



วารสารสถาบันบำราศนราดูร

Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562 Vol13 No. 1 January - April 2019

E-ISSN 2673-0375

วารสารสถาบันบำราศนราดูร

วารสารสถาบันบำราศนราดูร เป็นวารสารทางวิชาการ เผยแพร่โดย สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์:	1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรในสถาบันบำราศนราดูร และหน่วยงานทางวิชาการอื่นๆ 2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อ และประสานงานระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข 3. เพื่อเป็นการจัดการความรู้ และสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้	
คณะที่ปรึกษา:	นายแพทย์อภิชาติ วชิรพันธ์ นายแพทย์กฤษฎา หาญบรรเจิด นางสุทธิพร เทรฐยา นายแพทย์พรชัย จิระชนากุล	ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายบริการทางการแพทย์ สถาบันบำราศนราดูร รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
บรรณาธิการ:	แพทย์หญิงวรรณรัตน์ พงษ์ไพบูลย์	สถาบันบำราศนราดูร
คณะบรรณาธิการ:	ศ.เกียรติคุณพ.ธีระ รามสูต ผศ.ดร.นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ ผศ.ดร.ทรงพล ต่อนี่ ผศ.ดร.มนพร ชาทิขานี ดร.ยุพารรณ ทองตะนูนาม ดร.ภญ.นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร ดร.นพ.สุทัศน์ โชตนะพันธ์ นายแพทย์เจตสรร นามวาท นายแพทย์วิศิษฐ์ มูลศาสตร์	มูลนิธิราชประชานุเคราะห์ในพระบรมราชูปถัมภ์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จ.นนทบุรี กองนวัตกรรมการและวิจัย กรมควบคุมโรค สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา กรมควบคุมโรค กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
ผู้จัดการ:	นางสาวนิอร อริโยทัย	
ฝ่ายจัดการ:	นายสิทธิกร โกสุมภ์	
สำนักงานวารสาร:	สถาบันบำราศนราดูร 38 อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 5 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร 0 2590 3475, 0 2590 3645 E-Mail: bidijournal@gmail.com	
กำหนดออก:	ปีละ 3 ฉบับ (ฉบับที่1: มกราคม-เมษายน, ฉบับที่2: พฤษภาคม-สิงหาคม, ฉบับที่3: กันยายน-ธันวาคม)	
เผยแพร่:	เว็บไซต์ ThaiJo https://www.tci-thaijo.org/index.php/bamrasjournal/index เว็บไซต์สถาบันบำราศนราดูร http://bamras.ddc.moph.go.th/th/index.php	

JOURNAL of BAMRASNARADURA INFECTIOUS DISEASES INSTITUTE

**Official Publication of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute,
Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand**

Objective:	1. To distribute new knowledge and researches. Conducted by health Professional in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute and Ministry of Public Health. 2. Media for knowledge charring among public health personnel 3. Media for knowledge management and knowledge based organization	
Advisors:	Apichart Vachiraphan, M.D.	Director of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
	Krisada Hanbunjerd, M.D.	Deputy Director of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
	Suttiporn Teruya, B.N.S.	Deputy Director of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
	Pronchai Chirachanakul, M.D.	Senior Expert, Department of Disease Control
Editor:	Wannarat Pongpirul, M.D.	Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
Editorial Board:	Prof.Teera Ramasoota, M.D., M.P.H., M.P.A.	Rajapracha Samasai Foundation, Raj Pracha Samasai Institute
	Asst.Prof. Krit Pongpirul, M.D., Ph.D	Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
	Asst.prof. Songpol Tornee, Ph.D.(Tropical Medicine)	Faculty of Physical Education, Srinakharinwirot University
	Asst.prof. Manaporn Chatchumni, Ph.D.(Care Sciences)	Faculty of Nursing, Rangsit University
	Dr.Yupawan Thongtanunam, Ph.D.(Health Promotion)	Boromarajonane College of Nursing Changwat Nonthaburi
	Naiyana Praditsitthikorn, Ph.D.(Pharmacy Administration)	Division of Innovation and Research, Department of Disease Control
	Suthat Chottanapund, M.D., Ph.D.	Director, Institute of Preventive Medicine, Department of Disease Control
	Chawetsan Namwat, M.D	Division of Epidemiology, Department of Disease Control
	Visal Moolasart, M.D.	Senior Expert, Department of Disease Control
Manager:	Niorn Ariyothai, M.Sc. (Infectious Disease)	
Management Department:	Sittikorn Gosoom, B.Sc. (Computer Science)	
Editor Office:	Journal office, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute 38 Tiwanond Rd, Nonthaburi 11000, 5th floor of Chalermprakiat Building Floor. Tel. 0 2590 3475, 0 2590 3645, E-Mail: bidijournal@gmail.com	
Frequency:	3 issues per year (January–April, May–August, September–December)	
Published on:	https://www.tci-thaijo.org/index.php/bamrasjournal/index http://bamras.ddc.moph.go.th/th/index.php	

วัตถุประสงค์และขอบเขตเนื้อหา

วารสารสถาบันบำราศนราดูร มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานด้านสาธารณสุข ได้แก่ การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ ระบาดวิทยา การสอบสวนโรค อนามัยสิ่งแวดล้อม การแพทย์ การพยาบาล การพัฒนาคุณภาพงาน การตรวจพิเศษ และห้องปฏิบัติการยุทธศาสตร์และนโยบายทางสาธารณสุข การประเมินผลโครงการ การพัฒนาประเมินหลักสูตร เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในรูปแบบบทความวิจัย บทความวิชาการ รายงานผู้ป่วย กรณีศึกษา รายงานผลการวิจัย ผลการปฏิบัติงาน นวัตกรรมใหม่ การทบทวนวรรณกรรม สารความรู้หรือการแปลเอกสารวารสารที่สามารถนำมาเป็นแนวทางหรือความรู้แก่ผู้อ่าน เช่น ผลการวิจัยใหม่ ๆ ที่พบในวารสารต่างประเทศ

วารสารฯ มีกำหนดออกปี ละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

ผู้สนใจสามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่ งานวารสารสถาบันบำราศนราดูร ช.ดิวานนท์ 14 ถ.ดิวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทร 0 2590 3645, E-mail: bidijournal@gmail.com

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงาน

1. ผลงานวิจัยที่ส่งพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน หรือไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับที่จัดทำตามคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับนี้เท่านั้น โดยเฉพาะความถูกต้อง ของเอกสารอ้างอิงตามระบบ Vancouver
3. ผลงานทุกเรื่องจะได้รับการพิจารณาตรวจอ่านโดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน/ 1 เรื่อง โดยผู้นิพนธ์จะต้องดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอนี้ภายในระยะเวลาที่กำหนด หากพ้นกำหนดจะถูกเลื่อนไปฉบับถัดไป
4. ผู้นิพนธ์ต้องตรวจสอบการเขียน Abstract ให้สอดคล้องกับบทคัดย่อ และถูกหลักภาษาอังกฤษ หรือสามารถแจ้งความประสงค์ให้ทางวารสารจัดหา editor ให้
5. กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้นิพนธ์ทราบผลการพิจารณา กรณีที่ต้องแก้ไขก่อนเผยแพร่ควรตรวจสอบและแก้ไขต้นฉบับให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยขอให้ผู้นิพนธ์ส่งผลงานที่แก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด
6. ส่ง file ต้นฉบับได้ทางระบบออนไลน์ สามารถเข้าไปดูรายละเอียด คู่มือการใช้งานเว็บไซต์ได้ที่ URL: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/bamrasjournal/index>

มาตรฐานทางจริยธรรม

บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการ

1. การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการ “ตอบรับ” หรือ “ปฏิเสธ” การตีพิมพ์บทความ ควรขึ้นอยู่กับเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับเป้าหมาย คุณภาพ ความสำคัญ ความใหม่ และความชัดเจนของบทความ ตลอดจนความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของวารสารสถาบันบำราศนราดูร และมีการตรวจสอบการคัดลอกผลงานผู้อื่น (plagiarism) อย่างจริงจัง โดยใช้โปรแกรมที่เชื่อถือได้เพื่อให้แน่ใจว่าบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารไม่มีการคัดลอกผลงานของผู้อื่น และหากตรวจพบการคัดลอกผลงานของผู้อื่นต้องดำเนินการหยุดกระบวนการประเมินบทความ และติดต่อผู้นิพนธ์บทความทันที เพื่อขอคำชี้แจงประกอบการประเมินบทความนั้นๆ

2. บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีวิจัยที่ถูกต้อง และให้ผลที่น่าเชื่อถือ สมควรตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสถาบันบำราศนราดูรหรือไม่

3. บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการในการพิจารณาบทความ โดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความและ ผู้นิพนธ์ในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง และสังกัดของผู้นิพนธ์

4. บรรณาธิการต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์หรือผู้ประเมินบทความ และไม่นำบทความหรือวารสารไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ หรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง

5. บรรณาธิการต้องไม่แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบทความและผลประโยชน์ของผู้ประเมินบทความ รวมถึงไม่ปิดกั้นหรือแทรกแซงข้อมูลที่ใช้แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ประเมินบทความและผู้นิพนธ์

6. บรรณาธิการจะต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้นิพนธ์และผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้อง ในช่วงเวลาของการประเมินบทความ

7. บรรณาธิการต้องปฏิบัติตามกระบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ ของวารสารสถาบันบำราศนราดูรอย่างเคร่งครัด

8. บรรณาธิการต้องรักษามาตรฐานของวารสารสถาบันบำราศนราดูร รวมถึงพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพ และมีความทันสมัยเสมอ

9. ทำการชี้แจงการแก้ไขด้วยความเต็มใจ การทำให้เกิดความกระจ่าง การถอน และการขอภัย หากจำเป็น

บทบาทและหน้าที่ของผู้นิพนธ์

1. ผู้นิพนธ์ต้องไม่ส่งบทความที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่ส่งต้นฉบับบทความซ้ำซ้อนกับวารสารอื่น และผู้นิพนธ์ต้องไม่นำผลงานไปเผยแพร่หรือตีพิมพ์กับแหล่งอื่น ๆ หลังจากที่ได้รับการตีพิมพ์กับวารสารสถาบันบำราศนราดูรแล้ว

2. ผู้นิพนธ์จะต้องระบุชื่อแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย (ถ้ามี) และจะต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (ถ้ามี)

3. คณะชื่อผู้นิพนธ์ที่ปรากฏในบทความต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนี้จริง ได้แก่ การกำหนดกรอบแนวคิด การออกแบบการศึกษา/วิจัย การดำเนินการ และการวิเคราะห์ตีความผลการศึกษา/วิจัย ที่นำไปสู่บทความ

4. หากบทความที่ขอรับการตีพิมพ์เกี่ยวกับการวิจัยทดลองในมนุษย์ ผู้นิพนธ์จะต้องระบุหลักฐานว่าโครงร่างการวิจัยดังกล่าว ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว

5. ผู้นิพนธ์ไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานของผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่นมา นำเสนอ หรืออ้างอิงในเนื้อหาบทความของตนเอง

6. ผู้นิพนธ์จะต้องอ้างอิงผลงาน ภาพหรือตาราง หากมีการนำมาใช้ในบทความของตนเอง โดยต้องระบุการได้รับอนุญาตให้ใช้ในเนื้อหา “ที่มา” เพื่อป้องกันการละเมิดลิขสิทธิ์ (หากมีการฟ้องร้องจะเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์แต่เพียงผู้เดียวทางวารสารจะไม่รับผิดชอบใด ๆ ทั้งสิ้น)

7. ในบทความ ผู้นิพนธ์จะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จ หรือการปลอมแปลง บิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือเลือกแสดงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้องกับข้อสรุป

8. การกล่าวขอบคุณผู้มีส่วนช่วยเหลือในกิตติกรรมประกาศนั้น หากสามารถทำได้ ผู้นิพนธ์ควรขออนุญาตจากผู้ที่เป็นผู้ประสงคจะขอบคุณเสียก่อน

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพของบทความเป็นหลัก โดยพิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้ใด ๆ ทั้งสิ้น หากผู้ประเมินบทความตระหนักว่า ตนเองอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้ใดที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอย่างอิสระได้ ผู้ประเมินบทความควรแจ้งให้บรรณาธิการทราบ และปฏิเสธการประเมินบทความนั้น ๆ
2. ผู้ประเมินบทความต้องไม่แสวงหาประโยชน์จากผลงานทางวิชาการที่ตนเองได้ทำการพิจารณาประเมินบทความและไม่นำข้อมูลบางส่วนหรือทุกส่วนของบทความไปเป็นผลงานของตนเอง
3. ผู้ประเมินบทความควรมีความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่ตนประเมินบทความ โดยพิจารณาความสำคัญของเนื้อหาในบทความที่มีต่อสาขาวิชานั้น ๆ คุณภาพของการวิเคราะห์และความเข้มข้นของผลงานหรือกระบวนการวิจัยที่สำคัญ ๆ และสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน และผู้ประเมินไม่ควรใช้ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินบทความ
4. เมื่อผู้ประเมินบทความพบว่า มีส่วนใดของบทความที่มีความเหมือนหรือซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่น ๆ ผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบโดยทันที
5. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาประเมินตามกรอบเวลาประเมินที่วารสารกำหนด
6. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับ และไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาแก่บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารสถาบันบำราศนราดูร ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้พิมพ์ ไม่ใช่ความเห็นของสถาบันบำราศนราดูร หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้พิมพ์จึงต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

นโยบายความเป็นส่วนตัว

ชื่อและที่อยู่อีเมลที่ระบุในวารสารสถาบันบำราศนราดูร จะถูกใช้เพื่อวัตถุประสงค์ตามที่ระบุไว้ในวารสารเท่านั้นและจะไม่ถูกนำไปใช้สำหรับวัตถุประสงค์อื่น หรือต่อบุคคลอื่นใด

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. การเตรียมต้นฉบับ

1.1 บทความวิจัย (Original Article)

❖ รูปแบบและขนาดตัวอักษร ใช้รูปแบบอักษร

TH SarabunPSK 16 ระยะห่าง 1 บรรทัด ภาษาอังกฤษใช้ระยะห่าง 1.5 บรรทัด ส่วนชื่อเรื่องและหัวข้อเรื่องพิมพ์ตัวหนา และเพิ่มขนาดตามความเหมาะสม

❖ พิมพ์บนกระดาษขนาด A4 พิมพ์ห่างจากขอบ

กระดาษ 1 นิ้วทั้ง 4 ด้าน พิมพ์หน้าเดียวเป็นภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ

❖ ความยาวไม่เกิน 12 หน้า ประกอบด้วย

บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล เอกสารอ้างอิง ตามลำดับ (ถ้ามีภาพประกอบให้เขียนชื่อได้รูปกำกับด้วย) รายละเอียดดังนี้

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม และตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่องชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้พิมพ์ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช้คำย่อ) ตัวอยู่วุฒิการศึกษา และหน่วยงาน/สถานที่ทำงาน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัดและชัดเจนเพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้วและมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง รวมทั้งคำสำคัญ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อย่างละไม่เกิน 350 คำ

วิธีการศึกษา อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย กล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้จากการวิจัย โดยเสนอ

หลักฐาน และข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์ ตาราง(ถ้ามี) ให้ใส่ชื่อตาราง เนื้อตาราง หรือคำอธิบายเพิ่มเติมได้ ตาราง แผนภูมิ/รูปภาพ(ถ้ามี) ให้ใส่ชื่อได้ แผนภูมิ/รูปภาพ

อภิปรายผล ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยสรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง 1) ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงทุกเรื่องจากตัวจริงหรือสำเนาตัวจริง

2) เขียนระบบ Vancouver โดยใช้ตัวเลข พิมพ์ยก เรียงลำดับตามการอ้างใน เรื่อง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม 3) หากเป็นเรื่องที่มีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คนขึ้นไป ให้ใส่เฉพาะ 6 ชื่อแรกและตามด้วย “และคณะ”

4) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสาร ภาษา ภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิง ไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม ครบตามหลักเกณฑ์

1.2 รายงานผู้ป่วย (Case Report)

เหมือนกับ 1.1 บทความวิจัย (Original Article)

1.3 บทความวิชาการ (Academic Article)

❖ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็น

บทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ หรือการรายงานประวัติศาสตร์โรคและภัยสุขภาพ ความสำเร็จของการดำเนินงานในอดีต

❖ รูปแบบ ขนาดตัวอักษร ลักษณะการพิมพ์และเอกสารอ้างอิงใช้แบบเดียวกับบทความวิจัย/รายงานผู้ป่วย

❖ ความยาวไม่เกิน 12 หน้า ประกอบด้วย บทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และ เอกสารอ้างอิง ตามลำดับ (ถ้ามีภาพประกอบให้เขียนชื่อได้รูปกำกับด้วย) รายละเอียดใช้แบบเดียวกับบทความวิจัย/รายงานผู้ป่วย

2. การส่งต้นฉบับ

2.1 ส่ง Electronics File บทความ/ผลงานวิชาการ พร้อมระบุชื่อ File และระบบที่ใช้ MSWord ที่ E-mail: bidijournal@gmail.com

2.2 พร้อมแนบแบบนำเสนอบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ฯ สามารถดาวน์โหลดได้ที่ bamras.ddc.moph.go.th/

ส่งมาที่งานวารสารสถาบันบำราศนราดูร หรือที่ E-mail: bidijournal@gmail.com

3. การรับเรื่องต้นฉบับ และการเผยแพร่

3.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และส่งให้ reviewer 2 ท่าน ร่วมพิจารณา

3.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาเผยแพร่ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

3.3 เรื่องที่พิจารณาจะลงเผยแพร่แทนการตีพิมพ์ สามารถดาวน์โหลดต้นฉบับจากเว็บไซต์ของสถาบันฯ ทั้งนี้ของการตีพิมพ์เป็นรูปเล่มวารสาร ตั้งแต่ปีที่ 12 (พศ. 2561) เป็นต้นไป

4. ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

4.1 การอ้างอิงเอกสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; เล่มที่ของวารสาร(volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

ในกรณีที่มีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

1) Sermrittirong S, Van Brakel WH. Stigma in leprosy: concept, causes and determinants. Lepr Rev 2014; 85(1): 36-47.

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนเต็ม

ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

2) ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์. การรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อรังและวัณโรคในบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. วารสารควบคุมโรค 2560; 43(3): 329-41.

4.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

ก. การอ้างอิงทั้งหมด

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (edition). เมืองที่พิมพ์: สำนักที่พิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1) Toman K. Tuberculosis case-finding and chemotherapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

ข. การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และบรรณาธิการของหนังสือ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน; (ชื่อบรรณาธิการ), บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

2) ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, ตระหนักจิต หาริณสูตร, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมทรงสม; 2533. หน้า 115-20.

4.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุมหรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1) 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.

4.4 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือนปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่ประชุม. เมืองที่พิมพ์: ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1) Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO

92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6–10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North–Holland; 1992. p. 1561–5.

4.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้พนธ์. เรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

ตัวอย่าง

1) เอี่ยมเดือน ไชยหาญ. ลักษณะเครือข่ายชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2542.

4.6 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ก. วารสารอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; เล่มที่ (volume): หน้าแรก–หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

1) Alavi–Naini R, Moghtaderi A, Metanat M, Mohammadi M, Zabetian M. Factors associated with mortality in Tuberculosis patients. J Res Med Sci [internet]. 2013 [cited 2013 Nov 5];18:52–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719227/>

ข. หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง [ประเภทของสื่อ]. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. จำนวนหน้า. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

2) Merlis M, Gould D, Mahato B. Rising out of pocket spending for medical care: agrowing strain on family budgets [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Feb [cited 2006 Oct 2]. 23 p. Available from: http://www.cmf.org/usr_doc/Merlis_risingoopspending_887.pdf

3) ขนิษฐา กาญจนรังษินนท์. การสร้างเครือข่ายเพื่อการพัฒนา [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 13 ต.ค. 2555]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.northphc.org>

สารบัญ

หน้า

นิพนธ์ต้นฉบับ / Original Article

- | | | |
|--|---|----|
| ❖ ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยใน: หอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ สถาบันบำราศนราดูร ปีงบประมาณ 2558
Unit Cost of the In-Patient Service: Airborne Infection Isolation Ward, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute in the fiscal year 2015 | สมจิตร ทองแถม
Somjit Thongyaem | 1 |
| ❖ ศึกษาการจัดการความปวดและความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
Study of pain management and satisfaction in postoperative patients receiving general anesthesia in the recovery room, Nopparat Rajathane Hospital | นภสร จันเพ็ชร
Napasorn janphete | 13 |
| ❖ ความสัมพันธ์คุณภาพการบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้คลอดที่สถาบันบำราศนราดูร
Relationship Between Expectation and Perception in Quality of Services in Maternity Ward, Bamrasnaradura Infectious Disease Institute (BIDI). | ประยูร พรหมทัด
จตุพร วงศ์วัฒนาภานต์
Prayoon Promtat
Jatuporn Wongwatthanakarn | 23 |
| ❖ อุบัติการณ์และผลกระทบของการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงใหม่
Incidence and Impact of Hospital-Acquired Pneumonia in the Medical Wards at Chiangkham Hospital | วันเพ็ญ บุญประเสริฐ
Wanpen Boonprasert | 35 |
| ❖ การประเมินประสิทธิภาพการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนในพื้นที่ 4 ภูมิภาค ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561
The Effectiveness Evaluation of Leprosy Specialized Facilities' Development in 4 Regions of Thailand in 2018 | ศิธรธรรม เสริมฤทธิ์รงค์
นัชชา พรหมพันธุ์
บุษบัน เชื้ออินทร์
Silatham Sermrittirong
Nutch Prompunjai
Boosbun Chua-Intra | 44 |

รายงานผู้ป่วย / Case Report

- | | | |
|--|---------------------------------------|----|
| ❖ การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดกระดูกต้นขา : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing care for Infectious Patient after Orthopedic Operation: Case Study 2 Cases | นัตยา ปริกัมศีล
Nattaya Parikumsil | 56 |
|--|---------------------------------------|----|

ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยใน: หอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อ ทางอากาศ สถาบันบำราศนราดูร ปีงบประมาณ 2558

สมจิตร ทองแย้ม บธ.ม.

สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในต่อหนึ่งวันนอนในหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ (Airborne Infection Isolation Ward) และ 2) ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในรายโรคต่อครั้งการนอนในหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ สถาบันบำราศนราดูร ปีงบประมาณ 2558 เป็นการศึกษาในมุมมองของผู้ให้บริการ ดำเนินการวิจัยโดยการวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลทั้งหมดใช้เทคนิคการกระจายต้นทุนพร้อมกันตามสมการ simultaneous equation method และสร้างเมตริกซ์ในการกระจายต้นทุน (Allocation matrix)

ผลการวิจัยพบว่า หอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ มีต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในต่อหนึ่งวันนอน เท่ากับ 13,242.41 บาท ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในรายโรคต่อครั้งการนอน อยู่ระหว่าง 33,106.03 – 198,636.15 บาท ได้แก่ โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง 198,636.15 บาทต่อครั้ง วัณโรคทรวงอก 189,118.17 บาทต่อครั้ง วัณโรคดื้อยา 132,424.10 บาทต่อครั้ง ไข้หวัดใหญ่วิกฤต 113,884.73 บาทต่อครั้ง โรคสுகไส 72,833.26 บาทต่อครั้ง โรคคอติบ 52,969.64 บาทต่อครั้ง ผู้ป่วยสงสัยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง 48,154.22 บาทต่อครั้ง ผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า 33,106.03 บาทต่อครั้ง และผู้ป่วยโรคทั่วไปวิกฤต 97,924.14 บาทต่อครั้ง การวิจัยครั้งนี้พบว่า ต้นทุนบริการผู้ป่วยในโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางสูงกว่าต้นทุนผู้ป่วยสงสัยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง 4 เท่า ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้ผู้บริหารสถานพยาบาลสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดงบประมาณด้านบริการสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ของโรงพยาบาลได้ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการกรณีกักแยกผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ และควรศึกษาต้นทุนในมุมมองของผู้รับบริการ

คำสำคัญ: ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยใน, หอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ, โรคติดเชื้ออุบัติใหม่

Unit Cost of the In-Patient Service: Airborne Infection Isolation Ward, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute in the fiscal year 2015

Somjit Thongyaem M.B.A.

*Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute,
Department of Disease Control, Ministry of Public Health*

ABSTRACT

This research was aims to study 1) the unit cost of the in-patient service per day into the airborne infection isolation ward, and 2) the unit cost of the in-patient service per admission with various diseases into the airborne infection isolation ward, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute in the fiscal year 2015. The study was provider perspective. The total hospital costs were analyzed using the simultaneous equation method for cost allocation and allocation matrix was created.

The resultts showed that the unit cost of the in-patient service into the airborne infection isolation ward was 13,242.41 baht per day. And the unit cost of the in-patient service with various diseases into the airborne infection isolation ward between 33,106.03 – 198,636.15 baht per admission; the middle east respiratory syndrome was 198,636.15 baht, tuberculosis crisis was 189,118.17 baht, drug-resistant TB was 132,424.10. baht, influenza crisis was 113,884.73 baht, varicella was 72,833.26 baht, diphtheria was 52,969.64 baht, suspected middle east respiratory syndrome was 48,154.22 baht, suspected infection with Ebola virus was 33,106.03 baht and general crisis patients was 97,924.14 baht. The middle east respiratory patient had 4 times higher unit cost of the in-patient service per admission than suspected middle east respiratory. Research suggestion for the hospital administrators can use the results for budget making on health services of emerging infectious disease patients. Further research suggestion should be conducted in the unit cost of quarantine close contact emerging infectious diseases cases. And prospective client should be conducted.

