจ้าของไข้ตามวันและเวลาที่ได้ทำการนัดหมายไว้
๓. การอธิบายและทำความเข้าใจกับผู้ป่วย กรณีที่เป็นการรักษาไม่เร่งด่วน ไม่ฉุกเฉินและไม่มีความยุ่งยาก ซับซ้อนของหัตถการ ต้องส่งตัวกลับไปรักษาต่อที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน

การติดต่อกับทีมงาน

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้

ชื่อองค์กร ที่อยู่ โทรศัพท์/email : กุลธิดา ชินายศ ทันตแพทย์ชำนาญการ

หน่วยงานทันตกรรม รพ. ท่าวังผา โทร ๐๕๔-๐๕๙๖๖๖ ต่อ ๑๑๔

E-mail:KulatidaChi@gmail.com

ผลการพัฒนารูปแบบการจัดเอกสารเพื่อเบิกเงินเดือนลูกจ้างรายวัน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าม่วง

ภาวิณี ไตรจะโปะ , รัตนาภรณ์ ค่ายวง และกิตติศักดิ์ จิณะไชย
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าม่วง

คำสำคัญ : เงินเดือน ลูกจ้างรายวัน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าม่วง

สรุปผลงานโดยย่อ :

กลุ่มงานการพยาบาลได้พัฒนารูปแบบจัดเอกสารเพื่อเบิกเงินเดือนลูกจ้างรายวัน โดยใช้แนวคิด Lean พบว่าผลการดำเนินการ ลูกจ้างรายวันได้รับเงินเดือนครบถ้วน ถูกต้อง ตรงตามเวลาที่กำหนด มีระดับความพึงพอใจร้อยละ ๙๒.๕๐

เป้าหมาย :

เพื่อให้ลูกจ้างรายวันได้รับเงินเดือนครบถ้วน ถูกต้อง ตรงตามเวลาที่กำหนด มีความพึงพอใจ

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

ลูกจ้างรายวันของโรงพยาบาลท่าม่วงมีร้อยละ ๔๐ เป็นลูกจ้างรายวันสังกัดกลุ่มงานการพยาบาล ๒๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๑๘ ของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานการพยาบาล การเบิกจ่ายเงินเดือนของลูกจ้างรายวันต้องจัดทำเอกสารเองหลายรายการทุกเดือน และต้องจัดส่งหลังสิ้นเดือนเนื่องจากต้องรอให้ครบตามตารางเวลาที่ปฏิบัติงาน ใช้ระยะเวลาการรวบรวมเอกสารในช่วงวันที่ ๑-๕ ของเดือน ในปี ๒๕๖๖ พบปัญหา คือ การจัดเอกสารไม่ครบ ไม่ถูกต้อง การเบิกจ่ายที่การเงินล่าช้า ส่งผลให้เงินเดือนโดยรวมออกล่าช้า ไปจนถึงวันที่ ๑๐ ของเดือน ซึ่งลูกจ้างรายวันต้องมาใช้จ่ายในครอบครัวส่งผลกระทบต่อภาระหนี้เงิน เกิดปัญหาการกู้ยืมเงินนอกระบบ ลูกจ้างไม่พึงพอใจ นอกจากนี้ได้รับการร้องเรียนจากบุคคลภายนอกเกี่ยวกับการชำระหนี้ที่ล่าช้าของลูกจ้างรายวัน และในปี ๒๕๖๖ พบลูกจ้างรายวันลาออกจากผลกระทบนี้ จำนวน ๓ ราย

กิจกรรมการพัฒนา : ดำเนินการ ๓ ระยะ ระหว่าง วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ - กันยายน ๒๕๖๗

๑ ระยะเตรียมการ ได้นำข้อร้องเรียน ข้อมูลที่ได้รับมาวิเคราะห์และเชิญผู้ที่ได้รับผลกระทบมาหารือ หาทางออก ร่วมกัน ได้นำแนวคิดแบบลีน (Lean concept) โดยใช้เครื่องมือวิเคราะห์ความสูญเสียเปล่า DOWNTIME พบว่า ปัญหาเกิดจาก ๑) ตัวบุคคลที่มีปัญหาส่วนตัวในการจัดเตรียมเอกสารคลาดเคลื่อนและส่งล่าช้ากว่ากำหนด ๒) จากระบบงานที่ต้องทำให้ครบสิ้นเดือนถึงจะตรวจสอบเบิกจ่ายได้ และ ๓) จากขั้นตอนการส่งเอกสาร มีเอกสารที่ต้องจัดทำจำนวนมาก และมีหลายขั้นตอนการตรวจสอบหลายชั้นทำให้ล่าช้า จึงได้พัฒนารูปแบบการจัดเอกสารเพื่อเบิกเงินเดือนลูกจ้างรายวันใหม่ดังนี้

๑. ลดการทำงานซ้ำเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องของเอกสารการเบิกเงินเดือน (D: defects rework) จัดทำรูปแบบ ตัวอย่างเอกสารที่ถูกต้องทุกวิชาชีพ โดยระบุวัน update ของเอกสารและประกาศแจ้งเตือนในไลน์กลุ่มลูกจ้างรายวันทุกครั้งที่เปลี่ยนแปลง (เนื่องจากมักมีการเปลี่ยนแปลงข้อกำหนดจาก สสจ.น่าน)

๒. การผลิตหรือให้บริการมากเกินไป (O: overproduction) ได้ตัดเอกสารที่จำเป็นต่อการเบิกจ่ายเท่านั้นเอกสารอื่นๆใช้แบบ paperless และใส่ข้อมูลใน google link แทน

