



วารสารโรงพยาบาลนครพนม

Nakhonphanom Hospital Journal

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม - เมษายน 2568 ISSN : 3057-0581(Online)





วัตถุประสงค์	เผยแพร่ความรู้และนวัตกรรมทางการแพทย์ การพยาบาล และสาธารณสุขไปสู่ผู้สนใจ ทั้งบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป	
เจ้าของ	โรงพยาบาลนครพนม	
บรรณาธิการที่ปรึกษา	นพ.นฤพนธ์ ยุทธเกษมสันต์ รศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า ผศ.ดร.ภก.แสวง วัชรธนกิจ ผศ.ดร.ภก.จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ รศ.สมจิตร แตนศรีแก้ว รศ.ดร.มาริสา ไกรฤกษ์ นพ.ศุภกานต์ เตชะพงศ์ธร นพ.ณัฐพล สันตระกูล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี สาขาเภสัชคลินิก มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กลุ่มวิชาการศึกษาวิจัยและการบริหาร การพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
บรรณาธิการ	ดร.ศิริลักษณ์ ใจช่วง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
รองบรรณาธิการ	พญ.นทวรรณ หุ่นพยนต์	กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	พญ.สุรธินีย์ คูสกุลวัฒน์	กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพนม
กองบรรณาธิการ	นางรามย์ สุตรสุวรรณ	กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม
	นพ.พงศ์ธร วงศ์สุวรรณ	กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพนม
	นพ.ทศพล นุตะรัง	กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลนครพนม
	พญ.งามจิตร์ นิลวัชรารัง	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลนครพนม
	ดร.นพ.เกรียงไกร ประเสริฐ	กลุ่มงานองค์กรแพทย์ โรงพยาบาลนครพนม
	ภกภ.วิจิตต์ เหล่าวัฒนาถาวร	กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลนครพนม
	นางสาวสุดใจ ศรีสงค์	กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม
	นางสาวอรรจิมา ศรีชนม์	กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม
	ทพญ.ภาราณี สุกุลคู	กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลนครพนม
	นพ.คุณวุฒิ เพาะพีระ	กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลนครพนม
	นพ.วุฒิพงษ์ แก้วนามไชย	กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลนครพนม



รศ.ชญาสินธุ์ แม่นสงวน	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์	อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.ศุภกานต์ เศษะพงศธร	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
นพ.พุทธภูมิ สุจารีกุล	กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลพนมสารคาม
พญ.ศุภพร วิมลรัตน์	กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี
พญ.ปานวาด อุธิโย	กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลมุกดาหาร
พญ.อนันตยา เปี้ยสา	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแม่สอด
นพ.ณัฐพล สันตระกูล	คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
พญ.นัตตา แก้วคำแสน	กลุ่มงานศัลยกรรมตกแต่ง โรงพยาบาลสกลนคร
พญ.ปาริฉัตร เนื่องนาวานิตย์	กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลมะเร็ิงสระบุรี
พญ.กาญจนา อารีรัตนเวช	กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมะเร็ิงลพบุรี
พญ.ปิยธิดา กัลป์ยามมิตร	กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
พญ.อาชิญาภัทร อินทพงษ์	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลกำแพงเพชร
ทพญ.วิกุล วิลาสเสสส์	ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย

คณะทำงาน

นายเวชสิทธิ์ เหมะธูลิน	งานเวชนิทัศน์	โรงพยาบาลนครพนม
นางสาวศิลปะกร อัจฉิชัย	งานศึกษาอบรม	โรงพยาบาลนครพนม
นางพรสวรรค์ สาหล้า	งานศึกษาอบรม	โรงพยาบาลนครพนม

กำหนดออกเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ ราย 4 เดือน ได้แก่
เดือนมกราคม - เมษายน
เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม
เดือนกันยายน - ธันวาคม

ส่งต้นฉบับที่ E-mail : วารสารโรงพยาบาลนครพนม ในระบบ ThaiJO

ลิงค์ : https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nkpjournal_9

หรือประสานสอบถาม E-mail : nkpjournal_9@hotmail.com

โทรประสานที่ : 0 4219 9222 ต่อ 1016 (งานวารสาร)

Corresponding : e-mail : nkpjournal_9@hotmail

Received : January - April 2025

Accepted : January - April 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1



บทบรรณาธิการ

สวัสดีท่านผู้อ่านวารสารโรงพยาบาลนครพนมทุกท่าน ทีมบรรณาธิการมีความยินดีอย่างยิ่งที่มีผู้ให้ความสนใจส่งบทความเพื่อเผยแพร่กันเข้ามาอย่างมากมาย ซึ่งในปีที่ผ่านมาทางวารสารได้รับความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการให้คำแนะนำการเขียนบทความ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาองค์ความรู้ของการสาธารณสุขไทยในอนาคต

ทีมบรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลนครพนมให้คำมั่นสัญญาว่าจะรักษามาตรฐานที่ดีในการดำเนินงานด้านวารสารสืบต่อไป

แพทย์หญิงนทวรรณ หุ่นพยนต์
บรรณาธิการ

สารบัญ

Original Articles

- ประสิทธิผลของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามรูปแบบการดูแลที่โรงพยาบาล E 275491
ส่งเสริมสุขภาพตำบลกับศูนย์แพทย์ชุมชน
รัตเกล้า ฤกษ์รุจิพิมล
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย..... E 275959
ในการดูแลผู้ป่วยต่อความรู้ การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลนครพนม
อภิพร ต้นศรี
- การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม..... E 275960
วาลีนีย์ เลิศวิทยากำจร
- การศึกษาการคำนวณดัชนีราคาขาย ผู้ให้บริการสุขภาพสำหรับโรงพยาบาลนครพนม..... E 277136
วิจิต เหล่าวัฒนาถาวร
- การพัฒนาระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัย จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565..... E 277092
ณรงค์ชัย จันทร์พร
- การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว : กรณีศึกษา 2 ราย..... E 277537
ฐิติพรรณ ปิติสุขสิริกุล
- การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น E 277084
จังหวัดสมุทรปราการ
จำรัส วงศ์ประเสริฐ
- การศึกษาเปรียบเทียบผลการตรวจวิเคราะห์ระดับ HbA1c โดยใช้เลือดจากหลอด..... E 277504
EDTA Blood และ Li-Heparin Blood ด้วยหลักการ Turbidimetric Inhibition Immunoassay
จินตนา เดชาพิทักษ์

ประสิทธิผลของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามรูปแบบการดูแลที่โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลกับศูนย์แพทย์ชุมชน

รัตเกล้า ฤกษ์รุจิพิมล วว.เวชศาสตร์ครอบครัว
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล: โรคความดันโลหิตสูงส่งผลกระทบต่อร่างกาย พบว่าผู้ป่วย 1 ใน 3 ของประชากรโลกที่มีภาวะความดันโลหิตสูง นำไปสู่โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจวาย ภาวะหัวใจล้มเหลว ไตวายและปัญหาอื่น ๆ^{1,2} การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น แบ่งเป็นผู้รับบริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนที่ตรวจรักษาโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กับที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ที่ตรวจรักษาโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบถึงประสิทธิผลของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงทั้งสองรูปแบบบริการนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการต่อไป

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลการควบคุมระดับ Systolic Blood Pressure (SBP) ใน 12 เดือนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ตรวจรักษาตามรูปแบบของ รพ.สต. กับศูนย์แพทย์ชุมชน

วิธีการศึกษา: การศึกษานี้เป็น retrospective cohort study เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในจากฐานข้อมูลโปรแกรม JHCIS ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มกราคม 2567 โดยเป็นกลุ่มที่ตรวจรักษาที่ รพ.สต. จำนวน 143 ราย และกลุ่มที่ตรวจรักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชนจำนวน 143 ราย ประมวลผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติด้วยFisher's exact test Mantel-Haenszel Chi-square test และMann-Whitney U test

ผลการศึกษา: การเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ย SBP DBP BMI และเส้นรอบเอว ของทั้งสองกลุ่มศึกษาไม่แตกต่างกัน ส่วนการเปลี่ยนแปลงค่า eGFR ของทั้งสองกลุ่มศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ Serum creatinine LDL Fasting plasma glucose และ Urine albumin ทำได้ครบถ้วน การตรวจ Serum potassium ในผู้ป่วยที่รับยากลุ่ม ACEIs ARBs และ HCTZ การตรวจ Serum uric acid ในผู้ป่วยที่รับยากลุ่ม HCTZ และค่ามัธยฐานของระยะการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี ของทั้งสองกลุ่มศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: การเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ย SBP ในรอบ 12 เดือนของทั้งสองกลุ่มศึกษาไม่แตกต่างกัน ในส่วนของความครบถ้วนของการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี พบว่าตรวจทั่วไปสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงครบถ้วน แต่ในการตรวจ Serum potassium uric acid และระยะเวลาในการตรวจประจำปีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นยังคงสามารถให้บริการรูปแบบเดิมได้ แต่ควรที่จะต้องมีการแก้ไขปรับปรุงการบริการให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูง หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์แพทย์ชุมชน

Effectiveness of Hypertensive Treatment in Health Promoting Hospital and Community Medical Unit

Rudklao Rerkrujipimol, M.D. Family Physician,
Social Medicine Division Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Province.

Abstract

Background: Hypertension has serious health consequences, with one in three individuals worldwide suffering from high blood pressure. This condition leads to stroke, heart attack, heart failure, kidney failure, and other health problems. In Khon Kaen district, hypertensive care is provided to patients at Community Medical Units (CMU) by Family Medicine doctors and at Health Promoting Hospitals (HPH) by Family Medicine doctors in collaboration with professional nurses. However, there has been no comparative study on the effectiveness of hypertension treatment between these two types of care models. The researcher is interested in conducting this study to further develop and improve the service models.

Objective: To evaluate the effectiveness of controlling Systolic Blood Pressure (SBP) over a 12-month period in hypertensive patients treated at HPH and CMU.

Methods: This study is a retrospective cohort study that collected data from patient medical records in the JHCIS database for hypertensive patients from October 1, 2022, to January 31, 2024. The study included two groups: 143 patients treated at HPH and 143 patients treated at CMU. The data were analyzed using descriptive statistics, including percentages, means, medians, and inferential statistics to compare differences using Fisher's exact test, Mantel-Haenszel Chi-square test, and Mann-Whitney U test.

Results: The mean changes in SBP, DBP, BMI, and waist circumference between the two groups were not significantly different. However, changes in eGFR were significantly different. Laboratory tests for hypertensive patients, including serum creatinine, LDL, fasting plasma glucose, and urine albumin, were thoroughly conducted. The testing of serum potassium in patients on ACEIs, ARBs, and HCTZ, as well as serum uric acid testing in patients on HCTZ, and the median duration

Corresponding : r_rudklao@fammedkhh.com

Received : 25 November 2024

Accepted : 5 February 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1

E 275491

of annual laboratory testing between the two study groups, showed statistically significant differences.

Conclusion: The study found no significant difference in SBP changes over 12 months between the two care models. Both groups completed general laboratory tests for hypertensive patients thoroughly. However, the testing for serum potassium, uric acid, and annual testing duration showed significant statistical differences. Thus, the current care models can continue, but improvements in service standards should be made for better patient care.

Keywords: Hypertension, Primary Care Service, Health Promoting Hospital, Community Medical Unit

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงส่งผลกระทบต่อร่างกาย โดยพบว่าผู้ป่วย 1 ใน 3 ของประชากรโลกที่มีภาวะความดันโลหิตสูง นำไปสู่โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจวาย ภาวะหัวใจล้มเหลว ไตวายและปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆ^{1,2} นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 4 ใน 5 ราย ไม่ได้รับการดูแลรักษาเพียงพอ³ หากประเทศต่าง ๆ สามารถยกระดับความครอบคลุมของการรักษา จะสามารถหลีกเลี่ยงการเสียชีวิตของประชากรได้ถึงจำนวน 76 ล้านราย ในช่วงปี พ.ศ. 2573-2593⁴ ซึ่งการดูแลควบคุมความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพเป็นมาตรการที่คุ้มค่าที่สุดในการให้บริการสุขภาพ และเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพที่มีในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจของการพัฒนาประสิทธิภาพในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงนั้นมีมากกว่าค่าใช้จ่ายถึงประมาณ 18 เท่า⁵

มีการศึกษาประชากรที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าหากได้เข้าสู่กระบวนการดูแลโรคเรื้อรังในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จะช่วยเพิ่มประสิทธิผลในการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม และลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด⁶ ซึ่งสอดคล้องกับอีกการศึกษาที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนในการจัดการตนเองอย่างสม่ำเสมอตามกระบวนการดูแลโรคเรื้อรังในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ส่งผลดีในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ⁷ นอกจากนี้จากการศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หากได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยให้ความรู้ในการจัดการตนเองในการใช้ยา การประเมินความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต พบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ต้องรักษาด้วยยาลดความดันตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปมีจำนวนลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพลดลง ส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด⁸

จากฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 2 แสนคน ส่วนในปี 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 507,104 คน⁹ จังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีประชากรราว 1.7 ล้านคน การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น แบ่งออกเป็นรูปแบบบริการแบบคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (NCDs Clinic) ที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทุกราย แตกต่างจากรูปแบบ NCDs Clinic ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งตรวจรักษาโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาถึงประสิทธิผลของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในรูปแบบการดูแลที่ รพ.สต. กับศูนย์แพทย์ชุมชน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจทำการศึกษา โดยเปรียบเทียบว่าทั้งสอง

รูปแบบการบริการนี้ ส่งผลต่อค่าความดันโลหิตที่แตกต่างกันหรือไม่ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการบริการต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลการควบคุมระดับ Systolic Blood Pressure (SBP) ใน 12 เดือนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ตรวจรักษาตามรูปแบบของ รพ.สต. กับศูนย์แพทย์ชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบงานวิจัย เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของจากฐานข้อมูลในโปรแกรม JHCIS

ประชากรที่จะศึกษา

เกณฑ์คัดเข้า

- ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจรักษาที่ รพ.สต. บ้านห่ม หรือศูนย์แพทย์มิตรภาพเครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มกราคม 2567 (เนื่องจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปีในช่วงตุลาคมจนถึงมกราคมปีถัดมา ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมตุลาคม 2565 ถึงมกราคม 2566 ซึ่งเป็นช่วงเจาะเลือดประจำปีของปี 2565 และตุลาคม 2566 ถึงมกราคม 2567 ซึ่งเป็นช่วงเจาะเลือดประจำปีของปี 2566)
- มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี

เกณฑ์คัดออก

- ผู้ป่วยที่มีประวัติขาดการติดตามการรักษาตั้งแต่ร้อยละ 50 ของการนัดติดตามในระยะเวลา 1 ปี

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด 286 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจรักษาตามรูปแบบการดูแลของ รพ.สต.บ้านห่ม จำนวน 143 ราย และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจรักษาตามรูปแบบการดูแลของศูนย์แพทย์มิตรภาพ จำนวน 143 ราย ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของทาโร ยามาเน¹⁰ ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n = จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ N = จำนวนประชากร e = ค่าคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รักษาที่ศูนย์แพทย์มิตรภาพและ รพ.สต. บ้านทุ่ง เฉลี่ย 1,000 รายต่อปี ผู้ศึกษากำหนดค่าคลาดเคลื่อนของการเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือค่าคลาดเคลื่อนของการประมาณค่าไว้ร้อยละ 5 หรือ 0.05 ดังนั้นควรจะใช้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 143 ราย

เครื่องมือการเก็บข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยจากฐานข้อมูลโปรแกรม JHCIS ของ รพ.สต. และศูนย์แพทย์ชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มกราคม 2567 ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัวร่วม ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ค่า BMI ค่าเส้นรอบเอว ค่าความเสี่ยงตาม Thai CV risk score และ eGFR ข้อมูลที่จะนำมาใช้ในงานวิจัยจะไม่มีการระบุตัวตน เช่น ชื่อ นามสกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน HN เบอร์โทรศัพท์

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ใช้สถิติเชิงบรรยายในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลลัพธ์ที่เป็นค่าเฉลี่ยความต่างของความดันโลหิต ค่า BMI เส้นรอบเอว ค่า eGFR ค่า Thai CV risk score และความครบถ้วนของการตรวจทางห้องปฏิบัติการของทั้งสองกลุ่ม ใช้ Pearson's chi-squared test Fisher's exact test Mantel-Haenszel test และ Mann-Whitney test

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่โครงการ KEXP67061

ผลการศึกษา ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับการตรวจรักษาที่ รพ.สต. และศูนย์แพทย์ชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าข้อมูลที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย ค่าเส้นรอบเอว ระดับการศึกษา ค่า SBP และค่า Thai CV risk score ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับการตรวจรักษาที่ รพ.สต. และศูนย์แพทย์ชุมชน

Characteristics	รพ.สต. n = 143	ศูนย์แพทย์ชุมชน n = 143	p-value
อายุ-ปี --- mean \pm SD	66.6 \pm 8.8	63.6 \pm 12.5	0.021
เพศหญิง-คน (%)	97 (67.8)	85 (59.4)	0.140
BMI-kg/m ² --- mean \pm SD	25.3 \pm 4.6	26.7 \pm 5.9	0.026

Characteristics	รพ.สต. n = 143	ศูนย์แพทย์ชุมชน n = 143	p-value
เส้นรอบเอว-นิ้ว --- mean \pm SD			0.022
ชาย	N = 46 31.0 \pm 3.0	N = 58 33.0 \pm 5.5	
หญิง	N = 97 30.3 \pm 2.1	N = 85 30.8 \pm 4.4	
ระดับการศึกษา*			0.002
- ต่ำกว่าปริญญาตรี-คน (%)	140 (97.9)	118 (82.5)	
- ปริญญาตรีขึ้นไป-คน (%)	0	8 (5.6)	
- ไม่ทราบ	3 (2.7)	17 (11.9)	
โรคประจำตัวร่วม - มี	105	112	0.333
- โรคเบาหวาน-คน (%)	53 (50.47)	64 (57.14)	
- โรคไตเรื้อรังระยะ 3 ถึง 5-คน (%)	31 (29.52)	25 (22.32)	
- โรคเกาต์-คน (%)	17 (16.19)	8 (7.14)	
- โรคไขมันในเลือดสูง-คน (%)	60 (57.14)	63 (56.25)	
- โรคหลอดเลือดสมอง-คน (%)	5 (4.76)	7 (6.25)	
- โรคหัวใจ-คน (%)	2 (1.90)	2 (1.78)	
SBP-mmHg --- mean \pm SD	140 \pm 13	134 \pm 12	< 0.001
DBP-mmHg --- mean \pm SD	75 \pm 9	76 \pm 10	0.223
eGFR-ml/min/1.73m ² --- mean \pm SD	78.7 + 19.9	80.7 + 22.7	0.442
Thai CV risk score†	N = 143	N = 142	< 0.001
Low risk (\leq 10%)-คน (%)	9 (6.29)	26 (18.31)	
Moderate risk (10-20%)-คน (%)	31 (21.68)	42 (29.58)	
High risk (>20%)-คน (%)	103 (72.03)	74 (52.11)	