Keywords: *Unit cost of the in-patient service, Airborne infection isolation ward,
Emerging infectious diseases*

บทนำ

ต้นทุนการผลิตบริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาลมีความสลับซับซ้อน เพราะแต่ละหน่วยงานมักมีผลผลิตหลายอย่างไม่เหมือนกัน และผลผลิตโดยรวมของโรงพยาบาล คือการดูแลผู้ป่วย ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้รับบริการในชุมชน ก็มีหลากหลายแตกต่างกัน ทั้งนี้หน้าที่ความรับผิดชอบทั้งหมดของโรงพยาบาลที่องค์การอนามัยโลกคาดหวัง ได้แก่ การบริการสาธารณสุข การวิจัย การเรียนการสอน และการฝึกอบรมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข ฯลฯ

การวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบการใช้ทรัพยากรด้านต่าง ๆ ในการดำเนินงานของโรงพยาบาล หากเป็นโรงพยาบาลรัฐ ประโยชน์ที่ได้ก็เพื่อได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐที่เพียงพอเหมาะสม หากเป็นโรงพยาบาลเอกชน ประโยชน์ที่ได้เพื่อตั้งราคาเก็บค่าบริการจากผู้ป่วย หรือจากองค์กรผู้จ่ายเงินในอัตราที่คุ้มทุน เพื่อโรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อระบบสาธารณสุขในประเทศต่าง ๆ ปฏิรูปเพิ่มพูนประสิทธิภาพ การหาต้นทุนในโรงพยาบาลรัฐจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการทำสัญญา ซื้อ - ขาย บริการกันระหว่างองค์กรบริหารสาธารณสุข (ทำหน้าที่ผู้ซื้อ - purchaser) กับโรงพยาบาลของรัฐผู้ให้บริการ (ทำหน้าที่ผู้ขาย) การหาต้นทุนจึงมีประโยชน์ในการปฏิรูปเพิ่มพูนประสิทธิภาพ การวิเคราะห์ต้นทุนของโรงพยาบาลมีจุดเริ่มต้นจากความต้องการพัฒนาระบบบริหารการเงิน การคลังของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่ได้มีจุดประสงค์เพื่อทราบขนาดของต้นทุนโรงพยาบาลเท่านั้น

การวิเคราะห์ต้นทุนของโรงพยาบาล (hospital cost analysis) มีวิธีการหลัก ๆ อยู่ 2 วิธี ได้แก่ วิธีบัญชีต้นทุน (cost accounting) ซึ่งเป็นศาสตร์สำคัญของนักบัญชีในการหาต้นทุนของแต่ละโรงพยาบาล และวิธีสมการต้นทุน (cost function) ซึ่งใช้วิธีการทางสถิติของสมการถดถอยเชิงพหุ (multiple regression) ใช้คำนวณหาต้นทุนของโรงพยาบาลหลาย ๆ แห่งเปรียบเทียบพร้อมกัน และสามารถค้นหาโรงพยาบาลที่มีต้นทุนสูงกว่าค่าที่ควรเป็นได้

สำหรับการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการของหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ (Airborne Infection Isolation Ward) สถาบันบำราศนราดูร ปีงบประมาณ 2558 นี้เป็นการวิเคราะห์ต้นทุน โรงพยาบาลด้วยวิธีบัญชีต้นทุน โดยจำแนกหน่วยงานทุกส่วนของโรงพยาบาลเป็นหน่วยต้นทุน จัดกลุ่มหน่วยต้นทุนตามลักษณะกิจกรรมหรือผลผลิตที่คล้ายกัน ใช้ทรัพยากรร่วมกันหรือเหมือนกันเพื่อให้ง่ายต่อการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ต้นทุน เกณฑ์กระจายต้นทุนกำหนดตามลักษณะงานให้บริการหลักของหน่วยต้นทุน การกระจายต้นทุนใช้เทคนิคการกระจายพร้อมกันตามสมการ simultaneous equation สร้างเมตริกซ์ในการ กระจายต้นทุน (allocation matrix) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยไมโครคอมพิวเตอร์ (microcomputer) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Excel ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ต้นทุน ได้แก่ ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน

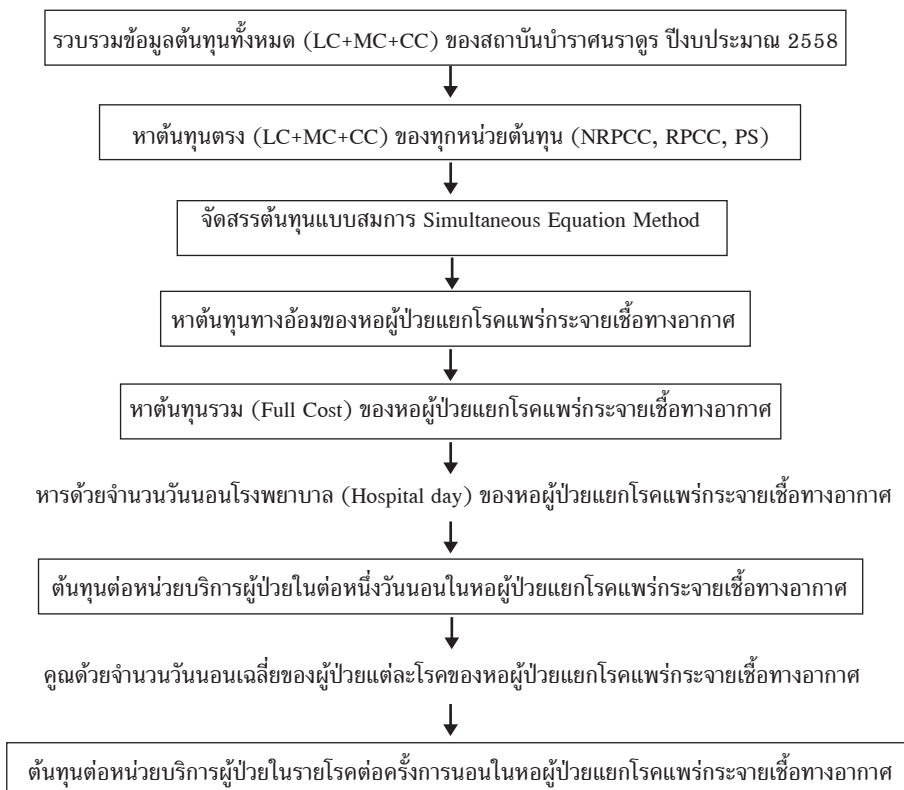
การวิจัยนี้เป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ต้นทุนบริการผู้ป่วยของสถาบันบำราศนราดูร ปีงบประมาณ 2558 เฉพาะหน่วยต้นทุนหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ ซึ่งให้บริการผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ได้แก่ โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง โรคไวรัสอีโบล่า และผู้ป่วยโรคที่แพร่กระจายเชื้อทางอากาศอื่น ๆ รวมทั้งผู้ป่วยโรคทั่วไปวิกฤต ซึ่งในปีงบประมาณ 2558 หอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ ให้บริการผู้ป่วยในเพิ่มมากกว่า 2 เท่าของปีงบประมาณ 2549¹ จึงต้องการหารายละเอียดต้นทุนบริการผู้ป่วยในหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ ในปีงบประมาณ 2558 เพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินการเป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณ การควบคุมต้นทุน การจัดลำดับความสำคัญของการใช้ทรัพยากร การเพิ่มความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากร² ที่จะนำข้อมูลไปใช้อ้างอิงในการจัดทำแผนรองรับการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการจัดการปัญหาโรคและภัยสุขภาพของส่วนราชการ³

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในต่อหนึ่งวันนอนในหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ
2. เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในรายโรคต่อการนอนในหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ

กรอบการศึกษา

การวิจัยเรื่องต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ สถาบันบำราศนราดูร ปีงบประมาณ 2558 ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนสถานพยาบาลนำมากำหนดกรอบในการศึกษาดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบการศึกษา

ขอบเขตการศึกษา

1. เป็นการศึกษาต้นทุนในมุมมองของผู้ให้บริการ (Provider perspective)
2. เป็นการศึกษาจากข้อมูลทั้งหมดของสถาบันบำราศนราดูร ในปีงบประมาณ 2558 คือตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2558 ใช้ระยะเวลาศึกษาในเดือนตุลาคม 2560 ถึง มกราคม 2561

ข้อจำกัดการศึกษา

การวิจัยนี้ ไม่ได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยค่าบริการทางการแพทย์ และต้นทุนต่อหน่วยค่าบริการพื้นฐาน ในการให้บริการผู้ป่วยของหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ เนื่องจากไม่สามารถเพิ่มรายละเอียดในการนำเสนอได้

นิยามศัพท์

ต้นทุน (Cost) หมายถึงค่าใช้จ่ายหรือทรัพยากรที่เป็นมูลค่าของผลประโยชน์หรือมูลค่าตัวเงินที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมเพื่อการผลิตสินค้าหรือบริการหรือหมายถึงมูลค่าของทรัพยากรที่ถูกใช้ไปในการผลิตหรือบริการ⁴

หน่วยต้นทุน (Cost Center) หมายถึงหน่วยงานที่ถูกกำหนดขึ้นในการคำนวณต้นทุนโดยมีหลักเกณฑ์ในการกำหนดคือพิจารณาถึงกิจกรรมหรือผลผลิตที่เหมือนกันหรือเป็นไปในแนวทางเดียวกันตลอดจนการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และแยกจากหน่วยงานอื่นค่อนข้างชัดเจนเพื่อให้ได้ข้อมูลและผลการศึกษาด้านต้นทุนน่าเชื่อถือ⁴

หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (Non-Revenue Producing Cost Center: NRPPC) หรือ Non-charging Directly to Patients หมายถึงหน่วยงานที่มีลักษณะงานในการบริหารจัดการหรือสนับสนุนปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นๆ โดยมีได้เรียกเก็บค่าบริการจากผู้ป่วยโดยตรง เช่น งานการเงินและบัญชี งานประชาสัมพันธ์ งานสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

หน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (Revenue

Producing Cost Center: RPCC) หมายถึงหน่วยงานที่มีหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย และก่อให้เกิดรายได้จากการให้บริการเหล่านั้น เช่น เภสัชกรรม รังสีวิทยา ห้องตรวจปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ ห้องผ่าตัด เป็นต้น

หน่วยต้นทุนบริการผู้ป่วย (Patient Service: PS) หมายถึงหน่วยงานให้บริการผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน ขณะที่ทำการจัดสรรต้นทุนเราอาจเรียกหน่วยต้นทุนที่เป็นผู้จัดสรรต้นทุนไปให้ผู้อื่นจนหมดว่าหน่วยจัดสรรต้นทุน (Transient Cost Center: TCC) ในที่นี้ คือหน่วยต้นทุนกลุ่ม NRPPC และหน่วยต้นทุนกลุ่ม RPCC ส่วนหน่วยต้นทุนที่เป็นผู้รับต้นทุนมาทั้งหมดจะเรียกว่าหน่วยรับต้นทุน (Absorbing Cost Center: ACC) ในที่นี้คือหน่วยต้นทุนกลุ่ม PS⁴

ต้นทุนค่าแรง (Labour Cost: LC) หมายถึงผลตอบแทนจากการปฏิบัติงานทั้งหมดของบุคลากรในรูปแบบเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าล่วงเวลา สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ค่าเช่าบ้าน ค่าเล่าเรียนบุตร หรือผลประโยชน์อื่น¹

ต้นทุนค่าวัสดุ (Material Cost: MC) หมายถึงค่าวัสดุสำนักงาน ค่าวัสดุทางการแพทย์ และค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ เช่น ปอทวัดวัดใช้ เข็มฉีดยา หลอดเก็บเลือด แแถบตรวจปัสสาวะ เป็นต้น รวมถึง สิ่งของที่มีอายุการใช้งานไม่เกิน 1 ปี ค่าซ่อมแซมสิ่งของไม่เกิน 5,000 บาท และค่าปรับปรุงครุภัณฑ์ อาคารและสิ่งก่อสร้างไม่เกิน 50,000 บาท¹

ต้นทุนค่าลงทุน (Capital Cost: CC) หมายถึงค่าเสื่อมราคาอาคารสิ่งปลูกสร้างและค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ รวมถึงสิ่งของที่มีอายุการใช้งานเกิน 1 ปี ค่าซ่อมแซมตั้งแต่ราคา 5,000 บาทขึ้นไป และค่าปรับปรุงซ่อมแซมครุภัณฑ์ อาคารและสิ่งก่อสร้างตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป (การคำนวณค่าเสื่อมราคาประจำปีในทางบัญชี (Annual Financial Cost) ได้จากการเอามูลค่าปัจจุบันของอาคารและสิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ ขึ้นนั้นหารด้วยอายุการใช้งาน)¹

การจัดสรรต้นทุนโดยวิธีการจัดสรรต้นทุนแบบสมการพีชคณิตเส้นตรง (Cost Allocation by Simultaneous Equation Method) หมายถึงการจัดสรรปันส่วนต้นทุนของหน่วยต้นทุนหนึ่งไปยังหน่วยต้นทุนหนึ่งหรือหลายหน่วยต้นทุนพร้อม ๆ กัน⁴

ต้นทุนตรง (Direct Cost) หมายถึงผลรวมของต้นทุนที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการทำงานของหน่วยงานนั้น ๆ ของต้นทุน 3 ประเภท ได้แก่ ต้นทุนค่าแรง (Labour Cost) ต้นทุนค่าวัสดุ (Material Cost) และต้นทุนค่าลงทุน (Capital Cost)¹

ต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost) หมายถึงต้นทุนตรงของหน่วยต้นทุนชั่วคราว (Transient Cost Center) หรือหน่วยต้นทุนที่สนับสนุนหน่วยต้นทุนอื่น ซึ่งต้องจัดสรรต้นทุนให้หน่วยต้นทุนที่ต้องการคิดต้นทุนทั้งหมดที่จัดสรรไปให้หน่วยรับต้นทุน (Absorbing cost center) หรือหน่วยต้นทุนที่ต้องการคิดต้นทุน ซึ่งต้องรับต้นทุนที่จัดสรรมาจากหน่วยต้นทุนที่สนับสนุนบริการตามสัดส่วนความสัมพันธ์การใช้ทรัพยากร เช่น หน่วยบริการผู้ป่วยได้รับจัดสรรต้นทุนมาจากหน่วยต้นทุนตรวจปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ หน่วยต้นทุนรังสีวิทยา ตามสัดส่วนที่สนับสนุนบริการตรวจรักษาผู้ป่วย ต้นทุนที่จัดสรรมาจากหน่วยสนับสนุนบริการเหล่านี้คือต้นทุนทางอ้อมของหน่วยบริการผู้ป่วย

ต้นทุนรวม (Full Cost) หมายถึงต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการให้บริการทั้งหมดตามหลักการบัญชีต้นทุนนั้น ประกอบด้วย ต้นทุนตรง (Direct Cost) และต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost) หรือหมายถึงผลรวมของต้นทุนตรง และต้นทุนทางอ้อม

ต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) หมายถึงต้นทุนของหนึ่งผลผลิตหรือบริการ คำนวณจากต้นทุนรวมทั้งหมดหารด้วยจำนวนหน่วยผลผลิตหรือบริการทั้งหมด เช่น ต้นทุนรวมผู้ป่วยในทั้งหมดหารด้วยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยในทั้งหมดจะได้ต้นทุนต่อวันนอนโรงพยาบาล (Cost per Hospital day) ต้นทุนรวมผู้ป่วยในทั้งหมดหารด้วยจำนวนครั้งที่อยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยในทั้งหมดจะได้ต้นทุนต่อการอยู่โรงพยาบาล

(Cost per admission) ต้นทุนรวมผู้ป่วยในทั้งหมดหารด้วยจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมดจะได้ต้นทุนต่อราย (Cost per case) ต้นทุนรวมผู้ป่วยนอกทั้งหมดหารด้วยจำนวนครั้งบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมดจะได้ต้นทุนต่อครั้ง (Cost per visit) เป็นต้น

ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วย หมายถึงต้นทุนต่อการให้บริการผู้ป่วยนอก โดยจำแนกผู้ป่วยเป็นห้องตรวจต่าง ๆ ที่ให้บริการ ต้นทุนต่อวันนอนโรงพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยใน โดยจำแนกเป็นหอผู้ป่วยหรือตึกต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยอยู่รักษา (ระยะเวลาเข้ารักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 6 – 24 ชั่วโมง นับเป็น 1 วันนอนโรงพยาบาล)

ต้นทุนค่าบริการพื้นฐาน (Routine Service Cost : RSC) หมายถึงต้นทุนตรงของหน่วยต้นทุนบริการผู้ป่วย (Patient Service: PS) รวมกับต้นทุนทางอ้อมที่จัดสรรมาจากหน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (Non-Revenue Producing Cost Center: NRPCC) เป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นในการให้บริการเมื่อผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล โดยที่ยังไม่ได้ใช้จ่าย ไม่ได้ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่ได้ทำการผ่าตัด หรือตรวจพิเศษอื่น ๆ ต้นทุนส่วนนี้ค่อนข้างคงที่ ไม่ขึ้นกับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย หรืออาจเรียกว่าต้นทุนค่าบริการจัดการ เช่น อาคาร เครื่องมือ ซึ่งโรงพยาบาลไม่ได้เรียกเก็บค่าบริการในส่วนนี้

ต้นทุนค่าบริการทางการแพทย์ (Medical Care Cost : MCC) หมายถึงต้นทุนทางอ้อมที่หน่วยต้นทุนบริการผู้ป่วย (Patient Service: PS) ได้รับจัดสรรมาจากหน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (Revenue Producing Cost Center: RPCC) ต้นทุนส่วนนี้ผันแปรตามความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย หรือตามปริมาณบริการ เช่น ค่ายาและเวชภัณฑ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งโรงพยาบาลเรียกเก็บเงินจากการให้บริการในส่วนนี้

หอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ หมายถึงหอผู้ป่วยที่รับตัวผู้ป่วยที่ต้องให้บริการรักษาพยาบาลในห้องแยกโรคความดันลบเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ (Airborne Infection Isolation Room: AIIR) ไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

ผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Diseases) หมายถึงผู้ป่วยโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อใหม่ที่ต้องให้บริการรักษาพยาบาลในห้องแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ (Airborne Infection Isolation Room: AIIR) เช่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง โรคไวรัสอีโบลา เป็นต้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาล (Hospital Cost Analysis) โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) และรายงานวิเคราะห์ต้นทุนเชิงพรรณนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย ข้อมูลทั้งหมดของสถาบันบำราศนราดูร ในปีงบประมาณ 2558 ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน

ประชากรตัวอย่าง ใช้ข้อมูลจริงทั้งหมด ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2558 โดยไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ต้นทุน

1. แบบเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลต้นทุนค่าแรง แบบเก็บข้อมูลต้นทุนค่าวัสดุ แบบเก็บข้อมูลต้นทุนค่าลงทุน และแบบเก็บข้อมูลการกระจายต้นทุน

2. เครื่องไมโครคอมพิวเตอร์ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Excel สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาจากเอกสารการอบรมเชิงปฏิบัติการ การศึกษาต้นทุนบริการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย⁴ และเอกสารการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญของสถาบันบำราศนราดูร ปีงบประมาณ 2549¹

2. ปรับปรุงแบบเก็บข้อมูลที่ได้อจากการศึกษาให้ครอบคลุมการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับใช้ในการศึกษา

3. ศึกษาวิธีการบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลจากโปรแกรมวิเคราะห์ต้นทุนสำเร็จรูป (Hospital Cost Analysis) ที่พัฒนาโดย รศ.นพ.กำร ตติยกรวิ⁴ นำมาปรับใช้ในโปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Excel

4. ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน ของแบบเก็บข้อมูลทั้งหมดจากเอกสารการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญของสถาบันบำราศนราดูร ปีงบประมาณ 2549¹ ทดสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Excel เปรียบเทียบผลตรงกับการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ต้นทุนสำเร็จรูป (Hospital Cost Analysis)

การรวบรวมข้อมูล

1. รวบรวมข้อมูลต้นทุนค่าแรง จากงานการเงินตามแบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าแรงเป็นรายบุคคลจำแนกตามหน่วยต้นทุน เก็บเฉพาะค่าแรงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่สถาบันบำราศนราดูรในปีงบประมาณ 2558 เท่านั้น

2. รวบรวมข้อมูลต้นทุนค่าวัสดุ จากงานพัสดุตามแบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าวัสดุ จำแนกตามหน่วยต้นทุน ประกอบด้วย ค่าวัสดุ ค่าครุภัณฑ์ที่มีอายุการใช้งานไม่เกิน 1 ปี ค่าจัดซื้อไม่เกิน 5,000 บาท และค่าซ่อมแซมปรับปรุงหรือบำรุงรักษาที่ราคาไม่เกิน 50,000 บาท

3. รวบรวมข้อมูลต้นทุนค่าลงทุน จากงานพัสดุตามแบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าลงทุน จำแนกตามหน่วยต้นทุน ประกอบด้วย ค่าครุภัณฑ์ที่มีอายุการใช้งานเกิน 1 ปี ค่าจัดซื้อเกิน 5,000 บาท ค่าซ่อมแซมปรับปรุงหรือบำรุงรักษาเกิน 50,000 บาท และค่าอาคารและสิ่งปลูกสร้าง แบ่งตามจำนวนการใช้พื้นที่ของหน่วยต้นทุนเป็นตารางเมตร แล้วคำนวณหาค่าเสื่อมราคาประจำปีทางบัญชีโดยกำหนดอายุการใช้งานตามเกณฑ์ของกระทรวงการคลังกำหนด

4. รวบรวมข้อมูลปริมาณงานผลิตหรือบริการ (Output) ที่เป็นเกณฑ์การกระจายต้นทุนของหน่วยต้นทุนกลุ่ม NRPC และกลุ่ม RPCC จัดเก็บจากศูนย์ข้อมูลและเอกสารรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีสถาบันบำราศนราดูร โดยผู้วิจัยดำเนินการสอบฐานข้อมูลทั้งหมดของทุกหน่วยต้นทุน และตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของผลิตหรือบริการจากหน่วยต้นทุนก่อนนำมาคำนวณต้นทุนต่อหน่วยบริการ

วิธีการและขั้นตอนการวิเคราะห์ต้นทุน

ขั้นตอนที่ 1 จำแนกและจัดกลุ่มหน่วยงานในสถาบันบำราศนราดูรทั้งหมดให้เป็นหน่วยต้นทุน (Cost Center Identification and Grouping) แบ่งเป็น 3 กลุ่มรวม 70 หน่วยต้นทุน ได้แก่

กลุ่มที่ 1 หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้หรือกลุ่ม NRPC มี 36 หน่วยต้นทุน รหัส A

กลุ่มที่ 2 หน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้หรือกลุ่ม RPCC มี 10 หน่วยต้นทุน รหัส B

กลุ่มที่ 3 หน่วยต้นทุนบริการผู้ป่วย หรือกลุ่ม PS มี 24 หน่วยต้นทุน รหัส C

ขั้นตอนที่ 2 หาต้นทุนตรงของแต่ละหน่วย
ตารางที่ 1 เกณฑ์การกระจายต้นทุนกลุ่มไม่ก่อให้เกิดรายได้

ต้นทุน หาได้จากผลรวมของต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดเกณฑ์กระจายและกระจายต้นทุน เกณฑ์กระจายต้นทุนกำหนดตามลักษณะการให้บริการหลักของหน่วยต้นทุน การกระจายต้นทุนใช้เทคนิคการกระจายพร้อมกันตามสมการ simultaneous equation โดยให้หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ และหน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ เป็นหน่วยดูดซับต้นทุนก่อนหรือหน่วยต้นทุนชั่วคราว (Absorbing Cost Center: ACC, Transient Cost Center: TCC) จากนั้นจึงกระจายต้นทุนจนหมดแก่หน่วยต้นทุนบริการผู้ป่วย ซึ่งเป็นหน่วยต้นทุนสุดท้าย ด้วยวิธีการแก้สมการ Matrix จนได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ

3.1 เกณฑ์การกระจายต้นทุนกลุ่มไม่ก่อให้เกิดรายได้ 36 หน่วยต้นทุน รหัส A และหน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ 10 หน่วยต้นทุน รหัส B ดังตารางที่ 1

3.2 กระจายต้นทุนตามเกณฑ์การกระจายต้นทุน โดยสร้าง Matrix ในการกระจายต้นทุนในโปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Excel ตัวอย่างการกระจายต้นทุน ดังตารางที่ 2

เกณฑ์การกระจายต้นทุน	รหัสหน่วยต้นทุน
1. จำนวนบุคลากรของแต่ละหน่วยต้นทุน	A01, A03, A04, A09, A10, A14, A17, A18, A37
2. พื้นที่การใช้งานของแต่ละหน่วยต้นทุน	A02
3. ระยะทางที่ให้บริการของแต่ละหน่วยต้นทุน	A05
4. ค่าต้นทุนวัสดุของแต่ละหน่วยต้นทุน	A06
5. จำนวนผู้ป่วยนอก และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล	A08
6. มูลค่าค่าแรงของแต่ละหน่วยต้นทุน	A11
7. จำนวนครั้งที่ให้บริการของแต่ละหน่วยต้นทุน	A07, A12, A13, A15
8. เวลาเฉลี่ยที่ให้บริการของแต่ละหน่วยต้นทุน	A16
9. เวลาเฉลี่ยที่ใช้ตรวจสอบแฟ้มผู้ป่วยนอก×5, ผู้ป่วยใน×30	A19
10. เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการให้รหัสโรคผู้ป่วยนอก×1, ผู้ป่วยใน×60	A20
11. จำนวนบุคลากรของกลุ่มงานพยาบาลในแต่ละหน่วยต้นทุน	A21, A33
12. จำนวนครั้งที่ให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	A22, A23, A34
13. เวลาที่ให้บริการผู้ป่วยของแต่ละหน่วยต้นทุน	A24, A25
14. จำนวนครั้งที่ให้บริการผู้ป่วยนอกของแต่ละหน่วยงาน	A26

ตารางที่ 1 เกณฑ์การกระจายต้นทุนกลุ่มไม่ก่อให้เกิดรายได้ (ต่อ)

เกณฑ์การกระจายต้นทุน	รหัสหน่วยต้นทุน
15. น้ำหนักผ้าแห้งและจำนวนผ้าที่ส่งซักฟอก	A27
16. จำนวนชิ้นของที่จ่ายให้แก่หน่วยต้นทุน	A28
17. จำนวนบุตรของบุคลากรของแต่ละหน่วยงาน	A29
18. จำนวนครั้งที่ให้บริการผู้ป่วยนอกและจำนวนวันนอน ร.พ.	A30
19. จำนวนครั้งที่ให้บริการหนังสือราชการ	A31
20. จำนวนครั้งที่ส่งรายงาน	A32
21. มูลค่าต้นทุนรวมของแต่ละหน่วยต้นทุน	A36
22. มูลค่าที่ให้บริการของแต่ละหน่วยต้นทุน	B01, B02, B03, B04, B05, B06, B07, B09
23. จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยใน	B10
24. มูลค่ามรดกสมของแต่ละหน่วยต้นทุนผู้ป่วยใน	B11

ตารางที่ 2 การกระจายต้นทุนตามเกณฑ์การกระจายต้นทุน โดยสร้าง Matrix

หน่วยต้นทุน (ผู้รับ) หน่วยต้นทุน (ผู้ให้)	ต้นทุนตรง	B02 รังสีวิทยา			
		มูลค่าที่ ให้บริการ	สัดส่วนที่ กระจาย	ต้นทุนที่จัดสรร	ต้นทุนทางอ้อม
B02 รังสีวิทยา	9,346,499.01	-	0.0000	-	3,175,182.39
B06 งานห้องผ่าตัด	22,997,921.76	38,100.00	0.0037	34,921.82	6,081,157.54
C01 OPD อายุรกรรม	7,822,199.84	1,504,040.00	0.1475	1,378,577.69	201,696,120.33
C02 OPD ศัลยกรรม	3,871,410.13	1,311,190.00	0.1286	1,201,814.64	66,628,388.51
C03 OPD กุมารเวชกรรม	4,182,128.75	184,330.00	0.0181	168,953.77	9,552,999.45
C07 OPD อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	10,572,335.12	1,909,430.00	0.1873	1,750,151.33	26,222,965.98
C12 OPD โรคระบบทางเดิน หายใจ	2,121,673.68	185,470.00	0.0182	169,998.67	4,539,182.03
C20 หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต	4,662,329.41	87,260.00	0.0086	79,981.04	5,006,276.48
C22 หอผู้ป่วยแยกโรค (3/2)	7,599,387.08	194,930.00	0.0191	178,669.55	6,728,905.19
C26 หอผู้ป่วยวิกฤต (ICU)	9,110,248.43	144,500.00	0.0142	132,446.26	11,639,608.53

การวิเคราะห์ข้อมูล

ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในต่อหนึ่งวันนอนในหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ

สูตรการคำนวณ :

$$\text{ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในต่อหนึ่งวันนอนโรงพยาบาล} = \frac{\text{ต้นทุนรวมทั้งหมดของหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ}}{\text{จำนวนวันนอนทั้งหมดของหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ}}$$

ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในรายโรคต่อครั้งการนอนในหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ สูตรการคำนวณ :

$$\begin{array}{l} \text{ต้นทุนต่อหน่วยบริการ} \\ \text{ผู้ป่วยในรายโรค ต่อครั้งการ} \\ \text{นอนโรงพยาบาล} \end{array} = \begin{array}{l} \text{ต้นทุนต่อหน่วยบริการ} \times \text{จำนวนวันนอนเฉลี่ย} \\ \text{ผู้ป่วยต่อหนึ่งวันนอน} \quad \text{ของผู้ป่วยรายโรค} \\ \text{โรงพยาบาล} \end{array}$$

ผลการศึกษา

ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในต่อหนึ่งวันนอน
ในหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ เท่ากับ
13,242.41 บาท ดังตารางที่ 3

ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในรายโรคต่อครั้ง
การนอนในหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ
พบว่า มีต้นทุนบริการอยู่ระหว่าง 33,106.03 – 198,636.15
บาทต่อครั้ง (n=130) ผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ
ตะวันออกกลางมีต้นทุนบริการสูงสุด เท่ากับ 198,636.15
บาทต่อครั้ง (n=1) รองลงมาคือผู้ป่วยวัณโรควิกฤต

เท่ากับ 189,118.17 บาทต่อครั้ง (n=32) ผู้ป่วยวัณโรค
ดื้อยา เท่ากับ 132,424.10 บาทต่อครั้ง (n=6) ผู้ป่วย
ไข้หวัดใหญ่วิกฤต เท่ากับ 113,884.73 บาทต่อครั้ง
(n=15) ผู้ป่วยโรคทั่วไปวิกฤต เท่ากับ 97,924.14 บาท
ต่อครั้ง (n=38) ผู้ป่วยโรคสுகไส เท่ากับ 72,833.26
บาทต่อครั้ง (n=2) ผู้ป่วยโรคคอติบ เท่ากับ 52,969.64
บาทต่อครั้ง (n=1) ผู้ป่วยสงสัยโรคทางเดินหายใจ
ตะวันออกกลาง เท่ากับ 48,154.22 บาทต่อครั้ง (n=33)
และผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลามีต้นทุนบริการต่ำสุด
เท่ากับ 33,106.03 บาทต่อครั้ง (n=2) ดังตารางที่4

ตารางที่ 3 ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในต่อหนึ่งวันนอนในหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ

ต้นทุนทางตรง ของหอผู้ป่วยแยกโรค (บาท)	ต้นทุนทางอ้อม (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท)	จำนวน วันนอน	ต้นทุน ต่อหนึ่งวันนอน (บาท)
7,599,387.08 *	6,728,905.19	14,328,292.27	1,082	13,242.41
(53.04%)	(46.96%)	(100.00)		

หมายเหตุ: *ต้นทุนตรงของหอผู้ป่วยแยกโรคฯ ประกอบด้วย LC = 5,330,865.48 บาท, MC = 254,836.30 บาท
และ CC = 2,013,685.30 บาท

ตารางที่4 ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในรายโรคต่อครั้งการนอนในหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ

บริการผู้ป่วย	ต้นทุนต่อหนึ่ง วันนอน (บาท)	จำนวน วันนอนเฉลี่ย	ต้นทุนต่อครั้ง (บาท)
โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง	13,242.41	15	198,636.15
สงสัยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง	13,242.41	3.64	48,154.22
สงสัยโรคไวรัสอีโบล่า	13,242.41	2.5	33,106.03
วัณโรคดื้อยา	13,242.41	10	132,424.10
วัณโรควิกฤต	13,242.41	14.28	189,118.17
ไข้หวัดใหญ่วิกฤต	13,242.41	8.6	113,884.73
โรคสுகไส	13,242.41	5.5	72,833.26
โรคคอติบ	13,242.41	4	52,969.64
โรคทั่วไปวิกฤต	13,242.41	7.39	97,924.14

อภิปรายผล

ด้วยลักษณะหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ สถาบันบำราศนราดูร มีลักษณะเป็นห้องแยกโรค ความดันลบตามหลักมาตรฐานสากล จากการวิจัยพบว่า หอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศในปี 2558 มีต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในต่อหนึ่งวันนอน เท่ากับ 13,242.41 บาท ซึ่งต่ำกว่า ปี 2549 (19,579.53 บาท)¹ เนื่องจากต้นทุนรวมในปี 2549 สูง แต่มีผลผลิตน้อย (ให้บริการผู้ป่วย 59 ราย, 497 วันนอน)¹ ทำให้ต้นทุนต่อวันนอนสูงกว่าในปี 2558 (ให้บริการผู้ป่วย 130 ราย, 1082 วันนอน) เพราะในปี 2558 ได้มีการลดต้นทุนลง โดยการเพิ่มผลผลิต ด้วยการเพิ่มบริการผู้ป่วยโรคทั่วไป วิกฤตเช่นเดียวกับหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) เท่ากับ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยทั้งหมด (ในกรณีที่ไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ เช่น โรคอุบัตินิหิม (โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง อีโบล่า โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือ ซาร์ส) วัณโรค และโรคอื่นๆที่เกี่ยวข้อง) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้หอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศมีต้นทุนต่ำกว่าปี 2549 เมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียดของประเภทต้นทุนพบว่า เป็นต้นทุนตรงร้อยละ 53.04 ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรงร้อยละ 70.15 ต้นทุนค่าวัสดุร้อยละ 3.35 และต้นทุนค่าลงทุนร้อยละ 26.50 จะเห็นว่าหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศมีต้นทุนค่าแรงสูงสุด และมีต้นทุนทางอ้อมที่ได้รับการกระจายมาจากหน่วยต้นทุนสนับสนุนบริการร้อยละ 46.96 ส่วนต้นทุนค่าวัสดุ ส่วนใหญ่เป็นค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protection Equipment: PPE) ที่บุคลากรสวมใส่ในขณะปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ และผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ซึ่งใช้แนวปฏิบัติเดียวกัน ผลการวิจัยทำให้ทราบว่าโรงพยาบาลสามารถจะลดต้นทุนบริการผู้ป่วย หรือเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรได้ด้วยการเพิ่มจำนวนการให้บริการผู้ป่วยของหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ โดยการให้บริการผู้ป่วยโรคทั่วไปอื่น ๆ รวมด้วย

ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในรายโรคต่อการนอนในหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ

ในปีงบประมาณ 2558 พบว่า ผู้ป่วยที่มีต้นทุนบริการสูง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง ผู้ป่วยวัณโรควิกฤต ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา และผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ วิกฤต ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบต้นทุนบริการผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางกับผู้ป่วยสงสัยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง พบว่าต้นทุนบริการผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางสูงกว่าต้นทุนบริการผู้ป่วยสงสัยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง 4 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนบริการโรคอื่น ๆ จะเห็นว่าต้นทุนบริการผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางใกล้เคียงกับต้นทุนบริการผู้ป่วยวัณโรควิกฤต เนื่องจากระยะเวลาในการอยู่รักษาในโรงพยาบาลใกล้เคียงกัน แต่มีต้นทุนบริการสูงกว่าผู้ป่วยโรคทั่วไปวิกฤต 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบต้นทุนบริการผู้ป่วยวัณโรคด้วยกันปรากฏว่าต้นทุนบริการผู้ป่วยวัณโรควิกฤตสูงกว่าต้นทุนบริการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา 1.4 เท่า

สรุป ในปีงบประมาณ 2558 หอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศให้บริการผู้ป่วยแพร่กระจายเชื้อทางอากาศร้อยละ 75 และให้บริการผู้ป่วยโรคทั่วไปวิกฤต ร้อยละ 25 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางมีต้นทุนสูงสุด ตัวผลัดดันที่ทำให้ต้นทุนบริการสูงคือ ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศและต้นทุนที่ได้รับการกระจายมาจากหน่วยต้นทุนสนับสนุน เนื่องจากต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ตามมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขั้นสูงสุดเพื่อความปลอดภัยต่อชีวิตผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วย สามารถสรุปได้ว่า หากโรงพยาบาลต้องการลดต้นทุนบริการผู้ป่วยของหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศควรพิจารณาลดต้นทุนที่เป็นตัวผลักดันให้เกิดต้นทุนบริการ หากโรงพยาบาลต้องการเพิ่มความคุ้มค่าการใช้ทรัพยากร² ควรพิจารณาใช้ห้องแยกโรค AIIR ให้บริการผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่สามารถค้นหางานวิจัยต้นทุนบริการของหอผู้ป่วยแยกโรคฯ ที่ให้บริการผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรงของสถานพยาบาลอื่นได้ จึงจำเป็นต้องเปรียบเทียบกับการศึกษาเดิมของ

สถาบันบำราศนราดูรในปี 2549 ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้ ผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถนำข้อมูลไปอ้างอิงในการจัดทำแผนรองรับบริการและการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนบริการสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ได้ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาต้นทุนบริการกรณีกักแยกผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ และควรศึกษาต้นทุนในมุมมองของผู้รับบริการ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ประสบผลสำเร็จ ด้วยได้รับความกรุณายิ่งจาก นายแพทย์อภิชาติ วชิรพันธ์ ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร นายแพทย์สุทัศน์ โชตนะพันธ์ รองผู้อำนวยการสถาบันฝ่ายสนับสนุนระบบบริการสุขภาพเจ้าหน้าที่งานต้นทุน หัวหน้างานการเงิน หัวหน้าหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ ที่ให้การสนับสนุนผู้วิจัยด้วยดีตลอดการศึกษาวินัยต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยของหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ สถาบันบำราศนราดูร ปีงบประมาณ 2558 ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งยิ่ง จึงขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์กฤษฎา หาญบรรเจิด รองผู้อำนวยการสถาบันฝ่ายบริการทางการแพทย์ ผู้บังคับบัญชา ที่สนับสนุนและส่งเสริมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ประสงค์ ว่องวัชชัย อดีตนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ และรองผู้อำนวยการสถาบัน

บำราศนราดูร ฝ่ายบริการเฉพาะทางและต้นทุน ที่สอนแนะผู้วิจัยให้มีประสบการณ์การวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาล

ขอขอบคุณบุคลากรของสถาบันบำราศนราดูรทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตรวจสอบข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบคุณผู้ร่วมงานที่ช่วยเหลือติดตามรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. สมจิตร ทองแถม. ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญของสถาบันบำราศนราดูรปีงบประมาณ 2549. นนทบุรี: วิทยาลัยพาณิชยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2553.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ: วิชั่น พรินท์ แอนด์ มีเดีย; 2558.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการถ่ายทอดเป้าหมายและตัวชี้วัดสู่หน่วยงานและบุคลากรประจำปีงบประมาณ 2558. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมกิจการทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2558.
4. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. การศึกษาต้นทุนบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550. (อัดสำเนา)

ศึกษาการจัดการความปวดและความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดใน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

นภสร จันเพ็ชร พย.ม.

แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยแบบพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม-30 พฤศจิกายน 2561 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดได้รับยาระับความรู้สึกแบบทั่วไป และได้รับการดูแลที่ห้องพักฟื้น จำนวน 100 ราย โดยกระบวนการจัดการความปวดที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากห้องพักฟื้น 3 ระยะ ประกอบด้วย 1) ระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับความรู้เรื่องการจัดการความปวด 2) ระหว่างผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการรับปวด/บรรเทาอาการปวด และ 3) ระยะหลังผ่าตัด ระหว่าง 30-60 นาที ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลพักฟื้นหลังผ่าตัด และจะได้รับการเยี่ยมหลังผ่าตัดในระยะ 24 ชั่วโมง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการผ่าตัด การประเมินคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นเมื่อแรกรับ 30 นาที และ 60 นาทีก่อนที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย รวมทั้งประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยในการจัดการความปวดในห้องพักฟื้นและระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) แสดงด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 41 ผู้ป่วยไม่ได้รับความรู้การจัดการความปวดก่อนการผ่าตัด มีเพียงร้อยละ 35 ที่ผู้ป่วยได้รับความรู้การจัดการความปวดจากวิสัญญีพยาบาล ด้านการประเมินระดับความปวดก่อนการผ่าตัด พบว่า ร้อยละ 47 ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด, ร้อยละ 16 มีระดับปวดปานกลาง และร้อยละ 14 มีระดับความปวดมากที่สุด ซึ่งก่อนผ่าตัดร้อยละ 96 ผู้ป่วยไม่ได้รับยาแก้ปวด แต่ในระยะผ่าตัดและระยะพักฟื้น พบว่ามีการใช้ยา Morphine เพื่อระงับปวดมากที่สุดถึงร้อยละ 85 และร้อยละ 56 ตามลำดับ ซึ่งในระยะพักฟื้นนี้ได้จัดทำเพื่อลดความปวดแทนการใช้ยา คิดเป็นร้อยละ 5 และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

คำสำคัญ: การจัดการความปวด, ความปวดหลังผ่าตัด, ความพึงพอใจ, ห้องพักฟื้น, ผู้ป่วยหลังผ่าตัด

Study of pain management and satisfaction in postoperative patients receiving general anesthesia in the recovery room, Nopparat Rajathanee Hospital

Napasorn janphete M.N.S.

Anesthesiology department, Nopparat Rajathanee Hospital, Bangkok

ABSTRACT

A descriptive research was designed. The purpose of this study was to investigate the management of pain in postoperative patients receiving conventional anesthesia in Nopparat Rajathanee Hospital during May 1st – November 30th, 2018. A 100 samples were purposive sampling selected according to the sampling criteria: the patient was treated by receiving surgery procedure and undergoing general anesthesia. The data collection was performed within three processes comprising 1) Preoperative phase; the patient received the education regarding pain management strategies 2) Intra-operative phase; the patient was received analgesic for pain relief and 3) Postoperative phase is during 30–60 minutes, while the patient was monitored and receive postoperative care covers 24 hours.

The instruments of data collection were included personal data records, pain assessment tool using a numerical score that was assessed during 30 minutes 60 minute recoveries prior to patient movement, the patient satisfaction assessment tool about pain management during recoveries 24 hours after surgery. Descriptive statistics were analyzed by presenting frequency, percentage, mean and standard deviation.

Results: The preoperative phase was found that 41% of the patients did not receive preoperative educated. Only 35% of patients received pain management educated from nursing anesthesia. The pain assessment was during preoperative that found 47% no pain, 16% moderate pain and 14% the highest pain level. Before surgery found that 96% of patients did not receive analgesic medicine. The most commonly were used morphine 85% intra-operative room and 56% in the recovery room that is a pain medication for relief pain. However, the non-pharmacokinetics strategies were only using change position in the recovery room. The patients' satisfaction was moderate.

Key words: *Pain management, Post-operative pain , Patient's post-operative, Satisfaction, Recovery Room*

บทนำ

การจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดพบว่ายังไม่เพียงพอและเหมาะสมในด้านการตอบสนองต่อความปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด¹⁻⁴ ที่ผ่านมามีรายงานวิจัย พบว่าใน 24 ชม.แรกของการผ่าตัด ผู้ป่วยมีความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด โดยร้อยละ 80 ได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ดังนั้นหากจัดการความปวดในห้องพักฟื้นไม่เพียงพอและเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยปวดรุนแรงมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการฟื้นตัวของผู้ป่วยที่ยาวนานมากขึ้น^{1,2,5}

พยาบาลวิสัญญีมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลและผู้ช่วยวิสัญญีพยาบาลจะมีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเบื้องต้น ได้แก่ การได้รับออกซิเจนทางหน้ากากออกซิเจนพร้อมถุง (mask with bag) ติดตามตรวจวัดความดันโลหิตทุก 5 นาที วัดระดับออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วตลอดเวลา ติดตามตรวจไฟฟ้าหัวใจในผู้ป่วยบางรายที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติตามคำสั่งของวิสัญญีแพทย์ ติดตาม และสอบถามคะแนนความปวด ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดสามารถบรรเทาอาการปวดด้วยวิธีการให้ยาแก้ปวดเบื้องต้น 2-3 ครั้ง ถ้าผู้ป่วยยังปวดมาก วิสัญญีพยาบาลจะรายงานวิสัญญีแพทย์ได้ แต่อย่างไรก็ตามจากรายงานวิจัยที่ผ่านมายังพบว่า การจัดการความปวดยังเป็นปัญหาในทางปฏิบัติ ยังขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง พยาบาลวิสัญญียังมีการจัดการความปวดในห้องพักฟื้นไม่เพียงพอและมีการบันทึกอุบัติการณ์การได้รับยาแก้ปวดในห้องพักฟื้นต่ำ เนื่องจากขาดการบันทึกลงในเวชระเบียนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น⁵⁻⁷

จากสถานการณ์ของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลขนาด 561 เตียง จัดบริการสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจากสถิติจำนวนการผ่าตัดในปี พ.ศ. 2557-2559 คือ 6,890 ราย 6,920 ราย และ 7,270 ราย ตามลำดับ ทั้งนี้

แผนกวิสัญญีในห้องพักฟื้นใช้การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลายรูปแบบ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2554 ทางผู้วิจัยได้พัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดในห้องพักฟื้น แต่ยังพบปัญหาของการจัดการความปวดไม่เพียงพอ เช่น ขนาดของยาน้อยเกินไป ผู้ป่วยยังมีความปวดมากอยู่ไม่สามารถประเมินซ้ำได้ เป็นต้น ในปี พ.ศ. 2555 ได้ปรับปรุงแนวปฏิบัติขึ้นโดยพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และร่วมประชุมภายในแผนกวิสัญญีทั้งพยาบาลและแพทย์ และเริ่มมีการใช้แนวปฏิบัติจนถึงปัจจุบัน ซึ่งจากสถิติปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้ป่วยในห้องพักฟื้นจำนวน 5,600 รายที่ได้รับการดูแล ตามแนวปฏิบัติยังไม่ครอบคลุม ทั้งในด้านการประเมินความปวด การจัดการความปวด และการบันทึกความปวด ทั้งนี้เพื่อที่จะพัฒนาคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย ทางทีมวิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาครั้งนี้เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องพักฟื้นให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการจัดการความปวด และความพึงพอใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องพักฟื้น

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้คือศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ระยะเวลา 7 เดือนระหว่าง 1 พฤษภาคม-30 พฤศจิกายน 2560

นิยามศัพท์

1. ระดับความปวดของหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป หมายถึง การวัดระดับความปวดของผู้ป่วยเมื่อเข้าห้องพักฟื้น ในระยะแรกรับ 30 นาที และก่อนส่งกลับหอผู้ป่วยด้วยการประเมินโดยใช้แบบประเมินมาตรวัดตัวเลข (Numerical Rating Scale: NRS) ที่มีค่าคะแนน

0-10 โดยตีค่าความหมายของค่าคะแนนตามระดับ คือ
0 = ไม่มีอาการปวด 1-3 = ปวดเล็กน้อย 4-6 = ปวด
ปานกลาง และ 7-10 = ปวดรุนแรง

2. ระดับความพึงพอใจในการจัดการความปวด
หมายถึง การประเมินความพึงพอใจในการจัดการความปวด
ที่ประเมินผู้ป่วยขณะอยู่ห้องพักฟื้น ภายหลังผ่าตัด 1 วัน
โดยการใช้เครื่องมือวัดระดับความพึงพอใจที่พัฒนามา
จากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีจำนวน 5 ข้อ แบ่งมาตราวัด
ระดับความพึงพอใจออกเป็น 3 ระดับ คือ มากที่สุด
ปานกลาง และน้อย

ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทุกชนิด
และได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป และได้รับการดูแล
ที่ห้องพักฟื้น โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ในเวลาราชการ
ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม - 30 พฤศจิกายน 2560

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและ
ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป และได้รับการดูแล
ที่ห้องพักฟื้น โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี คำนวณกลุ่ม
ประชากรตามสูตรสำเร็จของ ทาโร ยามาเน่⁸ คำนวณ
จากจำนวนผู้ป่วยทั้งปี ของพ.ศ. 2559 จำนวน 5700 ราย
ยอมรับความคลาดเคลื่อนที่ ± 10 เปิดตารางได้กลุ่ม
ตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 98 ราย จากช่วงระยะเวลาสามารถ
เก็บได้ 100 ราย

เกณฑ์เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกแบบเฉพาะ
เจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย
ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้องมีอายุ 15 ปี
ขึ้นไปมีระดับความรู้สึกตัวดี สื่อสารภาษาไทยได้ เข้าใจดี
ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหลังผ่าตัดสามารถตอบคำถามได้

พื้นที่ศึกษา

สถานที่ทำการวิจัย คือ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาล
ขนาด 561 เตียง ให้บริการในระดับตติยภูมิ ให้บริการ

ทุกประเภท และเป็นแหล่งฝึกอบรมของนักศึกษาแพทย์
และพยาบาล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการศึกษา ได้แก่
แผนกห้องผ่าตัดใหญ่ ห้องพักฟื้น ชั้น 5 และชั้น 6
ตึกนพราชจักรี และห้องพักฟื้นที่ตึกฉุกเฉิน โรงพยาบาล
นพรัตนราชธานี กรุงเทพมหานคร

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. นำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการ
จริยธรรมของโรงพยาบาล ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการ
วิจัยเมื่อ 1 ตุลาคม 2558 เลขที่รับรอง 1/2559
2. ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ตามเกณฑ์
ได้แก่ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีระดับความรู้สึกตัวดี สื่อสาร
ภาษาไทยได้เข้าใจ ดิฉันยอมเข้าร่วมการวิจัยหลังผ่าตัด
สามารถตอบคำถามได้ และชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก
แบบเก็บข้อมูลที่ทางแผนกวิสัญญีบันทึก
4. รวบรวมข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่
อายุ เพศ สถานภาพสมรส การได้รับความรู้เรื่องความปวด
ลงบันทึกแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล รวบรวมข้อมูล
การรับรู้ความปวด การจัดการความปวดและความพึงพอใจ
ต่อการจัดการความปวดที่ห้องพักฟื้นลงในแบบบันทึก

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือในการ
ดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ
 - 1.2 แบบบันทึกข้อมูลด้านการผ่าตัด ได้แก่
การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด แผนกที่ได้รับการผ่าตัด
ชนิดของการให้ยาระงับความรู้สึก ระยะเวลาการผ่าตัด
ประเภทของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด

1.3 แบบบันทึกข้อมูลด้านการจัดการความปวด ได้แก่ ระดับความปวดก่อนการผ่าตัด การได้รับข้อการจัดการความปวดชนิด และปริมาณยาที่ได้รับ ในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และที่ห้องฟักฟื้น การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา การจัดทำ การหายใจ และการไอ คะแนนความปวดที่ห้องฟักฟื้นทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกวันที่ฟักฟื้น ระยะ 30 นาที และก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย

1.4 แบบบันทึกความพึงพอใจในการจัดการความปวด โดยการใช้มาตรวัดเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเท่ากับ 3 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด คะแนนเท่ากับ 2 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง คะแนนเท่ากับ 1 หมายถึง พึงพอใจน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยรับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือ และดัดแปลงแบบสำรวจความพึงพอใจมาจากแบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพของ นางลักษณ์ สุวิสิทธิ์ และสมจิต หนูเจริญกุล^๑ ตลอดจนผลงานที่เกี่ยวข้อง แล้วนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ วิทยาลัยแพทย วิทยาลัยพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการให้ยาระงับความรู้สึก คณะกรรมการการจัดการความปวดของโรงพยาบาลเพื่อขอคำแนะนำ และทำการปรับปรุง โดยให้ข้อที่มีความหมายใกล้เคียงกัน สรุปให้เป็นข้อเดียวกัน คำถามให้กระชับไม่กำกวมเพื่อให้เนื้อหานั้นมีความเที่ยงตรง และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยปรับลดลงให้เหลือ 5 ข้อจาก 10 ข้อ และนำมาคำนวณด้วยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 1.0 และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของ ครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.86

2. ในห้องฟักฟื้นมีแนวปฏิบัติการจัดการความปวดที่ฟักฟื้น ซึ่งพยาบาลวิสัญญีต้องยึดเป็นแนวทางปฏิบัติ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ดำเนินการ คือ เมื่อโครงร่างวิจัยผ่านการตรวจสอบ และได้รับการอนุมัติจริยธรรมเมื่อ 1/2558 เลขที่รับรอง 1/2559 ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้นำความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องมีการประชุม และเปลี่ยนความรู้ และให้การอบรมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด นำมาตรวจสอบความถูกต้องทางวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ แล้วจึงนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติ หลังจากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง และเริ่มให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล วิธีการ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยในกระบวนการเพื่อขอความยินยอม และเซ็นใบยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ตั้งแต่ก่อนเข้ารับการผ่าตัดโดยผู้วิจัยตอบข้อสงสัย และชี้แจงให้ทราบว่าสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลทั้งในปัจจุบันและอนาคต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินวิจัยตามแผนและเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับอนุญาตผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย คัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดแนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงขั้นตอน และกระบวนการวิจัย ขอความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย รวบรวมข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การได้รับความรู้เรื่องความปวดลงในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล รวบรวมข้อมูลการรับรู้ความปวด และการจัดการความปวดความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังลงในแบบบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษา ประกอบด้วย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความปวดหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นทั้ง 3 ระยะ และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดที่ห้องพักฟื้น วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) แสดงด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างทั่วไป

1. ลักษณะของผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล จำนวน 100 ราย แบ่งเป็น เพศชายร้อยละ 25 เพศหญิงร้อยละ 75 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 35.56 ปี และช่วงอายุมากที่สุดระหว่าง 15 – 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 มีอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 7 การศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 35 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 56 และมีสถานภาพสมรสมากที่สุดร้อยละ 81

2. ลักษณะของผู้ป่วย จำแนกตามปัจจัยด้านการผ่าตัด และการได้รับยาระงับความรู้สึก

กลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมากที่สุดร้อยละ 27 และผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องร่วมกับทำหมันร้อยละ 13 รองลงมา คือ ผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบร้อยละ 10 แผนกที่ผู้ป่วยมารับบริการมากที่สุด คือ สูติกรรมร้อยละ 44 รองลงมา คือ แผนกศัลยกรรมคิดเป็นร้อยละ 26 ชนิดของการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปมากที่สุด คือ การใส่ท่อช่วยหายใจหลอดลมคอร้อยละ 93 ช่วงระยะเวลาที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบมากที่สุดคือไม่เกิน 60 นาทีคิดเป็น

ร้อยละ 64 เวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 55.42 นาที ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากถึงร้อยละ 95 เป็นแบบนัดผ่าตัดล่วงหน้าร้อยละ 48 และแบบฉุกเฉินร้อยละ 52

3. ลักษณะของผู้ป่วยจำแนกตามการจัดการความปวด

ผู้ป่วยไม่ได้รับความรู้ก่อนการผ่าตัดร้อยละ 41 มีเพียงร้อยละ 35 ได้รับความรู้การจัดการความปวดจากวิสัญญีพยาบาล ด้านการประเมินระดับความปวดก่อนการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยไม่ปวดเลยร้อยละ 47 มีระดับปวดปานกลางร้อยละ 16 และระดับความปวดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 14 ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยไม่ได้รับยาแก้ปวดคิดเป็นร้อยละ 97 ในระยะผ่าตัดและในห้องพักฟื้นมอร์ฟีน (Morphine) เป็นยาแก้ปวดที่ใช้มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 85 และ 56 ตามลำดับ และบริหารจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาในห้องพักฟื้น ด้วยการจัดการอนิสรุสสูงคิดเป็นร้อยละ 5 ร้อยละเอียด ดังตารางที่ 1

ผลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับ การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในห้องพักฟื้น

การประเมินคะแนนความปวดหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1. ระยะแรก พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 69 ไม่มีการบันทึกการประเมินความปวด รองลงมา ผู้ป่วยมีความปวดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9 และผู้ป่วยสามารถกลับได้ คิดเป็นร้อยละ 9 ตามลำดับ 2. ระยะ 30 นาที พบว่า ผู้ป่วยปวดมาก และปวดปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 23 และ 14 ตามลำดับ 3. ระยะส่งกลับหอผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยปวดปานกลางและกลับได้ คิดเป็นร้อยละ 27 และ 17 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

วารสารสถาบันบำราศนราดูร
ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามการจัดการความปวด

การจัดการความปวด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ได้รับข้อมูลการจัดการความปวด		
ไม่ได้รับ	41	41
พยาบาล	24	24
วิสัญญีพยาบาล	35	35
คะแนนความปวดก่อนการผ่าตัด		
ไม่ปวด	47	47
ปวดเล็กน้อย	0	0
ปวดปานกลาง	16	16
ปวดมาก	13	13
ปวดมากที่สุด	14	14
ไม่มีการบันทึก	10	10
ชนิดของยาแก้ปวดที่ได้รับก่อนการผ่าตัด		
ไม่ได้รับ	97	97
Morphine	2	2
Tramol	1	1
ชนิดยาแก้ปวดที่ได้รับระหว่างผ่าตัด		
Morphine	85	85
Fentanyl	15	15
ชนิดยาแก้ปวดที่ได้รับในห้องพักฟื้น		
ไม่ได้รับ	56	56
Morphine	35	35
Fentanyl	5	5
Tramal	3	3
Pethidine	1	1
การจัดการแบบไม่ใช้ยา		
ไม่มี	95	95
นอนศีรษะสูง	5	5
รวม	100	100

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผู้ป่วย จำแนกตามคะแนนความปวดที่ห้องพักฟื้น

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	แรกรับ		30 นาที		ก่อนส่งกลับ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนความปวด						
ไม่มีความปวด	2	2	1	1	3	3
ปวดเล็กน้อย	1	1	0	0	13	13
ปวดปานกลาง	2	2	14	14	27	27
ปวดมาก	4	4	23	23	4	4
ปวดมากที่สุด	9	9	8	8	0	0
หลับ	13	13	17	17	17	17
ไม่มีการบันทึก	69	69	37	37	36	36
รวม	100	100	100	100	100	100

ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

ผลการศึกษา พบว่าในภาพรวมคะแนนความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดที่ห้องพักฟื้นอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.22 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.732) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากในการได้รับยาแก้ปวด

อาการปวดทุเลาลงได้อย่างรวดเร็ว ร้อยละ 48 รองลงมาคือ ติดตามปัญหาความปวดได้อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจปานกลาง คือ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาร้อยละ 51 และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจน้อย คือ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแก้ปวดร้อยละ 29 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจ ต่อการจัดการจัดการความปวดที่ห้องพักฟื้น

ความพึงพอใจ	มาก ปานกลาง น้อย			Mean	SD	ระดับ
	(%)	(%)	(%)			
1.ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินและการจัดการความปวด	35	51	14	2.21	0.671	ปานกลาง
2.ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา	30	51	19	2.11	0.695	ปานกลาง
3.ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาบรรเทาปวด	26	45	29	1.97	0.745	ปานกลาง
4.หลังได้รับยาแก้ปวด อาการปวดทุเลาลงพักได้	48	47	5	2.43	0.590	ปานกลาง
5.พยาบาลติดตามปัญหาความปวดได้อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง	42	43	15	2.27	0.709	ปานกลาง
ระดับความพึงพอใจภาพรวม				2.22	0.732	ปานกลาง

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 75 เป็นเพศหญิง มีช่วงอายุมากที่สุดระหว่าง 15 - 25 ปี ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 56 สถานภาพสมรส ร้อยละ 81 เป็นผู้ป่วยใน มากถึงร้อยละ 95 เป็นแบบนัดผ่าตัดล่วงหน้า ร้อยละ 48

และแบบฉุกเฉิน ร้อยละ 52 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 27 ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง และร้อยละ 93 ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โดยการใส่ท่อช่วยหายใจ หลอดลมคอ เวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ย 55.42 นาที และร้อยละ 64 ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกไม่เกิน 60 นาที

ด้านการจัดการความปวดที่ผู้ป่วยได้รับใน
ระยะก่อนผ่าตัด พบว่าร้อยละ 41 ผู้ป่วยไม่ได้รับความรู้
ก่อนการผ่าตัดมีเพียงร้อยละ 35 ที่ผู้ป่วยได้รับความรู้
การจัดการความปวดจากวิสัญญีพยาบาล สอดคล้อง
กับการศึกษาที่ผ่านมาในด้านการให้ข้อมูลความรู้กับ
ผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดที่ยังไม่ครอบคลุม นั่นคือ
ด้านบทบาทของพยาบาลในสมรรถนะการสอน และ
ให้คำแนะนำสำหรับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดแก่ผู้ป่วย
จำเป็นต้องมีการพัฒนา และค้นหาแนวทางนำมาใช้ใน
ทางปฏิบัติเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความ
ไม่เข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดลงได้^{6,7}

ด้านการประเมินระดับความปวดก่อนการผ่าตัด
ร้อยละ 47 ผู้ป่วยไม่ปวดเลย ร้อยละ 16 มีระดับปวด
ปานกลาง และร้อยละ 14 มีระดับความปวดมากที่สุด
สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนันทา เลิศพงษ์ และ
นงลักษณ์ สุศรี⁵ เกี่ยวกับผลการจัดการความปวดในผู้ป่วย
หลังผ่าตัดในห้องฟักฟื้น พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 83.9 มีคะแนน
ความปวดมากกว่า 5 โดยใช้ numeric rating scale แต่อย่างไร
ก็ตามการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าการจัดการความปวด
ยังไม่เหมาะสม และเพียงพอต่อการตอบสนองความปวด
ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งพบกว่าร้อยละ 96 ผู้ป่วยไม่ได้รับยา
แก้ปวดในระยะก่อนผ่าตัด

ในระยะผ่าตัด ยาแก้ปวดที่ใช้ในการระงับปวด
มากที่สุดร้อยละ 85 คือ Morphine และร้อยละ 56
เป็นยาแก้ปวดที่ให้มากที่สุดในห้องฟักฟื้น อย่างไรก็ตาม
การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาในห้องฟักฟื้น พบว่า
มีการใช้เพียงร้อยละ 5 นั่นคือ การจัดทำเท่านั้น สะท้อน
ถึงการจัดการความปวดของพยาบาลที่ยังไม่เหมาะสม
สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ กันกา, พัทยา
แพทองคำ และชนิษฐา พันธุ์สุวรรณ⁶ ที่ศึกษาอุบัติการณ์
และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาแก้ปวดของผู้ป่วย
ผ่าตัดช่องท้องในห้องฟักฟื้น โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ พบว่า
ส่วนใหญ่ได้รับยา Opioid เช่น Morphine มากที่สุด
และการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาที่ผู้ป่วยปฏิบัติใน
ระยะนี้ คือ การนอนนิ่งๆ และนอนศีรษะสูง

ส่วนใหญ่ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจ

ของผู้ป่วยจะอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งพบว่าร้อยละ 51
จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดแบบใช้ยา
และไม่ใช้ยา และร้อยละ 29 ที่มีความพึงพอใจน้อย
ในด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์
จากการใช้ยาแก้ปวด แสดงถึงพยาบาลยังขาดการ
ให้ข้อมูลผลข้างเคียงจากยาแก้ปวดไม่ครอบคลุม
สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี
และสุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ¹⁰ พบว่าผู้ป่วยมี
ระดับความพึงพอใจในระดับดี และดีมากต่อการจัดการ
ความปวด

ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด
และได้รับยาาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ยังมีระดับ
ความปวดหลังผ่าตัดที่ห้องฟักฟื้นอยู่ในระดับปวด
มากที่สุด และได้รับการจัดการความปวดด้วย Opioid
ยาที่ใช้มากที่สุดที่ห้องฟักฟื้น ได้แก่ Morphine และผู้ป่วย
มีระดับความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดอยู่
ในระดับปานกลาง แต่ยังพบว่ายังขาดการบันทึกใน
ห้องฟักฟื้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ระดับความปวดในระยะแรกรับที่ห้อง
ฟักฟื้น พบว่ามีระดับความปวดมากที่สุดร้อยละ 9
สะท้อนถึงการบริหารจัดการยาบรรเทาปวดยังไม่เพียงพอ
ซึ่งควรที่จะมีการทำการวิเคราะห์กระบวนการในการ
บริหารยาในกลุ่ม Opioid เป็นอย่างไรและเหมาะสม
กับแต่ละรายหรือไม่ และพัฒนาแนวทางปฏิบัติให้
เกิดความชัดเจนกับผู้ป่วยปฏิบัติ

2. กระบวนการประเมินความปวดยังไม่
เหมาะสม และครอบคลุมกับผู้ป่วยทุกราย ควรพัฒนา
ระบบการประเมินความปวดให้เป็นแนวทางเดียวกัน
เพื่อให้มีการประเมินที่แม่นยำมากที่สุดในการตอบสนอง
ความรู้สึกปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การดำเนินการวิจัยในครั้งต่อไปควรที่จะ
มุ่งเน้นในประเด็นเรื่องของความรู้ และการปฏิบัติของ
พยาบาล และทีมสหภาพในด้านการประเมินความปวด
และการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีโดยการสนับสนุนของท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีที่ได้ให้อนุมัติเงินงบประมาณประจำปี 2560 ในการสนับสนุนเงินทุนวิจัยผู้วิจัย ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในงานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ทุกท่านที่ส่งเสริม และสนับสนุนให้การวิจัยนี้สำเร็จลงได้ประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ ครั้นนี้ ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงวิภาดา ธรรมเขต คุณภีรพร คำพิมูล และคุณศศิธรณ บุญญธรรม ที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ และให้คำปรึกษา ขอขอบพระคุณ จุไรรัตน์ นันทเสนา หัวหน้างานวิสัญญีพยาบาล ที่ช่วยสนับสนุน เอื้ออำนวยในการศึกษาให้ความสะดวกในทุก ๆ ด้าน ขอขอบคุณ อาจารย์ ดร. มนพร ชาติธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือ แสวงหาแหล่งข้อมูลความรู้ คอยติดตามความก้าวหน้า และเป็นกำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ขอขอบคุณ อาจารย์กิตติวัฒน์ มโนจันทร์ และเจ้าหน้าที่ศูนย์วิจัยโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ที่สนับสนุนช่วยเหลือ การทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ ผู้ป่วย พยาบาล ผู้ร่วมวิจัย แพทย์ เจ้าหน้าที่ทุก ๆ ท่าน ของแผนกวิสัญญี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ที่มีส่วนสำคัญในวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ให้บรรลุผลสำเร็จตามประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. Meissner W, Coluzzi F, Fletcher D, Huygen F, Morlion B, Neugebauer E, et al. Improving the management of post-operative acute pain: priorities for change. *Curr Med Res Opin* 2015; 31(11): 2131-43.
2. Maurice SA, Auquier P, Viarre OV, Cuvillon P, Carles M, Ripart J, et al. Effect of sedative premedication on patient experience after general anesthesia: a randomized clinical trial. *JAMA* 2015; 313(9): 916-25.
3. Naqib D, Purvin M, Prasad R, Hanna IM, Dimitri S, Llufrío A, et al. Quality improvement initiative to improve postoperative pain with a clinical pathway and nursing education program. *Pain Manag Nurs* 2018; 19(5): 447-55.
4. Mann E, Carr E. Pain management, Foundation Studies for Caring: Using Student Centered Learning [internet]. Texas: Bristol-Myers Squibb Secure the Future Initiative ; 2018 [cited 2018 Jul 10]. 259 p. Available from: https://bipai.org/sites/bipai/files/HIV_Curriculum_Web.pdf#page=316
5. เสาวนันทา เลิศพงษ์, นงลักษณ์ สุสร. การศึกษาผล การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในท้องพัก พื้นที่ในกลุ่มงานวิสัญญีวิทยาโรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์* 2557; 29(2): 93-101.
6. วันเพ็ญ กันกา, พัทยา แพทองคำ, ชนิษฐา พันธุ์สุวรรณ. อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยา แก่ปวดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องในท้องพักพื้น โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช. *วารสารแพทย์เขต* 4-5 2560; 36(2): 59-70.
7. ปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์, มานี อยู่อู่ใจเย็น. การพัฒนา แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดใน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในท้องพักพื้น โรงพยาบาลระนอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี* 2557; 30(1): 86-99.
8. Yamane, T. Statistics: An introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper & Row Publishers; 1973.
9. นงลักษณ์ สุวิสิทธิ์, สมจิต หนูเจริญกุล. การพัฒนา แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการ พยาบาล. *รามธิบดีวารสาร* 2554; (17): 246.
10. จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี, สุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ. การประเมินผลการจัดการความปวดเฉียบพลันใน โรงพยาบาลรามธิบดี. *รามธิบดีพยาบาลสาร* 2552; 15(22): 303-14.

ความสัมพันธ์คุณภาพการบริการตามความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้คลอดที่สถาบันบำราศนราดูร

ประยูร พรหมทัต ป.พ.ส.

จิตพร วงศ์วัฒนากานต์ พย.บ

สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการบริการ และความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการตามความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้คลอดที่สถาบันบำราศนราดูร กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาที่มารับบริการฝากครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2560 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2561 และมารดาคลอดในช่วงเดือนมกราคม 2561 ถึงเดือนเมษายน 2561 จำนวน 240 ราย เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป คุณภาพการบริการในห้องคลอดตามความคาดหวัง คุณภาพการบริการในห้องคลอดตามการรับรู้ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพการบริการตามความคาดหวังอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.80$, $SD = 0.275$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้คลอดมีความคาดหวังต่อด้านความเชื่อมั่นในการบริการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.87$, $SD = 0.525$) รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ($\bar{X} = 4.85$, $SD = 0.310$) ตามลำดับ และการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.38$, $SD = 0.47$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้คลอดมีการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.52$, $SD = 0.522$) รองลงมาคือ ด้านความเชื่อมั่นในการบริการ ($\bar{X} = 4.48$, $SD = 0.525$) ตามลำดับ คุณภาพการบริการตามความคาดหวัง และรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการตามการรับรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการตามการรับรู้ ควรศึกษาคุณภาพการบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของมารดาฝากครรภ์ในไตรมาสอื่นด้วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาล และตอบสนองความต้องการผู้รับบริการอย่างทั่วถึง

คำสำคัญ: คุณภาพการบริการตามความคาดหวัง คุณภาพการบริการตามการรับรู้

Relationship Between Expectation and Perception in Quality of Services in Maternity Ward, Bamrasnaradura Infectious Disease Institute (BIDI).

**Prayoon Promtat Dip in Nursing Science
Jatuporn Wongwatthanakarn B.N.S.**

*Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute,
Department of Disease Control, Ministry of Public Health*

ABSTRACT

The aim of this descriptive research was to study the quality of services in maternity wards in BIDI from the patient's expectation and perception. In this study which was conducted from November 2017 to February 2018 in antenatal care clinic and from January to April 2018 in maternity ward. The sample group was 240 patients who were selected from each section by systemic random sampling method. Data collection tools consisted of the questionnaire, in 3 dimensions; general data information, services quality expectation, and services quality perception. Its reliability was determined by Cronbach's alpha coefficient ($\alpha = 0.80$ and 0.87 respectively). The data analysis was performed using descriptive methods including frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient. The results showed that expectation and perception of service quality were in the highest level ($\bar{X} = 4.80$, $SD = 0.27$ and $\bar{X} = 4.38$, $SD = 0.47$). Expectations and income were statistically significant ($p = 0.05$) with perceived quality of service ($r = 0.18$ and 0.12 respectively). There were no statistically significant between ages and perceived quality of service ($p > 0.05$) since maternity service quality is critically important, improvement of quality requires management and efforts of the nurse administrators and staff at all levels in maternity ward.

Key words: *quality of service as expected, perception of quality of service.*

บทนำ

การพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขถือเป็นภารกิจและความรับผิดชอบสำคัญของโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง เพื่อเป็นหลักประกันแก่ประชาชนและสังคมว่าจะได้รับบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม^{1,2} ทั้งนี้ระบบการบริการพยาบาลเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนต่อผลสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพบริการ นั่นคือพยาบาลจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและเป็นมาตรฐาน³ การประกันคุณภาพการพยาบาล โดยเฉพาะการพยาบาลในห้องคลอดมีความสำคัญต่อมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์ถึงการคลอดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมต้องเผชิญกับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการคลอด กลัวตนเองและบุตรจะได้รับอันตรายถึงชีวิต กลัวบุตรที่เกิดมาจะมีผิดปกติหรือพิการ กลัวสิ่งแวดล้อม เครื่องมือในห้องคลอด รวมทั้งกลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดในระยะคลอดมากยิ่งขึ้น การดูแลและการส่งเสริมสุขภาพผู้คลอดและทารกในระยะคลอดจึงมิใช่การดูแลเพียงด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังต้องคำนึงถึงความต้องการทางด้านจิตใจและสังคมที่เกี่ยวข้องด้วย⁴

จากการรายงานสถานการณ์มารดา ทารกแรกเกิดไร้ชีพ และทารกแรกเกิดตายภายใน 7 วันของประเทศไทย พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแล คือ อัตราส่วนการตายของมารดาต่อ 100,000 การเกิดมีชีวิตอยู่ในเกณฑ์ที่สูงกว่าเป้าหมายการพัฒนาของประเทศโดยสาเหตุการตายคือ ตกเลือดหลังคลอด สำหรับอัตราส่วนทารกแรกเกิดไร้ชีพ และทารกแรกเกิดตายภายใน 7 วันต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต มีสาเหตุการตายจากการขาดออกซิเจนเนื่องจากการคลอดที่เนิ่นนาน การคลอดก่อนกำหนด⁵ และภาวะมดลูกแตกเป็นอุบัติการณ์ที่พบน้อยแต่มีความรุนแรงถึงชีวิตทั้งผู้คลอดและทารก และในระยะหลังคลอดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ ตกเลือดและติดเชื้อ จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าปฏิบัติการในห้องคลอดถือเป็นแหล่งสำคัญก่อให้เกิดการลดหรือเพิ่มอัตราป่วยและอัตราตายของผู้คลอดและทารก

ทั้งนี้สาเหตุการป่วยและการตายส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดที่สามารถหลีกเลี่ยงได้⁶ ดังนั้นคุณภาพของการให้บริการสุขภาพจึงเกี่ยวข้องกับพยาบาลมาก เนื่องจากเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานและติดต่อสื่อสารกับผู้ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการจึงเป็นสิ่งที่แสดงถึงการที่พยาบาลตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างทันทั่วทั้ง ด้วยการปฏิบัติอย่างสุภาพ อ่อนโยน เคารพความเป็นบุคคล สนใจและเข้าใจปัญหาของผู้ใช้บริการ แสดงให้เห็นว่าเป็นผู้มีความรู้และทักษะ ซึ่งในปัจจุบันการให้บริการพยาบาลมุ่งเน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นมุมมองของการประเมินคุณภาพการพยาบาล จึงเปลี่ยนเป็นการประเมินคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการมากขึ้น⁷

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมด้านคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในสถานบริการแล้วแต่มีความคาดหวังสูงกว่าการรับรู้เสมอ เนื่องจากผู้มารับบริการต้องการที่จะได้รับบริการที่ดี แนวคิดทางการตลาดพบว่า งานบริการทุกประเภทซึ่งรวมทั้งบริการทางการแพทย์ งานด้านสุขภาพเป็นประเภทหนึ่งของงานบริการที่มุ่งเน้นผู้บริโภค ควรให้ความสำคัญและยึดถือความคาดหวังของผู้มารับบริการเป็นบรรทัดฐานในการวางแผน และดำเนินการจัดบริการให้ตอบสนองความต้องการต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง และสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ เมื่อคุณภาพบริการถูกประเมินโดยผู้รับบริการ

หน่วยงานห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูรสังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเปิดให้บริการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ปัจจุบันมีผู้คลอด 600 รายต่อปี⁸ จากรายงานสถิติผู้รับบริการ ปี 2559–2561 พบอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 6.36, 8.43, และ 8.3 ตามลำดับ อีกทั้งยังพบอุบัติการณ์การขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (birth asphyxia) ได้แก่ 25.9, 56.2, 57.2 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิตตามลำดับ ดังนั้นเพื่อพัฒนางานให้มีคุณภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ให้บริการควรพิจารณาปัญหาและความรู้สึกที่เกิดกับ

มารดาคลอด เป็นตัวกำหนดในการพัฒนาคุณภาพบริการ ซึ่งคุณภาพที่เป็นเลิศจะเกิดขึ้นไม่ได้ถ้าผู้รับบริการไม่เห็นว่าการที่ได้นั้นเป็นไปตามที่คาดหวัง การค้นหาความต้องการหรือความคาดหวังในห้องคลอดของผู้คลอด จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยเห็นว่ามีความจำเป็นเร่งด่วน ที่ต้องมีการศึกษาคุณภาพบริการ โดยการประเมินจากการรับรู้ของผู้คลอดด้วยการประยุกต์จากแบบประเมินคุณภาพบริการ Service Quality (SERVQUAL) เพื่อนำมาเป็นแนวทางร่วมกับการรักษามาตรฐานคุณภาพเชิงวิชาชีพในการให้บริการที่นำไปสู่คุณภาพบริการพยาบาลในห้องคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการบริการผู้คลอดสถาบัน บำราศราตรู
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการตามความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้คลอดสถาบัน บำราศราตรู

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพการบริการตามความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้คลอดอยู่ในระดับมาก
2. ความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้คลอด

มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสูง

3. คุณภาพการบริการตามความคาดหวัง อายุ รายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการตามการรับรู้

นิยามศัพท์

1. คุณภาพการบริการ หมายถึง การปฏิบัติ การพยาบาลที่ดีตามความคาดหวังที่ผู้คลอดต้องการ จากการให้บริการของห้องคลอดสถาบัน บำราศราตรู ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ และการเข้าใจความต้องการของผู้รับบริการ

2. ความคาดหวังของผู้คลอด หมายถึง ผู้คลอด มีความเชื่อ ความคิด ความคาดหวัง ต่อพฤติกรรม การบริการของพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่

3. การรับรู้ของผู้คลอด หมายถึง ผู้คลอดได้ รับการตอบสนองความต้องการอย่างทันทั่วทั้งที่ ด้วยการ ปฏิบัติการพยาบาลอย่างสุภาพอ่อนโยน เคารพความเป็นบุคคล สนใจและเข้าใจปัญหาของผู้คลอด

ข้อจำกัดการศึกษา

ผู้ตั้งครรภ์มีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาส 3 ที่มารับ บริการฝากครรภ์ และคลอดที่สถาบัน บำราศราตรู



ภาพที่1 กรอบแนวคิดการศึกษา

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพการบริการ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการกับความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้คลอด สถาบันบำราศนราดูร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ มารดาที่มาใช้บริการคลอดในท้องคลอดสถาบันบำราศนราดูร

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่มาฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ สถาบันบำราศนราดูรในช่วงไตรมาส 3 ของการฝากครรภ์ในเดือนพฤศจิกายน 2560 ถึง กุมภาพันธ์ 2561 และมาคลอดที่สถาบันบำราศนราดูรในเดือนมกราคม 2561 ถึงเมษายน 2561 การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของทาโรยามาเน⁹ ได้จำนวน 240 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) โดยเว้นช่วงห่างของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 3 และเก็บข้อมูลจนครบตามจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของรุ่งเพชร มีธิัญญกร⁴ แบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 คุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้คลอด และส่วนที่ 3 คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้คลอด มีจำนวน 26 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) คือ 1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2) ไม่เห็นด้วย 3) ไม่แน่ใจ 4) เห็นด้วย และ 5) เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแบ่งเป็น 5 ด้านดังนี้ 1) ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ 10 ข้อ 2) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ 5 ข้อ 3) ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ 3 ข้อ 4) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ 4 ข้อ และ 5) ด้านการเข้าใจความต้องการของผู้รับบริการ 4 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.79 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.80 – 2.59 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.60 – 3.39 หมายถึง ไม่แน่ใจ

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.40 – 4.19 หมายถึง เห็นด้วย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.20 – 5.00 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.84 และค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง 0.56–1.00 รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะความคิดเห็นในการปรับสำนวนภาษาของข้อคำถามให้เหมาะสมที่จะไปใช้ในบริบทของท้องคลอด 10 ข้อ ดังนั้นแบบสอบถามทั้งหมดมี 62 ข้อ นำไปทดลองใช้กับผู้คลอดที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมทางการวิจัย

การวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันบำราศนราดูร เอกสารรับรองโครงการวิจัยลงวันที่ 23 มกราคม 2561 เลขที่ NO40h/60_ExPD ผู้วิจัยมีเอกสารชี้แจงกับผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามการพิทักษ์สิทธิก่อนทำการตอบแบบสอบถาม และการได้รับความยินยอมในการร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และทำลายข้อมูลภายหลังจากผลการวิจัยมีการเผยแพร่ตีพิมพ์แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของสถาบันบำราศนราดูร เสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้คลอดที่มาใช้บริการการคลอดด้วยตนเอง โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง ช่วงแรกเป็นข้อมูลความคาดหวังก่อนการรับบริการ เก็บข้อมูลจากผู้ตั้งครรภ์ไตรมาส 3 แผนกฝากครรภ์ในเดือนพฤศจิกายน 2560 ถึงกุมภาพันธ์ 2561 จำนวน 240 ราย และช่วงที่ 2 เก็บข้อมูลการรับรู้คุณภาพการบริการภายหลังการคลอดแล้วที่ห้องคลอดในช่วงเดือนมกราคม 2561 ถึงเมษายน 2561 จำนวน 240 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้คลอดโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient)

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ศึกษาความสัมพันธ์คุณภาพการบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้คลอดที่สถาบันบำราศนราดูร โดยมีผลการวิจัยจำแนกข้อมูลทั่วไปและวัตถุประสงค์ ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 29 ปี (SD = 6.49) ช่วงระหว่าง 26-34 ปีร้อยละ 37.1 ตารางที่ 1 คุณภาพการบริการของห้องคลอดตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้คลอด ณ สถาบันบำราศนราดูร

โดยมีอายุน้อยที่สุดคือ 18 ปี และมากที่สุดคือ 44 ปี การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 41.7 อาชีพรับจ้างร้อยละ 46.7 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 30,031 บาทต่อเดือน สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ชำระเงินเองร้อยละ 46.3 สิทธิประกันสังคมร้อยละ 45 และสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 8.8 ตามลำดับ ประสบการณ์เข้ารับบริการในการตั้งครรภ์ครั้งแรกร้อยละ 65 การตั้งครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 26.3 เคยมารับบริการ ณ ห้องคลอดสถาบันบำราศนราดูรร้อยละ 22.5 การมารับบริการในห้องคลอดที่ผ่านมาห้องคลอดมีคุณภาพการบริการอยู่ในระดับดีร้อยละ 20.8 การคลอดส่วนใหญ่คลอดปกติร้อยละ 72.5 ผ่าตัดคลอดร้อยละ 25.8 ใช้เครื่องดูดสุญญากาศร้อยละ 1.3 และใช้คีมดึงร้อยละ 0.4 เหตุพอใจที่ทำให้ผู้คลอดมารับบริการที่ห้องคลอดของสถาบันบำราศนราดูรในครั้งนี้คือ รับรู้ว่ามีคุณภาพการบริการที่ดีร้อยละ 53.3 ใกล้เคียงร้อยละ 17.1 และประทับใจในการบริการเพราะเคยมารับบริการที่แผนกห้องคลอดร้อยละ 15.4

คุณภาพการบริการในห้องคลอดตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้คลอด พบว่า ภาพรวมค่าเฉลี่ยความคาดหวังสูงกว่าการรับรู้คุณภาพการบริการทุกด้านในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.80$, $SD = 0.275$, $\bar{X} = 4.38$, $SD = 0.470$) ด้านความคาดหวัง กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังต่อความเชื่อมั่นในการบริการมากที่สุด ส่วนด้านการรับรู้ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการมากที่สุด ดังตารางที่ 1

คุณภาพการบริการ	ความคาดหวัง					การรับรู้				
	$\bar{X}$	SD	MIN	MAX	ระดับคุณภาพการบริการ	$\bar{X}$	SD	MIN	MAX	ระดับคุณภาพการบริการ
ความเป็นรูปธรรมของบริการ	4.73	0.322	3	5	มากที่สุด	4.25	0.525	3	5	มากที่สุด
ความน่าเชื่อถือ	4.84	0.287	3	5	มากที่สุด	4.44	0.518	3	5	มากที่สุด
การตอบสนองต่อผู้รับบริการ	4.85	0.310	4	5	มากที่สุด	4.52	0.522	3	5	มากที่สุด
ความเชื่อมั่นในการบริการ	4.87	0.525	4	5	มากที่สุด	4.48	0.525	3	5	มากที่สุด
การเข้าใจความต้องการของผู้รับบริการ	4.81	0.346	4	5	มากที่สุด	4.48	0.553	3	5	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม	4.80	0.275	3	5	มากที่สุด	4.38	0.470	3	5	มากที่สุด

เมื่อพิจารณาความคาดหวัง และการรับรู้ที่อยู่ในระดับมากที่สุดในแต่ละด้านพบว่า 1) ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ความคาดหวังต่อห้องคลอดควรสะอาดไม่มีสิ่งรบกวน เช่น กลิ่นเหม็น แผลง แต่การรับรู้ต่อคุณภาพบริการ พบว่า เจ้าหน้าที่ห้องคลอดควรแต่งกายสะอาดเรียบร้อย 2) ด้านความน่าเชื่อถือ เมื่อมารดาต้องการความช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ห้องคลอดควรให้ความสนใจ และยินดีเข้าไปช่วยแก้ปัญหาให้ อย่างจริงจังและจริงใจ ส่วนการรับรู้ เจ้าหน้าที่ห้องคลอดไม่ควรเปิดเผยความลับของมารดาคลอด เว้นแต่ท่านจะยินยอม 3) ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ห้องคลอดควรมีความพร้อม และกระตือรือร้นในการให้บริการอย่างรวดเร็วตลอดเวลา ส่วนการรับรู้ เจ้าหน้าที่

ห้องคลอดควรอธิบายให้มารดาทราบก่อนลงมือกระทำสิ่งใด ๆ เสมอ และเจ้าหน้าที่ห้องคลอดควรแจ้งผลการตรวจแก้มารดาภายหลังการตรวจทุกครั้ง 4) ด้านความเชื่อมั่นในการบริการ เจ้าหน้าที่ห้องคลอดควรแสดงถึงความมั่นใจในการให้บริการ ส่วนการรับรู้ เจ้าหน้าที่ห้องคลอดควรมีความรู้เกี่ยวกับงานที่ปฏิบัติอยู่เป็นอย่างดี รวมถึงความรู้อื่น ๆ เพื่อตอบคำถามมารดาคลอดได้อย่างชัดเจน 5) ด้านความเข้าใจความต้องการของผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ห้องคลอดควรซักประวัติ ตรวจร่างกายมารดาคลอดด้วยวาจาสุภาพและให้เกียรติมากที่สุดทั้งความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ ในขณะที่การรับรู้ เจ้าหน้าที่ห้องคลอดควรใส่ใจต่อการบริการมารดาคลอดอย่างเต็มที่มากที่สุด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความคาดหวัง และการรับรู้ในคุณภาพการบริการของงานห้องคลอด จำแนกตามรายข้อ

คุณภาพการบริการ	ความคาดหวัง			การรับรู้		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ	4.73	0.322	มากที่สุด	4.25	0.525	มากที่สุด
1. ห้องคลอดควรมีป้ายบอกเส้นทางอย่างชัดเจน	4.60	0.569	มากที่สุด	4.15	0.833	มาก
2. สถานที่ตั้งของห้องคลอดควรสะอาดต่อการเข้ารับบริการ	4.65	0.528	มากที่สุด	4.15	0.776	มาก
3. การตกแต่งภายนอกและภายในของห้องคลอดควรมีการจัดสถานที่อย่างเป็นระเบียบสวยงาม	4.52	0.627	มากที่สุด	3.94	0.776	มาก
4. ภายในห้องคลอดควรมีอากาศถ่ายเทสะดวก	4.80	0.471	มากที่สุด	4.12	0.717	มาก
5. ห้องคลอดควรสะอาดไม่มีสิ่งรบกวน เช่น กลิ่นเหม็น แผลง	4.87	0.353	มากที่สุด	4.36	0.806	มากที่สุด
6. ในบริเวณห้องคลอดควรมีเอกสาร สิ่งพิมพ์ ป้ายประชาสัมพันธ์ แนะนำบริการ เช่นทางไปห้องน้ำ ทางหนีไฟ หรือป้ายอื่นๆที่ชัดเจน	4.65	0.542	มากที่สุด	4.23	0.757	มากที่สุด
7. สิ่งของเครื่องใช้ในห้องคลอด เช่น เสื้อผ้าถุง ผ้าห่ม ควรมีปริมาณเพียงพอ	4.76	0.457	มากที่สุด	4.40	0.689	มากที่สุด
8. ห้องคลอดควรมีเจ้าหน้าที่คอยให้บริการแนะนำข้อปฏิบัติ กฎระเบียบ ข้อซักถามต่างๆในการมารับบริการ	4.82	0.419	มากที่สุด	4.45	0.670	มากที่สุด
9. เจ้าหน้าที่ห้องคลอดควรแต่งกายสะอาดเรียบร้อย	4.78	0.433	มากที่สุด	4.51	0.627	มากที่สุด
10. ห้องคลอดควรมีสถานที่สำหรับสามารหรือญาติในการเฝ้ารอการคลอด เพื่อติดต่อสอบถามเจ้าหน้าที่ได้สะดวก	4.85	0.380	มากที่สุด	4.23	0.799	มากที่สุด

ตารางที่ 2 ความคาดหวัง และการรับรู้ในคุณภาพการบริการของงานห้องคลอด จำแนกตามรายข้อ (ต่อ)

คุณภาพการบริการ	ความคาดหวัง			การรับรู้		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ความน่าเชื่อถือ	4.84	0.287	มากที่สุด	4.44	0.518	มากที่สุด
11. ห้องคลอดควรให้บริการได้ตามที่ประชาสัมพันธ์ไว้	4.77	0.452	มากที่สุด	4.30	0.709	มากที่สุด
12. เมื่อมารดาต้องการความช่วยเหลือ เจ้าหน้าที่ห้องคลอดควรให้ความสนใจ และยินดีเข้าไปช่วยแก้ปัญหาให้อย่างจริงจังและจริงใจ	4.89	0.337	มากที่สุด	4.47	0.646	มากที่สุด
13. การบริการในห้องคลอดควรมีความถูกต้องและได้มาตรฐาน	4.87	0.353	มากที่สุด	4.45	0.658	มากที่สุด
14. การให้บริการของห้องคลอดควรจะไม่มีความผิดพลาดเกิดขึ้นเลย	4.86	0.361	มากที่สุด	4.39	0.724	มากที่สุด
15. เจ้าหน้าที่ห้องคลอดไม่ควรเปิดเผยความลับของมารดาคลอดเว้นแต่ท่านจะยินยอม	4.83	0.395	มากที่สุด	4.57	0.616	มากที่สุด
การตอบสนองต่อผู้รับบริการ	4.85	0.310	มากที่สุด	4.52	0.522	มากที่สุด
16. เจ้าหน้าที่ห้องคลอดควรอธิบายให้มารดาทราบก่อนลงมือกระทำสิ่งใด ๆ เสมอ	4.84	0.370	มากที่สุด	4.52	0.613	มากที่สุด
17. เจ้าหน้าที่ห้องคลอดควรแจ้งผลการตรวจแก่มารดาภายหลังการตรวจทุกครั้ง	4.85	0.365	มากที่สุด	4.52	0.586	มากที่สุด
18. เจ้าหน้าที่ห้องคลอดควรมีความพร้อมและกระตือรือร้นในการให้บริการอย่างรวดเร็วตลอดเวลา	4.86	0.369	มากที่สุด	4.50	0.600	มากที่สุด
ความเชื่อมั่นในการบริการ	4.87	0.525	มากที่สุด	4.48	0.525	มากที่สุด
19. เจ้าหน้าที่ห้องคลอดควรแสดงถึงความมั่นใจในการให้บริการ	4.95	0.923	มากที่สุด	4.44	0.590	มากที่สุด
20. เจ้าหน้าที่ห้องคลอดควรทำให้มารดาคลอดรู้สึกปลอดภัย มั่นใจในบริการที่ได้รับ	4.90	0.301	มากที่สุด	4.50	0.614	มากที่สุด
21. เจ้าหน้าที่ห้องคลอดควรมีความรู้เกี่ยวกับงานที่ปฏิบัติอยู่เป็นอย่างดีรวมถึงความรู้อื่น ๆ เพื่อตอบคำถามของมารดาคลอดได้อย่างชัดเจน	4.86	0.361	มากที่สุด	4.52	0.548	มากที่สุด
22. เจ้าหน้าที่ห้องคลอดควรเปิดโอกาสให้มารดาคลอดและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา	4.77	0.459	มากที่สุด	4.47	0.620	มากที่สุด
การเข้าใจความต้องการของผู้รับบริการ	4.81	0.346	มากที่สุด	4.48	0.553	มากที่สุด
23. เจ้าหน้าที่ห้องคลอดควรใส่ใจต่อการบริการมารดาคลอดอย่างเต็มที่	4.87	0.341	มากที่สุด	4.55	0.554	มากที่สุด
24. เจ้าหน้าที่ห้องคลอดควรซักประวัติ ตรวจร่างกายมารดาคลอดด้วยวาจาสุภาพ และให้เกียรติ	4.88	0.339	มากที่สุด	4.55	0.569	มากที่สุด
25. เจ้าหน้าที่ห้องคลอดควรรับฟังปัญหาและความคิดเห็นของมารดาคลอดด้วยความเต็มใจ	4.83	0.384	มากที่สุด	4.46	0.646	มากที่สุด
26. เจ้าหน้าที่ห้องคลอดควรเปิดโอกาสให้มารดาคลอดได้ระบายความรู้สึก	4.66	0.599	มากที่สุด	4.36	0.695	มากที่สุด