๓. การรอคอย (W: waiting) ได้นำเสนอผู้บริหารให้ตัดวันเบิกจ่ายเป็นทุกวันที่ ๒๐ ของเดือน ให้เวลาจัดเตรียมเอกสาร ๓ วัน และกระบวนการตรวจสอบการเงิน ๒ วัน ให้เงินเดือนลูกจ้างรายวันออกตรงทุกวันสิ้นเดือน

๔. ภูมิรัฐที่สูญเปล่า (N: not using staff talents) ได้ให้ลูกจ้างรายวันบางคนที่มีความสามารถในงานธุรการและการเงินมาเป็นหัวหน้าทีม/พี่เลี้ยงร่วมตรวจสอบ ให้คำชี้แนะการทำเอกสารโดยแบ่ง ๓ กลุ่มคือ ๑) กลุ่มพยาบาล ๒) กลุ่มผู้ช่วยพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และ ๓) กลุ่มพนักงานแปล/จ่ายกลาง

๕. การเดินทาง (T: transportation) จัดระบบส่งเอกสารให้สามารถสะท้อนกลับได้ง่ายโดยกำหนดระยะเวลาที่จัดส่งและแก้ไขกลับคืน ถ้าไม่ดำเนินการตามเงื่อนไขให้หัวหน้ากลุ่มเป็นผู้ติดตามโดยเร็ว

๖. การเก็บของไม่จำเป็น (I: inventory) ตัดเอกสารที่ไม่จำเป็น เช่น ใบแลกรเวรให้จัดทำเพียงชุดเดียวเบิกจ่ายเป็นกลุ่มวิชาชีพ หรือ เอกสารการมอบหมายหน้าที่ปฏิบัติงานให้สรุปโดยย่อ (แต่มีเอกสารฉบับเต็มที่งานการเงิน)

๗. การเคลื่อนที่ การเคลื่อนไหว (M: motion) การจัดบริการเครื่องมือ อุปกรณ์จัดทำเอกสาร ที่กลุ่มงานการพยาบาล และต้องให้มีตรวจสอบความถูกต้องโดยทำเป็น pdf file นำข้อชี้แนะมาแก้ไขก่อนปรีนเอกสารฉบับจริง

๘. ขั้นตอนที่มากเกินไป (E: excessive processing) ลดขั้นตอนในการจัดทำเอกสารการเบิกจ่ายจาก ๙ ขั้นตอนเหลือ ๕ ขั้นตอน โดยรวบบางขั้นตอนเข้าด้วยกันและตัดบางขั้นตอนออก

๒ ระยะดำเนินการ นำรูปแบบที่ได้รับลงสู่การปฏิบัติในช่วงเดือน มีนาคม - เมษายน ๒๕๖๗ พบปัญหาในการดำเนินการบางประเด็นได้หมุนวงรอบ PDCA ในการปรับแก้เพื่อความสะดวกและลดขั้นตอนโดยพาการอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ขึ้นเวร บ่าย ดึก และนำการปรับปรุงที่ได้รับไปดำเนินการต่อถึงเดือน กันยายน ๒๕๖๗

๓ ระยะเวลาประเมินผล ช่วงวันที่ ๑-๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๗ โดยประเมินจาก ขั้นตอน ระยะเวลา ความตรงเวลา การร้องเรียน และระดับความพึงพอใจของลูกจ้างรายวันสังกัดกลุ่มงานการพยาบาลทั้ง ๒๙ คน

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

๑ ลดขั้นตอนจากการจัดทำเอกสารจนถึงส่งตรวจสอบที่การเงินจาก ๙ ขั้นตอนเหลือ ๕ ขั้นตอน

๒ ลดระยะเวลาการจัดทำเอกสารการเบิกจ่ายเงินเดือนจาก ๕ วัน เหลือ ๓ วัน ลดระยะเวลาการตรวจสอบที่การเงิน จาก ๕ วันเหลือ ๒ วัน

๓ เงินเดือนลูกจ้างรายวันออกตรงเวลาทุกสิ้นเดือน

๔ ไม่มีข้อร้องเรียนจากลูกจ้างรายวัน และ บุคลากรภายนอกโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นดังกล่าว

๕ ลูกจ้างรายวันมีระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินการนี้ร้อยละ ๙๒.๕๐

บทเรียนที่ได้รับ :

การจัดการแบบลีนได้สร้างมุมมองให้เห็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดกระแสราคคุณค่าและการกำจัดกิจกรรมที่ไม่เกิดคุณค่าออกไป ทำให้กิจกรรมที่ไม่เกิดคุณค่าเหลือน้อยที่สุด มีกิจกรรมที่ไม่มีคุณค่าแต่จำเป็นต้องทำพิจารณาทำให้ง่ายขึ้นหรือลดลง ส่งผลให้งานดีเหมือนเดิมหรือดีกว่าเดิม สามารถนำไปใช้ทุกขั้นตอนทุกงานในโรงพยาบาลได้

การติดต่อกับทีมงาน :

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ นางสาวภาวิณี ไตรจะโปะ

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าวังผา

โทร ๐๘๓-๖๐๙๓๕๗๑

การตรวจสอบข้อมูลการสแกนนิ้วมือเข้า-ออก ของลูกจ้างชั่วคราวรายวันให้ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ

อานนท์ ศรีคำ
กลุ่มงานการเงินและบัญชี โรงพยาบาลท่าม่วง

คำสำคัญ : ความถูกต้องของข้อมูลการสแกนนิ้วมือเข้า-ออก ของลูกจ้างชั่วคราวรายวัน โรงพยาบาลท่าม่วง

สรุปผลงานโดยย่อ :