* ใช้สถิติ Fisher's exact test † ใช้สถิติ Mantel-Haenszel test

Corresponding : r_rudklao@fammedkhh.com

Received : 25 November 2024

Accepted : 5 February 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1

E 275491

การเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางคลินิกในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามรูปแบบการดูแลที่ รพ.สต. กับศูนย์แพทย์ชุมชน พบว่า การเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของ SBP การเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของ DBP การเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกาย และการเปลี่ยนแปลงเส้นรอบเอว ทั้งสองกลุ่มศึกษาไม่แตกต่างกัน ส่วนการเปลี่ยนแปลงค่า eGFR ของทั้งสองกลุ่มศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางคลินิกในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามรูปแบบการดูแลที่ รพ.สต. กับศูนย์แพทย์ชุมชน

ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ 1 ปี	รพ.สต.		ศูนย์แพทย์ชุมชน		Mean dif ± SE	p-value
	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2566		
SBP-mmHg --- mean ± SD	140 ± 13	141 ± 12	134 ± 12	135 ± 12	-0.4 ± 1.5	0.786
DBP-mmHg --- mean ± SD	75 ± 9	76 ± 12	76 ± 10	75 ± 10	2.3 ± 1.2	0.057
BMI-kg/m ² --- mean ± SD	25.3 ± 4.6	25.2 ± 4.7	26.7 ± 5.9	26.4 ± 6.2	0.2 ± 0.2	0.249
เส้นรอบเอว-นิ้ว --- mean ± SD	30.6 ± 2.5	30.5 ± 2.5	31.7 ± 5.0	31.5 ± 5.2	0.03 ± 0.16	0.830
eGFR-ml/min/1.73m ² --- mean ± SD	78.7 + 19.9	80.1 + 20.3	80.7 + 22.7	78.9 + 23.4	2.95 + 1.27	0.020
Thai CV risk score					---	---
Low risk (≤10%)-คน (%)	9	9	26	23		
Moderate risk (10-20%)-คน (%)	31	28	42	40		
High risk (>20%)-คน (%)	103	106	74	79		

ในส่วนของความครบถ้วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปีของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามรูปแบบการดูแลที่ รพ.สต. กับศูนย์แพทย์ชุมชน พบว่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ Serum creatinine LDL Fasting plasma glucose และ Urine albumin กลุ่มศึกษาทั้งสองกลุ่มทำได้ครบถ้วน การตรวจ Serum potassium ในผู้ป่วยที่รับยากลุ่ม ACEIs ARBs และ HCTZ การตรวจ Serum uric acid ในผู้ป่วยที่รับยากลุ่ม HCTZ และค่ามัธยฐานของระยะเวลาการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปีของทั้งสองกลุ่มศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความครบถ้วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปีของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามรูปแบบการดูแลที่ รพ.สต. กับศูนย์แพทย์ชุมชน

ความครบถ้วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี	รพ.สต. n = 143	ศูนย์แพทย์ชุมชน n = 143	p-value
ตรวจทั่วไปสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Serum creatinine LDL FPG และ Urine albumin)-%	143 (100.0)	143 (100.0)	---
N = คิดเฉพาะคนที่ต้องตรวจ ตรวจ Serum potassium ในผู้ป่วยที่รับยา กลุ่ม ACEIs ARBs HCTZ-% *	N = 89 89 (100.0)	N = 101 91 (90.0)	0.002
N = คิดเฉพาะคนที่ต้องตรวจ ตรวจ Serum uric acid ในผู้ป่วยที่รับยา กลุ่ม HCTZ-% *	N = 18 2 (11.1)	N = 12 8 (66.7)	0.004
N = คิดเฉพาะคนที่ต้องตรวจ ตรวจ CBC สำหรับผู้ป่วยที่มี CKD 3-5 เป็นโรคร่วม-% †	N = 24 11 (45.8)	N = 16 9 (56.3)	0.519
Median (IQR) ระยะเวลาการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี – วัน ‡	406 (343-545)	365 (318-419)	< 0.001

* ใช้สถิติ Fisher’s exact test † ใช้สถิติ Chi-square test ‡ ใช้สถิติ Mann-Whitney U test

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาประสิทธิผลของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงรูปแบบการดูแลที่ รพ.สต. เมื่อเปรียบเทียบกับศูนย์แพทย์ชุมชนพบว่า ลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรทั้งสองกลุ่มที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ กลุ่ม รพ.สต. จะมีอายุที่มากกว่าศูนย์แพทย์ชุมชน อาจมาจากบริบทของพื้นที่ที่ศูนย์แพทย์ชุมชนจะประกอบด้วยวัยทำงานจนถึงวัยสูงอายุ ในขณะที่พื้นที่ รพ.สต. ประชากรจะเป็นกลุ่มสูงอายุ ค่าดัชนีมวลกายและค่าเส้นรอบเอว ที่ศูนย์แพทย์ชุมชนมีค่าสูงกว่า อาจเป็นจากบริบทชุมชนเมืองส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ในขณะที่บริบท รพ.สต. จะเป็นเกษตรกร ทำให้ประชากรที่ รพ.สต. ใช้พลังงานมากกว่าระดับการศึกษา ที่ รพ.สต. มีประชากรที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีเป็นจำนวนร้อยละที่มากกว่า เป็นผลจาก

บริบทชุมชน ค่า SBP พื้นฐานของ รพ.สต. จะสูงกว่าศูนย์แพทย์ชุมชน เป็นผลจากพฤติกรรมมารับประทานอาหาร โดยที่ รพ.สต. เน้นอาหารพื้นบ้านซึ่งรสชาติพื้นฐานเค็ม ส่วนที่ศูนย์แพทย์ชุมชนมักเป็นอาหารไทยร่วมกับอาหารพื้นบ้าน และค่า Thai CV risk score ที่ รพ.สต. จะมีกลุ่มเสี่ยงสูงเป็นร้อยละที่มากกว่า เนื่องจากมาจากค่า Thai CV risk score ได้จากการคำนวณตัวแปรหลายตัว รวมถึงอายุและค่า SBP ซึ่ง รพ.สต. มีค่าเฉลี่ยสูงกว่า นอกจากนี้ยังเป็นผลมาจากความแตกต่างของบริบทผู้ป่วย พฤติกรรมดำเนินชีวิต พฤติกรรมมารับประทานอาหาร และความซับซ้อนของโรค

การเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของค่า SBP ค่า DBP ค่า BMI และค่าเส้นรอบเอว ของทั้งสองกลุ่มศึกษาไม่แตกต่างกัน ส่วนค่า eGFR แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่า Thai CV risk score พบว่าในระยะเวลา 1 ปี รพ.สต. และศูนย์แพทย์ชุมชน มีกลุ่มที่เข้าเกณฑ์เสี่ยงสูงเพิ่มขึ้น เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้น และ SBP ที่สูงขึ้น ตามงานวิจัยของ Mohammad H Forouzanfar¹ และงานวิจัยของ Christopher J L Murray²

ในส่วนของความครบถ้วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี การตรวจทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ Serum creatinine LDL Fasting plasma glucose และ Urine albumin พบว่ากลุ่มศึกษาทั้งสองกลุ่มทำได้ครบถ้วน นั้นแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการบริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของทั้งสองแห่งนั้นมีมาตรฐานการดูแลไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้การได้รับการตรวจประจำปีพื้นฐานยังช่วยให้บุคลากรดูแลรักษาและให้คำแนะนำได้อย่างเหมาะสมครอบคลุม ประเมินภาวะแทรกซ้อนได้ตั้งแต่เริ่มต้น ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วย ตามอ้างอิงงานวิจัยของ Sarah J Pickersgill⁴ Horton S⁵ Yeoh EK⁶ Reynolds R⁷ และ Unda Villafuerte F⁸ การตรวจ Serum potassium ในผู้ป่วยที่รับยา ACEIs ARBs และ HCTZ การตรวจ Serum uric acid ในผู้ป่วยที่รับยา HCTZ และระยะห่างในการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าการตรวจ Serum potassium ที่ รพ.สต. ทำได้ร้อยละมากกว่าศูนย์แพทย์ชุมชน เป็นผลจากที่ศูนย์แพทย์ชุมชนจะมีการลงพื้นที่ไปตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี มีผู้ป่วยบางส่วนไม่มีใบตรวจทางห้องปฏิบัติการ จึงได้ตกหล่นการตรวจนี้ไป ในขณะที่ รพ.สต. ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดโดยมีใบตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกราย จึงไม่ตกหล่น ส่วนการตรวจ Serum uric acid ในผู้ป่วยที่รับยา HCTZ พบว่าศูนย์แพทย์ชุมชนทำได้ร้อยละมากกว่า รพ.สต. และระยะห่างในการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี ค่ามัธยฐานของ รพ.สต. มากกว่าที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเป็นผลจากระยะห่างของการนัดติดตามของผู้ป่วยที่ รพ.สต. มีระยะเวลานานกว่า นอกจากนี้การนัดตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปีของทั้งสองกลุ่มมีขั้นตอนที่แตกต่างกัน โดยที่ศูนย์แพทย์ชุมชนจะมี 2 ขั้นตอน คือ ในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนมกราคมพยาบาลวิชาชีพจะตรวจแฟ้มประวัติผู้ป่วยเบื้องต้น หากครบกำหนดตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปีจะแนบใบตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อเป็นการเน้นย้ำให้แพทย์พิจารณา ซึ่งแตกต่างจากระบบ รพ.สต. แพทย์จะเป็นผู้ตรวจสอบและนัดหมายเพียงผู้เดียว

ข้อจำกัดในการวิจัย เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ทำให้ข้อมูลบางส่วนอาจมีผิดพลาด เช่น ข้อมูลการสูบบุหรี่ที่ใช้ในการคำนวณ Thai CV risk score ค่าเส้นรอบเอว ข้อมูลค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่บันทึกในโปรแกรม JHCIS เป็นการบันทึกข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่คัดลอกจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลขอนแก่น อาจเกิด human error ได้ ดังนั้นเมื่อพบว่าไม่มีผลตรวจ ผู้วิจัยจึงลดข้อผิดพลาดเรื่องความครบถ้วนของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการเปิดประวัติย้อนหลังในวันที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการว่ามีการบันทึกว่าตรวจทางห้องปฏิบัติการชนิดใดบ้าง เพื่อตรวจสอบว่าผู้ป่วยรายนี้ได้ตรวจจริงเพียงแต่ไม่ได้บันทึกผลตรวจ นอกจากนี้การตรวจทางห้องปฏิบัติการของศูนย์แพทย์ชุมชนจะมีการบันทึกระบุชัดเจนว่าส่งตรวจชนิดใดบ้าง ในขณะที่ของ รพ.สต. จะบันทึกเพียงมาตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้ระบุไม่ได้ว่าผู้ป่วยไม่ได้ตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจแล้วแต่ไม่ลงข้อมูล

หากมีการศึกษาครั้งต่อไป อาจศึกษาแบบไปข้างหน้าเพื่อการรวบรวมข้อมูลที่ดียิ่งขึ้น สามารถตรวจสอบได้ว่าการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่ครบถ้วนเกิดจากไม่ได้ตรวจจริง หรือตรวจแล้วแต่ไม่ลงข้อมูล อีกทั้งควรวัดผลในรูปแบบ multivariable analysis เพื่อตัดปัจจัยรบกวน

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามระบบศูนย์แพทย์ชุมชนที่ตรวจรักษาโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทุกราย กับ รพ.สต. ที่ดูแลรักษาโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลต่อค่าความดันโลหิตไม่แตกต่างกัน ดังนั้นสามารถดำเนินการตามรูปแบบเดิมได้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการปฐมภูมิ ได้รับการรักษาอย่างครอบคลุม โดยปรับปรุงในเรื่องความครบถ้วนของการตรวจประจำปีให้ครอบคลุมมากขึ้น ทาง รพ.สต. อาจปรับระบบเป็นเช่นเดียวกันกับศูนย์แพทย์ชุมชน คือ ในช่วงเดือนตุลาคมถึงมกราคม ให้มีเจ้าหน้าที่ตรวจสอบแฟ้มผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ว่าครบตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี แล้วแนบใบตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นการเน้นย้ำให้แพทย์พิจารณา

2. เน้นย้ำให้มีการบันทึกผลตรวจลงในเวชระเบียนอย่างครบถ้วน เพื่อลดระยะเวลาการสืบค้นข้อมูล และเป็นประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามนโยบายการบริการปฐมภูมิ

3. พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลให้มีมาตรฐานและเชื่อมโยงกันโดยที่ไม่ต้องคัดลอกซ้ำโดยเจ้าหน้าที่เพื่อลด human error

4. ส่งเสริมให้มีการวัดเส้นรอบเอวในผู้ป่วยทุกครั้ง และอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการวัดเส้นรอบเอวที่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติ

สรุปผลการวิจัย

เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามรูปแบบการดูแลที่ รพ.สต. กับศูนย์แพทย์ชุมชน พบว่าการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ย SBP ในรอบ 12 เดือนไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ค่า DBP ค่า BMI ค่าเส้นรอบเอวของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน มีค่า eGFR ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดตาม Thai CV risk score ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง เมื่อประเมินค่าความครบถ้วนของการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี พบว่าทั้งสองกลุ่มตรวจทั่วไปสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงครบถ้วน แต่ในการตรวจ Serum potassium uric acid และระยะเวลาในการตรวจประจำปี แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นยังคงสามารถให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยรูปแบบเดิมได้ แต่ควรที่จะต้องมีการแก้ไขปรับปรุงการบริการให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

1. Mohammad H Forouzanfar, Patrick Liu, Gregory A Roth, et al. Global burden of hypertension and systolic blood pressure of at least 110 to 115 mmHg, 1990-2015. *JAMA*. 2017 Jan 10;317(2):165-182. doi: 10.1001/jama.2016.19043.
2. Christopher J L Murray, Aleksandr Y Aravkin, Peng Zheng, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020 Oct 17;396(10258):1223–49.
3. Zhou B, Carrillo-Larco RM, Danaei G, Riley LM, Paciorek CJ, Stevens GA, et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *The Lancet*. 2021 Sep 11;398(10304):957–80.
4. Sarah J Pickersgill, William T Msemburi, Laura Cobb, et al. Modeling global 80-80-80 blood pressure targets and cardiovascular outcomes. *Nat Med*. 2022;28(8):1693-9. doi: 10.1038/s41591-022-01890-4.
5. Horton S, Gelband H, Jamison D, Levin C, Nugent R, Watkins D. Ranking 93 health interventions for low- and middle-income countries by cost-effectiveness. *PLoS One* 2017; 12(8): e0182951. doi: 10.1371/journal.pone.0182951.
6. Yeoh EK, Wong MCS, Wong ELY, Yam C, Poon CM, Chung RY, et al. Benefits and limitations of implementing Chronic Care Model (CCM) in primary care programs: A systematic review. *Int J Cardiol*. 2018 May 1;258:279–88.
7. Reynolds R, Dennis S, Hasan I, Slewa J, Chen W, Tian D, et al. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC Fam Pract*. 2018 Jan 9;19(1):11.
8. Unda Villafuerte F, Llobera Cànaves J, Lorente Montalvo P, Moreno Sancho ML, Oliver Oliver B, Bassante Flores P, et al. Effectiveness of a multifactorial intervention, consisting of self-management of antihypertensive medication, self-measurement of blood pressure, hypocaloric and low sodium diet, and physical exercise, in patients with uncontrolled hypertension taking 2 or more antihypertensive drugs: The MEDICHY study. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Apr;99(17):e19769.

9. สคร.9 เตือนประชาชน เนื่องในวันความดันโลหิตสูงโลก “ควบคุมความดันโลหิต ยืดชีวิตให้ยืนยาว” [อินเทอร์เน็ต]. [อ้างถึง 7 กันยายน 2024]. Available at:
<https://ddc.moph.go.th/odpc9/news.php?news=34026&deptcode=odpc9>
10. Yamanae T. Statistics: an Introductory Analysis. 2 nd.ed. New York: Harper and ROW; 1967.
11. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 (2019 Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension). พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ทริค อิงค์; 2562.
12. Saseen JJ, Maclaughlin EJ. Hypertension. In:Dipiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells GB, Posey ML. eds. Pharmacotherapy a pathophysiologic approach. 8th edition. New York: Mcgraw – Hill;2011. p. 101-136.
13. Klasco RK (Ed): DRUGDEX® System (electronic version). Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado, USA. [Accessed August 2, 2016]. Available at: <http://www.thomsonhc.com>
14. Corbett AH, Dana WJ, Fuller MA, Gallagher JC, Golembewski JA, Gonzales JP, et al. Drug information handbook. 23th edition. Lexicomp; 2014.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแล
ผู้ป่วยต่อความรู้ การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลนครพนม

อภิพร ต้นศรี

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยต่อความรู้ การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครพนม

วัสดุและวิธีการศึกษา : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มควบคุมได้แก่กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลดูแลตามมาตรฐานโรงพยาบาลนครพนมจำนวน 40 คน และกลุ่มทดลองได้แก่กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับความรู้ตามโปรแกรมฯ จำนวน 40 ราย ดำเนินการในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ในด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และ แบบวัดการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แล้วนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาได้เท่ากับ 1.00 และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.83

ผลการศึกษา: กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย หลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X}=14.08$, $SD=1.96$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=10.13$, $SD=2.35$) และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ฯ ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ระดับความปลอดภัยของของผู้ป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับดีมาก

ข้อสรุป : โปรแกรมฯนี้ส่งเสริมสมรรถนะด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

คำสำคัญ : การบริหารความเสี่ยง, วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย, ความปลอดภัยผู้ป่วย

The Effects of Self-Efficacy in Risk Management and Patient Safety Care Promoting Program on Knowledge and Nurse's Perceptions on Patient Safety Culture at Nakhonphanom Hospital

APIPORN TOSRI

QUALITY IMPROVEMENT DEPARTMENT NAKHONPHANOM HOSPITAL

Abstract

Objectives : The objective of this research was to compare the Effects of Self-Efficacy in Risk Management and Patient Safety Care Promoting Program on Knowledge and Nurse's Perceptions on Patient Safety Culture at Nakhonphanom Hospital

Materials and methods: Quasi-experimental research. Two group pretest-posttest design. Between the experimental group and the control group. The sample were Purposive Sampling was used to select 80 nurses; 40 nurses were assigned to the experimental group and the other 40 nurses in the control group. The research instruments were the Effects of Self-Efficacy in Risk Management and Patient Safety Care Promoting Program and a questionnaire on Patient Safety Culture survey. Descriptive and inferential statistics, paired t-test and independent t-test were used. The tools used for data collection content validity verification by three experts. The scores obtained were calculated to determine the content validity index (CVI), which was 1.00. Additionally, the reliability test yielded a Cronbach's Alpha coefficient of 0.83.

