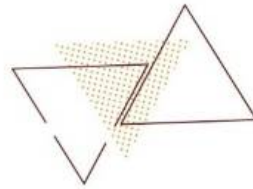




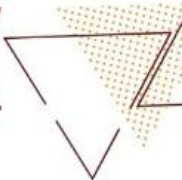
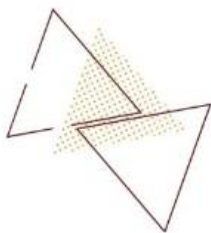
โรงพยาบาลกระบี่
KRABI HOSPITAL

ISSN 2539-6897(Print)
ISSN 2985-1947(Online)



กระบี่เวชสาร Krabi Medical Journal

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2567
Vol.7 No.1 January - June 2024





กระบี่เวชสาร KRABI MEDICAL JOURNAL

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2567

ISSN 2539-6897 (Print)

ISSN 2985-1947 (Online)

วารสารกระบี่เวชสาร (Krabi Medical Journal)

ISSN 2539-6897 (Print)

ISSN 2985-1947 (Online)

เจ้าของ โรงพยาบาลกระบี่

ที่ปรึกษา

นายปพน ดีไชยเศรษฐ์

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

คณะกรรมการอำนวยการ

นายสุรัตน์ ตันติทวีวรกุล

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่

โรงพยาบาลกระบี่

นายสมบุญ บุญกิตติชัยพันธ์

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

นางนงลักษณ์ ลีลาสุวานนท์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

นายสิน เทียนกิ่งแก้ว

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

นายดำรงห์ ประคิตะวาทีน

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

นายธีรศักดิ์ อุดมศรี

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

โรงพยาบาลกระบี่

นางลัดดาวัลย์ ปอดดฤทธิ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลกระบี่

นางสาวม่องพรรณ ถนนศรีมงคล

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลกระบี่

นายพนธ์ศักดิ์ สังข์สัพพันธ์

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลกระบี่

นายสัญญา สุระ

นายแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลกระบี่

นางสุภาสินี ธีระพร

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลกระบี่

บรรณาธิการ

นางศุภมาส พันธุ์ชัย

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

โรงพยาบาลกระบี่

กองบรรณาธิการ

นางสาวม่องพรรณ ถนนศรีมงคล

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลกระบี่

นายสัญญา สุระ

นายแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลกระบี่

นายปฐม สกลกิตติวัฒน์

นายแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลกระบี่

นายประวิตร แยมพงษ์

นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

ชำนาญการพิเศษ

นายบุญเรือง ขาวนวล

อาจารย์

มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

นายไพบูลย์ บุญยะทวี

วิทยาการชำนาญการ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรตรัง

นายคเชนทร์ บุญรอด

ทันตแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลสะเตด

นางสาวศิริสุข วรรณศรี

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

นางสาวกัณดินันท์ เพ็ญสุพรรณ

นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

โรงพยาบาลกระบี่

นายอาทิตย์ บุญรอดชู

อาจารย์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

นายศิริวิทย์ อัสวัฒน์

เภสัชกรชำนาญการ

โรงพยาบาลกระบี่

นางสุภาสินี ธีระพร

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลกระบี่

นางอรพรรณ บริพันธ์

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

โรงพยาบาลกระบี่

วารสารกระบี่เวชสาร (Krabi Medical Journal)

ISSN 2539-6897 (Print)

ISSN 2985-1947 (Online)

คณะกรรมการจัดทำวารสาร

นางสาวโสภา วังบุญคง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลกระบี่
นายวรพงศ์ เรืองสงค์	เภสัชกรชำนาญการ	โรงพยาบาลกระบี่
นางสาววรรณธพร สายนุ้ย	เภสัชกรปฏิบัติการ	โรงพยาบาลกระบี่
นางสาวอัจจิมา ชนะกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โรงพยาบาลกระบี่
นายอนันต์ เครือยศ	นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ	โรงพยาบาลกระบี่
นางฤติชา หมวดทอง	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาชำนาญงาน	โรงพยาบาลกระบี่
นางสาวนිරุช ชุนรักษา	บรรณารักษ์	โรงพยาบาลกระบี่

จำนวนพิมพ์ 300 เล่ม

พิมพ์ที่ บริษัท รุ่งโรจน์การพิมพ์กระบี่ จำกัด

สำนักงาน กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกระบี่ เลขที่ 325 ถ.อุตรกิจ
ต.ปากน้ำ อ.เมือง จ.กระบี่ 81000 โทรศัพท์ 075-626-700 ต่อ 1043, 1057
E-mail : krabijournal@gmail.com
เว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/KBJ>

จัดรูปเล่ม นางอรพรรณ บริพันธ์

ออกแบบปก นายอนันต์ เครือยศ

วารสารกระบี่เวชสาร เป็นวารสารราย 6 เดือน กำหนดออกในเดือน มกราคม - มิถุนายน และ กรกฎาคม - ธันวาคม

บทความนิพนธ์ต้นฉบับจะต้องผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่ง
ไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review) และการตีพิมพ์บทความจะต้องได้รับการอนุญาตจากกองบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์
อักษร

(เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาดอันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์)

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลางเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พิกุลแก้ว พยุงพันธ์	1
องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในบริบทชุมชนเมืองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเทศบาลเมืองกระบี่ อัจจิมา ชนะกุล	19
การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร สุวีณา หลิมวัฒนา, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล, อภิรดี นันทศุภวัฒน์	31
ผลของการทำ Therapeutic Apheresis ต่อผู้ป่วยโรคทางโลหิตวิทยาที่มารับการรักษาโรงพยาบาลกระบี่ ในระหว่างปี พ.ศ. 2559 – 2566 กนกศักดิ์ วิสุทธิสรรพ, วิภา ไพเราะเอน	45
การใช้แนวคิดแบบสลินในการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลลำทับ เนตรนภา สามเมือง	57
พัฒนาระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ โรงพยาบาลท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี วรรณภรณ์ อินนิมิตร	69
การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกระบี่ พรเพ็ญ หนูแก้ว, พุไรดา นายาว	81
ผลของการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) ศุศราพร อินทองคำ	93

สารบัญ

รายงานผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับภาวะสารคิตอนคั่งในระยะวิกฤต: กรณีศึกษา เสาวลี มณีศรี	105
--	-----

ปกิณกะ

มารดาติดยาบ้า ส่งผลอะไรบ้างต่อลูก ศุภมาส พันธุ์ชัย	105
---	-----

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

119

บทบรรณาธิการ

วารสารกระป๋องสาร ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มาพร้อมความแข็งแกร่งของอากาศประเทศไทยกับอิทธิพล ของปรากฏการณ์
เอลนีโญ ที่มาพร้อมกับความเจ็บป่วยจากความร้อนมากมาย และบทความที่มีคุณภาพจากบุคลากรของเราก็มีความน่าสนใจ
ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน

สุดท้ายนี้ คณะบรรณาธิการ หวังว่าทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงและพัฒนางานของพวกเขาต่อไป

แพทย์หญิงศุภมาส พันธุ์ชัย
บรรณาธิการ



เว็บไซต์ วารสารกระป๋องสาร

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลาง
เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
หน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่

พิกุลแก้ว พยุงพันธ์ *

(Received : February 8, 2024; Revised : April 5, 2024; Accepted : February 8, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลางในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่าย จำนวน 33 คน ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง พฤศจิกายน 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพที่สำคัญ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 6 เดือน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ และใช้สถิติเปรียบเทียบก่อนหลังด้วย Wilcoxon Signed Ranks Test, Paired t-test และ McNemar Chi-squared

ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมคะแนนความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดและพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการใช้ยาและการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk score) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) พบผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสม ระดับความดันโลหิต ไขมันคอเลสเตอรอล และไขมันตัวร้าย หลังศึกษาทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการวิจัยสามารถนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลางไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ให้มีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดได้ รวมทั้งควรมีการติดตามและประเมินภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลาง, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, โรคหัวใจและหลอดเลือด

* นายแพทย์ชำนาญการ, โรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่ E-mail : pi.kulka2@outlook.co.th

Effectiveness of Patient Centered Care Program for Reducing Cardiovascular Risks in Chronic Disease, Primary Care Unit Krabi Hospital

Pikulkaew Payungpun*

(Received : February 8, 2024; Revised : April 5, 2024; Accepted : February 8, 2024)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of patient centered care program for reducing cardiovascular risks in chronic disease, primary care unit Krabi hospital. This research used a representative random sampling method to select the instance, with 33 participants. They were collecting the data from June to November 2021. The instruments composed of personal data form, the Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk, Knowledge questionnaire, and hearth behaviors questionnaires. Data were collected through questionnaire before and after the experiment 6 months. Data were analyzed by descriptive statistics, Wilcoxon Signed Ranks Test, Paired t-test and McNemar Chi-squared.

The result found that in the sample after receiving the program, there was a statistically significant increase in stroke knowledge, medication compliance and healthy behavior about diet control and exercise before receiving the program ($p < 0.001$). and an decreasing CVD risk score score significantly ($p < 0.001$). The healthcare outcome was decreased fasting blood sugar, Hemoglobin A1C, blood pressure, Cholesterol and low density lipoprotein after receiving the program ($p < 0.05$), respectively.

The patient centered care program applied to prevent cardiovascular risks can help diabetes or hypertension patients have better knowledge and health behavior and good glycemic control, decrease blood pressure and lipid profile. The relevant health personnel should also continually conduct follow-up and health condition assessments.

Keywords : patient centered care program, chronic disease, Cerebrovascular disease

* Medical Physician, Krabi Hospital, Krabi Province, E-mail : pi.kulka2@outlook.co.th

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease: CVD) เป็นกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติกับหัวใจและหลอดเลือด เช่น หัวใจล้มเหลว หัวใจขาดเลือด โรคของลิ้นหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกพบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2019 พบประมาณ 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32 ของสาเหตุการตายทั้งหมด⁽²⁾ สำหรับประเทศไทยจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 พบการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 7 หมื่นราย เสียชีวิตร้อยละ 8 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี สาเหตุเกิดจากหลอดเลือดไปเลี้ยงที่หัวใจตีบตัน ขาดความยืดหยุ่น เนื่องจากการสะสมของไขมัน โปรตีน และการอักเสบที่บริเวณผนังด้านในของหลอดเลือด ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ คือ อายุ เพศ ประวัติครอบครัว ระดับความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โดยโรคนี้นักเป็นโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง⁽³⁾ โรคหัวใจและหลอดเลือดเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุและเพศ ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย อาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และปัจจัยทางกายภาพ เช่น ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือด และเบาหวาน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นความเสี่ยงของแต่ละบุคคลในการนำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งบุคคลที่มีหลายปัจจัยร่วมกันจะมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคมามากขึ้น^(4,5)

ข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพในจังหวัดกระบี่ จากฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ พบว่าจังหวัดกระบี่มีอัตราผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มขึ้นทุกๆ ปี โดยปี พ.ศ.2561-2563 พบการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรกลุ่มอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 4.8 ร้อยละ 5.7 ร้อยละ 8 ตามลำดับ สถิติอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ.2561-2563 พบประชากรกลุ่มอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 0.30, ร้อยละ 0.34 ร้อยละ 0.36 ตามลำดับ โดยพบมีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ ปี พ.ศ.2561-2563 พบร้อยละ 0.45 ร้อยละ 0.52 ร้อยละ 0.55 ตามลำดับ⁽⁶⁾ แม้หน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ (ทั้ง 2 ศูนย์ คือ ศูนย์แพทย์ชุมชนปากน้ำและกระบี่ใหญ่) จะมีบทบาทหลักในการทำงานด้านการส่งเสริม ป้องกันโรค ให้ความสำคัญกับการคัดกรองป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมาโดยตลอดจากข้อมูลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินครอบคลุมตั้งแต่ปี พ.ศ.2561-2563 ร้อยละ 91.5 ร้อยละ 94.6 ร้อยละ 94.1 ตามลำดับ พบมีผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับสูงขึ้นไป (CVD risk score $\geq$ 20%) ปี พ.ศ.2561 จำนวน 33 คน ปี พ.ศ.2562 จำนวน 29 คนและปี พ.ศ. 2563 จำนวน 27 คน โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงสูงดังกล่าวได้รับคำแนะนำการดูแลในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ แล้วพบมีค่าคะแนนความเสี่ยงลดลง ปี พ.ศ.2562 ร้อยละ 22.9 ปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 62.8 จากข้อมูลสถิติทั้งหมดพบว่าแม้การคัดกรองประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอาจครอบคลุม การให้มาตรการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ครอบคลุมแต่สถิติการป่วยสถิติการควบคุมเบาหวาน การควบคุมระดับความดันโลหิต ภาวะอ้วนลงพุงยังคงสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในทุกปี ซึ่งสะท้อนถึงการดูแลที่อาจเป็นช่องว่างคือ มาตรการดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

จากข้อเสนอขององค์การอนามัยโลกที่เสนอให้การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพปฐมภูมิและการจัดการบริการสุขภาพที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people-centered care) เป็นคำตอบที่สำคัญของการยกระดับบริการสุขภาพและสถานะสุขภาพของประชาชนสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ.2559 ที่พัฒนาให้เกิดคลินิกหมอครอบครัว หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit, PCU) เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลประชาชน 10,000 คนต่อหนึ่งทีม โดยตั้งเป้าหมายให้มีการดูแลครอบคลุมคนไทยทั่วประเทศใน 10 ปี หนึ่งในการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิคือการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบเป็นศูนย์กลาง เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนเพิ่มสูงขึ้นและความต้องการด้านสุขภาพที่หลากหลายแตกต่างกันตามสถานะสุขภาพและความรุนแรงของโรค ซึ่งจำเป็นต้องมีการดูแลสุขภาพเฉพาะรายบุคคลและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง⁽⁷⁾

จากการสืบค้นงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบการศึกษาวิจัยที่นำเครื่องมือ การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมาใช้ พบว่าการประยุกต์วิธีการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำให้ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาและอาหารดีขึ้น อาการของโรคเบาหวานลดลงและยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคและความเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น^(8, 9) ผู้ป่วยเบาหวานมีวินัยในการรับประทานยาที่ดี โดยมีการปฏิบัติที่ส่งเสริมในการรับประทานยาที่ดีขึ้น นั้นมาจากการเสริมพลังในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานด้วย⁽¹⁰⁾ และพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับทีมบุคลากรสาธารณสุขดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้พัฒนารูปแบบการบริการโดยยึดหลักประชาชนเป็นศูนย์กลางมาใช้ นอกจากนี้การศึกษาที่ศึกษาการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้การดูแลต่อเนื่องในบริการปฐมภูมิ พบว่าการที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลโดยหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและดูแลต่อเนื่องโดยแพทย์คนเดียว สามารถลดระดับความดันโลหิต ลดการใช้ยาหลายชนิดและลดค่าใช้จ่ายด้านยาอย่างมีนัยสำคัญ^(11, 12) แต่ในทางปฏิบัติกลับพบการตรวจผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานในคลินิกทั่วไปยังพบการนำเทคนิคหลักการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมาดูแลผู้ป่วยไม่มาก⁽¹³⁾

หน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากขึ้นทุกปี หน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่เปิดบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการทุกวัน ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์โดยวันอังคารและวันพฤหัสบดีเป็นวันที่มีคลินิกโรคเรื้อรัง จำนวนเฉลี่ยผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาใช้บริการ 50-60 คน/วัน มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลผู้ป่วยวันละ 2-3 คน มีพยาบาลเวชปฏิบัติให้คำแนะนำสุขภาพศึกษา 1-2 คน แม้หน่วยบริการปฐมภูมิ จะมุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม ป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการพยายามคัดกรองประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันอย่างครอบคลุมแล้วนั้นแต่ขั้นตอนการดำเนินการดูแลหลังจากการคัดกรองเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นการให้สุขภาพรายบุคคลเรื่องการดูแลตนเอง การกินยา ซึ่งมีรูปแบบเดิมที่คล้ายคลึงกันทุกๆ ราย สืบเนื่องมาจากจำนวนของผู้ป่วยที่มากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ทำให้ระยะเวลาที่ต้องใช้ในการพูดคุยกับผู้ป่วยแต่ละรายลดน้อยลง ซึ่งอาจส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยยังมีค่าน้อยกว่าเป้าหมายมาโดยตลอด พบว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างที่อาจส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

จากบริบทปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่และทิศทางการพัฒนาของระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ก่อให้เกิดการคิดวิจัยเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลางเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ โดยนำเครื่องมือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยด้วยหลักการเวชศาสตร์ครอบครัว คือ การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มาใช้ให้เกิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เกิดประสิทธิภาพ โดยมีหลักการสำคัญ คือ การทำความเข้าใจกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วย “โรค”(disease) ซึ่งมีคำจำกัดความหรือคำอธิบายทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และ “ความเจ็บป่วย”(illness) ซึ่งได้แก่ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยหรือความทุกข์ที่ผลักดันให้ผู้ป่วยแสวงหาบริการด้านสุขภาพจากแพทย์ การจัดการกับความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม จึงไม่ควรมุ่งเน้นเพียงแต่การรักษาโรคแต่เพียงอย่างเดียว เนื่องจากสาเหตุที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ให้บริการสุขภาพ มักไม่ได้เกิดจากปัญหาที่ตัวโรคเพียงอย่างเดียวแต่ยังเป็นผลมาจากความทุกข์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยในรูปแบบอื่นๆ ด้วย จากงานวิจัยของ สมจิต พฤษะรัตนานท์ ได้ศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางพบว่าการประยุกต์วิธีการดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำให้ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาและอาหารดีขึ้น และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคและความเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น⁽¹⁴⁾ และ สุพรรณ ยายใจ ได้ศึกษาเรื่องการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้การดูแลต่อเนื่องในบริการปฐมภูมิ พบว่าสามารถลดระดับความดันทั้งค่าความดันตัวบนและตัวล่างได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽¹²⁾

วัตถุประสงค์การวิจัย

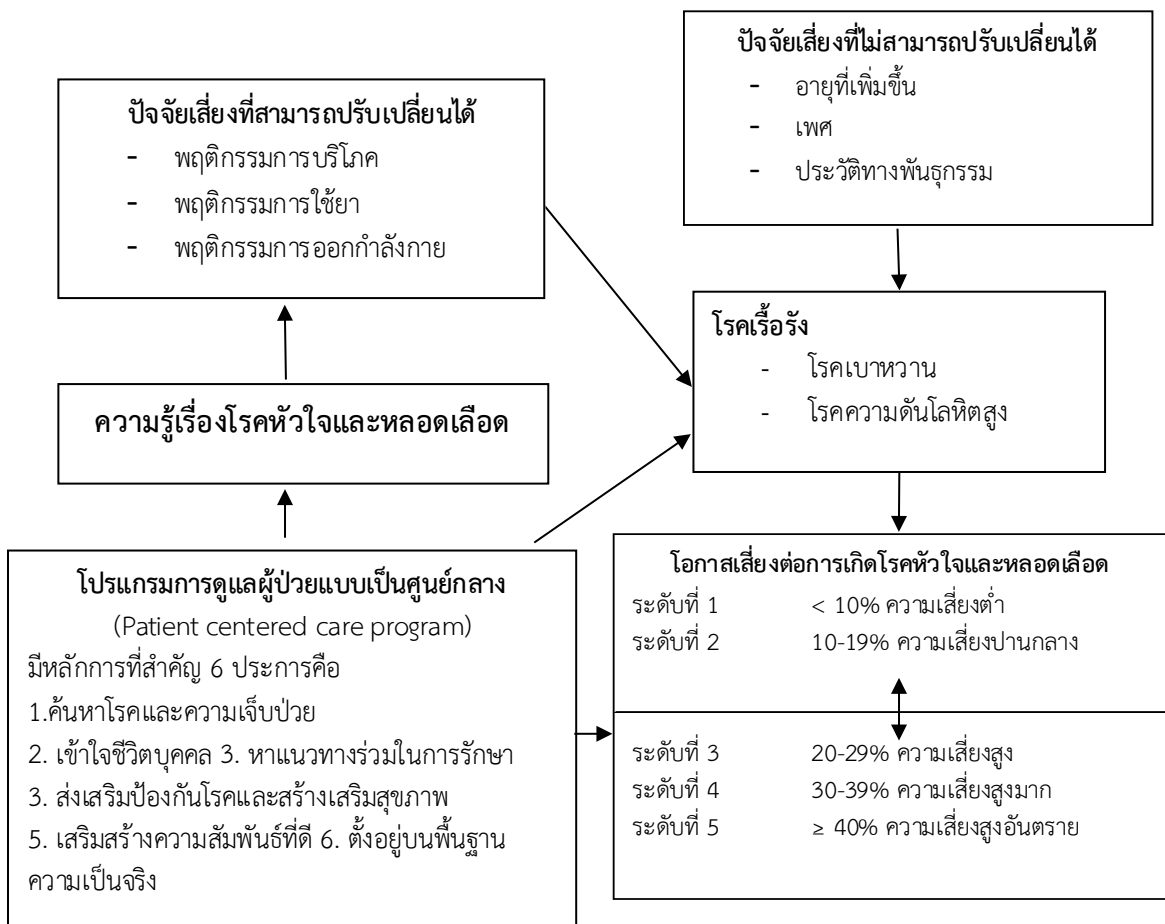
วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลางในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk score) ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk score $\geq 20\%$) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลาง
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk score $\geq 20\%$) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลาง
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าพารามิเตอร์ทางชีวการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk score $\geq 20\%$) ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาล ระดับน้ำตาลสะสม ดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลาง

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปแบบการศึกษา

การศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลางเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) ใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pre-Post test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ และได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่ามีค่าคะแนนความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง (CVD Risk Score > 20%) ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 30 พฤศจิกายน 2564 จำนวน 33 คน (N=33)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

- 1.ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่
- 2.มีอายุระหว่าง 35 - 60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
- 3.ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่ามีค่าคะแนนความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง (CVD Risk Score > 20%)

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

- 1.ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวคือโรคหัวใจขาดเลือดหรือเส้นเลือดในสมองขาดเลือด
- 2.ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการมองเห็น มีปัญหาด้านสายตา
- 3.ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำและการเรียนรู้
- 4.ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร มีปัญหาด้านการพูดหรือการได้ยิน
- 5.ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเดินทางมารับบริการ หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอด
- 6.ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉินที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือได้
- 7.ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือหรือไม่ยินยอมในการสัมภาษณ์หรือร่วมกิจกรรม

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (sample size) พร้อมแสดงวิธีการคำนวณตามระเบียบวิธีทางสถิติ

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างใน ธาณินทร์ ศิลปจารุ , 2551)⁽¹⁵⁾ มีดังนี้

$$n = \frac{X^2 N p (1-p)}{e^2 (N-1) + X^2 p(1-p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

X² = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (X² = 3.841)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด P = 00.5)

วิธีการคำนวณผู้วิจัยต้องทราบขนาดประชากรและสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรและกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนและระดับความเชื่อมั่นด้วย แทนค่าขนาดประชากร(N= 33) ยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างได้ 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 (n=30) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

$$n = \frac{3.841 \times 33 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 (33-1) + (3.841 \times 0.5 \times 0.5)}$$

คำนวณเพื่อการขาดติดตามหรือออกจากการศึกษาเพิ่มอีกร้อยละ 10 เป็นขนาดตัวอย่างเท่ากับ 33

เครื่องมือที่ใช้

1.เครื่องมือที่ใช้ในการให้โปรแกรม ประกอบด้วย

1.1.แผ่นพับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง แผ่นพับการประเมินความเสี่ยงโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

1.2.คู่มือการติดตามดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย ข้อมูลความรู้ ข้อมูลการบันทึกสุขภาพผู้ป่วย แต่ละครั้งที่มารับบริการ ข้อมูลการใช้จ่าย ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยมีสาเหตุที่บุคลากรสาธารณสุขบันทึกและข้อมูลที่ผู้ป่วยบันทึกเองในการกลับมาพบแพทย์ในครั้งต่อไป

2.เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งแบ่งเนื้อหาที่เก็บออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

2.1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ, อายุ, ที่อยู่, สถานภาพสมรส, อาชีพ, ศาสนา, ระดับการศึกษา, ระดับรายได้, สิทธิการรักษา, ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเรื้อรังและโรคประจำตัวอื่นๆ

2.2.แบบประเมินความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ตอบถูกต้อง เท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน คะแนนเต็ม 10 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าคะแนนรวมต่ำ การแปลผลคะแนน ประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom⁽¹⁶⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ระดับสูงคือ คะแนน ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (8-10 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลางคือ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 (6-7 คะแนน) และความรู้ระดับต่ำคือ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-5 คะแนน)

2.3.แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด กำหนดให้ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นครั้งคราว เท่ากับ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน แบ่งเป็นพฤติกรรมบริโภคอาหาร (หวาน/มัน/เค็ม) 24 คะแนน พฤติกรรมการใช้จ่าย 12 คะแนน พฤติกรรมการออกกำลังกาย 12 คะแนน คะแนนรวมระหว่าง 16-48 คะแนน โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom⁽¹⁶⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ควรปรับปรุง คือ พฤติกรรมสุขภาพระหว่าง 16-28 คะแนน ปานกลาง คือ พฤติกรรมสุขภาพอยู่ระหว่าง 29-37 คะแนน และ ดี คือ พฤติกรรมสุขภาพ อยู่ระหว่าง 38-48 คะแนน

2.4.แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพที่สำคัญได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาล ระดับน้ำตาลสะสม ดัชนีมวลกาย และคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการประเมินคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ใช้โปรแกรมประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดออนไลน์ (Thai CV risk calculator) ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยใช้ประเมินโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้าของคนไทย โดยทำนายจากข้อมูล อายุ เพศ การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หากไม่มีผลตรวจเลือดสามารถใช้ข้อมูลเส้นรอบเอว หรือส่วนสูง หรือ หากมีผลตรวจเลือดจะใช้ข้อมูลระดับไขมัน เช่น คอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) คอเลสเตอรอลเลว (LDL cholesterol) คอเลสเตอรอลดี (HDL cholesterol)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้สร้างขึ้นเองเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยเป็นอาจารย์แพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 1 คน แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อเกี่ยวข้องกับความเหมาะสมต่อการนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้หากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า ข้อคำถามบางข้อต้องแก้ไขปรับปรุง เพื่อให้เป็นไปตามบริบทของพื้นที่ ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของจังหวัดกระบี่ และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่
2. ผู้วิจัยค้นหากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. เมื่อพบผู้ป่วยที่คุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม
5. ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลผู้ป่วยโดย วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายโดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสอบถามจากตัวผู้ป่วยโดยใช้แบบเก็บข้อมูล 4 ส่วน ก่อนการให้โปรแกรม จากนั้นจึงระบุปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาวงจรการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยรวมถึงรูปแบบและคำแนะนำที่จะให้ผู้ป่วยแต่ละราย

ขั้นทดลอง

ในระหว่างการศึกษาผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลาง โดยมีหลักการที่สำคัญ 6 ประการ คือ ค้นหาโรคและความเจ็บป่วย เข้าใจชีวิตบุคคล หาแนวทางร่วมในการรักษา ส่งเสริมป้องกันโรคและสร้างเสริม เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี และตั้งอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง ด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. การดำเนินการให้บริการโดยสหสาขาวิชาชีพ โดยมีบทบาทและขั้นตอนดังนี้

- **แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว** ทำหน้าที่ตรวจรักษาและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็น ให้ข้อมูลคำแนะนำการประเมินโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk score) ให้ความรู้ข้อมูลการดูแลตนเองปฏิบัติตัว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามปัญหาที่พบให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายๆ และให้ผู้ป่วยร่วมตัดสินใจในการรักษาด้วย ทั้งนี้ตลอดระยะเวลาที่รักษาแพทย์จะต้องพยายามมองเห็นและพิจารณาปัญหาชีวิตของผู้ป่วยที่อาจมีอิทธิพลต่อการใช้ชีวิตและสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยด้วย (episodes as part of life-course experiences with health) มีการบันทึกข้อมูลไว้เพื่อใช้ติดตามผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผลการรักษา

- **พยาบาลวิชาชีพ** พุดคุยซักประวัติ ระบุปัญหาผู้ป่วยแต่ละครั้งแต่ละรายก่อนพบแพทย์ ระบุปัญหาในแฟ้มเวชระเบียนเพื่อให้แพทย์เข้าใจปัญหาผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น ให้คำแนะนำหลังพบแพทย์ทบทวนความเข้าใจของผู้ป่วยและให้ความรู้เพิ่มเติมเป็นรายบุคคล รวมถึงให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการแก้ปัญหา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับบันทึกของแพทย์ สะท้อนข้อมูลสุขภาพประจำตัวคืนกลับให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งที่มารับบริการและทำการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นระยะๆ

- **นักวิชาการสาธารณสุข** พุดคุยเพื่อแยกแยะประเด็นปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้ป่วยแต่ละรายให้ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตาม ร่วมวางแผนการรักษา สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ วางแผนการดำรงชีวิตประจำวันโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนและเป็นหุ้นส่วนในการดูแลสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเอง

- **เภสัชกร** ตรวจสอบทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละรายให้ถูกต้อง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาและอธิบายอาการและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อเกิดภาวะไม่พึงประสงค์จากยาเกิดขึ้นให้โอกาสผู้ป่วยได้บอกเล่าถึงปัญหาการใช้ยาเสมอ
- 2. ทำกิจกรรมกลุ่มอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลที่ผ่านมาโดยทีมวิทยากรมาจากสหสาขาวิชาชีพ
- 3. ให้ช่องทางติดต่อสอบถามกับสมาชิกทีมหมอบรรลุซึ่งมีสหสาขาในช่องทางต่างๆ ที่สะดวกรวดเร็ว เช่น การโทรศัพท์ หรือ Line กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- 4. ติดตามผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการซักถามจากตัวผู้ป่วยเองและผลการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน โดยการนัดหมายแต่ละครั้งจะอยู่ในช่วงระยะ 2 ถึง 12 สัปดาห์ต่อครั้ง โดยติดตามนาน 6 เดือน

ขั้นตอนหลังการทดลอง

- 1. ประเมินสภาวะสุขภาพโดยใช้แบบเก็บข้อมูล 4 ส่วน หลังการให้โปรแกรม 6 เดือน
- 2. รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ นำมาลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์ 2 ครั้ง (Double Entry) เพื่อลดความผิดพลาดจากการลงข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเที่ยงตรงก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ
- 3. นำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์
- 4. สรุปผลที่ได้จากการวิจัยและนำเสนอผลงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังต่อไปนี้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่(Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยควอไทล์ (IQR)
- 2. วิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมใช้สถิติเชิงพรรณนาร่วมกับสถิติอนุมานเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลางเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้ Wilcoxon Signed Ranks Test, Paired t-test และ McNemar Chi-squared กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดกระบี่ เลขที่ KB-IRB 2021/013.0605 ลงวันที่ 11 พฤษภาคม 2564 ซึ่งผู้วิจัยเคารพในความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง โดยขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการให้ข้อมูลครบถ้วนเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผลจากการเข้าร่วมวิจัยมีประโยชน์ต่อกลุ่มตัวอย่าง และการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยเท่านั้นที่จะเห็นข้อมูล หลังเสร็จสิ้นโครงการวิจัยข้อมูลทั้งหมดที่เป็นกระดาษผู้วิจัยและทีมจะทำการเผาทำลายทั้งหมด ส่วนข้อมูลที่เป็นสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ผู้วิจัยจะทำการลบทิ้งทันทีเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเพศชาย ร้อยละ 57.6 เพศหญิง ร้อยละ 42.4 อายุเฉลี่ย 56.2 ± 7.2 ปีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.8 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 90.9 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 36.4 มัธยมศึกษา/ปวช ร้อยละ 24.2 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 33.3 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.3 สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 84.8 โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 72.7 และระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว 6-10 ปี ร้อยละ 57.6

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (N=33)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (%)
เพศ	
ชาย	19 (57.6)
หญิง	14 (42.4)
อายุเฉลี่ย, ปี	
อายุเฉลี่ย, บาทต่อปี	56.2 (SD=7.2)
รายได้เฉลี่ย, บาทต่อปี	20,848.5 (SD=7475.5)
สถานภาพ	
โสด	7 (21.2)
สมรส	25 (75.8)
หม้าย	1 (3.0)
ศาสนา	
พุทธ	30 (90.9)
อิสลาม	3 (9.1)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้ศึกษา	1 (3.0)
ประถมศึกษา	12 (36.4)
ปริญญาตรี	5 (15.2)
ปวส./อนุปริญญา	7 (21.2)
มัธยมศึกษา/ปวช.	8 (24.2)
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1 (3.0)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3 (9.1)
ค้าขาย	11 (33.3)
รับจ้าง	11 (33.3)
เกษตรกร เช่น ทำสวนหรือเลี้ยงสัตว์	1 (3.0)
ธุรกิจส่วนตัว	5 (15.2)
อื่นๆ	1 (3.0)
สิทธิการรักษาพยาบาล	
เบิกจ่ายตรง	4 (12.1)
ประกันสังคม	1 (3.0)
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	28 (84.8)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (N=33) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (%)
โรคประจำตัว	
โรคเบาหวาน	1 (3.0)
โรคความดันโลหิตสูง	8 (24.2)
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	24 (72.7)
ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว	
1-5 ปี	7 (21.2)
6-10 ปี	19 (57.6)
มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป	7 (21.2)

ความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดและพฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้ก่อนและหลังศึกษาจากคำถามพื้นฐาน 7 (IQR 6-9) คะแนน เป็น 10 (IQR 9-10) คะแนน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังศึกษาจากคำถามพื้นฐาน 18 (IQR 13-22) คะแนน เป็น 21 (IQR 16-24) คะแนน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) คะแนนพฤติกรรมการใช้ยา ก่อนและหลังการศึกษาจากคำถามพื้นฐาน 9 (8-10) คะแนน เป็น 12 (8-12) คะแนน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดและพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อมูล	ก่อน median(IQR)	หลัง median(IQR)	ความต่าง	p-value
คะแนนความรู้	7 (6-9)	10 (9-10)	3	<0.001 ^a
พฤติกรรมสุขภาพรวม	38 (32-41)	41 (38-43)	3	<0.001 ^a
พฤติกรรมการบริโภค	18 (13-22)	21(16-24)	2	<0.001 ^a
พฤติกรรมการใช้ยา	9 (8-10)	12 (8-12)	1	<0.001 ^a
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	9 (8-10)	10 (10-12)	0	<0.001 ^a

^a Wilcoxon Signed Ranks Test

พฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 3 ก่อนศึกษาผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพระดับดี ร้อยละ 54.5 หลังศึกษาเพิ่มเป็นร้อยละ 81.8

ตารางที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังศึกษา

ข้อมูล	ก่อน จำนวน (%)	หลัง จำนวน (%)
ปานกลาง (29-37 คะแนน)	15 (45.5)	6 (18.2)
ดี (38-48 คะแนน)	18 (54.5)	27 (81.8)

ตารางที่ 4 ก่อนศึกษาผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน) ร้อยละ 42.4 ระดับสูง ร้อยละ 39.4 หลังศึกษาผู้ป่วยทุกราย มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 100

ความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตารางที่ 4 ความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนและหลังศึกษา

ระดับ	ก่อน จำนวน (%)	หลัง จำนวน (%)
ระดับต่ำ (0-5 คะแนน)	6 (18.2)	0 (0.0)
ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	14 (42.4)	0 (0.0)
ระดับสูง (8-10 คะแนน)	13 (39.4)	33 (100)

ตารางที่ 5 โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับความเสี่ยงสูง (CVD risk score 20-29%) ก่อนศึกษา ร้อยละ 81.8 หลังศึกษาลดลงเหลือร้อยละ 6.1 ระดับความเสี่ยงสูงมาก (CVD risk score 30-39%) ก่อนศึกษาร้อยละ 18.2 หลังศึกษาลดลงเหลือร้อยละ 3.0

โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตารางที่ 5 โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ระดับ	ก่อน จำนวน (%)	หลัง จำนวน (%)
ระดับที่ 1 < 10% ความเสี่ยงต่ำ	0 (0.0)	9 (27.3)
ระดับที่ 2 10-19% ความเสี่ยงปานกลาง	0 (0.0)	21 (63.6)
ระดับที่ 3 20-29% ความเสี่ยงสูง	27 (81.8)	2 (6.1)
ระดับที่ 4 30-39% ความเสี่ยงสูงมาก	6 (18.2)	1 (3.0)

ข้อมูลสุขภาพที่สำคัญ

ตารางที่ 6 คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk score) หลังศึกษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสม ระดับความดันโลหิต ไขมันคลอเลสเตอรอล และไขมันตัวร้าย หลังศึกษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ดัชนีมวลกาย ไขมันตัวดี และการสูบบุหรี่ ไม่แตกต่างจากก่อนให้โปรแกรมดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลาง

ตารางที่ 6 ข้อมูลสุขภาพที่สำคัญก่อนและหลังศึกษา

ข้อมูล	ก่อน median(IQR)	หลัง median(IQR)	ความต่าง	p-value
CVD risk score	22.4 (21-25)	12.2 (9-15)	-10.44	$<0.001^b$
น้ำตาลในเลือด (FBS), mg/dl	134 (102-182)	130 (101-151)	-6	0.003^a

ตารางที่ 6 ข้อมูลสุขภาพที่สำคัญก่อนและหลังศึกษา (ต่อ)

ข้อมูล	ก่อน median(IQR)	หลัง median(IQR)	ความต่าง	p-value
น้ำตาลสะสม (HBA1C), %	7.5 (6.3-8.5)	7.4 (6.5-8.0)	-0.1	0.011 ^a
ความดันตัวบน (SBP), mmHg	160 (150-170)	133 (129-140)	-27.51	<0.001 ^b
ความดันตัวล่าง (DBP), mmHg	85 (80-93)	80 (70-90)	-7.48	<0.001 ^b
ดัชนีมวลกาย, กก./ม ²	28 (25-34)	28 (25-33)	0	0.205 ^a
ไขมันคลอเลสเตอรอล, mg/dl	214 (203-243)	199 (167-208)	-26	<0.001 ^a
ไขมันตัวร้าย (LDL), mg/dl	151 (127-163)	122 (111-150)	-24.91	<0.001 ^b
ไขมันตัวดี (HDL), mg/dl	50 (40-63)	50 (43-66)	3	0.213 ^a
สูบบุหรี่	14 (42.4%)	12 (36.4%)	0.5	0.479 ^c

^a WILCOXON SIGNED RANKS TEST, ^b PAIRED T TEST, ^c McNEMAR CHI-SQUARED

อภิปรายผล

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลางทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำที่สอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงของตนเอง เน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยได้รับแรงสนับสนุนจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เภสัชกร ซึ่งสามารถอภิปรายผลการรักษาได้ดังนี้

1. ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการค้นหาโรคและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจริงในตัวผู้ป่วย โดยนำปัญหามาจัดลำดับความสำคัญที่ต้องแก้ไขปรับเปลี่ยน อธิบายถึงระดับความเสี่ยงที่ผู้ป่วยเป็นและเป้าหมายที่ผู้ป่วยควรจะเป็นเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความเข้าใจในทุกกระบวนการของการรักษาและให้โอกาสผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง ทั้งนี้จะทำให้ความสำคัญกับความเจ็บป่วยด้านต่างๆ ที่นอกเหนือจากตัวโรคของผู้ป่วย อุปสรรคที่ซ่อนเร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วย พยายามหาแนวทางร่วมกัน ทำให้มีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น เช่น ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันคลอเลสเตอรอล ระดับไขมันตัวร้าย จนทำให้ค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมชัย อัครสุตสาคร และคณะ ได้บูรณาการระบบบริการสุขภาพเพื่อคัดกรองและลดกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้กลยุทธ์สร้างทีมและทำงานในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ การสร้างโปรแกรมที่มุ่งเน้นการควบคุมตนเอง และการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีความรู้และพฤติกรรมที่เหมาะสมในการบริโภคอาหารดีขึ้น และระดับคอเลสเตอรอลในเลือดลดลง⁽¹⁷⁾

2. ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่าความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งพฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการออกกำลังกาย น่าจะเป็นผลมาจากรูปแบบการให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยการมุ่งเน้น การให้ความรู้และข้อมูลในการดูแลตนเอง การปรับพฤติกรรมตามปัญหาที่พบให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายๆ และให้ผู้ป่วยได้ร่วมตัดสินใจในการรักษาด้วย โดยตลอดระยะเวลาที่รักษาทีมสุขภาพจะพยายามสังเกตปัญหาของผู้ป่วยที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเอง และพยายามช่วยปรับแก้ปัญหาดังกล่าวอย่างเหมาะสม ตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย การอาศัยการติดตามต่อเนื่องเป็นระยะๆ

ตลอดระยะเวลา 6 เดือน มีการสะท้อนข้อมูลสุขภาพประจำตัวกลับคืนแก่ผู้ป่วยทุกครั้งที่มาใช้บริการโดยมุ่งให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในสุขภาพของตนเองอย่างมากที่สุด และทุกครั้งที่มาใช้บริการจะได้รับความรู้ ทบทวนการกินยาที่ถูกต้องเสมอโดยเภสัชกร ด้วยการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นอย่างดีส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของนันทนา ชัยภักดี และคณะ ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด 3อ.2ส.1ย. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และการใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์และเภสัชกร) 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถเปลี่ยนแปลงระดับความเสี่ยง Thai CV risk score หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงมาอยู่ในระดับความเสี่ยงที่ต่ำกว่าร้อยละ 17.1⁽¹⁸⁾ และจันทร์จิรา สีสว่าง และคณะ ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีการการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจระหว่างการเดินทางเยี่ยมบ้านและทางโทรศัพท์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม(19) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่สำคัญ ทำให้เกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง สามารถลดโอกาสเสี่ยงได้มากขึ้น⁽²⁰⁾ เพราะภาวะเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคเรื้อรังนั้นจำเป็นต้องเข้าใจกระบวนการในการจัดการ ตนเองเพื่อการจัดการกับภาวะเจ็บป่วย⁽²¹⁾

3. ผลลัพธ์ทางคลินิก

การที่ผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลแบบเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางความรู้ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้งการรับประทานอาหาร ยา และพฤติกรรมออกกำลังกายดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้ดีขึ้น รวมถึงแพทย์ ให้การรักษาที่มีการปรับยาให้เหมาะสมกับระดับความดัน และระดับน้ำตาลของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วย ทิ่มีสุขภาพให้ ความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเอง ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างลดลง ระดับน้ำตาลในเลือด และน้ำตาลสะสมที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ การวิจัยของ สุพรรณา ยาใจ และคณะ ที่พบว่าผลลัพธ์การควบคุมระดับความดันโลหิตโดยหลักผู้ป่วย เป็นศูนย์กลางและดูแลต่อเนื่องโดยแพทย์คนเดียว โดยมีหลักการสำคัญคือ การดูแลต่อเนื่องจนก่อให้เกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจจน สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเคารพต่อความต้องการของผู้ป่วย สามารถลดระดับความดันตัวบนและตัวล่าง ลดระดับไขมันเลว ลดค่าใช้จ่ายด้านยา ลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งเพิ่มอัตราการครองชีพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹²⁾

การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นเครื่องมือหนึ่งของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย วิธีการนี้มีการสืบค้นทั้งในมุมมองของแพทย์และมุมมองของผู้ป่วยในมุมมองของแพทย์นั้นทำได้โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค สำหรับมุมมองของผู้ป่วย แพทย์ต้องค้นหาความรู้สึกความคิด ผลกระทบจากความเจ็บป่วยและความคาดหวังของผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย การบูรณาการทั้งสองมุมมองเข้าด้วยกันในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้แพทย์สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้⁽²²⁾ ซึ่งสิ่งที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้ความสำคัญ ไม่ใช่เพียงการวินิจฉัยโรคเท่านั้น แต่ต้องสามารถเข้าใจความเจ็บป่วยซึ่งเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคนที่มีมุมมองต่อโรคและมีการตอบสนองเมื่อป่วยแตกต่างกัน⁽²³⁾ ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากการมารับบริการไม่เต็มที่ หากข้อมูลทางการแพทย์ไม่ถูกถ่ายทอดไปยังผู้ป่วยอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และเป็นไปในรูปแบบที่เหมาะสม นอกจากนี้การสื่อสารที่คลาดเคลื่อนอาจทำให้เกิดการเข้าใจผิด เสียเวลา การลดลงคุณภาพการบริการและส่งผลให้ความพึงพอใจลดลง ทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ⁽²⁴⁾ การศึกษานี้ค้นหาความเจ็บป่วยโดยใช้ ICE questions ซึ่งประกอบไปด้วย ความคิด (idea) ความกังวล (concern) และ ความคาดหวังของผู้ป่วย (expectation) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางซึ่งไม่ได้ทำให้เวลาในการมาพบแพทย์ยาวนานขึ้น และแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการมีสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้สามารถ ดูแลปัญหาได้ครอบคลุมมากขึ้นในทุกมิติของการรักษา

ตลอดระยะเวลาที่ติดตาม ไม่พบว่ามียากลุ่มผู้ป่วยที่ร่วมโครงการมีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือมีการ

รับไว้เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามค่าความดันโลหิตที่พบว่ามีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจไม่สามารถส่งผลการพยากรณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตได้เนื่องจากเป็นการวัดค่าแค่ชั่วขณะหนึ่ง หากมีการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านประกอบจะทำให้ข้อมูลน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น และยังขาดการติดตามอัตราการกรองของไตเพื่อประเมินการดำเนินโรค นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดที่ระยะเวลาการติดตามเพียง 6 เดือน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะลงมือปฏิบัติ หากต้องการให้มั่นใจว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะคงสภาพ แนะนำให้มีการประเมินผล 12 เดือน 24 เดือน เพื่อผู้เข้าร่วมวิจัยจะสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้มากขึ้น และไม่กลับไปมีพฤติกรรมเดิมๆ ซ้ำๆ นอกจากนี้ยังพบปัญหาข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับบางครั้งไม่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาหรืออุปสรรคของผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้ไม่สามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้จริง มีผู้บางรายไม่มีการวางแผนเป้าหมายและขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองจำเป็นต้องมีการเสริมแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง คือประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงที่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นไปโดยความสมัครใจ ควรได้มีการออกแบบวิจัยในครั้งต่อไปเป็นการทดลองเชิงสุ่มเพื่อควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวแปรต้นและลดอคติจากการเข้าร่วมโดยสมัครใจ นอกจากนี้ระยะเวลาในการติดตามที่ 6 เดือนอาจยังไม่เพียงพอในการสรุปประสิทธิผลของโครงการในระยะยาว

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1.ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รวมทั้งการให้คำปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้รับยาตามความเหมาะสมของสถานบริการสุขภาพทุกระดับ เพื่อให้เกิดความตระหนักตื่นตัวถึงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น

2.ควรมีการนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นขยายไปสู่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่รับบริการในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ โดยในการนำไปใช้นั้น การเยี่ยมบ้านหรือการเยี่ยมทางโทรศัพท์ และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตามความจริงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดไปใช้ และกระตุ้นเตือนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความแตกต่างกัน เช่น วัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิต เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลางให้เหมาะสมและสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและให้ญาติมีส่วนร่วมมากขึ้น ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- 1.Folsom AR, Yatsuya H, Nettleton JA, Lutsey PL, Cushman M, Rosamond WD, et al. Community prevalence of ideal cardiovascular health, by the American Heart Association definition, and relationship with cardiovascular disease incidence. Journal of the American college of cardiology 2011;57(16):1690-6.
- 2.Khan T. Cardiovascular diseases. World Health Organization 2021.
- 3.กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต] 2566 [เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=37372&deptcode=brc&news_views=3262.
- 4.เอกพลกร ว. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557 [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hsri.or.th/researcher/research/newrelease/detail/7711>.