ความสัมพันธ์ของคุณภาพการบริการของ
ห้องคลอดตามการรับรู้ของผู้คลอดพบว่า รายได้ และ
ความคาดหวังคุณภาพการบริการมีความสัมพันธ์อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุไม่มีความ
สัมพันธ์กับคุณภาพการบริการตามการรับรู้ของผู้คลอด
ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของคุณภาพการบริการตามการรับรู้ของผู้คลอด สถาบันบำราศนราดูร

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	การแปลผล
อายุ	0.044	0.540	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้	0.121	0.045	มีความสัมพันธ์
ความคาดหวังคุณภาพการบริการ	0.183	0.043	มีความสัมพันธ์

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลตาม
วัตถุประสงค์ของการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. คุณภาพการบริการตามความคาดหวังและ
การรับรู้ของผู้คลอดที่สถาบันบำราศนราดูร

1.1 คุณภาพการบริการตามความคาดหวัง
ของผู้คลอดที่สถาบันบำราศนราดูร จากผลการศึกษาวิจัย
พบว่าผู้คลอดมีระดับความคาดหวังต่อคุณภาพการ
บริการในห้องคลอดที่สถาบันบำราศนราดูรทั้งโดยรวมและราย
ด้านอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลการ
ศึกษาวิจัยของเนาวรัตน์ โต้พันธานนท์¹⁰ ศึกษาเปรียบเทียบ
ความคาดหวังกับความเป็นจริงที่ผู้คลอดได้รับการ
พยาบาลในระยะคลอด โรงพยาบาลตำรวจพบว่า ระดับ
ความคาดหวังจากพยาบาลอยู่ในระดับมาก สอดคล้อง
กับการศึกษาวิจัยของรุ่งเพชร มีธัญญากร⁴ ศึกษาคุณภาพ
บริการในห้องคลอดตามความคาดหวังของมารดาใน
โรงพยาบาลนครนายกพบว่า ระดับความคาดหวังต่อ
คุณภาพบริการห้องคลอดทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ใน
ระดับมากที่สุด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับ
บริการ ความเชื่อมั่นในการบริการ ความเชื่อถือ การเข้าใจ
ความต้องการของผู้รับบริการ และความเป็นรูปธรรม
ของการบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของโสรัยา
พลูเกช¹¹ ศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยนอกต่อคุณภาพ
บริการของโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
พบว่า ความคาดหวังของผู้ป่วยนอกต่อคุณภาพบริการ
อยู่ในระดับมาก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความน่าเชื่อถือไว้

วางใจ ความเชื่อมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการ การตอบสนอง
ในการให้บริการ และการเข้าถึงความรู้สึกของผู้รับบริการ

1.2 คุณภาพการบริการตามการรับรู้ของ
ผู้คลอดที่สถาบันบำราศนราดูร จากผลการศึกษาวิจัย
พบว่า ผู้คลอดมีระดับการรับรู้คุณภาพการบริการใน
ห้องคลอดที่สถาบันบำราศนราดูรทั้งโดยรวมและราย
ด้านอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษา
วิจัยของรุ่งเพชร มีธัญญากร⁴ ศึกษาคุณภาพบริการใน
ห้องคลอดตามการรับรู้ของมารดาคลอดในโรงพยาบาล
นครนายกพบว่า ระดับการรับรู้ต่อคุณภาพบริการห้อง
คลอดทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด 5 ด้าน
ได้แก่ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ความเชื่อมั่นใน
การบริการ ความเชื่อถือ การเข้าใจความต้องการของ
ผู้รับบริการ และความเป็นรูปธรรมของการบริการ ซึ่ง
สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของโสพิศ ปุ๋จ้อย¹² พบว่า
คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้โดยรวม และรายด้าน
อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการ
ดูแลผู้ป่วย และด้านความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยอยู่ใน
ระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาวิจัยของสุภาณี โสทัศน์¹³
พบว่า คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้โดยรวมและราย
ด้านอยู่ในระดับมากที่สุด รายด้าน คือ ด้านคุณลักษณะ
ของพยาบาล ด้านกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการดูแล ผู้ป่วย
และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนด้านความพร้อมของพยาบาล
ในการดูแลผู้ป่วย และด้านความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย
อยู่ในระดับมาก

ทั้งนี้เนื่องมาจากการพัฒนาคุณภาพการบริการ ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญของสถาบันบำราศนราดูรที่กำหนดให้หน่วยงานภายในทุกหน่วยงานต้องดำเนินการเพื่อตอบสนองตามความต้องการของผู้รับบริการอย่างมีคุณภาพโดยเฉพาะหน่วยงานห้องคลอดของสถาบันบำราศนราดูร ได้มีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวของกรมอนามัยและมาตรฐานจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่ได้มีการพัฒนาและตรวจประเมินคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้บุคลากรของสถาบันได้รับการถ่ายทอดความรู้ และปรับเปลี่ยนทัศนคติในการให้บริการแก่ผู้มารับบริการด้วยค่านิยมคือ มุ่งเน้นมาตรฐาน บริการประจําใจ ห่วงใยทุกชีวิต ดังนั้น การที่ผู้รับบริการมีการรับรู้คุณภาพการบริการในห้องคลอดในระดับมากที่สุดจึงเป็นการสะท้อนถึงความสำเร็จอย่างหนึ่งของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริการของสถาบัน จากผลการศึกษาวิจัยการเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพการบริการในห้องคลอดตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้คลอดโดยรวมและรายด้านพบว่า ผู้คลอดในสถาบันบำราศนราดูร มีความคาดหวังคุณภาพการบริการในห้องคลอดสูงกว่าการรับรู้คุณภาพการบริการในห้องคลอดที่ได้รับทุกด้าน สอดคล้องกับมาตรฐานการบริการทางการแพทย์³ เป็นการให้บริการของพยาบาลตามความคาดหวังของผู้รับบริการว่า ลักษณะงานบริการที่ได้รับบริการจากพยาบาล ที่ให้บริการด้วยความสุภาพ อ่อนโยน มีน้ำใจ ให้ความเป็นกันเอง ให้เกียรติแก่ผู้รับบริการที่สามารถตอบสนองแก่ผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามลักษณะวิชาชีพทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกมั่นใจ มีความปลอดภัยจากอันตราย ความเสี่ยงต่างๆไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของรุ่งเพชร มีธัญญากร⁴ ศึกษาคุณภาพบริการในห้องคลอดตามการรับรู้ของมารดาคลอดในโรงพยาบาลนครนายก พบว่า มารดาคลอดมีความคาดหวังที่ได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจากพยาบาลสูงกว่าที่ได้รับการปฏิบัติจริง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของโสพิศ ปุ๋ย้อย¹² พบว่า

คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด รายด้าน คือ ด้านคุณลักษณะของพยาบาล และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย ด้านความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาวิจัยของสุภาณี โสทัน¹³ พบว่า คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด รายด้าน คือ ด้านคุณลักษณะของพยาบาล ด้านกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยและด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนด้านความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และด้านความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก จากผลการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการในข้อการตกแต่งภายนอกและภายในของห้องคลอดควรมีการจัดสถานที่อย่างเป็นระเบียบสวยงามอยู่ในระดับมาก

2. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้คลอด สถาบันบำราศนราดูร

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการตามความคาดหวังกับการรับรู้ของผู้คลอดพบว่า คุณภาพการบริการตามความคาดหวังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ของผู้คลอด สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของรุ่งเพชร มีธัญญากร⁴ ศึกษาคุณภาพบริการในห้องคลอดตามการรับรู้ของมารดาคลอดในโรงพยาบาลนครนายก พบว่า คุณภาพบริการในห้องคลอดตามความคาดหวังในการรับบริการกับการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการ โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้รับบริการมีความคาดหวังการบริการสูงโดยมีการรับข้อมูลการสื่อสารต่างๆ การประทับใจในการบริการ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้มีความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการมากไปด้วย

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้คลอด ซึ่งแตกต่างจากแนวคิดของ Abdallah and Levine¹⁴ ที่อธิบายว่าปัจจัยของบุคคลจะมีผลต่อการปฏิบัติหลังจากผ่านกระบวนการเรียนรู้ภายในตัว อายุมีผลต่อการรับรู้และระดับพัฒนาการ เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อม

ตัดสินใจทางเลือกดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง ซึ่งความสามารถนั้นจะลดลงในวัยสูงอายุ บุคคลที่มีอายุที่แตกต่างกันจะมีความสามารถในการเรียนรู้แตกต่างกัน ผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีวุฒิภาวะและประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งต่างๆ มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของรุ่งเพชร มีธัญญากร⁴ พบว่ามารดาคลอดในโรงพยาบาลนครนายกโดยอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังคุณภาพการบริการในห้องคลอด เนื่องจากอายุในกลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกัน ซึ่งเป็นวัยเจริญพันธุ์ที่พร้อมจะมีบุตร จึงทำให้อายุไม่มีผลต่อคุณภาพการบริการตามการรับรู้ของผู้คลอด

รายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ของผู้คลอด สอดคล้องกับแนวคิดของ Parasuraman, Zeithamal และ Berry¹⁴ ที่อธิบายว่า ความคาดหวังเกิดจากความต้องการส่วนบุคคลของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นการต้องการของแต่ละบุคคลและมีความแตกต่างกันตามภูมิหลังของบุคคล เช่น เพศ อายุ รายได้ อาชีพ วัฒนธรรม ประเพณี ส่วนความคาดหวังที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีตจะมีอิทธิพลต่อความคาดหวัง อาจเป็นประสบการณ์ที่รู้สึกพึงพอใจและไม่พึงพอใจต่อการบริการที่เคยได้รับ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของวรรณพร ศรีอรินันท์¹⁵ ศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนที่มีต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลปทุมธานีพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการเช่นเดียวกับงานศึกษาวิจัยของธนิยา กุสุมาลย์⁵ ศึกษาความคาดหวังของผู้รับบริการต่อการให้บริการงานห้องคลอดพบว่า คุณภาพการบริการมีความคาดหวังระดับสูงมากที่สุด และรายได้ที่แตกต่างกันมีระดับความคาดหวังต่อการรับบริการแตกต่างกัน อาจเนื่องจากการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายร่วมด้วย เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์ ดังนั้นผู้ที่มีรายได้สูงจึงมีโอกาสดำเนินการตอบสนองและสามารถเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพได้ดี รวมทั้งมีโอกาสเลือก และสามารถได้รับการตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานได้อย่างดี

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

นำผลการศึกษาที่พบว่าคะแนนคุณภาพการบริการโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก มีความสัมพันธ์กับรายได้และความคาดหวังคุณภาพการบริการซึ่งสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการบริการในหน่วยงานต่อไป และในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาคุณภาพการบริการตามความคาดหวัง และการรับรู้ของมารดาฝากครรภ์ในไตรมาสอื่นด้วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทั่วถึง

เอกสารอ้างอิง

1. พิศมัย กองทรัพย์. คุณภาพการพยาบาลในระยะคลอดและระยะหลังคลอดตามการรับรู้ของผู้คลอดในโรงพยาบาลสกลนคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.
2. กัลยา สร้อยสิงห์. ความคาดหวังและการรับรู้ต่อความพึงพอใจในคุณภาพการบริการของผู้ใช้บริการโรงแรมในเขตเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี. วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี 2559; 25 (1): 217-38.
3. ธัญรัตน์ จิรสินธิปก. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักการพยาบาลกรมการแพทย์; 2551.
4. รุ่งเพชร มีธัญญากร, สุทธิพร มูลศาสตร์. คุณภาพการบริการในห้องคลอดตามความคาดหวังและการรับรู้ของมารดาคลอดในโรงพยาบาลนครนายก. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย 2558; 9(2): 135-49.
5. ธนิยา กุสุมาลย์. การศึกษาความคาดหวังของผู้รับบริการต่อการให้บริการงานห้องคลอดโรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ย. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://r2r-phochai.blogspot.com/2016/09/blog-post.html>

6. ทิพวรรณ ลิ้มประไพพงษ์ และคณะ. ความคาดหวังในการได้รับข้อมูลและการได้รับข้อมูลจริงในห้องคลอดของผู้คลอดและญาติ ณ ตึกคลอดโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2557; 25(1): 39-49.
7. วนาพรรณ ชื่นอัม และคณะ. ความคาดหวังและการรับรู้ของบุคลากรต่อคุณภาพการบริการของหน่วยบริการสุขภาพบุคลากร. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2558; 21(1): 122-38.
8. สถาบันบำราศนราดูร, งานห้องคลอด. รายงานข้อมูลสถิติผู้รับบริการงานห้องคลอดประจำปี. นนทบุรี: สถาบันบำราศนราดูร; 2560. (อัดสำเนา)
9. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย; 2553.
10. เนาวรัตน์ พันธานนท์. การศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังกับความเป็นจริงที่ผู้คลอดได้รับจากการพยาบาลในระยะคลอดโรงพยาบาลตำรวจ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2547.
11. โสรยา พูลเกษ. ความคาดหวังของผู้ป่วยนอกต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2550.
12. โสพิศ ปุจ้อย. คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
13. สุภาณี โสทัน. คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลปากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
14. โสภิตา ชันแก้ว. การศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือตอนบน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
15. วรณพพร ศรีอริยนันท์. ความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนที่มีต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลปทุมธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2556

อุบัติการณ์และผลกระทบของการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงใหม่

วันเพ็ญ บุญประเสริฐ วท.ม., พย.ม.

งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา

บทคัดย่อ

ปอดอักเสบที่เกิดในโรงพยาบาล (Hospital Acquired Pneumonia; HAP) เป็นหนึ่งในปัญหาของการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบได้บ่อยที่สุดและส่วนใหญ่พบในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมากที่สุด การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และผลกระทบของการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล โดยมีรูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยการเกิดปอดอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 48 ชั่วโมงเป็นต้นไปหรือมากกว่า ในผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 แห่ง คืออายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง ในโรงพยาบาลเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนมกราคม-ธันวาคม 2560

ผลการศึกษา ในผู้ป่วยที่ศึกษารวม 6,213 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 3,166 ราย เพศหญิง 3,047 ราย พบว่ามีผู้ป่วยเกิด HAP จำนวน 24 ราย พบในเพศชายมากที่สุดร้อยละ 58.3 อายุเฉลี่ย 69.5 ปี อุบัติการณ์การเกิด HAP โดยรวมเท่ากับ 0.8 ครั้ง ต่อจำนวนวันนอน 1,000 วัน (Patient-days) หรือเท่ากับ 3.9 ต่อ 1,000 ครั้ง ของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Hospital admission) ส่วนใหญ่เกิด HAP ในระยะ late onset ร้อยละ 83.3 พบในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวและโรคเรื้อรังหรือมีโรคร่วม ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 2.3 รองลงมาคือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 1.6 โดยมีผลกระทบจากการเกิด HAP ได้แก่ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานเฉลี่ย 25.6 วัน อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 12.5 ผลการเพาะเชื้อจากเสมหะพบเชื้อที่เป็นสาเหตุสูงสุด ได้แก่ *Acinetobacter baumannii* ร้อยละ 29.2 และ ร้อยละ 57.1 ของเชื้อดังกล่าว เป็นเชื้อดื้อยาหลายขนาน (MDR) ค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพในผู้ป่วย HAP เฉลี่ยรายละ 6,024 บาท

ผลการศึกษาใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการเกิด HAP โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง นำไปสู่การพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติ กำหนดเป็นนโยบายในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในการลดการเกิด HAP ต่อไป

คำสำคัญ: การเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล, อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบ, หอผู้ป่วยอายุรกรรม

Incidence and Impact of Hospital-Acquired Pneumonia in the Medical Wards at Chiangkham Hospital

Wanpen Boonprasert M.Sc., M.N.S

Infection control division, Chiangkham Hospital, Phayao Province

ABSTRACT

Hospital-acquired pneumonia (HAP) is one of the most common nosocomial infections and increasing rate in the medical wards. The purposes of this study were to determine incidence and impact of HAP. We conducted a retrospective study of hospitalized patients in the medical wards at Chiangkham Hospital who were diagnosed with HAP that occurs 48 hours or more after admission to the hospital in non-ventilated patients in two medical wards one was male and another was female during January–December 2017.

The results revealed that the total patients in this study were 6,213 cases, 3,166 were males and 3,047 were females. A number of 24 HAP cases were identified, the 58.3 percentage of HAP cases were males with the mean age of 69.5 years. A total HAP incidence rate was 0.8 per 1,000 patient-days or a total HAP incidence rate was 3.9 cases per 1,000 hospital admission. Most of the patients, 83.3% had late onset of HAP and had underlying diseases or co-morbidities with chronic diseases, i.e. 2.3% of patients with stroke and 1.6% of Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), respectively. The impact of HAP had the mean length of hospital stay was 25.6 days. The hospital mortality rate was 12.5%. *Acinetobacter baumannii* (29.2%) was the most common isolated pathogen and 57.1% of them were multidrug resistance (MDR). The average cost for therapeutic of antibiotic treatment was 6,024 baht.

The result of this study use to improve patient outcomes and improve guidelines for use by healthcare professionals who care for patients at risk for HAP and should focus on HAP prevention especially in the patients with stroke and Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The strategies and appropriate use of guidelines include staff education might reduce incidence of HAP in hospital.

Key words: *Hospital-acquired pneumonia, Incidence rate of HAP, Medical ward*

บทนำ

ปอดอักเสบที่เกิดในโรงพยาบาล (Hospital-acquired pneumonia; HAP) เป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยที่สุดของการติดเชื้อขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หลังจากรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไป¹ ส่วนใหญ่มักพบในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมีกลไกสำคัญของการเกิดปอดอักเสบได้แก่การสูดสำลักได้ง่ายพบได้ถึงร้อยละ 71 ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองเสื่อมมีความเสี่ยงต่อการสำลัก² โดยอุบัติการณ์การสำลักจะเพิ่มขึ้นเป็น 11-20 เท่าของผู้ป่วยอื่นๆ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เกิดปอดอักเสบจากการสำลัก เป็นผลจากการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียเจริญเติบโตในช่องปากและลำคอตกลงไปในหลอดลมและปอด³ นอกจากนี้ยังพบปัจจัยเสี่ยงอื่นๆที่สำคัญเป็นสาเหตุของการเกิดปอดอักเสบได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)⁴ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง และมีโรคประจำตัวอื่น ๆ⁵

ในประเทศไทยมีการศึกษาแบบเผื่อระวังและติดตามผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่รับไว้รักษาที่โรงพยาบาลศิริราชที่เป็นปอดอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลและปอดอักเสบจากการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ พบว่าเป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่เกิดในโรงพยาบาลพบร้อยละ 24.7 เป็นปอดอักเสบที่เกิดหลัง 4 วันร้อยละ 82.9 และผู้ป่วยร้อยละ 67.1 อยู่หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม⁶ อุตการณ์ของการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลในประเทศไทยอยู่ที่ 21.8 ต่อ 1,000 ครั้งของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Admission) อัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 26-28⁷ นอกจากนี้ยังพบว่าการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นประมาณ 0.9 ต่อ 1,000 วันนอนในผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ และประมาณ 6.1-24.1 ต่อ 1,000 ventilator days ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ การเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ก่อให้เกิดผลกระทบหลายประการ ได้แก่ ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นประมาณ 15 วันขึ้นไป ต้องใช้ยาต้านจุลชีพเพิ่มขึ้นทำให้เกิดอัตราป่วย และอัตราตายที่สูงขึ้น¹⁰ รวมถึงทำให้

ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้นตามมา⁶⁻¹¹ ด้านค่าใช้จ่ายในผู้ป่วย HAP ในประเทศไทยการศึกษาจากการรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ในปี 2552 เสียค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย HAP ประมาณ 5 ล้านบาทต่อปี¹² ค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยต่อราย 70,000-100,000 บาท¹³ ค่าใช้จ่ายขึ้นอยู่กับการศึกษาในบริบทของแต่ละโรงพยาบาล การศึกษาในต่างประเทศในปี 2009-2012 พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย HAP ประมาณ 156 ล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกา¹⁴ การเกิดปอดอักเสบผู้ป่วยต้องใช้จ่ายยาค่อนข้างมากขึ้นติดต่อกันเป็นระยะเวลานานเกิดผลกระทบต่อการเกิดเชื้อดื้อยาตามมา เชื้อที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดปอดอักเสบในไทยได้แก่ *Acinetobacter baumannii* ร้อยละ 28.2 รองลงมาคือ *Pseudomonas spp.* ร้อยละ 17.8 เชื้ออื่น ๆ ได้แก่ *Klebsiella pneumoniae* ร้อยละ 7.7 และ *Methicillin-resistance Staphylococcus aureus* (MRSA) ร้อยละ 7.67 และร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยปอดอักเสบในโรงพยาบาลเสียชีวิตจากการติดเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* หรือ *Acinetobacter* หรือการมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย¹⁵

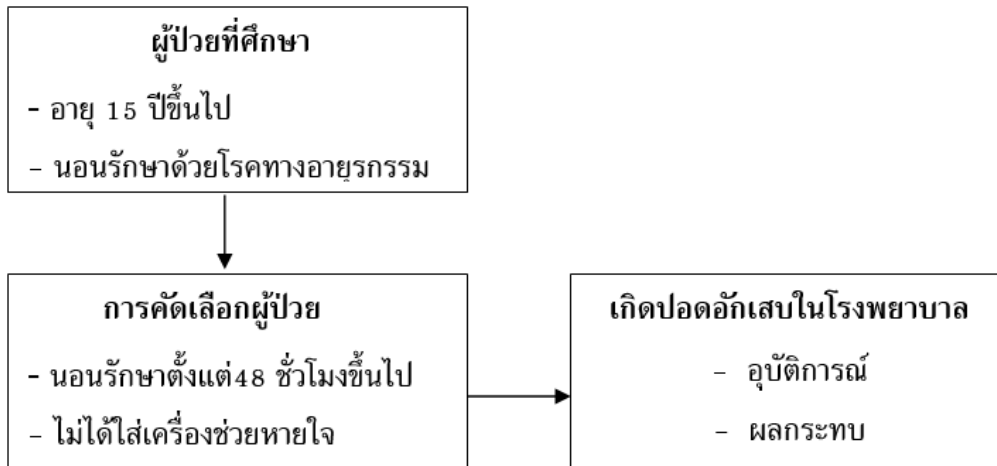
โรงพยาบาลเชียงใหม่ ขนาด 231 เตียง เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิ จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2560 อัตราครองเตียงโดยรวมเท่ากับร้อยละ 80.1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมมีอัตราครองเตียงสูงสุด ได้แก่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายร้อยละ 110.5 รองลงมาคือหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงร้อยละ 100.9 จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยอายุรกรรม เท่ากับ 5 วัน¹⁶ และจากผลการเผื่อระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2560 พบว่าผู้ป่วยที่เกิด HAP ส่วนใหญ่ร้อยละ 65 เกิดในหอผู้ป่วยอายุรกรรม¹⁷ ซึ่งทางโรงพยาบาลเชียงใหม่ยังไม่มีการศึกษาถึงผลกระทบของการเกิด HAP มาก่อน ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาอุบัติการณ์และผลกระทบของการเกิด HAP ผลการศึกษาจะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและบูรณาการการใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เพื่อลดการ

เกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลต่อไป

กรอบแนวคิดการศึกษา

ศึกษาในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน
หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิงช่วงเวลา
ระหว่างเดือนมกราคม 2560 ถึงเดือนธันวาคม 2560

หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่
48 ชั่วโมงขึ้นไป ในผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ
แล้วได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นปอดอักเสบที่เกิดขึ้นใน
โรงพยาบาล (HAP) ติดตามหาอุบัติการณ์และผลกระทบ
ของการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และผลกระทบของการ
เกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม
โรงพยาบาลเชียงใหม่

ตายที่สูงขึ้น อยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น ใช้ยาปฏิชีวนะ
มากขึ้นในการรักษาเชื้อก่อโรค ทำให้ค่ารักษาสูงขึ้นรวม
ถึงเกิดเชื้อดื้อยาเป็นต้น

คำนิยามศัพท์

การเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล (Hospital-Acquired Pneumonia; HAP) หมายถึง ปอดอักเสบที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไป ในผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ¹ โดยแบ่งตามระยะเวลาการเกิดโรคแบ่งเป็น Early onset คือเกิด HAP หลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 4 วัน และ Late onset คือเกิด HAP หลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 4 วันขึ้นไป¹

ผลกระทบ (Impact)¹⁸ ของ HAP หมายถึง ผลที่เกิดจากการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลซึ่งจะทำให้เกิดผลที่ตามมาได้แก่ ผู้ป่วยมีอัตราป่วยและอัตรา

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2560 ถึงเดือนธันวาคม 2560

2. การวินิจฉัยโรคเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล (HAP) หลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไป และไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบบันทึกข้อมูลเผื่อระวังการเกิด HAP พัฒนาจากแบบฟอร์มการเผื่อระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป การวินิจฉัยโรคแรกรับ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจอื่นๆ อาการ และอาการแสดง การรักษาด้วยยาต้านจุลชีพ สรุปผลการวินิจฉัยโรค จำนวนวันนอน และผลการรักษา

การรวบรวมข้อมูล

บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลตามระยะเวลาที่กำหนดโดยสำรวจ ทบทวนจากผลการเฝ้าระวัง และศึกษาจากฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในทางคอมพิวเตอร์โปรแกรม HOSxP

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติทางคอมพิวเตอร์ และนำเสนอข้อมูลเป็นจำนวนร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลต่อ 1,000 วันนอน (Patient-days) และการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลต่อ 1,000 ครั้งของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	58.3
หญิง	10	41.7
อายุ (ปี)		
≤ 40	2	8.3
41-60	2	8.3
61-80	15	62.5
> 80	5	20.8
Mean 69.5 ± 14.7, Range 58 (34-92)		
โรคประจำตัว (Underlying diseases) ของผู้ป่วยที่เกิด HAP		
หลอดเลือดสมอง	7	29.2
ทางเดินหายใจ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	7	29.2
ไตวาย	4	16.7
หัวใจ	3	12.5
เบาหวาน	3	12.5

(Hospital admission)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมทางการวิจัย

การวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ของโรงพยาบาลเชียงใหม่คำโดยเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ 008/2561 ลงวันที่ 2 พฤษภาคม 2561

ผลการศึกษา

พบผู้ป่วยปอดอักเสบในโรงพยาบาล (HAP) จำนวน 24 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 58.3 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเท่ากับ 69.5 ปี ส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวได้แก่ หลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 29.2 การเกิด HAP ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 2.3 รองลงมาคือในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 1.6 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยเกิด HAP จำแนกตามโรคประจำตัว		
หลอดเลือดสมอง	7/304	2.3
ทางเดินหายใจ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	7/441	1.6
ไตวาย	4/299	1.3
เบาหวาน	3/375	0.8
หัวใจ	3/565	0.5

อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล admission) โดยเพศชาย เท่ากับ 4.4 และเพศหญิง โดยรวม เท่ากับ 0.8 ต่อ 1,000 วันนอน (Patient-days) เท่ากับ 3.3 ระยะเวลาการเกิด HAP เฉลี่ย 10.5 วัน โดยเพศชาย เท่ากับ 1.0 และเพศหญิง เท่ากับ 0.7 หรือ ระยะเวลาการเกิด HAP ส่วนใหญ่เกิดในระยะ Late onset อุตการณ์ HAP โดยรวม เท่ากับ 3.9 ต่อ 1,000 ครั้ง ร้อยละ 83.3 ดังตารางที่ 2 ของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Hospital

ตารางที่ 2 อุตการณ์การเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลของหอผู้ป่วยอายุรกรรม

ข้อมูล	จำนวน	อัตราอุบัติการณ์
Total HAP cases per 1000 Patient-days	24/28,589	0.8
เพศชาย HAP cases per 1000 Patient-days	14/14,106	1.0
เพศหญิง HAP cases per 1000 Patient-days	10/14,483	0.7
Total HAP cases per 1000 Hospital admission	24/6,213	3.9
เพศชาย HAP cases per 1000 Hospital admission	14/3,166	4.4
เพศหญิง HAP cases per 1000 Hospital admission	10/3,047	3.3
ระยะเวลาเกิด HAP (วัน)		
≤ 4 (Early onset)	4	16.7
> 4 (Late onset)	20	83.3
Mean 10.5 ± 5.5, Range 19 (3–22)		

ผลกระทบของการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล *Pseudomonas aeruginosa* ร้อยละ 20.8 และพบเชื้อ ได้แก่ จำนวนวันนอนเฉลี่ย 25.6 วัน ส่วนใหญ่มีวันนอน ดื้อยาหลายขนาน (MDR) พบมากที่สุดได้แก่ *Acinetobacter* นานมากกว่า 10 วันร้อยละ 87.5 อัตราตายในผู้ป่วย HAP *baumannii* ร้อยละ 57.1 รองลงมาได้แก่ *Pseudomonas* ร้อยละ 12.5 พบเชื้อที่ก่อโรคใน HAP มากที่สุดได้แก่ *aeruginosa* ร้อยละ 20.0 ค่ารักษาดัวยยาต้านจุลชีพใน *Acinetobacter baumannii* ร้อยละ 29.2 รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วย HAP เฉลี่ยร้อยละ 6024 บาท ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลกระทบของการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลของหอผู้ป่วยอายุรกรรม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล		
≤ 10	3	12.5
> 10	21	87.5
Mean 25.6 ± 12.0, Range 37 (9-46)		
อัตราการตายในผู้ป่วย HAP	3/24	12.5
เชื้อก่อโรค 3 อันดับ		
<i>Acinetobacter baumannii</i>	7/24	29.2
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	5/24	20.8
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	4/24	16.7
MDR		
<i>Acinetobacter baumannii</i>	4/7	57.1
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1/5	20.0
ค่ารักษาด้วยยาต้านจุลชีพในผู้ป่วย HAP (บาท)/ราย	144,576/24 = 6,024 บาท/ราย	