Results: The research results revealed that Risk management and Patient Safety Care Promoting Program performance perceived by the experimental group was at a high level (\bar{X} =14.08 ,SD=1.96) and that perceived by the control group was at a Low level (\bar{X} =10.13 ,SD=2.35); and the experimental group's perception of safety culture performance was significantly higher ($p < .05$) than that of the control group.

Corresponding : piporn123@yahoo.com

Received : 16 December 2024

Accepted : 21 February 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1

E 275959

Conclusion : The results indicated that the Effects of Self-Efficacy in Risk Management and Patient Safety Care Promoting Program on Knowledge and Nurse's Perceptions on Patient Safety Culture at Nakhonphanom Hospital can improve the performance of nurses.

Keywords : Risk management, Safety Culture, Patient Safety.

ความสำคัญ

องค์การอนามัยโลกมีทิศทางการขับเคลื่อนด้านความปลอดภัย โดยมีการส่งเสริมเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) มาต่อเนื่องตั้งแต่ปีค.ศ.2002 และ ในปีค.ศ. 2019 องค์การอนามัยโลกเสนอประเด็น Global Action on Patient Safety ในการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกครั้งที่ 72 โดยประเทศไทยร่วมสนับสนุนและเป็น Regional One Voice ของภูมิภาค ซึ่งมีมติให้ประเทศสมาชิกมีการขับเคลื่อน Patient Safety Action โดยกำหนดให้วันที่ 17 กันยายน ของทุกปี เป็นวัน World Patient Safety Day ต่อมาในปีค.ศ. 2016 ประเทศไทยประกาศนโยบาย "ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข" หรือ Patient and Personnel Safety Policy เมื่อวันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2559 มีการบูรณาการเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วยเข้าไปในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ และกำหนดมาตรฐานสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งต่อความปลอดภัย เป็นหนึ่งในเกณฑ์รับรองคุณภาพสถานพยาบาล ส่งผลให้ประเทศไทยได้รับการยอมรับในระดับสากลในการขับเคลื่อนเรื่อง Patient and Personnel safety¹³ ความปลอดภัยของผู้ป่วยหมายถึงการปราศจากความเสียหายหรืออันตรายอันเป็นผลจากการรักษา ได้แก่ การที่ผู้ป่วยตาย พิการ หรือได้รับความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น มีผลให้ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นโดยมิได้คาดหมายมาก่อนนำไปสู่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ระหว่างที่ได้รับการรักษาพยาบาล⁵ ซึ่งในสหรัฐอเมริกา มีผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ประมาณ 4,000-98,000 คนต่อปี ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่าย 17-29 พันล้านเหรียญสหรัฐ ส่งผลกระทบกับภาวะเศรษฐกิจจากการสูญเสียรายได้และสูญเสียความสามารถในการทำงาน สอดคล้องกับในอังกฤษที่พบว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลจะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างน้อย 850,000 ครั้งต่อปี คิดเป็นมูลค่าประมาณ 2 พันล้านปอนด์²⁴

สำหรับในประเทศไทยพบว่าผลการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ได้รับบริการได้รับความเสียหายจากข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตั้งแต่ปี 2547-2565 หรือในช่วง 18 ปีที่ผ่านมา มีผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ทั้งสิ้น 13,913 ราย หรือเฉลี่ยปีละ 773 ราย เป็นกรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร 7,210 ราย กรณีสูญเสียอวัยวะหรือพิการ 1,902 ราย และกรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง 4,801 ราย รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 2,622.75 ล้านบาท หรือเฉลี่ยปีละ 145.71 ล้านบาท โดยปี 2565 เป็นปีที่มีผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นฯ สูงสุด 1,140 ราย และเป็นปีที่จ่ายเงินช่วยเหลือสูงสุดเช่นกัน 297.32

Corresponding : piporn123@yahoo.com

Received : 16 December 2024

Accepted : 21 February 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1

E 275959

ล้านบาท ดังนั้นความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญของระบบการดูแลสุขภาพและเป็นเกณฑ์ที่สำคัญของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพซึ่งจำเป็นต้องสร้างกระบวนการเรียนรู้และการสร้างความตระหนักแก่บุคลากรต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนเป็นอุปนิสัยที่ปกติของการทำงานเพื่อทำให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้แก่นาตยา คำสว่าง (2560) ได้ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้แก่ ประสบการณ์ในการทำงาน ตำแหน่งงาน หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ลักษณะงานให้บริการทางคลินิกที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง และระดับการศึกษา¹⁰ ซึ่งปัจจัยด้านตำแหน่งงานนั้นพบว่าการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลระดับบริหารและระดับปฏิบัติการแตกต่างกัน โดยพยาบาลที่เป็นผู้บริหารจะมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเชิงบวกมากกว่าระดับปฏิบัติการ^{25,26} เนื่องจากพยาบาลระดับบริหารจะมีส่วนร่วมในการกำหนดข้อตกลงต่างๆ ในการแก้ไขสาเหตุของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เชิงระบบประกอบกับประสบการณ์การทำงานที่มากขึ้นทำให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติงานที่คำนึงถึงความปลอดภัยผู้ป่วยมากขึ้นด้วย และผู้บริหารไม่ได้ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานโดยตรง²⁸ ซึ่งต่างจากพยาบาลระดับปฏิบัติการโดยเฉพาะพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปี มีความเครียดในการทำงานสูงความพึงพอใจในงานต่ำ รู้สึกไม่สะดวกในการสื่อสารประเด็นความปลอดภัยผู้ป่วย ไม่กล้ารายงานและกล่าวการถูกลงโทษ จึงมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเชิงลบ²⁶ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยดังกล่าว นับว่ามีความสำคัญที่แต่ละองค์กรสุขภาพควรคำนึงถึงในการพัฒนาให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรต่อไป

กระบวนการการบริหารความเสี่ยงในด้านคลินิกเป็นเครื่องมือที่จะขับเคลื่อนให้โรงพยาบาลเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยบุคลากรจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก ถึงความสำคัญของกระบวนการดังกล่าว เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการส่งเสริมการเกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย เป็นกระบวนการที่ใช้ในการระบุวิเคราะห์ ประเมิน จัดระดับความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของกระบวนการทำงานของหน่วยงานหรือขององค์กร รวมทั้งการบริหารจัดการความเสี่ยง และการกำหนดแนวทางการดำเนินงานหรือมาตรการควบคุมหรือป้องกันหรือลดความเสี่ยง กระบวนการบริหารความเสี่ยงมี 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การค้นหาความเสี่ยง 2) การประเมินความเสี่ยงและการจัดการตามระดับความรุนแรง 3) การรับมือ/ปฏิบัติต่อความเสี่ยง 4) การติดตามและทบทวนความเสี่ยง²⁰ ซึ่งถ้าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ความเข้าใจในระบบบริหารความเสี่ยงจะส่งผลให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

โรงพยาบาลนครพนมเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 345 เตียง เปิดให้บริการจริง 392 เตียง จากการวิเคราะห์บริบทกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนมด้านการบริหารความเสี่ยง และ ความปลอดภัย

ในการดูแลผู้ป่วยพบโอกาสพัฒนาดังนี้ 1. ด้านบุคลากรพบจำนวนรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีรายงานร้อยละ 32.5 (ผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของบุคลากร โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนมปี2567) ซึ่งน้อยมาก 2. ด้านองค์กร จากแนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า 2.1) ผลลัพธ์การดำเนินงานในการค้นหาความเสี่ยงปี 2564-2566 พบร้อยละหน่วยงานทางคลินิกที่มีการรายงานความเสี่ยงในระบบ ร้อยละ 62.82 ร้อยละ 68.35 และ ร้อยละ 70.23 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 80) 2.2) จากจำนวนรายงานความเสี่ยงระดับ A-I ทางคลินิกในระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โรงพยาบาลนครพนมปี 2564-2566 พบจำนวนรายงาน 8,331 5,929 และ 6,380 พบว่ามีจำนวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงลดลง 2.3) ร้อยละอุบัติการณ์ระดับ E ที่ได้รับการทบทวนปี2564-2566 ร้อยละ15.92 ร้อยละ 25 และร้อยละ 24.31ตามลำดับซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 80) 2.4) ร้อยละอุบัติการณ์ระดับ F ที่ได้รับการทบทวนปี2564-2566 ร้อยละ54.65 ร้อยละ 44 และร้อยละ 54.17 ตามลำดับซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 80) 2.5) ร้อยละอุบัติการณ์ระดับ G ที่ได้รับการทบทวนปี2564-2566 ร้อยละ17.39 ร้อยละ20 และ ร้อยละ 6.8 ตามลำดับซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 80) 2.6) ร้อยละอุบัติการณ์ระดับ H ที่ได้รับการทบทวนปี2564-2566 ร้อยละ12.5 ร้อยละ33.33 และร้อยละ 0 ตามลำดับซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 80) (ข้อมูลรายงานความเสี่ยงในระบบรายงานโรงพยาบาลนครพนม) และพบว่ายังไม่มีโปรแกรมที่ชัดเจน ในการส่งเสริมสมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

ในการพัฒนาการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ แบนดูรา²¹ ในการสร้างพยาบาลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยเพื่อให้ตนเอง เกิดความเชื่อในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวน ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะ แห่งตน (Perceived Self-efficacy) และงานวิจัยที่บูรณาการในด้านความปลอดภัยพบว่าการรับรู้สมรรถนะ แห่งตน (Perceived Self-efficacy) เป็นทฤษฎีหนึ่งที่ว่าบุคคลมีความสามารถในการกระทำให้สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ด้วยสมรรถนะของตนเอง (Self - efficacy) ซึ่งมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติตนต่อการดำรงชีวิต ตามความเชื่อในสมรรถนะตนเอง โดยมาจากความรู้สึก ความคิด การตั้งใจ และพฤติกรรม จนทำให้บุคคลเกิด การประเมินค่าพฤติกรรม และเกิดการปฏิบัติอันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ ซึ่งทฤษฎีของ แบนดูรา²² ได้ระบุไว้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เกิดได้จากการส่งเสริมจากแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูล 4 แหล่ง ดังนี้ 1) ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยตนเอง(Cognitive Processes) 2) การสังเกตจาก ตัวแบบหรือการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (Selection Processes) ที่ประสบความสำเร็จหรือ ล้มเหลวจาก การกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง 3) การใช้คำพูดชักจูง (Motivational Processes) และ 4) สภาวะทางร่างกาย และอารมณ์ (Affective Processes)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยต่อความรู้ การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

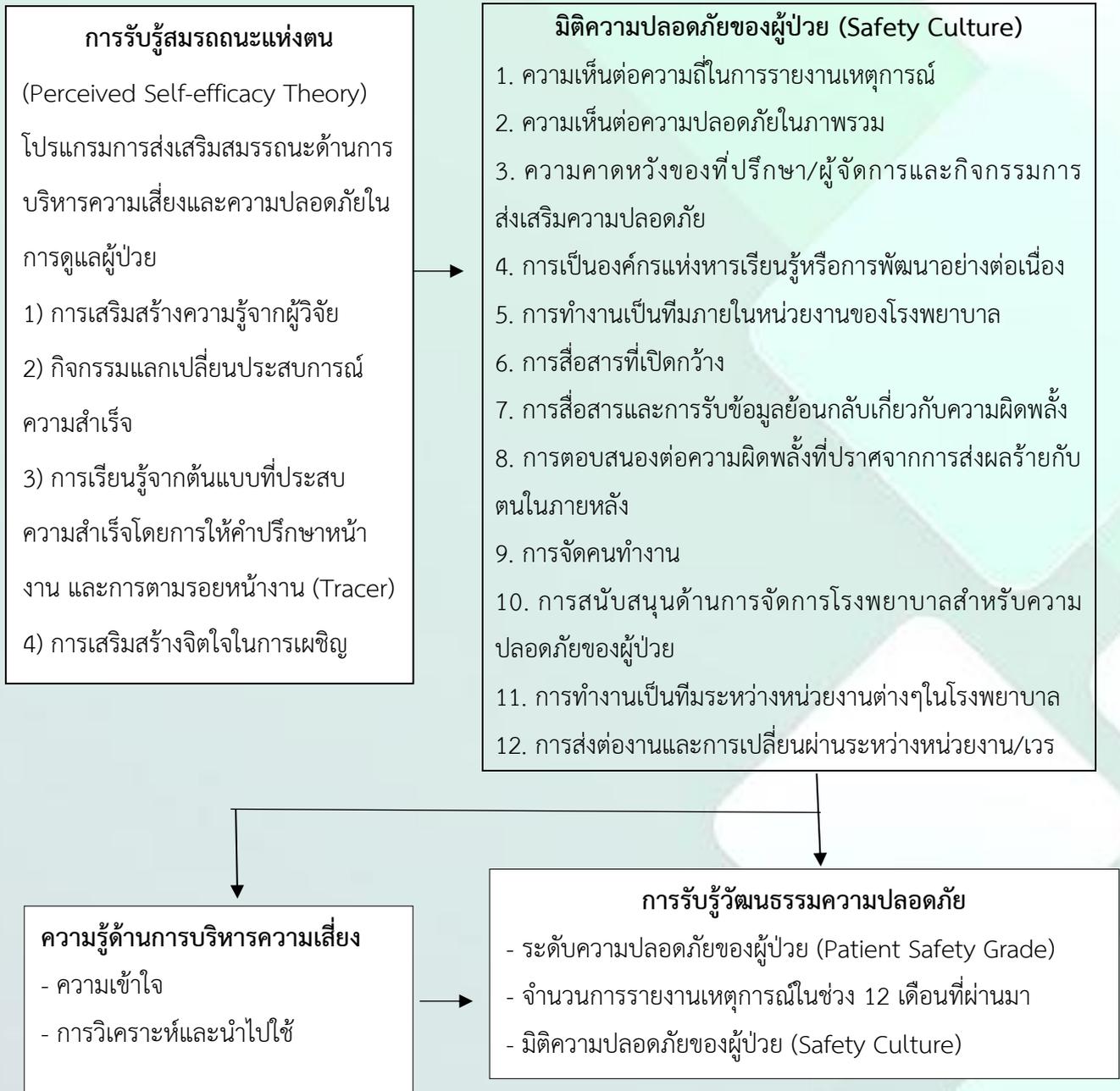
โรงพยาบาลนครพนม โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 2010) เนื่องจากแนวคิดนี้มีรูปแบบที่หลากหลายทั้งรูปแบบการอบรมฝึกทักษะ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นสะท้อนคิดในการเผชิญปัญหาและความเครียดจากสถานการณ์และประสบการณ์จริง การสังเกตประสบการณ์และการปฏิบัติจากตัวแบบ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญที่เป็นตัวแบบ รวมทั้งเพื่อการพัฒนาทั้งในด้านความรู้ และเพิ่มความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง ซึ่งเหมาะสมกับการนำไปแก้ปัญหาในด้านบริหารทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง มีความมั่นใจในการตัดสินใจ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัย ตลอดจนทำให้ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยมีประสิทธิภาพสูงสุด จากการทบทวนพบว่าการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ และ สมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยนั้น ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา และ สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยต่อความรู้ การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครพนม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงและปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยงและปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย หลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยงและปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดในการส่งเสริมสมรรถนะด้านความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลนครพนมได้แก่ ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 2010) ผู้วิจัยได้กรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านผู้ป่วย: ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัยจากพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
2. ด้านระบบงาน: มีโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และมีคู่มือการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลนครพนม
3. ด้านองค์กร: ผู้บริหารรับทราบข้อมูลด้านสมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และ วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย สามารถนำข้อมูลมาสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมคือพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ปฏิบัติงานให้การพยาบาลดูแลตามมาตรฐานโรงพยาบาลนครพนมและกลุ่มทดลองคือพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับความรู้ตามโปรแกรมฯ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนครพนมรวมทั้งสิ้น 458 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 โดยกำหนด Test Family เป็น t-test และเลือก Statistical test เป็น Mean :Different Between Two Independent Mean (Two Group) ค่าความเชื่อมั่นที่ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ .95 และการประมาณขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (effect size) เท่ากับ 0.8 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 70 คน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง และ เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และ มีความน่าเชื่อถือ จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 40 คน รวมทั้งสิ้น 80 คน ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างจึงเป็นกลุ่มละ 40 คน จัดกลุ่มตัวอย่าง 40 คนแรก เป็นกลุ่มควบคุม และ 40 คนต่อมา เป็นกลุ่มทดลอง โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครพนม เลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงคือพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยละ 3 คน จำนวน 26 หอผู้ป่วย กลุ่มควบคุม 13 หอผู้ป่วยจำนวน 40 คน และกลุ่มทดลอง 13 หอผู้ป่วยจำนวน 40 คน

กลุ่มควบคุมได้แก่ 1) ผู้ป่วยนอก 2) ผู้ป่วยนอก 1 3) อุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER) 4) ศัลยกรรมเยื่ออารีย์ 5) ICU เด็ก 6) ICU ศัลย์ 7) CCU 8) ห้องผ่าตัด 9) วิสัญญี 10) ห้องคลอด 11) สูตินรีเวช 12) เด็ก 13) EENT

กลุ่มทดลองได้แก่ 1) อายุรกรรมหญิง 2) อายุรกรรมชาย 3) อายุรกรรมรวมใจรักซ์ 4) เด็ก 5) พิเศษ รับขวัญ 6) พิเศษนำโชค 7) ICU Med 8) ไตเทียม 9) ศัลยกรรมกระดูก 10) ศัลยกรรมชาย 11) ศัลยกรรมหญิง 12) พิเศษโรคหัวใจ 13) RCU

การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 23-60 ปี 2) มีประสบการณ์ในโรงพยาบาล นครพนม ๑ ปีขึ้นไปทำงานในโรงพยาบาลนครพนม

กำหนดเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยจนครบ กระบวนการประเมินผลการวิจัย ได้แก่ 1. อยู่ระหว่างการลาป่วย ลาดลอด หรือย้ายออกจากโรงพยาบาล ในช่วงการทำวิจัย

เกณฑ์ให้เลิกจากการศึกษา

- ระหว่างการวิจัยย้าย,ลาออก หรือเหตุอื่น ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถอยู่จนครบกระบวนการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยได้แก่