- 5.สุกิจ แยมวงศ์. โครงการพัฒนาประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด[อินเทอร์เน็ต] 2548 [เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thainhf.org>.
- 6.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ [อินเทอร์เน็ต] 2564 [เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.kbi.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.
- 7.กองบริหารการสาธารณสุข สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ: ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://phdb.moph.go.th/>.
- 8.Prueksaritanond S, Tubtimtes S, Asavanich K, Tiewtranon V. Type 2 diabetic patient-centered care. J Med Assoc Thai 2004;87(1):345-52.
- 9.อาคม ทิวทอง, สุกัญญา คำ, สุภาพร ศรีหาเลศ. ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2562;2(1):168-75.
- 10.Ratner NL, Davis EB, Lhotka LL, Wille SM, Walls ML. Patient-centered care, diabetes empowerment, and type 2 diabetes medication adherence among American Indian patients. Clinical diabetes journal 2017;35(1):281-5.
- 11.Cooper LA, Roter DL, Carson KA, Bone LR, Larson SM, Miller ER. A randomized trial to improve patient-centered care and hypertension control in underserved primary care patients. J Gen Intern Med 2011;26(2):1297-304.
- 12.สุพรรณยา ยาใจ, ดวงนภา ปราปโรค. การควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้การดูแลต่อเนื่องในบริการปฐมภูมิ. เชียงรายวารสาร 2562;2(1):25-33.
- 13.Moran J, Bekker H, Latchford G. Everyday use of patient-centred, motivational techniques in routine consultations between doctors and patients with diabetes. Patient Educ Couns 2008;73(3):224-31.
- 14.สมจิต พุกกะรัตนันท์, สายสุนีย์ ทับทิมเทศ, กรทอง อัคราณิชย์, วาสุณี เตียวตรานนท์. การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. J Med Assoc Thai 87(4):346-52.
- 15.ธานินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ: บิสซิเนสอาร์แอนด์ตี; 2551.
- 16.Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
- 17.สมชัย อัครสุตสาร, สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ, สาวิตรี วิชญ์โยธิน. การบูรณาการระบบบริการสุขภาพเพื่อคัดกรองและลดกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดนครราชสีมา 2560-2561. วารสารกรมการแพทย์ 2562;44(5):151-7.
- 18.นันทนา ชัยภักดี, หลักทรัพย์ วัฒนสุขชัย, สุภาพ แจ้งคำ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ เบาหวานในโรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2566;38(2):393-402.
- 19.จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุณวิทย์ ทองแดง, ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, สุจิตรา ชัยวุฒิ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. NURS SCI J THAIL 2565;40(3):42-59.
- 20.อุษณีย์ งามฤทธิ์. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2021;6(3):29-37.
- 21.จุรีพร คงประเสริฐ, ธิรัตน์ อภิญา. คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2558.

22.กฤษณะ สุวรรณภูมิ. การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. วารสารระบบบริหารปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2566; บทปริทัศน์(1):38-44.

23.สายพิน หัตถิรัตน์. คู่มือหมอครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน; 2545.

24.Bertakis KD, Azari R. Determinants and outcomes of patient-centered care. Patient education and counseling 2011;85(1):46-52.

องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในบริบทชุมชนเมืองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเทศบาลเมืองกระบี่

อัจจิมา ชนะกุล *

(Received : February 8, 2024; Revised : May 17, 2024; Accepted : May 28, 2024)

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงพรรณานี้เพื่อศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในบริบทชุมชนเมืองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตเทศบาลเมืองกระบี่ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ อสม. ที่ปฏิบัติงานในสังกัดเขตเทศบาลเมืองกระบี่ จำนวนทั้งสิ้น 225 คน ใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ระหว่าง 0.67 – 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ สกัดปัจจัยด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลักใช้วิธีหมุนแกนองค์ประกอบแบบอโรโกลนอลด้วยวิธีแวนแม็กซ์ ผลการวิจัยพบว่า

องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในบริบทชุมชนเมืองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเทศบาลเมืองกระบี่ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ 17 ตัวบ่งชี้ สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ ได้ร้อยละ 51.30 ประกอบด้วย 1) สมรรถนะการเฝ้าระวังโรคในชุมชน มี 8 ตัวบ่งชี้ 2) สมรรถนะการแนะนำการป้องกันและอาการของโรค มี 4 ตัวบ่งชี้ และ 3) สมรรถนะการกำจัดลูกน้ำยุงลาย มี 5 ตัวบ่งชี้

คำสำคัญ : สมรรถนะ, การป้องกันและควบคุมโรค, โรคไข้เลือดออก, ชุมชนเมือง, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลกระบี่ E-mail : atjima2933@gmail.com

Performance Indicators for Dengue Hemorrhagic Fever Disease Control and Prevention in Community by Village Health Volunteers: A Factor Analysis

Research from Krabi Town Municipality

Atjima Chanakul*

(Received : February 8, 2024; Revised : May 17, 2024; Accepted : May 28, 2024)

Abstract

This descriptive research on community Dengue Hemorrhagic Fever Disease Control and Prevention operations by village health volunteers (VHVs) aimed to study the components and indicators of their performance in Krabi Town Municipality. The sample was 225 village health volunteers, working under the Krabi Town Municipality. They were selected by proportional stratified random sampling. The research tool was a questionnaire, validated for content validity with an index of item objective congruence (IOC) between 0.67 – 1.00. The Cronbach's alpha coefficient of the entire questionnaire was 0.96. Data were analyzed by Exploratory Factor Analysis (EFA), including the process of factor extraction and factor rotation by means of Varimax method.

The results showed that the performance of Dengue Hemorrhagic Fever Disease Control and Prevention operations in the community by the VHVs consisted of 3 components and 17 indicators. These could explain the variability of the indicators at 51.30 %, consisting of: 1) surveillance disease in the community performance (8 indicators), 2) introduction to disease prevention and symptoms performance (4 indicators), 3) elimination of aedes mosquito larvae performance (5 indicators).

Keywords : Competency, Control and Prevention, Dengue Hemorrhagic Fever Disease, Community, Village Health Volunteers

* Public Health Technical Officer, Professional Level, Krabi Hospital, E-mail : atjima2933@gmail.com

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากโรคได้แพร่ระบาดอย่างกว้างขวางและมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมากใน 30 ปีที่ผ่านมา มากกว่า 100 ประเทศที่โรคนีกลายเป็นโรคประจำถิ่น และโรคนี้อยู่คู่ความต่อสุขภาพของประชากรโลกมากกว่าร้อยละ 40 (2,500 ล้านคน) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่นจะพบมาก ซึ่งร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั้งหมดมาจากประเทศในภูมิภาคเอเชีย⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยเริ่มมีรายงานพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกครั้งแรกในปี พ.ศ. 2492 และพบการระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 พบการระบาดใหญ่ที่สุดในปีพ.ศ. 2530 มีรายงานผู้ป่วยสูงถึง 170,000 กว่าราย เสียชีวิต 1,000 กว่าราย หลังจากนั้นประเทศไทยมีแนวโน้มของการพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น โดยในปีที่มีการระบาดใหญ่จะพบผู้ป่วยมากกว่า 100,000 ราย และเสียชีวิต 100 รายขึ้นไป⁽¹⁾ โรคไข้เลือดออกมีลักษณะที่แปรผันตามฤดูกาล (Seasonal variation) โดยจะเริ่มมีแนวโน้มผู้ป่วยสูงขึ้นในเดือนเมษายน พบผู้ป่วยสูงสุดในเดือนมิถุนายน - สิงหาคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝน และมีแนวโน้มการระบาดลดลงในช่วงเดือนกันยายน แต่ถ้าหากช่วงปลายปีจำนวนผู้ป่วยไม่ลดลงและยังคงสูงลอย อาจทำให้เกิดการระบาดต่อเนื่องในปีถัดไปได้ ปัจจุบันสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย จากศูนย์ข้อมูลระบาดวิทยา สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า สถานการณ์โรคไข้เลือดออกประเทศไทยย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่พ.ศ.2562 - พ.ศ.2566 มีอัตราป่วยไข้เลือดออกต่อแสนประชากร 27.08, 15.21, 34.76, 20.85 และ 19.41 ตามลำดับ อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.14, 0.01, 0.29, 0.2 และ 0.12 ตามลำดับ⁽²⁾ สำหรับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดกระบี่ย้อนหลัง 5 ปีตั้งแต่พ.ศ.2562 - พ.ศ.2566 มีอัตราป่วยไข้เลือดออกต่อแสนประชากร 113.75, 47.28, 13.89, 62.69 และ 229.93 ตามลำดับ อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.21, 0, 0, 0.33 และ 0.27 ตามลำดับ สำหรับพื้นที่เขตเทศบาลเมืองกระบี่ซึ่งตั้งอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ประกอบด้วย 2 ตำบล คือ ตำบลปากน้ำ และตำบลกระบี่ใหญ่ มีผู้ป่วยไข้เลือดออกปี พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 15 เมษายน 2566 จำนวน 40 ราย, 5 ราย, 13 ราย และ 34 ราย ตามลำดับ อัตราป่วยต่อแสนประชากร 122.53, 15.32, 52.97 และ 110.28 ตามลำดับ ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต⁽³⁾

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกิดขึ้นจากแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน ตั้งแต่แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2521) ซึ่งเป็นตัวแทนประชาชนในระดับหมู่บ้าน ทำหน้าที่เป็นตัวแทนประชาชนผู้ที่มีจิตอาสา เสียสละ เข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน⁽⁴⁾ ตามราชกิจจานุเบกษา พ.ศ.2554 ในขณะที่ราชกิจจานุเบกษา (2554) ประกาศให้ อสม. บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุข มูลฐาน การให้บริการสาธารณสุขระยะเบียบกระทรวงสาธารณสุข การจัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข การเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การศึกษาพัฒนาตนเอง ตลอดจนการประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานอื่นๆ ในท้องถิ่น ทั้งนี้บทบาทหน้าที่ของ อสม. มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนของสังคมและสถานการณ์สุขภาพของคนไทยบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของ อสม.หมอบประจำบ้าน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2562 ได้จัดทำหลักสูตรเพื่อยกระดับ อสม. ให้เป็น อสม.ประจำบ้าน เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขโดยมีบทบาทการดำเนินงานในชุมชน ได้แก่ 1) การสนับสนุนส่งเสริมให้มีอาสาสมัครครอบครัว 2) การดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ 3) การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ลดอัตราการป่วยโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต การป้องกันแก้ไข 4) การถ่ายทอดความรู้ 5) การใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ โทรเวชกรรม (Telemedicine) และแอปพลิเคชัน 6) การเป็นแกนนำเครือข่ายในการดูแลสุขภาพทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย 7) การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ และ 8) การรายงานผลการปฏิบัติงาน⁽⁴⁾ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน อสม. จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การป้องกันโรค การเฝ้าระวังโรค และการควบคุมโรค⁽⁵⁾ ได้แก่ การสำรวจและรายงานผลคำดัชนีลูกน้ำยุงลาย การกำจัดลูกน้ำยุงลาย การฉีดพ่นกำจัดยุงลาย การให้ข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชน การคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยสงสัยไปโรงพยาบาล

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า อสม. มีบทบาทสำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน โดยอสม.มีจุดแข็งที่สำคัญ คือ การทำงานสำเร็จเป็นครั้งคราวในช่วงระยะเวลาอันสั้น เช่น การแจ้งความรู้ข่าวสารแก่คนในชุมชน การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน รวมถึงการณรงค์เพื่อการควบคุมโรคที่เกิดเป็นครั้งคราวตามฤดูกาลและเมื่อมีการระบาดของโรค บทบาทหน้าที่ในการควบคุมป้องกันและเฝ้าระวังโรคระบาดนั้นๆ จะถูกกำหนดให้เป็นภาระหน้าที่ของอสม. ในพื้นที่ขณะนั้นทันที⁽⁶⁾ แต่ยังคงขาดความชัดเจนในการประเมินและพัฒนาสมรรถนะการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้หากมีเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะอย่างเป็นรูปธรรมแล้วจะช่วยให้ง่ายต่อการจัดหลักสูตรอบรมเพื่อการพัฒนาศักยภาพของอสม.⁽⁷⁾

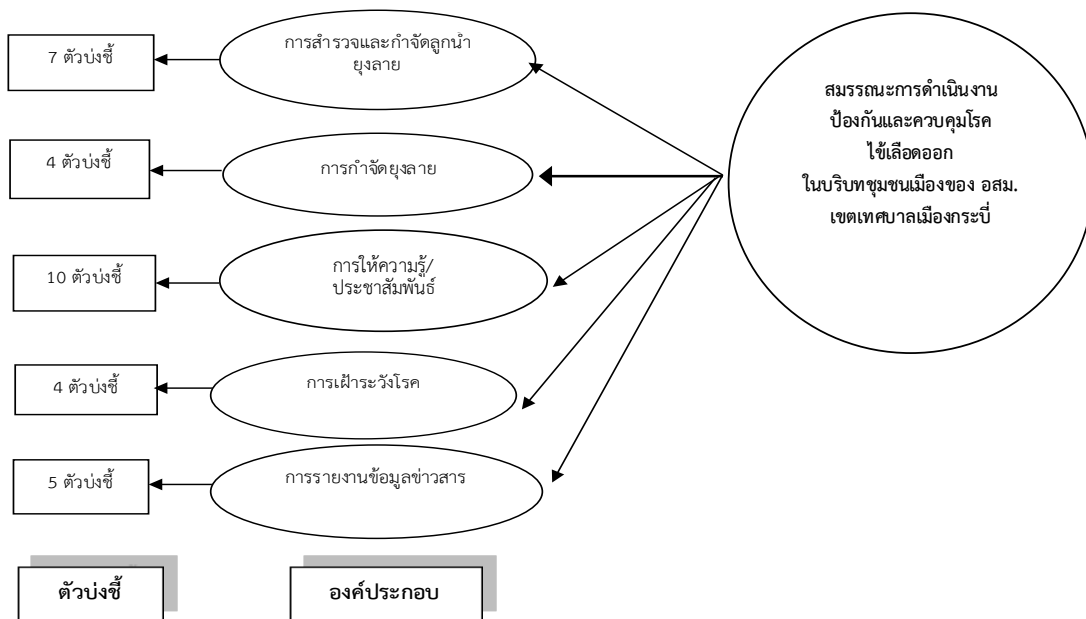
ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการค้นหองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกในบริบทชุมชนเมืองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเทศบาลเมืองกระบี่ อันจะเกิดประโยชน์ต่อการประเมินสมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคใช้เลือดออกส่งผลกระทบต่อการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้สามารถดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกได้อย่างมีคุณภาพและเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกในบริบทชุมชนเมืองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเทศบาลเมืองกระบี่

กรอบแนวคิดการวิจัย

1. บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของ อสม.หมอบประจำบ้าน⁽⁴⁾
2. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการโรคติดต่อที่มียุ่งลายเป็นพาหะ⁽⁵⁾
3. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยยุ่งลายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽¹⁾



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ อสม.ใน เขตเทศบาลเมืองกระบี่ จำนวนทั้งสิ้น 321 คน

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ อสม.ที่ปฏิบัติงานในสังกัดโรงพยาบาลกระบี่ จำนวนทั้งสิ้น 225 คน กำหนดโดยยึดหลัก 7.5 เท่าของตัวบ่งชี้ ตามแนวคิดของ แอร์และคณะ^(8,9) ที่กำหนดว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างน้อย 5-10 เท่าของตัวบ่งชี้ สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีตัวแปรที่ต้องการวิเคราะห์หรือตัวแปรที่สังเกตได้ จำนวน 30 ตัวบ่งชี้ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 225 คน การได้มาของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) อสม.ในแต่ละชุมชนของเขตเทศบาลเมืองกระบี่ จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) เป็น อสม.มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 2) มีประสบการณ์ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างน้อย 6 เดือน และ 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

กำหนดเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ อสม.ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ไม่อยู่ในพื้นที่ขณะที่ยังเก็บข้อมูล

กำหนดเกณฑ์การถอนอาสาสมัคร/กลุ่มตัวอย่าง (Discontinuation criteria) ออกจากโครงการวิจัย คือ อสม.ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิด บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของ อสม.หมอบประจำบ้าน⁽⁴⁾ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการโรคติดต่อที่มีอยู่หลายเป็นพาหะ⁽⁵⁾ แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อมาโดยผู้ลงลายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽¹⁾ ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาและระยะเวลาการเป็น อสม. และตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของ อสม.ต่อสมรรถนะการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในบริบทชุมชนเมืองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเทศบาลเมืองกระบี่ ประกอบด้วย 1) สมรรถนะการสำรวจและกำจัดลูกน้ำยุงลาย 2) สมรรถนะการกำจัดยุงลาย 3) สมรรถนะการให้ความรู้/ประชาสัมพันธ์ 4) สมรรถนะการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก และ 5) สมรรถนะการรายงานข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งสิ้น 30 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาให้คะแนนซึ่งแต่ละคะแนนมีช่วงคะแนนที่เท่ากันจากคะแนนเต็ม 5 หมายถึงมากที่สุด ถึงคะแนนน้อยที่สุด 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อหาองค์ประกอบ และพัฒนาตัวบ่งชี้ตามองค์ประกอบที่กำหนดขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยนักวิชาการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ 1 ท่าน และแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลกระบี่ 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยกำหนดเกณฑ์ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 สำหรับการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาไปทดลองใช้ (Try Out) กับ อสม. เขตเทศบาลเมืองกระบี่ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคำแนกด้านการสำรวจและกำจัดลูกน้ำยุงลาย ด้านการกำจัดยุงลาย

ด้านการให้ความรู้/ประชาสัมพันธ์ ด้านการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ด้านการรายงานข้อมูลข่าวสาร เท่ากับ 0.71, 0.70, 0.87, 0.76, 0.83 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเทศบาลเมืองกระบี่ เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แจ้งวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง ก่อนดำเนินการเก็บจริง โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที ทั้งนี้ภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบตามกำหนด ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้ง หากข้อมูลชุดใดไม่สมบูรณ์จะดำเนินการเก็บที่ซ่อมจนครบ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แบบสอบถามคืนมา 225 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis : EFA) สกัดปัจจัย (Factor Extraction) ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis : PCA) ใช้วิธีหมุนแกนองค์ประกอบ (Factor Rotation) แบบออร์โธโกนอล (Orthogonal Rotation) ด้วยวิธีแวนิแมกซ์ (Varimax) และกำหนดน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) มากกว่า 0.50 ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)⁽⁸⁾ โดยการทดสอบแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ของข้อมูลโดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง แสดงว่าลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และจะทำตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยความเหมาะสมของข้อมูลจากค่าดัชนีไคเซอร์ - เมเยอร์ - ออลกิน (The Kaiser – Mayer – Olkin Measure of Sampling Adequacy : (MSA)) มีค่าเท่ากับ 0.914 โดยมีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก และค่าไคสแควร์ที่ได้จาก Bartlett's Test of Sphericity มีค่าเท่ากับ 3882.54 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สรุปได้ว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นจึงมีความเหมาะสมในการนำข้อมูลไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง รหัสโครงการวิจัย P086/2566 ระยะเวลาที่รับรอง 15 ธันวาคม 2566 – 15 ธันวาคม 2567 และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.1 มีอายุเฉลี่ย 57.83 ปี (SD= 12.37) อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 85 ปี ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 10.87 ปี (SD= 8.36) ประสบการณ์ต่ำสุด 1 ปี ประสบการณ์สูงสุด 31 ปี

2.ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของ อสม.เขตเทศบาลเมืองกระบี่ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ 19 ตัวบ่งชี้ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ 19 ตัวบ่งชี้ ได้ร้อยละ 67.28 แต่เนื่องจากในองค์ประกอบที่ 4 และ 5 มีเพียง 1 ตัวบ่งชี้จึงตัดองค์ประกอบนี้ออก เช่นเดียวกับองค์ประกอบที่ 6 และ 7 ไม่มีตัวบ่งชี้ที่มีค่า Factor Loading มากกว่า 0.5 ตามที่กำหนด จึงตัดออกเช่นกัน ดังนั้นจึงเหลือเพียง 3 องค์ประกอบ 17 ตัวบ่งชี้ โดยมีค่าไอเกน เท่ากับ 11.71, 2.10 และ 1.58 ตามลำดับ (ตาราง 1, ภาพ 2)

ตาราง 1 ค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวนและร้อยละสะสมของความแปรปรวนองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของ อสม. เขตเทศบาลเมืองกระบี่

องค์ประกอบสมรรถนะ	ค่าไอเกน	ร้อยละของความแปรปรวน	ร้อยละสะสมของความแปรปรวน
การเฝ้าระวังโรคในชุมชน	11.71	39.03	39.03
การแนะนำการป้องกันและอาการของโรค	2.10	7.00	46.03
การกำจัดลูกน้ำยุงลาย	1.58	5.28	51.30

สำหรับค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้แต่ละตัวบ่งชี้ในองค์ประกอบสมรรถนะการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของ อสม. เขตเทศบาลเมืองกระบี่ดังนี้ (ตาราง 2)

1. องค์ประกอบการเฝ้าระวังโรคในชุมชน มี 8 ตัวบ่งชี้ โดยมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ 0.562-0.805 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุดได้แก่ ให้ความรู้เกี่ยวกับสังเกตอาการเสี่ยงต่อภาวะช็อก (0.805) ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุดได้แก่ การติดตามการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังโรคในชุมชน (0.562)

2. องค์ประกอบสมรรถนะการแนะนำการป้องกันและอาการของโรคมี 4 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ 0.532 - 0.739 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด ได้แก่ แนะนำประชาชนให้รู้จักวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยวิธี 5ป1ข (0.739) ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุดได้แก่ ให้ความรู้เกี่ยวกับการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (0.532)

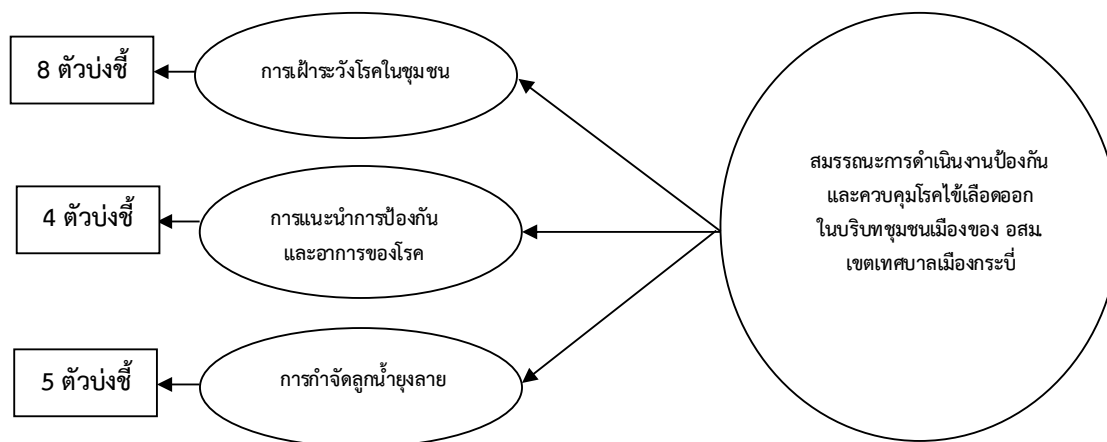
3. สมรรถนะการกำจัดลูกน้ำยุงลายมี 5 ตัวบ่งชี้ โดยมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ 0.543 - 0.748 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุดได้แก่ สํารวจลูกน้ำบริเวณหลังคาเรือนที่รับผิดชอบทุกสัปดาห์ (0.748) ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุดได้แก่ ให้ความรู้เกี่ยวกับการกำจัดยุงลาย (0.543)

ตาราง 2 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในบริบทชุมชนเมืองของ อสม. เขตเทศบาลเมืองกระบี่

ลำดับ	ตัวบ่งชี้	ค่าน้ำหนัก ตัวบ่งชี้
องค์ประกอบที่ 1 การเฝ้าระวังโรคในชุมชน		
1	การติดตามการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังโรคในชุมชน	0.562
2	หากพบผู้มีอาการคล้ายไข้เลือดออก แนะนำผู้ป่วยไปรักษาต่อศูนย์แพทย์ชุมชน/โรงพยาบาล	0.578
3	ให้คำแนะนำผู้มีอาการสงสัยไข้เลือดออกและญาติในการดูแลรักษาเบื้องต้น	0.591

ตาราง 2 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในบริบทชุมชนเมืองของ อสม. เขตเทศบาลเมืองกระบี่ (ต่อ)

ลำดับ	ตัวบ่งชี้	ค่าน้ำหนัก ตัวบ่งชี้
4	รายงานผู้ป่วยสงสัยมีอาการคล้ายโรคไข้เลือดออก/ผู้ป่วยไข้เลือดออกแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบทันที	0.683
5	คัดกรองผู้มีอาการสงสัยไข้เลือดออกในพื้นที่รับผิดชอบโดยการสอบถาม	0.721
6	การติดตามอาการผู้ป่วยสงสัย/ผู้ป่วยไข้เลือดออกอย่างใกล้ชิด	0.758
7	ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยที่มีอาการไข้เลือดออกป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	0.762
8	ให้ความรู้เกี่ยวกับสังเกตอาการเสี่ยงต่อภาวะช็อก	0.805
องค์ประกอบ 2 การแนะนำการป้องกันและอาการของโรค		
9	ให้ความรู้เกี่ยวกับการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	0.532
10	ให้คำแนะนำในการป้องกันไม่ให้ยุงกัด	0.690
11	ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการโรคไข้เลือดออก	0.715
12	แนะนำประชาชนให้รู้จักวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยวิธี 5ป1ข	0.739
องค์ประกอบ 3 การกำจัดลูกน้ำยุงลาย		
13	ให้ความรู้เกี่ยวกับการกำจัดยุงลาย	0.543
14	ให้คำแนะนำแก่ชุมชน ดูแลและกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านตนเองทุกสัปดาห์	0.575
15	ควบคุมและกำจัดยุงโดยวิธีทางกายภาพ เช่น เทน้ำ ปิดภาชนะ กำจัดขยะ ใช้เครื่องดักยุง ใช้ไม้ตียุง	0.620
16	ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายบริเวณหลังคาเรือนที่รับผิดชอบทุกสัปดาห์	0.708
17	สำรวจลูกน้ำบริเวณหลังคาเรือนที่รับผิดชอบทุกสัปดาห์	0.748



ภาพ 2 องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในบริบทชุมชนเมืองของ อสม. เขตเทศบาลเมืองกระบี่

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในบริบทชุมชนเมืองของ อสม.เขตเทศบาลเมืองกระบี่ มี 3 องค์ประกอบ คือ การเฝ้าระวังโรคในชุมชน การแนะนำการป้องกันและอาการของโรค และการกำจัดลูกน้ำยุงลาย สำหรับองค์ประกอบเฝ้าระวังโรคในชุมชน มี 8 ตัวบ่งชี้ ซึ่งประกอบด้วยตัวบ่งชี้เกี่ยวกับการให้ความรู้ การคัดกรอง การติดตาม และการรายงานผลการดำเนินงาน มีค่าร้อยละของความแปรปรวนมากที่สุด สอดคล้องกับบทบาทการจัดการโรคติดต่อที่มีสูงเป็นพาหะสำหรับ อสม.⁽⁵⁾ และบทบาทของ อสม.ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก^(10,11) โดย อสม. เป็นส่วนหนึ่งของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในพื้นที่ และยังเป็นตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในชุมชน⁽¹⁾ จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบเฝ้าระวังโรคเป็นสมรรถนะที่สำคัญของ อสม. ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน เนื่องจาก อสม.อยู่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุดและเป็นด่านหน้าในการควบคุมและป้องกันโรคในระดับชุมชน หากมีการพัฒนาสมรรถนะในด้านการเฝ้าระวังโรคในชุมชน ยิ่งจะส่งผลให้การควบคุมและป้องกันโรคประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น

องค์ประกอบแนะนำการป้องกันและอาการของโรค เป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่อยู่ในสมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกตามบทบาทของ อสม. ประกอบด้วยคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาเบื้องต้น การป้องกันไม่ให้ยุงกัด การดำเนินของโรค และวิธีการป้องกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของ อสม.⁽⁵⁾ ทั้งนี้การเข้ารับการอบรม และการรับรู้ข่าวสารของ อสม. เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรค⁽¹¹⁾ ควรมีการฝึกอบรมให้กับ อสม. มีความรู้อย่างต่อเนื่อง จึงต้องมีการพัฒนาเพิ่มสมรรถนะ อสม.ในการปฏิบัติงานสอดคล้องกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการโรคติดต่อที่มีสูงเป็นพาหะ⁽⁵⁾ เป็นผู้มีความรู้และเชี่ยวชาญในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากยิ่งขึ้น

องค์ประกอบกำจัดลูกน้ำยุงลายถือเป็นอีกหนึ่งสมรรถนะที่มีความสำคัญต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของ อสม. ทั้งนี้เนื่องจากการกำจัดลูกน้ำยุงลายและการรายงานค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการทำนายความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค ที่จะสะท้อนถึงการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก⁽¹²⁾ ถึงอย่างไรก็ตามที่ยังพบเรื่องการรับรู้ปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของชุมชน การพ่นหมอกควันและ ทราเยเบ⁽¹²⁾ ซึ่งอสม.จะต้องเป็นแกนนำลงพื้นที่ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนโดยการกำจัดลูกน้ำยุงลาย แจกทรายอะเบท ดูแลสิ่งแวดล้อมรอบบ้าน วัด โรงเรียนอย่าให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุง สำรวจลูกน้ำยุงลายทุกวันศุกร์ โดยให้เจ้าของบ้าน นักเรียน พระสงฆ์ และคนในพื้นที่นั้นๆ ดูแลสิ่งแวดล้อมอย่าให้มีน้ำขัง หรือมีขยะรอบๆ ส่งเสริมการใช้ปูนแดง หรือสมุนไพรในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก⁽¹³⁾ วิธีการกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านที่ใช้มากที่สุด คือ ปิดภาชนะบรรจุน้ำ รองลงมา การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และเปลี่ยนถ่ายน้ำ⁽¹⁴⁾ ดังนั้นควรเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและกำจัดยุงลายให้ครบทุกมิติ ทั้งด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ ด้านเคมี และด้านอื่นๆ ร่วมด้วยเพื่อทำให้เกิดการป้องกันที่ครอบคลุมในทุกประเด็น จะเห็นได้ว่าการควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้นมีหลักการที่เหมือนกันถึงแม้ว่าผู้ปฏิบัติไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ตามที่ ดังนั้นหากต้องการพัฒนาสมรรถนะการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกให้กับ อสม. ทั้งนี้การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขนั้นจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมความรู้อย่างดีก่อนที่จะออกไปปฏิบัติหน้าที่จริงๆ ซึ่งถ้าอาสาสมัครสาธารณสุขขาดทักษะด้านการสาธารณสุข อาจก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาวะในชุมชนได้ มีการรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง และมีทักษะ ทศนคติที่ดีในการให้บริการ และต้องมีสมรรถนะในการปฏิบัติงาน⁽¹⁵⁾ ความยั่งยืนในการแก้ปัญหาไข้เลือดออกติดตามตัวชี้วัดทางด้านกัญญาที่มีการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายโดยกำหนดค่า BI HI CI ตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกและอัตราตายโรคไข้เลือดออก⁽¹²⁾ ดังนั้นการพัฒนาส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ควรมีการอบรมและฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนตามแนวทางกระทรวงสาธารณสุขกำหนดและควบคุมการปฏิบัติงานโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประธาน อสม.⁽¹³⁾ เสริมสร้างสมรรถนะมีผลสัมฤทธิ์ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านพฤติกรรม หลังการเสริมสร้างสมรรถนะสูงกว่าก่อนการเสริมสร้างสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽¹⁴⁾

การนำผลการวิจัยไปใช้

นำผลการวิจัยองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในบริบทชุมชนเมืองของ อสม.เขตเทศบาลเมืองกระบี่ที่ได้ไปพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองกระบี่รวมทั้ง อสม.เขตพื้นที่อำเภอเมืองกระบี่ ด้านการเฝ้าระวังโรคในชุมชน ด้านการแนะนำการป้องกันและอาการของโรค และด้านการกำจัดลูกน้ำยุงลาย รวมทั้งจัดกิจกรรมฝึกเสริมทักษะการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสอดคล้องกับสมรรถนะในแต่ละด้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของ อสม. ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตลอดจนการประเมินผลรูปแบบอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออันตราย โดยยุงลาย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดส์; 2564.
- 2.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกประจำสัปดาห์ 2566 [อินเทอร์เน็ต].2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤษภาคม 5]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.ddc.moph.go.th/dbv>
- 3.ประเสริฐ กุลหลัก, บรรณาธิการ. การประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินจังหวัดกระบี่; 17 เม.ย. 2566; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. กระบี่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่; 2566.
- 4.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อการयरกระดับ อสม. เป็นหมอประจำบ้าน. [ม.ป.ท.]: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
- 5.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดการโรคติดต่อที่มียุงลายเป็นพาหะ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.). [ม.ป.ท.]: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
- 6.สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. อสม. มดงานในระบบสุขภาพไทย” 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 30 พ.ค.2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://hrdo.org/อสม.-มดงานในระบบสุขภาพไทย/>.
- 7.Sasida T, Alfes K, Shantz A. Volunteer role mastery and commitment: can HRM make a difference?. The International Journal of Human Resource Management 2016; 2062-84. doi.org/10.1080/09585192.2015.1126335
- 8.Hair FJ, Black CW, Babin JB, Anderson ER. Multivariate Data Analysis (8th ed). New Jersey: Pearson Education; 2019.
- 9.กิตติพร เนาวิสุวรรณ, เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์, วิทวัส ดิษยะศริน สัตยารักษ์. การพัฒนาตัวบ่งชี้อัตลักษณ์ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ 2558;7:59-73.
- 10.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์, ปัทมา รักแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ. 2561;21:31-9.
- 11.อนรรักษ์ เบื้องสูง. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2562;4:33-42.

12.จิตรทิพย์ จันมณี, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรวย สุวรรณบำรุง. การประเมินความเสี่ยงและระดับสมรรถนะชุมชน เพื่อเตรียมชุมชนในแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกที่ยั่งยืน ตำบลบ่อตรุ อำเภอร่อนนืด จังหวัดสงขลา. วารสารวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมและชุมชน มหาวิทยาลัยสารคาม. 2558;2:61-90.

13.ทิพวรรณ สินบุญยก, อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, จรวย สุวรรณบำรุง. ประสพการณ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการสร้างสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก: ผลการสนทนากลุ่ม. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต. 2564;9:233-23.

14.จตุพร เลิศฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการเสริมสร้างสมรรถนะและการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2561;1:118-30.

15.นาฏยา นุตพงษ์, ศิริชัย เพชรรักษ์, สุเทพ เขวลิต. การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร 2561;6:768-79.

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร

สุวีณา หลิมวัฒนา*

เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล**

อภิรดี นันทคุฏวณิช***

(Received : November 11, 2023; Revised : April 17, 2024; Accepted : May 23, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร จำนวน 116 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของกนกวรรณ เมฆะพันธุ์ (2556) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวมของโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพรอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.63$, $SD = 0.36$) เมื่อพิจารณาผลการศึกษาในแต่ละด้าน พบว่ามีอยู่ 7 ด้านของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านความคาดหวังที่มีต่อหัวหน้างาน/ผู้จัดการ ในการดำเนินงานเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัย ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ด้านการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล ด้านการสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านการสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาดในการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล และด้านการรับรู้ความปลอดภัยในภาพรวม ส่วนอีก 5 ด้านของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลกระทบต่อตนเองในภายหลัง ด้านการจัดคนทำงาน ด้านการส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาล ด้านการสื่อสารที่เปิดกว้าง และด้านความถี่ของการรายงานเหตุการณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพรอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีข้อเสนอแนะจากงานวิจัยครั้งนี้ในการปรับปรุงระบบงานและการทำงานใน 5 ด้านของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีระดับปานกลาง เพื่อให้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลในการปรับปรุงการจัดการด้านความปลอดภัยและส่งเสริมให้โรงพยาบาลเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับที่ดีมากขึ้น

คำสำคัญ : ความปลอดภัยของผู้ป่วย, วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย, บุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

*โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร, E-mail: Suweena_Limwattana@cmu.ac.th

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Perceived Patient Safety Culture Among Nursing Personnel, the Thonburi-Chumphon Hospital

Suweerat Limwattana*

Petsunee Thungiaroenkul**

Apiradee Nantsupawar***

(Received : November 11, 2023; Revised : April 17, 2024; Accepted : May 23, 2024)

Abstract

The purpose of this descriptive study was to explore the perception of patient safety culture among nursing personnel in the Thonburi-Chumphon Hospital. The samples were 116 nursing personnel in the hospital. The research instrument was a patient safety culture questionnaire that was developed by Kanokwan Methaphan (2013). Data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that the overall patient safety culture in the Thonburi-Chumphon Hospital was at a moderate level ($\bar{x}=3.63$, $SD=0.36$). Considering the results of subscale of patient safety culture, the study revealed that there were 7 subscale of patient safety culture at high level, including Supervisor/Manager Expectations & Actions Promoting Patient Safety, Organizational Learning-Continuous Improvement, Teamwork Within Units, Management Support for Patient Safety, Feedback & Communication about Error, Teamwork Across Units, and Overall Perceptions of Patient Safety, there were 5 subscale of patient safety culture at moderate level, including Non punitive Response to Error, staffing, Handoffs & Transitions, Communication Openness, Frequency of Events Reported Meanwhile. These findings could be used as fundamental information for hospital administrators to improve patient safety management and enhancing patient safety culture in the hospital.

The results of this research found that the perception of safety culture among nursing personnel Thonburi-Chumphon Hospital is at a moderate level. Considering the results of subscale of patient safety culture, the study revealed that there were 5 subscale of patient safety culture at moderate level. These findings could be used as fundamental information for hospital administrators to improve patient safety management and enhancing patient safety culture in the hospital.