กลุ่มงานการเงินและบัญชีได้จัดทำแบบฟอร์มบันทึกข้อความที่ใช้รับรองการสแกนนิ้วมือเข้า-ออก เพื่อเบิกจ่ายค่าจ้างชั่วคราวรายวัน โดยใช้ในกรณีที่กลุ่มลูกจ้างดังกล่าวไม่ได้สแกนนิ้วมือ หรือลืมสแกนนิ้วมือ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลการสแกนนิ้วมือ

เป้าหมาย :

เพื่อให้การตรวจสอบข้อมูลการสแกนนิ้วมือเข้า-ออก ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และมีหลักฐานที่ใช้อ้างอิงหรือรับรองข้อมูลนั้นๆอย่างชัดเจน

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

สืบเนื่องมาจากการตรวจสอบเอกสารเบิกจ่ายค่าจ้างชั่วคราวรายวัน พบปัญหากรณีที่ลูกจ้างชั่วคราวรายวันนั้น ไม่สแกนนิ้วมือเข้าหรือออกจากการปฏิบัติงาน ส่งผลให้ไม่สามารถรับรองได้ว่าลูกจ้างรายวันนั้นได้มาปฏิบัติงานจริงหรือไม่

กิจกรรมการพัฒนา :

จัดทำแบบฟอร์มบันทึกข้อความกรณีไม่ได้สแกนนิ้วมือเข้า-ออก และส่งแบบฟอร์มลงกลุ่มไลน์ของลูกจ้างชั่วคราวรายวัน พร้อมอธิบายเหตุผล ความเป็นมาและวิธีการ โดยกำหนดไว้ว่าลูกจ้างรายใดที่ไม่ได้สแกนนิ้วมือเข้าหรือออกจากการปฏิบัติงาน ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม ให้กรอกแบบฟอร์มบันทึกดังกล่าว โดยมีพยาน ๒ คนลงชื่อรับรองว่ามาปฏิบัติงานจริง แล้วเสนอต่อหัวหน้างานและผู้อำนวยการโรงพยาบาล แบนมาพร้อมกับชุดเอกสารเบิกจ่ายค่าจ้างชั่วคราวรายวัน เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการรับรองถึงการมาปฏิบัติงานจริงในครั้งนั้น โดยแบบฟอร์มบันทึกข้อความมีลักษณะดังนี้

The image shows a Thai government-style form titled 'บันทึกข้อความ' (Record of Communication). It is addressed to the Director of the Hospital and is from the Finance and Accounting Section. The form is for recording the check-in/out of temporary daily employees who did not scan their fingerprints. It includes fields for the employee's name, position, and department, and requires two witnesses to sign and stamp the form to confirm the employee's presence.

ภาพที่ ๑

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

- ๑ การตรวจสอบข้อมูลการสแกนนิ้วมือมีหลักฐานที่ใช้อ้างอิงและรับรองว่าลูกจ้างชั่วคราวรายวันได้มาปฏิบัติงานจริง ในกรณีที่ลูกจ้างรายวันไม่ได้สแกนนิ้วมือเข้าหรือออกจากการปฏิบัติงาน
- ๒ หัวหน้างานได้ทราบถึงพฤติกรรมที่ไม่ได้สแกนนิ้วของลูกจ้างฯในกลุ่มงาน และสามารถใช้เป็นข้อมูลในการประเมินพฤติกรรมการทำงาน of ลูกจ้างรายวันๆได้อีกด้วย

บทเรียนที่ได้รับ :

- ๑ เรียนรู้ถึงวิธีการแก้ปัญหา และการหาหลักฐานเพื่อมาใช้ในการสนับสนุนข้อมูลให้มีความน่าเชื่อถือ
- ๒ จากการจัดทำบันทึกข้อความกรณีไม่ได้สแกนนิ้วมือเข้า-ออก ส่งผลให้ลูกจ้างชั่วคราวรายวันได้ตระหนักถึงความสำคัญของการสแกนนิ้วมือ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่ในการเบิกจ่ายค่าจ้างชั่วคราวรายวัน

การติดต่อกับทีมงาน :

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ นายอานนท์ ศรีคำ
กลุ่มงานการเงินและบัญชี โรงพยาบาลท่าม่วง
โทร ๐๖๑-๒๗๒๗๒๔๓

การพัฒนาการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (Intermediate care ; IMC)

วัชรกร ภิมาลย์ และคณะงานกายภาพบำบัด
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลท่าม่วง

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง, การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง, IMC

สรุปผลงานโดยย่อ :

ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง ๔ กลุ่มโรค พบว่า ผู้ป่วยบางรายไม่เข้าถึงบริการ จากการส่งต่อข้อมูลและการจัดการข้อมูลไม่เป็นระบบ รวมทั้งมีการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม PCC ทีมจึงไม่สามารถเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะเวลาที่กำหนด และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ ทีมได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง โดย พัฒนาการจัดการข้อมูลสารสนเทศ การส่งต่อ การให้บริการทั้ง IMC ward และ งานกายภาพบำบัด และการติดตามเยี่ยมบ้านฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งผลให้ ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น การติดตามเยี่ยมบ้านครบ ๖ ครั้งใน ๖ เดือนเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยที่มีคะแนน BI เพิ่มขึ้น อย่างน้อย ๒ คะแนน เพิ่มขึ้น

เป้าหมาย : เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพประชาชน ซึ่งปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์โสภณ เมฆธน ได้ประกาศไว้เมื่อวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๐ ว่า “ให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเป็น Intermediate Care รับผู้ป่วยฟื้นฟูตามดูแลเน้น ๓ โรคสำคัญ คือโรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่สมอง และการบาดเจ็บไขสันหลัง โดยโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ต้องมีเตียงเพื่อรองรับ Intermediate Care แห่งละ ๒ เตียง

การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่พ้นจากระยะวิกฤติและมีมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และมีผลการประเมิน Barthel Index ได้ค่า < ๑๕ คะแนน หรือ ≥ ๑๕ คะแนนร่วมกับ multiple impairments ผู้ป่วยระยะกลางจึงจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน แบบไร้รอยต่อตั้งแต่โรงพยาบาลไปจนถึงชุมชน ทั้งการดูแลทางการแพทย์ และการดูแลทางสังคม ให้สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองและลดภาระการพึ่งพาดูแล เพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ ปัจจุบันมีกลุ่มผู้ป่วยระยะกลาง ๔ โรค ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง และผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก

ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลท่าม่วงได้จัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ได้แก่ การจัดเตียงสำหรับการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว พัฒนาระบบการ refer back และการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยพบว่าผู้ป่วยระยะกลางที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเข้าถึงบริการ คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๙๐ และ ๔๒.๑๔ ในปี ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๖ ตามลำดับ จากการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยบางรายไม่ผ่านระบบ refer back ส่งผลให้ผู้ให้บริการไม่ทราบว่าผู้ป่วยในชุมชน ระบบส่งต่อข้อมูลระหว่าง รพ.แม่ข่าย ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ในระยะเวลา ๖ เดือน การติดตามเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม PCC ส่งผลให้ไม่สามารถเยี่ยมบ้านได้ ๖ ครั้ง/คน และผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองระดับต่ำ

กิจกรรมการพัฒนา :

๑ การจัดการข้อมูลและสารสนเทศ

- กำหนดศูนย์ข้อมูลและผู้รับผิดชอบ มีการ update ทุกๆ ๑ สัปดาห์
- ออกแบบแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและจัดทำ google form เพื่อใช้ในการสื่อสารระหว่างทีม

๒ การส่งต่อ

- กำหนดให้มีการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ โดยใช้ line กลุ่ม IMC
- ส่งต่อข้อมูลผ่าน google form ของ สสจ.
- ประสานการส่งต่อ กรณี refer back

๓ การให้บริการในหน่วยบริการ

- กรณีผู้ป่วย refer back
 - กำหนดให้ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวอย่างน้อย ๓ วัน
 - นักกายภาพบำบัด ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทุกวัน อย่างน้อย ๓ ครั้ง/คน
 - ให้บริการกายอุปกรณ์และอุปกรณ์การแพทย์ด้านอื่นๆ ตามความสามารถของผู้ป่วย
- กรณี OPD case
 - นัดเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ แผนกกายภาพบำบัด ๑ ครั้ง/สัปดาห์
 - ให้บริการกายอุปกรณ์และเครื่องช่วยเดิน

๔ การเยี่ยมบ้าน

- กำหนดวันสำหรับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย IMC ได้แก่ วันพฤหัสบดี
- จัดทำแผนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านและสื่อสารผ่าน google form
- ทีมเยี่ยมบ้านประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย
- ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพและนวดไทยอย่างน้อย ๔๕ นาที/ราย

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗
ร้อยละการเข้าถึงบริการผู้ป่วย IMC	๓๕.๙๐	๔๒.๑๔	๕๗.๐๔
ร้อยละผู้ป่วย IMC ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านครบ ๖ ครั้งใน ๖ เดือน หรือ BI ครบ ๒๐	๒๐	๑๔.๒๙	๔๔
ร้อยละผู้ป่วย IMC ที่มีคะแนน BI เพิ่มขึ้น อย่างน้อย ๒ คะแนน	๕๑.๒๑	๕๕.๒๑	๖๐

บทเรียนที่ได้รับ :

การนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการปฏิบัติงานส่งผลให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เป็นในการดูแลผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการตามสิทธิที่ควรได้รับ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การติดต่อกับทีมงาน :

นางสาววัชรกร ภิมาลย์ งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลท่าวังผา ตำบลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน โทร. ๐๘๗๘๑๗๕๓๙๑ Email. Watchareekornp@gmail.com

พัฒนาคุณภาพการบริหารยาหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าวังผา

นพจักร ไชยสาลี, เจนจิรา โนศรี, ธีฎญาภรณ์ คำยวง
หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าวังผา

คำสำคัญ: เพื่อลดความความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา (Admin Error)

สรุปผลงานโดยย่อ:

หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าวังผา ให้บริการดูแลผู้ป่วยเพศหญิงเพศชายทั้งเด็ก และผู้ใหญ่ ที่อยู่ห้องสามัญ ห้องแยกโรค และห้องพิเศษครอบคลุมทุกสาขา ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยการให้ยา ทั้งยารับประทาน ยาฉีดและยาพ่น ซึ่งการบริหารยาในหอผู้ป่วยเป็น บทบาทที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาล เพื่อช่วยในการรักษาพยาบาลของแพทย์ ให้ผู้ป่วยปลอดภัยหลังการ ได้รับยา การบริหารยาเริ่มต้นตั้งแต่ ขั้นตอนการรับคำสั่งการรักษาของแพทย์ การตรวจสอบยา การเตรียม การบริหารยา และการประเมินผลหลังให้ยา ซึ่งพยาบาลจะบริหารยาตามมาตรฐาน โดยยึดหลัก ๗ R ได้แก่ การบริหารยาถูกชนิด ถูกคน ถูกขนาด ถูกทาง ถูกเวลา บันทึถูกต้อง และสิทธิที่จะได้รับข้อมูลยารวมถึงปฏิเสธยา