1.1 โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

1.2 คู่มือการบริหารความเสี่ยง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพ สมรส อายุงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ ตำแหน่งงาน ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาล (ชั่วโมงต่อสัปดาห์) ประสบการณ์ในการอบรมเรื่องความเสี่ยง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดความรู้ในด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยแบบวัดความรู้ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลโดยอ้างอิงเนื้อหาจาก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน โดยเป็นแบบวัดความรู้ มีจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบปรนัย (objective) แบบเลือกตอบ (multiple choice)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล นครพนม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital Survey on Patient Safety Culture) โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) โดยใช้แนวข้อคำถาม จาก AHRQ (แปลโดยอนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2552) ซึ่งได้รับอนุญาตในการประยุกต์ใช้อย่างเป็นทางการให้นำมา พัฒนาใช้ในระบบสุขภาพในประเทศไทย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป SPSS ภายหลังการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีการกระจายตัวแบบปกติ โดยมีวิธีการดังนี้

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส อายุงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ ตำแหน่งงาน ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาล (ชั่วโมงต่อสัปดาห์) ประสบการณ์ในการอบรมเรื่องความเสี่ยง ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยแปลผลวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ประกอบด้วยการแปลผล 12 ประเด็น ได้แก่ 1.) ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ 2.) ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม 3.) ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการและกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย 4.) การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 5.) การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล 6.) การสื่อสารที่เปิดกว้าง 7.) การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด 8.) การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง 9.) การจัดคนทำงาน 10.) การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย 11.) การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล 12.) การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร โดยใช้สถิติร้อยละ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในช่วงเดือน โดยมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนพฤศจิกายน 2567

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบประเมินความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงฯ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการฯ ที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม 1 ท่าน พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่จำนวน 1 ท่าน และที่ปรึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพ (Quality Coach) จำนวน 1 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แล้วนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาได้เท่ากับ 1.00 และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.83

จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ NP-EC11-No.48/2567 วันที่ 6 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 100 อายุ 22-29 ปีร้อยละ 15 อายุ 30-39 ปีร้อยละ 45 อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 25 และอายุ 50-60 ปีร้อยละ 15 ระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาตรีร้อยละ 100 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 15 สมรสมีบุตรร้อยละ 75 สมรสไม่มีบุตรร้อยละ 10 อายุงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ 1-5 ปีร้อยละ 6.25 มากกว่า 10 ปี-15 ปีร้อยละ 10 มากกว่า 10 ปี-15 ปีร้อยละ 43.75 มากกว่า 15 ปี-20 ปีร้อยละ 25 มากกว่า 20 ปีขึ้นไปร้อยละ 15 ตำแหน่งงานเป็นผู้บริหารร้อยละ 5 และ ผู้ปฏิบัติร้อยละ 95 ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาล (ชั่วโมงต่อสัปดาห์) 20-39 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ร้อยละ 5 และ มากกว่า 59-79 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 95 ประสบการณ์ในการอบรมเรื่องความเสี่ยง พบว่า เคย ร้อยละ 5 ไม่เคยร้อยละ 95

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	N	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p - value
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
กลุ่มทดลอง	40	9.03	2.79	14.08	1.96	11.25	39	.000*
กลุ่มควบคุม	40	8.20	2.42	10.13	2.35	10.27	39	.000*

* $p < .05$

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=8.20$, S.D.=2.42) และกลุ่มทดลองอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=9.03$, S.D.=2.79) เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติใช้ Independent t-test แล้วพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยรวมแล้วไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยไม่แตกต่างกันซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ทดสอบ T-test เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่มีอิสระต่อกันและพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับ

Corresponding : piporn123@yahoo.com

Received : 16 December 2024

Accepted : 21 February 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1

E 275959

ปานกลาง (\bar{X} =10.13, S.D.=2.35) และกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูงมาก (\bar{X} =14.08, S.D.=1.96) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯสูงกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อนำมาทดสอบทางสถิติใช้ Independent t-test แล้วพบว่าในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อน และหลังการทดลอง กลุ่มละ 40 คน คะแนนเต็ม 15 คะแนน

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p - value
	\bar{X}	S. D.	\bar{X}	S. D.			
ก่อนการทดลอง	9.03	2.796	8.20	2.420	1.411	78	.081*
หลังการทดลอง	14.08	1.966	10.13	2.355	8.142	78	.000

* $p < .05$

จากตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 แปลผลวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยพบประเด็นเร่งด่วนที่ต้องรีบดำเนินการแก้ไขเรียงตามลำดับตามร้อยละดังนี้ การจัดคนทำงานร้อยละ 51.70 ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ร้อยละ 55.50 การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลังร้อยละ 61.80 การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาลร้อยละ 65.30 การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วยร้อยละ 67.20 การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร ร้อยละ 70.10 การสื่อสารที่เปิดกว้างร้อยละ 67 ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการและกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย ร้อยละ 76.90 การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาดร้อยละ 70.70 ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม 80.80 การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่องร้อยละ 81 การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาลร้อยละ 86.40

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย พบว่าระดับความปลอดภัยของของผู้ป่วย (Patient Safety Grade) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อยู่ในระดับ ระดับ Very Good ร้อยละ 80 ระดับ Acceptable ร้อยละ 20 ระดับ

ส่วนที่ 3 แสดงจำนวนรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่าจำนวนรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มควบคุม ไม่มีรายงานร้อยละ 80 มีรายงาน 1-2 รายงานร้อยละ 20 และกลุ่มทดลองมีรายงาน 21 รายงานหรือมากกว่าร้อยละ 80 และมีรายงาน 11-20 รายงาน ร้อยละ 20

อภิปราย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 100 อายุ 22-29 ปี ร้อยละ 15 อายุ 30-39 ปี ร้อยละ 45 อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 25 และอายุ 50-60 ปี ร้อยละ 15 ระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาตรี ร้อยละ 100 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 15 สมรสมีบุตร ร้อยละ 75 สมรสไม่มีบุตร ร้อยละ 10 อายุงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ 1-5 ปี ร้อยละ 6.25 มากกว่า 10 ปี-15 ปี ร้อยละ 10 มากกว่า 10 ปี-15 ปี ร้อยละ 43.75 มากกว่า 15 ปี-20 ปี ร้อยละ 25 มากกว่า 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15 ตำแหน่งงานเป็นผู้บริหาร ร้อยละ 5 และผู้ปฏิบัติ ร้อยละ 95 ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาล(ชั่วโมงต่อสัปดาห์) 20-39 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 5 และ มากกว่า 59-79 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 95 ประสบการณ์ในการอบรมเรื่องความเสี่ยง พบว่าเคย ร้อยละ 5 ไม่เคย ร้อยละ 95 สอดคล้องกับการศึกษาของสอดคล้องกับปัจจัยด้านหน่วยงานหรือพื้นที่ปฏิบัติงานเป็นปัจจัยด้านพื้นที่ปฏิบัติงาน มีผลต่อการรับรู้การรับรู้พื้นที่ปฏิบัติงาน ที่ต่างกันจะมีผลต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ต่างกัน ด้วยการศึกษานี้ในเกาหลีพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมมีการรับรู้เชิงบวกมากกว่าพยาบาลในหน่วยงานวิกฤติและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานหลังดมยามีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเชิงบวกมากกว่าพยาบาลหน่วยงานฉุกเฉิน นอกจากนี้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดมีการรับรู้เชิงบวกมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานทั้งในหน่วยงานฉุกเฉินและหน่วยงานวิกฤติ²⁶ การศึกษาในประเทศไทยพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรมที่มีการระงงานมากมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในด้านบทบาทของหัวหน้างานต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง¹⁴ และปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ประสบการณ์ในการทำงาน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปีจะมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเชิงบวก ส่วนพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปีจะมีการรับรู้เชิงลบและพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงาน 5-10 ปี ยังมีความถี่การรายงานสูงกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงาน 1-5 ปีอีกด้วย²⁶ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 10 ปีจะมีความเครียดในระดับสูงและความพึงพอใจในระดับต่ำทำให้มีทัศนคติเชิงลบมากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี²⁷

ส่วนที่ 2 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อนำมาทดสอบทางสถิติ

ใช้ Independent t-test แล้วพบว่าในระยะเวลาหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการบริหาร ความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าในระยะเวลาก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 การแปลผลวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย 12 ประเด็น ผลการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยปี 2567 พบประเด็นเร่งด่วนที่ต้องรีบดำเนินการแก้ไขในกลุ่มควบคุมได้แก่ 1) ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ ร้อยละ 46 2) ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม ร้อยละ 68 3) ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย ร้อยละ 66 4) การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 68 5) การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล ร้อยละ 67 6) การสื่อสารที่เปิดกว้าง ร้อยละ 61 7) การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด ร้อยละ 65 8) การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง ร้อยละ 56 9) การจัดคนทำงาน ร้อยละ 49 10) การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย ร้อยละ 61 11) การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล ร้อยละ 57 12) การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร ร้อยละ 61

ส่วนที่ 3 ระดับความปลอดภัยของของผู้ป่วย (Patient Safety Grade) และจำนวนรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่าระดับความปลอดภัยของของผู้ป่วย (Patient Safety Grade) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อยู่ในระดับ ระดับ Very Good ร้อยละ 80 ระดับ Acceptable ร้อยละ 20 ระดับ และจำนวนรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มควบคุม ไม่มีรายงาน ร้อยละ 80 มีรายงาน 1-2 รายงาน ร้อยละ 20 และกลุ่มทดลองมีรายงาน 21 รายงานหรือมากกว่า ร้อยละ 80 และมีรายงาน 11-20 รายงาน ร้อยละ 20 ซึ่งจากการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture) คือ คือผู้บริหารและปฏิบัติในระบบมีความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับปัจจัยมนุษย์ เทคนิค องค์กร และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อความปลอดภัยของระบบโดยรวม (Informed Culture) มีความสามารถในการปรับตัวขององค์กรเมื่อเผชิญกับสถานะที่มีอันตราย ด้วยการเปลี่ยนจากการมีลำดับชั้นบังคับบัญชามาเป็นการทำงานแบบแนวราบมากขึ้น (Flexible Culture) ผู้คนพร้อมที่จะรายงานความผิดพลาดและ near-misses (Reporting Culture) มีการสรุปความรู้จากระบบข้อมูลความปลอดภัยและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงขนานใหญ่ (Learning Culture) และมีบรรยากาศของความไวเนื้อเชื้อใจซึ่งผู้คนได้รับการส่งเสริมในการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับความปลอดภัยขณะที่มีความชัดเจนในเส้นแบ่งระหว่างพฤติกรรมที่ยอมรับได้และยอมรับไม่ได้ (Just Culture)¹⁹

ข้อสรุป

โปรแกรมนี้ส่งเสริมสมรรถนะด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลนครพนมเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลในระดับสีเขียวคือมากกว่าร้อยละ 80

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนมที่อนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกรณีศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณรองฯฝ่ายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และ รองฯฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลนครพนมที่ได้ให้คำปรึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูล และขอขอบคุณบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลนครพนมที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทำให้กรณีศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

บรรณานุกรม

1. คะนิงนิตย์ มีสุวรรณค์. (2563). วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. 29(1), 107-118.
2. จิรัญญา บุรีมาศ, พิมรินทร์ ทองเหล็ก, วงศ์วี ปลั่งพิมาย และ รุ่งรัตน์ ถิ่นทองกลาง. (2562). พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา. การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 6 ประจำปี 2562.
3. ชุตินา ไทยยิ้ม. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านความปลอดภัยต่อการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลเอกชน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
4. ฐิติมา น้อยวินิจ, ศิริตรี สุทธิจิตต์ และ พักตร์วิภา สุวรรณพรหม. (2564). การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาลหาดง จังหวัดเชียงใหม่ : การวิจัยเชิงคุณภาพ. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 16(3), 188-194.
5. นาดยา คำสว่าง. (2560). วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. การค้นคว้าอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
6. รักษ์สุดา ชูศรีทอง. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา.
7. วราภรณ์ ศรีรัตน, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล และ อภิรดี นันทศุภวัฒน์. (2563). การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีจังหวัดลำปาง. พยาบาลสาร. 47(1), 350-360.
8. วชิระ สุริยะวงศ์, พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และ มธุรส ทิพยมงคลกุล. (2560). วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรและพฤติกรรมการทำงานด้วยความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 5(1), 103-118.
9. ศรีสุดา กำเนิดเกียรติศักดิ์, สุวรรณ อุ่นสันติและแก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์. (2562). ผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลที่บูรณาการความคิดวิจารณ์ต่อการรับรู้ความสามารถการใช้เหตุผลในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. วชิรสารการพยาบาล. 21 (1), 18-33.
10. สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์. (2552). การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

11. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). HA Update 2018. บริษัทหนังสือดีวัน จำกัด.
12. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2565). การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย. [online] 2024 [cited 2001 Oct 24]. Available from: <https://backend.ha.or.th/fileupload/DOCUMENT/00194/1cb83e51-d9d7-4960-b211-2f2e0f0e0238.pdf>.
13. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2567). รู้จักรู้จัก 2P Safety. [online] 2024 [cited 2001 Oct 15]. Available from: <https://www.ha.or.th/TH/Contents/รู้จัก2PSafety>.
14. อนงค์ ถาวร, พร บุญมี, และ เกสร เกตุชู. (2557). วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพะเยาจังหวัดพะเยา. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์, 8(2), 6-16.
15. อรสา ภูพุด, ศิริญา คันธิยงค์ และ เกียรติศักดิ์ งามแสงศิริทรัพย์. (2562). พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทาลัยขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 16(3), 188-196.
16. อุบล แจ่มนาม, รัชมี ศรีนนท์. (2561). การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ. 24(2), 25-36.
17. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2552). แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล. คู่มือนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ SPA & Self Enquiry Part I สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉัตรราชสมบัติครบ 60 ปี.
18. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. HA Update 2016. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), พิมพ์ครั้งที่ 1 2559. บริษัท หนังสือดีวันจำกัด.
19. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2559). Safety culture. เอกสารประกอบการประชุม HA National Forum 15th, สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.
20. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2566). Overcoming Challenges of Standards Part I & II. เอกสารประกอบการประชุม HA National Forum 23th, สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.
21. Bandura A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company.
22. Bandura A. (2010). Self-efficacy. [online] 2024 [cited 2001 Oct 24]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/9780470479216.corpsy0836>.

23. Burns N. and Grove SK. (2005) The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization. 5th Edition, Elsevier Saunders, Missouri.
24. Sandars J. (2007). The scope of the problem: ABC of patient safety. Manchester: Blackwell.
25. Theodosios S. (2012). The development of patient safety culture. Health Science Journal, 6(2), 201-211.
26. Kim J.,An K.,Kim MK., & Yoon SH. (2007). Nurses' perception of error reporting and patient safety culture in Korea. Western Journal of Nursing Research, 29(7), 827-844.
27. Ko JW., & Yom YH. (2003). The role of social support in the relationship between jobstress and job satisfaction/organizational commitment among hospital nurses. Journal of Kprean Academy of Nursing, 33(2), 265-274.
28. Wagner LM., Capezuti E., & Rice JC. (2009). Nurses' perception of safety culture in long-term care settings. Journal of Nursing Scholarship, 41(2), 184-192.

การพัฒนา รูปแบบการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม

วาลินีย์ เลิศวิทยากำจร

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม และ ศึกษาผลของระบบบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม

วัสดุและวิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (One group pretest-posttest design) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม จำนวน 26 หอผู้ป่วยหอผู้ป่วยละ 2 คน รวมทั้งสิ้น 52 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2567

ผลการศึกษา: 1) ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลหลังเข้าร่วมการพัฒนา รูปแบบฯ อยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X}=9.52, SD=1.14$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการพัฒนา รูปแบบฯ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=6.81, SD=2.03$) และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) 2) ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพัฒนา ระบบบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนมระดับสูง ในด้านการบริหารความเสี่ยง ($\bar{X}=4.23, SD=0.21$) มีระดับความพึงพอใจระดับสูง ด้านกระบวนการบริหารความเสี่ยง ($\bar{X}=4.31, SD=0.04$) มีระดับความพึงพอใจระดับสูง ในด้านการค้นหาความเสี่ยง ($\bar{X}=4.31, SD=0.17$) มีระดับความพึงพอใจระดับสูง ด้านการประเมินและ การวิเคราะห์ ความเสี่ยง ($\bar{X}=4.33, SD=0.10$) มีระดับความพึงพอใจระดับสูง ด้านการจัดการ และการควบคุมความเสี่ยง ($\bar{X}=4.04, SD=0.08$) มีระดับความพึงพอใจ ระดับสูง ด้านการประเมินผลระบบการจัดการและควบคุมความเสี่ยง ($\bar{X}=4.50, SD=0.00$)

ข้อสรุป: การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า รูปแบบการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนมสามารถเปลี่ยน การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพได้ ดังนั้นผู้บริหารสามารถนำรูปแบบฯ ไปใช้เพื่อให้เกิดผลการปฏิบัติงาน ด้านความปลอดภัยที่เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ความเสี่ยง กระบวนการบริหารความเสี่ยง การพัฒนา รูปแบบการบริหารความเสี่ยง

Development of a Risk Management Model for In-patient Units at Nakhonphanom Hospital

WALINEE LERTWITAYAKUMJORN

QUALITY IMPROVEMENT DEPARTMENT NAKHONPHANOM HOSPITAL

Abstract

Objective: To develop a risk management system for in-patient units at Nakhonphanom Hospital and to evaluate the effects of the risk management system on these units.

Materials and Methods: This quasi-experimental research utilized a one-group pretest-posttest design. The sample group consisted of 52 professional nurses, with 2 nurses from each of the 26 in-patient units at Nakhonphanom Hospital, selected through purposive sampling. Data collection was conducted in November 2024.

Results: The average post-intervention knowledge score regarding nursing risk management was significantly higher ($\bar{X}=9.52$, $SD=1.14$) compared to the pre-intervention score, which was at a moderate level ($\bar{X}=6.81$, $SD=2.03$), with a statistically significant difference ($p < .05$). Professional nurses demonstrated a high level of satisfaction with the developed risk management model in various aspects: Risk management: ($\bar{X}=4.23$, $SD = 0.21$) Risk management processes: ($\bar{X}=4.31$, $SD = 0.04$) Risk identification: ($\bar{X}=4.31$, $SD= 0.17$) Risk assessment and analysis: ($\bar{X}= 4.33$, $SD = 0.10$) Risk control and management: ($\bar{X}= 4.04$, $SD = 0.08$) Evaluation of the risk management system: ($\bar{X}= 4.50$, $SD = 0.00$)

Conclusion: This study highlights that the developed risk management model for in-patient units at Nakhonphanom Hospital can effectively enhance professional nurses' practices. Hospital administrators can adopt this model to improve safety-related outcomes.