Keywords : Patient Safety, Patient Safety Culture, Nursing Personnel

*Thonburi-Chumphon Hospital, E-mail: Suweena_Limwattana@cmu.ac.th

**Faculty of Nursing Chiang Mai University

*** Faculty of Nursing Chiang Mai University

บทนำ

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง ค่านิยมร่วม ความเชื่อ บรรทัดฐานของบุคลากรทางการแพทย์ที่ส่งผลให้เกิดกิจกรรมหรือการกระทำที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย⁽¹⁾ โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้ความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 10 ราย ได้รับอันตรายขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล⁽²⁾ โดยพบว่าความผิดพลาดทางยาเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมากที่สุด (medication errors)⁽³⁾ ซึ่งสามารถป้องกันได้ด้วยการบริหารจัดการในทุกกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ⁽⁴⁾ ปัจจุบันโรงพยาบาลในประเทศไทย นำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มาใช้เป็นกรอบในออกแบบระบบการทำงานในโรงพยาบาล โดยยึดเป้าหมายความปลอดภัยใน 6 เรื่องสำคัญตามหลัก SIMPLE⁽⁵⁾ แต่การปรับโครงสร้างการทำงานและพัฒนาแนวปฏิบัติการทำงานเพียงอย่างเดียว ไม่อาจทำให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยได้⁽⁶⁾

โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร เป็นโรงพยาบาลเอกชนระดับทุติยภูมิ จำนวนเตียง 100 เตียง ที่กำลังเตรียมการเพื่อขอรับการรับรองคุณภาพบริการพยาบาลครั้งแรกจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) โดยในปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา โรงพยาบาลได้ดำเนินการปรับปรุงระบบการบริหารและการให้บริการในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตาม 2P Safety goals และมีการประกาศนโยบายของโรงพยาบาลในการบริหารความเสี่ยงและการรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาล โดยจัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในการกำหนดมาตรฐานเชิงนโยบาย และในปี พ.ศ.2565 ฝ่ายการพยาบาลดำเนินการกำหนดนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยสอดคล้องตามนโยบายของโรงพยาบาลให้ครอบคลุมต่อการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์มี 2 นโยบาย ประกอบด้วย 1) นโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ไม่ให้เกิดในโรงพยาบาล (Zero event) มี 6 ด้าน ได้แก่ การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ การมีสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด (Retained Surgical Items : RSI) การให้เลือดผิดคน ผิดชนิด ผิดหมู่ การส่งลูกผิดแม่ การให้ยาแพ้ซ้ำ การฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล 2) นโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่สามารถให้เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ แต่ไม่เกินระดับ E ขึ้นไป มี 4 ด้าน ได้แก่ การพลัดตก หกล้ม การติดเชื้ในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (catheter associated urinary tract infection : CAUTI) อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 1-2 การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Venous Thromboembolism : VTE)⁽⁷⁾

ถึงแม้ว่าผู้บริหารโรงพยาบาลมีการกระตุ้นให้ทุกหน่วยงาน มีการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยให้บุคลากรแต่ละหน่วยงาน มีการค้นหาความเสี่ยงที่ส่งผลต่อความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยภายในหน่วยงานของตนเองและให้รายงานความเสี่ยงเข้ามาทุกช่องทางของทางโรงพยาบาล และมีการสร้างแรงจูงใจโดยการให้รางวัลแก่หน่วยงานที่มีการรายงานความเสี่ยงมากที่สุด แต่จากสถิติจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงใน 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2562-2564) พบว่ามีจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ 312, 226 และ 233 ตามลำดับ และได้มีการดำเนินการวิเคราะห์หาสาเหตุรากเหง้าของปัญหา (Root Cause Analysis : RCA) แต่ยังมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์แบบซ้ำๆ ในระดับ A-D เกิดขึ้นอยู่⁽⁷⁾ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การดำเนินการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร ยังต้องมีการปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งมีการศึกษาพบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการทำงานด้วยความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาลและ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ได้มีการส่งเสริมให้ทุกโรงพยาบาลมีการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อจะได้นำข้อมูลไปปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย⁽⁶⁾ แต่จากการทบทวนข้อมูลโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร ไม่พบว่ามีมีการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมาก่อน ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงเห็นความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอสำหรับผู้บริหารในการวางแผนส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ บุคลากรทางการพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร จำนวนทั้งหมด 129 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ 32 คน บุคลากรพยาบาลอื่น ประกอบด้วย ผู้ช่วยพยาบาล 33 คน และพนักงานการช่วยพยาบาล 64 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 30 มกราคม 2566)(9)

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร โดยเป็นพนักงานประจำ (full time staff) ของโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพรและมีประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร อย่างน้อย 6 เดือน ใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรยามานเอน(10) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 116 คน แยกเป็น พยาบาลปฏิบัติการ จำนวน 30 คน และบุคลากรพยาบาลอื่น จำนวน 86 คนใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิตามแผนก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้างนี้ใช้แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของกนกวรรณ เมระพันธุ์ (2556)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้ศึกษาจะได้พัฒนาขึ้นเพื่อสอบถามข้อมูลของบุคลากรทางการพยาบาล ได้แก่ อายุ แผนกที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และระดับการศึกษา ตำแหน่งการทำงาน ประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาล ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ประสบการณ์ในการบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ประสบการณ์ในการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และการมีส่วนร่วมในงานพัฒนาคุณภาพงานของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของกนกวรรณ เมระพันธุ์ (2556) มีจำนวนทั้งหมด 42 ข้อ ประกอบด้วย 12 ด้าน ดังนี้ 1) ความคาดหวังที่มีต่อหัวหน้างาน/ผู้จัดการในการดำเนินงานเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัย 2) การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 3) การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล 4) การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลกระทบต่อตนในภายหลัง 5) การจัดคนทำงาน 6) การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย 7) การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาล 8) การสื่อสารที่เปิดกว้าง 9) การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด 10) การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล 11) ด้านการรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วย และ 12) ด้านความถี่ของการรายงานเหตุการณ์ ลักษณะข้อเลือกตอบมี 5 ระดับ (1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง) การแปลผลคะแนน ใช้การคิดคะแนนระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นรายด้านและโดยรวม โดยแปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67-5 หมายถึง ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยสูง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66 หมายถึง ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยปานกลาง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1-2.33 หมายถึง ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยต่ำ

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยนำไปทดสอบกับพยาบาลและบุคลากรอื่นในโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร ที่ไม่ใช่ตัวอย่างจำนวน 10 คน และนำข้อมูลไปหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (Test-Retest Reliability) ทั้งรายด้านและโดยรวมและหาค่า r ได้ค่า r เท่ากับ 0.761 - 0.987 แสดงว่าค่าคะแนนที่วัดซ้ำมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากการทำทดสอบ Pair test พบว่าคะแนนก่อนและหลังทำแบบสอบถามไม่ต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.05

วิธีการรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการงานวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่แล้ว ผู้ศึกษาได้ทำการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร และเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเพื่อชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการดำเนินการวิจัย จากนั้นจึงทำการแจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างและใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 2-4 สัปดาห์ ได้แบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 116 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Study code : 2566-EXPO040 อนุมัติ ณ วันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ.2566 มีผลถึงวันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ.2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พยาบาลปฏิบัติการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) มีอายุอยู่ระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 100 มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ ปริญญาตรี ร้อยละ 50 ทำงานในแผนกที่ปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 6 เดือนถึง 1 ปี ร้อยละ 56.67 ทำงานเฉลี่ย 60-79 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 46.67 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมามีประสบการณ์ในการบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจำนวน 3-5 ครั้ง ร้อยละ 90.00 เคยมีประสบการณ์ในการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ร้อยละ 83.33 เคยมีประสบการณ์ในการเข้าร่วมในงานพัฒนาคุณภาพงานของโรงพยาบาล สำหรับบุคลากรพยาบาลอื่น ประกอบด้วย ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 31 คน และพนักงานช่วยการพยาบาล จำนวน 55 คน นั้น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.93) มีอายุอยู่ระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 66.28 มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 37.21 ทำงานในแผนกที่ปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 6 เดือนถึง 1 ปี ร้อยละ 44.19 ทำงานเฉลี่ย 40-59 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 65.12 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาไม่มีประสบการณ์ในการบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ร้อยละ 82.56 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ร้อยละ 86.05 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเข้าร่วมในงานพัฒนาคุณภาพงานของโรงพยาบาล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (N = 116)

ลักษณะส่วนบุคคล	บุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร					
	พยาบาลปฏิบัติการ (n = 30)		บุคลากรพยาบาลอื่น (n = 30)		รวมทั้งหมด (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงอายุ (ปี)						
20 - 29	18	60.00	61	70.93	79	68.10
30 - 39	10	33.33	15	17.44	25	21.55

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (N = 116) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร					
	พยาบาลปฏิบัติการ (n = 30)		บุคลากรพยาบาลอื่น (n = 30)		รวมทั้งหมด (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงอายุ (ปี)						
20 - 29	18	60.00	61	70.93	79	68.10
30 - 39	10	33.33	15	17.44	25	21.55
40 - 49	2	6.67	5	5.81	7	6.03
50 - 59	0	0	5	5.81	5	4.31
ระดับการศึกษาสูงสุด						
มัธยมศึกษาตอนปลาย	0	0	57	66.28	57	49.14
ปวช. หรือ ปวส.	0	0	20	23.26	20	17.24
ปริญญาตรี	30	100	9	10.47	39	33.62
แผนกที่ปฏิบัติงาน						
แผนกอายุรกรรม	5	16.67	17	19.77	22	18.97
แผนกกุมารเวชกรรม	6	20.00	14	16.28	20	17.24
แผนกสูติ-นรีเวชกรรม	6	20.00	10	11.63	16	13.79
แผนกผู้ป่วยหนัก	2	6.67	9	10.47	11	9.48
แผนกห้องผ่าตัด	0	0	7	8.14	7	6.03
แผนกผู้ป่วยนอก	5	16.67	12	13.95	17	14.66
แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน	4	13.33	7	8.14	11	9.48
แผนกศัลยกรรมทั่วไป	2	6.67	10	11.63	12	10.34
และศัลยกรรมกระดูกและข้อ						
ประสบการณ์การทำงานในแผนกที่ปฏิบัติงาน						
6 เดือน - 1 ปี	15	50.00	32	37.21	47	40.52
> 1 - 3 ปี	9	30.00	17	19.77	26	22.41
> 3 - 5 ปี	1	3.33	3	3.49	4	3.45
> 5 - 10 ปี	3	10.00	20	23.26	23	19.83
> 10 ปี	2	6.67	14	16.28	16	13.79

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (N = 116) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	บุคลากรทางการแพทย์พยาบาล โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร					
	พยาบาลปฏิบัติการ (n = 30)		บุคลากรพยาบาลอื่น (n = 30)		รวมทั้งหมด (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การทำงานเฉลี่ยที่ชั่วโมงต่อสัปดาห์						
40 – 59 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	12	40.00	38	44.19	50	43.10
60 – 79 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	17	56.67	30	34.88	47	40.52
80 – 99 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	1	3.33	18	20.93	19	16.38
การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา						
ไม่เคย	0	0	56	65.12	56	48.28
เคยรายงาน 1 - 2 ครั้ง	12	40.00	19	22.09	31	26.72
เคยรายงาน 3 - 5 ครั้ง	14	46.67	8	9.30	22	18.97
เคยรายงาน 6 - 10 ครั้ง	4	13.33	3	3.49	7	6.03
การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล						
ไม่เคย	3	10.00	71	82.56	74	63.79
เคย	27	90.00	15	17.44	42	36.21
การเข้าร่วมในงานพัฒนาคุณภาพงานของโรงพยาบาล						
ไม่เคย	5	16.67	74	86.05	79	68.10
เคย	25	83.33	12	13.95	37	31.90

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร โดยรวมและรายด้าน

กลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และผลการวิเคราะห์รายด้าน พบว่า มี 7 ด้านที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง และ 5 ด้านที่เหลือมีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวมและรายด้าน ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N=116)

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (รายด้าน)	Mean	S.D.	ระดับ
1. ด้านความคาดหวังที่มีต่อหัวหน้างาน/ผู้จัดการ ในการดำเนินงานเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัย	3.86	0.64	สูง
2. ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	4.32	0.56	สูง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวมและรายด้าน ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N=116) (ต่อ)

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (รายด้าน)	Mean	S.D.	ระดับ
1. ด้านความคาดหวังที่มีต่อหัวหน้างาน/ผู้จัดการ ในการดำเนินงานเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัย	3.86	0.64	สูง
2. ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	4.32	0.56	สูง
3. ด้านการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล	3.97	0.58	สูง
4. ด้านการตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนเองในภายหลัง	3.06	0.95	ปานกลาง
5. ด้านการจัดคนทำงาน	3.36	0.63	ปานกลาง
6. ด้านการสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.67	0.52	สูง
7. ด้านการส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาล	3.55	0.85	ปานกลาง
8. ด้านการสื่อสารที่เปิดกว้าง	3.39	0.66	ปานกลาง
9. ด้านการสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด	3.84	0.61	สูง
10. ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล	3.86	0.71	สูง
11. ด้านการรับรู้ความปลอดภัยในภาพรวม	3.82	0.49	สูง
12. ด้านความถี่ของการรายงานเหตุการณ์	2.97	0.89	ปานกลาง
โดยรวม	3.63	0.36	ปานกลาง

อภิปรายผล

โรงพยาบาลธนบุรี - ชุมพร มีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.63$, $SD=0.36$) (ตารางที่ 2) อาจเนื่องมาจากทางโรงพยาบาลธนบุรี - ชุมพร กำลังเตรียมการเพื่อขอรับการรับรองคุณภาพบริการพยาบาลครั้งแรกจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) และมีการจัดอบรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตาม 2P Safety goals ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 - 2562 แต่อย่างไรก็ตามในช่วงปี พ.ศ.2563 - 2564 ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 มีจำนวนภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นและระยะเวลาในการทำงานที่ยาวนานมากขึ้น จึงทำให้การพัฒนางานคุณภาพได้มีระยะเวลาที่ล่าช้า ต่อมาในปี พ.ศ.2565 ทางโรงพยาบาลธนบุรี - ชุมพร จึงได้มีการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพ (Quality Lead Team : QLT) โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าร่วมในทีม เพื่อดำเนินงานพัฒนางานคุณภาพอย่างต่อเนื่องอีกครั้งจนถึงปัจจุบัน(11) สอดคล้องกับงานวิจัยของ คณินันต์ มีสุวรรณ⁽¹²⁾ และงานวิจัยของจุฑารัตน์ ช่วยทวีและณิกานต์ ทรงไทย⁽¹³⁾ พบว่า การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.27$, $SD=0.32$) และ ($\bar{X}=3.30$, $SD=1.15$) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในแต่ละด้าน พบว่ามีระดับการรับรู้ที่แตกต่างกัน ซึ่งอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

1.1 ด้านความคาดหวังที่มีต่อหัวหน้างาน/ผู้จัดการในการดำเนินงานเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัย ผลการศึกษาพบว่า อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.86$, $SD=0.64$) (ตารางที่ 2) อาจเนื่องมาจาก โรงพยาบาลธนบุรี - ชุมพรกำลังเตรียมการเพื่อขอรับการรับรองคุณภาพบริการพยาบาลครั้งแรกจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ซึ่งกระบวนการจัดการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพบริการพยาบาล⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของกนกวรรณ เมระพันธุ์⁽¹⁵⁾ และงานวิจัยของสยามล ภูเขมา และ วรณชนก จันทชุม⁽¹⁶⁾ ($\bar{X}=3.93$, $SD=0.65$) และ ($\bar{X}=3.63$, $SD=0.725$) ตามลำดับ)

1.2 ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.32$, $SD=0.56$) (ตารางที่ 2) อาจเนื่องมาจากฝ่ายการพยาบาลกำหนดหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามกรอบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) (2565) โดยตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและสังเกตการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา (Root Cause Analysis : RCA) และทบทวน 12 กิจกรรม ร่วมกันระหว่างหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลปฏิบัติการในหน่วยงานนั้นเพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติ/มาตรฐานการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยกนกวรรณ เมระพันธุ์⁽¹⁵⁾ และงานวิจัยของสยามล ภูเขมาและวรรณชนก จันทชุม⁽¹⁶⁾ และผลงานวิจัยของภาศิณี เกิดบึงพร้าว และชญารินทร์ ประทุมสุร⁽¹⁸⁾ พบว่า ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.22$, $SD=0.52$), ($\bar{X}=3.73$, $SD=0.825$) และ ($\bar{X}=3.82$, $SD=0.46$) ตามลำดับ)

1.3 ด้านการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.97$, $SD=0.58$) (ตารางที่ 2) อาจเนื่องมาจากทีมบุคลากรทางการพยาบาลอยู่ในช่วงอายุใกล้เคียงกัน จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลโดยรวมอยู่ในช่วงอายุ 20-39 ปี มากที่สุด ร้อยละ 89.65 (ตารางที่ 1) และทางโรงพยาบาลธนบุรี - ชุมพรมีการจัดกิจกรรม Organization Development (OD) เพื่อเพิ่มความใกล้ชิดและสามัคคีของบุคลากรภายในหน่วยงาน⁽¹⁹⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของกนกวรรณ เมระพันธุ์⁽¹⁵⁾ และงานวิจัยของสยามล ภูเขมา และ วรณชนก จันทชุม⁽¹⁶⁾ พบว่า ด้านการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.03$, $SD=0.62$) และ ($\bar{X}=3.91$, $SD=0.735$) ตามลำดับ)

1.4 ด้านการสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.67$, $SD=0.52$) (ตารางที่ 2) อาจเนื่องมาจากผู้บริหารโรงพยาบาลมีการสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างอาคารสถานที่ และสนับสนุนงบประมาณการจัดการแพทย์และอุปกรณ์เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ต่างๆ และสอบเทียบเครื่องมือทางการแพทย์เป็นประจำทุกปี และจัดอบรมบุคลากรทางการพยาบาลด้านการใช้เครื่องมือแพทย์เพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยสูงสุด⁽¹⁹⁾ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ร้อยละ 36.21 บุคลากรทางการพยาบาลมีประสบการณ์ในการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และร้อยละ 31.90 มีประสบการณ์ในการเข้าร่วมในงานพัฒนาคุณภาพงานของโรงพยาบาล (ตารางที่ 1) สอดคล้องกับงานวิจัยของนภาพร ถิ่นขาม, นิตยา เพ็ญศิริภา และอารยา ประเสริฐชัย⁽²⁰⁾ พบว่า ด้านการสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.58$, $SD=0.89$)

1.5 ด้านการสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด ผลการศึกษาพบว่า อยู่ในระดับ สูง ($\bar{X}=3.84$, $SD=0.61$) (ตารางที่ 2) อาจเนื่องมาจากบุคลากรทางการพยาบาลจะมีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบหาสาเหตุที่เกิดขึ้นในช่วง Pre-conference, และร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขเบื้องต้น ทำให้บุคลากรทางการพยาบาลเข้าใจและเห็นการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น⁽⁷⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของกนกวรรณ เมระพันธุ์⁽¹⁵⁾ พบว่า ด้านการสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.00$, $SD=0.67$)

1.6 ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.86$, $SD=0.71$) (ตารางที่ 2) อาจเนื่องมาจากทางโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร มีการทำงานในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ (Quality lead team : QLT) โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้มีการประสานงานและร่วมมือกันในการพัฒนางานคุณภาพของ

โรงพยาบาลในด้านต่างๆ เช่น ระบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล⁽¹¹⁾ โดยมีการดำเนินงานตามกรอบการดำเนินงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) หมวดที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล โดยให้องค์กรส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในทุกระดับ ทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน ระหว่างวิชาชีพ ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความร่วมมือกันในกลุ่มบุคลากรให้บริการที่มีคุณภาพสูง⁽²¹⁾

1.7 ด้านการรับรู้ความปลอดภัยในภาพรวม ผลการศึกษาพบว่า อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.82$, $SD=0.49$) (ตารางที่ 2) อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลธนบุรี - ชุมพร มีการจัดตั้งคณะกรรมการความเสี่ยงทำหน้าที่ร่วมกันกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและแนวทางการปฏิบัติต่างๆ เช่น คู่มือการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล แนวทางการป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล⁽⁷⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของกนกวรรณ เมระพันธุ์⁽¹⁵⁾ และงานวิจัยของศยามล ภูเขมา และวรรณชนก จันทชุม⁽¹⁶⁾ และผลงานวิจัยของภาศิณี เกิดบึงพร้าว และ ชญานินท์ ประทุมสูตร⁽¹⁸⁾ พบว่า ด้านการรับรู้ความปลอดภัยในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.96$, $SD=0.58$), ($\bar{X}=3.68$, $SD=0.415$) และ ($\bar{X}=3.71$, $SD=0.44$) ตามลำดับ)

1.8 ด้านการตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนเองในภายหลัง ผลการศึกษาพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.06$, $SD=0.95$) (ตารางที่ 2) อาจเนื่องมาจากขั้นตอนของการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลธนบุรี - ชุมพร เน้นปัญหาของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์แต่ไม่ได้เน้นไปที่ตัวบุคคล แต่อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลธนบุรี - ชุมพร เป็นโรงพยาบาลเอกชนที่เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญที่สุด หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย อาจส่งผลกระทบต่อเกณฑ์การพิจารณาเพื่อประเมินขึ้นขึ้นเงินเดือนของบุคลากรทางการพยาบาล ดังนั้นบุคลากรทางการพยาบาลอาจไม่ไว้วางใจในการรายงานความผิดพลาดของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย⁽⁷⁾ สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาบุคลากรทางการพยาบาลไม่เคยมีประสบการณ์ในการบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ร้อยละ 48.28 (ตารางที่ 1) และสอดคล้องกับงานวิจัยของกนกวรรณ เมระพันธุ์⁽¹⁵⁾ พบว่า เห็นด้วยเรื่องในหน่วยงานจะพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาดไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำอีก ร้อยละ 76.60 และสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริวาพร แก้วสมสี นันทิยา วัฒนาและนันทวัน สุวรรณรูป⁽²²⁾ พบว่า พยาบาลรู้สึกว่าการเกิดเหตุการณ์ผิดพลาดตนเองจะถูกลงโทษ ร้อยละ 59.89 และถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ ร้อยละ 51.97 ตามลำดับจะดำเนินการประสานพยาบาลจิตเวชลงพื้นที่ร่วมกับการให้คำปรึกษาจากแพทย์ และจัดประชุมทีมแกนนำอีกครั้ง

1.9 ด้านการจัดคนทำงาน ผลการศึกษาพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.36$, $SD=0.63$) (ตารางที่ 2) อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร มีนโยบายการจัดอัตรากำลังพยาบาลแบบ Staff mix โดยมีการปฏิบัติงาน 8-16 ชั่วโมงต่อวัน (ปฏิบัติงานไม่เกิน 6 วันต่อสัปดาห์หรือชั่วโมงในการทำงานเฉลี่ยไม่เกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์) จัดเวรล่วงเวลา (Over time : OT) และมีระบบพยาบาลวิชาชีพ Part-Time อย่างไรก็ตามพยาบาลปฏิบัติการ Full time ต้องมีการต่อเวรจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดระยะเวลาในการให้การดูแลผู้ป่วยยาวนานเกินไป⁽²³⁾ และผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า พยาบาลปฏิบัติการ มีการทำงานเฉลี่ย 60-79 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ 80-99 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 56.67 และ 3.33 (ตารางที่ 1) สอดคล้องกับงานวิจัยของเรมวอล นันทศุภวัฒน์ อรอนงค์ วิชัยคำและอภิรติ นันทศุภวัฒน์⁽²⁴⁾ พบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานเกินเวลาโดยเฉลี่ยจำนวน 18.74 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ สอดคล้องกับงานวิจัยของกนกวรรณ เมระพันธุ์⁽¹⁵⁾ พบว่า เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีระยะเวลาการทำงานนานเกินกว่าที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด ร้อยละ 32.90

1.10 ด้านการส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.55$, $SD=0.85$) (ตารางที่ 2) เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากฝ่ายการพยาบาลมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานและจัดการอบรมการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยด้วยเทคนิค SBAR เพื่อส่งเวรข้อมูลผู้ป่วยให้ครบถ้วน มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแฟ้มประวัติของผู้ป่วยให้ครบถ้วนและพยาบาลปฏิบัติการจะมีการโทรศัพท์ส่งเวรข้อมูลผู้ป่วยให้กับระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล จากนั้นจะมีเจ้าหน้าที่ในการนำส่งผู้ป่วยไปยังอีกหน่วยงานพร้อมแฟ้มประวัติผู้ป่วยและตัวผู้ป่วยเพื่อส่งเวรข้อมูลผู้ป่วยระหว่างย้ายผู้ป่วยไปยังหน่วยงานนั้น เพื่อให้หน่วยงานที่รับย้ายผู้ป่วยได้รับการสื่อสารและข้อมูลที่ครบถ้วนแต่อย่างไรก็ตามการเตรียมความพร้อมในการส่งเวรยังไม่ครบถ้วนก่อนการส่งเวร ทำให้มีการดูแลผู้ป่วยไม่ปลอดภัย เช่น ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

(Administration error)⁽²⁵⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของกนกวรรณ เมระพันธุ์⁽¹⁵⁾ พบว่า เห็นด้วยเรื่องมักเกิดปัญหาการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล รองลงมาคือเมื่อมีการเปลี่ยนช่วงเวลาการทำงานมักไม่มีการส่งต่อข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 36.50 และ 24.70 ตามลำดับ

1.11 ด้านการสื่อสารที่เปิดกว้าง ผลการศึกษาพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.39$, SD=0.66) (ตารางที่ 2) อาจเนื่องมาจากบุคลากรทางการแพทย์ จะกล้าตั้งคำถามต่อการตัดสินใจหรือการดำเนินการของหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อค้นหาวิธีการแก้ไขเบื้องต้นเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แต่อย่างไรก็ตามวัฒนธรรมองค์กรของโรงพยาบาลเอกชน คือ เจ้าหน้าที่ไม่กล้าซักถามหรือตั้งคำถามกับผู้มีอำนาจมากกว่า เนื่องจากไม่ได้ให้อิสระในการตั้งคำถามต่างๆ นอกเหนือจากผู้มีอำนาจมากกว่าเปิดโอกาสให้นำเสนอความคิดเห็นหรือตั้งคำถามที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย⁽¹⁹⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของจุฑารัตน์ ช่วยทวี และณิกานต์ ทรงไทย⁽¹³⁾ และงานวิจัยของกนกวรรณ เมระพันธุ์⁽¹⁵⁾ พบว่า ด้านการสื่อสารที่เปิดกว้างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.62$, SD=0.59) และ ($\bar{X}=3.41$, SD=1.04) ตามลำดับ)

1.12 ด้านความถี่ของการรายงานเหตุการณ์ ผลการศึกษาพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.97$, SD=0.89) (ตารางที่ 2) อาจเนื่องมาจากบุคลากรทางการแพทย์มีรายงานทั้งทางวาจาและบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้หัวหน้าหอผู้ป่วยรับทราบ มีการจัดอบรมการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามบุคลากรทางการแพทย์บางส่วนไม่ได้รายงานให้หัวหน้าหอผู้ป่วยรับทราบ เนื่องจากกลัวถูกลงโทษจากผู้บังคับบัญชา หรือมีภาระงานมากทำให้ไม่มีเวลาในการเขียนรายงานเหตุการณ์ ส่งผลให้บางครั้งผู้บริหารไม่รับทราบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น⁽⁷⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของกนกวรรณ เมระพันธุ์จรรยา⁽¹⁵⁾ และงานวิจัยของจรรยา ปรภาพเลิศ, เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุลและกุลวดี อภิชาติบุตร⁽²⁶⁾ พบว่า ด้านความถี่ของการรายงานเหตุการณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=4.15$, SD=0.99) และ ($\bar{X}=3.51$, SD=0.88) ตามลำดับ) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

จากการศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลธนบุรี - ชุมพร ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบงานและการทำงานใน 5 ด้านของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนเองในภายหลัง ด้านการจัดคนทำงาน ด้านการส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาล ด้านการสื่อสารที่เปิดกว้าง และด้านความถี่ของการรายงานเหตุการณ์ ดังนี้

1. การปรับปรุงด้านการตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนเองในภายหลัง หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีการสื่อสารกลยุทธ์และนโยบายการจัดการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ได้รับรู้กันอย่างทั่วถึง รวมทั้งการรณรงค์สร้างทัศนคติที่ดีต่อการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จะไม่ผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานและมีการแก้ไขปัญหาในเชิงระบบและมีกิจกรรมการตรวจเยี่ยมหน้างาน (Leadership walk round) เพื่อค้นหาความเสี่ยงและนิเทศด้านความเสี่ยงในโรงพยาบาล ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของทีมบุคลากรทางการแพทย์ ด้านความเสี่ยงที่เกิดขึ้นภายในหน่วยงานเมื่อมีการตรวจเยี่ยมหน้างาน (Leadership walk round) โดยไม่มีการกล่าวโทษกันในระหว่างการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในทีมบุคลากรทางการแพทย์เพื่อนำข้อมูลและข้อเสนอแนะไปพัฒนาปรับปรุงกระบวนการทำงานและระบบต่างๆในโรงพยาบาลให้เข้ามาบริบทของโรงพยาบาล

2. การปรับปรุงด้านการจัดคนทำงาน ผู้บริหารระดับสูงควรมีการเพิ่มจำนวนพยาบาลประจำ (full time nurse) และหัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีการจัดอัตรากำลังคนทางการแพทย์อย่างเหมาะสม โดย คำนึงถึงระยะเวลาในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความเพียงพอต่อภาระงานเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดกับผู้ป่วย

3. การปรับปรุงด้านการส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยควรส่งเสริมให้พยาบาลใช้เทคนิค SBAR ในการส่งต่อและส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล

4. การปรับปรุงด้านการสื่อสารที่เปิดกว้าง หัวหน้าหอผู้ป่วยควรส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติการ และบุคลากรพยาบาลอื่น ๆ ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการประชุมก่อนรับเวรและการประชุมประจำเดือนของหอผู้ป่วย

5. การปรับปรุงด้านความถี่ของการรายงานเหตุการณ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยควรสื่อสารให้พยาบาลปฏิบัติการและบุคลากรพยาบาลอื่น ๆ เห็นความสำคัญของการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และให้ความช่วยเหลือรวมทั้งปกป้องผู้ที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ความผิดพลาดหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ไม่ให้เกิดผลกระทบจากการรายงานเหตุการณ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์ปัญหาของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่จะนำมาใช้ ในการพัฒนาระบบการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยและส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

2. ศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในบุคลากรสุขภาพอื่น เช่น แพทย์ เภสัชกร เป็นต้น เพื่อให้ได้ ข้อมูลเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร ที่ครอบคลุมมากขึ้น

สรุป

ตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร มีการดำเนินงานใน 7 ด้านของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านความคาดหวังที่มีต่อหัวหน้างาน/ผู้จัดการ ในการดำเนินงานเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัย ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ด้านการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล ด้านการสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านการสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล และด้านการรับรู้ความปลอดภัยในภาพรวม แต่ยังคงต้องมีการปรับปรุงในอีก 5 ด้านที่เหลือ คือ ด้านการตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนเอง ในภายหลัง ด้านการจัดคนทำงาน ด้านการส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาล ด้านการสื่อสารที่เปิดกว้าง และด้านความถี่ของการรายงานเหตุการณ์

จากผลการวิจัยนี้ จึงมีข้อเสนอแนะให้ผู้บริหารโรงพยาบาลได้พิจารณาปรับปรุงระบบงานและการทำงานใน 5 ด้านของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีระดับปานกลาง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและเชื่อมั่นในการให้บริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). What Is Patient Safety Culture?. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). [Internet] 2022 [cited 2022 Dec 20]; Available from: URL : <https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html>

2. World Health Organization. Patient safety. global action on patient safety; 6 January 2021; Geneva, Switzerland. World Health Organization; 2021. 1-8.

3. World Health Organization. Patient safety. global action on patient safety; 25 march 2019; Geneva, Switzerland. World Health Organization; 2019. 1-9.

4. Reason, J. Managing the Risks of Organizational Accidents. Ashgate: London. Ashgate Publishing Limited; 1997.

5. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), บรรณาธิการ. เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2561 Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018. นนทบุรี: เฟมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล; 2561.
6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), บรรณาธิการ. Safety Culture Survey.เอกสารประกอบการประชุม เรื่อง ประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้การใช้งานระบบ National Reporting and Learning System on Cloud; 2561 กุมภาพันธ์ 12-13; ณ ห้องบอลรูม โรงแรมนารายณ์ กรุงเทพมหานคร: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2561.
7. คณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร. บรรณาธิการ. นโยบายการบริหารความเสี่ยงและการรายงานอุบัติการณ์ โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร. คณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร. 2565 ธันวาคม 14; ห้องประชุมผู้อำนวยการโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร. ชุมพร: โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร; 2565.
8. ศุภจริย์ เมืองสุริยา. การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลและอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2556;14:42-53.
9. แผนกทรัพยากรมนุษย์ โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร. บรรณาธิการ. รายงานจำนวนบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร. นโยบายการบริหารอัตรากำลังทางการพยาบาล; 2566 มกราคม 30; ห้องประชุมผู้อำนวยการโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร. ชุมพร: โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร; 2566.
10. บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย; 2553.
11. คณะกรรมการพัฒนางานคุณภาพโรงพยาบาล. บรรณาธิการ. การจัดตั้งคณะกรรมการที่มนำพัฒนางานคุณภาพของโรงพยาบาล (Quality lead team : QLT). นโยบายและการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนางานคุณภาพของโรงพยาบาล (Quality lead team : QLT); 2566 กุมภาพันธ์ 13; ห้องประชุมผู้อำนวยการโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร. ชุมพร: โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร; 2566.
12. คณินันต์ มีสุวรรณ. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. 2563;29:108-118.
13. จุฑารัตน์ ช่วยทวีและณิกานต์ ทรงไทย. ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2560;11:42-51.
14. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล, บรรณาธิการ. การเตรียมความพร้อมกับการขอรับรองคุณภาพการบริการพยาบาล. เอกสารรายงานการประชุมฝ่ายการพยาบาล ครั้งที่ 1/2566; 2566 มกราคม 16; ณ ห้องประชุมผู้อำนวยการโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร. ชุมพร: โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร; 2566.
15. กนกวรรณ เมระพันธุ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหนึ่งกลุ่มโรงพยาบาลภาคเอกชนไทย (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์, (ไม่ได้ตีพิมพ์). ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข. คณะสาธารณสุขศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
16. ศยามล ภูเขมา, วรณ ชนกันตชุม. ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561;36:51-60.
17. คณะกรรมการความเสี่ยงในโรงพยาบาล. บรรณาธิการ. การทบทวน 12 กิจกรรมในโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร. เอกสารประกอบการประชุมแนวทางการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล; 2566 กุมภาพันธ์ 13; ห้องประชุมผู้อำนวยการโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร. ชุมพร: โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร; 2566.
18. ภาศินี เกิดปิงพ้าว, ชญานินท์ ประทุมสูตร. ปัจจัยทำนายวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในมุมมองผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพิษณุโลก. พุทธชินราชเวชสาร. 2562;36:34-42.
19. คณะกรรมการพัฒนางานคุณภาพโรงพยาบาล. บรรณาธิการ. นโยบายการบริหารองค์กรของโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร. ประชุมที่มนำคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร; 2566 มกราคม 10; ห้องประชุมผู้อำนวยการโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร. ชุมพร: โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร; 2566.

20. นภาพร ถิ่นขาม นิตยา เพ็ญศิริรักษา, อารยา ประเสริฐชัย. วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ 2557;7:65-75.
21. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ. ฉบับที่ 5. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: บริษัท ก.การพิมพ์เทียนทอง จำกัด; 2565.
22. ศิวาพร แก้วสมสี นันทิยา วัฒนา และนันทวัน สุวรรณรูป. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2560;29:101-2.
23. แผนกทรัพยากรมนุษย์ โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร. บรรณาธิการ. การบริหารอัตรากำลังทางการพยาบาล โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร. นโยบายการบริหารอัตรากำลังทางการพยาบาล; 2566 มกราคม 10; ห้องประชุมผู้อำนวยการโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร. ชุมพร: โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร; 2566.
24. เรมวอล นันท์ศุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ, อภิรติ นันท์ศุภวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างชั่วโมงการปฏิบัติงานเป็นเวลาของพยาบาลและผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พยาบาลและองค์กรในโรงพยาบาลทั่วไป. พยาบาลสาร 2557;41:58-69.
25. คณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร. บรรณาธิการ. แนวทางการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยด้วยเทคนิค SBAR ของบุคลากรพยาบาล. เอกสารประกอบการอบรมแนวทางการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยด้วยเทคนิค SBAR ของบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร; 2565 เมษายน 25; ณ ห้องประชุมผู้อำนวยการโรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร. ชุมพร: โรงพยาบาลธนบุรี-ชุมพร; 2565.
26. ขจรวิชญา ประภาเลิศ, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล, กุลวดี อภิชาติบุตร. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2565;49:126-137.

ผลของการทำ Therapeutic Apheresis ต่อผู้ป่วยโรคทางโลหิตวิทยาที่มารับการรักษา โรงพยาบาลกระบี่ ในระหว่างปี พ.ศ. 2559 – 2566

กนกศักดิ์ วิสุทธิสรรพ*

วิภา ไพโรถื่อน**

(Received : March 21, 2024; Revised : May 22, 2024; Accepted : May 28, 2024)

บทคัดย่อ

การทำ Therapeutic Apheresis เป็นการรักษาผู้ป่วยด้วยการแยกเอาส่วนประกอบที่อยู่ในเลือด เช่น เม็ดเลือดขาว น้ำเหลือง สารที่อยู่ในน้ำเหลืองซึ่งเป็นสาเหตุของโรคออกจากตัวผู้ป่วย Apheresis ในระยะยาวจะช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังลดขนาดยาทดแทน เช่น ยากลุ่มสเตียรอยด์ ลดระยะเวลาการรักษาเป็นผู้ป่วยใน รวมทั้งส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตและทำงานได้ตามปกติ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) มุ่งศึกษาผลของการทำ Therapeutic Apheresis ต่อผู้ป่วยโรคทางโลหิตวิทยาที่มารับการรักษาโรงพยาบาลกระบี่ ในระหว่างปี พ.ศ. 2559-2566 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาประสิทธิผลของการรักษาผู้ป่วยด้วยการแยกเอาส่วนประกอบที่อยู่ในเลือด และ (2) ศึกษาอาการข้างเคียงของการรักษาผู้ป่วยด้วยการแยกเอาส่วนประกอบที่อยู่ในเลือด ระยะเวลาดำเนินการวิจัยเดือนธันวาคม 2566 ถึง มีนาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรค Thrombotic Thrombocytopenic Purpura (TTP) และ Autoimmune Hemolytic Anemia (AIHA) ที่รักษาเป็นผู้ป่วยในและได้รับการรักษาด้วยวิธีการ Therapeutic apheresis จำนวน 9 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าพิสัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการ Therapeutic Plasma Exchange (TPE) จำนวน 9 ราย รอดชีวิตและกลับบ้านได้ จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 88.89) และเสียชีวิต 1 ราย (ร้อยละ 11.11) ซึ่งในผู้ป่วยที่รอดชีวิตมี 1 ราย ที่ยกเลิกการทำ TPE เนื่องจากก่อนทำมีค่าเฉลี่ย Lactate dehydrogenase (LDH) เท่ากับ 1,688 U/L หลังทำลดลงเหลือเท่ากับ 919 U/L (ค่าปกติ <247 U/L) ค่าปริมาณความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (HCT) ต่อบริมาตรของเลือดทั้งหมดก่อนทำ TPE ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20% หลังทำเพิ่มขึ้นเป็น 21% (ค่าปกติ 35-48 %) และค่าเกล็ดเลือด (Platelet) ก่อนทำ TPE ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 50,556 cell/mm³ หลังทำเพิ่มขึ้นเป็น 95,778 cell/mm³ (ค่าปกติ Platelet 140,000-400,000 cell/mm³) ในระหว่างการรักษาผู้ป่วยทั้ง 9 ราย ด้วยวิธีการ TPE พบผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงเล็กน้อย จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 33.33) โดยมีผื่นคัน 2 ราย และมีอาการชักเกร็ง ชากระตุก ร่วมกับมีผื่นคัน 1 ราย

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการทำ Therapeutic Apheresis ต่อผู้ป่วยโรคทางโลหิตวิทยาที่มีประสิทธิผลในการรักษาโรค TTP และ AIHA แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาเอากระบวนการ TPE มาใช้เป็นการรักษาหลัก (First-line therapy) ในกลุ่มผู้ป่วยโรค TTP และโรค AIHA และในกระบวนการลด Complication ควรพิจารณาให้ 10% calcium Gluconate ร่วมด้วย เพื่อช่วยป้องกันภาวะ Hypocalcemia ในผู้ป่วย และใช้ FFP จาก donor เพศชาย เพื่อช่วยลดอาการข้างเคียงอื่น ๆ

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ โรคทางโลหิตวิทยา Therapeutic Apheresis, autoimmune hemolytic anemia

*นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ, โรงพยาบาลกระบี่, Email: sms_ao@hotmail.com

**นายแพทย์ชำนาญการ, โรงพยาบาลกระบี่

The results of Therapeutic Apheresis treatment on patients with hematological diseases who received treatment at Krabi Hospital during the period of 2016 to 2023

Kanoksak Wisutthisup*
Wipa Pruittoun**

(Received : November 11, 2023; Revised : April 17, 2024; Accepted : May 23, 2024)

Abstract

Therapeutic Apheresis is a treatment for patients by separating components in the blood, such as white blood cells, lymph, and substances in the lymph that cause disease, from the patient. Apheresis in the long term will help chronic patients reduce the dosage of immunosuppressive drugs. resistance, such as steroids Reduce the duration of inpatient treatment as well as resulting in patients living and working normally. This research design was Retrospective descriptive study aimed at studying the results of Therapeutic Apheresis treatment on patients with hematological diseases who received treatment at Krabi Hospital. The objectives were to examine the efficacy of treating patients by separating blood components and to study the side effects of this treatment method. The research period is December 2023 to March 2024. A specific random sample was drawn from patients diagnosed with TTP and AIHA disease. There were 9 cases treated as inpatients and received treatment using Therapeutic apheresis. Data were collected using patient records from medical records and analyzed using descriptive statistics, presenting numbers, percentages, means, and ranges.

The results found that Sample groups that received treatment with the method Therapeutic Plasma Exchange (TPE) 9 cases. 8 cases (88.89%) survived and were discharged, while 1 case (11.11%) passed away. Among the surviving patients, 1 case (11.11%) had TPE discontinued. Laboratory test results showed a decrease in lactate dehydrogenase (LDH) levels from an average of 1,688 U/L before TPE to 919 U/L after TPE, an increase in hematocrit (HCT) from an average of 20% before TPE to 21% after TPE, and an increase in platelet count from an average of 50,556 cell/mm³ before TPE to 95,778 cell/mm³ after TPE. Minor adverse effects were observed in 3 cases (33.33%) during TPE, including pruritus in 2 cases and tremors and pruritic rash in 1 case.