จากข้อมูลอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา (Admin Error) ของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าวังผา ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๖ พบว่า มีอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาต่อ ๑๐๐๐ วันนอนของ ผู้ป่วย เท่ากับ ๐.๓๑, ๐.๑๓ และ ๒.๔๗ ตามลำดับ โดยพบการให้ยาผิดชนิด ผิดคน ให้ยาผิดเวลา ให้ยาซ้ำ และ แพ้ยาซ้ำ พบว่าสาเหตุเกิด จากรูปแบบในการจัดยาและแจกยาให้ผู้ป่วยใส่ในแก้วยา ไม่มีการระบุชื่อ-สกุลผู้ป่วย ทำให้มีการบริหารยาผิดคน ,ขาดการสื่อสารระหว่างพยาบาลOPD /พยาบาลห้องฉุกเฉินกับพยาบาลหอผู้ป่วยใน ในการส่งต่อข้อมูลการบริหารยา ตัวอย่างเช่น พยาบาล OPD และพยาบาลห้องฉุกเฉิน บริหารยาแล้ว ไม่ได้ Thick Order และพยาบาลที่หอผู้ป่วยในบริหารยาโดยไม่ได้ตรวจสอบ หรือทวนถามก่อน จึงทำให้มีการบริหารยาซ้ำ อีกทั้ง Order ที่มาที่หอผู้ป่วยใน เป็น copy Order ไม่ได้ผ่านการตรวจสอบคำสั่งยาจากเภสัชกรก่อน จึงทำให้ การบริหารยาแพ้ยาซ้ำเกิดขึ้น จากสาเหตุดังกล่าวหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าวังผา จึงมีความสนใจที่จะพัฒนา เรื่องการพัฒนาคุณภาพการบริหารยา เพื่อ ลดความความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา (Admin Error) ขึ้นเพื่อให้ ผู้ป่วยปลอดภัย

เป้าหมาย:

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการบริหารยา
๒. เพื่อลดและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error)
๓. เพื่อกำหนดเป็นมาตรฐานที่พยาบาลต้องปฏิบัติในการบริหารยาสำหรับผู้ป่วย

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ:

จากการรวบรวมข้อมูลในตึกผู้ป่วยในมีอัตราการความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา (Admin Error) มี แนวโน้มสูงขึ้นเนื่องจากบุคลากรทางการพยาบาลเข้ามาทำงานใหม่ ย้ายเข้า-ออกระหว่างหน่วยงานทำให้มีโอกาส เกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา (Admin Error) และบุคลากรทางการพยาบาลไม่ได้ ปฏิบัติงานตามแนวทาง ตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติจึงทำให้เกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา (Admin Error) ขึ้น

กิจกรรมการพัฒนา:

๑. จัดทำแนวทางปฏิบัติในการบริหารยาในแต่ละเวรของหอผู้ป่วยใน สำหรับการนิเทศน์เจ้าหน้าที่ใหม่
๒. จัดทำระบบการจัดยาและแจกยาผู้ป่วยเป็น one dose ที่หอผู้ป่วยใน โดยใช้ซองยาแทนแก้วยา และติดสติ๊กเกอร์ชื่อ-สกุลผู้ป่วยที่ซองยาทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการให้บริการบริหารยาผิดคน
๓. ยกเลิกระบบ copy order admit เปลี่ยนเป็นระบบ order admit ตัวจริง ผ่านแผนกเภสัชกร เพื่อเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบคำสั่งการใช้ยาของแพทย์และการแพ้ยาของผู้ป่วย ก่อนขึ้นมา admin ทูกราย
๔. ปรับเปลี่ยนสติ๊กเกอร์ติดซองยาปฏิชีวนะแบบฉีดทุกตัว ให้มีเวลาระบุที่สติ๊กเกอร์หน้าซองยา เห็นเวลาในการบริหารยาชัดเจน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการให้บริการบริหารยาผิดเวลา
๕. ปรับเปลี่ยนการ์ดยาพ่น จากสีขาวเป็นสีชมพู และแยกโซนออกจากยาฉีดชัดเจน ใส่ในตะกร้าโดยเฉพาะ
๖. การควบคุมนิเทศติดตามการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติโดยหัวหน้างานและคณะกรรมการบริหารระบบยาในหอผู้ป่วย
๗. การเข้าสอบสวนเมื่อเกิดอุบัติเหตุอย่างทันเวลา

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง:

เจ้าหน้าที่มีความตระหนักถึงในการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาหอผู้ป่วยใน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาและเป็นแนวปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

บทเรียนที่ได้รับ:

เก็บข้อมูลติดตามการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความตระหนักให้กับเจ้าหน้าที่ทำให้หน่วยงานพัฒนามากยิ่งขึ้น

การติดต่อกับทีมงาน:

นางนพัชกร ไชยสาลี ติ๊กผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าวังผา อ.ท่าวังผา จ.น่าน ๕๕๑๔๐ เบอร์โทรศัพท์

นวัตกรรม

เครื่องติดตามอุณหภูมิตู้เย็นเก็บโลหิต (SMART TEMP TRACK)

พิลาสลักษณ์ นาคอภิไชย, นภภรณ์ ฝ่ายนันทะ, วรายุทธ ภาดา,
ชลพลรัฐภักดิ์ พันชน และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการท่าวังผา

ชื่อหน่วยงาน กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลท่าวังผา ที่มา (ความสำคัญ)

มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ๒๕๖๕ หัวข้อที่ ๕ การควบคุมกระบวนการ ข้อ ๕.๑.๒ การควบคุมสภาวะแวดล้อม กำหนดให้มีการติดตามควบคุมและบันทึกสภาวะแวดล้อมที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพ เช่น อุณหภูมิ ตู้เย็นเก็บโลหิต และมาตรฐานงานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิตกำหนดให้เก็บโลหิตที่อุณหภูมิ ๑-๖ องศาเซลเซียส ดังนั้นหากไม่มีการควบคุมที่ดีพอหรือไม่ สามารถติดตามตรวจสอบอุณหภูมิและความชื้น ของระบบลูกโซ่ความเย็นในการจัดเก็บอาจจะเกิดปัญหาแก่คุณภาพโลหิตที่ใช้เติมให้แก่ผู้รับบริการ แต่เดิมการบันทึกติดตามอุณหภูมิของตู้เย็นเก็บโลหิตจะใช้เทอร์โมมิเตอร์แบบดิจิตอลและใช้บุคลากรในการบันทึกอุณหภูมิ โดยมีการติดตามอุณหภูมิตู้เย็นเก็บโลหิตเป็นช่วงเวลาในขณะปฏิบัติงาน แต่ในช่วงเวลา ๐๐.๐๐น.-๐๖.๐๐น ไม่มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจึงทำให้ขาดการติดตามควบคุมอุณหภูมิและไม่มีระบบการแจ้งเตือนหากอุณหภูมิไม่เป็นไปตามกำหนด ในยุคปัจจุบันมีการพัฒนาระบบอินเตอร์เน็ตและการเชื่อมโยงข้อมูล นวัตกรรม เครื่องติดตามอุณหภูมิตู้เย็นเก็บโลหิตจึงถูกพัฒนาขึ้น ทำให้มีระบบการติดตามอุณหภูมิที่เป็นปัจจุบัน มีการเก็บบันทึกโดยโปรแกรม มีการแจ้งเตือนผ่านสมาร์ตโฟนให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทัน่วงที

วัตถุประสงค์

- ๕.๑ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับโลหิตที่มีคุณภาพ
 - ๕.๒ เพื่อเฝ้าระวังและสร้างระบบแจ้งเตือนความผิดปกติของอุณหภูมิตู้เย็นวัคซีนแบบทันสมัย
 - ๕.๓ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน สมบูรณ์ เชื่อถือได้ สามารถดึงข้อมูลย้อนหลังมาวิเคราะห์ได้
๑. กลวิธีดำเนินการ (สร้างนวัตกรรม การทดสอบก่อนใช้งาน โดยมีการหมุนวงล้อ PDCA เอนวัตกรรมการทดลองใช้กับผู้รับบริการ แล้วประเมินผล)
- ๑.๑ ประชุมหารือในทีมงานเพื่อค้นหาแนวทางแก้ไข
 - ๑.๒ จัดหาอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพตรงตามความต้องการ
 - ๑.๓ ติดตั้งอุปกรณ์เข้ากับตู้เย็นเก็บโลหิต
 - ๑.๔ เชื่อมโยงอุปกรณ์กับสมาร์ตโฟนและระบบอินเตอร์เน็ต
 - ๑.๕ ประมวลผลการบันทึกอุณหภูมิตู้เย็นเก็บโลหิต
 - ๑.๖ ติดตามการแจ้งเตือนอุณหภูมิในสมาร์ตโฟน

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าระบบการติดตามอุณหภูมิได้มาตรฐานมากขึ้น สามารถตรวจสอบการทำงานของระบบได้จากทุกที่ มีการจัดเก็บข้อมูล ที่เป็นระบบ เชื่อถือได้ บันทึกข้อมูลเป็นปัจจุบัน และสามารถดึงข้อมูลย้อนหลังนำมาวิเคราะห์ได้ มีระบบ แจ้งเตือนที่ทันต่อเหตุการณ์ ใช้งานง่าย สะดวก

การนำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

๑. นำนวัตกรรมไปใช้ในการติดตามอุณหภูมิตู้เย็นเก็บโลหิตอื่นๆ และตู้เย็นเก็บน้ำยาในห้องปฏิบัติการ
๒. แจ้งเตือนในกลุ่มไลน์เพื่อทำการตรวจสอบอุณหภูมิเมื่ออุณหภูมิผิดปกติเพื่อแก้ไข



บทเรียนที่ได้รับ

๑. ช่วยให้เจ้าหน้าที่ได้ทบทวนวิเคราะห์แก้ไขปัญหา
๒. ช่วยให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็วและทันเวลา
๓. ไม่เกิดอุบัติเหตุที่ทำให้ต้องทิ้งโลหิตหรือโลหิตไม่มีคุณภาพ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. การร่วมมือกันในหน่วยงาน
๒. ความคิดสร้างสรรค์

ภาพนวัตกรรมจำนวน ๒ ภาพ



เอกสารอ้างอิง

๑. สภาเทคนิคการแพทย์(๒๐๒๒).มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ๒๕๖๕ (พิมพ์ครั้งที่ ๑)
มีนาคม ๒๕๖๕:
๒. ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย(๒๕๖๗). มาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต
(พิมพ์ครั้งที่ ๕):๒๕๖๗

ปลอกข้อมือ safety

ศิริพร เดชอุปการ ,เจนจิรา โนศรี , ศิริลักษณ์ แซ่ลี
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าม่วง

ที่มา

สถานการณ์สุขภาพในปัจจุบันของหอผู้ป่วยใน มีผู้ป่วยติดสุราเรื้อรังมากขึ้นทางตึกผู้ป่วยในได้มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแรกรับโดยการประเมิน Alcohol withdrawal scale (AWS)ทุกรายและจัดผู้ป่วยอยู่ในโซนสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดและอยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาลและในผู้ป่วยที่มีอาการหิวแหว่ ภาพหลอน จะทำร้ายตัวเองและผู้อื่นได้ให้การรักษาตามแนวทางผู้ป่วย Alcohol withdrawal scale และผูกมัดผู้ป่วยด้วยผ้า ที่ข้อแขน ๒ ข้าง และข้อเท้า ๒ ข้างติดกับเตียงเพื่อป้องกันผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่นและหลบหนีแต่ผู้ป่วยสามารถแก้มัดตัวเองโดยไม่มีใครช่วยแก้มัด ๑ ต.ค.๒๕๖๖ – ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๗ พบผู้ป่วยAlcohol dependent Admit จำนวน ๓๑ ราย และได้หลบหนีออกจาก รพ.จำนวน ๓ รายทางตึกผู้ป่วยในได้ทำการทบทวนและแก้ไขโดยคิดค้นทำปลอกข้อมือ safety เพื่อป้องกันผู้ป่วยแก้มัดผ้าผูกมัดและหนีออกจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ : เพื่อใช้เป็นอุปกรณ์ใส่มือผู้ป่วยป้องกันการแก้มัดโดยไม่ได้วางแผน