Keywords: Risk, Risk Management Process, Development of Risk Management Model

ความสำคัญ

กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีเป้าหมายสำคัญในมิติคุณภาพเรื่องความปลอดภัย ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เชิญชวนให้ประเทศสมาชิกทั่วโลกกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นให้บุคลากรทางสาธารณสุข ผู้ป่วยและประชาชนเห็นความสำคัญและร่วมกันปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายดังกล่าว สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ได้รับการจัดตั้งเป็นองค์กรมหาชน ในปี พ.ศ. 2552 โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งองค์กร ในการดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาลสถาบันได้มีการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มาเป็นลำดับ ได้แก่ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2539, ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2543, ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2549, ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2560 และฉบับที่ 5 เมื่อตุลาคม 2564 ที่มีผลบังคับใช้เพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 สถาบันได้รับการรับรองมาตรฐานจากองค์กรสากล คือ The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (ISQua EEA) ซึ่งเป็นการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยครั้งแรกในเดือนกุมภาพันธ์ 2553 และได้รับการรับรองต่อเนื่องเป็นครั้งที่ 4 สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ในเดือนกุมภาพันธ์ 2565 - กุมภาพันธ์ 2569 เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่างๆ ของโลกและประเทศ ความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมทั้งแนวคิดในการบริหารองค์กร การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย และเป็นไปเพื่อการต่ออายุกระบวนการรับรองมาตรฐานในระดับสากลอย่างต่อเนื่อง สถาบันจึงมีการพัฒนาและปรับปรุงมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพขึ้นเป็นมาตรฐานฉบับที่ 5 โดยมีการเรียบเรียงเนื้อหาให้มีความกระชับและยังคงสาระหลักเดิมไว้ ขณะเดียวกันก็ได้มีการยกเว้นเนื้อหาใหม่ขึ้นอีกจำนวนหนึ่งเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ก้าวทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในยุคปัจจุบัน¹⁰

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมีภารกิจสำคัญเกี่ยวกับการประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินการพัฒนา และการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวบรวมข้อมูล ศึกษา วิเคราะห์ จัดให้มีการวิจัยและจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล และดำเนินการเผยแพร่องค์ความรู้ และการให้บริการการเข้าถึงและใช้ประโยชน์เกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาลโดยร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ¹⁰ ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพตอนที่ 2 ระบบบริหารความเสี่ยงเป็นระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล ที่มีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งระบบบริหารความเสี่ยงมีเป้าหมายให้องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกันเพื่อจัดการความเสี่ยงและ

สร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน ซึ่งมีข้อกำหนดตามมาตรฐานได้แก่

- 1) องค์กรดำเนินการระบบบริหารความเสี่ยง โดยมีองค์ประกอบสำคัญที่สนับสนุนการออกแบบระบบ การนำไปปฏิบัติ การอ้าง และการปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งมาตรการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ
- 2) ระบบบริหารความเสี่ยงได้รับการสนับสนุนโดยการมีนโยบาย แผน ระเบียบปฏิบัติ ทะเบียนการจัดการความเสี่ยง (risk register)
- 3) องค์กรมีการประเมินความเสี่ยงภายในองค์กร ทั้งนี้เพื่อปกป้องผู้ป่วย/ผู้รับบริการ จากผลไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการ การประเมินความเสี่ยงควรครอบคลุมประเด็นเรื่อง การจัดการด้านยา การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ การควบคุมการติดเชื้อ การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด การสื่อสารที่ผิดพลาดในช่วงการส่งมอบผู้ป่วยให้หน่วยงานอื่นดูแลต่อ ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือ เป็นต้น
- 4) องค์กรมีกระบวนการในการรายงาน สืบหาสาเหตุ และดำเนินการที่ตอบสนองต่ออุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเหตุเกือบพลาด ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่หรือผู้มาเยือน และนำไปสู่การพัฒนาบริการให้ดีขึ้น กระบวนการควรครอบคลุมเรื่อง การอบรมเจ้าหน้าที่ในการระบุความเสี่ยง การรายงาน การตรวจสอบข้อเท็จจริง และการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (root cause analysis) วิธีจัดทำเอกสารและรายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์ การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า และขั้นตอนในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- 5) องค์กรจัดการประเด็นที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ตามลักษณะบริการที่องค์กรจัดให้มีโดยครอบคลุมประเด็นสำคัญด้านความปลอดภัยที่องค์การอนามัยโลกระบุ และสอดคล้องกับเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย ยุทธศาสตร์ และมาตรการป้องกันที่กำหนดขึ้นควรมีการออกแบบที่รัดกุม มีการสื่อสารโดยละเอียด และมีการสร้างความตระหนักเพื่อให้เกิดการนำไปปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ
- 6) มีการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการ ความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา ดังนั้นการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐาน HA จะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย บุคลากรปลอดภัยและองค์กรมีคุณภาพ

โรงพยาบาลนครพนมเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 345 เตียง เปิดให้บริการจริง 392 เตียง ดำเนินการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่องเรื่อยมา ปัจจุบันผ่านการรับรองคุณภาพ re-accredit ครั้งที่ 4 ระยะเวลารับรองวันที่ 10 เมษายน 2567 ถึง 9 เมษายน 2570 และได้รับข้อเสนอแนะในประเด็นมาตรฐานระบบบริหาร ความเสี่ยงดังนี้ 1) ทีมควรพิจารณาการให้ความสำคัญกับการทบทวนอุบัติการณ์ที่มีความสำคัญลักษณะ Potential harm ตลอดจนส่งเสริมให้ทีมที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์สามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิด ปัญหา (Contributing Factor) นำมาออกแบบกระบวนการดูแล/ระบบงาน ในลักษณะ Safety Design นำสู่การปฏิบัติและมีกระบวนการติดตามผลการดำเนินการเพื่อลดการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ 2) ทีมควรมีการติดตาม ประสิทธิภาพกระบวนการบริหารความเสี่ยง เช่น ความครอบคลุมในการค้นหา การรายงานอุบัติการณ์ ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลการวิเคราะห์มาปรับปรุงกระบวนการบริหาร ความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพต่อไป และ จากข้อเสนอแนะด้านระบบบริหารความเสี่ยงสำหรับองค์กรพยาบาล

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล : ในด้านความปลอดภัย กรณีของประเด็นที่เกิดอุบัติการณ์บ่อยๆ เช่น ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ควรทบทวนและออกแบบร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่การกำหนดค่านิยม การดักจับและมาตรการลดความคลาดเคลื่อน เป็นต้น ส่วนข้อมูลความปลอดภัยอื่นๆที่สำคัญ พบว่าในช่วงปี 2564-2566 มีข้อมูลในระบบรายงานอุบัติการณ์น้อยมาก เช่น อุบัติการณ์รายงานล่าช้า = 0 (ทั้ง 3 ปี), Unplan ICU = 2, 3, 0 ตามลำดับ ควรส่งเสริมให้มีการสร้างความรู้ความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติ ผู้เกี่ยวข้อง ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เช่นการติดตามประเมิน gap ของการปฏิบัติตามแนวทางต่างๆ ให้มีมาตรการในการดักจับที่ครอบคลุมถึงการทบทวนทางคลินิกที่สำคัญของ PCT ต่างๆ และรายงานเข้าระบบที่ครอบคลุมเป็นต้น เพื่อทีมได้นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการกำกับติดตาม และพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาล ที่จะส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น จากการวิเคราะห์ข้อมูลและบริบทกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนมด้านการบริหารความเสี่ยง และ ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยพบโอกาสพัฒนา ดังนี้ 1. ด้านบุคลากร พบจำนวนรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาไม่มีรายงานร้อยละ 32.5 (ผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของบุคลากร โรงพยาบาลนครพนม ปี2567) พบว่ามีการรายงานอุบัติการณ์น้อย การลงบันทึกรายงานอุบัติการณ์ไม่ชัดเจน การจำแนกระดับความเสี่ยงไม่ถูกต้องซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ สรพ. 2.) ด้านระบบงาน แม้โรงพยาบาลจะมีการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบเรื่อยมา แต่ยังไม่พบโอกาสพัฒนาในประเด็นการบริหารความเสี่ยงที่ห่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม ยังไม่มีรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในห่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนมที่ชัดเจน

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเลขาคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลนครพนม มีหน้าที่ในการประสานงาน รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล ความเสี่ยง รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในองค์กร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนา รูปแบบการบริหารความเสี่ยงห่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม โดยใช้มาตรฐาน HA มาศึกษาใน พยาบาลวิชาชีพ ห่อผู้ป่วยใน โดยรูปแบบการให้ความรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญที่เป็นตัวแบบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องมีความมั่นใจในการตัดสินใจในการให้การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีส่วนร่วมในการให้บริการที่มีความปลอดภัย เพื่อปรับปรุงการบริหารความเสี่ยงของ ห่อผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนครพนม เพื่อให้มีความสมบูรณ์และเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยเป้าหมายสูงสุดคือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของห่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม
2. ศึกษาผลของระบบบริหารความเสี่ยงของห่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนมที่พัฒนาขึ้น
 - 2.1 ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล
 - 2.2 จำนวนการรายงานความเสี่ยงทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

Corresponding : jomjam_23@hotmail.com

Received : 16 December 2024

Accepted : 21 February 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1

E 275960

2.3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม

สมมติฐานของการวิจัย

1. ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลหลังพัฒนาระบบฯสูงกว่าก่อนการนำระบบการบริหารความเสี่ยงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนมที่พัฒนามาใช้
2. จำนวนการรายงานความเสี่ยงทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหลังพัฒนาระบบฯสูงกว่าก่อนการนำระบบการบริหารความเสี่ยงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนมที่พัฒนามาใช้
3. พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยผู้วิจัยได้ดัดแปลงและพัฒนาจากกรอบแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลของซุคัพ¹¹ (Soukup 2,000) และปรับจากแนวคิด 3P (P=Purpose ,P=Process, P=Performance) ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และจากการวิเคราะห์งานวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1: วิเคราะห์บริบท (Problem) และตั้งเป้าหมายในการพัฒนา (Purpose) ได้แก่

1.1 วิเคราะห์บริบท

1.2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2: การพัฒนาแนวปฏิบัติ (Evidence best Practice) ได้แก่การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม

ขั้นตอนที่ 3: นำสู่การปฏิบัติ (Process) ประชุมและการให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญที่เป็นตัวแบบ

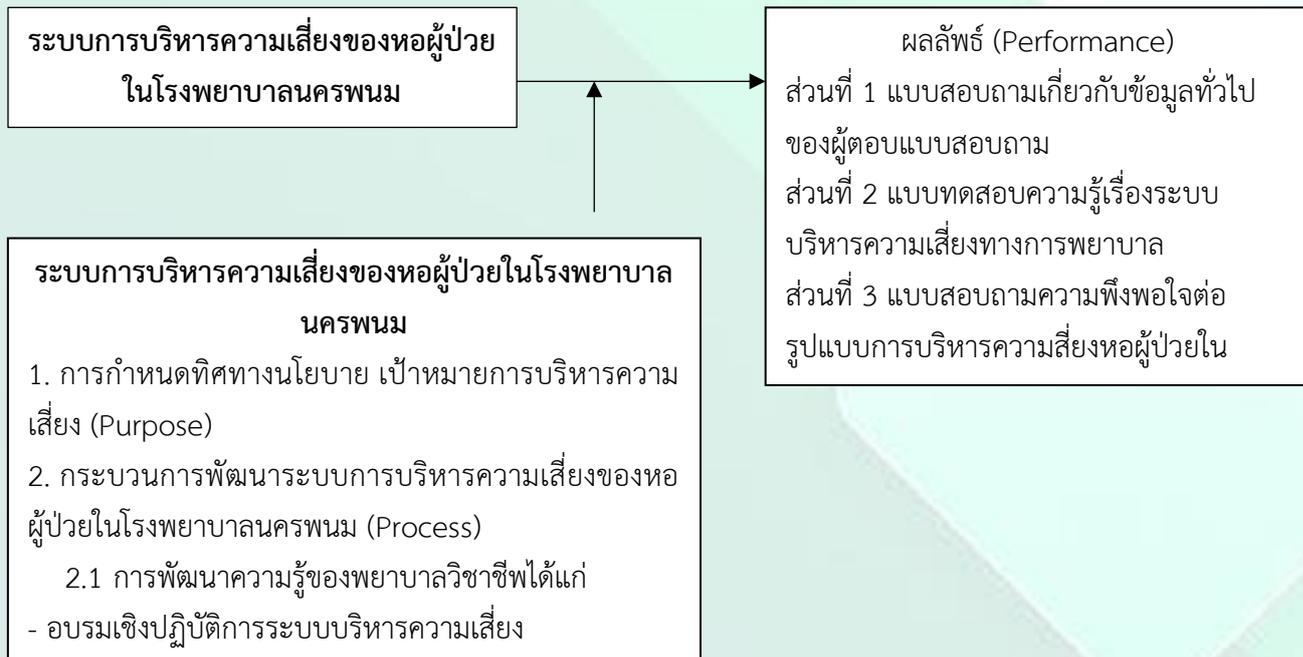
ขั้นตอนที่ 4: ประเมินผลการนำไปใช้ (Performance)

ซึ่งในการประเมินผลรูปแบบระบบบริหารความเสี่ยงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนมประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส อายุงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ ตำแหน่งงาน ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาล (ชั่วโมงต่อสัปดาห์) ประสบการณ์ในการอบรมเรื่องความเสี่ยง

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องระบบบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม โดยผู้วิจัยได้มีกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ด้านผู้ป่วย: ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานระบบบริหารความเสี่ยงตามรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่งผลให้ได้รับการดูแลที่ปลอดภัย
- ด้านระบบงาน: หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนมมีรูปแบบการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
- ด้านองค์กร: ผู้บริหารรับทราบข้อมูลความเสี่ยง และ นำข้อมูลมาพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยทั้งโรงพยาบาล

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (One group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม และประเมินผลของระบบการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนมที่พัฒนาขึ้น ประชากรที่ใช้ในการประเมินผลของระบบบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนมได้แก่ พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม

การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม

ระยะที่ 2 การศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม
ขอบเขตเชิงพื้นที่

เป็นการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม ดำเนินการ
ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนครพนมรวมทั้งสิ้น
458 คน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 โดยกำหนด Test Family เป็น
t-test และเลือก Statistical test เป็น Mean :Different Between Two Independent Mean (matched
pairs) ค่าความเชื่อมั่นที่ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ .95 และการประมาณขนาด
ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (effect size) เท่ากับ 0.5 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 45 คน เพื่อป้องกันการ
การสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง และ เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และ มีความน่าเชื่อถือและชัดเจน
จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 7 ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 52 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง
(Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง: คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงคือพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล
นครพนม จำนวน 26 หอผู้ป่วยหอผู้ป่วยละ 2 คน รวมทั้งสิ้น 52 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือน
พฤศจิกายน 2567

การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 23-60 ปี 2) มีประสบการณ์ในโรงพยาบาล
นครพนม 1 ปีขึ้นไปทำงาน ในโรงพยาบาลนครพนม

กำหนดเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยจนครบกระบวนการ
การประเมินผลการวิจัย ได้แก่ 1. อยู่ระหว่างการลาป่วย มี plan ลาคลอด ย้ายออก/มี plan ว่าจะลาคลอด
ใน 1 ปี ข้างหน้า 2. มี plan ไม่สามารถทำงานแผนกผู้ป่วยในได้ครบ 1 ปี (อยู่ไม่ครบ)

เกณฑ์ให้เลิกจากการศึกษา

- ระหว่างการวิจัยย้าย,ลาออก หรือเหตุอื่น ๆที่ทำให้ไม่สามารถอยู่จนครบกระบวนการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยได้แก่

1.1 รูปแบบการบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม หมายถึง ชุดกิจกรรมการบริหาร
ความเสี่ยงหอผู้ป่วยใน เพื่อเป็นการป้องกันและลดความเสี่ยงในโรงพยาบาลประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความเสี่ยง ขั้นตอนที่ 3) การจัดการกับความเสี่ยง ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและติดตามความเสี่ยงเพื่อการค้นหาปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิด และป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำต่อไป โดยเนื้อหาความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ใช้แนวทางของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส อายุงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ ตำแหน่งงาน ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาล (ชั่วโมงต่อสัปดาห์) ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาล (ชั่วโมงต่อสัปดาห์) ประสบการณ์ในการอบรมเรื่องความเสี่ยง

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องระบบบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล เป็นแบบทดสอบความรู้เรื่องระบบบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล จำนวน 10 ข้อ โดยระดับคะแนนความรู้เรื่องระบบบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป SPSS ภายหลังการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีการกระจายตัวแบบไม่เป็นโค้งปกติ โดยมีวิธีการดังนี้

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส อายุงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ ตำแหน่งงาน ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาล (ชั่วโมงต่อสัปดาห์) ประสบการณ์การอบรมเรื่องความเสี่ยง โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องระบบบริหารความเสี่ยง ก่อนและหลังโดยใช้สถิติที่คู่ (paired t-test) โดยระดับคะแนนมีความหมาย 4 ระดับ โดยใช้ร้อยละ

ส่วนที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2567 โดยมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินผลระบบบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม

1. แบบประเมินความรู้เรื่องระบบบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยนครพนม 1 ท่าน พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่จำนวน 1 ท่าน และที่ปรึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพ (Quality Coach) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชนจำนวน 1 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แล้วนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีชี้ความสอดคล้องของเนื้อหาได้เท่ากับ 1.00 และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.90

2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม 1 ท่าน พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่จำนวน 1 ท่าน และที่ปรึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพ (Quality Coach) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน จำนวน 1 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แล้วนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีชี้ความสอดคล้องของเนื้อหาได้เท่ากับ 1.00 และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.90

จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้อยู่ในขั้นตอนการการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม ชื่อโครงการการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส อายุงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ ตำแหน่งงาน ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาล (ชั่วโมงต่อสัปดาห์) ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาล (ชั่วโมงต่อสัปดาห์) ประสบการณ์ในการอบรมเรื่องความเสี่ยง โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ รายละเอียดดังตารางที่ 1 ตารางที่ 1 แสดงร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=52)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	52	100