In conclusion, Therapeutic Apheresis treatment for patients with hematological diseases, specifically Thrombotic Thrombocytopenic Purpura (TTP) and Autoimmune Hemolytic Anemia (AIHA), showed efficacy in treating TTP and AIHA. Therefore, Therapeutic Plasma Exchange doctors and related medical personnel should be considered as a first-line therapy for TTP patients and should also be considered for AIHA patients. Additionally, to reduce complications, administration of 10% calcium gluconate to prevent hypocalcemia and the use of male donor fresh frozen plasma (FFP) to mitigate other adverse effects should be considered.

Keywords : Effectiveness, hematological diseases, Therapeutic Apheresis, autoimmune hemolytic anemia

*Medical scientist professional level, Krabi Hospital, Email: sms_ao@hotmail.com

**Medical Physician, Krabi Hospital

บทนำ

การทำ Therapeutic Apheresis (TA) เป็นกระบวนการรักษาผู้ป่วยด้วยการคัดแยกเอาส่วนประกอบของเลือด เช่น เม็ดเลือดขาว น้ำเหลือง และสารที่อยู่ในน้ำเหลืองซึ่งเป็นสาเหตุของโรคออกจากตัวผู้ป่วย ผ่านเครื่องมือภายนอกร่างกาย เพื่อรักษาโรคและลดปริมาณสารที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคทางโลหิตวิทยา และแทนที่ด้วยพลาสมาของผู้ป่วยหรือพลาสมาคนปกติที่บริจาคมา โดยหลักการทำ Apheresis จะใช้วิธีการปั่นแยก (Centrifugation) อาศัยหลักการ specific gravity of cells และการกรองผ่านเยื่อกรอง (Filtration) โดยอาศัย size of cells ที่มีขนาดแตกต่างกันหรืออาจใช้วิธีการผสมผสาน (Centrifugation-Filter Combination) ตัวอย่างของการทำ TA ได้แก่ Cell depletion, Therapeutic Plasma Exchange และ Red Cell Exchange⁽¹⁻³⁾ ส่วนการทำ Therapeutic Plasmapheresis หรือ Therapeutic Plasma Exchange (TPE) เป็นกระบวนการรักษาผู้ป่วยโดยใช้วิธีการดึงเลือดของผู้ป่วยออกมาปั่นแยก (Centrifugation) เพื่อนำสารที่ก่อให้เกิดโรคที่อยู่ในพลาสมาออก เช่น สารภูมิคุ้มกัน (Antibody) สารพิษ (Toxin) ไขมัน (Lipid) เป็นต้น โดยแลกเปลี่ยนกับสารที่ต้องการเติมเข้าไปให้กับผู้ป่วย เช่น พลาสมาแช่แข็งที่ละลาย (Thawed Plasma) หรือสารน้ำที่มีโปรตีนอัลบูมิน (Albumin) เป็นต้น ซึ่งมักใช้ในกระบวนการรักษาผู้ป่วยโรค Thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP)^(2,4)

กระบวนการทำ TA มักใช้ร่วมกับการให้ยากดภูมิคุ้มกันและยาเคมีบำบัด ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดแต่ช่วยลดอาการและความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งในระยะยาวจะส่งผลให้ผู้ป่วยเรื้อรังสามารถลดขนาดยากดภูมิคุ้มกันต้านทาน เช่น ยากลุ่มสเตียรอยด์ ลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลและรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแทน รวมถึงผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตและทำงานได้ตามปกติ โดยการทำ TA อาจทำติดต่อกัน 2-3 วัน หรือเว้นระยะห่างเป็นช่วง 2-3 สัปดาห์ ซึ่งความถี่ในการทำขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค การตอบสนองต่อการรักษา ชนิดของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่มีอยู่เดิม เนื่องจากการตอบสนองต่อการรักษาของโรคแต่ละโรคไม่เท่ากัน American Association of Blood Bank (AABB) และ The American Society for Apheresis (ASFA) จึงรวบรวมผลการศึกษามาสรุปว่าโรคใดบ้างที่ใช้การรักษาโดยการทำ TA แล้วให้ผลการรักษาที่ดี เป็นแบบหรือวิธีการรักษาของโรคนั้นๆ⁽⁵⁻⁶⁾ โดยมีนักวิชาการได้ทำการศึกษาแบบ systematic literature review เพื่อเปรียบเทียบกระบวนการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธี TPE และ immuno-adsorption ผลการศึกษาพบว่าทั้ง 2 วิธีมีความปลอดภัย แต่การทำ TPE สามารถทำให้เกิด bleeding หรือ catheter-related infections จากการให้ blood product replacement ได้ และจากการศึกษาแบบ Meta analysis เมื่อเปรียบเทียบกระบวนการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการ Human Immunoglobulin กับ TPE ในผู้ป่วยโรค Guillain-Barre Syndrome และ Myasthenia Gravis พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้การศึกษาแบบ a prospective randomized controlled trial พบว่าการทำ TPE ในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะ severe sepsis และ septic shock มีความปลอดภัยเช่นกัน⁽⁷⁾ สำหรับประเทศไทยการรักษาผู้ป่วยด้วยการทำ TPE ประชาชนสามารถเบิกค่ารักษาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพได้ทุกสิทธิ อย่างไรก็ตามการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีนี้ยังมีความซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายสูง ต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์เฉพาะทาง จึงเป็นการรักษาที่พบในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเท่านั้น สำหรับค่าใช้จ่ายของการรักษาด้วย TPE ประกอบด้วย ค่าตัวกรอง 11,000 บาทต่อครั้ง (ซึ่งยังไม่สามารถเบิกได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพต่างๆ) ส่วนค่า Fresh Frozen Plasma (FFP), Albumin และค่าทำหัตถการ Plasmapheresis (สิทธิประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถใช้สิทธิได้ในงบประมาณ 2,000 บาท และสิทธิเบิกกรมบัญชีกลางเบิกได้ 7,000 บาท) ดังนั้นการค่าใช้จ่ายที่เป็นส่วนต่างจึงเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลและผู้ป่วย⁽⁸⁾

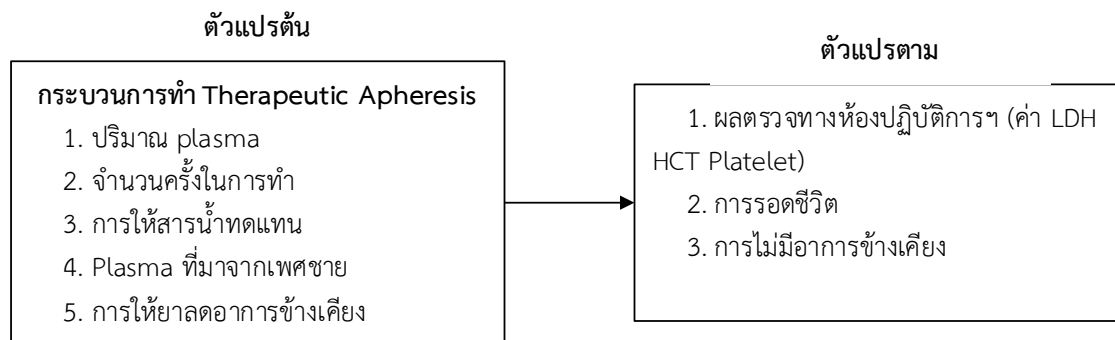
จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าการทำ TA มีความปลอดภัยและส่งผลดีต่อผู้ป่วยโดยสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรค และในระยะยาวยังช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังลดขนาดยากดภูมิคุ้มกันต้านทาน เช่น ยากลุ่มสเตียรอยด์ ลดระยะเวลาการรักษาเป็นผู้ป่วยใน รวมทั้งผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตและทำงานได้ตามปกติ โรงพยาบาลกระบี่เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีผู้ป่วยทางโลหิตวิทยาเป็นจำนวนมาก และมีแพทย์เฉพาะทางที่สามารถทำการรักษาผู้ป่วยได้ แต่ที่ผ่านมายังไม่พบหลักฐานการศึกษาผลของการทำ TA ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาค้นคว้าผลของการทำ Therapeutic Apheresis ต่อผู้ป่วยโรคทางโลหิตวิทยาที่มารับการรักษาโรงพยาบาลกระบี่ ในระหว่างปี พ.ศ. 2559 – 2566 เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางและวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย รวมทั้งลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียงจากกระบวนการรักษา ผู้ป่วยสามารถรอดชีวิตและกลับบ้านได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการรักษาผู้ป่วยด้วยการแยกเอาส่วนประกอบที่อยู่ในเลือด
2. เพื่อศึกษาอาการข้างเคียงของการรักษาผู้ป่วยด้วยการแยกเอาส่วนประกอบที่อยู่ในเลือด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิด ทฤษฎี และกระบวนการรักษาผู้ป่วยด้วยการทำ TA โดยโรงพยาบาลกระบี่ ใช้ด้วยวิธีการ TPE ในผู้ป่วยทางโลหิตวิทยา โดยใช้หลักการนำเลือดของผู้ป่วยผ่านเครื่องปั่นแยกพลาสมาและ คั้นเลือดส่วนที่แยกพลาสมาของผู้ป่วยออกไป แล้วคั้นเข้าสู่ร่างกายพร้อมพลาสมา⁽¹⁻²⁾ ศึกษาในผู้ป่วยโรค Thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP) และโรค Autoimmune hemolytic anemia (AIHA) ตัวแปรที่สนใจศึกษา มีดังนี้



ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective descriptive study)

ประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางด้านโลหิตวิทยา ด้วยโรค TTP และ AIHA ที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลกระบี่ และได้รับการรักษาด้วยการทำ TA ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2566 จำนวน 9 ราย

- เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรค TTP และ AIHA
2. มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการฯ ครบถ้วน
3. มีการบันทึกการรักษาพยาบาลและติดตามอาการ ตั้งแต่วินิจฉัยจนสิ้นสุดการรักษา

- เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. แพทย์เปลี่ยนวินิจัย
2. ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน โดยข้อมูลที่บันทึกจากเวชระเบียน ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคที่ได้รับการวินิจฉัย ระดับการรู้สีกตัว ผล LDH ก่อน-หลังทำ ผล HCT ก่อน-หลังทำ ผลเกล็ดเลือด (Platelet) ก่อน-หลังทำ เพศ

อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคที่ได้รับการวินิจฉัย ระดับการรู้สึกร่างกาย ผล LDH ก่อน-หลังทำ ผล HCT ก่อน-หลังทำ ผลเกล็ดเลือด (Platelet) ก่อน-หลังทำ เพศของ donor ที่นำมาใช้ ปริมาณพลาสมา จำนวนครั้งที่ทำ TPE ปริมาณ FFP จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล ยาลดอาการข้างเคียง อาการข้างเคียง และการรอดชีวิต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทบทวน และวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยทางด้านโลหิตวิทยา
2. ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
3. ชี้แจงรายละเอียด และวัตถุประสงค์ของการวิจัย
4. ประสานกลุ่มงานเวชระเบียนโรงพยาบาลกระบี่ เพื่อขอความอนุเคราะห์สืบค้นข้อมูลผู้ป่วยจากโปรแกรม HosXp เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยทำการสืบค้นข้อมูลด้วยตนเอง เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อมูลผู้ป่วยถูกเปิดเผย และป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบันทึกข้อมูลตามตัวแปรที่กำหนด
5. ทำการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรค TTP และ AIHA ตามตัวแปรที่กำหนด และที่ได้รับอนุญาตให้สืบค้นได้ เช่น ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูลการรักษาตามกระบวนการ Therapeutic Apheresis

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ประสิทธิผลของการรักษาและอาการข้างเคียงผู้ป่วยด้วยการแยกเอาส่วนประกอบที่อยู่ในเลือด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าพิสัย
2. การศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study) ได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ผลตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลการรักษาตามกระบวนการ TA และบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงในรายกรณี

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เอกสารรับรองเลขที่ COA 036/2567 รับรองเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2567 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และการนำเสนอข้อมูลจะไม่มีการนำเสนอข้อมูลที่ระบุตัวตนของผู้ป่วยได้

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าผู้ป่วยเป็นเพศหญิง 8 ราย (ร้อยละ 88.89) และเพศชาย 1 ราย (ร้อยละ 11.11) อายุเฉลี่ย 38.22 ปี (ค่าพิสัย 26-55 ปี) น้ำหนักเฉลี่ย 66.44 กิโลกรัม (ค่าพิสัย 40-85 กิโลกรัม) เป็นผู้ป่วยโรค TTP 4 ราย (ร้อยละ 44.44) ผู้ป่วยโรค TTP ร่วมกับ Renal failure 3 ราย (ร้อยละ 33.33) ผู้ป่วยโรค AIHA 1 ราย (ร้อยละ 11.11) และผู้ป่วยโรค Thrombotic microangiopathy (TMA), SLE และ Lupus nephritis 1 ราย (ร้อยละ 11.11) แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี 4 ราย (ร้อยละ 44.44) รู้สึกตัวแต่มีอาการซึม 2 ราย (ร้อยละ 22.22) ซึมสับสน 3 ราย (ร้อยละ 33.33) ค่า Lactate dehydrogenase (ค่าปกติ LDH < 247 U/L) แรกเริ่มค่าเฉลี่ย LDH เท่ากับ 1,688 U/L (ค่าพิสัย 411-4,480 U/L) ค่าปริมาณความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่อปริมาตรของเลือดทั้งหมด (ค่าปกติ HCT 35 - 48%) แรกเริ่มค่าเฉลี่ย HCT เท่ากับ 20% (ค่าพิสัย 14-24%) ค่าเกล็ดเลือด (ค่าปกติ 140,000-400,000 cell/mm³) แรกเริ่มค่าเฉลี่ย platelet เท่ากับ 50,556 cell/mm³ (ค่าพิสัย 7,000-161,000 cell/mm³) พบผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง 3 ราย (ร้อยละ 33.33) โดยมีผื่นคัน 2 ราย และมีอาการชักเกร็ง ขากระตุก ร่วมกับมีผื่นคัน 1 ราย รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

กระบวนการทำ TA ด้วยวิธีการ TPE ในผู้ป่วยโรค TTP และ AIHA 9 ราย พบว่าค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่ทำ TPE คือ 5.44 ครั้ง/คน (ค่าพิสัย 2-13 ครั้ง) ค่าเฉลี่ยปริมาณพลาสมา คือ 4,212 mL/คน (ค่าพิสัย 3000-5000 mL) ปริมาณพลาสมาที่เปลี่ยนถ่ายในแต่ละครั้ง เมื่อเปรียบเทียบกับ Total plasma exchange ตาม protocol สำหรับเครื่อง HAEMONETICS MCS+ มีค่าเฉลี่ย

เป็น 1.4 เท่า (ค่าพิสัย 0.66–3.16 เท่า) สำหรับการให้สารน้ำทดแทน (Replacement fluid) ใช้ Fresh Frozen Plasma (FFP) ค่าเฉลี่ยปริมาณ FFP คือ 93.56 unit (ค่าพิสัย 34–256 unit) โดย FFP ที่ให้ส่วนใหญ่มาจาก donor เพศชาย แต่มีผู้ป่วยเพียง 2 ราย ที่ให้ FFP ที่มาจาก donor เพศหญิงในครั้งแรก และในกระบวนการทำ TA ด้วยวิธีการ TPE มีการให้ยา 10% Calcium Gluconate เพื่อช่วยป้องกันภาวะ Hypocalcemia ในผู้ป่วยทุกราย รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล กระบวนการรักษา และผลข้างการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการ Therapeutic Plasma Exchange (N = 9)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	11.11
หญิง	8	88.89
อายุ		
21 – 30 ปี	3	33.33
31 – 40 ปี	3	33.33
41 – 50 ปี	2	22.22
51 – 60 ปี	1	11.11
อายุเฉลี่ย 38.22 ปี (ค่าพิสัย 26 – 55 ปี)		
น้ำหนัก		
31 – 40 กิโลกรัม	1	11.11
41 – 50 กิโลกรัม	1	11.11
51 – 60 กิโลกรัม	-	-
61 – 70 กิโลกรัม	4	44.44
71 – 80 กิโลกรัม	1	11.11
80 กิโลกรัมขึ้นไป	2	22.22
น้ำหนักเฉลี่ย 66.44 กก. (ค่าพิสัย 40 – 85 กก.)		
โรคที่ได้รับการวินิจฉัย		
โรค TTP	4	44.44
โรค TTP & Renal failure	3	33.33
โรค AHIA	1	11.11
โรค TMA, SLE และ Lupus nephritis	1	11.11
ระดับการรู้สีกตัว		
รู้สึกตัวดี	4	44.44
รู้สึกตัวแต่มีอาการซึม	2	22.22
มีอาการซึมและสับสน	3	33.33

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล กระบวนการรักษา และผลข้างการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการ Therapeutic Plasma Exchange (N = 9) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
- LDH (ค่าปกติ <247 U/L)		
< 247 U/L	-	-
247 – 1,000 U/L	4	44.44
≥ 1,000 U/L	5	55.56
อายุเฉลี่ย 38.22 ปี (ค่าพิสัย 26 – 55 ปี)		
- HCT (ค่าปกติ 35 – 48%)		
≤ 20%	5	55.56
21 – 30%	4	44.44
ค่าเฉลี่ย 17.22% (ค่าพิสัย 14 – 24%)		
- Platelet (ค่าปกติ 140,000 – 400,000 cell/mm³)		
≤ 10,000 cell/mm ³	2	22.22
10,001 – 50,000 cell/mm ³	4	44.44
50,001 – 100,000 cell/mm ³	2	22.22
100,001 – 140,000 cell/mm ³	-	-
> 140,000 cell/mm ³	1	11.11
ค่าเฉลี่ย 50,556 cell/mm ³ (ค่าพิสัย 7,000 – 161,000 cell/mm ³)		
- ปริมาณพลาสมาที่ดำเนินการเปลี่ยนถ่ายในแต่ละครั้ง เมื่อเปรียบเทียบกับ TPV ตาม Protocol		
≤ 1 เท่า	3	33.33
1.1 – 1.5 เท่า	4	44.44
1.6 – 2.0 เท่า	-	-
2.1 – 2.5 เท่า	-	-
2.6 – 3.0 เท่า	1	11.11
> 3.0 เท่า	1	11.11
ค่าเฉลี่ย 1.1 เท่า (ค่าพิสัย 0.66 – 3.16 เท่า)		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล กระบวนการรักษา และผลข้างการรักษผู้ป่วยด้วยวิธีการ Therapeutic Plasma Exchange (N = 9) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
- จำนวนครั้งการทำ TPE		
1 – 5 ครั้ง	5	55.56
5 – 10 ครั้ง	3	33.33
> 10 ครั้ง	1	11.11
ค่าเฉลี่ย 5.44 ครั้ง/คน (ค่าพิสัย 2 – 13 ครั้ง)		
- การให้ FFP		
1 – 50 UNIT	3	33.33
51 – 100 UNIT	3	33.33
101 – 150 unit	2	22.22
151 – 200 unit	-	-
> 200 unit	1	11.11
ค่าเฉลี่ยปริมาณ FFP 93.56 UNIT (ค่าพิสัย 34 – 256 unit)		
- FFP ที่ได้มาจาก donor เพศชาย		
จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับ FFP ที่ได้มาจาก donor เพศชาย	47	97.92
จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับ FFP ที่ได้มาจาก donor เพศหญิง	2	2.08
- อาการข้างเคียงที่พบระหว่างการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการ TPE		
มีอาการข้างเคียง	3	33.33
- ผื่นคัน	2	66.67
- อาการชักเกร็ง ขากระตุก และผื่นคัน	1	33.33
ไม่มีอาการข้างเคียง	6	66.67

ผลการรักษาด้วยวิธีการ TPE ในผู้ป่วยทางโลหิตวิทยาระหว่างปี พ.ศ. 2559 – 2566 ของโรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 9 ราย รอดชีวิตสามารถกลับบ้านได้ 8 ราย (ร้อยละ 88.89) เสียชีวิต 1 ราย (ร้อยละ 11.11) ในจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิต และกลับบ้านมี 1 ราย ที่ยกเลิกการทำ TPE เนื่องจากก่อนทำมีค่าเฉลี่ย Lactate dehydrogenase (LDH) เท่ากับ 1,688 U/L หลังทำลดลงเหลือเท่ากับ 919 U/L (ค่าปกติ <247 U/L) ค่าปริมาณความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (HCT) ต่อปริมาตรของเลือด ทั้งหมดก่อนทำ TPE ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20% หลังทำเพิ่มขึ้นเป็น 21% (ค่าปกติ 35-48 %) และค่าเกล็ดเลือด (Platelet) ก่อนทำ TPE ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 50,556 cell/mm³ หลังทำเพิ่มขึ้นเป็น 95,778 cell/mm³ (ค่าปกติ Platelet 140,000-400,000 cell/mm³) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาผลการทำ Therapeutic Plasma Exchange (N = 9 ราย)

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ก่อนดำเนินการ ค่าเฉลี่ย (ค่าพิสัย)	หลังดำเนินการ ค่าเฉลี่ย (ค่าพิสัย)
LDH (U/L)	1,688 (411-4,480)	919 (154-3,465)
HCT (%)	20 (14-24)	21 (11-31)
Platelet (cell/mm ³)	50,556 (7,000 – 161,000)	95,778 (8,000 – 282,000)

อภิปรายผล

กระบวนการทำ TA ด้วยวิธีการ TPE ในผู้ป่วยทางโลหิตวิทยาที่มารับการรักษาโรงพยาบาลกระบี่ ในระหว่างปี พ.ศ. 2559 – 2566 จำนวน 9 ราย ใช้ปริมาณพลาสมาเฉลี่ย 1.4 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ สมบัตินิมิตสกุล และคณะ, 2549⁽⁸⁾ ที่ระบุว่าปริมาณของพลาสมาที่ดึงออกจากร่างกาย 1.5–2 เท่าของ plasma volume จะมีประสิทธิผลมากที่สุด คือ นอกจากนั้น ในการดูแลรักษาด้วยกระบวนการ TPE ครั้งนี้ได้มีการให้สารน้ำทดแทน คือ Fresh Frozen Plasma (FFP) โดย FFP ที่ให้ส่วนใหญ่มาจาก doner เพศชาย และมีการให้ยา 10% calcium Gluconate ทุกราย ทำให้ผู้ป่วยทุกรายไม่มีภาวะขาด calcium ที่อาจเกิดขึ้นได้จากการทำ TPE⁽⁹⁾ สำหรับผลการทำ TPE ในผู้ป่วย 9 ราย พบว่าผลการรักษาที่ได้ผลดีมากที่สุด คือ โรค Thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP) การศึกษานี้มีผู้ป่วยด้วยโรคนี้ 4 คน พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หลังได้รับการทำ TPE ครั้งที่ 2 สอดคล้องกับ Guidelines on the Use of Therapeutic Apheresis in Clinical Practice – Evidence-Based Approach from the Writing Committee of the American Society for Apheresis : The Eighth Special Issue - Padmanabhan, 2019⁽¹⁰⁾ ที่แนะนำว่าโรค TTP เป็นโรคที่อยู่ใน Category I หมายถึง วิธีการ TPE นี้เป็นทางเลือกแรกและเป็นการรักษาหลัก (first-line therapy) ทั้งการรักษาแบบ standalone หรือการรักษาร่วมกับรูปแบบอื่น และพบผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงเล็กน้อย 3 ราย โดยมีผื่นคัน 2 ราย และมีอาการชักเกร็ง ขากระตุก ร่วมกับมีผื่นคัน 1 ราย แตกต่างจากผลการศึกษาของสมใจ สมบัตินิมิตสกุล และคณะ, 2549⁽⁸⁾ ที่พบว่ามีอาการข้างเคียงจากการใช้พลาสมาเป็นสารน้ำทดแทน และอาการข้างเคียงจากน้ำยาแก้นเลือดแข็งตัวที่ผสมอยู่ในพลาสมา (ACD-A) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนต้องหยุดทำ

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลผลการรักษารายบุคคล พบว่าผู้ป่วย 4 ราย มีผลการรักษาดีขึ้นในครั้งที่ 2 ได้แก่ รายที่ 1 ค่า LDH ลดลงเหลือ 2,393 U/L ค่า Hct เพิ่มขึ้นจาก 18% เป็น 28% ค่า Platelet เพิ่มขึ้นจาก 18,000 cell/mm³ เป็น 36,000 cell/mm³ รายที่ 2 ค่า LDH ลดลงเหลือ 548 U/L ค่า Hct เพิ่มขึ้นจาก 21% เป็น 22% ค่า Platelet เพิ่มขึ้นจาก 10,000 cell/mm³ เป็น 31,000 cell/mm³ รายที่ 3 ค่า LDH ลดลงเหลือ 764 U/L ค่า Hct เพิ่มขึ้นจาก 11% เป็น 24% แต่ค่า Platelet ในครั้งที่ 2 ยังไม่เพิ่มขึ้นอย่างใดก็ตามในการทำ TPE ครั้งสุดท้ายเพิ่มจาก 34,000 cell/mm³ เป็น 44,000 cell/mm³ รายที่ 4 ลดลงเหลือ 345 U/L ค่า Hct เพิ่มขึ้นจาก 24% เป็น 25% ค่า Platelet เพิ่มขึ้นจาก 15,000 cell/mm³ เป็น 59,000 cell/mm³

ผลการทำ TPE ในการรักษาโรค Autoimmune Hemolytic Anemia (AIHA) พบว่าผู้ป่วยมีอาการ ดีขึ้นหลังได้รับการทำ TPE ในครั้งที่ 2 และ 4 ตามข้อแนะนำจาก Guidelines on the Use of Therapeutic Apheresis in Clinical Practice–Evidence-Based Approach from the Writing Committee of the American Society for Apheresis : The Eighth Special Issue - Padmanabhan, 2019 ที่แนะนำว่าโรคเป็นโรคที่อยู่ใน Category III หมายถึง ยังไม่มีการระบุว่าเป็นการรักษาหลัก (first-line therapy) ทั้งนี้ขึ้นกับการพิจารณาของแพทย์เป็นหลัก และผลการรักษารายบุคคลพบว่า

- คนที่ 1 ทำ TPE 6 ครั้ง ผลการรักษาดีขึ้นในการทำ TPE ครั้งที่ 4 พบว่าค่า LDH แรกรับ 485 U/L ค่า LDH ในการทำ TPE ครั้งที่ 4 ลดลงเหลือ 251 U/L ค่า Hct เพิ่มขึ้นจาก 21% เป็น 23% ค่า Platelet count เพิ่มขึ้นจาก 75,000 cell/mm³ เป็น 109,000 cell/mm³

- คนที่ 2 ทำ TPE 8 ครั้ง ผลการรักษาดีขึ้นในการทำ TPE ครั้งที่ 2 พบว่าค่า LDH แกร็บ 2787 U/L ค่า LDH ในการทำ TPE ครั้งที่ 4 ลดลงเหลือ 575 U/L ค่า Hct เพิ่มขึ้นจาก 19% เป็น 21% ค่า Platelet count จาก 84,000 cell/mm³ เป็น 48,000 cell/mm³

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การทำ Therapeutic Apheresis ต่อผู้ป่วยโรคทางโลหิตวิทยาที่มารับการรักษาโรงพยาบาลกระบี่ ในระหว่างปี พ.ศ. 2559 – 2566 จำนวน 9 ราย พบอัตราการรักษาหาย 88.89% มีประสิทธิผลในการรักษาโรค TTP และโรค AIHA แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาเอากระบวนการ TPE มาใช้เป็นการรักษาหลัก (First-line therapy) ในกลุ่มผู้ป่วยโรค TTP และโรค AIHA ตามการวินิจฉัยของแพทย์ เพื่อลดอัตราการตายในผู้ป่วยทั้ง 2 โรค นอกจากนี้ในกระบวนการลด Complication ควรพิจารณาให้ 10% calcium Gluconate ร่วมด้วย เพื่อช่วยป้องกันภาวะ Hypocalcemia ในผู้ป่วย และใช้ FFP จาก donor เพศชาย เพื่อช่วยลดอาการข้างเคียงอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาผลข้างเคียงที่เกิดจากการทำ TA ด้วยวิธีการ TPE

เอกสารอ้างอิง

- 1.Schwartz J, Padmanabhan A, Aqui N, Balogun RA, ConnellySmith L, Delaney M, et al. Guidelines on the Use of Therapeutic Apheresis in Clinical Practice-Evidence-Based Approach from the Writing Committee of the American Society for Apheresis: The Seventh Special Issue. J Clin Apher. 2016;31:149-62.
- 2.Schwartz J, Padmanabhan A, Aqui N, et al. Guidelines on the Use of Therapeutic Apheresis in Clinical Practice-Evidence-Based Approach from the Writing Committee of the American Society for Apheresis: The Seventh Special Issue. J Clin Apher. 2016;31(3):149-62. doi:10.1002/jca.21470
- 3.สุรัชดา ขนโสภณ, ธนะวัฒน์ วงศ์ผั่น, ภูษิต ประคองสาย, ธนวรรณ ปรีพูล, ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย, กุมารี พัทณี, และคณะ. การศึกษาประสิทธิผลและการประเมินความคุ้มค่าการรักษาด้วยเครื่องพลาสมาเฟเรซิส [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2567 พ.ค. 14]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5240?locale-attribute=th>
- 4.ภาควิชาเวชศาสตร์ชั้นสูตตร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. การรักษาผู้ป่วยด้วยเทคนิค Apheresis [อินเทอร์เน็ต].2566 [เข้าถึงเมื่อ 2564 พ.ค. 10]. เข้าถึงได้จาก: <https://labmed.md.chula.ac.th/2023/05/04/การรักษาผู้ป่วยด้วยเทคนิค Apheresis/>
- 5.Mc Cullough J. Therapeutic apheresis. Transfusion Medicine. 2ndeds. Elsevier Churchill livingstone 2005;520-3.
- 6.Owen HG, Brecher ME. Management of the therapeuticapheresis patient. Apheresis : Principle and practice.Bethesda : AABB press 1997:228-9.
- 7.Rolf B, V Koukline, Uri U, Edvard N. Plasmapheresis in severe sepsis and septic shock: a prospective, randomised, controlled trial. Intensive Care Med, 2002;28:1434-9.

8.สมใจ สมบัตินิมิตสกุล, ศิริพร ณ ถลาง,ราศี คงรักษา, ภาวินี คุปตวินทุ, จุฑาทิพย์ ฟองศรีณย์, รัชณี โอเจริญ และคณะ. ประสพการณ์การทำ Therapeutic Apheresis ของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย. J Hematol Transfus Med. 2006;16(3):201-2.

9.Therapeutic Plasma Exchange: Complications and Management. American Journal of Kidney Diseases. 1994 Jun 1;23(6):817-27.

10.Anand Padmanabhan , Laura Connelly-Smith , Nicole Aqui , Rasheed A Balogun , Reinhard Klingel , Erin Meyer , et al. Guidelines on the Use of Therapeutic Apheresis in Clinical Practice – Evidence-Based Approach from the Writing Committee of the American Society for Apheresis: The Eighth Special Issue. Padmanabhan - 2019 - Journal of Clinical Apheresis - Wiley Online Library [Internet]. 2019 [cited 2024 Mar 17]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jca.21705>

การใช้แนวคิดแบบลีนในการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลลำทับ

เนตรนภา สามเมือง *

(Received : February 28, 2024; Revised : May 8, 2024; Accepted : May 16, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลที่มีคุณภาพโดยใช้แนวคิดลีนในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ ประเมินผลจากความพึงพอใจและระยะเวลารอคอยบริการ กลุ่มตัวอย่างคือผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก เดือนธันวาคม 2566 – เดือนมกราคม 2567 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มที่ .05 ที่ระดับความเชื่อมั่น .95 ได้จำนวน 396 ราย เก็บข้อมูลเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยและความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนและหลังปรับปรุงกระบวนการทำงาน ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข และแบบบันทึกระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และค่าเฉลี่ยร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า สามารถลดขั้นตอนกระบวนการทำงานแผนกผู้ป่วยนอกจาก 6 ขั้นตอนเหลือ 5 ขั้นตอน โดยการรวมจุดคัดกรองอาการและจุดซักประวัติผู้ป่วยนัดเข้าด้วยกัน และเพิ่มจุดลงทะเบียนด้วยตนเองกับตู้ลงทะเบียนอัตโนมัติ ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังการดำเนินการปรับปรุงกระบวนการทำงานมากกว่าก่อนการปรับปรุงกระบวนการทำงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.68 จากร้อยละ 70.9 เป็นร้อยละ 80.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการหลังการดำเนินการปรับปรุงกระบวนการทำงานน้อยกว่าระยะเวลารอคอยก่อนปรับปรุงกระบวนการทำงานลดลงร้อยละ 28.31 จาก 60.4 นาทีลดลงเป็น 43.3 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนากระบวนการทำงานโดยใช้แนวคิดลีน ช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นควรมีการกำหนดนโยบายขององค์กรที่ชัดเจน มีจุดมุ่งเน้นที่เป็นเป้าหมายเดียวกันของทุกหน่วยงาน และสนับสนุนให้บุคลากรในองค์กร ทำการศึกษาและเรียนรู้กระบวนการนำแนวคิดลีนมาใช้ เพื่อให้กระบวนการทำงานบริการในแต่ละจุดบริการมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากขึ้น

คำสำคัญ : กระบวนการลีน, ระยะเวลารอคอย, ความพึงพอใจ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ,โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ , E-mail address : Bikaowhom78@gmail.com

Lean concepts utilization in outpatient nursing services improvement in lamthab hospital

Natenapa Sammuang*

(Received : February 28, 2024; Revised : May 8, 2024; Accepted : May 16, 2024)

Abstract

The purpose of this developmental research was to study the developing a nursing service model using the Lean concept in the outpatient department, Lam Thap Hospital, Krabi Province , evaluated results from satisfaction and service waiting time. The sample were the outpatient department service recipients from December 2023 - January 2024. The sample size was 396, selected with the Purposive Sampling. The research instrument was a questionnaire provided from the Nursing Division Ministry of Public Health. Data were analyzed by descriptive statistics, including frequency, percentage and average with standard deviation.

The results showed that it was possible to reduce the work process steps in the outpatient department from 6 steps to 5 steps. Operated by combined patient triage service point and patient history taking service point for appointments together and added a self-registration point at an automatic registration kiosk. The results of evaluating the satisfaction of service recipients after improving the work process were greater than before improving the work process Increased 13.68 percent from 70.9 percent to 80.6 percent, with statistical significance at the .05 level. And the waiting time of service recipients after improving the work process was less than the waiting time before improving the work process decreased by 28.31 percent from 60.4 minutes to 43.3 minutes, with statistical significance at the .05 level.

This study showed that work process development using the Lean concept helps work to be more efficient. Therefore, a clear organizational policy should be established. There is a focus on the same goal of every department and encourage personnel in the organization to study and learn the process of applying Lean concepts in order to make the service work process at each service point efficient and service recipients are more satisfied

Keywords : Lean process, waiting period, satisfaction

* Professional nurse, lam thap Hospital Krabi Province, E-mail address : Bikaowhom78@gmail.com

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขดำเนินนโยบายการพัฒนากระบวนการบริการสาธารณสุขในรูปแบบต่างๆ อย่างต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มผลผลิตและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้มากที่สุด ตามนโยบายของรัฐบาล⁽¹⁾ ที่กำหนดให้หน่วยงานราชการต้องดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบราชการให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล สามารถยกระดับคุณภาพบริการ เพื่ออำนวยความสะดวกและตอบสนองความต้องการของประชาชน

โรงพยาบาลลำทับเป็นหน่วยงานของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจหลักเพื่อส่งเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ให้บริการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการระบบบริการ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจมากที่สุด แผนกผู้ป่วยนอกถือเป็นหน่วยงานแรกที่ให้บริการและยังเป็นหน่วยงานที่มีจำนวนผู้รับบริการมากที่สุดของโรงพยาบาล มีอัตราการหมุนเวียนของผู้รับบริการสูง กล่าวคือ ร้อยละ 90 - 95 สามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้โดยไม่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งนี้มีผู้มารับบริการเพิ่มมากขึ้นทุกปี กล่าวคือ ปี 2563 มีผู้ป่วย 38,248 ราย เฉลี่ยวันละ 158 ราย ในปี 2564 มีผู้ป่วย 35,528 ราย เฉลี่ยวันละ 149 ราย และในปี 2565 มีผู้ป่วย 39,418 ราย เฉลี่ยวันละ 164 ราย จากผลการสำรวจระยะเวลาการรอคอยการรับบริการตั้งแต่รับบัตรคิวจนพบแพทย์ ในปี พ.ศ. 2564 - 2566 โดยรวมเฉลี่ยคนละ 57.5 นาที, 59.5 นาที และ 66.2 นาที ตามลำดับ และจากการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ในปีพ.ศ. 2564 - 2566 พบว่าความพึงพอใจด้านระยะเวลาการรอคอยลดลงอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ ร้อยละ 72.2, ร้อยละ 69.8 และ ร้อยละ 64.8 ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้พิจารณาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการรอคอย พบว่ามี 4 ปัจจัย ได้แก่ บุคลากร ผู้รับบริการ ระบบงาน และระบบคอมพิวเตอร์ ปัจจัยด้านระบบงานผู้วิจัยสังเกตพบว่าขั้นตอนการให้บริการมีหลายขั้นตอนบางขั้นตอนมีความซ้ำซ้อนกัน ทำให้ผู้รับบริการต้องไปหลายจุดบริการ และระหว่างขั้นตอนต้องรอนาน ส่วนปัจจัยด้านระบบเทคโนโลยีและคอมพิวเตอร์พบว่ายังไม่มี การนำเทคโนโลยีที่ช่วยให้การทำงานเกิดประสิทธิภาพมาใช้เท่าที่ควร ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าแผนกบริการผู้ป่วยนอก มีหน้าที่ในการควบคุม กำกับและพัฒนาการดำเนินงานให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากที่สุด มีความสนใจที่จะนำแนวคิดการทำงานแบบลีนมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการในแผนกผู้ป่วยนอก เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มุ่งเน้นการให้บริการผู้ป่วยที่มีคุณภาพดีที่สุดใน ด้วยต้นทุนที่ต่ำที่สุดอย่างเหมาะสม และใช้เวลาในกระบวนการสั้นที่สุดเพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพรวดเร็ว ตามความต้องการของผู้ป่วยและ อันจะสามารถลดระยะเวลาการรอคอยและลดความแออัดในการระหว่างรอรับบริการ ส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในการรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการทำงานบริการพยาบาลที่มีคุณภาพในแผนกผู้ป่วยนอก
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบบริการในด้านความพึงพอใจและระยะเวลาการรอคอย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการทำงานบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยใช้แนวคิดลีน (Lean) และการประเมินผลของการพัฒนากระบวนการทำงานบริการในแผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอกจากความพึงพอใจของผู้รับบริการ และระยะเวลาการรอคอยของผู้รับบริการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ และไม่ได้รับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล เฉลี่ย 39,410 ครั้งต่อปี⁽²⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้รับบริการ ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ โดยผู้ศึกษากำหนดให้มีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็นผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด กล่าวคือ เป็นผู้รับบริการที่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ อายุ 18 ปีขึ้นไป และเข้ารับบริการครบทุกจุดบริการที่กำหนด คืองานประชาสัมพันธ์ งานบริการทำบัตร งานคัดกรองผู้ป่วย และงานตรวจโรคทั่วไป โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สำรวจผู้รับบริการที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลำทับจังหวัดกระบี่ และไม่ได้รับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล มีจำนวน 39,410 คนในปี 2566

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรของ Taro Yamane⁽³⁾ ใช้ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มที่ .05 ที่ระดับความเชื่อมั่น .95 ได้จำนวนประชากรดังนี้

$$\text{จากสูตร} = \frac{N}{1+Ne^2} \quad \text{เมื่อมีระดับนัยสำคัญ} = .05$$

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
N คือ ขนาดของประชากร
e คือ ความคลาดเคลื่อนเท่าที่ยอมรับได้

สามารถคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ดังนี้

$$\text{แทนค่า} \quad n = \frac{39,410}{1+39,410(0.05)^2}$$

$$n = 396$$

การคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างของผู้รับบริการที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลำทับจังหวัดกระบี่ ได้จำนวน 396 คน

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาครั้งนี้ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเก็บข้อมูลเปรียบเทียบระยะเวลารอคอย และความพึงพอใจของผู้รับบริการของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอกครั้งที่ 1 ก่อนปรับปรุงกระบวนการทำงานแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 198 คนและครั้งที่ 2 หลังนำกระบวนการกลับมาใช้ จำนวน 198 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 396 คน โดยคัดเลือกผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลำทับจังหวัดกระบี่ ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 - มกราคม 2567 รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ ในช่วงเวลา 08.30 น.-15.30 น. เริ่มตั้งแต่ผู้รับบริการรายแรก มาตอบแบบสอบถามทุกวัน วันละ 15 คน โดยกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เป็นผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ

1. เป็นผู้ป่วยอายุ 18 ปี ขึ้นไป สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
2. เป็นผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะดี สามารถตอบคำถามได้
3. เป็นผู้ใช้บริการที่เข้ารับบริการครบทุกจุดบริการที่กำหนด คือ งานประชาสัมพันธ์และงานบริการทำบัตร งานคัดกรองผู้ป่วย และงานตรวจโรคทั่วไป
4. ยินดีร่วมมือในการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ

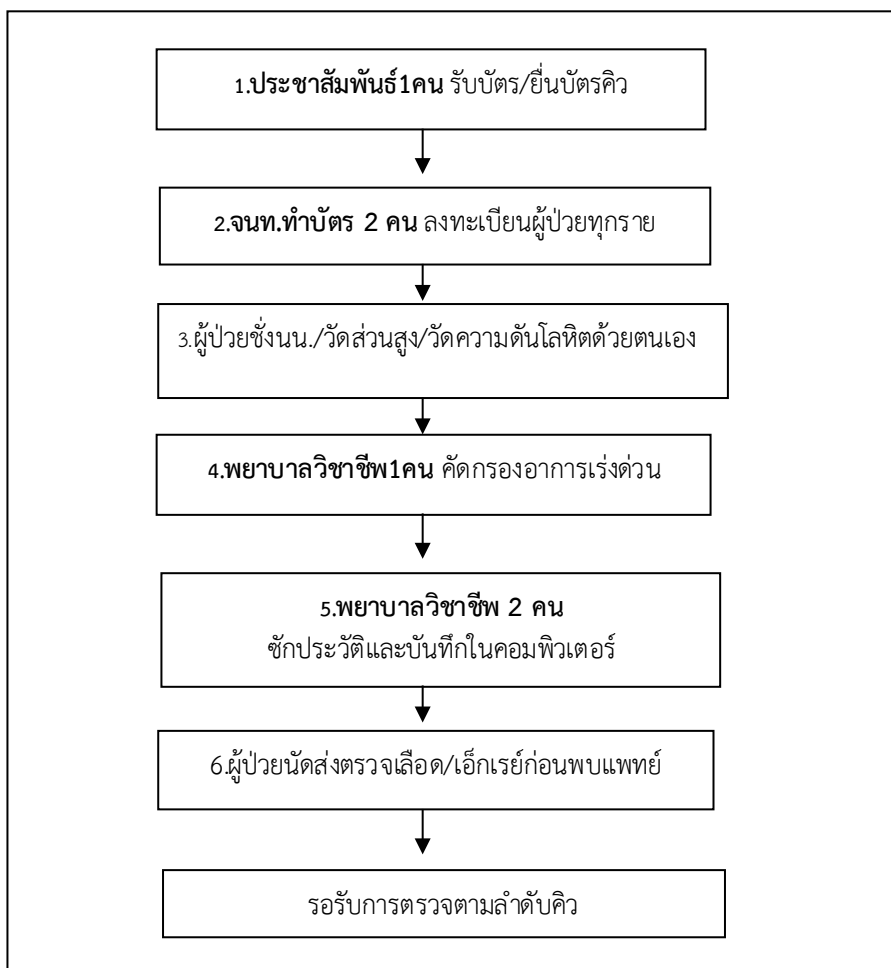
ผู้ที่รับบริการไม่ครบทุกขั้นตอนเนื่องจากอาการทรุดลง