ระเบียบวิธีวิจัย (สร้างนวัตกรรม การทดสอบก่อนใช้งาน เอนานวัตกรรมมาทดลองใช้กับผู้รับบริการ แล้วประเมินผล)

แผนการ/ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ หาแนวทางแก้ไขปัญหา คิดค้นนวัตกรรม จัดทำสิ่งประดิษฐ์ป้องกันการแก้การผูกมัดโดยปรับปรุงจากนวัตกรรมอันแก่นำปัญหาที่เจอมาแก้ไขและหาอุปกรณ์ที่เหมาะสมมาใช้แทน
 ๒. ปรับขนาดขวดน้ำเกลือเป็นขนาด ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร ซึ่งเป็นวัสดุเหลือใช้จากตึกผู้ป่วยใน นำมาตัดให้มีความยาวเหมาะสมกับฝ่ามือผู้ป่วยและเจาะรูเพื่อให้มีการระบายอากาศที่ดี ไม่ให้เกิดไอน้ำมาเกาะบริเวณภายในขวด
 ๓. นำฝ้ายคอตตอน ตัดเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้านำมาเย็บเข้าทรงกับกระบอกน้ำเกลือ ใช้จักรเย็บผ้าเย็บเก็บขอบให้เรียบร้อย เพื่อให้มีความแข็งแรงกระชับกับข้อมือไม่หลุดง่ายจะได้ปลอกข้อมือที่ใกล้สำเร็จ
 ๔. นำปลอกข้อมือที่เย็บเสร็จเรียบร้อย เย็บสายผูกข้อมือแบบรูตที่ใช้ผูกกับแขนผู้ป่วย
 ๕. นำนวัตกรรมปลอกข้อมือมาทดลองใช้ครั้งที่ ๑ พบปัญหาคือ มีไอน้ำเกาะในกระบอกข้อมือคนที่ใช้งานอยู่ เกิดจากการระบายอากาศไม่ทัน จึงแก้ไขโดยการเจาะรูเพิ่มมากขึ้น หลังจากเจาะรูเพิ่มไม่พบไอน้ำเกาะ
 ๖. นำนวัตกรรมปลอกข้อมือมาทดลองใช้ครั้งที่ ๒ พบปัญหาคือ สายที่ใช้ผูกรอบข้อมือขาดไม่คงทน แก้ไขโดยการเปลี่ยนเอาผ้าผูกมัดเดิม มามัดที่ปลอกข้อมือแล้วผูกมัดกับเตียงนอนผู้ป่วย
 ๗. นำนวัตกรรมปลอกข้อมือมาทดลองใช้หลังจากปรับปรุงนวัตกรรมพบว่าเป็นที่พึงพอใจ ใช้งานได้สะดวก
- ขั้นตอนการทำนวัตกรรม “ปลอกข้อมือ safety”
- ๗.๑ อุปกรณ์ที่ใช้: ฝ้ายคอตตอน ไม้บรรทัด กรรไกร ปากกา จักรเย็บผ้า เครื่องเชื่อมเจาะรู
 - ๗.๒ ใช้ขวดน้ำเกลือขนาด ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร เป็นวัสดุเหลือใช้จากตึกผู้ป่วยใน นำมาตัดให้มีความยาวเหมาะสมกับฝ่ามือผู้ป่วยและเจาะรูเพื่อให้มีการระบายอากาศที่ดี ไม่เกิดไอน้ำเกาะด้านในขวด
 - ๗.๓ นำฝ้ายคอตตอน ที่ตัดเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า นำมาเย็บเข้าทรงกับกระบอกน้ำเกลือ ใช้จักรเย็บผ้าเย็บเก็บขอบให้เรียบร้อย เพื่อให้มีความแข็งแรงกระชับกับข้อมือไม่หลุดง่าย ได้ปลอกข้อมือที่ใกล้สำเร็จ
 - ๗.๔ นำปลอกข้อมือที่เย็บเสร็จเรียบร้อย เย็บสายผูกข้อมือแบบรูตที่ใช้ผูกกับแขนผู้ป่วย

๗.๕ นำนวัตกรรมปลอกข้อมือมาในตึกผู้ป่วยใน การนำไปใช้ประโยชน์

หลังจากนำนวัตกรรมไปใช้พบว่า ปลอกข้อมือที่นำไปใส่กับคนไข้ Alcohol withdrawal ประสิทธิภาพช่วยลดการแก้มูกโดยไม่ได้วางแผน การใช้งาน สามารถนำมาซักเพื่อใช้ซ้ำได้ กระบอกรมมือมีขนาดใหญ่ทำให้มือผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้นไม่รัดมือคนไข้

ผลการศึกษา : การพัฒนารูปแบบการผูกมัดผู้ป่วย

การนำผลงานวิจัย (นวัตกรรม) ไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

บทเรียนที่ได้รับ : เป็นการพัฒนาหน้างานเพื่อป้องกันความเสี่ยง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ : ลดความเสี่ยง / บุคลากรในหน่วยงานเกิดความพึงพอใจ