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
22-29 ปี	10	19.23
30-39 ปี	22	42.31
40-49 ปี	10	19.23
50-60 ปี	10	19.23
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	52	100
ปริญญาโท	0	0
ปริญญาเอก	0	0
สถานภาพสมรส		
โสด	22	42.31
สมรสมีบุตร	24	46.15
สมรสไม่มีบุตร	6	11.54
หย่าร้าง / แยกกันอยู่ / หม้าย	0	0
อายุงานในโรงพยาบาลแห่งนี้		
น้อยกว่า 1 ปี		
1-5 ปี	5	9.62
มากกว่า 5 ปี-10 ปี	5	9.62
มากกว่า 10 ปี-15 ปี	10	19.23

Corresponding : jomjam_23@hotmail.com

Received : 16 December 2024

Accepted : 21 February 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1

E 275960

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
มากกว่า 15 ปี-20 ปี	20	38.46
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	12	23.07
ตำแหน่งงาน		
ผู้บริหาร (หัวหน้าหน่วยงานขึ้นไป)	4	7.69
ผู้ปฏิบัติ	48	92.31
ท่านทำงานในโรงพยาบาลแห่งนี้กี่ชั่วโมงต่อสัปดาห์		
น้อยกว่า 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์		
20 – 39 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	4	7.69
มากกว่า 39 – 59 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	0	0
มากกว่า 59 – 79 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	48	92.31
มากกว่า 79 – 99 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	0	0
มากกว่า 99 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	0	0
ประสบการณ์ในการอบรมเรื่องความเสี่ยง		
เคย	4	7.69
ไม่เคย	48	92.31

จากตารางข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 100 อายุ 22 - 29 ปี ร้อยละ 19.23 อายุ 30 - 39 ปี ร้อยละ 42.31 อายุ 40 - 49 ปี ร้อยละ 19.23 และอายุ 50 - 60 ปี ร้อยละ 19.23 ระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาตรี ร้อยละ 100 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 42.31 สมรสมีบุตร ร้อยละ 46.15 สมรสไม่มีบุตร ร้อยละ 11.54 อายุงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ 1 - 5 ปี ร้อยละ 9.62 มากกว่า 10 ปี - 15 ปี ร้อยละ 9.62 มากกว่า 10 ปี - 15 ปี ร้อยละ 19.23 มากกว่า 15 ปี - 20 ปี ร้อยละ 38.46 มากกว่า 20 ปีขึ้นไป

ร้อยละ 23.07 ตำแหน่งงานเป็นผู้บริหารร้อยละ 7.69 และ ผู้ปฏิบัติร้อยละ 92.31 ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาล (ชั่วโมงต่อสัปดาห์) 20 - 39 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ร้อยละ 7.69 และ มากกว่า 59 - 79 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 92.31 ประสบการณ์ในการอบรมเรื่องความเสี่ยง พบว่า เคยอบรม ร้อยละ 7.69 ไม่เคย ร้อยละ 92.31

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องระบบบริหารความเสี่ยง ในระยะก่อนและหลังการอบรม

ตัวแปร	N	\bar{X}	S.D.	t	df	p - value
Pre-test	52	6.81	2.03			
Post-test	52	9.52	1.14	10.752	51	.000*

*p<.05

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องระบบบริหารความเสี่ยง ของพยาบาลวิชาชีพก่อนเข้าร่วมอบรมตามรูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =6.81, S.D.=2.039) และ หลังเข้าร่วมอบรมตามรูปแบบอยู่ในระดับสูงมาก (\bar{X} =9.52, S.D.=1.14) เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติใช้ Independent t-test แล้วพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนหลังอบรม มีค่าสูงกว่าก่อนอบรม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย Post test กับค่าทดสอบ 9 คะแนน

ตัวแปร	Test Value = 9					
	\bar{X}	S.D.	t	df	p - value	ระดับคะแนนเฉลี่ย
Post-test	9.52	1.14	3.26	51	.001*	มาก

*p<.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการอบรม มากกว่า 9 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม

รายการความพึงพอใจ	\bar{X}	<i>S. D.</i>	Minimum	Maximum	ระดับความพึงพอใจ
1. การกำหนดทิศทางนโยบายการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล	4.23	.215	4	5	สูง
2. กระบวนการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล	4.31	.047	4	4	สูง
2.1 การค้นหาความเสี่ยง	4.31	.170	4	4	สูง
2.2 การประเมินและ การวิเคราะห์ความเสี่ยงทางการพยาบาล	4.33	.103	4	4	สูง
2.3 ด้านการจัดการ และ การควบคุมความเสี่ยงทางการพยาบาล	4.04	.082	4	4	สูง
2.4 การประเมินผลระบบการจัดการและควบคุมความเสี่ยง	4.50	.000	5	5	สูง

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนมระดับสูง ในด้านการบริหารความเสี่ยง ($\bar{X}=4.23,SD=0.21$) มีระดับความพึงพอใจระดับสูง ด้านกระบวนการบริหารความเสี่ยง ($\bar{X}=4.31,SD=0.04$) มีระดับความพึงพอใจระดับสูง ในด้านการค้นหาความเสี่ยง ($\bar{X}=4.31,SD=0.17$) มีระดับความพึงพอใจระดับสูง ด้านการประเมินและ การวิเคราะห์ความเสี่ยง ($\bar{X}=4.33,SD=0.10$) มีระดับความพึงพอใจระดับสูง ด้านการจัดการ และ การควบคุมความเสี่ยง ($\bar{X}=4.04,SD=0.08$) มีระดับความพึงพอใจ ระดับสูง ด้านการประเมินผลระบบการจัดการและควบคุมความเสี่ยง ($\bar{X}=4.50,SD=0.00$)

อภิปราย

ส่วนที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 100 อายุ 22 - 29 ปี ร้อยละ 19.23 อายุ 30 - 39 ปี ร้อยละ 42.31 อายุ 40 - 49 ปี ร้อยละ 19.23 และอายุ 50 - 60 ปี ร้อยละ 19.23 ระดับการศึกษาสูงสุด คือปริญญาตรี ร้อยละ 100 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 42.31 สมรสมีบุตร ร้อยละ 46.15 สมรสไม่มีบุตร ร้อยละ 11.54 อายุงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ 1 - 5 ปี ร้อยละ 9.62 มากกว่า 10 ปี - 15 ปี ร้อยละ 9.62 มากกว่า 10 ปี - 15 ปี ร้อยละ 19.23 มากกว่า 15ปี - 20 ปี ร้อยละ 38.46 มากกว่า 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 23.07 ตำแหน่งงานเป็นผู้บริหารร้อยละ 7.69 และ ผู้ปฏิบัติร้อยละ 92.31 ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาล (ชั่วโมงต่อสัปดาห์) 20 - 39 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ร้อยละ 7.69 และ มากกว่า 59 - 79 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 92.31 ประสบการณ์ในการอบรมเรื่องความเสี่ยง พบว่า เคยอบรม ร้อยละ 7.69 ไม่เคย ร้อยละ 92.31

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องระบบบริหารความเสี่ยง ของพยาบาลวิชาชีพก่อนเข้าร่วมอบรม ตามรูปแบบขอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=6.81$, S.D.=2.039) และ หลังเข้าร่วมอบรมตามรูปแบบขอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X}=9.52$, S.D.=1.14) เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติใช้ Independent t-test แล้วพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนหลังอบรม มีค่าสูงกว่าก่อนอบรม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และ ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการอบรม มากกว่า 9 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนมจากการทบทวนเอกสาร ตำรา และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งชุดกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยใน เพื่อเป็นการป้องกันและลดความเสี่ยงในโรงพยาบาลประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความเสี่ยง ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับความเสี่ยง ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและติดตามความเสี่ยงเพื่อการค้นหาปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิด และป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำต่อไป โดยเนื้อหาความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ใช้แนวทางของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นภัสภรณ์ เริงสะอาด, เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และ วิชระ เอี่ยมรัมย์กุล¹ ที่ออกแบบการวิจัยโดยใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart มี 4 ขั้นตอนคือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความเสี่ยงทางคลินิกที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการจากการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล ในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ บริการพยาบาล เพื่อวางแผนการพัฒนา 2) ลงมือปฏิบัติตามแผน โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน และเก็บรายงานความเสี่ยงทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง 3) สังเกต การปฏิบัติตามแผน ได้แก่ การค้นหา การวิเคราะห์ การจัดการ และการประเมินผลความเสี่ยง 4) สะท้อนผลการปฏิบัติโดยติดตามประเมินผล นำข้อมูลมาพิจารณาร่วมกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุชานาฏ มุสิกรัตน์⁷ ใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การจัดโครงสร้าง ได้แก่ กระบวนการสื่อสารนโยบายด้านความเสี่ยงสู่การ ปฏิบัติ การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านทักษะทางคลินิกและทักษะที่นอกเหนือจากทักษะ

ทางคลินิก 2) ด้านการพัฒนาเครื่องมือ ได้แก่ การจัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยงตาม 9 มาตรฐานสำคัญที่จำเป็นต่อความปลอดภัยสำหรับคลินิก หู คอ จมูก การกำหนดแนวทางการสื่อสารความเสี่ยงกับทีมนำทาง คลินิก 3) ด้านกระบวนการ ได้แก่ จัดให้มีกระบวนการคัดกรองทุกจุดบริการ จัดให้มีกิจกรรมการเยี่ยมตรวจผู้ใช้บริการ จัดการสิ่งแวดล้อมที่ลดความเสี่ยง และส่งเสริมบรรยากาศปลอดภัย และสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิขญา อารีเอื้อ^๑ ออกแบบการวิจัยโดยใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart มี 4 ขั้นตอนคือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ความเสี่ยงทางที่ส่งผลกระทบต่อ คุณภาพการบริการจากการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล ในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อวางแผนการพัฒนา 2) ลงมือปฏิบัติตามแผน โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบริหารความเสี่ยง ,กิจกรรมรณรงค์ 3P Safety มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อ ความปลอดภัย, การลง Risk round และ โปรแกรม Dash board 3) สังเกต การปฏิบัติตามแผน ได้แก่ การค้นหา การวิเคราะห์ การจัดการ และการประเมินผลความเสี่ยง 4) สะท้อนผลการปฏิบัติ โดยติดตามประเมินผลนำข้อมูลมาพิจารณาร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ยุพดี ยิ่งคำแหง^๓ ที่พัฒนารูปแบบการพัฒนาประกอบด้วย (1) การดำเนินการให้สามารถบันทึกรายงานอุบัติการณ์ในคอมพิวเตอร์ของหอผู้ป่วย (2) การจัดทำแผนนิเทศติดตามและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการจำแนกความเสี่ยง และวิธีการบันทึก (3) การมอบหมายผู้บันทึกรายงานอุบัติการณ์ในระบบ 4) จัดทำแนวทางการบันทึก และ 5) การกำหนดแนวการ ทบทวนรายงานอุบัติการณ์

ส่วนที่ 3 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนมระดับสูง ในด้านการบริหารความเสี่ยง ($\bar{X}=4.23,SD=0.21$) มีระดับความพึงพอใจระดับสูง ด้านกระบวนการบริหารความเสี่ยง ($\bar{X}=4.31,SD=0.04$) มีระดับความพึงพอใจระดับสูง ในด้านการค้นหาความเสี่ยง ($\bar{X}=4.31,SD=0.17$) มีระดับความพึงพอใจระดับสูง ด้านการประเมินและการวิเคราะห์ความเสี่ยง ($\bar{X}=4.33,SD=0.10$) มีระดับความพึงพอใจระดับสูง ด้านการจัดการ และการควบคุมความเสี่ยง ($\bar{X}=4.04,SD=0.08$) มีระดับความพึงพอใจ ระดับสูง ด้านการประเมินผลระบบการจัดการและควบคุมความเสี่ยง ($\bar{X}=4.50,SD=0.00$)

ข้อสรุป

การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนมสามารถเปลี่ยนการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพได้ ดังนั้นผู้บริหารสามารถนำรูปแบบฯ ไปใช้เพื่อให้เกิดผลการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยที่เพิ่มขึ้น และ ประเมินจำนวนรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาพบกลุ่มที่ได้รับพัฒนาตามรูปแบบฯมีจำนวนรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการพัฒนา และ รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใช้ได้จริง และสามารถส่งเสริมความปลอดภัยกับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับสูงควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายเรื่องการบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์
2. ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับกลางควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดทำโครงการอบรมบุคลากรทางการแพทย์เรื่องการบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์
3. ผู้บริหารระดับต้นควรจัดทำข้อตกลงในการนิเทศพยาบาลวิชาชีพในเรื่องการบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนมที่อนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกรณีศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณรองฯฝ่ายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และ รองฯฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลนครพนมที่ได้ให้คำปรึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูล และขอขอบคุณบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลนครพนมที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทำให้กรณีศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

บรรณานุกรม

1. นภัสภรณ์ เชิงสะอาด, เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และ วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล. (2561). การพัฒนารูปแบบคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 36 (3), 147-156.
2. นียดา ดีอินทร์. (2560). ประสิทธิภาพของระบบการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
3. ยุพดี ยิ่งคำแหง. (2556). การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. การศึกษาค้นคว้าอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
4. ศิริลักษณ์ ฤทธิไธสง. (2560). การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในบริบทของพยาบาลวิชาชีพ. วารสาร กฎหมายและสาธารณสุข. 3(1), 77-87.
5. ศันสนีย์ รุ่งรัตน์รัชชัย (2554). การบริหารความเสี่ยงสำหรับพยาบาล, วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
6. สุธาสินี โพธิจันทร์ (2558). PDCA หัวใจสำคัญของการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง. วารสาร Productivity World, สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2565). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. บริษัทหนังสือดีวัน จำกัด.
7. สุขานาฏ มุสิการัตน์. (2565). การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
8. อภิษฎา อารีเอื้อ. (2566). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 8 (3), 209-216
9. อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล และคณะ (2543). ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, กรุงเทพมหานคร
10. อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล. (2559). HA Update 2016. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), พิมพ์ครั้งที่ 1, 2559. บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด
11. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. Nurse Clin North Am 2000;35(2): 301-9.

การศึกษาการคำนวณดัชนีราคา ยา ผู้ให้บริการสุขภาพสำหรับโรงพยาบาลนครพนม

วิจิต เหล่าวัฒนาถาวร, ภ.บ.

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อคำนวณดัชนีราคา ยา ในมุมมอง ผู้ให้บริการสุขภาพสำหรับโรงพยาบาลนครพนม สำหรับนำไปใช้ในการวางแผน การตั้งงบประมาณ และกำหนดนโยบาย

วิธีการศึกษา : นำรายการยาในโรงพยาบาลนครพนมมาทบทวนเพื่อจัดหมวดหมู่กลุ่มยาการรักษาตามรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2565 และคำนวณสัดส่วนต้นทุนในการซื้อยาของแต่ละรายการยาต่อต้นทุนในการซื้อยารวมทั้งปีงบประมาณ 2562 (ปีฐาน) เพื่อจัดทำตะกร้ายา จากนั้นวิเคราะห์ดัชนีราคา ยา ระหว่างปีงบประมาณ 2562 ถึง 2567 ด้วยสูตรของ ลาสเปร์ (Laspeyeres Formula)

ผลการศึกษา : รายการยาในบัญชียาโรงพยาบาล มี 718 รายการ เมื่อนำมาจัดหมวดหมู่กลุ่มยาการรักษา พบ รายการยาที่มีน้ำหนักขึ้นต้นตั้งแต่ร้อยละ 0.2 ขึ้นไป จำนวน 125 รายการ ตะกร้ายาในปีงบประมาณ 2562 (ปีฐาน) พบ 17 กลุ่มยา เป็นยาเม็ด 50 รายการ ยาฉีด 55 รายการ และอื่นๆ ภาพรวมดัชนีราคา ยา ในมุมมอง ผู้ให้บริการสุขภาพสำหรับโรงพยาบาลนครพนม มีแนวโน้มลดลง จาก 1.00 ในปีงบประมาณ 2562 ลดลงเป็น 0.95 ในปีงบประมาณ 2564 และ 0.88 ในปีงบประมาณ 2567

ข้อสรุป : โดยภาพรวมดัชนีราคา ยามีค่าลดลง การใช้ต้นทุนการจัดซื้อยาจากโปรแกรมบริหารงานคลังเวชภัณฑ์ที่มีข้อมูลรายการยาและต้นทุนการจัดซื้อ ครอบคลุมทั้งงานบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทำให้การจัดทำน้ำหนักรายการยาในตะกร้ายา มีความถูกต้อง

คำสำคัญ : ดัชนีราคา ตะกร้า น้ำหนัก ปีฐาน

Study of Calculation of Health Care Provider Price Index of Pharmaceuticals for Nakhonphanom Hospital

Vichit Laowattanathavorn, B.Sc. in Pharm.

Pharmacy Department, Nakhonphanom Hospital

Abstract

Objectives : To calculate price indexes of pharmaceuticals from healthcare providers' perspective for Nakhonphanom Hospital to be used in planning, budgeting and policy setting.

Methods : Pharmaceutical items from hospital formulary were reviewed and classified according to the National List of Essential Medicines 2022. The ratio of the pharmaceutical cost of each item to the total cost of all pharmaceutical items in the fiscal year 2019 (base year) were used to obtain the basket of pharmaceuticals. Price indexes of pharmaceuticals during the fiscal year 2019-2024 were computed by Laspeyeres Formula.

Results : The number of pharmaceutical items is hospital formulary are 718 items. Classified by the National Primary Drug List 2022, 125 items have a gross weight of 0.2% or more. Regarding the basket in fiscal year 2019 (base year), 17 drug groups were observed, including 50 tablet dosage form, 55 injections dosage form, and others. The overall price index of pharmaceuticals decreased from 1.00 in fiscal year 2019 to 0.95 in fiscal year 2021 to 0.88 in fiscal year 2024.

Conclusion : Overall, trend of the price indexes of pharmaceuticals decreased. Using drug procurement costs from the pharmaceutical inventory management program, comprising all pharmaceutical items and purchasing costs contribute to correct weight for pharmaceutical items in the basket.