อภิปรายผล

การศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเชิงคำ พบผู้ป่วย HAP 24 ราย ส่วนใหญ่พบในเพศชายร้อยละ 58.3 อายุเฉลี่ย 69.5 ปี และมีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวาย และโรคอื่นๆ อุบัติการณ์ HAP เท่ากับ 3.9 ต่อ 1,000 ครั้งของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Hospital admission) หรือ เท่ากับ 0.8 ต่อ 1,000 วันนอน (Patient-days) ระยะเวลาเกิด HAP เฉลี่ย 10.5 วัน ส่วนใหญ่เกิดขึ้นมากกว่า 4 วันขึ้นไป (late onset) ร้อยละ 83.3

จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วย HAP เท่ากับ 25.6 วัน ส่วนใหญ่มีวันนอนนานมากกว่า 10 วันร้อยละ 87.5 สูงเป็น 5 เท่าของจำนวนวันนอนผู้ป่วยอายุรกรรมโดยทั่วไปซึ่งมีวันนอนเท่ากับ 5 วัน¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ Baker D⁹ พบว่าผู้ป่วย HAP ส่วนใหญ่จำนวนวันนอนจะนานขึ้นตั้งแต่ 15 วัน ขึ้นไป อัตราตายในผู้ป่วย HAP ร้อยละ 12.5 เชื้อที่ก่อโรคส่วนใหญ่พบ *Acinetobacter*

baumannii มากที่สุดร้อยละ 29.2 รองลงมาคือ *Pseudomonas aeruginosa* ร้อยละ 20.8 และ *Klebsiella pneumoniae* ร้อยละ 16.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ Chawla, et.al⁷ พบว่าในประเทศไทยอุบัติการณ์ของ HAP ประมาณ 21.8 ต่อ 1,000 ครั้งของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เชื้อที่เป็นสาเหตุ ที่พบได้บ่อยที่สุดคือ *Acinetobacter baumannii* ร้อยละ 28.2 รองลงมาคือ *Pseudomonas spp.* ร้อยละ 17.8 และ *Klebsiella pneumoniae* ร้อยละ 7.7 และวิชา รัชชพิชิตกุล¹² ได้ศึกษาข้อมูลระดับตติยของผู้ป่วย HAP ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ปี 2552 พบอุบัติการณ์ HAP อยู่ที่ 0.5 ต่อ 1,000 วันนอน เชื้อที่เป็นสาเหตุ *Pseudomonas aeruginosa* ร้อยละ 29.7 *Acinetobacter baumannii* ร้อยละ 22.6 จะเห็นได้ว่า *Acinetobacter baumannii* เป็นเชื้อที่พบบ่อยและเป็นปัญหาเชื้อดื้อยาที่สำคัญในประเทศไทย

อุบัติการณ์ HAP เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย 69.5 ปีส่วนใหญ่จะมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปพบ 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.3 เมื่อแยกตามช่วงอายุพบว่าอายุ

61-80ปี พบมากที่สุดร้อยละ 62.5 รองลงมาคืออายุมากกว่า 80 ปีร้อยละ 20.8 ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปอดอุดกั้นเรื้อรัง²⁻⁵ ร้อยละ 29.2 และโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงต่อการเกิด HAP ร้อยละ 2.3 รองลงมาคือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 1.6 สอดคล้องกับการศึกษาของ Burton LA และคณะ¹⁹ ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ซึ่งพักรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และออโรบิติกส์ พบว่ามีอายุเฉลี่ย 82 ปี ระยะเวลาอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 14 วัน พบ HAP ร้อยละ 5.8 และอัตราตายร้อยละ 29 ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล การเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะพบในผู้สูงอายุซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีอายุน้อยและความรุนแรงของโรคจะสัมพันธ์กับอายุที่สูงขึ้นและมีโรคเรื้อรังร่วมด้วย ดังนั้นการป้องกันปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญควรได้รับการพัฒนาในหลายๆด้านร่วมกับสหสาขาวิชาชีพทางการศึกษาของ Stolbrink M, et al.²⁰ ใช้ชุดการเคลื่อนไหวของร่างกายผู้ป่วย ร่วมกับนักกายภาพบำบัดโดยเพิ่มการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยอายุรกรรมขณะรักษาในโรงพยาบาล สามารถลดอุบัติการณ์การเกิด HAP ลงได้ และการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ส่งผลกระทบต่อระยะเวลาอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นเกิดปัญหาเชื้อดื้อยาและอาจรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้ ควรกำหนดเป็นนโยบาย และศึกษาแนวทางป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุและกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการเกิด HAP โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง นำไปสู่การพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติ ได้แก่ การส่งเสริมการสร้างพลังในผู้ป่วยและครอบครัว การคัดกรองผู้ป่วย การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย โดยกำหนดเป็นนโยบายในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในเชิงสหสาขาวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

1. The American Thoracic Society, The Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171(4): 388-416.
2. กำธร มาลาธรรม, พรทิพย์ มาลาธรรม, สุรางค์ สิงหนาท. โรคติดเชื้อในผู้สูงอายุ. *Rama Nurs J*. 2007; 13(3): 272-87.
3. สมคิด อุ่นเสมอธรรม. ปอดอักเสบจากการสูดสำลัก. ใน: นิธิพัฒน์ เจียรกุล, บรรณาธิการ. ตำราโรคระบบการหายใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2551. หน้า 313-9.
4. Janson C, Johansson G, Stallberg B, Lisspers K, Olsson P, Keininger DL, et al. Identifying the associated risks of pneumonia in COPD patients: ARCTIC an observational study. *Resp Res* 2018; 19: 172-82.
5. พรพิมล ลีทอง, เกริก อัสวเมธา. HAP VAP and VAT in and out of the ICU. ใน: รองพงศ์ โพล้งละ, กำพล สุวรรณพิมลกุล, โอภาส พุทธเจริญ, กมลวรรณ จตุวรกุล, อีระพงษ์ ตันทวีเชียร, บรรณาธิการ. Clinical approach and management in respiratory tract infections. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555. หน้า 182-200.
6. Peerawong WE, Pattarachai KI, Visunu TH, Hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia in adults at siriraj Hospital: etiology, clinical outcomes, and impact of antimicrobial resistance. *J Med Assoc Thai* 2010; 93 Suppl 1: S126-38.
7. Chawla R. Epidemiology, etiology, and diagnosis of hospital acquired pneumonia and ventilator associated pneumonia in Asian countries. *Am J Infect Control* 2008; 36(4): S93-100.

8. อนุชา อภิสารธนรักษ์. โรคปอดอักเสบที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล. ใน: พรหมทิพย์ ฉายากุล, ชัยณัฐพันธ์เจริญ, ชุขณา สวนกระต่าย, สุรเกียรติ์ เทียนกริม, ยุพิน ศุภพทรมงคล, ศศิธร ลิขิตนุกูล, บรรณาธิการ. ตำราโรคติดเชื้อ 2. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิง; 2548. หน้า 1369-82.
9. Baker D, Quinn B. Hospital-acquired pneumonia prevention initiative-2: Incidence of nonventilator hospital-acquired pneumonia in the United States. *AJIC* 2018; 46: 2-7.
10. Leu H-S, Kaiser DL, Mori M, Wooson RF, Wenzel RP. Hospital-acquired pneumonia attributable mortality and morbidity. *Am J Epidemiol* 1989; 129(6): 1258-67.
11. Sopena N, Sabria M. Multicenter study of hospital-acquired pneumonia in non-ICU patients. *Chest* 2005; 127(1): 213-9.
12. วิชา รัชย์พิชิตกุล. HAP, VAP and HCAP Guidelines: from guidelines to clinical practice. *Srinagarind Med J* 2010; 25 Suppl 1: 87-94.
13. นิตยา อีรวีโรจน์, สุจิตรา สุขผดุง, ไกรวุฒิ สุขสนิท. ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยออโรโรปติกส์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์* 2561; 33(3): 291-309.
14. Davis J, Finley D. The breadth of hospital acquired pneumonia: nonventilated versus ventilated patients in Pennsylvania. *Pennsylvania Patient Safety Authority* 2012; 9(3): 99-105.
15. Kashuba AD, Nafziger AN, Drusano GL, Bertino JS Jr. Optimizing aminoglycoside therapy for nosocomial pneumonia caused by gram negative bacteria. *Antimicrob Agents Chemother* 1999; 43(3): 623-9.
16. ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลเชียงใหม่. รายงานผู้ป่วยในประจำปี. มพท.; 2560.(อัดสำเนา)
17. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเชียงใหม่. รายงานผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อโรงพยาบาลเชียงใหม่. มพท.; 2560. (อัดสำเนา)
18. สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์, แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและมูลนิธิอุทัย สุขสุข. พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2559. สมุทรสาคร: บอว์นทูบีพับลิชชิง; 2559. หน้า 92.
19. Burton LA, Price R, Barr KE, McAuley SM, Allen JB, Clinton AM, et al. S13 Incidence and risk factors for the development of hospital acquired pneumonia in older hospitalised patients. *Thorax* 2014; 69 suppl 2: A9-10.
20. Stolbrink M, McGowan L, Saman H, Nguyen T, Knightly R, Sharpe J, et al. The Early Mobility Bundle: a simple enhancement of therapy which may reduce incidence of Hospital-acquired pneumonia and length of hospital stay. *J Hosp Infect* 2014; 88(1): 34-9.

การประเมินประสิทธิผลการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน ในพื้นที่ 4 ภูมิภาค ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561

ศิลาธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ ปร.ด.

นัชชา พรหมพันธุ์ รป.ม.

บุษบัน เชื้ออินทร์ ปร.ด.

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน โดยประยุกต์รูปแบบการประเมินซิป (CIPP model) ประชากรคือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสถานบริการฯ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเจาะจง ประกอบด้วย บุคลากรส่วนกลาง ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค บุคลากรของสถานบริการฯ ผู้ป่วยโรคเรื้อน รวม 91 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึกผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวม บุคลากรส่วนกลาง มีอายุเฉลี่ย 57 ปี ผู้ป่วยมีรายได้เฉลี่ย 3,620 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 44.3 ของบุคลากรสถานบริการฯ ไม่เคยอบรมโรคเรื้อน ด้านบริบท การพัฒนาสถานบริการฯ เหมาะสมกับสถานการณ์และจำเป็นต่อเครือข่ายการบริการโรคเรื้อน และสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน ด้านปัจจัยเบื้องต้น เกณฑ์ในการเลือกพื้นที่และสถานบริการฯ เหมาะสม ความพร้อมด้านนโยบายและการสนับสนุนของผู้บริหารสถานบริการฯ ไม่เพียงพอ การสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกเพียงพอ บุคลากรที่จำเป็นในการปฏิบัติงานโรคเรื้อนครบถ้วน หลักสูตรอบรมเหมาะสมครอบคลุม ด้านกระบวนการ กระบวนการเลือกสถานบริการฯ การวิเคราะห์หาแนวทางการพัฒนาเหมาะสม กระบวนการฝึกอบรมเพียงพอเหมาะสมเพียงบางด้าน กระบวนการนิเทศติดตามงานและการตรวจสอบคุณภาพการตรวจเชื้อโรคเรื้อนเพียงพอเหมาะสม ด้านผลผลิต บุคลากรมีความรู้พื้นฐานโรคเรื้อนสูง ไม่มีทัศนคติลบ แต่ยังมีผู้ขาดความรู้และทักษะเฉพาะวิชาชีพ งานโรคเรื้อนยังไม่ได้มาตรฐาน ผู้วิจัยเสนอให้เตรียมบุคลากรทดแทนผู้ที่จะเกษียณราชการของหน่วยงานส่วนกลาง สนับสนุนผู้ป่วยในการเดินทางเพื่อรับการรักษา พัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนสถานบริการฯ ในการกำหนดนโยบายและสนับสนุนการปฏิบัติงาน ปรับปรุงกระบวนการฝึกอบรม หาแนวทางปรับปรุงงานโรคเรื้อนที่ยังไม่ได้มาตรฐาน สร้างเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเสนอให้วิจัยความครอบคลุมงานโรคเรื้อนของสถานบริการฯ ในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา ประเมินมาตรฐานงานโรคเรื้อนของโรงพยาบาลอื่นๆ ประเมินประสิทธิผลของสถานบริการฯ สำรวจค่าใช้จ่ายและความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วย

คำสำคัญ: โรคเรื้อน, สถานบริการเชี่ยวชาญ, การพัฒนา, ประสิทธิภาพ

Received:	12/03/2562
Revised:	30/03/2562
Accepted:	26/04/2562

The Effectiveness Evaluation of Leprosy Specialized Facilities' Development in 4 Regions of Thailand in 2018

Silatham Sermrittirong Ph.D.

Nutchua Prompunjai M.P.A.

Boosbun Chua-Intra Ph.D.

Raj Pracha Samasai Institute,

Department of Disease Control, Ministry of Public Health

ABSTRACT

This study was conducted in order to evaluate the effectiveness of specialized leprosy facilities' development using CIPP model. A number of 91 purposively selected subjects were central level personnel, related officers of Regional Offices of Disease Prevention and Control, facilities' personnel, and leprosy patients. Study tools were questionnaires and data collecting form. Frequency, percentage, standard deviation and content analysis were used to analyse the data.

It was found that the average age of central level personnel was 57. The average income of leprosy patients was 3,620 THB. The percentage of facilities' personnel who never attend leprosy training was 44.3. Context evaluation: Facilities' development suited to leprosy situation, responded to the need of leprosy service network and related to strategic plans. Input evaluation: The criteria in selecting targeted area and facilities were appropriate. The policy and support of facilities' authorities were not sufficient. External support was sufficient. Leprosy related personnel were available. Training curricula were appropriate and covered all aspects of leprosy. Process evaluation: The process of selecting facilities, analyzing situation, and seeking solution were appropriate. The process of training was appropriate in some extents. Supervision and quality control of Slit Skin Smear slides were appropriate. Product evaluation: The leprosy basic knowledge of most personnel was high. There was no leprosy negative attitude. Personnel's specific knowledge and skill were not adequate. Leprosy service did not meet standard requirement. The authors suggested to prepare central level personnel to replace those to be retired, seek method in alleviating the difficulties of leprosy patients in travelling for treatment, continually develop the capability of facilities' personnel, support facilities in formulating policy and supporting its implementation, adjust training process, seek solution to improve facilities' service standard, and establish network among related organizations. In terms of related future research, the authors suggested to survey the coverage of facilities' services in areas with leprosy endemic indicators, survey the leprosy service standard of other hospitals than specialized facilities, evaluate the effectiveness of facilities' services, and survey leprosy patients' expenditures and affordability in travelling for treatment.

Key words: leprosy, specialized facility, development, effectiveness

บทนำ

การควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทย ได้บรรลุเป้าหมายของการควบคุมโรคเรื้อนจนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข ดังที่ได้กำหนดไว้โดยองค์การอนามัยโลก คือ อัตราความชุกโรคต่ำกว่า 1 รายต่อ 10,000 ประชากร ตั้งแต่ปี พ.ศ.2537 ความสำเร็จนี้เกิดจากการที่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ได้ทรงสนพระทัยสนับสนุนการดำเนินโครงการป้องกันควบคุมโรคเรื้อน พระราชทานพระราชดำริในการดำเนินงาน และพระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ก่อตั้งสถาบันราชประชาสมาสัย (สรปส.) ในปี พ.ศ. 2503 เพื่อเป็นแหล่งวิจัยและฝึกอบรมพนักงานบำบัดโรคเรื้อนจากการนำการบำบัดรักษาแบบยาผสมระยะสั้น (Multidrug therapy: MDT) ซึ่งมีประสิทธิภาพสูง มาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 และจากการสนับสนุนการดำเนินงานโดยองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับชาติและนานาชาติ¹

หลังจากบรรลุเป้าหมายการควบคุมโรคเรื้อน จำนวนผู้ป่วยลงทะเบียนรักษา และจำนวนผู้ป่วยใหม่ ยังคงลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยจากจำนวนผู้ป่วยในทะเบียนรักษาจำนวน 4,883 ราย (อัตราความชุก 0.8 ราย ต่อ 10,000 ประชากร) และผู้ป่วยใหม่จำนวน 1,161 ราย (อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ 2.0 ต่อประชากร 100,000 คน) ในปี พ.ศ.2537 ลดลงเหลือผู้ป่วยในทะเบียนรักษาจำนวน 671 ราย (อัตราความชุก 0.11 ราย ต่อ 10,000 ประชากร) และผู้ป่วยใหม่จำนวน 358 ราย (อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ 0.56 ต่อประชากร 100,000 คน) ในปี พ.ศ.2552 แต่สัดส่วนของความพิการระดับสองหรือระดับมองเห็นได้ในผู้ป่วยใหม่ยังสูง โดยมีค่าเฉลี่ยขึ้นลงอยู่ระหว่างร้อยละ 10- 16 ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2537 จนถึงปีพ.ศ. 2552 ซึ่งในสัดส่วนของความพิการที่สูงนี้ สะท้อนถึงการค้นพบผู้ป่วยใหม่ที่ล่าช้า อันเป็นผลจากที่ความชุกโรคต่ำ ทำให้บุคลากรขาดความเชี่ยวชาญในการวินิจฉัยและการดูแลรักษา และด้วยงบประมาณในการดำเนินงานที่มีจำกัด จึงเป็นการยากในการสร้างและคงไว้ซึ่งบุคลากรและบริการด้านโรคเรื้อนที่เชี่ยวชาญได้มาตรฐานในทุกๆหน่วยบริการสาธารณสุข

ด้วยเหตุผลข้างต้น กรมควบคุมโรค โดยสถาบันราชประชาสมาสัย จึงได้จัดให้มีการประชุมผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานโรคเรื้อนทุกระดับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในปี พ.ศ. 2552² เพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน พ.ศ. 2553-2557³ ซึ่งหนึ่งในวัตถุประสงค์หลัก คือ การมีระบบดำเนินงานโรคเรื้อนที่มีคุณภาพ มีเป้าหมายในการลดจำนวนผู้ป่วยใหม่ที่เกิดการระดับสองลงร้อยละ 35 ณ สิ้นปี พ.ศ. 2557 โดยเทียบกับข้อมูลปี พ.ศ. 2553 สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์กำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน พ.ศ. 2554-2558 ขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนด้วยการรักษาไว้ซึ่งงานโรคเรื้อนที่มีคุณภาพ มีเป้าหมายในการลดอัตราต่อแสนประชากรของผู้ป่วยใหม่ที่มีความพิการระดับสองลงร้อยละ 35 ภายในปี พ.ศ. 2558 เมื่อเทียบกับข้อมูลปี พ.ศ. 2553⁴

เพื่อเป็นการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวในปี พ.ศ.2553 ได้มีการประชุมผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ปฏิบัติงานโรคเรื้อนทุกระดับ⁵ สรุปได้ว่าสมควรมีการพัฒนารูปแบบดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน โดยหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำหน้าที่ค้นหาคัดกรองผู้มีอาการสงสัยและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลซึ่งได้รับการคัดเลือกให้เป็นสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน โดยให้ สรปส. และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ทำหน้าที่ในการสนับสนุนการพัฒนาสถานบริการฯ ซึ่งกำหนดคุณสมบัติไว้ว่า เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา มีความสมัครใจ ผู้ป่วยเดินทางสะดวก มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน มีแพทย์ผิวหนังหรือมีอายุรแพทย์ และเจ้าหน้าที่วิชาชีพอื่นพร้อมอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นครบถ้วน

หลังจากนั้น ได้มีการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน ในพื้นที่ 4 ภูมิภาคของประเทศไทย โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนทุกแห่งให้สามารถดำเนินงานโรคเรื้อนได้อย่างมีมาตรฐาน ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 มีสถานบริการฯ ทั้งสิ้น 20 แห่ง ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 8 แห่ง

ภาคใต้ 5 แห่ง ภาคเหนือ 4 แห่ง และภาคกลาง 3 แห่ง เป็นโรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค 1 แห่ง สังกัดมหาวิทยาลัย 1 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) 5 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) 11 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 2 แห่ง ได้แก่ 1) รพช.แม่สะเรียง จ.แม่ฮ่องสอน 2) รพท.พุทธชินราช จ.พิษณุโลก 3) รพท.สุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี 4) รพช.ระแงง จ.นราธิวาส 5) รพศ.อุดรธานี จ.อุดรธานี 6) รพศ.สุรินทร์ จ.สุรินทร์ 7) รพท.ชัยภูมิ จ.ชัยภูมิ และ 8) รพท.ปัตตานี จ.ปัตตานี 9) รพท.สิรินธร จ.ขอนแก่น 10) รพท.มหาราชนครราชสีมา จ.นครราชสีมา 11) รพท.กำแพงเพชร จ.กำแพงเพชร 12) รพศ.บุรีรัมย์ จ.บุรีรัมย์ 13) รพศ.สรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี 14) รพท.นราธิวาสราชนครินทร์ จ.นราธิวาส 15) รพท.พระนารายณ์มหาราช จ.ลพบุรี 16) รพ.สุทธาเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 17) รพ.นครพิงค์ จ.เชียงใหม่ 18) รพศ.ราชบุรี จ.ราชบุรี 19) สถาบันราชประชาสมาสัย จ.สมุทรปราการ และ 20) รพท.ยะลา จ.ยะลา

ในปี พ.ศ. 2560 การพัฒนาศักยภาพสถานบริการฯ ได้เสร็จสิ้นแล้ว ในปี พ.ศ. 2561 ผู้วิจัยจึงประเมินประสิทธิภาพของการพัฒนาสถานบริการฯ เพื่อใช้ผลการศึกษาเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขการพัฒนาสถานบริการฯ และการดำเนินงานเชิงนโยบายเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินบริบท (Context Evaluation) ของการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน
2. เพื่อประเมินปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) ของการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน
3. เพื่อประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) ของการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน
4. เพื่อประเมินผลผลิต (Product Evaluation) ของการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน

วิธีการศึกษา

การศึกษารุ่นนี้เป็นการวิจัยประเมินผล โดยประยุกต์รูปแบบการประเมินชิป (CIPP Model) ของ สตีฟเฟิลบีม^{6,7} มาเป็นกรอบในการประเมิน เกณฑ์ในการประเมินด้านบริบท ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้านกระบวนการพัฒนา ใช้ความเห็นส่วนใหญ่หรือเกินครึ่งของบุคลากร ส่วนกลางและสคร.

เกณฑ์ในการประเมินด้านผลผลิต

กำหนดให้ร้อยละ 100 ของบุคลากรมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเรื้อนอยู่ในระดับสูง ไม่มีทัศนคติลบต่อโรคเรื้อน มีความรู้/ทักษะ เฉพาะวิชาชีพถูกต้องทุกข้อ สถานบริการฯ ทุกแห่งดำเนินงานได้ตามมาตรฐานโรคเรื้อนของกรมควบคุมโรค⁸ ทุกด้าน และร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคเรื้อนมีความพึงพอใจต่อการบริการอยู่ในระดับสูง ดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม-ธันวาคม พ.ศ. 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาเชิงคุณภาพ เลือกโดยวิธีเจาะจง ได้แก่ บุคลากรส่วนกลางซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาสถานบริการฯ จำนวน 7 คน ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ สคร. ที่มีสถานบริการฯ อยู่ในเขตรับผิดชอบจำนวน 4 คน

การศึกษาเชิงปริมาณ เลือกโดยวิธีเจาะจง ได้แก่ บุคลากรของสถานบริการฯ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโรคเรื้อน จำนวน 10 แห่ง รวม 70 คน ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่อยู่ในทะเบียนรักษาหรืออยู่ในระยะเฝ้าระวัง จำนวน 10 คน รวมทั้งเอกสารรายงานจำนวน 160 ชุดซึ่งประกอบด้วยแบบบันทึกประวัติผู้ป่วยโรคเรื้อน แบบบันทึกการตรวจประเมินความพิการ แบบบันทึกการให้สุขศึกษา และเวชระเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เชิงคุณภาพได้แก่ แบบสอบถามบุคลากรส่วนกลางและผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ สคร. ประกอบด้วย 2 ส่วนจำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อโครงการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ตอบข้อมูลตอบแบบสอบถาม

เชิงปริมาณได้แก่ แบบสอบถามความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเรื้อน ทศนคติ และความรู้ทักษะเฉพาะวิชาชีพสำหรับบุคลากรของสถานบริการฯ และหน่วยบริการเครือข่าย ประกอบด้วย 6 ส่วน จำนวน 30-47 ข้อ โดยจำนวนข้อไม่เท่ากันในแต่ละวิชาชีพ แบบสอบถามนโยบายสนับสนุนการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนสำหรับผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนประกอบด้วย 2 ส่วน จำนวน 16 ข้อ แบบสอบถามและบันทึกผลการดำเนินงานตามมาตรฐานโรคเรื้อนสำหรับพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อนประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 16 ข้อ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อนประกอบด้วย 2 ส่วน จำนวน 17 ข้อ

วิเคราะห์ข้อมูล

เชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

เชิงปริมาณ ด้วยสถิติ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรส่วนกลาง ประกอบด้วย ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย ผู้เชี่ยวชาญโรคเรื้อน แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข 7 คน มีอายุเฉลี่ย 57 ปี และประสบการณ์ด้านโรคเรื้อนเฉลี่ย 27.14 ปี ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของสคร. 4 คน มีอายุเฉลี่ย 52 ปี และมีประสบการณ์ด้านโรคเรื้อนเฉลี่ย 5 ปี บุคลากรของสถานบริการฯ และหน่วยบริการเครือข่าย 70 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลหรือนักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อน พยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อน นักเทคนิคหรือนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร และผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ประเทละ 10 คน มีอายุเฉลี่ย 41 ปี ประสบการณ์ในงานโรคเรื้อนเฉลี่ย 6.04 ปี ไม่เคยได้รับการอบรมโรคเรื้อนร้อยละ 44.3 และจำนวนผู้ป่วย 10 คน มีอายุเฉลี่ย 40 ปี โดยร้อยละ 80 มีอาชีพเกษตรกรกรรมและรับจ้าง มีรายได้โดยเฉลี่ย 3,620 บาทต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพของการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน

2.1 ประสิทธิภาพของการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนด้านบริบท

การพัฒนาสถานบริการฯ เหมาะสมกับสถานการณ์โรคเรื้อน มีความจำเป็นกับเครือข่ายบริการสุขภาพด้านโรคเรื้อนที่ต้องมีสถานบริการเชี่ยวชาญเพื่อวินิจฉัยรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน² เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนาสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน

2.2 ประสิทธิภาพของการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนด้านปัจจัยเบื้องต้น

2.2.1) ความเหมาะสมของเกณฑ์การเลือกพื้นที่และสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน

พบว่าเกณฑ์ในการเลือกพื้นที่และเกณฑ์การเลือกสถานบริการฯ มีความเหมาะสม เนื่องจากมีการกำหนดเกณฑ์ร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญโรคเรื้อนและผู้ปฏิบัติงานโรคเรื้อนทุกระดับ

2.2.2) ความพร้อมด้านนโยบาย และการสนับสนุนในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของผู้บริหารสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน และการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก

พบว่าสถานบริการฯ จำนวน 7 แห่งคิดเป็นร้อยละ 70 มีความพร้อมด้านนโยบายและการสนับสนุนในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของผู้บริหาร และสถานบริการฯ ทุกแห่งได้รับการกำกับติดตามหรือให้คำปรึกษาจากหน่วยงานภายนอกทุกครั้งในกรณีที่มีปัญหาในการดำเนินงาน

2.2.3) ความครบถ้วนของบุคลากรที่จำเป็นในการดำเนินงานโรคเรื้อน

พบว่าบุคลากรที่จำเป็นของสถานบริการฯ มีครบถ้วนทั้ง 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักเทคนิคการแพทย์/นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักกายภาพบำบัด และเภสัชกร

2.2.4) ความเหมาะสมครอบคลุมของหลักสูตรอบรม วิทยากร คู่มือ/แนวทาง/แบบฟอร์ม

พบว่าหลักสูตรอบรม รวมทั้งวิทยากร และคู่มือ/แนวทาง/แบบฟอร์มการดำเนินงาน มีความเหมาะสม มีเนื้อหาสอดคล้องครอบคลุมงานโรคเรื้อนทุกด้านสามารถนำมาปรับใช้ในการปฏิบัติงานของแต่ละวิชาชีพได้

2.3 ประสิทธิภาพของการพัฒนาสถานบริการ เชี่ยวชาญโรคเรื้อนด้านกระบวนการพัฒนา

2.3.1) ความเหมาะสมของกระบวนการ เลือกสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน

พบว่ากระบวนการเลือกสถานบริการเหมาะสม เพราะเป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่าง สรปส. สคร. และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ผ่านการประชุมหารือและสื่อสารทางช่องทางต่าง ๆ โดยมีการเลือกสถานบริการตามคุณสมบัติและเกณฑ์ที่ตั้งไว้

2.3.2) ความเหมาะสมของกระบวนการ วิเคราะห์ สถานการณ์ปัญหา โอกาส(Gap) และแนวทาง ในการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน

พบว่ากระบวนการวิเคราะห์มีความเหมาะสม เนื่องจากเป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้องในงานโรคเรื้อนทุกระดับ รวมทั้งบุคลากรของสถานบริการฯ และหน่วยบริการเครือข่าย และก่อนดำเนินการมีการเตรียมข้อมูลที่เกี่ยวข้องรวมทั้งการสอบถามความคิดเห็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ ผู้ป่วยโรคเรื้อน ญาติ และผู้รับบริการคลินิกโรคผิวหนังของหน่วยบริการเครือข่าย