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) มีขั้นตอนการศึกษา 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร (Document Survey) ซึ่งเป็นการศึกษาค้นคว้ารวบรวมข้อมูลจากเอกสาร และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งจากหนังสือ วารสารบทความ งานวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาภาคสนาม (Field Survey) ผู้วิจัยได้ศึกษากระบวนการทำงาน ของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ โดยรวบรวมข้อมูลจากขั้นตอนการทำงาน การสำรวจความพึงพอใจ และข้อมูลระยะเวลารอคอยการรับบริการของผู้ป่วย เพื่อนำมาวางแผนร่วมกันกับบุคลากรในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำทับ เพื่อลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น หรือขั้นตอนทำให้ผู้ป่วยต้องไปรับบริการที่แผนกอื่นๆซ้ำซ้อน เพื่อลดระยะเวลารอคอยในการมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งก่อนการปรับปรุงกระบวนการทำงานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ มีรูปแบบบริการทั้งหมด 6 ขั้นตอน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ก่อนการปรับปรุงระบบการทำงาน

ดังภาพที่1 อธิบายขั้นตอนการทำงานได้ดังนี้

จุดประชาสัมพันธ์ มีรูปแบบบริการ ดังนี้

1. รับบัตรประชาชนที่ผู้รับบริการมายื่น ตรวจสอบความถูกต้องกับตัวบุคคล กรอกข้อมูลประวัติผู้รับบริการรายใหม่ และให้บัตรคิว

2. ให้คำแนะนำบริการในโรงพยาบาล และส่งให้ผู้รับบริการไปจุดบริการทำบัตรและลงทะเบียน

ห้องเวชระเบียนหรือห้องบัตร มีรูปแบบบริการ ดังนี้

1. ลงทะเบียนผู้ป่วยทุกราย ทั้งรายเก่าและรายใหม่ และผู้ป่วยนัด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลให้ครบถ้วนในระบบคอมพิวเตอร์

2. ส่งผู้รับบริการไปยังจุดคัดกรองอาการ

จุดคัดกรองอาการ มีรูปแบบบริการ ดังนี้

1. คัดกรองอาการเบื้องต้น หากพบอาการไม่คงที่หรือเกิดภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งอุบัติเหตุ ให้การรักษายาบาลเบื้องต้นหรือดำเนินการประสานงานและส่งต่อไปยังแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

2. คัดแยกประเภทของผู้รับบริการทุกรายตามเกณฑ์คัดแยกของโรงพยาบาลลำทับ เพื่อส่งต่อไปยังจุดบริการซักประวัติ

จุดซักประวัติ มีรูปแบบบริการดังนี้

1. ตรวจสอบความถูกต้องของผู้รับบริการให้ตรงกับข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ ซักประวัติอาการที่มาโรงพยาบาลและบันทึกข้อมูลลงในระบบคอมพิวเตอร์

2. ส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจเลือด ตรวจเอ็กซเรย์หรือการทำหัตถการอื่นๆตามนัด ก่อนเข้าพบแพทย์

3. ประเมินความพร้อมก่อนการตรวจ โดยประเมินความถูกต้องของแผนกที่ส่ง ตรวจสอบครบถ้วนความถูกต้องของข้อมูลตัวบุคคล และข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือผลตรวจเอ็กซเรย์

4. ส่งผู้ป่วยรอรับการตรวจตามลำดับคิว รวมทั้งพิจารณาตามความจำเป็นเร่งด่วนขณะรอตรวจ

ขั้นตอนที่ 3 ทำการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยสอบถามจากประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ ในช่วงเดือน ธันวาคม 2566 – มกราคม พ.ศ. 2567 โดยครั้งที่ 1 เป็นการเก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการ และระยะเวลารอคอย ในแต่ละขั้นตอน ตามระบบการทำงานปกติ ซึ่งมี 6 ขั้นตอนหลัก ครั้งที่ 2 เป็นการเก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการ และระยะเวลารอคอยในแต่ละขั้นตอน หลังการนำแนวคิดลิ้นมาใช้ลดขั้นตอนการบริการผู้ป่วยนอก ซึ่งสามารถลดได้เหลือ 5 ขั้นตอนหลัก ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยรวบรวมข้อมูลอีกจำนวน 5 คน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเอง

ขั้นตอนที่ 4 ขันวิเคราะห์และสรุปผลการศึกษา โดยการคำนวณระยะเวลาตลอดกระบวนการทั้งหมดตาม แนวทางของลิ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1.แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขมาใช้ ประกอบด้วย คำถามที่เกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 30 ข้อ

2. แบบบันทึกระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการแต่ละจุดบริการของผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย ข้อมูลคิวบริการเลขที่ผู้ป่วยนอกของผู้ใช้บริการแบบบันทึกเวลาจุดที่ 1 ประชาสัมพันธ์ บันทึกเวลาเมื่อรับบัตรคิว จุดที่ 2 ห้องบัตร บันทึกเวลาเมื่อรับบัตรและเวลาที่ส่งข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยทางคอมพิวเตอร์ ไปจุดคัดกรอง จุดที่ 3 งานคัดกรอง บันทึกเวลาเมื่อรับข้อมูลเวชระเบียน และเวลาเมื่อคัดกรองเบื้องต้นเสร็จและจุดที่ 4 งานซักประวัติ บันทึกเวลาเมื่อรับข้อมูลเวชระเบียนจากงานคัดกรองเวลาที่ผู้ให้บริการได้เข้ารับการตรวจจากแพทย์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ ที่นำมาจากกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากร ที่จะศึกษา โดยทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้เท่ากับ .90

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการจัดกระทำ การตรวจสอบความเที่ยงของการสังเกต (interrater reliability) ผู้วิจัยนำแบบบันทึก ระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการแต่ละจุดบริการไปทดลองบันทึกระยะเวลาการรับบริการของผู้ใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ ร่วมกับผู้ช่วยรวบรวมข้อมูล 5 คน โดยอธิบาย ขั้นตอน และวิธีการบันทึกให้กับผู้ช่วยเก็บข้อมูลที่ร่วมตรวจสอบความเที่ยงของการบันทึกจนเป็น ที่เข้าใจแล้วจึงทดลองจับเวลาในผู้รับบริการที่มาใช้บริการ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบ ความถูกต้องตรงกันของข้อมูลที่แต่ละคู่ระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลได้ความตรงกันของข้อมูล ของการบันทึกเท่ากับ 1 การตรวจสอบความเที่ยงของนาฬิกาจับเวลา ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความเที่ยง โดยการตั้งเวลาที่คอมพิวเตอร์เซิร์ฟเวอร์เทียบให้ตรงกับสัญญาณวิทยุจากกรมอุทกศาสตร์ทหารเรือ ที่เวลา 8.00 น. และตรวจสอบความตรงกันระหว่างคอมพิวเตอร์เซิร์ฟเวอร์กับเครื่องคอมพิวเตอร์ลูกข่าย ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเวลา 3 วันได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่เก็บเรียบร้อยแล้วมาทำการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยการคำนวณระยะเวลาตลอดกระบวนการทั้งหมดตาม แนวทางของสิน วิเคราะห์การกระจายของข้อมูล เช่น ฐานนิยม (Mode) มัธยฐาน (Median) พิสัย (Range) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าแปรปรวน (Variance) ค่าเฉลี่ย (Mean) ของความพึงพอใจของผู้รับบริการและระยะเวลารอคอย เปรียบเทียบกัน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีกระบวนการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาโดย เสนอขอการรับรองจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดกระบี่ก่อนทำการศึกษาและก่อนทำการเก็บข้อมูล เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2566 เลขที่ KBO-IRB 2023/45.1512โดยผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Ethical consideration) ดังนี้ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตรายและหลักความยุติธรรม

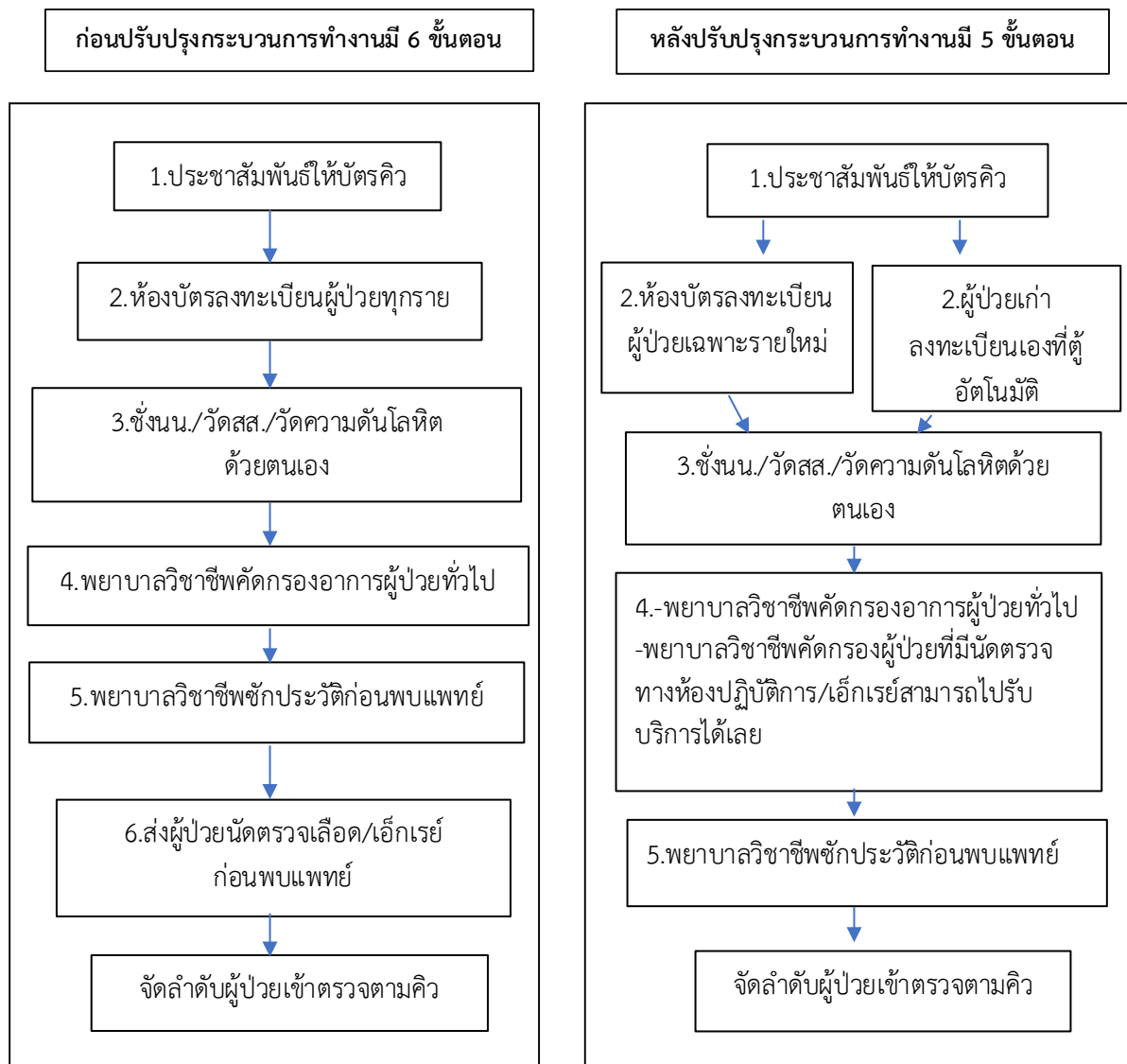
ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่

จากการรวบรวมข้อมูลพบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.6 และร้อยละ 50 มีอายุมากกว่า 60 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพ สมรสร้อยละ 73.2 ส่วนสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 18.6 ผู้รับบริการส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 70.7 และจบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 9.6 ประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 24.2 อีกร้อยละ 22.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 64.0 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท และส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ในเขตตำบลลำทับร้อยละ 49.5 อีกร้อยละ 36.8 พักอาศัยในเขตตำบลดินอุดม ผู้รับบริการส่วนใหญ่ร้อยละ 66.1 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อีกร้อยละ 13.1 ใช้สิทธิข้าราชการ เหตุผลที่เลือกมาใช้บริการที่โรงพยาบาลลำทับเพราะอยู่ใกล้บ้านร้อยละ 80.3 และเดินทางสะดวกร้อยละ 73.2 และในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมาผู้รับบริการส่วนใหญ่เคยมารับบริการ ร้อยละ 91.9

ตอนที่2 รูปแบบกระบวนการทำงานการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่
ภายหลังการปรับปรุงกระบวนการทำงาน มีรูปแบบบริการ ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่2 เปรียบเทียบกระบวนการทำงานก่อนและหลังการปรับปรุงกระบวนการทำงาน แผนกผู้ป่วยนอกรพ.ลำทับ

ดังภาพที่2 อธิบายขั้นตอนการทำงานหลังการปรับปรุงกระบวนการทำงาน ได้ดังนี้

จุดประชาสัมพันธ์ มีรูปแบบบริการ ดังนี้

1 รับบัตรประชาชนที่ผู้รับบริการมายื่น ตรวจสอบความถูกต้องกับตัวบุคคล กรอกข้อมูลประวัติผู้รับบริการรายใหม่ และให้บัตรคิว

2 ให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการดำเนินการลงทะเบียนและยืนยันตัวตนด้วยตนเองที่ตู้ลงทะเบียนอัตโนมัติ หากมีปัญหาติดขัดในการใช้ตู้อัตโนมัติ ดำเนินการส่งต่อบัตรประชาชนให้ห้องบัตรลงทะเบียนต่อไป

3 ให้คำแนะนำบริการในโรงพยาบาล และส่งให้ผู้รับบริการไปจุดบริการคัดกรองอาการ

ห้องเวชระเบียนหรือห้องบัตร มีรูปแบบบริการ ดังนี้

1. ลงทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลให้ครบถ้วนในระบบคอมพิวเตอร์
2. ส่งผู้รับบริการไปยังจุดคัดกรองอาการ

จุดคัดกรองอาการ มีรูปแบบบริการ ดังนี้

1. คัดกรองอาการเบื้องต้น หากพบอาการไม่คงที่หรือเกิดภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งอุบัติเหตุ ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น หรือดำเนินการประสานงานและส่งต่อไปยังแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
2. คัดแยกประเภทของผู้รับบริการทุกรายตามเกณฑ์คัดแยกของโรงพยาบาลลำทับ เพื่อส่งต่อไปยังจุดบริการซีกประวัติ
3. คัดกรองกรณีผู้ป่วยมีอาการนำพาหัตถการ / การตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือเอ็กซเรย์ ล้วงหน้า ดำเนินการส่งผู้ป่วยไปรับบริการยังจุดบริการดังกล่าวก่อนพบแพทย์

จุดซีกประวัติ มีรูปแบบบริการดังนี้

1. ตรวจสอบความถูกต้องของผู้รับบริการให้ตรงกับข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ ซีกประวัติอาการที่มาโรงพยาบาล และลงบันทึกข้อมูลลงในระบบคอมพิวเตอร์
2. ประเมินความพร้อมก่อนการตรวจ โดยประเมินความถูกต้องของแผนกที่ส่ง ตรวจสอบครบถ้วนความถูกต้องของข้อมูลตัวบุคคล พร้อมทั้งประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาจากแพทย์
3. ส่งผู้ป่วยรอรับการตรวจตามลำดับคิว รวมทั้งพิจารณาตามความจำเป็นเร่งด่วนขณะรอตรวจ

ตอนที่ 3 ผลของการปรับปรุงกระบวนการทำงานแผนกผู้ป่วยนอกต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่

จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนและหลังดำเนินการปรับปรุงกระบวนการทำงานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 70.9$; S.D. = 8.0 และ $\bar{x} = 80.6$; S.D. = 12.2) ภายหลังจากทดสอบการกระจายของข้อมูลคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการด้วย Komogorov-Sminov one sample test พบว่าการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ จึงทำการเปรียบเทียบ ความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยใช้สถิติ แมนวิทนี ยู (Mann-Whitney U Test) พบว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการ หลังการปรับปรุงกระบวนการทำงานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ มากกว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนการปรับปรุงกระบวนการทำงานแผนกผู้ป่วยนอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Z = -4.716, p <.000) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนและหลังการปรับปรุงกระบวนการทำงานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ (n=198)

คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	$\bar{x}$	S.D.	Min	Max	Z	P-value
ก่อนการปรับปรุงกระบวนการทำงาน	70.9	8	41.0	87.0	-4.746	<.00*
หลังการปรับปรุงกระบวนการทำงาน	80.6	12.2	39.0	90.0	-	

*p< .05

ตอนที่ 4 ผลของการปรับปรุงกระบวนการทำงานแผนกผู้ป่วยนอกต่อระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่

จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการก่อนการปรับปรุงกระบวนการทำงานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่เท่ากับ 60.4 ($\bar{x}$ = 60.4; S.D. = 50.7) และค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการหลังการปรับปรุงกระบวนการทำงานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่เท่ากับ 43.3 ($\bar{x}$ = 43.3; S.D. = 23.4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (Z = -2.605, p = .004) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการก่อนและหลังการปรับปรุงกระบวนการทำงานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ (n=198)

ระยะเวลารอคอยของผู้ใช้บริการ	$\bar{x}$	S.D.	Min	Max	Z	P-value
ก่อนการปรับปรุงกระบวนการทำงาน	60.4	50.7	7.0	100.0	-2.605	<.00*
หลังการปรับปรุงกระบวนการทำงาน	43.3	23.4	8.0	91.0		

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

ภายหลังจากพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอกโดยนำกระบวนการลีนมาใช้เพื่อลดระยะเวลารอคอยในการรับบริการของผู้รับบริการ พบว่าสามารถลดกระบวนการให้บริการจาก 6 ขั้นตอน เหลือ 5 ขั้นตอน กล่าวคือดำเนินการปรับปรุงแบบบริการโดยการรวมจุดตรวจคัดกรองอาการผู้ป่วยทั่วไปกับจุดซักประวัติผู้ป่วยนัดเข้าด้วยกัน ทำให้สามารถส่งผู้ป่วยที่แพทย์นัดติดตามอาการไปรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือเอ็กซเรย์จากจุดคัดกรองอาการได้เลย โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องรอรับบริการตามกระบวนการเดิมที่จุดซักประวัติผู้ป่วยทั่วไปซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีการสูญเสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์มากที่สุด อีกทั้งในบริบทของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ มีอัตราผู้ป่วยนัดเฉลี่ยต่อวันสูงถึงร้อยละ 41 ดังนั้นการปรับลดขั้นตอนนี้ออกไปนั้น จึงส่งผลเป็นอย่างมากในการช่วยลดระยะเวลารอคอยบริการโดยรวมของแผนกผู้ป่วยนอก อีกทั้งยังได้มีการเพิ่มจุดบริการลงทะเบียนด้วยตนเองที่ตู้ลงทะเบียนอัตโนมัติจำนวน 2 ตู้ และยังคงให้บริการลงทะเบียนที่ห้องบัตรเป็นบริการคู่ขนานสำหรับผู้ป่วยใหม่ซึ่งช่วยให้ขั้นตอนการลงทะเบียนรวดเร็วขึ้น รูปแบบบริการใหม่จึงจัดเป็นรูปแบบบริการที่มีประสิทธิภาพ สามารถเพิ่มความพึงพอใจและลดระยะเวลารอคอยการรับบริการได้ จากผลการวิจัยพบว่าระยะเวลารอคอยการรับบริการเฉลี่ยลดลงจาก 60.4 นาทีเหลือ 43.3 นาที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการให้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของลัดดา ผลรุ่ง⁽⁴⁾ ที่ศึกษาการประยุกต์แนวคิดลีนในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกพบว่า สามารถลดกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงจากเดิมมี 5 กิจกรรมหลักและ 15 กิจกรรมย่อย เหลือจำนวน 20 กิจกรรมย่อย และเวลามาตรฐานที่ใช้ในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงหลังการปรับปรุงเท่ากับ 56.13 นาที ซึ่งลดลงจากเวลามาตรฐานก่อนการปรับปรุงกระบวนการซึ่งเท่ากับ 247.00 และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ อุไรวรรณ วรรณศิริ⁽⁵⁾ ที่ทำการศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิดลีนกับภาคบริการทางการแพทย์เพื่อลดความสูญเปล่าของระบบ กรณีศึกษาแผนกรังสีวิทยา โรงพยาบาลตติยภูมิ ผลการศึกษาพบว่าสามารถลดขั้นตอนและเวลาการให้บริการทางการแพทย์รังสีผู้ป่วยเก่าจาก 3 ขั้นตอนเหลือ 2 ขั้นตอน จากเดิมใช้เวลา 310 นาที ลดเหลือ 190 นาที และกรณีผู้ป่วยใหม่จาก 8 ขั้นตอน เหลือ 6 ขั้นตอน เดิมใช้เวลา 770 นาที ลดเหลือ 530 นาที อีกทั้ง

ยังสามารถให้บริการผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นจากเดิม 24 รายต่อวัน เป็น 50 รายต่อวัน ส่งผลให้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพภาคบริการทางการแพทย์ได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ก่อนการปรับปรุงกระบวนการทำงาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำทับจังหวัดกระบี่ เพิ่มขึ้นหลังจากปรับปรุงกระบวนการทำงาน จาก 70.9 เพิ่มขึ้นเป็น 80.6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับผลการศึกษาของมนัสดา คำรินทร์⁽⁶⁾ ที่ศึกษาการประยุกต์ใช้เส้น ในการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของศูนย์สามัคคี โรงพยาบาลมหาสารคาม ผลการศึกษพบว่าระดับความพึงพอใจผู้รับบริการ หลังการพัฒนาคุณภาพบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 23.43

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลโดยใช้แนวคิดสิน เป็นกิจกรรมที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานช่วยกันระดมสมอง เน้นค้นหาปัญหาเพื่อกำจัดกิจกรรมที่สูญเปล่าที่มี และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาดตามวัตถุประสงค์ขององค์กร การนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพไปใช้ควรคำนึงถึงการเตรียมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านความรู้ในการพัฒนาความมุ่งมั่นในการพัฒนา การสนับสนุนด้านทรัพยากรและเทคโนโลยีใหม่ๆ งบประมาณ และการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาโดยไม่กระทบต่อการปฏิบัติงานเดิมของบุคลากรในหน่วยงาน

2. ด้านกระบวนการให้บริการควรมีการควบคุมระบบบริการในการจัดลำดับก่อนหลัง รวมทั้งการให้ข้อมูลเมื่อมีความเร่งด่วนจะช่วยให้ผู้รับบริการพึงพอใจและสามารถคาดการณ์ระยะเวลาการคอยได้เช่น การจัดตารางเวลาเข้าพบแพทย์เป็นช่วงเวลาโดยประมาณ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถคาดการณ์ระยะเวลาการคอยได้ ส่งผลให้ความพึงพอใจในการรับบริการเพิ่มขึ้นได้

3. ควรมีการนำนโยบายจากผู้บริหารทุกระดับลงสู่ผู้ปฏิบัติ มีการกำหนดนโยบายขององค์กรที่ ชัดเจน มีจุดมุ่งเน้นที่เป็นเป้าหมายเดียวกันของทุกหน่วยงาน เพื่อให้สามารถรองรับจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้นและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาในรูปแบบการสนทนากลุ่ม(Focus group Discussion)กับหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาลลำทับ เพื่อหาแนวทางการปรับปรุงรูปแบบกระบวนการทำงาน กรณีที่ต้องมีการส่งต่อผู้รับบริการระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการลื่นไหลในการให้บริการสามารถช่วยแก้ไขปัญหาในการติดต่อประสานงาน เสริมสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ และช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

2. ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นกระบวนการให้บริการ มีปัจจัยใดที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งจะได้ข้อมูลที่ละเอียดในเชิงลึกมากยิ่งขึ้น สามารถนำมาพัฒนากระบวนการให้บริการ ในแผนกผู้ป่วยนอกให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติงานของจังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 66]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.opdc.go.th/content/Nzc>.

2. โรงพยาบาลลำทับลำทับ จังหวัดกระบี่. รายงานประจำปีสถิติผู้ป่วยนอก. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://lamthaphospital.go.th/>.

3. เตชะวุฒิ นิตยสุทธิ. การวิจัยทางการแพทย์สาสนเทศและสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2561.

4. ถัดดา ผลรุ่ง. การประยุกต์แนวคิดสลินในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. [ปริญญาานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2562.
5. อุไรวรรณ วรรณศิริ. ทำการศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิดสลินกับภาคบริการทางการแพทย์เพื่อลดความสูญเปล่าของระบบ กรณีศึกษาแผนกรังสีวิทยา โรงพยาบาลตติยภูมิ. วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร. 2563;14:75-8.
6. มนัสดา คำรินทร์. การประยุกต์ใช้ Lean Six Sigma ในการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของศูนย์สำคคี โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2562;16:30-45.

พัฒนาระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ โรงพยาบาลท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วรรณภรณ์ อินนิมิตร *

(Received : February 28, 2024; Revised : April 17, 2024; Accepted : May 17, 2024)

บทคัดย่อ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นสาเหตุของการตายและการป่วยของมารดาทั่วโลก การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์ระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ โรงพยาบาลท่าฉาง กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 6 ราย กลุ่มที่ 2 คือหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่งานการพยาบาลผู้คลอดทุกราย ช่วงเดือนพฤศจิกายน 2566 - เดือนมีนาคม 2567 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ แบ่งเป็น 2 วงรอบคือ วงรอบที่ 1 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ออกแบบและทดลองใช้ วงรอบที่ 2 นำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง และระยะที่ 3 ประเมินระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ โดยใช้แนวทางปฏิบัติ แบบสอบถามความพึงพอใจ และความคิดเห็นของการใช้ระบบของพยาบาลวิชาชีพ หาค่าความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่าผลของการพัฒนาระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ ในภาพรวมมีการปฏิบัติการพยาบาลถูกต้อง 80 % ความพึงพอใจด้านการใช้ระบบการป้องกันตกเลือดหลังคลอดอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มมีความพึงพอใจในเรื่องประโยชน์ต่อผู้ให้บริการในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3$) ผลลัพธ์การลดจากการใช้ระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ โรงพยาบาลท่าฉาง ของพยาบาลแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลท่าฉาง ตั้งแต่พฤศจิกายน 2566 – มีนาคม 2567 พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดทั้งหมด 65 ราย โดยการคลอดเองทางช่องคลอดทั้งหมด ร้อยละ 98 พบปริมาณการสูญเสียเลือด < 500 มิลลิลิตร ผู้คลอดส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบ, ภาวะตกเลือดหลังคลอด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี, Email. wannieinnie@gmail.com

Development of a system for preventing normal postpartum hemorrhage. ThaChang Hospital Surat Thani Province

Wannaphon innimit*

(Received : February 28, 2024; Revised : April 17, 2024; Accepted : May 17, 2024)

Abstract

postpartum hemorrhage It is a leading cause of maternal death and morbidity worldwide. This research and development aims to evaluate the results of a system for preventing normal postpartum hemorrhage. Tha Chang Hospital The sample group consisted of 2 groups: Group 1 consisted of 6 professional nurses working in birth nursing. Group 2 consisted of all pregnant women who came to receive services at the birth nursing work. November 2023-March 2024. The research process is divided into 3 phases: Phase 1 studies the situation. Problems and system for prevention of normal postpartum hemorrhage. Phase 2: Develop a system for prevention of normal postpartum hemorrhage, divided into 2 cycles: Cycle 1: Search for empirical evidence. Design and trial Phase 2 implements the developed system and Phase 3 evaluates the system for preventing normal postpartum hemorrhage. Using guidelines Questionnaire on satisfaction and opinions of professional nurses using the system Find content validity and reliability of data analysis tools by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation.

The results of the research found that the results of developing a system for preventing postpartum hemorrhage were normal. Overall, 80% of nursing practices were correct. Satisfaction with the use of the postpartum hemorrhage prevention system was at a high level. ($\bar{x} = 3$) When considering each item, it was found that the group was satisfied with the benefits to service providers in nursing practice at a high level ($\bar{x} = 3$). Birth outcomes from using a system to prevent normal postpartum hemorrhage. Tha Chang Hospital of nurses in the delivery room Tha Chang Hospital From November 2023 - March 2024, it was found that there were 65 pregnant women who came for childbirth services. Of all vaginal births, 98 percent experienced a blood loss of < 500 milliliters. Most of those who gave birth did not experience serious complications.

Keywords : Development of a system , Postpartum hemorrhage

* Professional nurse, Thachang Hospital Surathani Province, Email. wannieinnie@gmail.com

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกถึง ร้อยละ 25 โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งพบอัตราการตายของมารดาสูงถึง 230 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วพบ 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบอัตราการตายของมารดา 140 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย (WHO, 2018) จากสถิติปี พ.ศ. 2561-2565 ประเทศไทยพบอัตราการตายของมารดาทั่วประเทศ 19.9, 22.5, 22.9, 39.8 และ 25.8 ต่อการเกิดมีชีพแสนรายตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) จากการวิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดาในระหว่างปี 2561-2565 พบว่า มารดาเสียชีวิตจากสาเหตุทางสูติกรรมโดยตรงและโดยอ้อม ได้แก่ ภาวะตกเลือด ความดันโลหิตสูง และการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมารดาทั่วโลกและในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่าเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 19.7 ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้วพบร้อยละ 8.0 ในเอเชียพบร้อยละ 30.8 (Say et al., 2014) จากผลการศึกษาสาเหตุการตายของมารดาและทารกปริกำเนิดของประเทศไทยในเขตสาธารณสุขที่ 11 ปีงบประมาณ 2560 - 2563 พบว่า มีมารดาตายจากภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 11.3, 10.8, 11.02 และ 10.2 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ได้แก่ มดลูกหดตัวไม่ดี ช่องทางคลอดฉีกขาด รกค้าง การตกเลือดที่รุนแรง ทำให้มารดามีความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเร็ว ชีต อากาศจะมากขึ้นขึ้นอยู่กับจำนวนเลือดที่เสีย ระยะเวลาและภาวะแทรกซ้อน ถ้าควบคุมไม่ได้ก็อาจต้องตัดมดลูก ถ้ารักษาไม่ทันก็อาจถึงตายได้

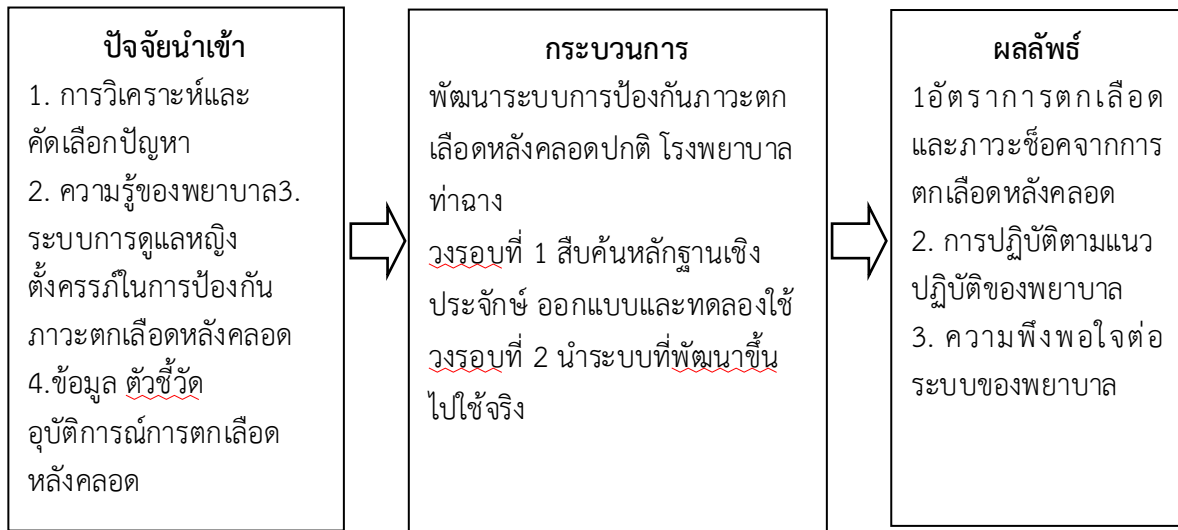
โรงพยาบาลท่าฉาง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในแผนกห้องคลอดจำนวน 6 คน มีผู้รับบริการคลอดเฉลี่ย 200-250 รายต่อปี โรงพยาบาลไม่มีสูติแพทย์ กรณีผู้คลอดมีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์หรือในระยะคลอด จะส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จากสถิติมารดาที่มารับบริการคลอดในงานห้องคลอดโรงพยาบาลท่าฉาง ระหว่างปีงบประมาณ 2564 - 2566 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 3.0, 10.5 และ 6.5 ตามลำดับ อัตราการตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอดมีแนวโน้มสูงขึ้น สาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอดนั้นเกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี นอกจากนี้ ยังมีสาเหตุมาจากช่องคลอดฉีกขาด ภาวะรกค้าง และจากสาเหตุอื่น ๆ ซึ่งส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีภาวะช็อก ต้องได้รับเลือดทดแทน ตัดมดลูก จากปัญหาดังกล่าวเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่เป็นสาเหตุสำคัญทำให้มารดาเสียชีวิต ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาระบบบริการผู้คลอดที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน เพื่อแก้ไขและลดอุบัติการณ์มารดาตกเลือดหลังคลอด สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการลดอัตราการตกเลือดหลังคลอด อัตราเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์ การคลอดและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง นอกจากนี้ยังใช้ประกอบการตัดสินใจ ช่วยเหลือมารดาได้อย่างรวดเร็ว ลดความรุนแรงจากการตกเลือด ส่งผลให้มารดาปลอดภัย ลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพและยกระดับคุณภาพทางการพยาบาลให้ได้มาตรฐานยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ โรงพยาบาลท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ โรงพยาบาลท่าฉาง เพื่อลดอัตราการตกเลือดหลังคลอดปกติและลดภาวะแทรกซ้อน

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) เป็นกรอบในการวิเคราะห์สภาพปัญหาและเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D) ณ งานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลท่าฉาง ดำเนินการวิจัยระหว่างพฤศจิกายน 2566 ถึง มีนาคม 2567 แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและ ระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ โรงพยาบาลท่าฉาง ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลัง คลอดปกติ โรงพยาบาลท่าฉาง แบ่งเป็น 2 วงรอบ คือ วงรอบที่ 1 สืบค้น ออกแบบและทดลองใช้ วงรอบที่ 2 นำระบบที่พัฒนาขึ้น ไปใช้จริง และระยะที่ 3 ประเมินระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ โรงพยาบาลท่าฉาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษานี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลท่าฉาง จำนวน 6 ราย กลุ่มมารดาที่มารับบริการคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลท่าฉาง ช่วงเดือนพฤศจิกายน 66 - เดือนมีนาคม 67 โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลท่าฉาง จำนวน 6 ราย กลุ่มมารดาคลอดที่มารับบริการการคลอด โรงพยาบาลท่าฉางทุกราย ช่วงเดือนพฤศจิกายน 2566 - เดือนมีนาคม 2567 จำนวน 65 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ โดยผู้วิจัยปรับตามแนว ปฏิบัติเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย 2563

ส่วนที่ 1 การคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดที่แผนกฝากครรภ์ โดยใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงในระยะ ตั้งครรภ์ของกรมอนามัย /ติดสติ๊กเกอร์ Risk PPH สีชมพูที่สมุดอนามัยแม่และเด็ก

ส่วนที่ 2 การประเมินภาวะเสี่ยงแรกรับที่ห้องคลอด โดยใช้แบบฟอร์ม admission note ของกรมการแพทย์ตาม มาตรฐานห้องคลอดคุณภาพ

ส่วนที่ 3 แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอด ใช้วิธี Active management of third stage of labour ปรับตามแนวปฏิบัติเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย 2563

2. เครื่องมือเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือด หลังคลอดจากภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดี มี 11 ข้อ โดยแบ่งเป็นได้ ปฏิบัติและไม่ได้ปฏิบัติ

2.2 แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ใช้สอบถามพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ความเป็นไปได้และ ความยากง่าย ในการนำไปใช้

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยเห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อยที่สุด

2.4 แบบบันทึกภาวะตกเลือดหลังคลอดของมารดาหลังคลอด ใช้บันทึกภาวะตกเลือดหลังคลอดของมารดาที่คลอดทางช่องคลอด ภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ขั้นตอนการพัฒนาระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ โรงพยาบาลท่าฉาง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความง่ายในการนำไปใช้ หลังจากนั้น นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มมารดาคลอดที่มดลูกคลอด ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ชุด แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ นำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .88 และ .89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังได้รับการอนุมัติหนังสือรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าฉาง แบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ระหว่างเดือนกันยายน 2566 โดยมีการดำเนินการ 1) ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด จำนวน 25 ฉบับ คัดเลือกปัญหาและการกำหนดเป้าหมาย คณะกรรมการพัฒนาระบบ ได้มีการระดมสมองประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงจากบัญชีความเสี่ยงหน่วยงาน พบว่า ปัญหาการตกเลือดหลังคลอด เป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด 2) สังเกตการณ์ปฏิบัติงานที่คลินิกฝากครรภ์และห้องคลอดตอนจุดแข็งตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ศึกษาผลงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดและทบทวนรูปแบบเดิมที่ใช้ในโรงพยาบาลเพื่อวิเคราะห์รูปแบบการพยาบาลใหม่ในหน่วยงาน

ระยะที่ 2 การดำเนินการพัฒนา การพัฒนาระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ โรงพยาบาลท่าฉาง ประกอบด้วย 2 วงรอบ คือ วงรอบที่ 1 ออกแบบและทดลองใช้ โดยนำข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์วางแผนและดำเนินการ 1) ประชุมคณะกรรมการแม่และเด็ก จำนวน 2 ครั้ง เพื่อร่วมพัฒนาระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ โรงพยาบาลท่าฉาง ตั้งแต่แรกรับจนถึงการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้แนวคิดของ PICO Framework นำมายกร่างระบบ นำร่างระบบให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คนประกอบด้วยสูติแพทย์ หัวหน้าห้องคลอดและอาจารย์พยาบาลภาควิชาสูติกรรม ตรวจสอบเนื้อหาและกำหนดให้เป็นร่างระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ โรงพยาบาลท่าฉาง เพื่อนำไปใช้ในงานวิจัย 3) เตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้คลอด โดยการให้ความรู้ ตามร่างรูปแบบ 4) ทดลองใช้ระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ โรงพยาบาลท่าฉาง จำนวน 10 ราย และพยาบาลงานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 6 คน 5) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบทวนการใช้ระบบในประเด็นการปฏิบัติไม่เป็นในทางเดียวกันรวมถึงติดตามนิเทศ กำกับการใช้ร่างระบบที่พัฒนาขึ้น 6) ประเมินผลในระยะทดลองใช้ และนำผลที่ได้จากการประเมินนำเสนอแก่คณะกรรมการแม่และเด็ก 7) ปรับปรุงร่างระบบตามผลการวิเคราะห์ข้อมูลและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ 8) ประกาศระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ โรงพยาบาลท่าฉาง ที่จะนำไปใช้จริง วงรอบที่ 2 นำนาระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ โรงพยาบาลท่าฉาง ไปใช้จริงระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 – มีนาคม 2567

ระยะที่ 3 ประเมินระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2566 – มีนาคม 2567 โดยประเมินผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดคุณภาพ จำนวน 65 ราย ร้อยละมารดาคลอดทางช่องคลอดเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละมารดาเกิดภาวะช็อกจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละมารดาเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดถูกตัดมดลูกและร้อยละมารดา เสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 6 รายต่อการใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น โดยใช้แบบสอบถาม ประเมิน ผลลัพธ์ของการใช้ ระบบได้แก่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลพยาบาลวิชาชีพและหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ 2.แบบสอบถาม ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ระบบการดูแลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 3.แบบสอบถามความพึงพอใจของ บุคลากรพยาบาลที่มาปฏิบัติงานห้องคลอดต่อระบบการดูแลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 4.แบบบันทึกภาวะตกเลือดหลังค อดของมารดาหลังคลอด ใช้บันทึกภาวะตกเลือดหลังคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลผู้ใช้นวปฏิบัติกรพยาบาลฯ และข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอด วิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การใช้แบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตก เลือดหลังคลอดโดยพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในการใช้นว ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบบสอบถามความพึงพอใจ ของบุคลากรพยาบาลที่มาปฏิบัติงานห้องคลอดต่อแนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลลัพธ์ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลมารดาคลอด

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่ REC 66-0079 รับรองระหว่างวันที่ 30 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 30 ตุลาคม 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนของการวิจัยให้แก่ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และขอความยินยอมโดยการลงลายมือชื่อ ซึ่งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคนสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติงาน รวมถึงสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ ทั้งนี้ข้อมูลการวิจัยจะถูก ทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย และในส่วนของข้อมูลเวชระเบียนจะใช้การรหัสแทนการระบุชื่อสกุลของผู้ป่วยเพื่อเป็นการรักษา ความลับให้กับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดจากการตรวจสอบ เวชระเบียนพบว่า การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงยังไม่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการ ขาดแนวทางในการดูแลที่เฉพาะเจาะจง ขาดการส่งต่อข้อมูลสู่ชุมชนและระหว่างหน่วยงาน สัมภาษณ์มารดาหลังคลอดที่มีภาวะโลหิตจาง พบว่า หญิงตั้งครรภ์ มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงน้อย เช่น ใบชะพลู มะเขือพวง ตับ ไข่ ส้มรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก นอนหลับ ไม่เพียงพอ ไม่ได้มาฝากครรภ์ตามนัด จากการสังเกตการณ์ระบบการพยาบาลพบว่า ขาดการจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติที่ชัดเจน จากการพยาบาลงานการพยาบาลผู้คลอด พบว่าการคัดกรองความเสี่ยงใช้แบบ คัดกรองตามสมุดฝากครรภ์มีข้อจำกัดในการนำมาใช้ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ไม่ได้แยกการดูแลกลุ่มหญิง ตั้งครรภ์ออกอย่างชัดเจน ขาดการประเมินหลังให้ความรู้ ไม่มีรูปแบบการส่งเสริมการเรียนรู้และขาดคู่มือในการดูแลตนเอง ต่อเนื่องที่บ้าน ในระยะคลอดและหลังคลอดพบว่ามดลูกหดตัวไม่ดี มีการฉีกขาดของปากมดลูกและมีภาวะรกค้าง เนื่องจาก มารดาที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ซึ่งเป็นมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดและสาเหตุเกิดจากระบบการดูแล โดยเฉพาะในระยะคลอดพยาบาลขาดทักษะในการทำ Active Management of Third Stage of Labor ในขั้นตอนของการทำ cord traction เนื่องจากไม่ผ่านการฝึกอบรมและแนวทางการให้ยา Oxytocin ยังไม่เป็นปัจจุบันเมื่อมีปริมาณเลือดออก 300 cc ต้องรอคำสั่งแพทย์ในการเพิ่มยาทำให้การช่วยเหลือล่าช้า