ภาพนวัตกรรมจำนวน ๒ ภาพ



เอกสารอ้างอิง

nurse society (๒๐๒๒). การผูกมัดผู้ป่วย (Restraining), สืบค้นเมื่อ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕. จาก nursesoulciety.com

การลดความเสี่ยง

นางนพชกร ไชยสาลี และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยใน

ที่มา (ความสำคัญ) :

ความปลอดภัยในการบริหารยา เป็นเป้าหมายหลักในการกำหนดมาตรฐานการใช้และการบริหารจัดการยาในโรงพยาบาล ที่ทีมสหสาขาวิชาชีพทุกระดับต้องปฏิบัติตาม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการด้านยาอย่าง มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และมีความปลอดภัย พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการบริหารยา เนื่องจากเป็นผู้ดูแลให้ยาโดยตรงถึงตัวผู้ป่วย ดังนั้นจึงต้องมีความรู้ มีทักษะในการบริหารยาเป็นอย่างดี ทั้งนี้เพื่อลดและ ป้องกัน ความคลาดเคลื่อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นจากการบริหารยา ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) จัดเป็น ปัญหาสำคัญของการรักษาพยาบาลในปัจจุบัน และส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลโดยตรง ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา (Administration Error) เป็นความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของกระบวนการบริหารยาในหอผู้ป่วย ตั้งแต่ การรับคำสั่งการรักษา การตรวจสอบ การจัดเก็บยา การเตรียมยา การให้ยา การติดตาม ประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงหลังให้ยา โดยพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ให้ยาผิดชนิด ได้นำยาปนไปฉีดให้ผู้ป่วย ดังนั้นทางทีมเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยใน จึงได้จัดทำนวัตกรรมขึ้น เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วย โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า นวัตกรรมชิ้นนี้ จะเป็นประโยชน์ และเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย เพื่อให้การบริหารยามีประสิทธิภาพ ลดการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา (Administration Error) และสอดคล้องกับนโยบายการ ป้องกันและการจัดการความเสี่ยงในระดับโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ :

- ๑ เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา
- ๒ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการบริหารยา

ระเบียบวิธีวิจัย (สร้างนวัตกรรม การทดสอบก่อนใช้งาน เอนวัตกรรมการทดลองใช้กับผู้รับบริการ แล้ว ประเมินผล) :

แผนการ/ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ หาแนวทางแก้ไขปัญหา คิดค้นนวัตกรรม จัดทำการ์ดสียาเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ปรับการ์ดฉีดยาแบบเดิม ได้นำความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นมาปรับแก้ไข ให้เข้ากับบริบทในการบริหารยา
๒. ปรับการ์ดฉีดยาเดิม ที่มีเฉพาะสีขาว ใช้ทั้งยาฉีดและยาพ่น ได้ปรับให้มีการ์ดยาสีชมพู ซึ่งนำมาปรับใช้กับยาพ่น
๓. โดยการ์ดยาสีชมพู จะมีชื่อ-สกุลผู้ป่วย ชื่อยา และเวลาที่บริหารยาพ่น
๔. หลังจากได้ปรับการ์ดยาพ่น แล้วนำมาทดลองใช้ในการบริหารยาพ่น ยังพบปัญหาว่ายาคือติดกับยาพ่นอยู่ในพื้นที่เดียวกัน จึงได้ปรับให้มีตะกร้าแยกใส่ยาพ่นโดยเฉพาะ

๕. หลังจากปรับแก้ไขปัญหาในการใช้นวัตกรรม แล้วได้นำนวัตกรรมการ์ดสีแดง มาใช้ในการบริหารยา พบว่า ไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

การนำไปใช้ประโยชน์

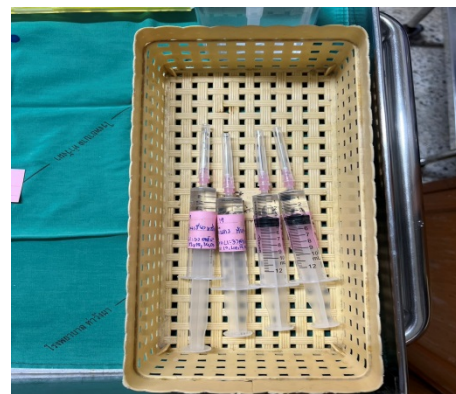
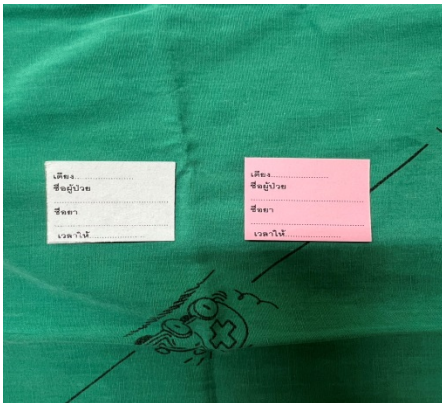
หลังจากนำนวัตกรรมไปใช้ในการบริหารยา พบว่า ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการบริหารยา
ผลการศึกษา : การพัฒนารูปแบบการบริหารยา

การนำผลงานวิจัย (นวัตกรรม) ไปใช้ประโยชน์ในการบริหารยา

บทเรียนที่ได้รับ : เป็นการพัฒนาหน้างานเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ : ลดความเสี่ยง / บุคลากรในหน่วยงานเกิดความพึงพอใจ

ภาพนวัตกรรมจำนวน ๓ ภาพ





โรงพยาบาลท่าวังผา
84 หมู่1 ตำบลท่าวังผา อำเภوتاวังผา จังหวัดน่าน
โทร. 054 059 666 -70 แฟกซ์ 054 059 665