2.3.3) ความเพียงพอเหมาะสมของ กระบวนการฝึกอบรม

พบว่ากระบวนการฝึกอบรมเพียงพอครอบคลุมบุคลากรที่เกี่ยวข้องของสถานบริการฯทุกแห่ง รวมทั้งหน่วยบริการเครือข่าย กระบวนการมีความเหมาะสม ด้านวิทยากร สื่อการสอน ห้องประชุม แต่ไม่เหมาะสม ด้านผู้เข้าอบรมที่จัดคณะวิชาชีพ เวลาในการอบรมและฝึกปฏิบัติมีน้อย และสถานที่ในการจัดซึ่งจัด ณ สถานบริการฯ ทำให้ผู้เข้าอบรมต้องขาดการอบรมในบางช่วง เพื่อปฏิบัติการกิจเร่งด่วนของที่ทำงาน

2.3.4) ความเพียงพอเหมาะสมของ กระบวนการนิเทศติดตาม

พบว่ากระบวนการนิเทศติดตามมีความเพียงพอ

เพราะมีการนิเทศสถานบริการฯครบทุกแห่งและมีการนิเทศทุกครั้งที่มีปัญหาการดำเนินงานของสถานบริการฯ กระบวนการนิเทศเหมาะสม เพราะผู้นิเทศมีความเชี่ยวชาญ และมีการติดตามการดำเนินงานโรคเรื้อนครบทุกด้านในกระบวนการนิเทศมีการฝึกปฏิบัติ (On the job training) เป็นการเฉพาะแก่ผู้รับผิดชอบงาน มีการประชุมหารือกับผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องของสถานบริการฯ กรณีมีปัญหาที่ต้องร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

2.3.5) ความเพียงพอเหมาะสมของ กระบวนการตรวจสอบคุณภาพการตรวจเชื้อโรคเรื้อน

พบว่ากระบวนการตรวจสอบคุณภาพการตรวจเชื้อโรคเรื้อนเพียงพอเหมาะสม เนื่องจากสถานบริการฯ สามารถส่งสไลด์เข้ารับการตรวจสอบจาก สรปส./สคร. ได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือจำกัดจำนวน ผู้ตรวจสอบคือ นักเทคนิคการแพทย์หรือนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ของ สรปส./สคร. ที่มีความเชี่ยวชาญ ช่วยยืนยันความแม่นยำในการวินิจฉัยโรคเรื้อนของสถานบริการฯ

2.4 ประสิทธิภาพของการพัฒนาสถานบริการ เชี่ยวชาญโรคเรื้อนด้านผลผลิตของการพัฒนา

2.4.1) ความรู้ ทักษะ และทักษะของ บุคลากร

พบว่าความรู้พื้นฐานทั่วไปเกี่ยวกับโรคเรื้อนของบุคลากรของสถานบริการฯ และหน่วยบริการเครือข่ายร้อยละ 87 อยู่ในระดับสูงแต่ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ โดยทุกวิชาชีพไม่มีทัศนคติลบต่อโรคเรื้อน ในด้านความรู้ทักษะเฉพาะของแต่ละวิชาชีพที่จำเป็นต้องใช้ในการวินิจฉัย ดูแล รักษา ผู้ป่วย พบว่านอกจากเจ้าหน้าที่ทางห้องปฏิบัติการที่สามารถตรวจเชื้อโรคเรื้อนได้ถูกต้องทุกคนแล้ว วิชาชีพอื่นๆ ยังมีผู้ที่ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น เช่น แพทย์ร้อยละ 70 ยังขาดความรู้ทักษะในเรื่องอาการเส้นประสาทอักเสบ (Neuritis) ร้อยละ 60 ยังขาดความรู้ทักษะในเรื่อง การวินิจฉัยโรคเรื้อนในเด็ก การประเมินหน้าที่ของเส้นประสาท และการรักษาผู้ป่วยที่มีโรคเห่อ (Reaction) เกสซ์กรร้อยละ 60 ยังไม่ทราบเรื่องการให้ผู้ป่วยรับประทานยาแบบทานต่อหน้าเจ้าหน้าที่ (Supervise dose) นักกายภาพบำบัดร้อยละ 30

ยังขาดทักษะการฟื้นฟูสภาพ พยาบาลคัดกรองโรคเรื้อน ร้อยละ 30 และเจ้าหน้าที่หน่วยบริการเครือข่ายร้อยละ 40 ยังบอกอาการสงสัยและตรวจอาการขาในรอยโรคไม่ถูกต้อง จะเห็นได้ว่าผลผลิตของการพัฒนาสถานบริการฯ ด้าน ความรู้ ทักษะ และทัศนคติของบุคลากรของสถานบริการฯ มีเพียงทัศนคติต่อโรคเรื้อนเท่านั้นที่ได้ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้

2.4.2) มาตรฐานงานโรคเรื้อน มีดังนี้

1) การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ พบว่าการดำเนินงานที่ได้ตามมาตรฐานทุกแห่งคือ ระบบรับ-ส่ง ต่อเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค ดำเนินงานตามมาตรฐาน ได้บางแห่งคือ การจัดระบบการตรวจคัดกรองโรคเรื้อน (9 แห่ง) การบันทึกประวัติการตรวจร่างกายผู้ป่วยโรค ผิวหนังที่มีการตรวจ 2 ครั้งขึ้นไป (6 แห่ง) ในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ดำเนินงานตามมาตรฐานได้บางแห่งคือ การตรวจคัดกรองโรคเรื้อนในผู้ป่วยโรคผิวหนัง (3 แห่ง) การบันทึกรายงานการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อน (2 แห่ง) การส่งต่อผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มีอาการสงสัยไปยังสถานบริการฯ (2 แห่ง) การจัดกิจกรรมรณรงค์ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชน (7 แห่ง)

2) การตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน

การดำเนินงานที่ได้ตามมาตรฐานทุกแห่งคือ ระบบการติดตามผู้ป่วยขาดยา ดำเนินงานตามมาตรฐานได้บางแห่งคือ การตรวจเชื้อโรคเรื้อนตามกำหนดเวลา (6 แห่ง) การส่งสไลด์เพื่อการตรวจสอบควบคุมคุณภาพ (9 แห่ง) อัตราความครอบคลุมการรับประทานยาผสมระยะสั้นในผู้ป่วย (9 แห่ง) การตรวจคัดกรองโรคเรื้อนในผู้สัมผัสร่วมบ้าน (4 แห่ง) การบันทึกการวินิจฉัยรักษาลงในแบบบันทึกประวัติผู้ป่วยโรคเรื้อน (3 แห่ง) ในส่วนของ รพสต. พบว่าการดำเนินงานที่ได้ตามมาตรฐานบางแห่งคือ การตรวจร่างกายผู้สัมผัสโรคเรื้อนร่วมบ้าน (4 แห่ง) โดยบุคลากรส่วนกลางและผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ สคร. ให้เห็นว่า การที่สถานบริการฯ และหน่วยบริการเครือข่าย ไม่สามารถติดตามตรวจคัดกรองโรคเรื้อนในกลุ่มผู้สัมผัสโรคเรื้อนร่วมบ้านได้ เนื่องจากขาดระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนระหว่างหน่วยงานภายในของ

สถานบริการฯ และกับหน่วยงานภายนอกได้แก่ สสจ. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และ รพสต.

3) การป้องกันความพิการ พบว่าการดำเนินงานที่ทุกแห่งดำเนินการได้ตามมาตรฐาน คือ การทดสอบความรู้สึกที่มือและเท้าได้ตามมาตรฐานเป็นบางแห่ง คือ การลงบันทึกในแบบประเมินความพิการ (4 แห่ง) การบันทึกในแบบบันทึกการให้สุขศึกษา (8 แห่ง) การให้สุขศึกษาผู้ป่วยที่กำลังรักษา (8 แห่ง)

4) การฟื้นฟูสภาพ พบว่าการดำเนินงานที่ทุกแห่งดำเนินการได้ตามมาตรฐาน คือ การจัดบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อนได้ตามมาตรฐานเป็นบางแห่ง คือ การสนับสนุนกายอุปกรณ์ให้แก่ผู้พิการโรคเรื้อนตามสภาพปัญหา (4 แห่ง) จะเห็นได้ว่าผลผลิตของการพัฒนาสถานบริการด้านมาตรฐานงานโรคเรื้อนยังไม่ได้ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้

2.4.3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อน

พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 80 พึงพอใจต่อบริการของสถานบริการฯ ในระดับสูงด้วยค่าเฉลี่ย 40.80 คะแนน (SD = 5.47) จากคะแนนเต็ม 45 โดยมีความพึงพอใจต่อการรักษาอาการเจ็บป่วยสูงสุด รองลงมาคือ การให้คำแนะนำเรื่องการรักษาโรคของแพทย์ และเจ้าหน้าที่ให้บริการสุขภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส และเต็มใจ โดยผลผลิตของการพัฒนาสถานบริการด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อนนี้ได้ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้

อภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการที่พบว่าบุคลากรส่วนกลางมีอายุเฉลี่ยสูงนั้น อาจเป็นเพราะบุคลากรส่วนใหญ่เป็นผู้มีภูมิลำเนาอยู่ใกล้ที่ตั้งของ สรปส. ทำงานโรคเรื้อนมาตั้งแต่เริ่มรับราชการ บางรายได้รับทุนโรคเรื้อนในการศึกษาอบรมทำให้มีความผูกพันต่อหน่วยงาน การหมุนเวียน โยกย้าย จึงมีน้อย การเกษียณอายุราชการของบุคลากรเหล่านี้ อาจส่งผลถึงประสิทธิผลและความต่อเนื่องในการพัฒนาสถานบริการฯ จากการที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 80 มีอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง รายได้เฉลี่ยน้อย อาจเป็นเพราะว่า

ผู้ที่ยากจนมีความจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการหาเลี้ยงชีพ หากมีอาการโรคเรื้อนระยะแรกซึ่งไม่รบกวนชีวิตประจำวัน ประกอบกับการเข้าถึงข่าวสารมีจำกัด อาจปล่อยจนลุกลาม ซึ่งระยะตั้งแต่การเกิดอาการจนไปพบแพทย์นั้นเป็นระยะที่สามารถแพร่เชื้อให้คนใกล้ชิด ซึ่งอาจจะอยู่กันอย่างแออัดได้ ดังนั้นโรคเรื้อนจึงมักเกิดขึ้นกับผู้ที่ยากจน ดังผลการวิจัยของ Kerr-Pontes⁹ ในประเทศบราซิล พบความสัมพันธ์ระหว่างโรคเรื้อนกับความยากจน การที่ผู้ป่วยต้องเดินทางไปยังสถานบริการฯ ซึ่งอาจอยู่ไกลบ้าน ย่อมเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายและเสียเวลาทำงาน อาจส่งผลถึงความครบถ้วนของการรักษา การที่พบว่าบุคลากรของสถานบริการฯ ไม่เคยได้รับการอบรมถึงร้อยละ 44.3 อาจเป็นเพราะว่าผู้ที่เคยอบรมมีการหมุนเวียนโยกย้าย หรือเกษียณอายุราชการ และอาจเป็นไปได้ว่าไม่มีแผนส่งเสริมให้บุคลากรที่ย้ายเข้ามาแทนที่ที่ได้รับการอบรม

ประสิทธิผลของการพัฒนาสถานบริการ เชี่ยวชาญโรคเรื้อนด้านบริบท

จากการที่พบว่า การพัฒนาสถานบริการฯ มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ จำเป็นต่อเครือข่ายการบริการด้านโรคเรื้อน และมีเป้าหมายวัตถุประสงค์ที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อนนั่น อาจเป็นเพราะว่าการพัฒนานี้ เป็นการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน พ.ศ. 2553-2557³ แผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน 6 ปี พ.ศ. 2558-2563 ของประเทศไทย¹⁰ ซึ่งมีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคก่อนจัดทำ นอกจากนี้เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนาสถานบริการฯ ยังมีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์เร่งรัดลดปัญหาโรคเรื้อน พ.ศ. 2554-2558 ขององค์การอนามัยโลก⁴ อีกด้วย

ประสิทธิผลของการพัฒนาสถานบริการ เชี่ยวชาญโรคเรื้อนด้านปัจจัยเบื้องต้น

เกณฑ์การเลือกพื้นที่และเกณฑ์การเลือก สถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน

จากการที่พบว่า เกณฑ์การเลือกพื้นที่และเลือกสถานบริการฯ มีความเหมาะสมเนื่องจากเป็นเกณฑ์ที่ร่วมกันกำหนดโดยผู้เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ นั้น อาจ

เป็นเพราะว่าบุคลากรแต่ละระดับมีความรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับงานโรคเรื้อนที่หลากหลาย การได้ร่วมกันกำหนดเกณฑ์จึงช่วยให้ได้มาซึ่งเกณฑ์ที่เหมาะสม ทั้งนี้ความเหมาะสมของเกณฑ์นี้ สนับสนุนด้วยข้อมูลที่ว่า พื้นที่ที่กำหนดให้มีสถานบริการฯ คือพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาหรืออีกนัยหนึ่งคือ พื้นที่ที่ยังมีปัญหาระบาด โดยธรรมชาติโรคเรื้อนมีการกระจุกตัวเป็นหย่อมๆ (Clustering) ในบางพื้นที่ อันเป็นลักษณะที่พบอย่างชัดเจนในพื้นที่ที่มีความชุกโรคต่ำ¹¹ ดังนั้นการใช้เกณฑ์เลือกพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาและเกณฑ์เลือกโรงพยาบาลที่มีความพร้อมที่ตั้งอยู่ในพื้นที่นั้น จึงเป็นเกณฑ์ที่เหมาะสมกับลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคเรื้อน นอกจากนี้ความเหมาะสมของเกณฑ์ ยังสนับสนุนด้วยความเป็นจริงที่ว่า พื้นที่อันเป็นที่ตั้งของสถานบริการฯ จำนวน 20 แห่งนี้ สอดคล้องกับสถานการณ์โรคเรื้อนของแต่ละภูมิภาคโดยมีจำนวนสถานบริการฯ ลดหลั่นกัน สอดคล้องตามขนาดปัญหาของภูมิกษณนั้นๆ อาทิเช่นตามข้อมูลของ สรปส.¹² ณ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2560 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้ป่วยใหม่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 42.68 ของผู้ป่วยใหม่ทั้งประเทศมีสถานบริการฯ มากที่สุดคือจำนวน 8 แห่ง และภาคกลางมีผู้ป่วยใหม่น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 14.63 มีสถานบริการฯ น้อยที่สุดจำนวน 3 แห่ง

ความพร้อมด้านนโยบายรวมทั้งการสนับสนุนในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของผู้บริหารสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน และการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก

จากการที่พบว่า การกำหนดนโยบายและการดำเนินการเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของผู้บริหาร ยังดำเนินการได้ไม่ครบทุกแห่งนั้น อธิบายได้ว่าสถานบริการฯ ทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานโรคเรื้อนเป็นงานประจำ บางแห่งจึงไม่ได้มีการกำหนดเป็นนโยบายหรือแผนแต่อย่างใด ซึ่งการขาดนโยบายและแผนที่ชัดเจน อาจทำให้ขาดทิศทางในการดำเนินงานและขาดเครื่องมือที่สำคัญสำหรับผู้บริหารในการควบคุมติดตามการดำเนินงาน อันอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้

ผลผลิตของการพัฒนาสถานบริการฯ ในหลายประเด็น ยังไม่ได้ตามความคาดหวัง และจากการที่พบว่า สถานบริการฯทุกแห่ง ได้รับการสนับสนุนในกรณีที่มีปัญหาในการดำเนินงาน อาจเป็นเพราะว่า สรปส. สคร. และ สสจ. มีความพร้อม มีการกิจ รวมทั้งความมุ่งมั่นร่วมกันในการสนับสนุนการพัฒนาสถานบริการฯ ทุกแห่งให้สามารถดำเนินงานได้ตามมาตรฐานโรคเรื้อน เพื่อรองรับสภาวะความชุกโรคต่อไป

ความครบถ้วนของบุคลากรที่จำเป็นในการดำเนินงานโรคเรื้อน

จากการที่พบว่าบุคลากรที่จำเป็นมีครบถ้วนนั้น อาจเป็นเพราะว่า ความครบถ้วนของบุคลากรที่จำเป็นนี้ ได้ถูกกำหนดให้เป็นเกณฑ์ในการเลือกโรงพยาบาลให้เป็นสถานบริการฯ ตั้งแต่แรก และความครบถ้วนนี้ ยังยืนยันได้จากการเก็บข้อมูลในการประเมินครั้งนี้ ซึ่งสามารถเก็บข้อมูลได้จากทุกวิชาชีพที่จำเป็นทุกแห่ง

ความเหมาะสมครอบคลุมของหลักสูตรอบรมวิทยากร คู่มือ/แนวทาง/แบบฟอร์ม

จากการที่พบว่า หลักสูตรอบรมรวมทั้งวิทยากร และคู่มือ/แนวทาง/แบบฟอร์มการดำเนินงาน มีความเหมาะสมครอบคลุมนั้น อาจเป็นเพราะว่า วิทยากรเป็นผู้เชี่ยวชาญโรคเรื้อน รวมทั้งมีการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตร และคู่มือ/แนวทาง/แบบฟอร์มการดำเนินงานมาโดยตลอด

ประสิทธิผลของการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนด้านกระบวนการพัฒนา

ความเหมาะสมของกระบวนการเลือกสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน

จากการที่พบว่า กระบวนการเลือกสถานบริการฯ มีความเหมาะสม อาจเป็นเพราะว่าความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานระดับต่าง ๆ มีส่วนช่วยให้กระบวนการเลือกเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ได้สถานบริการฯ ตามเป้าหมาย และเกณฑ์ที่ตั้งไว้ การมีส่วนร่วมของหน่วยงานในพื้นที่ อาจทำให้หน่วยงานเหล่านี้รู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง และมุ่งมั่นในการพัฒนาสถานบริการฯ ส่งผลต่อความราบรื่นในการพัฒนาในขั้นต่อไป

ความเหมาะสมของกระบวนการ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา โอกาส (Gap) และแนวทางในการพัฒนา

จากการที่พบว่า กระบวนการวิเคราะห์ที่เหมาะสม อาจเป็นเพราะว่า ได้มีการเตรียมการสำรวจและเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้อง มีการเตรียมประเด็นในการประชุมกลุ่มที่ชัดเจน และมีการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้แนวทางที่ตอบสนองสถานการณ์และบริบทของพื้นที่เป็นไปได้อย่างจริงในทางปฏิบัติ และเป็นการก่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจระหว่างบุคลากร ดังมีผู้กล่าวไว้ว่า การมีส่วนร่วมทำให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมเกิดความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการบริหาร ความคิดเห็นถูกรับฟังและนำไปปฏิบัติ และที่สำคัญผู้ที่มีส่วนร่วมจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ซึ่งจะเป็นพลังในการขับเคลื่อนเครือข่ายที่ดีที่สุด^{13,14}

ความเพียงพอเหมาะสมของกระบวนการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน

จากการที่พบว่า กระบวนการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการฯ มีความเพียงพอทุกกระบวนการ และมีความเหมาะสมของกระบวนการนิเทศและการตรวจสอบคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ อาจเป็นเพราะว่ากระบวนการพัฒนาศักยภาพครอบคลุมบุคลากรของสถานบริการฯ ทุกแห่งจึงมีความเพียงพอ และได้ถูกออกแบบขึ้น ตามแนวทางการพัฒนาที่ได้จากการประชุมร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงมีความเหมาะสม จากการที่พบว่า ในกระบวนการฝึกอบรมของบางหลักสูตรไม่เหมาะสมด้านประเภทผู้เข้าอบรม เวลาในการฝึกปฏิบัติและอบรม และสถานที่จัดอบรมซึ่งจัด ณ สถานบริการฯ นั้น เป็นเพราะว่า สรปส. และ สคร. ต้องการอำนวยความสะดวกแก่บุคลากร จึงได้จัดฝึกอบรมขึ้น ณ สถานบริการฯ และเพื่อให้ได้ผู้เข้าอบรมเพียงพอ จึงได้จัดคณะทุกวิชาชีพ ซึ่งกระบวนการฝึกอบรมที่ไม่เหมาะสมนี้ อาจทำให้เจ้าหน้าที่ไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพดังคาดหวังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สถานบริการฯ และหน่วยบริการเครือข่ายหลายแห่งดำเนินงานไม่ได้ตามมาตรฐานงานโรคเรื้อน

ประสิทธิผลของการพัฒนาสถานบริการ เชี่ยวชาญโรคเรื้อนด้านผลผลิตของการพัฒนา ความรู้ ทัศนคติ และทักษะ ของบุคลากร

จากการที่พบว่า ความรู้พื้นฐานโรคเรื้อนของบุคลากรสถานบริการฯ ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ แต่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87) มีความรู้พื้นฐานโรคเรื้อนอยู่ในระดับสูง จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ไม่มีผู้ที่ทัศนคติลบ เพราะการได้รับความรู้พื้นฐานเรื่องโรคเรื้อน ย่อมทำให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ดังผลการศึกษาของ Ewhrudjakpor¹⁵ ซึ่งศึกษาในบุคลากรสาธารณสุข 587 คน ในประเทศไนจีเรีย พบว่า บุคลากรที่มีความรู้เรื่องโรคเรื้อนสูงกว่าค่าเฉลี่ย มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน

จากการที่พบว่า ยังมีบุคลากรที่ขาดความรู้และทักษะเฉพาะวิชาชีพที่จำเป็นในการวินิจฉัยรักษาผู้ป่วยนั้น อาจเป็นเพราะ กระบวนการฝึกอบรมไม่เหมาะสมดังที่กล่าวไว้แล้ว ความเห็นนี้สนับสนุนด้วยผลการอบรมการตรวจเชื้อโรคเรื้อน ซึ่งจัดสำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เป็นการโดยเฉพาะ ระยะเวลาอบรมเพียงพอให้ฝึกปฏิบัติ จัดในสถานที่ซึ่งห่างไกลจากที่ทำงานของผู้เข้าอบรม ผลการประเมินทดสอบความรู้ทักษะจากการประเมินครั้งนี้พบว่า เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทั้งหมดสามารถแสดงขั้นตอนการตรวจเชื้อโรคเรื้อน พร้อมอ่านผลได้อย่างถูกต้อง นอกจากนั้น จากการที่พบว่า เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ 2 คน ไม่ทราบเรื่องการเพิ่มตำแหน่งเก็บตัวอย่างเพราะไม่มีการแจ้งจากผู้เกี่ยวข้องนั้น เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงการขาดการสื่อสารที่เหมาะสมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการที่บุคลากรขาดความรู้และทักษะเฉพาะวิชาชีพที่จำเป็นนั้น อาจก่อให้เกิดผลเสียตามมา อาทิเช่น แพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถวินิจฉัยอาการเส้นประสาทอักเสบ (Neuritis) อาจมีผลต่อการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทและนำไปสู่ความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อน¹¹ เกสซ์กร้อยละ 60 ยังไม่ทราบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนต้องรับประทานยา Rifampicin ต่อหน้าเจ้าหน้าที่เดือนละ 1 ครั้ง อาจส่งผลต่อความสำเร็จในการรักษา¹¹ นักกายภาพบำบัดร้อยละ 50 ยังขาดทักษะการฟื้นฟูสภาพ

อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างใกล้เคียงปกติ พยาบาลประจำคลินิกโรคผิวหนังบางส่วน และเจ้าหน้าที่หน่วยบริการเครือข่าย ส่วนใหญ่ยังบอกอาการสงสัยโรคเรื้อนและตรวจอาการขาในโรคไม่ถูกต้อง อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความล่าช้าในการรักษาโรคเรื้อน อันนำมาสู่ความพิการได้ ทั้งนี้ความรู้พื้นฐานด้านโรคเรื้อน ความรู้ทักษะเฉพาะวิชาชีพของบุคลากรสถานบริการฯ ยังต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเติมเนื่องจากยังไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ข้างต้น

มาตรฐานการดำเนินงานโรคเรื้อน

จากการที่พบว่า สถานบริการฯ รวมทั้งหน่วยบริการเครือข่าย ยังดำเนินงานตามมาตรฐานงานโรคเรื้อนไม่ครบทุกแห่งนั้น อาจเป็นเพราะเหตุผลจากการที่บุคลากรที่ผ่านการอบรมไม่ได้อยู่ปฏิบัติงานหรืออาจเนื่องมาจากบุคลากรที่ผ่านการอบรมที่มีกระบวนการไม่เหมาะสมดังที่กล่าวไว้แล้ว ซึ่งการดำเนินงานโรคเรื้อนที่ไม่ได้มาตรฐานนี้ส่งผลเสียต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ผู้มีอาการสงสัย อาทิเช่น การที่สถานบริการฯ ขาดมาตรฐานในการจัดระบบคัดกรองโรคเรื้อนในผู้ป่วยโรคผิวหนัง การบันทึกประวัติผู้ป่วยที่ตรวจผิวหนัง 2 ครั้งขึ้นไป หรือการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน อาจทำให้ผู้มีอาการสงสัย ขาดโอกาสในการได้รับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อนและได้รับการรักษาแต่แรก หากเป็นโรคเรื้อน การบันทึกผลการตรวจประเมินความพิการที่ขาดมาตรฐาน จะทำให้แพทย์ไม่ทราบถึงความเสี่ยงของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการได้ การตรวจบันทึกความพิการเมื่อสิ้นสุดการรักษาที่ขาดมาตรฐาน จะทำให้ไม่ทราบประสิทธิผลของการรักษาและขาดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหากผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อความพิการ การที่ไม่สามารถจัดหากายอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยพิการจากโรคเรื้อนตามสภาพปัญหาได้นั้น อาจส่งผลให้ผู้ป่วยพิการไม่สามารถดำเนินกิจกรรมหรือประกอบอาชีพได้ดังเช่นบุคคลทั่วไป

ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อน

จากการที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 80 พึงพอใจต่อบริการของสถานบริการฯ ในระดับสูงทั้งๆ ที่งานโรคเรื้อนยังไม่ได้มาตรฐานนั้น อาจเป็นเพราะว่ามาตรฐานของ

งานโรคเรื้อนในมุมมองของผู้ป่วยอาจแตกต่างจากมุมมองของบุคลากรที่มีวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งคำนึงถึงมาตรฐานทางวิชาการด้วย อีกประการหนึ่งการที่บุคลากรสถานบริการฯ ไม่มีทัศนคติลบต่อโรคเรื้อน อาจทำให้มีพฤติกรรมตลอดจนอัธยาศัยในการบริการดี จึงทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ดังผลการศึกษาของสุมิตรา ชูแก้ว และคณะ¹⁶ ซึ่งทำการศึกษาในพยาบาล 83 คนพบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของพยาบาลในการช่วยเหลือและสร้างเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรมีกระบวนการพัฒนาความรู้ความเชี่ยวชาญโรคเรื้อนให้กับแพทย์หรือนักวิชาการรุ่นใหม่เพื่อเตรียมการไว้ทดแทนบุคลากรส่วนกลางที่จะเกษียณอายุราชการ 2) ควรแสวงหาความช่วยเหลือจากองค์กรเอกชนในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเดินทางหรือประสานกับหน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการอำนวยความสะดวกจัดบริการรถสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อน ร่วมกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ในการไปรับการรักษา ณ สถานบริการฯ ที่อยู่ไกลจากบ้าน 3) ควรได้มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรของสถานบริการฯ อย่างต่อเนื่อง โดยมีการแจ้งจากสถานบริการฯ ถึง สคร. และ สรปส. ผ่านระบบเครือข่ายในกรณีมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนเพื่อรวบรวมรายชื่อและร่วมกันดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรต่อไป 4) ควรมีการประสานสนับสนุนสถานบริการฯ เพื่อดำเนินการกำหนดนโยบายและสนับสนุนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม 5) ควรมีการปรับปรุงกระบวนการฝึกอบรมให้เหมาะสม เพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะ บุคลากรแต่ละวิชาชีพ ให้สามารถดำเนินงานโรคเรื้อนได้ตามมาตรฐาน 6) ควรได้มีการประชุมหารือ เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้การดำเนินงานและบริการโรคเรื้อนของสถานบริการฯ ให้ได้มาตรฐาน 7) เห็นสมควรมีการสร้าง

เครือข่ายระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสถานบริการฯ ทุกระดับ ทั้งส่วนกลาง เขต จังหวัด และสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน รวมทั้งหน่วยบริการเครือข่าย เพื่อให้มีการสื่อสารแจ้งความคืบหน้าทางด้านวิชาการโรคเรื้อน การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อน หรือด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) สำรวจความครอบคลุมงานโรคเรื้อนของสถานบริการฯ ในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาของประเทศ 2) สำรวจและประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลอื่นๆ ที่นอกเหนือจากสถานบริการฯ และหน่วยงานเครือข่าย เพื่อแนวทางดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่รับการรักษาจากโรงพยาบาลเหล่านี้ ให้ได้รับการบริการตามมาตรฐานงานโรคเรื้อน 3) สำรวจประสิทธิผลของการให้บริการของสถานบริการฯ 4) สำรวจค่าใช้จ่ายและความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วยโรคเรื้อนในการเดินทางเพื่อรับการรักษา ณ สถานบริการฯ แต่ละแห่ง เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือที่เพียงพอให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนได้รับการรักษาจนครบถ้วนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์อาจินต์ ชลพันธุ์ ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย ที่ให้การสนับสนุนการวิจัย และขอขอบคุณนักวิชาการสาธารณสุขกลุ่มควบคุมโรคเรื้อน และผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค รวมทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสำหรับความร่วมมือในการดำเนินงานศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ท้ายสุดขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามและผู้ให้สัมภาษณ์ทุกท่านที่ให้ข้อคิดเห็น ซึ่งมีคุณค่า และมีประโยชน์เป็นอย่างมาก

เอกสารอ้างอิง

1. ธีระ งามสุด. 50 ปี ราชประชาสมาสัยแห่งการสนองพระราชปณิธาน. กรุงเทพฯ: มาสเตอร์คีย์; 2553.

2. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการวางแผนการดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อน; 25-27 สิงหาคม 2552; โรงแรมกรุงศรีวิเวอร์ จังหวัดอยุธยา. นนทบุรี: สถาบันราชประชาสมาสัย; 2552. (อัดสำเนา)
3. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน 2553-2557. สมุทรปราการ: สถาบันราชประชาสมาสัย; 2552. (อัดสำเนา)
4. World Health Organization. Enhanced global strategy for further reducing the disease burden due to leprosy (Plan Period: 2011-2015). New Delhi: WHO; 2009.
5. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. รายงานการประชุมเรื่องโครงการศึกษาพัฒนารูปแบบสถานบริการควบคุมโรคเรื้อนในสภาวะความชุกโรคต่ำ; 15 พฤศจิกายน 2553; ห้องประชุมธีระ รามสูต สถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดนนทบุรี: มปท.; 2553. (อัดสำเนา)
6. เยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี. การประเมินโครงการ: แนวคิดและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
7. Stuffbeam DL. CIPP evaluation model checklist: a tool for applying the CIPP model to assess projects and programs [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 11]. Available from: <https://wmich.edu/sites/default/files/attachments/u350/2018/cipp-model-stuffbeam.pdf>
8. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. คู่มือการตรวจรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน. นนทบุรี: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2549.
9. Kerr-Pontes LR, Montenegro AC, Barreto ML, Werneck GL, Feldmeier H. Inequality and leprosy in Northeast Brazil: an ecological study. *Int J Epidemiol* 2004; 33(2):262-9.
10. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน 6 ปี (2558-2563). สมุทรปราการ: สถาบันราชประชาสมาสัย; 2557. (อัดสำเนา)
11. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2553.
12. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคเรื้อน 2507-2560. นนทบุรี: สถาบันราชประชาสมาสัย; 2561. (อัดสำเนา)
13. วันชัย วัฒนศัพท์. การมีส่วนร่วมกับการพัฒนาองค์กร. เอกสารประกอบการประชุมการสัมมนานายจ้างและลูกจ้างภาครัฐวิสาหกิจเรื่องระบบทวีภาคีกับการแก้ปัญหาแรงงานในรัฐวิสาหกิจ; มีนาคม 2546; โรงแรมพัทยาเซนเตอร์ เมืองพัทยา ชลบุรี. มปท.; 2546.
14. National Health and Medical Research Council, Australian Government. Statement on consumer and community involvement in health and medical research [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 11]. Available from: <https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/documents/reports/consumer-community-involvement.pdf>
15. Ewhrudjakpor C. Health care providers knowledge as correlates of their attitudes towards leprosy sufferers in Nigeria. *Ethno-Med* 2008; 2(2): 115-20.
16. สุมิตรา ชูแก้ว, ยุพาพิน ศรีโพธิ์งาม, วรณภา ประไพพานิช. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของพยาบาลในการช่วยเหลือและสร้างเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *รามาธิบดีพยาบาลสาร* 2555; 18(2): 249-58.

การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อแทรกซ้อน หลังการผ่าตัดกระดูกต้นขา : กรณีศึกษา 2 ราย

นัตยา ปริกัมศีล พย.บ, วท.ม.

งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี

บทคัดย่อ

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดกระดูกต้นขาหัก ส่วนใหญ่เกิดจากความรุนแรงของการหัก การผ่าตัดและปัจจัยอื่น ๆ ภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่มักจะเกิดภายหลังการผ่าตัดหนึ่งสัปดาห์ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุและนอนนาน ได้แก่ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การติดเชื้อแผลผ่าตัดและระบบอื่น ๆ ซึ่งการติดเชื้อบางระบบแม้เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ไม่มากนัก แต่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยรุนแรงถึงทุพพลภาพและเสียชีวิตได้ สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น จากข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลโพธาราม พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่เกิดจากอุบัติเหตุรุนแรง และมีการบาดเจ็บที่ตำแหน่งอื่นร่วมด้วย ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ก่อนการผ่าตัด มีจำนวนเข้ารับการรักษาเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2560 และมีอัตราติดเชื้อแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดนอกจากการติดเชื้อแผลผ่าตัดสูงขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษาครั้งนี้ เพื่อทบทวนกระบวนการพยาบาลในรายกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกหักต้นขาหักที่พบการติดเชื้อในกระแสเลือด และปอดอักเสบเป็นรูปแบบกรณีศึกษาเชิงลึก 2 รายที่มีภาวะกระดูกต้นขาหักจากการเกิดอุบัติเหตุ และได้รับการผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา หลังการผ่าตัดเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดผู้ป่วยต้องย้ายไปดูแลด้านหัวใจและหลอดเลือดที่แผนกอายุรกรรม เพิ่มระยะเวลานอนโรงพยาบาลมากขึ้น ส่วนอีกรายพบว่าการติดเชื้อปอดอักเสบหลังการผ่าตัดในเวลา 48 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างก่อนการผ่าตัดที่ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อมากขึ้น ในภาวะการติดเชื้อเหล่านี้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องมีการวางแผนและวางแผนแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกต้นขาหัก เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ รวมทั้งมีการดูแลตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาลจนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งการศึกษาในรูปแบบกรณีศึกษาเชิงลึกนี้ได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักได้อย่างครอบคลุมเป็นแนวทางเดียวกัน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ, ภาวะติดเชื้อแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

Nursing care for Infectious Patient after Orthopedic Operation: Case Study 2 Cases

Nattaya Parikumsil B.N.S., M.Sc.

Infectious control and prevention Department, Photharam hospital, Ratchaburi province

ABSTRACT

Introduction: Most complications which always occur one week after having a surgery of femur shaft fractures are from the severity of fracture, the process of operation, and other aspects. They were frequently found in the elderly and bed ridden patients; for example, septicemia, wound infection, and the infection of other systems. Though the other infection are not common complication, the impact on patient has been severe and can lead to disabilities and death. According to the information collected from the orthopedic department, Photharam Hospital, the number of the femur shaft fracture with other part injury patients from serious accidents, both senior patients and other risk patients, has increased since 2017 as well as the complication rate of infection after the operation apart from infectious wound. These events resulted in the public health problem; for instance, low quality of life, disability, prolonged hospitalization, and economic loss.

Objective: The study is to review nursing care procedure in the patient having femur fracture operation with septicemia and pneumonia. The study was in-depth researched in two cases who had femur bone fixation for femur shaft fracture from accident. One had developed septicemia subsequent to surgery operated then was transferred to a medical ward for cardiovascular treatment leading to prolonged hospitalization. The other had initiated pneumonia within 48 hours following the operation; the infection was stimulated from many kinds of risk prior the surgical intervention. In respect of the infection, the nurse must plan and assure that the patients were taken care in order to minimize the complication of infection. Infection control measurement of the hospital must be exercised until the patient's hospital discharge. This in-depth research created the developing of the consistent and extensive guideline of caring for femur shaft fracture patients.

Keywords: *Post-operative of fracture femur patient, The complication of operation*

บทนำ

อุบัติการณ์การเกิดภาวะกระดูกต้นขาหักส่วนใหญ่จะมีสาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2557 พบกลุ่มผู้สูงอายุภาวะกระดูกต้นขาหักและสะโพกหัก 30,000 คนต่อปี ในจำนวนนี้ร้อยละ 6-8¹ มีภาวะกระดูกสะโพกหักซ้ำ อับัติการณ์ที่เกิดขึ้นทวีความรุนแรงขึ้น ซึ่งในการศึกษาของไทยพบว่าอุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุจะสูงขึ้นจากปีละ 180 รายต่อแสนประชากร ผู้สูงวัยเป็น 450 - 750 รายต่อแสนประชากรผู้สูงวัยภายในปี พ.ศ.2568 จัดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข และยังมีการศึกษาจากต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มากกว่าร้อยละ 20 จะเสียชีวิตภายใน 1 ปี ร้อยละ 40 ไม่สามารถเดินด้วยตัวเอง และ ร้อยละ 80 ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง^{2,3} ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เกิดจากการหกล้มร้อยละ 11.6 และร้อยละ 90 มีภาวะกระดูกพรุนทำให้เกิดประสบบุติเหตุล้มขณะเดิน และกระดูก greater trochanter โดยตรง เป็นผู้ป่วยอายุน้อยที่ประสบบุติเหตุทางการจราจร หรือตกจากที่สูงร้อยละ 10^{1,4}

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกต้นขาหักจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด มี 2 ชนิด ประกอบด้วย การผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูก การผ่าตัดจัดกระดูกแล้วใส่เฝือกไว้ การพิจารณาตามตำแหน่งที่เกิดการบาดเจ็บ^{4,5} การดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่จะได้รับการผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขาหักมี 4 ระยะ คือ ก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด หลังการผ่าตัด และระยะฟื้นฟูสภาพ (จัดกิจกรรมฟื้นฟูตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย)^{4,6} ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด ได้แก่ การติดเชื้อแผลผ่าตัด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ขา การเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจากการนอนนาน การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ และภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดและอุบัติเหตุจากกายภาพบำบัดทำให้ผู้ป่วยทุพพลภาพไม่สามารถช่วยตัวเองได้เมื่อกลับบ้าน^{4,5}

จากข้อมูลหน่วยงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลโพธาราม ตั้งแต่ปี 2558 -2560 พบว่า

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกต้นขามีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2560 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษากับกระดูกต้นขาหักทั้งหมด 570 รายต่อปี ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกต้นขา 151 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.5 มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในกลุ่มแผลปนเปื้อน ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการต้องใส่สายสวนปัสสาวะคิดเป็นร้อยละ 7.3 ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ คิดเป็นร้อยละ 1.3 และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆในกลุ่มที่ต้องนอนนิ่งๆบนเตียงนาน ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่เกิดภายในระยะเวลา 1-7 วัน มักไม่ค่อยพบ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อระบบสัญญาณชีพสามารถทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว⁷

ด้วยเหตุผลข้างต้นผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาในรูปแบบกรณีศึกษาเชิงลึก 2 ราย เพื่อพัฒนาแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และวิเคราะห์ปัญหาทางการการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกต้นขาหักได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดคุณภาพในการบริการต่อไป

จากกรณีศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารตำราวิชาการต่างๆ จัดทำเป็นเอกสารวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักขึ้นเพื่อเป็นการเผยแพร่ความรู้ และเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาล และหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป ในกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย⁸⁻¹²

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย คู่ อายุ 83 ปี รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 30 เมษายน พ.ศ.2560 เวลา 13.47 น.โดยให้ประวัติว่า 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ลื่นล้มเข้าซ้ายกระดูกหักพื้น สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาทีความดันโลหิต 107/76 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วินิจฉัย Fracture Left Femur ให้การรักษาโดยเจาะเลือดตรวจ FBS, Electrolyte, BUN Creatinine, CBC และ film left knee AP, lateral ตรวจ CXR, EKG และผ่าตัด open reduction Internal fixation with PLS under SB วันที่ 1 หลังจากผู้ป่วย

ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยรู้ตัวดีมีแผลผ่าตัดที่หัวเข่าซ้าย on radivac drain 1 ขวดสาย content เป็นสีแดงออกมาก 300 ml สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 115/70 มิลลิเมตรปรอท O_2 saturation 98%, retained Foley's catheter ปัสสาวะออกดีสีเหลืองใส หลังผ่าตัดเจาะ hematocrit 23.7% ระยะเวลาผ่าตัดมากกว่า 2 ชั่วโมง ให้ PRC 1 ยูนิต หลังจากให้เลือดเจาะ hematocrit 24% ไม่เกิดภาวะ hypovolemic shock ปวดแผลผ่าตัด pain score 5-7 คะแนน หลังได้รับยาแก้ปวด อาการปวดทุเลาลงได้รับการจัดการความปวดที่ดี อาการปวดแผลผ่าตัดทุเลาลง แต่หลังการผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำและพบว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตร่วมด้วย วัดสัญญาณชีพอยู่ในช่วงอุณหภูมิร่างกาย 37.5-38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-120 ครั้งต่อนาที หายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 85/50-110/65 มิลลิเมตรปรอท และ O_2 saturation 95 - 98% แพทย์จึงให้การรักษาโดยให้ยา Levophred[®] เพื่อเพิ่มระดับความดันโลหิตผู้ป่วย ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm IV OD[®] ระยะเวลา 7 วัน ผลการตรวจ hemo-culture: *Staphylococcus aureus* หลังจากได้รับยาตามแผนการรักษา อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ แผลผ่าตัดที่ขาซ้ายมีเลือดซึมออกเล็กน้อย ไม่เกิดการติดเชื้อ มี content ในขวด radivac drain ออกน้อยลง off radivac drain ออกได้ สามารถลงเดินด้วย walker ในการช่วยเดินได้ แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตในวันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ให้กลับบ้านได้นัดติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกและข้อ 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลานอนในโรงพยาบาลทั้งหมด 22 วัน ผู้ป่วยไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจสังคม อารมณ์ ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเดินได้ดีขึ้นเรื่อยๆ และแผลผ่าตัดหายดี^{4,8-12}

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 23 ปี รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ.2560 เวลา 6.14 น. ให้ประวัติว่า 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขับรถยนต์ชนต้นไม้ ไม่สลบ ปวดต้นขาขวา แขนขวา

ปวดจุกลิ้นปี่ มุลินธินำส่งโรงพยาบาล สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/76 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วินิจฉัยเป็น Blunt chest injury and fracture right shoulder เจาะเลือดส่งตรวจ Electrolyte, BUN, Creatinine ,CBC และ film Left hip AP, lateral, CXR, on skeletal traction 10 kgs และได้รับการผ่าตัด open reduction internal fixation Lt. femur, Rt. forearm c PLS under GA หลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยรู้ตัวดีมีแผลผ่าตัดที่ต้นขาซ้ายและต้นแขนขวา แผลผ่าตัดแห้งดี on radivac drain 1 ขวดมี content เป็นสีแดงออกประมาณ 50 ml แพทย์สั่ง off drain ออกได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/72 มิลลิเมตรปรอท O_2 saturation 100 % และ on LRS 1,000 cc. ทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 100 cc/hr. หลังผ่าตัดเจาะ hematocrit 38% ระยะเวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง 45 นาที ในวันที่ 3 หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการไอ เหนื่อย แน่นหน้าอก มีไข้ (38-39 องศาเซลเซียส) ชีพจร 100-110 ครั้งต่อนาที หายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที O_2 saturation 93% Room air ผล CXR พู infiltration Rt. upper lobe มีการติดเชื้อปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะ mild hypoxia ปรีกษาอายุรแพทย์ร่วมรักษา สงสัยภาวะ Pulmonary Embolism จึงให้การรักษาโดยให้ยา Tazocin 4.5gm IV8 ทุก 8 ชั่วโมง ติดตามอาการผู้ป่วย และสังเกตอาการวัดสัญญาณชีพอยู่ในช่วงอุณหภูมิร่างกายลดลง ชีพจร 82-94 ครั้งต่อนาที หายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 129/52-131/65 มิลลิเมตรปรอท O_2 saturation 97 - 99% ผล D-dimer 1379 ug/L หลังจากได้รับยาปฏิชีวนะ ปอดอักเสบลดลง อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ ปวดแผลผ่าตัดที่ขาซ้ายมี pain score 4-5 คะแนน ได้รับการจัดการความปวดที่ดีทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี มีการฟื้นฟูสภาพที่ดีสามารถลงเดินด้วยไม้ค้ำยัน (crutch non weight) ได้แผลผ่าตัดแห้งดีไม่มีลักษณะของการติดเชื้อ ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพและญาติ ผู้ดูแลได้ร่วมกันปรึกษา

หารือและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการนอนหลับที่บ้านได้นัดติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกสัปดาห์ละครั้ง และข้อใน 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ ผู้ป่วย และญาติมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการจำหน่ายและกลับบ้าน รวมระยะเวลาอนในโรงพยาบาลทั้งหมด 17 วัน ประสานและติดตามประเมินผลที่มียืมบ้านใน 1 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี^{9,11-13}

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ได้นำทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม คือ ความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care Deficit) ใช้ทฤษฎีย่อยในความสามารถการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยกลุ่มที่กระดูกต้นขาหักจากอุบัติเหตุในช่วงระยะก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด ระยะหลังการผ่าตัด การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน^{4,5,9,11-13}

เรื่องความไม่สมดุลของความสามารถของบุคคลและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ได้มีการปรับกระบวนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการดูแลตนเองทุกระยะของการเจ็บป่วยทั้งก่อนและระยะหลังการผ่าตัดกระดูกต้นขาหักได้อย่างเหมาะสม โดยการศึกษาเอกสารวิชาการและงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด มีโรคร่วมที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้อาการเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น ได้แก่ โรคเบาหวาน ภาวะ hypokalemia และผู้ป่วยอีกหนึ่งรายได้รับการบาดเจ็บทรวงอกจากการเกิดอุบัติเหตุ มีภาวะอ้วนทำให้ใส่ท่อช่วยหายใจลำบากก่อนการใส่ยาระงับความรู้สึก ซึ่งในระยะหลังการผ่าตัดผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติต่อไป โดยข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ดังตารางที่ 1-5

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระยะที่ 1 การพยาบาลก่อนผ่าตัดกระดูกต้นขา

การวินิจฉัย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1	- ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดขาข้างซ้ายมาก	- ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดขาข้างซ้ายมากปวดแขน หน้าอก
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2	- วิดกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด	- วิดกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระยะที่ 2 การพยาบาลระยะหลังการผ่าตัดกระดูกต้นขา

การวินิจฉัย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1	- เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ	- เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังผ่าตัด เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2	- ปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจากการผ่าตัด	- ปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจากการผ่าตัด
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3	- อาจเกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดเนื่องจากมีเลือดซึมผ้าก๊อซ ออกมา	- อาจเกิดความเสี่ยงการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4	- ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงผิดปกติ	- เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน จากการบาดเจ็บบริเวณหน้าอกและการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5	- ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย	- มีการติดเชื้อปอดอักเสบ
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6	- ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด	- ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนแพ้ยาต้านจุลชีพ
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7	- เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะไว้	- ไม่สุขสบายเนื่องจากใช้สัมพัทธ์กับเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บหลังการผ่าตัดและการติดเชื้อ
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8	- ไม่สุขสบายเนื่องจากใช้สัมพัทธ์กับเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บหลังการผ่าตัด	- ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลสัมพัทธ์กับการจำกัดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9	- ไม่สุขสบายเนื่องจากท้องผูกสัมพัทธ์กับการจำกัดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด	-
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10	- เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	-
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11	- อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ ให้ยา Levophred	-

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระยะที่ 3 การวางแผนการจำหน่าย

การวินิจฉัย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1	มีความบกพร่องในการดูแลตนเองเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	มีความบกพร่องในการดูแลตนเองเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ผู้ป่วยรายที่ 1 (Sepsis)	ผู้ป่วยรายที่ 2 (Pneumonia)
- ผู้ป่วยผู้คุมกันต่ำจาก - สูงอายุ - มีภาวะช็อค จากการเสียเลือดที่แผลผ่าตัด - ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย - มีโรคประจำตัวได้แก่ เบาหวาน - ผู้ป่วยได้รับหัตถการทางการแพทย์โดยการสอดใส่อุปกรณ์หลายชนิด	- ผู้ป่วยผู้คุมกันต่ำจาก - เป็นโรคอ้วน BMI=37 - ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายโดยการใส่ท่อช่วยหายใจจากลำปาก - บริเวณหน้าอกได้รับการกระแทกขณะเกิดอุบัติเหตุ - ระยะหลังหลังการผ่าตัดผู้ป่วยขยับตัวเคลื่อนไหวได้น้อย - ไม่มีการบริหารปอดหลังการผ่าตัดทันที

ตารางที่ 5 สิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ในผู้ป่วยรายนี้

ประเด็น	ผู้ป่วยรายที่ 1 (Sepsis)	ผู้ป่วยรายที่ 2 (Pneumonia)
1. ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำจาก	- อายุ ภาวะช็อค ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน	- น้ำหนักตัวมาก ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย
2. ผู้ป่วยได้รับหัตถการทางการแพทย์โดยการสอดใส่อุปกรณ์หลายชนิด	- peripheral vein, urine catheter, redivac drain	- peripheral vein, การได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายโดยใส่ท่อช่วยหายใจ
3. ประเภทยาใช้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัด	- spinal block อุปกรณ์หลายชนิด	- general anesthesia มีความยากลำบากในการใส่ท่อช่วยหายใจ
4. ไม่มีการบริหารปอดหลังการผ่าตัด		- ไม่ได้ปฏิบัติทันทีที่ 1-2 วันหลังการผ่าตัด

การพยาบาล

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายในแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลโพธาราม แพทย์วินิจฉัยว่า มีภาวะกระดูกต้นขาข้างซ้ายหัก ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดตามหลักกระดูกต้นขาทั้ง 2 ราย พบว่า มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดโดยมีการติดเชื้อในกระแสเลือด และปอดอักเสบ ได้ดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การดูแลผู้ป่วยเกิดภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาล โดยมีการประเมินร่วมกับแนวทางการดูแลของแพทย์ในเรื่อง early detection, early treatment และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัด^{11,13-15} เพื่อให้เกิดความสมดุลของสภาพร่างกาย ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

ในช่วงระยะก่อนการผ่าตัด ระยะหลังการผ่าตัด เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ได้เป็นปกติมากที่สุด ซึ่งพยาบาลได้มีการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อติดตาม ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างถูกต้อง ดูแลให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยในทุกระยะของการเจ็บป่วย มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ให้เลือด สารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ รวมทั้งมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคของผู้ป่วย การป้องกันการเกิดแผลกดทับ และป้องกันภาวะเสี่ยงอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งในบทบาทของการควบคุมการติดเชื้อในทีมการพยาบาลได้มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องร่วมกับญาติ และ

ผู้ดูแล โดยการทำความสะอาดมือตามหลัก 5 moments เป็นการป้องกันการปนเปื้อนจากการพยาบาล และสิ่งแวดล้อม ในขณะที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โภธาราม กลับบ้านและกลับไปอยู่ในชุมชน¹¹⁻¹⁵

ซึ่งพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 อาการทั่วไปปกติ แผลแห้งดี แต่ยังไม่สามารถเดินโดยลำพัง การเคลื่อนไหวยังต้องเฝ้าระวังพลัดตกหกล้ม มีการวางแผนงานร่วมกับญาติเรื่องโปรแกรมการฟื้นฟูหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยรายที่ 2 หลังรักษาภาวะปอดอักเสบอาการหายเป็นปกติ สามารถเดินได้ อาการทั่วไปปกติ มีการฟื้นฟูร่างกายได้อย่างรวดเร็ว

อภิปรายผล

กระดูกต้นขาหักของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ มักเกิดจากอุบัติเหตุที่มีความรุนแรงประมาณร้อยละ 50-60 และจะมีการบาดเจ็บที่ตำแหน่งอื่นร่วมด้วย จากข้อมูลในหน่วยงานศัลยกรรมกระดูก และข้อของโรงพยาบาลโพธาราม พบว่ามีภาวะกระดูกต้นขาหัก มีการบาดเจ็บบริเวณกระดูก และหลอดเลือดบริเวณต้นขาซึ่งเกิดขึ้นได้ทุกกลุ่มอายุ แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุ เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อ มีความรุนแรงมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ในผู้ป่วยรายที่ 1 ถึงแม้ทีมทางการแพทย์จะมีแนวทางการดูแลตามมาตรฐาน และมีการเฝ้าระวังการติดเชื้ออื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น การติดเชื้อในกระแสเลือดหลังการผ่าตัดนั้นจากขาดการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องซึ่งจากภาวะดังกล่าว ก่อให้เกิดภาวะอันตรายและมีการติดเชื้อแทรกซ้อนได้ง่ายในผู้สูงอายุ ปัจจุบันการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องมีการประเมินความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกระยะของการเจ็บป่วย และสามารถแก้ปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ทันเวลา ในผู้ป่วยรายที่ 2 มีอายุน้อย และมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อ ได้แก่ ผู้ป่วยมีรูปร่างอ้วนมาก ใส่ท่อช่วยหายใจยาก มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย หลังการผ่าตัดมีการบาดเจ็บบริเวณทรวงอก จากการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง พยาบาลต้องมีการ

พัฒนาสมรรถนะการพยาบาลที่ในการประเมิน และจัดการความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ เป็นผู้มีความรู้ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อรายงานแพทย์ได้ทันที รวมทั้งสื่อสารข้อมูลความเสี่ยงหลังผ่าตัดทันทีลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจากกรณีศึกษาจะพบว่าพยาบาลได้ให้การดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักได้รับการผ่าตัดตามกระดูกตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคดังกล่าว ผู้ป่วยได้รับการประเมินและดูแลอย่างถูกต้อง ได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายเหมาะสม ทันเวลา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงพยาบาลสามารถประเมิน และให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมตามแผนการดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยทั้งสองรายนี้มีการนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการดูแลผู้ป่วย พยาบาลจะต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤติ เพื่อแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในกระแสเลือดและการเกิดปอดอักเสบ ซึ่งต้องปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อที่โรงพยาบาล กำหนดอย่างเคร่งครัด⁹⁻¹⁵

สรุป

ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุมาด้วยอาการลื่นล้ม เข้าข่ายกระดูกหัก ฟัน ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล แพทย์ให้การรักษาโดยการผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา มีภาวะเกล็ดแร่ไม่สมดุล เป็นโรคเบาหวาน การพยาบาลที่สำคัญคือ การดูแลก่อนและหลังการผ่าตัด การฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัด จึงมีการติดตามประเมินอาการและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจขึ้น ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ความดันโลหิตต่ำ และมีการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย ได้วางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจนสามารถกลับบ้านได้ นัดติดตาม พบว่าผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายช่วยเหลือตัวเองได้ดี

ผู้ป่วยรายที่ 2 มาด้วยอาการขบถยนต์ชน ต้นไม้ไม่สลบ ปวดต้นขาขวา แขนขวา ปวดจุกลิ้นปี่ มุลินธิ นำส่งแพทย์ให้การรักษาโดยการผ่าตัดใส่เหล็กตาม กระดูกต้นแขนข้างขวา และต้นขาข้างซ้าย การพยาบาลที่สำคัญ คือ การดูแลก่อนและหลังการผ่าตัด การฟื้นฟู ร่างกายหลังผ่าตัดให้สามารถกลับบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี ขึ้นเช่นกัน และพบมีการติดเชื้อปอดอักเสบระยะหลังจาก ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมีปัญหาด้านการแลกเปลี่ยน ออกซิเจน การกลืน พร่องความสามารถในการเคลื่อนไหว และการดูแลตนเอง ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพและญาติ ผู้ดูแลได้ร่วมกันปรึกษาหารือและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่ดี ญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามแนว ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด สามารถ เคลื่อนไหวร่างกายช่วยเหลือตัวเองได้ดี^{4,5,12,13}

ข้อเสนอแนะ

- 1) มีระบบการคัดกรองการติดเชื้อที่ง่ายต่อการ ใช้และการประเมินผล โดยการใช้ MEWS และ SIRS อย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพทุกหน่วยงานการพยาบาล^{14,15}
- 2) มีการพัฒนาสมรรถนะและประเมิน สมรรถนะเกี่ยวกับผู้ป่วยติดเชื้อที่สำคัญ
- 3) ทำงานเป็นทีมสหสาขา นำทฤษฎีการ พยาบาลมาปรับใช้ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อ สนับสนุนแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัย และ ลดทุพพลภาพ มีแผนในการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง
- 4) ประเมินและติดตามระบบการดูแลผู้ป่วย ภายหลังกลับบ้านใน 1 เดือน เพื่อจัดกิจกรรมลดความ พิกการ และติดตามเยี่ยมที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากร สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/elderlyworkFullReport57-1.pdf/2557>

2. จิตติมา ทาสวรรณอินทร์. การพลัดตกหกล้มในผู้สูง อายุ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ 2560; 5(2): 119-31.
3. นิพา ศรีช้าง, ลลิตรา กำวิ. รายงานการพยากรณ์การ พลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ใน ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2564. นนทบุรี: สำนัก โรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; ม.ป.ป.
4. Ryan SP, DiLallo M, Attarian DE, Jiranek WA, Seyler TM. Conversion vs Primary Total Hip Arthro- plasty: Increased cost of care and perioperative com- plications. J Arthroplasty 2018; 33(8): 2405-11.
5. จิตตินัน ส่องแสงจันทร์. การพยาบาลผู้ป่วยคอสะโพก หักโรงพยาบาลตากสิน. วารสารพยาบาลกระทรวง สาธารณสุข 2557; 3(23): 98-109.
6. Haidukewych GJ, Langford J. Subtrochanteric fractures. In: Bucholz RW, Heckman JD, Court-Brown CM, Tornetta P, editors. Rockwood and Green's fractures in adults. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2010. p. 1655-718.
7. งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลโพธาราม. รายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาล ปี2560. ราชบุรี: โรงพยาบาลโพธาราม; 2560.
8. ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. คู่มือการใช้ยาสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 10. เชียงใหม่: กราฟฟิคซิสเต็มส์; 2558.
9. ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. การอบรม พื้นฟูวิชาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
10. วิไลวรรณ ทองเจริญ. ศาสตร์และศิลป์การพยาบาล ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส; 2558.
11. ศิริพร ปิติ, มานะ อารี. การประเมินและเตรียม ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตาราวีสิญญวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2556.

12. อรพินท์ สีขาว. การจัดการโรคเบาหวาน: มิติของโรคและบทบาทพยาบาล. กรุงเทพฯ: เอ็มแมอนด์ เอ็มเลเซอร์ พรินส์; 2558.
13. อะเคื้อ อุณหเลขกะ. ระบาดวิทยาและแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. เชียงใหม่: มิ่งเมือง; 2556.
14. Robert SM. Sepsis and septic shock. In: Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, editors. Harrison's principles of internal medicine. 19thed. New York: McGrawHill; 2016. p. 144–52.
15. Mandell GL, JOHN E. Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of infectious disease. 6th ed. New York: Elsevier Churchill Livingstone; 2014.