ระยะที่ 2 การดำเนินการพัฒนา การพัฒนาระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ โรงพยาบาลท่าฉาง ประกอบด้วย 2 วงรอบ วงรอบที่ 1 ออกแบบและทดลองใช้ระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ พบว่า การคัดกรอง ภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดที่แผนกฝากครรภ์ โดยใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ของกรมอนามัย /ติดสติ๊กเกอร์ Risk PPH สีชมพูที่สมุดอนามัยแม่และเด็ก ใช้การสัมภาษณ์และการให้ความรู้ใช้เวลานานต้องมีการประเมินก่อน และหลังให้ความรู้ ทำให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติได้ไม่ครอบคลุมและขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง ไม่ได้ติดสติ๊กเกอร์ Risk PPH สีชมพูที่สมุดอนามัยแม่และเด็ก จึงเน้นย้ำและสร้างความเข้าใจอีกครั้ง ในห้องคลอดการประเมินภาวะเสี่ยงแรกรับที่ห้องคลอด โดยใช้แบบฟอร์ม admission note ของกรมการแพทย์ตามมาตรฐานห้องคลอดคุณภาพและแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน ภาวะตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอด ใช้วิธี Active management of third stage of labour ปรับตามแนวปฏิบัติเวชปฏิบัติ ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย 2563 พบว่าขาดการบันทึกลงในเวชระเบียนเช่นผลการคัดกรองภาวะเสี่ยง การให้ยา Oxytocin ที่ปรับเพิ่มขึ้นจากแนวทางเดิม การรับประเมินการลอกตัวของรกและท่าคลอดรวดเร็วทำให้เกิดภาวะรกร้าง จึงปรับให้ระยะเวลา sign การลอกของรกประมาณ 10-15 นาทีแล้วทำการลอกและการรายงานแพทย์ล่าช้าต้องรอรกลอก ครบ 30 นาทีจึงรายงาน มีการปรับเวลาในการรายงานแพทย์ใหม่เป็นเมื่อ 20 นาทีและรกไม่ลอกตัวหรือคลอดให้รายงานแพทย์ เพื่อทำการล้วงรกหรือส่งต่อ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี วงรอบที่ 2 พัฒนาระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ปกติมาใช้จริงโดยกำหนดเป็น 4 ระยะ คือดังนี้

1. ระยะตั้งครรภ์ (แผนกฝากครรภ์) คัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดที่แผนกฝากครรภ์ โดยใช้แบบ ประเมินภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ของกรมอนามัย /ติดสติ๊กเกอร์ Risk PPH สีชมพูที่สมุดอนามัยแม่และเด็ก

2. ระยะแรกรับและรอคลอด (ห้องคลอด) 1) ชักประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด ประวัติการเจ็บป่วย เน้นการประเมิน ความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด 2) ลงบันทึกในแบบประเมินความเสี่ยงตามประเภทของความเสี่ยงบน admission note ของกรมการแพทย์ตามมาตรฐานห้องคลอดคุณภาพ ของผู้คลอดเมื่อพบมีภาวะเสี่ยง 3) เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ CBC และ G/M เพื่อเตรียมเลือด PRC 2 ยูนิต ทุกรายที่พบมีภาวะเสี่ยง

4) ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้ partograph 5) มีการดูแลระยะคลอดในระยะ latent phase และระยะ active phase ตาม guideline

3. ระยะคลอด เมื่อมารดาเข้าสู่ระยะคลอด พยาบาลวิชาชีพทำการสวนปัสสาวะเพื่อประเมินติดตามปริมาณปัสสาวะ และลดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก ตรวจติดตามความดันโลหิต ชีพจร และการหายใจทุก 30 นาที การหดตัวของ มดลูกและอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ทุก 15 นาที ตรวจภายในดูความก้าวหน้าของการคลอด ให้การช่วยเหลือมารดา ในการคลอดทารก และการพยาบาลระยะคลอดตามมาตรฐานวิชาชีพ 1) การช่วยเหลือมารดาในการคลอดทารกตามมาตรฐาน วิชาชีพ 2) ในระยะที่ 3 ของการคลอด ให้การดูแลแบบ active management of the third stage of labor โดยให้ยากระตุ้น หดตัวของมดลูกทันทีหลังทารกคลอดให้หน้าโดยฉีด Oxytocin 10 ยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ ผสม Oxytocin 20 unit ใน IV อัตรา 100 ซีซี/ชั่วโมง ทันทีหลังทารกคลอด 3) หันและตัดสายสะดือหลังทารกคลอดประมาณ 1-3 นาที ทำคลอดรกโดยวิธี modified crede manueve ตามด้วยการนวดคลึงมดลูกหลังคลอดทันทีนาน 1 นาที หลังจากนั้นประเมินการเสียเลือดด้วยการ ชั่งน้ำหนักเลือด. ถ้ามารดาเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตรแสดงว่ามารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด ให้การดูแลรักษาภาวะตก เลือดหลังคลอด โดยขอความช่วยเหลือจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ประเมินการหายใจและระบบไหลเวียน ให้ออกซิเจน ให้สารน้ำ ทดแทน ติดตามความดันโลหิต ชีพจรและอัตราการหายใจ ประเมินและติดตามปริมาณปัสสาวะ ประเมินภาวะตกเลือดโดยใช้ หลัก 4T's ในการค้นหาสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด 4) ให้ methergine 1 amp im (iv กรณีพบภาวะเสี่ยงตกเลือดหลังค อดและไม่มีความดันโลหิตสูง) 5) สวนปัสสาวะทั้งหลังรกลอดเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง 6) ใช้ถุงตวงเลือดทุกครั้งเพื่อวินิจฉัย ภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างรวดเร็ว พร้อมเกณฑ์รายงานแพทย์เมื่อเสียเลือด 200 ml และเปิดเส้นด้วย RLS 1000 cc iv rate 100 cc/hrs 7) ปรับ Oxytocin 20-40 unit ใน IV อัตรา 120 ซีซี/ชั่วโมง ในรายที่พบความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด

4. ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด 1) วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้งใน 1 ชั่วโมงแรกและทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่ 2 พร้อม บันทึกในแบบบันทึก 2 ชั่วโมงหลังคลอด 2) ประเมินและบันทึกการหดตัวของมดลูกและปริมาณเลือดที่ออกช่องคลอด

โดยใช้แบบบันทึก 2 ชั่วโมงหลังคลอด 3) ประเมินแผลฝีเย็บที่ 1 และ 2 ชั่วโมงหลังคลอด 4) กระตุ้นให้ทารกดูดนมมารดา
ระยะที่ 3 ประเมินระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ พบผลลัพธ์ของการใช้ระบบ ดังนี้

1. ลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากรของพยาบาล ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 46 - 55 ปี คิดเป็นร้อยละ 50, รองลงมาคือ 26-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 83.3 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่มากกว่า 16 ปี ร้อยละ 50 ผลการประเมินการใช้ระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลท่าฉาง พบว่าผลการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลของระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลท่าฉาง ในผู้คลอดจำนวนทั้งหมด 65 ราย ซึ่งมีแนวปฏิบัติทั้งหมด 25 ข้อคำถาม พบว่าพยาบาลสามารถปฏิบัติ กิจกรรมตามข้อคำถามทั้งหมดร้อยละ 100 จำนวน 4 ราย คิดเป็น ร้อยละ 80 และร้อยละ 20 ไม่ได้ปฏิบัติตามตรวจสอบการคั่งของปัสสาวะถ้าพบว่าการคั่งของปัสสาวะ ให้สวนปัสสาวะทั้งทันทีและไม่ได้ปฏิบัติหนีบสายสะดือภายใน 1-3 นาทีหลังทารกคลอด ผลการแสดงความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ ในงานการพยาบาลผู้คลอด สามารถนำมาปฏิบัติงานได้ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ

ลักษณะแนวปฏิบัติ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
1.ความง่ายในการใช้ระบบ	3.0	0.00	มาก
2.ความชัดเจนของข้อเสนอนะ ในการใช้ระบบ	3.0	0.00	มาก
3.ความเป็นไปได้ในการนำระบบไปใช้ในหน่วยงาน	3.0	0.00	มาก
4.ประสิทธิผลสามารถแก้ปัญหาการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดใน หน่วยงาน	3.0	0.00	มาก
5.ความพึงพอใจในการใช้ระบบ	3.0	0.00	มาก
	3.0	0.00	มาก

นอกจากนี้ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลและหญิงตั้งครรภ์ต่อระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ

ลำดับ	ลักษณะแนวปฏิบัติ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับความพึง พอใจ
1	สามารถนำไปใช้ได้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรง พยาบาล	3.0	0.00	มาก
2	สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ง่ายและมีความสะดวกในการ ใช้งาน ไม่ซับซ้อน เนื้อหามีความครอบคลุม	3.0	0.00	มาก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ (ต่อ)

ลำดับ	ลักษณะแนวปฏิบัติ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ
3	มีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด	3.0	0.00	มาก
4	มีประโยชน์ต่อผู้ให้บริการในการปฏิบัติงานทางการพยาบาล	3.0	0.00	มาก
5	ความพึงพอใจในภาพรวมต่อระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด	3.0	0.00	มาก
รวม		3.0	0.00	มาก

2. ลักษณะทางประชากรของมารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มมารดาที่มารับบริการคลอดที่ห้องคลอด จำนวน 65 ราย ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 20-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาอยู่ในช่วง 25-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 23 ผ่านการคลอด≥2 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 83.3 ผลลัพธ์ของการใช้ระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์หลังการใช้ระบบกับผลลัพธ์ในครั้งปีแรกของปีงบประมาณ 2567 พบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตามระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่พัฒนาขึ้น อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงลดลง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของผลลัพธ์ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลมารดาคลอด

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา (N=122) 2566	หลังพัฒนา (N=65) (พ.ย 66.-มี.ค. 67)
ร้อยละมารดาคลอดทางช่องคลอดเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด	6.5	1.5
ร้อยละมารดาเกิดภาวะช็อกจากภาวะตกเลือดหลังคลอด	37.5	0
ร้อยละมารดาเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดถูกตัดมดลูก	12.5	0
ร้อยละมารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด	0	0

การอภิปรายผลหรือการวิจารณ์ผล

1.การพัฒนาาระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ โรงพยาบาลท่าฉาง โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของโดนาปีเดียน (Donabedian, 2003) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2) การพัฒนาระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติและ 3) การประเมินผลการใช้ระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ ตามมาตรฐานการดูแลผู้คลอดของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยปี 2563 มี 9 กิจกรรมเริ่มจากการสำรวจและวิเคราะห์ปัญหาจากการดำเนินการที่ผ่านมา 1 ปีโดยการประชุมกับบุคลากรในทีมนำทางสู่กิจกรรมทำให้พยาบาลวิชาชีพมีระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร นำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 80 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ (Criterionrelated validity) ตามเทคนิคของเมสัน (Mason, 1994) ซึ่งสามารถนำระบบดังกล่าวไปสร้างมาตรฐานการดูแล

ผู้คลอดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด จากขั้นตอนการพัฒนากระบวนการนี้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานห้องคลอดมีส่วนร่วมในการพัฒนาทุกขั้นตอน ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความภาคภูมิใจในความเป็นเจ้าของผลงาน รวมทั้งสามารถประเมินผลการดำเนินงานและนำไปปรับปรุงแก้ไขกระบวนการทำงานได้ซึ่งระบบทั้ง 3 ระยะของการคลอด คือ การพยาบาลระยะตั้งครรภ์ การพยาบาลระยะคลอด และการพยาบาลหลังคลอด ส่งผลให้อัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลง มารดาหลังคลอดไม่เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด ไม่ถูกตัดมดลูกและไม่พบอัตราการเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งอภิปรายได้ว่าการพัฒนาระบบการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดปกติ โรงพยาบาลท่าฉาง ถือว่าเป็นการจัดการองค์ความรู้สู่การปฏิบัติเนื่องจากการเป็นงานดำเนินการโดยผู้ปฏิบัติในหน่วยงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดีขึ้นกว่าเดิมต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการนำระบบไปใช้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ พลอดฤทธิ์ และคณะ (2559) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดโรงพยาบาลกระบี่ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายในการดูแลมารดาคลอดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายใน 3 ระยะของการคลอดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มารดาคลอดได้รับการพยาบาลในแนวทางเดียวกันเกิดความปลอดภัยจากการ คลอด ดังจะเห็นได้จากพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามระบบการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดปกติ แผนกการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลท่าฉาง อยู่ในระดับมาก

2. ผลของการใช้ระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ โรงพยาบาลท่าฉาง พบว่าหลังพัฒนาพยาบาลสามารถปฏิบัติถูกต้องโดยรวมอยู่ในระดับมากเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100.0 ได้แก่ การตรวจวัดสัญญาณชีพ, ประเมินระยะเวลาการคลอด, การตัดฝีเย็บ, การทำคลอดที่ระบะทาก คลอดไหล่และคลอดลำตัว, การดูแลหลังคลอดรก, การสวนปัสสาวะก่อนทำคลอดรก, ทำคลอดรกด้วยวิธี modified credi maneuver , ตรวจสอบความสมบูรณ์ของรกและเยื่อหุ้มรก, วัดสัญญาณชีพ, , ประเมินอาการปวดมดลูก, ประเมินแผลฝีเย็บ และน้อยที่สุดคือดูแลระบะทากปัสสาวะให้ว่าง ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายในการป้องกันการตกเลือดโดยรวมอยู่ในระดับมาก คือสามารถนำไปใช้ได้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลและมีความสะดวกในการใช้งาน ไม่ซับซ้อน เนื้อหาเข้าใจง่าย สามารถช่วยเหลือมารดาหลังคลอดเมื่อเกิดปัญหาได้ทันทั่วทั้ง ทั้งนี้เนื่องจากซึ่งทีมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้ความเห็นว่ารระบบนี้สามารถนำไปใช้ได้จริง ในระดับมาก ทั้งกลุ่มของผู้คลอดที่มีปัจจัยเสี่ยงและที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ด้านความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายพบว่าความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ในห้องคลอดโรงพยาบาลท่าฉาง พบว่าอยู่ในระดับมาก ได้แก่ มีความง่าย และสะดวกต่อการปฏิบัติ มีการสื่อสารชัดเจน สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง มีความเหมาะสมกับบริบทของห้องคลอด โรงพยาบาลท่าฉาง ทำให้เกิดผลดีต่อผู้คลอด และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน เนื่องจากพยาบาลได้รับการพัฒนาทักษะด้านการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมาเป็นอย่างจริงจังเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน มีการสื่อสาร ชัดเจน สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง และมีความพึงพอใจในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์ และ สมพร วัฒนกุลเกียรติ (2566) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่า หลังพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในระดับมาก และนำนโยบายไปใช้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราการตกเลือดลดลง การศึกษาของ วรณช บุญสอน (2562) ศึกษาผลของการใช้นโยบายการพยาบาลต่ออัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก งานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า การใช้นโยบายการพยาบาลถูกต้องร้อยละ 100 และการศึกษาของ กฤษณา สารบรรณและคณะ (2564) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติรี เวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย พบว่า ไม่พบการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายอยู่ในระดับมาก

3. ผลลัพธ์การดูแลผู้คลอด พบว่า ผลลัพธ์จากการคลอดจากการใช้นโยบายของพยาบาลแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลท่าฉางตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2566- มีนาคม 2567 พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดทั้งหมด 65 ราย พบการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.5 จากภาวะรกค้างและได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ไม่พบอุบัติการณ์ถูกตัดมดลูกหรือเสียชีวิตจากการตกเลือด หลังการใช้ระบบการป้องกันภาวะตกเลือด หลังคลอดปกติ มารดามีการตกเลือดหลังคลอดลดลงและไม่มีภาวะแทรกซ้อนช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด ก่อนพัฒนา ปี พ.ศ. 2566 ส่วนใหญ่ที่มีภาวะตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด สาเหตุจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี (tone), รกและ ชิ้นส่วนของรก (tissue) โดยในปี พ.ศ. 2566 หลังจากผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้ระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดปกติ อภิปรายได้ว่า ทักษะของพยาบาลวิชาชีพเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยเฉพาะทักษะในการปฏิบัติ การพยาบาล active management ระยะที่ 3 ของการคลอด (active management of third stage of labor) ซึ่งพยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน หน่วยงานห้องคลอดต้องผ่านการฝึกฝนมาอย่างดีจนเกิดความชำนาญในการปฏิบัติงานการป้องกันการตก เลือดหลังคลอด มารดาหลังคลอดมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติในการ ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เสนอวิธีการทำ active management of third stage of labor ไว้ 3 ขั้นตอน คือ 1) การบริหารยา uterotonic drugs ด้วยการฉีดยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกทันทีหลัง ทารกคลอด 2) ทำคลอดรก และ 3) uterine massage after delivery placenta ด้วยการนวดคลึงมดลูกบริเวณยอดมดลูกผ่าน ทางหน้าท้องทันทีซึ่งช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ จานทอง (2566) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอด ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรีพบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะ แรก มีอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการ ใช้ แนวปฏิบัติในระดับมาก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ระบบเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด มีประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะตก เลือดหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา สารบรรณและคณะ (2564) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2- 24 ชั่วโมงหลังคลอด หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย พบว่า ไม่พบการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ความคิดเห็น ของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติ อยู่ในระดับมากและการศึกษาของ วรณัน จิรเดชพิทักษ์และคณะ (2566) ที่ศึกษาเรื่อง พัฒนาการดูแลผู้คลอดทางช่องคลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด พบว่า การใช้แนวทางการดูแลผู้คลอดทางช่องคลอดเพื่อ ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจะช่วยลดการเสียเลือดและลดอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในผู้คลอดกลุ่มเสี่ยง ($p < .05$).

การนำผลการวิจัยไปใช้

- 1.ด้านการทำงานเป็นทีม การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยอาศัย การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ปฏิบัติ มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนางาน ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพการบริการ ลดความขัดแย้งในหน่วย งาน ทำให้ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัยจากการดูแล ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพโดยอาศัยการมีส่วนร่วมต่อไป
- 2.ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่ช่วยพยาบาลในการตัดสินใจ และให้การดูแลผู้รับบริการให้ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางเดียวกัน อีกทั้งยังสะท้อนถึงความชัดเจนในบทบาทของ พยาบาลมากขึ้น ดังนั้นเพื่อการพัฒนาคุณภาพการบริการควรส่งเสริมให้หน่วยงาน เล็งเห็นความสำคัญ และมีการพัฒนา แนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

- 1.ควรปรับลดปริมาณการเสียเลือด early warning sign ในการประเมินการเสียเลือดจากการคลอด เพื่อให้มีการ เฝ้าระวังการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้รวดเร็วขึ้น
- 2.ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบการป้องกันภาวะตกเลือด หลังคลอดและมีการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมต่อไป

- 1.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. อัตราส่วนการตายมารดาไทย ปี2560-2563. [อินเทอร์เน็ต] 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://bie.moph.go.th/bie/meeting_file/meeting_file16/4.4.1.
- 2.กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2563. [อินเทอร์เน็ต] 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.skto.moph.go.th/document_file/conf_paper_file_name/2016110061656_77739142. Pdf.
- 3.กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2565. [อินเทอร์เน็ต] 2565 [เข้าถึงเมื่อ 22 พ.ย 2566]. เข้าถึงได้จาก:https://www.skto.moph.go.th/document_file/conf_paper_file_name/2016110061656_77739142.pdf.
- 4.กฤษฎา สารบรรณ, อรพนิธ ภูงษ์ไกร, ศกุนา ลิ้มบุษศิริพรและกุลญาดา โคตรธรรมมา. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมง หลังคลอด หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย. [อินเทอร์เน็ต] 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www2.nkh.go.th/nkh>.
- 5.จิรัชย์พล ไทยานันท์. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอดทางช่องคลอด ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา. บุรพาเวชสาร. 2564;10(1):1-7.
- 6.นวรรธณ มณีจันทร์และอุบล แจ่มนาม. ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2560;31(1):143-55.
- 7.เบญจมาภรณ์ จานทอง. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอด ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. [อินเทอร์เน็ต] 2566 [เข้าถึงเมื่อ 22 เม.ย 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20230411132900_4478/20230411132927_704.pdf.
- 8.ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). แนวปฏิบัติเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย เรื่อง การป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด. [อินเทอร์เน็ต] 2563 [เข้าถึงเมื่อ 22 เม.ย 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2022/05/OB-63-020.pdf>
- 9.ลัดดา ปุริมาเยตา, นิภาพรณ มณีโชติวงศ์, และพัชรินทร์ เหล่าคนคำ. (2560). ผลของการใช้ ถูมมือเย็นนวดมดลูกต่อการสูญเสียเลือดและระดับยอดของมดลูกในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลัง คลอดในผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น.2560;9(2):19-30.
10. ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์ การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.2559;3(3): 121-4.
- 11.วรรณ จิรเดชพิทักษ์และคณะ (2566). พัฒนาการดูแลผู้คลอดทางช่องคลอด เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด. [อินเทอร์เน็ต] 2566 [เข้าถึงเมื่อ 22 เม.ย 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tako.moph.go.th/librarybook/web/files/3bee83237b0a0fe0fe24ca0001095fc2.pdf>
- 12.วรรณช บัญสอน. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2562;5(1): 275-86.
- 13.ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์ และ สมพร วัฒนกุลเกียรติ (2566). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะเลือดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดแผนกสูติกรรมโรงพยาบาลขอนแก่น. [อินเทอร์เน็ต] 2566 [เข้าถึงเมื่อ 22 เม.ย 2567]. เข้าถึงได้จาก:<https://app.gs.kku.ac.th/gs/th/publicationfile/item/22nd-ngrc-2021/MMO18/MMO18.pdf>
- 14.Donabedian,A.(2003). An Introduction to Quality Assurance in Health Care.New York: Oxford University Press.

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึก ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกระบี่

พรเพ็ญ หนูแก้ว*

ฟูไรดา นายาว**

(Received : April 30, 2024; Revised : May 23, 2024; Accepted : June 4, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการศึกษาสภาพปัญหา พัฒนารูปแบบและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) วิสัญญีพยาบาล 13 ราย 2) ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 60 ราย เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล 1) แบบสำรวจความคิดเห็นและความต้องการของวิสัญญีพยาบาลต่อการพัฒนารูปแบบ 2) แบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีและการงัดเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วย 3) แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล 5) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดย 1) สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติอ้างอิง (Inferential statistics) ใช้เปรียบเทียบความวิตกกังวลและความพึงพอใจก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกแบบวันเดียวกลับที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และความพึงพอใจของพยาบาลวิสัญญีต่อการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โดยใช้สถิติ Pair sample t-test

ผลการศึกษา : ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีและไม่พบอุบัติการณ์การงัดเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วย อัตราการคัดผู้ป่วยออกจากโครงการ เท่ากับ 0 และผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ พบว่า 1) วิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก 2) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก 3) ความวิตกกังวลก่อนการใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก 4) ความวิตกกังวลหลังการใช้รูปแบบอยู่ในระดับน้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.01 ($t=59.28, p=0.00$)

สรุป : การนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ มีผลลัพธ์ที่ดี สามารถนำไปใช้พัฒนาทักษะทางคลินิกต่อไป

คำสำคัญ : การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ, รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก

*พยาบาลชำนาญการ, โรงพยาบาลกระบี่, E-Mail: jib.03@hotmail.com

**พยาบาลชำนาญการ, โรงพยาบาลกระบี่

The Development of Pre-Anesthetic Model for Patients in One Day Surgery Krabi Hospital.

*Pornpen Nukaew**

*Furaida Nayao***

(Received : April 30, 2024; Revised : May 23, 2024; Accepted : June 4, 2024)

Abstract

This research and development aimed to study situation, problems, and needs of nurse anesthetists to development of pre anesthetic model for Patients in one day surgery and studying the outcomes of a pre-anesthesia model for one day surgery. The sample groups included 1) 13 nurse anesthetists and 2) 60 patients undergoing one day surgery. The instruments used for data collection were 1) a survey on the opinions and needs of nurse anesthetists regarding the model development, 2) a record of anesthesia-related complications and surgery cancellations due to patient unpreparedness, 3) a patient anxiety assessment, 4) a nurse anesthetist satisfaction questionnaire, and 5) a patient satisfaction questionnaire. Data analysis was conducted using 1) descriptive statistics to analyze personal data of the sample groups, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation, and 2) inferential statistics to compare anxiety and satisfaction levels before and after the development of the pre-anesthesia preparation model, using paired sample t-tests.

The study results showed no incidents of anesthesia-related complications and no surgery cancellations due to patient unpreparedness, The patient dropout rate from the program = 0. The outcomes of the pre-anesthesia preparation model for one day surgery revealed that 1) nurse anesthetists were highly satisfied, 2) patients were highly satisfied, 3) pre-model anxiety levels were high, and 4) post-model anxiety levels were minimal. The comparison of anxiety levels before and after using the model showed a statistically significant difference at the level of less than 0.01 ($t=59.28$, $p=0.00$).

Conclusion: The implementation of the pre-anesthesia preparation model for one day surgery patients yielded positive results and can be utilized for further clinical skill development.

Keywords : One day surgery , Pre-anesthetic model

*Professional nurse, Krabi hospital. E-mail: jib.03@hotmail.com

**Nurse anesthetist, Krabi hospital.

บทนำ

การพัฒนากระบวนการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลาการรอคอย ลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญ เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือการผ่าตัดประเภทที่ไม่ซับซ้อน⁽¹⁾ และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายจากการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น เพราะการผ่าตัดเป็นแบบไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในและอยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง⁽²⁾ การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบางชนิดจำเป็นต้องอยู่ภายใต้การระงับความรู้สึก ซึ่งอยู่ในกระบวนการให้บริการทางวิสัญญี เป็นการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างผ่าตัด สถาบันพัฒนาคุณภาพและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล⁽³⁾ ได้กำหนดความปลอดภัยจากการให้บริการทางวิสัญญี safe anesthesia ภายใต้หัวข้อ safe surgery ดังนั้นการคัดเลือกวิธีการทางวิสัญญีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ

โรงพยาบาลกระบี่ เริ่มดำเนินการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ในปีงบประมาณ 2561 โดยเริ่มจากการผ่าตัดทางศัลยกรรมในผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนขาหนีบ (hernia) ผลการดำเนินงานพบว่า ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) ในปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 16.09 (28/174 ราย) ปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 25.64 (50/195 ราย) และปีงบประมาณ 2566 ร้อยละ 16.46 (40/243 ราย) ซึ่งยังคงมีจำนวนน้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนดของกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดเป้าหมายของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ⁽⁴⁾ เป็นร้อยละ 30 ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกแบบวันเดียวกลับ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดตามกำหนดนัดได้ จากสาเหตุไม่ไต่ดน้ำและอาหาร 1 ราย ไม่ได้ดยาละลายลิ้มเลือด 1 ราย ไม่ได้รับประทานยาลดความดันโลหิตในตอนเช้าของวันผ่าตัด 2 ราย (งานวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่, 2566) นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ความไม่พร้อมอื่นๆ เช่น การไม่ถอดฟันปลอมเครื่องประดับ ชุดชั้นใน และการไม่ล้างเล็บ (งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกระบี่, 2566) และจากการศึกษาของอำไพ สารพันธ์ ที่กล่าวถึงการพัฒนาระบบการประเมินและการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึก โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี พบว่าการมีรูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยได้⁽⁵⁾ ผู้วิจัยในบทบาทของวิสัญญีพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น จึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นมาตรฐาน⁽⁵⁻⁶⁾ และทำงานอย่างเป็นระบบไปในทิศทางเดียวกัน เพิ่มความพึงพอใจต่อการบริการ และส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ
- 2 เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ
- 3 เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

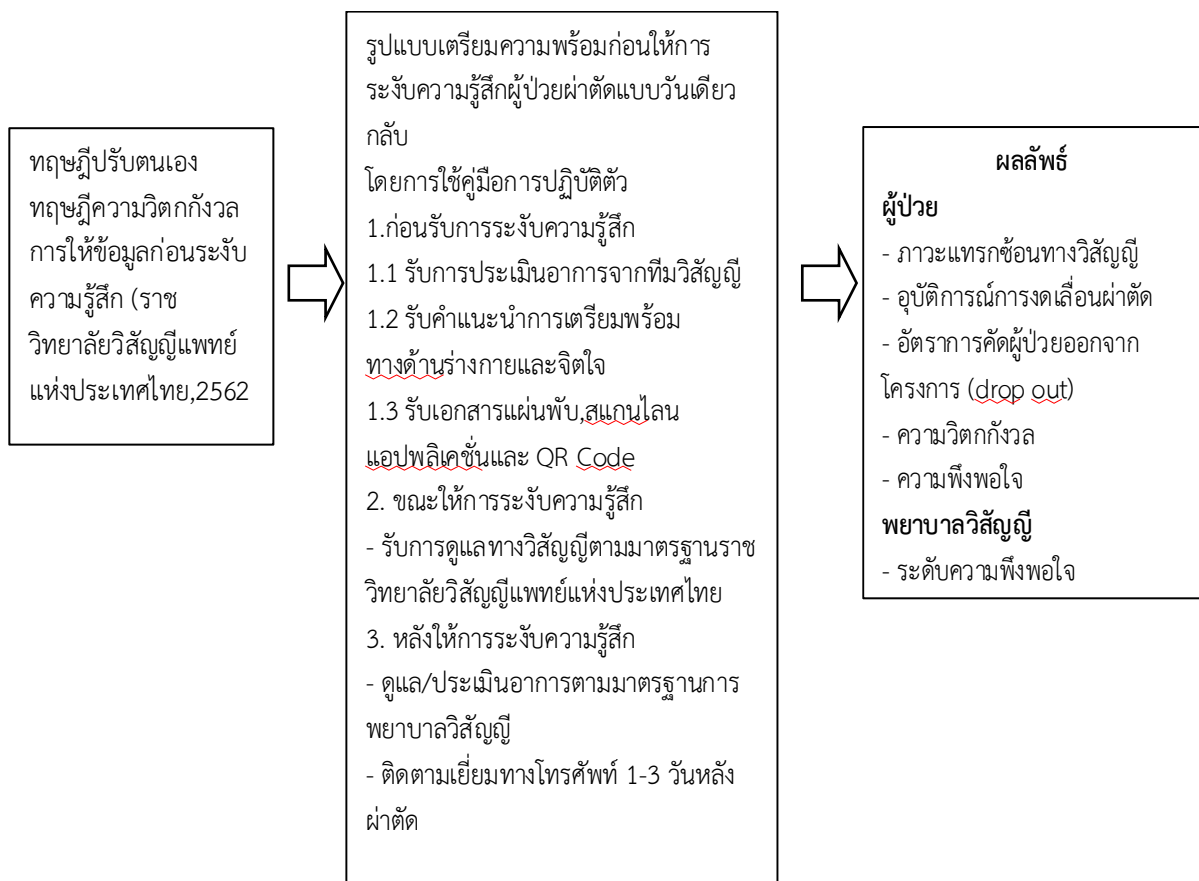
ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดความวิตกกังวล ของสไปล์เบอร์เกอร์ (Spielberger, 1966) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดเพื่ออธิบายผลของการใช้แบบแผนในการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก ต่อการลดความวิตกกังวล กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นลักษณะของความเครียด ซึ่งสิ่งที่มาคุกคามนั้นอาจจะมีอยู่จริงหรือมาจากการคาดเดาเหตุการณ์ ระดับความวิตกกังวลมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อย จนถึงระดับรุนแรง อาจถึงขั้นทำให้มีพฤติกรรมตอบสนองที่ผิดปกติและไม่เหมาะสมซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ยังขึ้นกับความวิตกกังวลแฝง ความวิตกกังวลขณะเผชิญและประสบการณ์ของบุคคลในอดีตอีกด้วย

สำหรับทฤษฎีปรับตนเองของ ลีเวนทาล และจอห์นสัน (Leventhal & Johnson, 1983) เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ ใช้การแปลความหมายของสถานการณ์และพิจารณาแนวทางในการตอบสนองทั้งทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ในการเผชิญต่อเหตุการณ์ สามารถนำเอาข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ประโยชน์ได้ บุคคลที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งมาก่อนแล้ว ก็จะมีแบบแผนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้น และเมื่อได้เผชิญกับเหตุการณ์นั้นอีกครั้งก็สามารถแปลความหมายของข้อมูลใหม่ที่ได้รับตามกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจเดิมที่มีอยู่ ส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถพิจารณาตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสม

แนวคิดการประเมินและการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย(2562) มีสาระสำคัญโดยเน้นการประเมินและการให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยมารับบริการเตรียมความพร้อมเพื่อผ่าตัดแบบวันเดียวกลับภายใต้การระงับความรู้สึก โดยต้องได้รับการดูแลแบบครบวงจร มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ มาบูรณาการให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลกระบี่ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น สามารถนำมาอธิบายกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้ การให้ข้อมูลด้านต่างๆ ด้วยความครบถ้วน ครบคลุม และสามารถสนองตอบได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย จะส่งผลต่อการรับรู้ การเรียนรู้และทำให้มีการรวบรวมข้อมูลที่เป็นระบบ ตามประสบการณ์และความรู้พื้นฐานเดิมของผู้ป่วย การแปลผลการรับรู้ทำให้เกิดการตัดสินใจที่เหมาะสม นำไปสู่สภาวะทางกาย จิต และอารมณ์พร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์หรือภาวะคุกคามต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งก็คือปลอดภัย ความวิตกกังวลนั่นเอง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและพัฒนาารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ รวมทั้งศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นต่อการได้รับ แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการของวิสัญญีพยาบาลต่อการพัฒนารูปแบบเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกระบี่ 2) พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกระบี่ 3) ศึกษาผลลัพธ์ของแนวทางการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกระบี่ โดยเริ่มทำการศึกษาดังแต่ เมษายน 2566 ถึง มีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ประชากร คือ วิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 16 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งมีความรู้ความชำนาญ ผ่านการอบรมหลักสูตรวิสัญญีพยาบาลมากกว่า 3 ปี และได้รับการรับรองจากราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย คุณสมบัติเพิ่มเติมคือ ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกระบี่ ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 13 ราย

กลุ่มที่ 2 ประชากร

ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับภายใต้การระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลกระบี่ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 – เดือนมีนาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ภายใต้การระงับความรู้สึก ที่มีภาวะสุขภาพจากการประเมิน ความเสี่ยงตาม American Society of Anesthesiologist (ASA) physical ผู้ป่วย ASA class 1 หมายถึง ผู้ป่วยที่แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว ผู้ป่วย ASA class 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว แต่สามารถควบคุมได้ดีและไม่มีการทำลายของอวัยวะ เป้าหมาย (end organ damage) เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี (systolic blood pressure <180 มม.ปรอท และ diastolic blood pressure <110 มม.ปรอท) หรือ โรคเบาหวานที่ควบคุมได้ดี โดยทำการศึกษาในช่วงเดือน ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567

เพื่อให้ข้อมูลที่ได้เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรมีความเหมาะสมและถูกต้องในทางสถิติ จึงคำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis(Faul,Erdfelder,Lang,&Buchner,2007) ใช้ Test family เลือก t-test,Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (matched paired) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) =0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen,1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 ราย แต่เนื่องจากเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มประชากร ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 33.33% โอกาสความคลาดเคลื่อนจะน้อยลง (บุญชม ศรีสะอาด,2535:38) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มเป็น 60 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.1 รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกระบี่ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงและพัฒนาขึ้น จากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกที่ให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย(8) ฉบับที่ 4/2564 บูรณาการให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลกระบี่

1.2 แบบประเมินการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (pre – anesthetic record)

1.3 แบบประเมินผู้ป่วยในห้องพักฟื้นรวมถึงการจำหน่ายกลับบ้าน (Post Anesthetic Discharge Scoring System : PADD Score)

1.4 แบบประเมินผลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามความคิดเห็นและความต้องการสำหรับวิสัญญีพยาบาล ต่อการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

2.2 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญให้ผู้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

2.4 แบบบันทึกข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีและอุบัติการณ์การเคลื่อนไหวผิดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญีพยาบาล 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานห้องผ่าตัด 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาก่อน 20 ราย นำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายที่เท่ากับ .89 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้บาดเจ็บต่อบริการพยาบาลที่ได้รับเท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้นำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยในการทำวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่ ที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้

2. ผู้ดำเนินการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างตามแผนงานที่วางไว้

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการปฏิบัติตามขั้นตอนการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงให้ความยินยอมให้ความร่วมมือในการทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแล้ว จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในแบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์

4. ผู้วิจัยสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยด้วยตนเอง เกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การได้รับการระงับความรู้สึก และให้ผู้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญโดยทำเป็นรายบุคคลในช่วงที่มารับการแนะนำและรับนัดที่ห้องผ่าตัด

5. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมารับการนัดผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด

6. ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดและได้รับการระงับความรู้สึก ภายในช่วงระยะเวลา 1 วันแรกผู้ป่วยจะได้รับการตรวจเยี่ยมหลังให้บริการระงับความรู้สึกที่ห้องผ่าตัดหรือที่บ้าน ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือผู้ป่วยในการทำแบบประเมินความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อการได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกตามรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลเองในทุกขั้นตอน ดังกล่าวมาข้างต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยใช้สถิติวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติอ้างอิง (Inferential statistics) ใช้เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของความวิตกกังวลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกระบี่ที่พัฒนาขึ้น โดยใช้สถิติ Pair sample t-test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่โครงการวิจัย REC 66-0089 เลขที่ใบรับรอง COA 092/2566 ลงวันที่ 30 ตุลาคม 2566 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างและผู้บริหารโรงพยาบาล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะหยุด หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธนี้ไม่มีผลใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้นและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 6 เดือน หลังจากที่ได้ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ปัญหาในการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกระบี่ พบว่า จากเดิมยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนทำให้บุคลากรมีรูปแบบการปฏิบัติที่แตกต่างกัน มีภาระงานที่รับผิดชอบไม่ชัดเจน ขาดการอบรมพัฒนาด้านความรู้ ขาดความชำนาญ และขาดประสบการณ์
2. รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกระบี่ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) แพทย์ทำการวินิจฉัยแล้วส่งเข้าโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 2) ส่งผู้ป่วยปรึกษาทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมประเมิน 3) ผู้ป่วยพบวิสัญญีพยาบาลเพื่อรับการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบวันเดียวกลับภายใต้การระงับความรู้สึก 4) วิสัญญีติดตามประสานแพทย์เฉพาะทางเพิ่มเติมหากมีข้อบ่งชี้ 5) ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวตามแนวทางปฏิบัติทั้ง 3 ระยะ ก่อน ขณะ หลังผ่าตัด, การประเมินความปวด, แจกเอกสารแผ่นพับ, สแกนไลน์แอปพลิเคชัน, นัดแนะการติดตามก่อนผ่าตัด 1 วัน และติดตามหลังผ่าตัด 24, 48, 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด

ภาพที่ 2 รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกระบี่



3 ผลลัพธ์ของรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกระบี่

3.1 วัตถุประสงค์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีและอุบัติการณ์งัดเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วย พบว่าในระหว่างการนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีและอุบัติการณ์การงัดเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วย

3.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับภายใต้การระงับความรู้สึก กลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 48 คน (ร้อยละ 80) เพศหญิง 12 คน (ร้อยละ 20) มีอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51-60 ปี และน้อยที่สุดคือมีอายุระหว่าง 31-40 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา และไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัด/หรือการได้รับยาระงับความรู้สึกมาก่อน สำหรับชนิดของการได้รับการระงับความรู้สึกในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นชนิด Spinal block โดยชนิดของการผ่าตัดทั้งหมดเป็นทางด้านศัลยกรรมทั่วไป

3.3 ข้อมูลทั่วไปของวิสัญญีพยาบาล โดยกลุ่มวิสัญญีพยาบาลมีจำนวนทั้งหมด 13 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 92.30 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี และน้อยที่สุดคืออายุระหว่าง 51-60 ปี และส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 76.92

3.4 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ พบว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($= 4.08$, $SD=0.13$)

3.5 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ พบว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($= 4.07$, $SD=0.39$)

3.6 ความวิตกกังวลของผู้รับบริการขณะเผชิญ และความพึงพอใจของผู้รับบริการและวิสัญญีพยาบาลต่อรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในระหว่างการศึกษาผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลาง โดยมีหลักการที่สำคัญ 6 ประการ คือ ค้นหาโรคและความเจ็บป่วย เข้าใจชีวิตบุคคล หาแนวทางร่วมในการรักษา ส่งเสริมป้องกันโรคและสร้างเสริม เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี และตั้งอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง ด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

ตาราง 1 ผลประเมินความวิตกกังวลของผู้รับบริการขณะเผชิญก่อนและหลังรูปแบบการเตรียมความพร้อม

ความวิตกกังวล	M	SD	ระดับความวิตกกังวล
ก่อนรับบริการ (N = 60)	2.59	0.11	มาก
หลังรับบริการ (N = 60)	1.41	0.10	น้อยที่สุด

จากตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการขณะเผชิญก่อนมีรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ พบว่า ความวิตกกังวลของผู้รับบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก หลังพบว่า ความวิตกกังวลของผู้รับบริการโดยรวมอยู่ในระดับน้อยที่สุด2 ให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการดำเนินการลงทะเบียนและยืนยันตัวตนด้วยตนเองที่ตู้ลงทะเบียนอัตโนมัติ หากมีปัญหาติดขัดในการใช้ตู้อัตโนมัติ ดำเนินการส่งต่อบัตรประชาชนให้ห้องบัตรลงทะเบียนต่อไป

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนและหลังจากมีรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

ความวิตกกังวล	n	M	SD	t	Sig
ก่อนรับบริการ (N = 60)	60	2.59	20.11	59.28	0.00**
หลังรับบริการ (N = 60)	60	1.41	0.10		

**p<0.01

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังจากมีรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การ
ระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.01 ($t=59.28$, $p=0.00$)

อภิปรายผล

1. ปัญหาในการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกระบี่
พบว่า พยาบาลวิสัญญีมีภาระงานมาก ส่วนใหญ่ปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอในบางข้อและปฏิบัติได้บางครั้งในบางหัวข้อ สอดคล้อง
กับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจรของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา¹¹
รวมทั้งขาดการอบรมพัฒนาความรู้ ขาดความตระหนักถึงประโยชน์จากการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและไม่มี
แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ครอบคลุมและครบถ้วน

2. การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ
โรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) แพทย์ทำการวินิจฉัยแล้วส่งเข้าโครงการผ่าตัด
แบบวันเดียวกลับ 2) ส่งผู้ป่วยปรึกษาทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมประเมินสภาพผู้ป่วย 3) ผู้ป่วยพบวิสัญญีพยาบาลเพื่อรับการ
ประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบวันเดียวกลับภายใต้การระงับความรู้สึก 4) วิสัญญีติดต่อบริการแพทย์เฉพาะทาง
เพิ่มเติมหากมีข้อสงสัย 5) ให้คำแนะนำตามแนวทางการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก⁵ ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์
แห่งประเทศไทยและสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมการใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการ
ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ¹² ทำให้องค์ประกอบของแนวปฏิบัติมีกระบวนการสร้างอย่างเป็นระบบภายใต้การใช้หลักฐาน
เชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง มีการประเมินความพร้อม การเตรียมความรู้และทักษะพยาบาลวิสัญญีพยาบาล การประชุมปรึกษาใน
การปฏิบัติงาน รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมานี้ จึงเป็นรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกที่เป็นระบบ
และครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกอย่างมีประสิทธิภาพ จะเห็นได้ว่าการเตรียม
ความพร้อมและทักษะของวิสัญญีพยาบาล มีการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกเป็นแนวทาง
ในการทบทวนความรู้ในการปฏิบัติที่สอดคล้องกับคำแนะนำทางเวชปฏิบัติในการประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก⁽⁸⁾
ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และร่วมกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนเป็นที่ยอมรับของทีมพัฒนาคุณภาพ
และลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติและทีมงานที่เกี่ยวข้องยังมีการประชุมปรึกษาหารือกันเป็นระยะๆ
เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยร่วมกัน ส่งผลให้เกิดทักษะ และทัศนคติที่ดีในการ
ปฏิบัติงานตามมา ทำให้เกิดการกระตือรือร้น มุ่งมั่นและอุทิศตนรับผิดชอบ และดำเนินงานได้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่
กำหนด ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานและสอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วย

3. ผลลัพธ์ของผู้ป่วยต่อการได้รับบริการการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ
ของโรงพยาบาลกระบี่ หลังการใช้รูปแบบไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีและอุบัติการณ์การเคลื่อนไหวผิดปกติ
จากความไม่พร้อมของผู้ป่วย ที่เป็นไปตามแนวทางการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก⁽⁵⁾ และคำแนะนำทางเวชปฏิบัติใน
การประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก⁽⁸⁾ ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่ควรมีการให้ข้อมูลเพื่อเป็นการ
เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล อีกทั้งควรมีการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก⁽⁶⁾
ร่วมด้วยก็จะเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีและการเคลื่อนไหวผิดปกติจากความไม่พร้อมของผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้
พบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังการใช้รูปแบบอยู่ในระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1.41 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.01 ($t=59.28$, $p=0.00$) ที่สอดคล้องไปกับผลของการเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนในการ
ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย⁽¹⁰⁾
ผลลัพธ์ของแบบแผนการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
จังหวัดปราจีนบุรี⁽¹¹⁾ และ ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ
โรงพยาบาลพังงา⁽¹²⁾ จะเห็นได้ว่าการได้รับยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เป็นสิ่งคุกคามหรือการคาดเดา

เหตุการณ์ที่แสดงออกมาเป็นความกังวลที่เป็นลักษณะความเครียด ความตื่นตระหนก⁽¹³⁾ ทั้งนี้หากผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดจะส่งผลดีต่อการดำเนินการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 สอดคล้องไปกับการพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น⁽¹⁴⁾ และค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 4.07 สอดคล้องกับการพัฒนาระบบการประเมินและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก โรงพยาบาลเมธีอรรถธานี⁽¹⁵⁾ จะเห็นได้ว่าการให้บริการผู้ป่วย โดยการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่เริ่มตั้งแต่แพทย์มีการวางแผนการรักษา การให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับผู้ป่วย เช่นการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การได้ซักถามข้อมูล พูดคุย จะสามารถช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้ และเมื่อความวิตกกังวลลดลงก็จะส่งผลดีแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ที่สำคัญที่สุด คือ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ได้รับการผ่าตัดตามวัน เวลาที่กำหนด ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายและหายจากสภาวะความเจ็บป่วย สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ ทั้งนี้การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่ดีและครอบคลุม เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการทางด้านการแพทย์ที่มีคุณภาพและความปลอดภัย (1,2) ลดค่าใช้จ่าย ลดความแออัด ก็จะส่งผลดีทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกระบี่ไปขยายผลต่อยอดการนำไปใช้ในการดูแลและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยทุกประเภท เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการและบุคลากรที่ปฏิบัติงาน
2. ควรขยายรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่าตัดในโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายต่อไป
3. นำแบบแผนการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาด้านการเยี่ยมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในงานวิสัญญีอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจร โดยเน้นเฉพาะโรคและเฉพาะกลุ่ม เช่น โรคไส้เลื่อน โรคนิ้วในถุงน้ำดี และการผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น
2. ศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิภาพผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดแบบวันเดียวกลับต่อไป
3. ศึกษาวิจัยการพัฒนาแอปพลิเคชันในการให้ข้อมูลเตรียมผ่าตัดเด็กแบบวันเดียวกลับภายใต้การระงับความรู้สึกเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ปกครอง ให้ข้อมูลเตรียมผ่าตัดเด็กแบบวันเดียวกลับภายใต้การระงับความรู้สึกเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ปกครอง

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2562.

2. กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์. Safety in One Day Surgery (ODS): ความปลอดภัยของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ. นนทบุรี: โรงพิมพ์เทพปัญญา; 2561
3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ 2561.นนทบุรี; 2561.
4. Department of Medical Service Develop a variable health system ODS & MIS.[Internet]. 2017 [cited 2018 Oct 30]. Available from: <http://siamrath.co.th/n/27967>.
5. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก (Guidance for patient information about anesthesia). ประกาศราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 18] เข้าถึงได้จาก <https://www.rcat.org/cpgs>
6. มิ่งขวัญ วงษ์ยิ่งศิลป์. การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
7. ตามธรรม จินากุล. หลักสูตรอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการวิจัยสถาบัน. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 18] เข้าถึงได้จาก:http://web.sut.ac.th/dpn/document/ir/2565/6-R_D-Research%20Mart-IRD-SUT-3.pdf
8. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. คำแนะนำทางเวชปฏิบัติในการประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก. ประกาศราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 18] เข้าถึงได้จาก <https://www.rcat.org/cpgs>
9. สุชาติ วิภาวณต์, มนิตา เพชรโยธา, กิตติยา ผลึกเพชร. การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกระบี่. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2557;3:59-72.
10. วรางคณา พุทธิรักษ์. ผลของการเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย. พยาบาลสาร. 2562;48(1):269-80.
11. อวยพร จงสกุล, นาริรัตน์ อยู่สมบูรณ์, ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจรของโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2563;39(1):109-25.
12. ชุมเจตน์ จตุรบัณฑิต, อุมพร อินทวงศ์. ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพังงา. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร. 2566;7(1):92-10.
13. Spielberger, C. D., & Syndrome, S.L. (1994). State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger
14. ชญานิศ ธีรณพัฒน์. การพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2564;6(1):57-63.
15. อำไพ สารขันธ, ธิติรัฐ อนุกุลประเสริฐ, นิชาภา ตั้งมัน, ไพรินทร์ แข็งขัน. การพัฒนาระบบการประเมินและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลมะเร็่งอุดรธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2563;3(1):10-7.

ผลของการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI)

ศุศราพร อินทองคำ*

(Received : February 28, 2024; Revised : April 19, 2024; Accepted : May 7, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพเครือข่ายโรงพยาบาลท่าฉาง โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired Sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมการพัฒนาสมรรถนะ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นสูงกว่าก่อนพัฒนาสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ของพยาบาลวิชาชีพหลังพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) สูงกว่าก่อนพัฒนาสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .001$)

ผลการวิจัยการพัฒนาความรู้ให้แก่พยาบาลวิชาชีพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยสามารถกำหนดกิจกรรมในการพัฒนาความรู้การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โดยการจัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในการประเมินคัดกรอง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้หลัก OPQRST+R รวมถึงการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการแปลผล และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการ วินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลทันเวลา ลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนจากโรค

คำสำคัญ : การพัฒนา, สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ, ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี E-mail : susarapominthongkom@gmail.com

The results of developing the competency of professional nurses in caring for patients with ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI)

Susaraporn Intongkum*

(Received : February 28, 2024; Revised : April 19, 2024; Accepted : May 7, 2024)

Abstract

This research is a research and development project with the objective of comparing the average knowledge scores of professional nurses before and after developing their competency in caring for patients with ST segment elevation acute ischemic attack (STEMI) and compare the mean performance scores for blood clot dissolving drugs. Streptokinase of professional nurses before and after developing competency in caring for patients with ST segment elevation acute coronary syndrome (STEMI). The sample group was professional nurses from the Tha Chang hospital network. By selecting a specific type of 30 people, data collection was done using questionnaires before and after the competency development. Statistics used in data analysis include percentage, mean, standard deviation, Paired Sample t-test.

The research results found that After participating in competency development The sample group's mean knowledge score of professional nurses after developing competency in caring for ST segment acute coronary syndrome patients was higher than before developing competency at the statistical significance level of .05 (p-value < .001). and had an average score of performance in administering blood clot-dissolving drugs Streptokinase of professional nurses after developing competency in caring for patients with ST segment elevation acute coronary syndrome (STEMI) was higher than before developing competency, with statistical significance at the .05 level (p-value < .001).

The results of research on the development of knowledge for professional nurses are therefore extremely important. Activities can be established to develop knowledge for patients with acute myocardial infarction (STEMI) by organizing training to educate professional nurses in screening assessments. Acute myocardial ischemia using the OPQRST+R principle, including electrocardiogram and results interpretation. and laboratory examinations for Quick and accurate diagnosis Patients receive timely medical treatment. Reduce death rates and complications from disease.

Keywords : Developing, Competency of professional nurse, ST-segment elevation myocardial Infarction

*Professional nurse, Thachang Hospital, Surathani Province E-mail : susaraporninthongkom@gmail.com

บทนำ

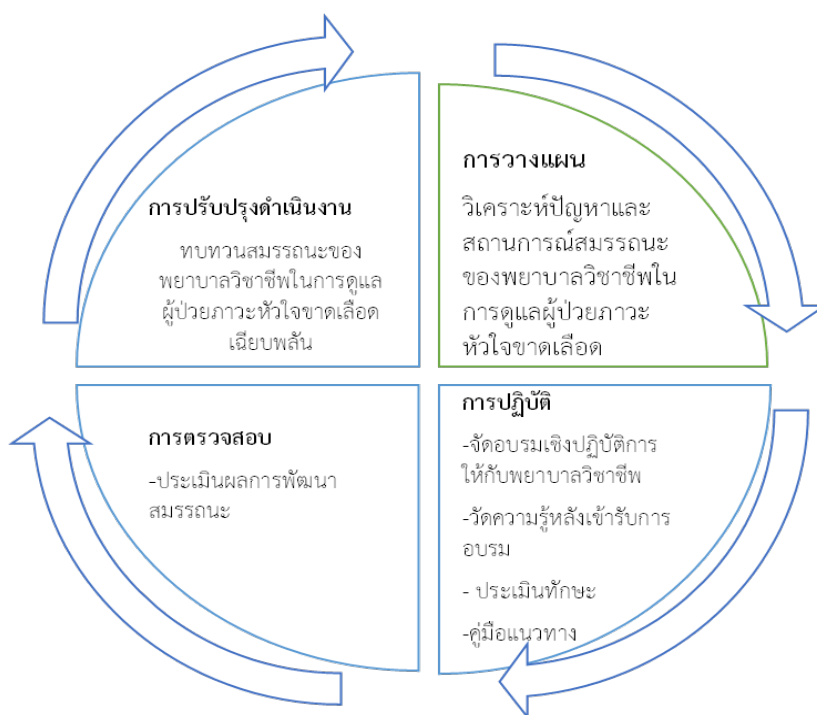
ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา เป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นๆ ของประชากรทั่วโลกจากสถิติขององค์การอนามัยโลก รายงานถึงสาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรกทั่วโลก โดยระบุว่าจากตัวเลขการเสียชีวิต 56.9 ล้านราย ในปี 2559 นั้นกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54) เชื่อมโยงกับสาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรก ในสหรัฐอเมริกาเป็นผู้ป่วยใหม่ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่า 1 ล้านคนต่อปี และคาดการณ์ว่าในปี 2022 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 25 ล้านคนภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสาเหตุสำคัญที่สุด ด้วยตัวเลขรวม 15.2 ล้านราย ในปี 2559 และยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตตลอด 15 ปีที่ผ่านมา สำหรับประเทศไทย รายงานอัตราการตายของประชากรไทย ในปี 2565 จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน พบว่าภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 ของคนไทยด้วยอัตรา 35.1 ต่อแสนประชากร สำหรับเขตบริการสุขภาพที่ 11 พบอัตราการตายจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีอัตราการตายจากภาวะหัวใจขาดเลือด คิดเป็น 5.98⁽¹⁾ การดูแลรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำเป็นต้องมีการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล รักษาทันเวลาที่ ลดอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หรือเสียชีวิตตั้งแต่ก่อนถึงโรงพยาบาล และหารอดชีวิตก็ไม่เกิดทุพพลภาพจากกล้ามเนื้อหัวใจที่เสียไป กลับไปใช้ชีวิตได้ปกติ⁽²⁾

จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome : ACS) ถือเป็นการเจ็บป่วยวิกฤติและฉุกเฉิน จากการอุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยง หัวใจเป็นภาวะที่ต้องได้รับความดูแลอย่างถูกต้องและรวดเร็วเพื่อลดอัตราการตายที่จะเกิดขึ้น โดยเป้าหมายที่สำคัญของการรักษาโรคนี้ คือผู้ป่วยต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีแรก โรงพยาบาลท่าฉางเป็นโรงพยาบาลชุมชนมีขนาด 30 เตียง ให้บริการประชาชนในเขตอำเภอท่าฉาง มีผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเข้ารับบริการในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน จากข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลท่าฉาง 3 ปีย้อนหลัง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกว่าร้อยละ 80 ที่มารับบริการ มาด้วยอาการเจ็บป่วยที่เริ่มมีอาการมานาน ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นพบปัญหาดังนี้คือ 1) ด้านการเข้าถึงบริการ พบว่าผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้า 2) ด้านการคัดกรองวินิจฉัยและรักษาพยาบาล พบว่าการคัดกรองผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ล่าช้าส่งผลให้วินิจฉัยล่าช้าและรักษาไม่ทันเวลา⁽³⁾ 3) ด้านองค์ความรู้ โรงพยาบาลท่าฉางเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กมีปริมาณผู้ป่วยจำนวนน้อย มีการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นมาช่วยเวลามีภาวะฉุกเฉิน นอกจากนี้มีเจ้าหน้าที่ย้ายมาปฏิบัติงานใหม่และเจ้าหน้าที่จบใหม่ทำให้การปฏิบัติงานยังขาดความชำนาญในการอ่าน/แปลผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ Electrocardiography (EKG) ไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนได้ จากปัญหาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าพยาบาลจำเป็นต้องเพิ่มสมรรถนะให้สูงขึ้นและศึกษาองค์ประกอบของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไม่สามารถใช้สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพเพียงอย่างเดียวได้ต้องศึกษาสมรรถนะเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านสาขาโรคหัวใจโดยตรง ซึ่งจะมีความเชี่ยวชาญมากขึ้น เพื่อช่วยชีวิตและแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทันเหตุการณ์และปราศจากภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI)
- 2.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI)

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ตามวงจรเดมมิ่ง (PDCA)⁴ เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ศึกษาระดับความรู้และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระหว่างเดือนธันวาคม 66 – กุมภาพันธ์ 67

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพจากในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอท่าฉาง โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 47 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพจากในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอท่าฉาง จำนวน 30 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้
 พยาบาลวิชาชีพจากในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอท่าฉาง เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) คือ บุคลากรที่ให้บริการผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกห้องคลอด แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ย้ายที่ทำงานในระหว่างการวิจัยหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่อง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G*Power 3.1.9.2 วิเคราะห์อำนาจการทดสอบก่อนการวิจัย (Prior power analysis) โดยการทดสอบแบบทางเดียวกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) .05(5) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) .05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 28 คน เพื่อป้องกันปัญหาความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) 2563⁽⁶⁾
2. หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการ การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI)
 - ภาคทฤษฎี มีเนื้อหา ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI)
 - ภาคปฏิบัติ ฝึกปฏิบัติการอ่านผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ electrocardiography (EKG) การให้การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ⁽⁶⁾

ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรสการนับถือศาสนา ระดับ การศึกษา ประสบการณ์การทำงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน แผนกการพยาบาลผู้คลอด แผนกผู้ป่วยนอก ประสบการณ์ได้รับการอบรม การเข้าร่วมประชุมวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. แบบสอบถามความรู้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI⁽⁶⁾ ที่พัฒนาข้อคำถามมาจากแนวปฏิบัติการจัดการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI⁽⁷⁾ ประกอบด้วย การประเมินอาการผิดปกติ การบริหารยา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง ไม่แน่ใจ

3. แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI⁽⁶⁾ ที่พัฒนาข้อคำถามมาจากแนวปฏิบัติการจัดการภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI⁽⁸⁾ ประกอบด้วย 1) การประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว 2) การประสานงานทีมผู้ดูแลผู้ป่วย 3) การให้ออกซิเจนเมื่อมีภาวะ Hypoxemia 4) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการแปลผล 5) การเฝ้าระวังอาการและการแสดงของการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น 6) การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจ 7) การประสานงาน จัดหาเครื่องมือประเมินสภาพและดูแลรักษา ผู้ป่วย 8) การเตรียมความพร้อมของระบบสนับสนุนการดูแลรักษา 9) การปรับปรุงระบบส่งต่อผู้ป่วยให้รวดเร็วและปลอดภัย ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของ ฉวีพงศ์ บุญกาญจน์⁽⁶⁾ โดยเครื่องผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประเมินค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (I-CVI: Item-level content validity index) และโดยรวม (S-CVI: Scale-level content validity index) ผลการประเมินส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ได้ค่า I-CV เท่ากับ 0.75-1.0 และค่า S-CVI เท่ากับ 0.93 และส่วนที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะได้ค่า I-CVI เท่ากับ 0.90-1.0 และค่า S-CVI เท่ากับ 0.98

2. วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ผู้วิจัยได้นำโดย 1) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 20 คน 2) หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการอนุมัติหนังสือรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าฉาง ซึ่งในช่วงแรกจะเป็นการเก็บข้อมูลกับเวชระเบียน ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการทดลองเป็น 4 ขั้นตอน

1.การวางแผน (plan) การศึกษาสถานการณ์การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังไป ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 ตุลาคม 2566 โดยการทบทวนการดูแลจากแฟ้มประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่ส่งต่อและผู้ป่วยที่เสียชีวิต จำนวน 20 ราย โดยใช้เวลาในการดำเนินการวิจัยระยะนี้ 1 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่ส่งต่อและผู้ป่วยที่เสียชีวิต ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และการวินิจฉัยโรค และแบบบันทึกข้อมูลการให้บริการ ปัญหาและอุปสรรคในการรักษาพยาบาล ได้แก่ อัตราตาย ระยะเวลาของการได้รับยา Streptokinase (Door to needle time) จำนวนครั้งของการวินิจฉัยผิดพลาด และสถานการณ์การให้บริการ ปัญหาและอุปสรรค จากการทบทวนพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการคัดกรองผิดพลาด การอ่านผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดพลาดส่งผลให้รายงานแพทย์ล่าช้า การส่งต่อล่าช้า และขาดความชำนาญในการดูแลและให้ยาละลายลิ่มเลือด

2.การดำเนินการ (Do) การดำเนินการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการโดยจัดอบรมให้กับพยาบาลวิชาชีพ โดยพัฒนาความรู้และสมรรถนะการบริหารยาละลายลิ่มเลือด การอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการติดตามหลังจากจำหน่าย

2.1 ผู้วิจัยพูดคุยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ในการร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นติบอยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยถามข้อมูลทั่วไป และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความรู้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น และแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของฉวีพงศ์ บุญกาญจน์, 2563 โดยผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่ออธิบาย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสงสัยหรือไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบ

2.2 พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการคัดกรอง ระยะให้การพยาบาล ระยะส่งต่อ และติดตามดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งทักษะการบริหารยา มีการดำเนินงาน ระยะเวลา 2 วันโดยแบ่งเป็น 2 รุ่นๆละ 1 วันโดยมีรายละเอียด ดังนี้

- ให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพเรื่องภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น การคัดกรองผู้ป่วย การอ่านและแปลผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยการบรรยายและใช้สื่อภาพสไลด์สอน หลังจากนั้นฝึกการปฏิบัติการอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จริง 2 สัปดาห์ (กรณีไม่มีผู้ป่วยนิเทศรายบุคคลตามแนวทาง) โดยสื่อการสอนนี้นำไปเข้าเล่มมอบให้แก่หน่วยงานเพื่อสามารถทบทวนด้วยตนเองได้ตลอดเวลาเมื่อครบ 2 สัปดาห์ มีการทวนสอบโดยการกำกับติดตามพยาบาลวิชาชีพ ทั้ง 30 คน

- ให้ความรู้เรื่องการบริหารยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และทักษะการให้ยาการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase

3.ตรวจสอบ (Check) : ประเมินผลการพัฒนาสมรรถนะโดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความรู้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น และแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของฉวีพงศ์ บุญกาญจน์, 2563 โดยผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่ออธิบาย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสงสัยหรือไม่เข้าใจจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแล้วนำผลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ

4.การปรับปรุงดำเนินงาน (Act) : ทบทวนและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้วยกระบวนการ PDCA จากประเด็นที่พยาบาลวิชาชีพมีระดับสมรรถนะเฉพาะทางต่ำกว่าระดับสมรรถนะที่คาดหวัง หาสาเหตุของปัญหาและแนวทางแก้ไข นำข้อมูล ที่ได้มาวางแผนและพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางเป็นรายบุคคลโดยวิธีกรณีศึกษาทางการพยาบาล และติดตามผลหลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทาง รายบุคคล 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI)และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) ด้วยสถิติการวิเคราะห์ Paired Sample t-test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เอกสารรับรองเลขที่ REC 66-0121 รับรองเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2566 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการเริ่มต้นเก็บข้อมูลวิจัยด้วยแบบสอบถาม ได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย การปกปิดรายชื่อ และมีการขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนการสอบถามข้อมูล

ผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 46 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 53.3 มีประสบการณ์การทำงานในแผนก IPD ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ ER ร้อยละ 30.0 คิดเป็นร้อยละ 10 ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 93.3 และไม่ได้รับการเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร้อยละ 93.3 ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ

คุณลักษณะพยาบาลวิชาชีพ	กลุ่มตัวอย่าง (N=30)	
	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
25 - 30	4	13.3
31 - 35	2	6.7
36 - 40	7	23.3
41 - 45	8	26.7
มากกว่า 46	9	30.3
เพศ		
หญิง	26	86.7
ชาย	4	13.3

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ (ต่อ)

คุณลักษณะพยาบาลวิชาชีพ	กลุ่มตัวอย่าง (N=30)	
	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ		
คู่	16	53.3
โสด	10	33.3
หย่า	4	13.3
ประสบการณ์ด้านการพยาบาล		
ER	9	30.0
IPD	12	40.0
LR	7	23.3
OPD	2	6.7
การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน		
ไม่ได้	28	93.3
ได้	2	6.7
การเข้าประชุมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน		
ไม่ได้	28	93.3
ได้	2	6.7

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI)

คะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 83.63) ($\bar{x}=2.78$, S.D.=0.72) เมื่อพิจารณาความรู้จำแนกรายด้าน พบว่า ความรู้ด้านการประเมินอาการผิดปกติมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 85.9) ($\bar{x}=2.85$, S.D.=0.43) ด้านการบริหาร ยามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 90) ($\bar{x}=3$, S.D.=0.00) ด้านการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75) ($\bar{x}=2.5$, S.D.=0.89) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) (n=30)

	ระดับความรู้						$\bar{x}$	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น	25	83.3	5	16.6	0	0	2.84	0.37
การประเมินอาการผิดปกติ	26	86.6	2	6.6	2	6.6	2.85	0.43
การรักษาและบริหารยา	27	90	2	6.6	1	3.3	3.0	0.0

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนพัฒนาเท่ากับ 11.23 และหลังการได้รับการพัฒนาเท่ากับ 24.73 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI)

คะแนนความรู้ของ พยาบาลวิชาชีพ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
คะแนนความรู้ของ พยาบาลวิชาชีพ	11.2333	1.77499	24.7333	4.33059	29	-14.172	.000

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนพัฒนา	11.23	1.7749	-14.172	.000
หลังพัฒนา	24.73	4.3305		

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI)

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ส่วนใหญ่มีคะแนนสมรรถนะอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ =4.36, S.D.=0.38) เมื่อพิจารณาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพเรียงตามคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ดังนี้การเจาะเลือดส่งตรวจ Cardiac enzyme, CBC with Platelet, Electrolyte, BUN/Cr, PT/INR ($\bar{x}$ =4.7, S.D.=0.43) การเปิดเส้นเลือดดำด้วย 0.9% NSS or HL ($\bar{x}$ =4.6, S.D.=0.85) การรายงานแพทย์โดยใช้ SBAR ($\bar{x}$ =4.5, S.D.=0.62) การติดตามประเมินสัญญาณชีพ และ Sign of Reperfusion ทุก 10-15 นาที ($\bar{x}$ =4.5, S.D.=0.56) การเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงภาวะ cardiogenic shock, cardiac arrhythmia, cardiac arrest ($\bar{x}$ =4.5, S.D.=0.62) การจัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิต

/รชช่วยชีวิตฉุกเฉิน ให้พร้อมใช้งานทันที ($\bar{x}=4.5$, S.D.=0.73) ตามลำดับ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนพัฒนาเท่ากับ 57.16 และหลังการได้รับการพัฒนาเท่ากับ 131.5 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการให้ยาละลายลิ่มเลือด เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น

คะแนนสมรรถนะ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
คะแนนสมรรถนะ	57.1667	27.01862	131.5333	22.44493	29	-13.217	.000

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนพัฒนา	57.16	27.018	-13.217	.000
หลังพัฒนา	131.5	22.444		

อภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้านี้สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 46 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 53.3 มีประสบการณ์การทำงานในแผนก IPD ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ ER ร้อยละ 30.0 คิดเป็นร้อยละ 10 ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 93.3 และไม่ได้รับการเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร้อยละ 93.3
2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนพัฒนาเท่ากับ 11.23 และหลังการได้รับการพัฒนาเท่ากับ 24.73 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ถือเป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต ดังนั้นทีมแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ ต้องมีความรู้และสมรรถนะในการตอบสนองและให้การดูแลรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็วเพื่อลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยให้ความสำคัญกับคุณภาพในการประเมินอาการและการรักษาผู้ป่วยให้ได้ตามมาตรฐาน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพจะต้องสามารถประเมินสภาพและดูแลขั้นต้นได้อย่างถูกต้องรวดเร็วทั้งการซักประวัติ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการแปลผล การนำแผนการรักษาไปลงมือปฏิบัติได้ อย่างทันที่รวดเร็ว มีการเตรียมความพร้อมของระบบสนับสนุนการดูแลรักษาและระบบส่งต่อผู้ป่วยที่รวดเร็วและปลอดภัย ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวต้องอาศัยความรู้ที่แม่นยำเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีพงศ์ บุญญานันท์ (2563)⁶ ได้ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าการจัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยและลดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงาน

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ของพยาบาลวิชาชีพก่อนพัฒนาเท่ากับ 57.16 และหลังการได้รับการพัฒนาเท่ากับ 131.5 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการให้ยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของสุเพียร โภคทิพย์และคณะ⁽⁹⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการบริหารยาละลายลิ่มเลือดชนิด Streptokinase ในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI : โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง เขตสุขภาพที่ 10 พบว่าพยาบาลมีความรู้และทักษะในการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่เป็น STEMI ได้บริหารยา SK ได้ ส่งผลให้โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยา SK ได้เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วย STEMI สามารถเข้าถึงการรักษายาละลายลิ่มเลือดได้เพิ่มขึ้น เกิดความปลอดภัย เกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย STEMI

การนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งศึกษาระดับความรู้และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังนั้น การพัฒนาด้านความรู้ให้แก่พยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยสามารถกำหนด กิจกรรมในการพัฒนาความรู้การดูแลผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ดังนี้

1. การจัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในการประเมินคัดกรอง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้หลัก OPQRST+R รวมถึงการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการแปลผล และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลทันเวลา ลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนจากโรค
2. สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้การดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยการวางแผนปฏิบัติการให้สอดคล้องและครอบคลุมการดำเนินไปของโรคและความต้องการของผู้ป่วย โดยพยาบาลที่ให้การดูแลควรตระหนักในการรับรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อโรคและบริบทความเป็นอยู่ของผู้ป่วย
3. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในองค์กร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรให้การส่งเสริมการให้ความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น เพื่อให้การเข้ารับบริการในผู้ป่วยกลุ่มนี้รวดเร็วขึ้น
2. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2565] เข้าถึงได้จาก <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/Hstatistic65.pdf>
2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์; 2563.

3.โรงพยาบาลท่าฉาง สถิติผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2564-2566. ท่าฉาง: โรงพยาบาล; 2566

4.Deming, W. E. (2013). The essential Deming: Leadership principles from the father of quality. New York: McGraw-Hill.

5.Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

6.ฉวีพงศ์ บุญกาญจน์. สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2563; 3(1):22-34.

7.Ibanez B, James S, Agewall S. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal.2017;39(2):119-177.

8.ณรงค์กร ชัยวงศ์, ปณวัตร สันประโคนม. ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติ. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ.2562; 14(1): 43-51.

9.สุเพียร โภคทิพย์และคณะ. การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการบริหารยาละลายลิ่มเลือดชนิด Streptokinase ในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน: โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง เขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2560;1(2): 1-19

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับภาวะสารคีโตนคั่งในระยะวิกฤต: กรณีศึกษา

เสาวลี มณีศรี*

บทคัดย่อ

การควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวานให้ได้ตามค่าเป้าหมาย และการติดตามเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือด เป็นแนวทางสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษาผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับภาวะสารคีโตนคั่งในระยะวิกฤต 2 รายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับภาวะสารคีโตนคั่งในระยะวิกฤต ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Diabetic ketoacidosis ซึ่งภาวะดังกล่าวเกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านสุขภาพที่รุนแรง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปาดอง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เดือนตุลาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย การสังเกต การสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 รายแตกต่างกันในลักษณะเฉพาะตัว สาเหตุ และพยาธิสภาพของโรค มีภาวะ Diabetic ketoacidosis ที่มีภาวะร่วม แนวทางการรักษาของแพทย์และการปฏิบัติการพยาบาลจึงมีลักษณะเจาะจงตามสภาวะผู้ป่วย จะมีระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลที่นานกว่า มีความยุ่งยากในการดูแลรักษา มากกว่า และการมีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย Diabetic ketoacidosis ที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย และมีแนวทางการดูแล ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการลดระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามค่าเป้าหมาย ลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดในระยะยาว ซึ่งการศึกษาที่ได้มีประโยชน์ในการนำไปใช้วางแผนพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Diabetic ketoacidosis

คำสำคัญ : เบาหวาน, เบาหวานร่วมกับภาวะสารคีโตนคั่ง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลปาดอง จังหวัดภูเก็ต, Email: lakela@gmail.com

Nursing care of patients with hyperglycemia combined with ketone retention in the critical period: a case study

Saowalee Maneesri*

Abstract

Controlling blood sugar levels in diabetic patients to reach target values. and follow-up to monitor for vascular complications It is an important guideline in caring for diabetic patients to have a good quality of life without complications. A case study of 2 patients with hyperglycemia combined with ketone retention in critical stages. Purpose for Comparative study of nursing care for patients with hyperglycemia combined with ketone retention in the critical period. In diabetic patients with Diabetic ketoacidosis, this condition occurs in diabetic patients who have inappropriate health behaviors or severe health complications. Causes abnormally high blood sugar levels at the outpatient department Patong Hospital. Between February 2023 - October 2023 data were collected. With patient medical records, observation, interviews, data analysis by comparison. From the study, it was found that the 2 patients were different in their unique characteristics, causes, and pathologies of the disease. They had Diabetic ketoacidosis with comorbid conditions. Doctors' treatment approaches and nursing practices are therefore specific to the patient's condition. There will be a longer period of hospital stay. There is more difficulty in maintaining it. and having effective care guidelines for diabetic ketoacidosis patients It will help patients get through the critical period safely. And there are guidelines for continuous care in order to be effective in reducing blood sugar levels to the target value. Reduce the rate of hospital readmissions and long-term monitoring of vascular complications. This study is useful in planning development in the care of patients with diabetic ketoacidosis.

Keywords : Diabetic, Diabetic ketoacidosis.

*Professional nurse, Patong Hospital, Phuket Province, Email: lakela2507@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และเป็นโรคเรื้อรัง สร้างความเปื้อน่ายทุกข์ทรมาน เป็นปัญหาคุกคามทั้งร่างกายและจิตใจผู้ป่วยมาก เป็นปัญหาสาธารณสุขทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็นโรคที่ยังไม่มีการรักษาให้หายขาดได้ และพบว่าอัตราการเสียชีวิต และความทนทุกข์ทรมานจากโรคเบาหวานรวมทั้งค่าใช้จ่ายสูงที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ถ้าควบคุมโรคไม่ได้ ซึ่งหมายถึงไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงกับปกติได้ จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและคุกคามชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม คือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ดังนั้น ผู้ป่วยเบาหวานควรต้องมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง โดยเฉพาะในเรื่องการควบคุมอาหาร ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลที่ไม่เหมาะสมและต่อเนื่องจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้ ตามสถิติแล้วปรากฏว่าเพียง 5 ปี เท่านั้นก็จะเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆอันเป็นเหตุให้ทรมานและอายุสั้นได้ในที่สุด ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมีความเชื่อมโยงต่อเนื่องกันเป็นลูกกระพรวน เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก มีแนวโน้มว่า ใน ปี ค.ศ.2025 จะมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจำนวนประมาณ 300 ล้านคน⁽¹⁾ เพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ. 1995 ที่มีประมาณ 195 ล้านคน และจะเพิ่มมากขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา The International Collaborative Study of Cardiovascular Disease in Asia ได้ทำการศึกษาเพื่อหาความชุกของการเกิดโรคเบาหวานในประชากรไทยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี พบความชุกของการเกิดโรคเบาหวานในคนไทยร้อยละ 9.6 (2– 4 ล้านคน)(2) จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) จังหวัดภูเก็ต 3 ปี ย้อนหลัง ปี 2564-2566 มีจำนวนเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานดังนี้ 13,737 14,561 15,467 รายตามลำดับ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ 29.31, 32.27, 38.73, 37.03, 37.03 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ข้อมูลระดับประเทศ⁽³⁾

จากสถิติการเจ็บป่วยในโรงพยาบาลปาดอง พบว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกตั้งแต่ปี 2564-2566 มีจำนวน 2,359 ราย 2,413 ราย และ 2,416⁽⁴⁾ ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล HbA1C ได้ คิดเป็นร้อยละ 50.15, 45.76 และ 41.17 ตามลำดับ และเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลใน ปี 2564-2566 ภาวะ Hyperglycemia จำนวน 104, 117 และ 147 ราย ภาวะ Hypoglycemia จำนวน 23, 29 และ 27⁽⁴⁾ ราย และภาวะ Diabetic ketoacidosis จำนวน 2, 1 และ 2 ราย ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมีผลมาจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องของผู้ป่วย จนทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ดังนั้น โรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยคำนึงถึงการพยาบาลแบบองค์รวม สอนให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ ด้วยการดูแลตนเองโดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาควบคุมและการปฏิบัติตนเองอย่างเหมาะสม⁽⁵⁾ การดูแลทำอย่างสม่ำเสมอจะช่วยคงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่และการป้องกันความผิดปกติที่จะเกิดขึ้นได้ สามารถลดภาวะแทรกซ้อนได้ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพจึงสนใจทำกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับภาวะสารคีโตนคั่งในระยะวิกฤต เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับภาวะสารคีโตนคั่งในระยะวิกฤต เปรียบเทียบ กรณีศึกษา 2 ราย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.เป็นข้อมูลวิชาการในการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับภาวะสารคีโตนคั่งในระยะวิกฤต สำหรับผู้สนใจทั่วไป
- 2.เป็นแนวทางในการวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับภาวะสารคีโตนคั่งในระยะวิกฤต

3.เครือข่ายบริการ ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและให้การพยาบาลและส่งต่อผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับภาวะสารคิโตนคั่งในระยะวิกฤต

ขั้นตอนการดำเนินการ

ศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน ศึกษาความรู้ทางวิชาการและกรอบแนวคิดทางการพยาบาลจาก ตำรา วารสาร งานวิจัย Website และผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรังโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.เลือกผู้ป่วยที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเป็นโรคซับซ้อนที่น่าสนใจ ที่เข้ารับการรักษานอก จำนวน 2 ราย รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผน การดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย

2.ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษต่างๆ และแผนการรักษาของแพทย์ นำข้อมูลที่ได้ มารวบรวม วิเคราะห์ และวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล ตามแบบแผน สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะ

3.นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จัดทำเป็นเอกสารและตรวจสอบความถูกต้องนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ เรียบเรียงเนื้อหา วิชาการจัดพิมพ์และเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ

รายงานผู้ป่วย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	หญิงไทย อายุ 36 ปี สถานภาพ สมรส อาชีพแม่บ้าน	ชายไทย อายุ 55 ปี สถานภาพสมรส อาชีพ รับจ้าง
วินิจฉัยโรค	NIDM with ketoacidosis	DM with hyperglycemia with coma
โรคประจำตัว	เป็นโรคเบาหวานมา 5 ปี ไขมันในเลือดสูง มา 9 เดือน ไม่มารักษาตามนัดและไม่ได้ รับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น	โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รับการรักษาที่โรงพยาบาลปาดอง
อาการและอาการแสดง	รู้สึกตัวดี เหนื่อยเวลาขยับตัวลงเตียง ปาก คอแห้ง กระหายน้ำ	ทานอาหารไม่ได้ ปัสสาวะบ่อย เบื่ออาหาร เพลีย
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	1 เดือนก่อนมา รู้สึกเพลีย เหนื่อยง่าย กินได้ แต่น้ำหนักลด วันนี้รู้สึกเพลียมาก เหนื่อย เวลาขยับตัวลงเตียง ปากคอแห้ง กระหายน้ำ	2 สัปดาห์ก่อนมา ทานอาหารได้น้อย น้ำหนัก ลด 20 กิโลกรัม วันนี้รู้สึกเพลียมาก ทาน อาหารไม่ได้
การรักษาที่ได้รับ	รักษาระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยให้ RI (1:1) IV DRIP 10 ML /HR เจาะ DTX ทุก 1 ดูแลให้ ได้รับ KCL ชดเชยทางหลอดเลือดดำตามแผน การรักษาได้แก่ KCL 20 MEQ IV DRIP 100 CC/HR. เพื่อแก้ไขภาวะสมดุลของกรด - ด่าง ติดตามผล electrolyte serum ketone Electrolyte, ABG ทุก 4 ชม.	รักษาระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยให้ RI (1:1) SC ตามแผนการรักษา เจาะ DTX ทุก 1 ดูแล ให้สารน้ำ ได้แก่ 0.9% NSS 1000 CC IV then drip 150 CC/HR. เพื่อแก้ไขขาดน้ำ ติดตามผล serum ketone Electrolyte, ABG ทุก 4 ชม.