Keywords : price Index, basket, weights, Base year

Corresponding : vichit7488@gmail.com

Received : December 2024

Accepted : 28 February 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1

E 277136

ความสำคัญ

ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นในช่วงหลายปีที่ผ่านมา จากข้อมูลสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายภาคครัวเรือนทั้งหมด พบว่าค่าใช้จ่ายด้านผลิตภัณฑ์ยาและเวชภัณฑ์ในปี 2562 มีมูลค่า 119,287 ล้านบาท เพิ่มเป็น 140,684 ล้านบาท ในปี 2564 และ 155,611 ล้านบาท ในปี 2566 คิดเป็นร้อยละ 31 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพ (การคิดมูลค่าของผลิตภัณฑ์ ที่ผลิตขึ้นภายในประเทศทั้งหมดในรอบหนึ่งปี โดยใช้ราคาปีปัจจุบันเป็นตัวคำนวณ มูลค่าราคาปีฐาน) หากคิดราคาปีแบบปริมาณลูกโซ่ปี 2545 พบว่า ค่าใช้จ่ายผลิตภัณฑ์ยาและเวชภัณฑ์ ในปี 2562 มีมูลค่า 110,587 ล้านบาท เพิ่มเป็น 128,173 ล้านบาท ในปี 2564 และ 140,893 ล้านบาท ในปี 2566 คิดเป็น ร้อยละ 33 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพ (การคิดมูลค่าผลิตภัณฑ์ที่ผลิตขึ้นภายในประเทศทั้งหมด แต่จะคำนวณมูลค่าโดยใช้ราคาปีใดปีหนึ่งเป็นปีฐานใช้ปี 2545 เป็นปีฐาน)¹ ซึ่งค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากปริมาณการใช้ยาที่มากขึ้น จากการที่คนไทยสามารถเข้าถึงยาได้มากขึ้นจากการ มีระบบประกันสุขภาพ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น และกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว นอกจากปัจจัยเกี่ยวกับปริมาณการใช้แล้ว ยังมีปัจจัยเรื่องราคายาที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ ยาใหม่ ยาที่มีสิทธิบัตร และ การขึ้นราคาตามสถานะเศรษฐกิจ ทำให้มีปัญหาในการควบคุมค่าใช้จ่าย² จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนด้านการเงินการคลัง

ในการวางแผนด้านการเงินการคลัง ดัชนีราคายามีความสำคัญสำหรับการกำหนดงบประมาณสำหรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสำหรับภาครัฐ³ สำนักนโยบายการลงทุน ให้ความหมายดัชนีราคา คือ เครื่องวัดราคาเฉลี่ยของสินค้าและบริการของ ปีใดปีหนึ่งเปรียบเทียบกับราคาเฉลี่ยของสินค้าและบริการในปีที่อ้างอิงหรือที่เรียกว่าปีฐาน (Base year) นั่นคือ ดัชนีราคา (Price index) เป็นค่าทางสถิติที่ใช้วัดสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ทำให้ทราบ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของราคา กล่าวคือ การติดตามแนวโน้มราคาสามารถสร้างได้จากดัชนีราคาจาก รายการยาที่จำเพาะเลือกมาในตะกร้ายา เพื่อติดตามค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงราคาในภาพรวม²

ดัชนีราคาจะใช้โครงสร้างตะกร้ายาในการจัดทำดัชนีตามรหัสยา (Drug code) ซึ่งดัชนีราคาสามารถใช้ช่วยในการวางแผน การตั้งงบประมาณ รวมทั้งการกำหนดราคาที่เกี่ยวข้องได้ สำหรับภาครัฐในประเทศไทย ดัชนีราคาเป็นระบบฐานข้อมูลที่สำคัญ ต่อการจัดทำดัชนีชี้วัดค่ายาในระบบบริการสุขภาพ² ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการคำนวณดัชนีราคาจากผู้ให้บริการสุขภาพสำหรับโรงพยาบาลนครพนม เพื่อเป็นประโยชน์ใช้ในการวางแผน การตั้งงบประมาณ และกำหนดนโยบาย

วัตถุประสงค์

เพื่อคำนวณดัชนีราคา ยา ผู้ให้บริการสุขภาพสำหรับโรงพยาบาลนครพนม เพื่อนำไปใช้ในการวางแผน การตั้งงบประมาณ และกำหนดนโยบาย

วิธีการศึกษา

ประชากร คือ รายการยาในบัญชียาโรงพยาบาลนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง คือ รายการยาในตะกร้ายา ปีงบประมาณ 2562 ที่มีสัดส่วนต้นทุนการซื้ออย่างน้อย ร้อยละ 0.2 ของต้นทุนการซื้อารวมทั้งปีงบประมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เช่น รายการยา น้ำหนักรายการยา ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

วิเคราะห์ดัชนีราคา ระหว่างปีงบประมาณ 2562 -2567 (โดยกำหนดปีงบประมาณ 2562 เป็นปีฐาน) ด้วยสูตรของ ลาสเปร์รี่ (Laspeyeres Formula) สูตรที่ใช้คำนวณเรียกว่า Modified Laspeyeres Formula

$$I_t = \left[\frac{\sum \frac{P_t}{P_{t-1}} \times P_{t-1} Q_0}{\sum P_{t-1} Q_0} \right] \times I_{t-1}$$

- I_t = ดัชนีราคา ณ เวลา t (ปัจจุบัน)
- I_{t-1} = ดัชนีราคา ณ เดือนที่ผ่านมา (t-1)
- P_t = ราคาสินค้า ณ เวลา t (ปัจจุบัน)
- P_{t-1} = ราคาสินค้า ณ เดือนที่ผ่านมา (t-1)
- Q_0 = ค่าใช้จ่ายหรือน้ำหนักแต่ละรายการ ณ ปีฐาน

การจัดทำตะกร้ายา ในการจัดทำตะกร้ายามีหลายขั้นตอน เริ่มจาก การทบทวนการจัดหมวดหมู่ยา ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้การจัดหมวดหมู่กลุ่มยาและการรักษาตามรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2565 โดยการวิเคราะห์จะกำหนดปีฐานที่ปีงบประมาณ 2562 โดยนำข้อมูลต้นทุนการซื้อยาจากฐานข้อมูลโปรแกรม บริหารงานคลังเวชภัณฑ์ มาคำนวณ สัดส่วนต้นทุนในการซื้อยาของรายการยาต่อต้นทุนในการซื้อยา รวมทั้งปีงบประมาณ 2562 จากนั้นเรียงรายการยาตามสัดส่วนจากมากไปหาน้อยที่สุด และเลือกรายการยา ที่มีสัดส่วน น้ำหนักขั้นต่ำตั้งแต่ ร้อยละ 0.2 ขึ้นไป และนำน้ำหนักรายการยาที่ไม่ถูกคัดเลือก เข้าไปรวมกับ รายการยาที่ถูกคัดเลือก เพื่อให้น้ำหนักในภาพรวมไม่มีการเปลี่ยนแปลง จะมีการรวมน้ำหนัก โดยตรง โดยอ้อม โดยรวมภายในกลุ่มการรักษาก่อนเป็นอันดับแรก ภายในหมวดหมู่ของกลุ่มยาเป็นอันดับสอง และข้ามหมวดหมู่ กลุ่มยาเป็นลำดับสุดท้าย น้ำหนักที่คำนวณของหมวดหมู่ของกลุ่มยาและการรักษาจะคงที่ และใช้ตลอด การคำนวณดัชนีราคาผู้ให้บริการสุขภาพสำหรับโรงพยาบาลนครพนม

การจัดทำดัชนีราคา ยา รายการยาตามหมวดกลุ่มยาและการรักษา ขั้นตอนแรกในการคำนวณคือการหา ราคาเฉลี่ยต่อหน่วยย่อยสุดของรายการยา เช่น ยาบรรจุ 1*1000 เม็ด หน่วยย่อยสุดคือ 1 เม็ด คำนวณ ราคาเฉลี่ย ขั้นตอนที่สอง คำนวณราคาเฉลี่ยในปีงบประมาณ 2562-2567 โดยกำหนด ปีงบประมาณ 2562 เป็นปีฐาน ขั้นตอนที่สาม หาสัดส่วน ต้นทุนในการซื้อสินค้า (ในตะกร้าสินค้าที่กำหนด) ตามราคาเฉลี่ยสินค้า ของปีงบประมาณ (ปีงบประมาณที่คำนวณดัชนี) เทียบกับต้นทุนในการซื้อสินค้า (ในตะกร้าสินค้านั้น) ณ ปีฐาน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม ได้ออกใบรับรองการอนุมัติ เลขที่ NP – EC11 -No. 42/2567 ลงวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ. 2567

นิยามศัพท์เฉพาะ

ดัชนีราคา ยา (Price Index of Pharmaceuticals) : ตัวชี้วัดการเปลี่ยนแปลงราคา ยา ในช่วงเวลาหนึ่ง เปรียบเทียบกับปีฐาน

ดัชนีราคา ยา ผู้ให้บริการสุขภาพสำหรับโรงพยาบาลนครพนม (Health Care Provider Price Index of Pharmaceuticals for Nakhonphanom Hospital) : ตัวชี้วัดการเปลี่ยนแปลงราคา ยา ที่โรงพยาบาลนครพนม ได้รับ ในช่วงเวลาหนึ่งเปรียบเทียบกับปีฐาน

ตะกร้า ยา (Basket of Pharmaceuticals) : รายการยา ที่นำมาใช้ในการคำนวณดัชนีราคา ยา ผู้ให้บริการสุขภาพสำหรับโรงพยาบาลนครพนม โดยเลือกรายการยาที่โรงพยาบาลนครพนมมีส่วนในการจัดซื้อ น้ำหนัก ขึ้นต้นตั้งแต่ร้อยละ 0.2 ขึ้นไป

น้ำหนักรายการยา (Weight) : การให้ความสำคัญแก่รายการยาที่โรงพยาบาลนครพนมจัดซื้อ ตามต้นทุน ที่จ่ายออกไป โดยรายการยาที่มีน้ำหนักมากจะแสดงถึงการที่โรงพยาบาลนครพนมมีต้นทุนในการซื้อรายการยา นั้นมาใช้มาก ส่วนรายการยาที่มีน้ำหนักน้อยก็แสดงถึงการที่โรงพยาบาลนครพนมมีต้นทุนในการซื้อรายการยา นั้นมาใช้น้อย

ปีฐาน (Base Year) : ปีที่กำหนดให้ดัชนีราคาผู้บริโภคเฉลี่ยทั้งปีมีค่าเท่ากับ 100 ซึ่งปกติจะเลือกปีที่ภาวะ เศรษฐกิจเป็นปกติ

ผู้ให้บริการสุขภาพสำหรับโรงพยาบาลนครพนม หมายถึง โรงพยาบาลนครพนม

การรวมน้ำหนักโดยตรง คือการเอาน้ำหนักของรายการที่ไม่ถูกคัดเลือกไปรวมกับรายการที่ถูกคัดเลือกโดยตรง โดยมีหลักเกณฑ์ว่า รายการที่นำไปรวมด้วยนั้นจะต้องมีลักษณะใกล้เคียงกัน

การรวมน้ำหนักโดยอ้อม คือการเปลี่ยนน้ำหนักของรายการสินค้าที่ไม่ถูกคัดเลือกไปให้รายการทุกรายการที่ถูก คัดเลือกในหมวดเดียวกันตามสินค้านั้นๆ ส่วนใหญ่รายการสินค้าที่ไม่เข้าหลักเกณฑ์การรวมน้ำหนักโดยตรง ก็จะทำให้การเปลี่ยนน้ำหนัก

ผลการศึกษา

การคำนวณดัชนีราคา ยา ผู้ให้บริการสุขภาพสำหรับโรงพยาบาลนครพนม ใช้ข้อมูลจากโปรแกรมบริหารงานคลังเวชภัณฑ์ ในเบื้องต้นมีรายการยาที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 125 รายการ จาก 718 รายการ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของรายการยาพื้นฐาน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน
รายการยาในปีงบประมาณ 2562	718 รายการ
รายการยาในปีงบประมาณ 2562 ที่มีน้ำหนักไม่น้อยกว่าร้อยละ 0.2 ของต้นทุนรวม	125 รายการ

โครงสร้างตะกร้ายาพื้นฐาน พบ 17 กลุ่มยา เป็นยาเม็ด 50 รายการ ยาฉีด 55 รายการ และอื่นๆ รวม 125 รายการ รายการยาที่มีน้ำหนักมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ Alteplase (ร้อยละ 4.40), Erythropoietin beta (ร้อยละ 3.56), Erythropoietin alfa 3000 iu. /0.3ml. (ร้อยละ 3.15) ตามลำดับ

การเปลี่ยนแปลงดัชนีราคา ยาปีงบประมาณ 2567 เทียบกับปีฐาน พบดัชนีราคา ยาสูงกว่า 25 รายการ อาทิ Methyl salicylic (1.60), Iodine povidone (1.60), antacid suspension (1.36), Paracetamol suspension (1.31), MMR vaccine (1.26) เป็นต้น ดัชนีราคา ยาคงที่ 24 รายการ ส่วนใหญ่เป็นยาต้นแบบ อาทิ Dabigatran, Alteplase, Seretide accuhaler และดัชนีราคา ยาลดลง 76 รายการ ส่วนใหญ่เป็นยาเลียนแบบ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 โครงสร้างตะกร้ายา แยกตามกลุ่มยา/รายการยา และการเปลี่ยนแปลงดัชนีราคา ยาเทียบปีฐาน

กลุ่มยา/รายการยา	ต้นทุน	น้ำหนัก (%)	ดัชนีราคา					
			2562	2563	2564	2565	2566	2567
1. Gastro-intestinal system								
antacid suspension	333,600	0.66	1.00	1.00	1.00	1.00	1.08	1.36
lactulose	267,000	0.64	1.00	0.97	0.97	0.94	0.90	0.90
octreotide	989,736	1.08	1.00	0.99	0.99	0.79	0.76	0.74
omeprazole sodium	543,292	0.59	1.00	0.97	0.96	0.96	0.95	0.94
omeprazole	722,700	0.79	1.00	1.00	1.00	0.97	0.92	0.91
pantoprazole	307,500	0.34	1.00	0.98	1.03	1.03	0.88	0.83
2. Cardiovascular system								
Carvedilol	374,000	0.72	1.00	1.00	1.00	0.67	0.61	0.61
enalapril maleate	291,000	0.33	1.00	1.07	1.07	1.07	0.93	0.91

Corresponding : vichit7488@gmail.com

Received : December 2024

Accepted : 28 February 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1

E 277136

hydralzine	964,2	1.11	1.00	0.66	0.64	0.35	0.31	0.31
Losartan	425,280	0.49	1.00	1.00	0.99	0.89	0.88	0.88
nicardipine	918,442	0.94	1.00	0.75	0.75	0.65	0.55	0.55
amlodipine	1,338,300	1.37	1.00	0.87	0.78	0.70	0.52	0.52
manidipine HCl	525,412	0.54	1.00	0.99	0.53	0.47	0.47	0.42
Lercanidipine	380,064	0.39	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
norepinephrine	706,200	0.76	1.00	0.91	0.73	0.48	0.48	0.48
heparin sodium	384,000	0.58	1.00	1.09	1.40	1.10	1.15	1.23
enoxaparin sodium	330,501	0.50	1.00	1.00	0.98	0.98	0.98	0.90
Dabigatran	242,590	0.37	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Aspirin	280,255	0.28	1.00	1.05	1.05	1.05	1.05	1.03
Cilostazol	391,680	0.39	1.00	0.93	0.93	0.93	0.71	0.71
cilostazol	995,629	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.91	0.90
Alteplase	4,903,275	4.40	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
tranexamic acid	924,480	0.87	1.00	1.00	0.78	0.78	0.75	0.74
simvastatin	1,013,700	0.96	1.00	0.96	1.11	0.96	0.96	0.96
Ezetimibe	395,857	0.37	1.00	0.80	0.61	0.56	0.38	0.27
atorvastatin	1,541,250	1.45	1.00	0.87	0.77	0.33	0.29	0.29
fenofibrate	655,620	0.62	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
fenofibrate	748,000	0.71	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
3.Respiratory systems								
Berodual Forte	282,908	0.55	1.00	0.87	0.87	0.95	0.97	1.16
tiotropium bromide	360,782	0.70	1.00	0.89	0.89	0.89	0.89	0.89
Fluticasone furoate	389,266	0.48	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Seretide Accuhaler	1,201,824	1.49	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Seretide Accuhaler	1,504,591	1.87	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Fexofenadrine HCl	353,100	0.81	1.00	1.00	1.00	1.00	0.71	0.51
poractant alpha	240,000	0.24	1.00	1.12	0.96	1.00	1.00	1.00
4.Central nervous system								

Corresponding : vichit7488@gmail.com

Received : December 2024

Accepted : 28 February 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1

E 277136

paracetamol	477,000	0.54	1.00	0.90	0.90	0.83	1.42	1.08
paracetamol	350,000	0.39	1.00	1.00	1.00	1.36	1.61	1.31
fentanyl citrate	372,000	0.81	1.00	1.01	1.03	1.03	1.03	1.03
gabapentin	321,000	0.70	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.84
sodium valproate	549,166	0.74	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
phenytoin	1,016,500	1.36	1.00	0.92	0.89	0.93	0.93	0.79
levetiracetam	1,119,600	1.50	1.00	0.85	0.62	0.62	0.30	0.17
levetiracetam	888,169	1.19	1.00	0.70	0.62	0.51	0.34	0.31
Topiramate	233,944	0.31	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Levodopa+Benserazide	591,272	0.89	1.00	0.90	0.90	0.90	0.88	0.83
rasagiline	268,944	0.40	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
entacapone	662,437	0.99	1.00	0.99	0.99	0.99	0.99	0.65
5.Infections								
cefazolin sodium	428,000	0.54	1.00	1.21	1.18	1.08	1.15	1.22
ceftriaxone sodium	380,160	0.48	1.00	1.06	1.09	1.08	1.05	1.03
cefixime	470,800	0.60	1.00	0.95	0.91	0.88	0.86	0.86
ceftazidime	1,527,332	1.94	1.00	0.97	0.97	0.92	1.03	1.07
clindamycin phosphate	370,332	0.47	1.00	0.97	0.97	0.99	1.06	1.09
dicloxacillin sodium	254,400	0.32	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.04
Amoxicillin+clavulanic acid	304,500	0.39	1.00	0.99	0.97	0.96	1.09	1.11
Amoxicillin+clavulanic acid	497,718	0.63	1.00	0.98	1.23	0.98	0.90	1.03
ertapenem	434,858	0.55	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
piperacillin+tazocin	448,306	0.57	1.00	0.95	0.95	0.96	0.96	0.94
meropenem	2,020,656	2.56	1.00	0.91	0.87	0.91	1.05	1.04
acyclovir	243,504	0.40	1.00	0.98	0.98	0.84	0.84	0.84
Oseltamivir	706,250	1.15	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
metronidazole	440,400	0.41	1.00	1.00	1.00	0.93	1.02	1.14