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	DTX HI Blood ketone 4.7 blood gas PH 7.313 Hco3 18.0 Urine ketone 3 +	DTX HI Blood ketone 7.4 blood gas PH 7.348 Hco3 20.9 Urine ketone 2 +

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบทฤษฎีของผู้ป่วย 2 รายการประเมินผู้รับบริการตามแบบแผนสุขภาพ

ทฤษฎี	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	ความแตกต่าง
1.พยาธิสภาพอาการและอาการแสดงมีระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูง 250-800 mg%/dl ร่วมกับมีกรดคีโตนคั่งในเลือดทำให้ร่างกายเกิดภาวะ metabolic acidosis มีอาการและอาการแสดงคือ ปัสสาวะบ่อย ตื่นน้ำมาก น้ำหนักลด เมื่อเกิดภาวะketosis มีกลิ่นใต้อาเจียนและรุนแรงถึงขั้น ketoacidosis มีอาการหายใจหอบลึก ลมหายใจมีกลิ่นผลไม้หรือกลิ่นคีโตน Ketone มีการหายใจแรง (Hyperpnea or Kussmaul's Respiration) ไม่รู้สึกตัวคนไข้ DKA ส่วนใหญ่ระดับความรู้สึกตัวจะปกติ ยกเว้นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาช้าหรือในรายที่มีอาการรุนแรง อาจมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวมักมี Drowsiness	โรงพยาบาลให้ประวัติ 1 เดือน ก่อนมา รู้สึกเพลีย เหนื่อยง่าย กินได้แต่น้ำหนักลด วันนี้อาการเพลียมาก เหนื่อยเวลาขยับตัวลงเตียง ปากคอแห้ง กระหายน้ำ รพ.ป่าตอง เจาะ DTX HI ketone 4.7 แรก รับผู้ป่วยรู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง หายใจ 20 ครั้ง/นาที ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส BP 110/75 mmHg ชีพจร 87 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวออกซิเจน 100 % ได้รับการวินิจฉัยแรกรับ NIIDM with Ketoacidosis	โรงพยาบาลให้ประวัติ 1 เดือน ก่อนมา รู้สึกเพลีย ทานได้น้อย เบื่ออาหารน้ำหนักลด วันนี้อาการเพลียมาก รพ.ป่าตอง เจาะ DTX HI ketone 7.4 แรก รับผู้ป่วยรู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง หายใจ 20 ครั้ง ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส BP 180/122 mmHg ชีพจร 82 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวออกซิเจน 100 % ได้ รับการวินิจฉัยแรกรับ DM with hyperglycemia with coma	พบระดับน้ำตาลและคีโตนสูงเหมือนกัน แต่ระยะเวลาตั้งแต่เจ็บป่วยรายที่ 1 จนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลมากกว่า รายที่ 2 แต่เนื่องจากรายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วม ถึงแม้จะใช้ระยะเวลาในการรักษาที่เร็วกว่า แต่อายุที่มากกว่าทำให้ควบคุมโรคได้ยากขึ้น เนื่องจากความเสื่อมของสภาพร่างกายที่ทำให้อวัยวะต่างๆลดน้อยลง
2.ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน	โรคเบาหวาน 5 ปีและไขมันในเลือดสูงมา 9 เดือน ขาดการรักษาต่อเนื่อง ครั้งนี้ขาดยามา 1 เดือน	โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	ผู้ป่วยรายที่ 1 มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานมากกว่า ซึ่งจากการศึกษาพบว่าหากเป็นโรคเบาหวานมานาน ความสามารถในการควบคุมโรคจะลดลงแต่ในขณะเดียวกันความก้าวหน้าของโรคกลับเพิ่มมากขึ้น

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบทฤษฎีของผู้ป่วย 2 รายการประเมินผู้รับบริการตามแบบแผนสุขภาพ (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	ความแตกต่าง
3.การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Plasma glucose > 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรระดับสารคี โตนในเลือด>3mmol/L หรือ urine ketone≥ 2+ HCO3 < 18 mmol/Lหรือ PH <7.3 และตรวจเพื่อค้นหาปัจจัย กระตุ้นเช่นการติดเชื้อ	DTX HI Blood ketone 4.7 blood gas PH 7.313 Hco3 18.0 Urine ketone 3 + HbA1C 18.5	DTX HI Blood ketone 7.4 blood gas PH 7.348 Hco3 20.9 Urine ketone 2+ HbA1C 17	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีระดับ น้ำตาลในเลือดสูงตรวจพบ คีโตนทั้งในเลือดและ ปัสสาวะคล้ายกันมีภาวะ ketoacidosis เหมือนกัน ซึ่งผล lab ทุกตัวนี้บ่งชี้ได้ว่า ผู้ป่วยมีภาวะ DKA (Diabetic ketoacidosis)
4.พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อ ควบคุมระดับน้ำตาล ผู้ป่วยที่มี พฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยว กับการรับประทานอาหาร ยา การออกกำลังกายจะสามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้	ญาติให้ประวัติว่าผู้ป่วยอยู่กับ สามีและบุตร มีอาชีพแม่บ้าน ครอบครัวมีสมาชิกทั้งหมด 3 คน ผู้ป่วยมีลูก 2 คน	ญาติให้ประวัติว่าผู้ป่วยเป็น หัวหน้าครอบครัว มีอาชีพ รับจ้าง ครอบครัวมีสมาชิก ทั้งหมด 3 คนผู้ป่วยมีลูก 2 คน ปัจจุบันผู้ป่วยอยู่กับภรรยาและ ลูกสาวคนเล็ก ส่วนลูกชายคน โตแยกครอบครัวไปแล้ว มา พบแพทย์รับยาความดันโลหิต ไม่สม่ำเสมอ แต่ไม่ได้ควบคุม อาหารรสหวาน เนื่องจากไม่ ทราบว่าเป็นเบาหวาน	ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นเบาหวานมี พฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่ เหมาะสม คือ ไม่ไปพบแพทย์ ตามนัด ขาดยา ไม่ออกกำลังกาย กายส่งผลให้ระดับน้ำตาลใน เลือดสูงร่วมกับภาวะเลือด เป็นกรดจากการคั่งของคีโตน เกิดภาวะ DKA ผู้ป่วยรายที่ 2 มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ ไม่เหมาะสมเนื่องจากไม่ทราบ ว่าป่วยเป็นเบาหวาน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1.เสี่ยงต่อภาวะพร่อง ออกซิเจนเนื่องจาก ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยน ก๊าซลดลงจากการมีภาวะกรด คั่งในร่างกาย	เสี่ยงต่อภาวะพร่อง ออกซิเจนเนื่องจาก ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง จากการมีภาวะกรดคั่งในร่างกาย	เสี่ยงต่อภาวะพร่อง ออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลก เปลี่ยนก๊าซลดลงจากการมีภาวะกรดคั่งใน ร่างกาย
2.เสี่ยงต่อภาวะหมดสติ เนื่องจากมีภาวะคั่งของกรดคี โตนในร่างกาย	เสี่ยงต่อภาวะหมดสติเนื่องจากมีภาวะคั่ง ของกรดคีโตนในร่างกาย	เสี่ยงต่อภาวะหมดสติเนื่องจากมีภาวะคั่งของ กรดคีโตนในร่างกาย
3.มีภาวะไม่สมดุลของ สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากสูญเสียไปกับปัสสาวะ จาก osmotic diuresis	มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทร ไลต์เนื่องจากสูญเสียไปกับปัสสาวะจาก osmotic diuresis	มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
4.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน
5.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง	ไม่พบปัญหานี้	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง
6.ผู้ป่วยและญาติมีภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล	ผู้ป่วยและญาติมีภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล	ผู้ป่วยและญาติมีภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล
7.ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	7.ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	7.ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ตามหลัก D-M-E-T-H-O-D

วิจารณ์

กรณีศึกษานี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง มาด้วยอ่อนเพลีย มีอาการเหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีภาวะความเป็นกรดในร่างกายและมีของเสียคั่งในร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก มีภาวะผิดปกติของสมดุลกรดด่างมีคิโตนคั่งในร่างกายและมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ซึ่งในการดูแลพยาบาลจำเป็นต้องใช้ทักษะ ความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่มีโอกาสเกิดขึ้นและป้องกันการเกิดซ้ำ รายที่ 2 มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะร่วมด้วย เมื่อแพทย์รักษาภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะอาการผู้ป่วยดีขึ้น แต่ปัญหาอื่นๆที่เกี่ยวกับการดูแลและควบคุมโรคเบาหวานยังมีอยู่ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีการควบคุมโรคไม่ดี รายที่ 1 HbA1c =18.5 mg% และรายที่ 2 HbA1c =17 มีน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลให้เริ่มเกิดภาวะแทรกซ้อน การให้คำแนะนำเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องอาศัยความร่วมมือของทั้งผู้ป่วยและญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ ได้รับข้อมูลครบถ้วนมากกว่าการให้คำแนะนำเพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากเพื่อนที่เป็นเบาหวานด้วยกันทำให้เกิดประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

การป้องกันภาวะฉุกเฉินของระดับน้ำตาลในเลือดสูง⁶ ต้องได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วและถูกต้องตามแนวปฏิบัติการพยาบาลและสอดคล้องกับความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ มีระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลจำนวน 5 วันนอน โดยการดูแลในช่วง immediate management ในช่วง เวลา 0-60 นาทีแรกเริ่ม มีการประเมินระดับน้ำตาลในเลือด และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วย NSS 2,000 CC. การตัดสินใจให้ยาอินซูลินทางหลอดเลือดดำ การประเมินสาเหตุของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การเกิดภาวะคิโตนคั่งในร่างกาย และการประเมินน้ำตาลในเลือด ภาวะกรดต่างเกลือแร่ในร่างกาย การให้สารน้ำทดแทนเพื่อรักษาระบบไหลเวียนเลือดให้คงที่ในระยะ 60 นาที - 6 ชั่วโมงแรกและการตรวจติดตามประเมินการดูแลรักษาที่ 6-12 ชั่วโมง เป็นไปอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ DKA ในผู้ใหญ่ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย⁷ ในพระบรมราชูปถัมภ์สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยเมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตรุนแรงแล้วต้องมีการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน โดยต้องมีการประเมิน ความสามารถในการดูแลตนเอง

หาแหล่งสนับสนุนด้านสุขภาพที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยจะเข้าถึงได้ง่าย นอกจากนั้นต้องมีวางแผนการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีประวัติการขาดยาเบาหวาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตรุนแรง เนื่องจากการขาดความรู้ ในการดูแลตนเอง และขาดการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการพยาบาลเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออก จากโรงพยาบาลที่สำคัญ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะ DKA ความรู้ที่ควรให้ ได้แก่การควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับ 80-130 mg% ขณะอดอาหาร การจัดการตนเองเมื่อเกิด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำการตรวจติดตาม ระดับในเลือดอย่างต่อเนื่องที่บ้าน⁽⁸⁾

สรุป

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีระดับความยุ่งยากซับซ้อนที่ต่างกัน ผู้ป่วยเบาหวานรายที่ 1 มีการปฏิบัติตัวที่ไม่ ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เช่น ขาดยา ขาดการออกกำลังกาย ไม่มาพบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นโรคความดัน โลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน ทั้ง 2 รายไม่เห็นความสำคัญในการควบคุมอาหาร ทำให้การ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีประสิทธิภาพ จนมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิดภาวะเลือดเป็นกรดชนิด DKA ซึ่งถือว่าเป็นภาวะ วิกฤตฉุกเฉินของผู้ป่วยเบาหวาน จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน เมื่อผู้ป่วยได้รับการประเมินและวินิจฉัย ได้ทันทั่วทั้งและได้รับการรักษาโดยการให้น้ำทางหลอดเลือดดำและอินซูลินเพื่อแก้ไขปัญหาระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะกรดต่างในร่างกายไม่สมดุล การมีคีโตนคั่งในร่างกายกระทั่งผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดและสมดุลกรดต่างเข้าสู่เกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤต ซึ่งหากได้รับการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินวิกฤตเช่นนี้ไม่ทัน ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ที่รุนแรงนี้ได้ นอกจากผู้ป่วยได้รับการรักษาทั่วทั้งที่การดูแลและประเมินสังเกตอาการขณะผู้ป่วยได้รับการรักษาเพื่อไม่ให้ผู้ป่วย เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้ สมรรถนะและทักษะในการ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และเฝ้าระวังในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตตลอดจนบทบาทในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของ ผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- 1.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. Diabetes Association of Thailand. Clinical practice guideline for diabetes. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ16 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.diabetesatlas.orgutm_source=media&utm_medium=email&utm_campaign=world_diabetes_day_2019_press_release
- 2.American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes. Diabetes Care. 2017;40: (Suppl 1): S11-S2.
- 3.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ระดับจังหวัด. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ16 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก:[https:// pkto.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php](https://pkto.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php).
- 4.โรงพยาบาลป่าตอง. รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี 2566 โรงพยาบาลป่าตอง: ภูเก็ต: โรงพยาบาลป่าตอง.
- 5.จิราภรณ์ ชิมโสม. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA):รายกรณีศึกษา. ชัยภูมิเวชสาร. 2563; 40(2):115-3.
- 6.กนกพจน์ จันทรวิวัฒน์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอายุรศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2563
- 7.ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย,กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับ โรคเบาหวานพ.ศ.2566. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.

8.เสาวนีย์ พรประภา. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis.รายกรณีศึกษา.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและชุมชน. 2564;6(2):54-9.

9.ประทุม สร้อยวงศ์. การพยาบาลอายุรศาสตร์. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560.

มารดาติดยาบ้า ส่งผลอะไรบ้างต่อลูก

ศุภมาส พันธุ์เชย *

ปัจจุบันในสังคมไทยมีการแพร่ระบาดของยาเสพติดในกลุ่มต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง ทั้งในกลุ่มเด็ก เยาวชนวัยรุ่น รวมไปถึงในหญิงตั้งครรภ์ การใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์นั้นเป็นปัญหาที่พบบ่อยมากขึ้น แอมเฟตามีน เป็นยาเสพติดที่มีการใช้อย่างแพร่หลายจัดอยู่ในสารเสพติดที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ในอดีตเรียกว่า ยาม้า ต่อมามีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเพื่อเพิ่มการออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและลดผลข้างเคียง ด้านหัวใจและหลอดเลือด กลายเป็นเมทแอมเฟตามีน (methamphetamine) หรือ ยาบ้า ซึ่งมีการใช้อย่างแพร่หลายจนถึงปัจจุบัน เมทแอมเฟตามีนออกฤทธิ์โดยทำให้เกิดการหลั่งและยับยั้งการทำลายของโดปามีน (dopamine) ทั้งในระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทส่วนปลาย จึงทำให้เกิดการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (sympathetic) มีผลทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดขยาย มีการเพิ่มของอัตราการเต้นหัวใจ รูม่านตาขยาย ความดันโลหิตสูง เหงื่อออกมาก อุณหภูมิของร่างกายสูง

กรมการแพทย์ โดยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) เตือนภัยแม่เสพยาขณะตั้งครรภ์ จะเกิดความผิดปกติ เกิดภาวะวิกฤติในทารกแรกเกิด เสี่ยงตายทั้งแม่และลูก การใช้ยาและสารเสพติด ส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้เสพและบุคคลรอบข้าง เป็นสาเหตุของปัญหาต่างๆ ในสังคม ไม่ว่าจะเป็นการลักขโมยของ เมายา ทำร้ายร่างกายตนเองหรือผู้อื่น รวมไปถึงการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน เกิดปัญหาตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม และไม่ไปฝากท้องเพราะกลัวความผิดจากเสพยา ทำให้ทารกในครรภ์ไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ทั้งนี้แม่ที่เสพยาในกลุ่มแอมเฟตามีนหรือยาบ้าในขณะตั้งครรภ์จะเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์อย่างมาก เสี่ยงต่อการแท้ง ทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือขณะคลอด เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ มีความผิดปกติของหัวใจ ภาวะเลือดออกในสมอง เซลล์ประสาทถูกทำลาย สมองตาย ศีรษะเล็ก ทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดยาบ้าจะมีการติดยาบ้าเช่นเดียวกับแม่ มีปัญหาภาวะกตการหายใจ ร้องไห้ไม่หยุด กระวนกระวาย ไม่ตื่นนอนตามปกติ เลี้ยงดูยาก เมื่อโตขึ้นจะมีความผิดปกติของของสมาธิและความจำ มีความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมต่างๆตามมานอกจากนี้สารเสพติดในกลุ่มฝิ่น เฮโรอีนจะทำให้เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษเลือดออกในครรภ์ และสารเสพติดประเภทสารสารถะเหยจะเข้าสู่ทารกในครรภ์ผ่านทางรกและเลือด ทำให้ทารกติดเชื้อได้ง่าย ขาดออกซิเจน เซลล์สมองพัฒนาการต่ำหรือไม่พัฒนาเลย ซึ่งในปัจจุบันพบแม่ที่ไม่ฝากครรภ์และติดสารเสพติดเป็นจำนวนมากในบางรายเมื่อคลอดแล้วต้องการทั้งไว้ที่โรงพยาบาลหรือขายต่อทารกให้กับผู้อื่นไม่ต้องการนำกลับบ้านไปปรับภาวะเลี้ยงดู สร้างปัญหาให้แก่โรงพยาบาลในการต้องรับภาระรักษาทารกผิดปกติเป็นจำนวนมาก

เภสัชวิทยา

แอมเฟตามีน ตัวต้นกำเนิด [racemic (β - phenylisopropyl) amine, ($\pm$)- α -methyl- phenethylamine)] เป็นสารแอมีนที่มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathomimetic amine) รุนแรงทั้งต่อระบบประสาทส่วนกลางและประสาทส่วนรอบ (ทั้งส่วน α และ β) ยานานที่ใช้นานมากในประเทศไทยคือ เมทแอมเฟตามีน ซึ่งเป็นอนุพันธ์ที่ให้ผลรุนแรงกว่าแอมเฟตามีน ต้นกำเนิดมาก การใช้บ่อยเป็นประจำทำให้เกิดการติดยา (drug dependence) และเมื่อหยุดใช้จะเกิดกลุ่มอาการขาดยา (abstinence syndrome)

แอมเฟตามีนไม่ใช่สารหลักที่ก่อให้เกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์ กลไกของสารนี้คือเพิ่มการหลั่งของโดปามีนในหลอดเลือดและยับยั้งการนำโดปามีนกลับเข้าเซลล์ มารดาที่ได้รับแอมเฟตามีนจะมีความดันโลหิตสูงจนเกิดภาวะแทรกซ้อน

*นายแพทย์เชี่ยวชาญ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกระบี่

จากความดันโลหิตสูง เช่น รกลอกตัว คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น หากทารกในครรภ์ได้รับจะก่อให้เกิดทารกตัวเล็ก หรือ ทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้ นอกจากนี้ในช่วงวัยเรียนจะมีปัญหาด้านพฤติกรรมได้ผลการใช้ยาต่อทารกในครรภ์ จากการที่ทารกต้องเสพแอมเฟตามีนร่วมไปกับมารดา และเกิดอาการต่างๆ เช่นคนเสพยาแล้ว ยังต้องรับผลร้ายรุนแรงจากกรณีที่สภาพแวดล้อม ภายในและภายนอกมดลูกเปลี่ยนแปลงบ่อยๆ ซ้ำๆ (unstable intrauterine milieu) จากการหยุดใช้ยาหรือการใช้ยามากเกินของมารดา ผลร้ายที่อาจบังเกิดแก่ทารก ได้แก่

1. ความผิดปกติของการเจริญเติบโตของทารก

สตรีที่เสพยาบ้าในช่วง 3 เดือนแรกของการมีครรภ์อาจทำให้ทารกมีความพิการแขนขา ท่อน้ำดีตีบตัน ตับแข็ง และม้ามโตจากความดันพอร์ทัลสูง โดยรวมทารกในครรภ์ของผู้เสพยาจะมีร่างเล็กกว่าทารกทั่วไป (small for gestational age) และอวัยวะภายในมีขนาดเล็กกว่าปกติด้วย ทั้งนี้ ไม่ได้เกิดจากภาวะขาดอาหารของมารดา สาเหตุสำคัญเกิดจากการบีบตัวเล็กลงของหลอดเลือดและภาวะความดันเลือดสูง ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนเรื้อรัง นอกจากนั้นการหดตัวของหลอดเลือดสายสะดือมีผลรุนแรงทำให้สมองได้รับออกซิเจนน้อย เกิดการพัฒนาของสมองช้าลง และทำให้เกิดอันตรายต่อหน่วยพันธุกรรม เช่น hypodiploidy อัตราการเกิด abnormal palmar crease สูงมาก ในทารกของสตรีติดยา

2. พยาธิสภาพและการเสียชีวิตของทารกในครรภ์

การหดตัวของหลอดเลือดสายสะดือจากฤทธิ์ยา มีผลทำให้สมองขาดออกซิเจน และทารกเองเกิดภาวะพร่องออกซิเจน หรือภาวะเลือดเป็นกรด ซึ่งมักทำให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้ พบร่องรอยของการตกเลือดในเนื้อสมองส่วนต่างๆทั้งแบบเก่าและใหม่

3. พยาธิสภาพและการเสียชีวิตของทารกแรกคลอด

เด็กแรกคลอดมักมีน้ำหนักตัวน้อยและมีภาวะแทรกซ้อนได้บ่อย เช่น ภาวะ birth asphyxia การตกเลือดในสมองภาวะเลือดพร่องน้ำตาล ภาวะเลือดพร่องแคลเซียม ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะตัวเหลือง

การตายคลอด (stillbirth) เกิดจากฝ่ายมารดาขาดยาขณะการคลอดทำให้กล้ามเนื้อมีอัตราเมแทบอลิซึม และการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น ซึ่งในขณะเดียวกันนั้นทางฝ่ายทารกที่ขาดยา ก็มีความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นเช่นกัน การขาดออกซิเจนนานๆ ก็ทำให้ทารกเสียชีวิตได้ ทารกติดยาทารกที่เสพยาตั้งแต่ในครรภ์มารดาจะมีการต่างๆ ของคนติดยา (drug dependence fetus) และอาการถอนยาตั้งแต่อยู่ในครรภ์และหลังคลอดออกมาเช่นเดียวกันกับคนติดยาทั่วไป

ระยะที่อยู่ในครรภ์อาการทารกเสพยา ได้แก่ การตื่นตัวตื่น เคลื่อนไหวรุนแรงเป็นเวลายาวนาน สลับกับการงีบหลับเมื่ออ่อนล้า อาการต่างๆ เกิดจากผลทางจิต ประสาทของการได้รับยาเกินขนาดฉับพลัน (acute neuropsychiatric effects) เกิดอาการกระวนกระวาย ตัวสั่น hyperreflexia หงุดหงิด เป็นต้น

อาการทารกขาดยา อนุมานว่าเป็นเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ขาดยา อาการหิวยาในระยะแรกทำให้มีอาการเคลื่อนไหวรุนแรงระยะหลังมีอาการซึมเซาจากการขาดยาเป็นอาการสำคัญ

เมื่อแรกคลอดมักมีอาการหลายระบบเกิดจากขาดยา เนื่องจากรมารดาหยุดยาในช่วงการคลอด ผลต่อทารกแรกคลอด

1. ความผิดปกติและการเสียชีวิตของทารก (neonatal morbidity and mortality) ดังกล่าวมาแล้วในตอนต้น

2. กลุ่มอาการขาดยาในทารกแรกคลอด (neonatal amphetamine abstinence syndrome: amphetamine withdrawal symptomatology) อาการต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 1 แต่ไม่พบในทุกราย หรือพบในระยะต่อมา และไม่จำเป็นต้องมีอาการครบทุกอย่าง

การวินิจฉัยทารกติดยา

- ประวัติมารดาเสพยาขณะท้อง แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้ประวัติเพราะมักไม่ยอมสารภาพ

- ลักษณะเวชกรรมของทารกมีน้ำหนักตัวน้อย ร่างเล็กและวิรูป ร่วมกับอาการถอนยาเนื่องจากการหยุดยาของมารดา ระหว่างการคลอด อาการถอนยาของทารกดังแสดงไว้ในตารางที่ 1 พึงสังเกตว่าทารกคลอดจากรมารดาเสพยาไม่จำเป็น

ต้องมีการทุกราย และบางรายอาการอาจเกิดภายหลังคลอดได้นานถึง 2-4 สัปดาห์ ซึ่งทั้งมารดาและทารกได้ออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว นอกจากนั้น เมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้วมารดาก็มักกลับไปเริ่มใช้ยาอีกทารกที่ดื่มนมมารดาก็จะได้รับยาด้วย ทำให้อาการถอนยาหมดไป

ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ ระยะเวลาที่แสดงอาการ และความรุนแรงของอาการถอนยานั้น ขึ้นกับชนิด ค่าครึ่งชีวิต ปริมาณยา ความสามารถในการผ่านรกของสารเสพติดที่ได้รับ และระยะเวลาหลังจากที่มารดาได้รับยาครั้งสุดท้าย ก่อนคลอด

การตรวจปัสสาวะทางพิษวิทยา โดยวิธีอิมมูโนแอสเสย์ และอาจต้องตรวจยืนยันโดยวิธี gas chromatography mass spectroscopy การตรวจอาจทำทั้งมารดาและบุตรในกรณีที่มิได้ประวัติจากมารดา การตรวจเมแทบอลิต์ของยาในขี้เทา (meconium drug testing)

ตารางที่ 1 กลุ่มอาการถอนยาในทารกแรกคลอด (ดัดแปลงจาก LP Finnegan)

ระบบ	ลักษณะอาการ
ประสาทกลาง	ร้องเสียงแหลม หาวบ่อย แขนขาสั่นหรือสั่นทั้งตัว ร้องกวน ไม่นอน อาจมีอาการชักได้ รวมถึงอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ไข้ เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว
การหายใจ	หาวบ่อย ลายจุดตามตัว (MOTTILING) คัดจมูก ปีกจมูกบาน หายใจหอบเหนื่อย หายใจเร็ว มีช่องว่างซีดตรงบุ่มช่วงหายใจเข้าหรือ หยุดหายใจ
ทางเดินอาหาร	อาเจียน ขย่อนนม กินนมได้น้อย กินนมมาก ถ่ายบ่อย ถ่ายเหลว

การวินิจฉัยแยกโรคที่อาจพบได้ในทารกแรกคลอดที่มีอาการคล้ายกัน อาทิ โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ การตกเลือดในสมอง โรคทางเมแทบอลิซึม เช่น ภาวะเลือดพร่องน้ำตาล ภาวะเลือดมีโซเดียมน้อยหรือมากเกินไป

การรักษาทารกติดยา

ทารกที่คลอดจากสตรีเสพยา แม้ไม่มีอาการ ก็ควรให้การดูแลในโรงพยาบาลอย่างน้อย 4 วัน และนัดมาติดตามช่วงสั้นๆ อีกระยะหนึ่ง หรือที่ดี ที่สุดคือแยกจากมารดาไปรับการดูแลในสถานพยาบาลเฉพาะทาง

ในรายที่ทารกมีอาการไม่รุนแรงใช้การรักษาแบบอนุรักษ์โดยไม่ต้องใช้ยา โดยแยกเด็กไปอยู่ในห้องที่มีบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมสงบเสียบปราศจากสิ่งกระตุ้น (reducing noxious environmental stimuli) และจัดท่านอนของทารกให้เคลื่อนไหวในท่าอตัว ควรให้อาหารบ่อยๆ เช่น ทุก 2 ชั่วโมง

ข้อบ่งชี้การใช้ยารักษาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ และควรเริ่มด้วยขนาดยาที่ต่ำที่สุด รายละเอียดของการรักษาต้องอาศัยกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะงานนี้

เครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินภาวะถอนยาในทารกแรกเกิด คือ neonatal abstinence scoring system (NAS score) ดังรูปที่ 1 ซึ่งจะประเมินอาการที่สารเสพติดมีผลต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย โดยเริ่มประเมิน ภายใน 2 ชั่วโมงแรก หลังเกิดและประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมง เป็นเวลาอย่างน้อย 4 วัน คะแนนที่มากขึ้นบ่งบอกถึงอาการถอนยาที่รุนแรงขึ้น หากคะแนนน้อยกว่า 8 จะให้การรักษาตามอาการ หากคะแนนมากกว่าเท่ากับ 8 ต่อเนื่องกัน 3 ครั้ง หรือมากกว่าเท่ากับ 12 ต่อเนื่องกัน 2 ครั้ง ถือว่ามีภาวะถอนยาที่รุนแรงจำเป็นต้องให้การรักษายา

นอกจากทารกที่ได้รับผลกระทบจากแม่ที่เสพยาแล้ว แม่ที่เสพยาในขณะตั้งครรภ์ก็จะเกิดอันตรายหลายอย่างด้วยเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นภูมิคุ้มกันโรคลดลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคต่างๆ ขณะตั้งครรภ์มากกว่าคนทั่วไป หลังคลอดยังพบภาวะตกเลือดอย่างรุนแรงและอาจเสียชีวิตได้ เตือนกลุ่มผู้เสพ หากพบว่าตั้งครรภ์ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของทารกในครรภ์และความปลอดภัยของตนเอง การดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์เป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก ควรไปพบแพทย์เพื่อฝากครรภ์ ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ควรหยุดเสพยาและสารเสพติดในขณะตั้งครรภ์ โดยสามารถขอรับคำปรึกษาหรือเข้ารับการรักษาได้ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ จังหวัดปทุมธานี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในส่วนภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ขอนแก่น อุดรธานี สงขลา ปัตตานี และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ สายด่วนยาเสพติด 1165 และ www.pmindat.go.th

รูปที่ 1 neonatal abstinence scoring system (NAS score)

อาการ	1คะแนน
ร้องเสียงแหลมติดต่อกัน>15 วินาที หรือเป็นช่วงๆ<5 นาที	2
ร้องเสียงแหลมติดต่อกัน>15 วินาที หรือเป็นช่วงๆ<5 นาที	3
หลับ<1 ชม. หลังป้อนนม	3
หลับ<2 ชม. หลังป้อนนม	2
หลับ<3 ชม. หลังป้อนนม	1
โมโร รีเฟล็กซ์ ไว	1
โมโร รีเฟล็กซ์ ไวเกิน	2
ตัวสั่นเล็กน้อย (โดยไม่ถูกรบกวน)	1
ตัวสั่นปานกลาง-มาก (โดยไม่ถูกรบกวน)	2
กล้ามเนื้อแข็งผิดปกติ	1-2
รอยถลอกที่ผิวหนัง (EXCORIATION) บริเวณ...	1-2
ชัก (GENERALIZED SEIZURE)	8
ไข้ ($\geq 37.20^{\circ}\text{C}$)	1
หาวบ่อย (≥ 4 ในช่วงเดียวกัน)	1
ออกเหงื่อ	1
คัดจมูก	1
จาม (≥ 4 ในช่วงเดียวกัน)	1
หายใจเร็ว มากกว่า 60 ครั้ง/นาที	2
การดูดนมบ่อยเกินหรือกินอาหารน้อย (POOR FEEDING)	2
สำรอกบ่อย อาเจียนพุ่ง	2
อุจจาระเหลว หรือเป็นน้ำ	2
น้ำหนัก <90% ของน้ำหนักแรกเกิด	2
เด็กหงุดหงิดง่าย (EXCESSIVE IRRITABILITY)	1-3

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความลงในวารสาร "กระบี่เวชสาร"

วารสารกระบี่เวชสาร เป็นวารสารวิชาการของโรงพยาบาลกระบี่ ซึ่งมีกำหนดการตีพิมพ์วารสาร ปีละ 2 ฉบับ คือ (มิถุนายน และ ธันวาคม) เพื่อเผยแพร่ความรู้ผลงานวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข และเพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการของ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ รวมถึงบุคลากรทางด้านสาธารณสุข และบุคลากรทั่วไป ทั้งภายในและภายนอก โรงพยาบาลกระบี่ และเป็นการส่งเสริมให้มีเวทีในการสร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการที่จะเป็นประโยชน์ต่อการแพทย์และสาธารณสุข

วารสารฯ ยินดีรับเรื่องทางวิชาการและสารคดีเกี่ยวกับแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร ควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการลงพิมพ์ ซึ่งคำแนะนำนี้เป็นคำแนะนำที่ใช้กับวารสารทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานสากล รวมทั้งการจัดเขียนเอกสารอ้างอิง ที่เป็นประโยชน์สำหรับการเตรียมบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารที่มีชื่อเสียงอื่น ๆ ด้วย

1. ประเภทของบทความ

วารสารกระบี่เวชสาร ตีพิมพ์บทความประเภทต่าง ๆ ดังนี้

- 1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)
- 1.2 รายงานผู้ป่วย (Case Report)
- 1.3 บทความพินิจ/บททบทวนวรรณกรรม (Review Article)
- 1.4 ปกิณกะ (Miscellaneous)

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้า วิจัย การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case Report) เป็นการรายงานผู้ป่วยที่มีธรรมดา หรือที่เป็นโรค หรือกลุ่มอาการโรคใหม่ ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งรวมถึงการบันทึกเวชกรรม (Clinical Note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (Clinical Feature) และ/หรือการดำเนินโรค (Clinical course) ที่ไม่ตรงรูปแบบ ที่พบไม่บ่อย บทความรายงานผู้ป่วย ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิเคราะห์หรือข้อสังเกต สรุป และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

บทความพินิจ/บททบทวนวรรณกรรม (Review Article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรงพบใหม่หรือเรื่องที่ที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิเคราะห์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

ปกิณกะ (Miscellaneous) เป็นบทความอื่น ๆ รายงานที่เกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์ สาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม ที่เป็นประโยชน์ หรือบทความที่ส่งเสริมความเข้าใจอันดีแก่ผู้ปฏิบัติงานในวงการแพทย์และสาธารณสุข เช่น การศึกษาต่อเนื่อง จริยธรรมทางการแพทย์ บทสัมภาษณ์ หรือเรื่องเล่าจากแพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมต้นฉบับ

- ต้นฉบับ (manuscript) พิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Microsoft Words for 2010 ขึ้นไป
- ต้นฉบับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ A4 โดยรวมตารางและภาพทั้งหมดแล้ว โดยเว้นขอบทุกด้าน 1 นิ้ว และอ้างอิงไม่เกิน 40 รายการ

2.3 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนา ใ้หน้าแรกตรงกลาง ขนาด 17

2.4 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 (หนา)อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวเลขยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดปกติ ขนาด 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์ และอีเมลล์ ในส่วนล่าง

2.5 บทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวแต่ละภาษาไม่ 1 หน้าต่อบทคัดย่อ

2.6 คำสำคัญ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3- 5 คำ)

2.7 เนื้อเรื่อง

- ภาษาที่ใช้ ให้ใช้ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษทั้งเรื่อง

- บทความภาษาไทย ควรหลีกเลี่ยงภาษาอังกฤษให้มากที่สุด ยกเว้นในกรณีจำเป็นเท่านั้น ศัพท์แพทย์ถ้ามีคำแปลเป็นภาษาไทยหรือใช้ศัพท์ภาษาไทยแพร่หลายแล้วให้ใช้ภาษาไทย คำแปลศัพท์โปรดดูในพจนานุกรมศัพท์แพทย์ของราชบัณฑิตยสถาน ถ้าไม่มีคำแปลในพจนานุกรมให้ใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษได้ หรือถ้าจะใช้ศัพท์ภาษาไทยที่ไม่มีพจนานุกรมหรือไม่แน่ใจว่าผู้อ่านจะเข้าใจให้วงเล็บภาษาอังกฤษในครั้งแรกที่ใช้

- ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งขึ้นต้นด้วยอักษรใหญ่อย่าขึ้นต้นประโยคด้วยศัพท์ภาษาอังกฤษ และหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษที่เป็นกริยา

- คำย่อให้เขียนคำเต็มไว้ในการใช้ครั้งแรก พร้อมทั้งใส่คำย่อไว้ในวงเล็บ แล้วครั้งต่อ ๆ ไปให้ใช้คำย่อนั้นได้ในเนื้อเรื่อง

3. การเรียงลำดับเนื้อเรื่อง

3.1 การเรียงลำดับเนื้อเรื่อง บทความวิจัย

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- เอกสารอ้างอิง

3.2 การเรียงลำดับเนื้อเรื่อง บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)

- Abstract
- Introduction
- Objective
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration /Informed Consent
- Result
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

3.3 การเรียงลำดับเนื้อเรื่อง บทความวิชาการ

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- Abstract (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง (แสดงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ)
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- เอกสารอ้างอิง

3.4 การเรียงลำดับเนื้อเรื่อง บทความวิชาการ (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract (in English)

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บกลมและใช้ “ตัวยก” หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้อนให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อย่อต้นและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่ มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่ว ๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง

ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.htm>

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

1) วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;ปีที่:หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้นิพนธ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ดังนี้

• เอกสารจากวารสารวิชาการ ตัวอย่าง

วิทยา สวัสดิคุณพงศ์, พัทรี เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขาวงกิตพงศ์, ยุติ ตาพิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหาเชื้อเรื้อรังปาล์มดลูกในสตรี อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541;7:20-6.

Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol 1998;55:697-701.

• องค์การเป็นผู้นิพนธ์ ตัวอย่าง

คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538;24:190-204.

• ไม่มีชื่อผู้นิพนธ์ ตัวอย่าง

Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981;283:628.

• บทความในฉบับแทรก ตัวอย่าง

วิชัย ต้นไพจิตร. สิ่งแวดล้อม โภชนาการกับสุขภาพ ใน : สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟท์ส บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539;48 (ฉบับผนวก):153-61.

• ระบุประเภทของบทความ ตัวอย่าง

บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพ็ชรพลา, นันทวัน พรหมผลิน, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทศนาภรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539;48:616-20.

Enzenseberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease (letter). Lancet 1996;347:1337.

Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981;283:628.

2) หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

• หนังสือหรือตำราผู้นิพนธ์เขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่งโดยผู้นิพนธ์ ตัวอย่าง

ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- หนังสือมีบรรณาธิการ ตัวอย่าง

วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื้อมเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2535.

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

• บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่องใน. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย). ตัวอย่าง

เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราภรณ์, ประอร ขวลิธ อารัง, พิภพ จิรปัญญา, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-7.

Phillpps SJ. Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p 465-78.

• **รายงานการประชุม สัมมนา**

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. ตัวอย่าง

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, งามจิตต์ จันทราธิติ, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมโป้ป้อทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2541.

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International congress of EMG and clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

• **รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน**

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน. ตัวอย่าง ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุข ด้วยกลุ่มวิจัยร่วม. กรุงเทพมหานคร: กองโรงพยาบาลภูมิภาค/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย/องค์การอนามัยโลก; 2540.

Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and Inspections; 1994. Report No. : HHSIGOEI69200860.

• **วิทยานิพนธ์**

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). ภาควิชา คณะ. เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ปริญญา. ตัวอย่าง ชัยมัย ชาลี. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลในเขต กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเศรษฐศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2530.

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization (dissertation). St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

3) **สิ่งพิมพ์อื่น ๆ**

• **บทความในหนังสือพิมพ์**

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์ วันเดือนปีที่พิมพ์; ส่วนที่ : เลขหน้า (เลขคอลัมน์). ตัวอย่าง เพลิงมรกด. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ วันที่ 30 สิงหาคม 2539; 23. (คอลัมน์ 5).

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col.5).

• **กฎหมาย ตัวอย่าง**

พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง 2532. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 37 พ.ศ. 2532, ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 106, ตอนที่ 129. (ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2532).

Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

• **พจนานุกรม** ตัวอย่าง

พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์ ; 2538. หน้า 545.

Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 199-20.

• **วิกิพีเดีย**

ลำดับที่. ชื่อเรื่อง (วิกิพีเดีย). เมืองที่ผลิต: แหล่งผลิต; ปีที่ผลิต. ตัวอย่าง

HIV/AIDS: the facts and the future (videocassette). St. Louis (MO) : Mosby-year Book; 1995.

• **สื่ออิเล็กทรอนิกส์**

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [serial online] ปีที่พิมพ์ [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล]; ปีที่(เล่มที่ถ้ามี) : [จำนวนหน้าหรือจำนวนภาพ]. แหล่งข้อมูล: URL address underlined ตัวอย่าง

Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar[cited 1999 Dec 25]; 1 (1) : [24 Screens]. Available from: URL : <http://www.cdc.gov/ncidoc/EID/eid.htm>

• **สิทธิบัตร (Patent)** ตัวอย่าง

Pagedas AC, inventor; Ancel Surgical R&D Inc., assignee. Flexible endoscopic grasping and cutting device and positioning tool assembly. United States patent US 20020103498. 2002 Aug 1.

• **กรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้พิมพ์ให้เริ่มต้นจากอ้างอิง** ตัวอย่าง

National Organization for Rare Disease [online]. 1999 Aug 16 [cited 1999 Aug 21]; Available from: URL: <http://rarediseases.org/>

4) Web based / online Databases

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [online]. โรงพิมพ์ถ้ามี. แหล่งข้อมูล: ชื่อเรื่องและฐานข้อมูลถ้ามี. [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล]. ตัวอย่าง

Kirkpatrick GL. Viral infections of the respiratory tract. In: Family Medicine. 5th ed. [online], 1998. Available from: Stat! Ref. Jackson (WY): Teton Data System; 2001. [cited 2001 Aug 31].

• **CD-ROM** ตัวอย่าง

Clinical pharmacology 2000 [CD-ROM]. Version 2.01. [cited 2001 Aug 7]; Gainesville (FL): Gold standard Multimedia; 2001.

• **Book on CD-ROM** ตัวอย่าง

The Oxford English dictionary [book on CD-ROM]. 2nd ed. New York (NY): Oxford University Press; 1992.

• **Journal on CD-ROM**

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร(ชื่อย่อ) [Serial on CD-ROM] ปี; เล่มที่ : หน้า. ตัวอย่าง

Gershon ES. Antisocial behavior. Arch Gen Psychiatry [Serial on CD-ROM]. 1995; 52: 900-901.

3.5 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ ควรแยกพิมพ์ต่างหาก

ตาราง เน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลข และเครื่องหมายต่าง ๆ บรรจุลงในคอลัมน์ เพื่อแสดงข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

ตาราง 1ชื่อตาราง.....(ตาราง 1 ขนาด 15 หน้า, ชื่อตารางขนาด 15 ไม่หน้า)

ภายในตาราง ขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา 14 หรือเล็กกว่านั้นขึ้นอยู่กับจำนวนคำ (ไม่หน้า)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ		
ชาย	XX	XX
หญิง	XX	XX

- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3-5 ตาราง หรือเนื้อหา 1,000 คำต่อตาราง ถ้ามี ตารางมากจะทำให้การจัดหน้า ยากลำบาก ใช้เวลามาก สิ้นเปลือง ถ้าผู้นิพนธ์มีข้อมูลมาก ให้เลือกเฉพาะข้อมูลที่สำคัญนำเสนอเป็นตารางในบทความ อาจจะมี ตารางข้อมูลอื่น ๆ แยกไว้ ถ้าผู้อ่านสนใจจึงจะส่งให้

ภาพและแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็นภาพขาวดำ/สี ทำไฟล์แยก กำหนดรูปแบบ เป็น .jpg, .TIFF ตั้งชื่อไฟล์ให้สื่อให้ทราบ อย่างชัดเจน

เกณฑ์พิจารณาคุณภาพของบทความ

1.บทความที่ส่งมาให้กองบรรณาธิการพิจารณา จะต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (EC) และมีใบรับรอง ยืนยันแนบส่งมาพร้อมด้วยโดยต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นมาก่อน และต้องไม่อยู่ในช่วงเวลาของการรอพิจารณาจาก วารสารอื่น

2.บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการกระเปาะวารสารและเป็นบทความที่มี ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer-review) จะไม่ ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) และบทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในกระเปาะวารสารที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

3.บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ใน 3 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์

4.บทความต้องจัดตามรูปแบบที่วารสารกำหนด

5.วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสมและความคิดเห็นของผู้เขียน

6. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับให้กองบรรณาธิการ ด้วยระบบออนไลน์

7. ผู้เขียนต้องชำระการตีพิมพ์บทความ

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

-บทความภาษาไทย จำนวน 1,500 บาท

-บทความภาษาอังกฤษ จำนวน 2,000 บาท

การอ่านประเมินต้นฉบับ

บทความนิพนธ์ต้นฉบับจะต้องผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review) และส่งผลการอ่านประเมินคืนผู้เขียนเพื่อเพิ่มเติม แก้ไข หรือพิมพ์ต้นฉบับ ใหม่แล้วแต่กรณี

ลิขสิทธิ์

ห้ามนำข้อความทั้งหมดหรือบางส่วนไปพิมพ์ เว้นว่าได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร

ความรับผิดชอบ

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาดอันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์ ใหม่แล้วแต่กรณี

การส่งบทความให้บรรณาธิการ

ผู้เขียนส่งไฟล์ต้นฉบับตามรูปแบบซึ่งกำหนดในรูปแบบ .doc, .docx เท่านั้น <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/KB> หรือทาง e-mail : krabijournal@gmail.com

ผู้ประสานงานกองบรรณาธิการ

คุณนรินทร์ ชุนรักษา

โทรศัพท์ 075-626-700 ต่อ 1054 / 098-0415435



โรงพยาบาลกระบี่
KRABI HOSPITAL

โรงพยาบาลกระบี่ 325 ถนนอุตรกิจ ตำบลปากน้ำ อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ 81000
โทรศัพท์ 0-7562-6700 www.krabihospital.go.th