Corresponding : vichit7488@gmail.com

Received : December 2024

Accepted : 28 February 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1

E 277136

iodine povidone	234,500	0.47	1.00	1.00	1.00	1.00	1.31	1.60
6.Endocrine system								
glipizide	466,695	0.46	1.00	0.91	0.88	0.88	0.88	0.88
metformin	1,153,950	1.14	1.00	0.85	0.65	0.61	0.67	0.66
insulin mix	1,521,668	1.51	1.00	0.98	0.98	0.97	0.98	1.02
insulin intermediated acting	685,784	0.68	1.00	1.00	1.00	0.93	0.93	0.96
Insulin glargine	577,800	0.57	1.00	1.00	1.00	0.90	0.80	0.71
pioglitazone HCl	461,000	0.46	1.00	0.98	0.98	0.97	0.97	0.97
linagliptin	1,922,683	1.90	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
empagliflozin	1,309,439	1.30	1.00	0.98	0.95	0.95	0.95	0.95
methylprednisolone	1,185,025	1.49	1.00	1.00	1.00	0.68	0.65	0.61
7.Obstetrics, gynecology and urinary-tract disorders								
etonogestrel	439,128	0.51	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
finasteride	345,000	0.43	1.00	1.00	1.00	1.00	0.92	0.78
tamsulosin HCl	546,342	0.69	1.00	0.80	0.76	0.76	0.76	0.76
silodosin	306,448	0.39	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.85
8.Malignant disease and immunosuppression								
oxaliplatin	263,765	0.38	1.00	1.00	1.00	0.80	0.80	0.80
aflibercept	468,488	0.67	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.99
Oseltamivir	288,000	0.46	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
9.Nutrition and blood								
epoetin alfa 3000 iu.	3,505,320	3.15	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
epoetin beta	3,960,876	3.56	1.00	1.00	1.00	0.92	0.88	0.88
epoetin alfa	539,280	0.48	1.00	1.00	1.00	1.00	0.60	0.60
deferasirox	309,551	0.28	1.00	0.25	0.21	0.20	0.18	0.16
iron sucrose	227,268	0.20	1.00	0.91	0.91	0.84	0.74	0.66
sterile water for injection	318,250	0.36	1.00	0.96	0.96	0.75	0.90	0.70

Corresponding : vichit7488@gmail.com

Received : December 2024

Accepted : 28 February 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1

E 277136

0.9 sodium chloride Twist cap	810,000	0.91	1.00	0.98	1.00	0.90	0.83	0.75
0.9 sodium chloride	2,811,220	3.14	1.00	0.99	0.99	0.78	0.81	0.69
5 dextrose in 1/2 str.NSS	442,500	0.49	1.00	0.97	1.00	0.78	0.88	0.72
5 dextrose in water	616,880	0.69	1.00	0.99	0.99	0.77	0.93	0.71
glucose	306,400	0.34	1.00	1.04	1.04	1.04	1.03	1.03
0.9 sodium chloride	1,431,600	1.60	1.00	0.91	0.91	0.70	0.92	0.69
peritoneal dialysis	284,855	0.32	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
folic acid	244,000	0.67	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
vitamin B complex	266,000	0.73	1.00	1.00	1.00	0.92	1.00	1.00
albumin	293,341	0.36	1.00	0.98	0.96	0.96	1.14	0.99
B fluid	348,632	0.43	1.00	0.92	0.69	0.69	0.69	0.69
Smofkabiven (Three-in-one parenteral nutrition)	477,220	0.59	1.00	0.98	0.94	0.94	0.94	0.94
ferrous fumarate	240,000	0.41	1.00	1.00	0.99	0.98	1.09	1.08
Triferdine (KI+folic+Fe)	240,000	0.21	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.07
10.Musculoskeletal and joint diseases								
etoricoxib	569,240	1.94	1.00	1.00	1.00	1.00	0.62	0.21
methyl salicylic	237,750	0.25	1.00	1.00	1.00	1.00	1.13	1.60
11.Eye								
fusidic acid	421,312	0.77	1.00	1.00	1.09	1.09	1.09	1.09
cosopt ED	239,680	0.40	1.00	1.00	1.00	0.97	0.95	0.95
brimonidine tartrate	647,136	1.09	1.00	0.98	0.96	0.66	0.66	0.66
sodium hyaluronate	674,100	0.94	1.00	1.00	0.96	0.92	0.92	0.92
hypromellose	306,780	0.43	1.00	0.96	0.96	0.96	0.95	0.92
12.Ear, nose, oropharynx and oral cavity								
13.Skin								
cyclosporin	1,067,325	1.50	1.00	0.99	0.91	0.91	0.91	0.87
acitretin	241,477	0.34	1.00	0.97	0.89	0.89	0.89	0.89

Corresponding : vichit7488@gmail.com

Received : December 2024

Accepted : 28 February 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1

E 277136

calcipotriol	321,000	0.45	1.00	1.04	1.05	1.05	1.05	0.98
14.Immunological products and vaccines								
rabies immunoglobulin ,human	505,870	0.64	1.00	0.87	0.97	0.97	0.97	0.97
rabies immunoglobulin ,horse	295,800	0.37	1.00	0.90	0.87	0.74	0.73	0.71
MMR vaccine injection	394,331	0.50	1.00	1.01	1.02	1.01	1.01	1.26
IPV vaccine	356,584	0.45	1.00	1.00	1.00	0.97	0.90	0.70
PVRV rabies vac. Injection	245,999	0.31	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
J.E.vaccine1 ds injection	338,482	0.43	1.00	0.97	0.89	0.91	0.94	1.04
CPRV rabies vac. Injection	442,000	0.56	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
15.Anesthesia								
cisatracurium besylate	479,094	0.68	1.00	0.95	0.95	0.86	0.86	0.86
sevoflurane	1,100,160	1.56	1.00	0.97	0.97	0.83	0.83	0.83
16.Drugs used in poisoning and toxicology								
sevelamer carbonate	251,664	0.39	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
deferoxamine mesilate	518,415	0.56	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
17.Contrast media and radiopharmaceuticals								
iopamidol300 injection	732,780	0.64	1.00	1.00	1.00	0.80	0.69	0.69
iopromide injection370	585,825	0.50	1.00	1.00	1.00	0.95	0.95	0.95
18.สมุนไพร								
โพลีครีม cream 140mg/g	300,000	0.52	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.92
ขมิ้นชัน capsule	241,392	0.42	1.00	0.76	0.68	0.68	0.68	0.68
ยาอมมะแว้งรสบ๊วย tablet	232,200	0.40	1.00	0.79	0.69	0.68	0.69	0.69
ยาน้ำแก้ไอมะขามป้อม syrup	250,000	0.43	1.00	0.95	0.90	0.90	0.90	0.90

โครงสร้างตะกร้ายาในปฏิฐาน แยกตามกลุ่มยา พบกลุ่มยาที่ไม่ถูกคัดเลือกคือ กลุ่มที่ 12 Ear, nose, oropharynx and oral cavity กลุ่มยาที่ถูกคัดเลือกและมีน้ำหนักมากที่สุด สามลำดับแรก คือ กลุ่มยาที่ 2

Corresponding : vichit7488@gmail.com

Received : December 2024

Accepted : 28 February 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1

E 277136

Cardiovascular system (ร้อยละ 19.13) กลุ่มยาที่ 9 Nutrition and Blood (ร้อยละ 18.89) และกลุ่มยาที่ 5 Infections (ร้อยละ 11.46) ตามลำดับ

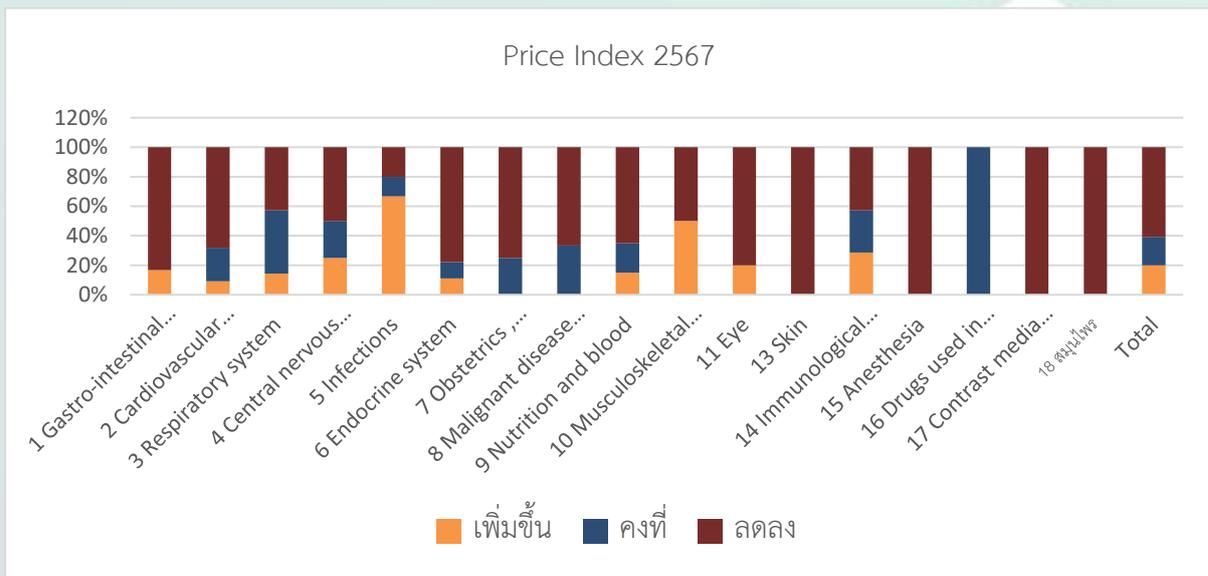
การเปลี่ยนแปลงดัชนีราคา ยา พบว่า ภาพรวมมีแนวโน้มลดลง โดยปีฐานมีค่า 1.00 ลดลงเป็น 0.95 ในปีงบประมาณ 2564 และ 0.88 ในปีงบประมาณ 2567 และพบรูปแบบการเปลี่ยนแปลงดัชนีราคา 3 รูปแบบ รูปแบบที่ 1 เพิ่มขึ้น ได้แก่ กลุ่มยาที่ 5 Infections ปีฐานมีค่า 1.00 เพิ่มขึ้นเป็น 1.01 ในปีงบประมาณ 2564 และ 1.07 ในปีงบประมาณ 2567 รูปแบบที่ 2 คงที่ ได้แก่ กลุ่มยาที่ 16 Drugs used in poisoning and vaccines ดัชนีราคา 1.00 ทุกปีงบประมาณ และรูปแบบที่ 3 ลดลง ได้แก่ 15 กลุ่มยาที่เหลือ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 โครงสร้างตะกร้ายา แยกตามกลุ่มยา และการเปลี่ยนแปลงดัชนีราคา เทียบปีฐาน

กลุ่มยา	น้ำหนัก (%)	ดัชนีราคา					
		2562	2563	2564	2565	2566	2567
1 Gastro-intestinal system	4.09	1.00000	0.98424	0.98948	0.94695	0.91401	0.94686
2 Cardiovascular system	19.13	1.00000	0.95190	0.91428	0.81704	0.76951	0.75941
3 Respiratory system	6.13	1.00000	0.98211	0.95926	0.97707	0.93795	0.93729
4 Central nervous system	9.81	1.00000	0.93985	0.91343	0.93118	0.95869	0.83353
5 Infections	11.46	1.00000	0.99851	1.00775	0.96861	1.02165	1.06820
6 Endocrine system	9.50	1.00000	0.96597	0.93722	0.87709	0.87039	0.86309
7 Obstetrics , gynecology and urinary tract disorders	2.01	1.00000	0.94953	0.93944	0.93944	0.91854	0.84834
8 Malignant disease and immunosuppression	1.51	1.00000	1.00000	1.00000	0.93440	0.93440	0.93025
9 Nutrition and blood	18.89	1.00000	0.94454	0.92989	0.85823	0.87777	0.81855
10 Musculoskeletal and joint diseases	2.19	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	0.87573	0.90534
11 Eye	3.63	1.00000	0.98852	0.99511	0.92197	0.91518	0.90960
12 Skin	2.29	1.00000	0.99916	0.95165	0.95107	0.95107	0.91219
13 Immunological products and vaccines	3.26	1.00000	0.96411	0.96236	0.94361	0.93482	0.95372
14 Anesthesia	2.24	1.00000	0.96017	0.96017	0.84704	0.84704	0.84704

15 Drugs used in poisoning and toxicology	0.95	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000
16 Contrast media and Radiopharmaceuticals	1.14	1.00000	1.00000	1.00000	0.87849	0.81516	0.81516
17 สมุนไพร	1.77	1.00000	0.87520	0.81613	0.81465	0.81613	0.79544
รวม	100	1.00000	0.96720	0.95215	0.90540	0.89914	0.88070

การเปลี่ยนแปลงดัชนีราคายาปีงบประมาณ 2567 พบว่า ภาพรวม รายการยามีดัชนีราคาขาดลง (ร้อยละ60.80)ของรายการยาทั้งหมด โดยดัชนีราคาขาดลงทุกรายการ ในกลุ่มยาที่ 15 Anesthesia 17 Contrast media and Radiopharmaceuticals และ 18 สมุนไพร ดัชนีราคาขาดที่ทุกรายการ ในกลุ่มยาที่ 16 Drugs used in poisoning and toxicology ยกเว้น กลุ่มยาที่ 5 Infections และ 10 Musculoskeletal and joint diseases มีรายการยาที่ดัชนีราคาเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ของรายการยาในกลุ่มยา ดังแสดงในรูปภาพที่ 1



ภาพที่ 1 การเปลี่ยนแปลงดัชนีราคายา2567เทียบกับปีฐาน(ร้อยละของรายการยา)

อภิปราย

ข้อดีในการจัดทำดัชนีราคายาในครั้งนี้ โรงพยาบาลนครพนม จะมีเครื่องมือในทางสถิติ และมีข้อมูล แนวโน้ม การเปลี่ยนแปลงราคา ที่จำเพาะกับโรงพยาบาล เนื่องจาก การเลือกรายการยา การกำหนดลักษณะ จำเพาะของยา การกำหนดพื้นที่จัดเก็บต้นทุนยา การกำหนดแหล่งจัดเก็บต้นทุน การจัดเก็บต้นทุน ระยะเวลาใน การเก็บ งบประมาณในจัดทำ จะถูกกำหนดให้ใช้ข้อมูลจากกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลนครพนม การ เปลี่ยนแปลงรายการยาที่มีผลกระทบต่อตะกร้ายา สามารถกำหนดลักษณะจำเพาะของสินค้าใหม่แทนได้ ทำให้ ตะกร้ายามีความถูกต้อง และเหมาะสมสำหรับโรงพยาบาล การคำนวณดัชนีราคายา สามารถใช้ต้นทุนการจัดซื้อ การเชื่อมของราคาเนื่องจากการสับเปลี่ยนรายการยา หรือเปลี่ยนลักษณะคุณภาพจำเพาะใหม่ ที่เกิดขึ้นใน โรงพยาบาล สามารถแก้ไขปัญหาได้

ประโยชน์ที่ได้จากการจัดทำดัชนีราคายา คือการแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงราคา ยา จากการวิจัยพบ ภาพรวมดัชนีราคายาที่มีแนวโน้ม ลดลง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 ถึง 2567 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิลวรรณ และคณะ² ซึ่งพัฒนาดัชนีราคาซื้อยา ในช่วงปี 2561-2562 โดยใช้ข้อมูลการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ทั้งประเทศจากฐานข้อมูล 43 แห่ง และการคำนวณดัชนีราคา ใช้ข้อมูลการจัดซื้อตามโครงสร้างแฟ้มมาตรฐาน ข้อมูลการบริหารเวชภัณฑ์ยา กระทรวงสาธารณสุขของสถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10 พบดัชนีราคา ในภาพรวมลดลงร้อยละ 57.6 เทียบปีฐาน และ สุพล และคณะ³ ซึ่งทำการพัฒนาดัชนีราคาผู้ให้บริการสุขภาพ ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2555 ที่ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล 18 แห่งมาตรฐาน 8 จังหวัดน่านของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีข้อมูลรายการยาที่ใช้ในผู้ป่วยนอกเท่านั้น และเป็นฐานข้อมูลการใช้ยา ไม่ใช่ฐานข้อมูลการสั่งซื้อยา ดังนั้นราคาใช้คำนวณคือราคาขาย แต่ภาพรวมดัชนีราคาลดจากปีฐาน ร้อยละ 4.27 แต่แตกต่างจากข้อมูลสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่ข้อมูลสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้าน สุขภาพ (ค่าใช้จ่ายด้านผลิตภัณฑ์ยาและเวชภัณฑ์) ต่อค่าใช้จ่ายภาคครัวเรือนทั้งหมด เพิ่มขึ้น จากปีฐาน ซึ่งฐานข้อมูลในการจัดเก็บเป็นข้อมูลทั่วประเทศ ทั้งภาคเอกชนและภาครัฐ ประโยชน์ในการจัดทำดัชนีราคา ยา จะได้ผลลัพธ์ที่ใช้ได้จริงในโรงพยาบาล การลดลงของดัชนีราคา ยา มีผลต่อกำลังซื้อและกำไรที่เพิ่มขึ้น จากกองทุนต่างๆ ซึ่งเหมาะจ่ายค่ารักษาพยาบาล อาทิ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม เป็นต้น ผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถคาดการณ์กำไรที่จะได้รับในปีงบประมาณ และสามารถวางแผนการขยาย งานตามแผนระยะยาวของโรงพยาบาล และใช้เป็นเกณฑ์ในการเปรียบเทียบกับดัชนีราคาของโรงพยาบาล ที่มีระดับการให้บริการที่ใกล้เคียงกัน เพื่อดูประสิทธิภาพการบริหารจัดการของหมวดวัสดุยา และประโยชน์ที่ได้ ในระดับกลุ่มยาและรายการยา ผู้บริหารสามารถกำหนดนโยบาย อาทิ นำรายการยาเลียนแบบเข้าแทนที่ยา ต้นแบบ การนำนโยบาย Rational Drug Use (RDU) เข้ามากำกับการใช้ยาในกลุ่ม Antibiotics เนื่องจาก

ดัชนีราคาขายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็นต้น ซึ่งโรงพยาบาลจะได้รับประโยชน์จากการใช้ยาที่สมเหตุสมผลตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลลดต้นทุนยา และกำไรที่เพิ่มขึ้นในระบบที่กองทุนเหมาจ่ายให้โรงพยาบาล

ข้อจำกัด ของการจัดทำดัชนีราคาขายในครั้งนี้ เน้นที่ราคา การจัดรายการยาในกลุ่มยาพิจารณาตามมติคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด และตะกร้ายาในการวิจัยในครั้งนี้ ไม่รวมรายการยาที่ได้รับการสนับสนุน ถ้าในอนาคตการสนับสนุนถูกยกเลิก โรงพยาบาลต้องรับภาระในเรื่องต้นทุนของยา ต้องมีการจัดทำตะกร้ายาใหม่ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ ดัชนีราคาขายที่จัดทำในครั้งนี้ ใช้สำหรับโรงพยาบาลนครพนมแห่งเดียว การนำไปใช้อ้างอิงควรใช้กับโรงพยาบาลที่มีขนาดใกล้เคียงและใช้พื้นฐานในการคำนวณเหมือนกัน และ ควรทบทวนและปรับปรุงตะกร้ายา เพื่อให้ข้อมูลทันสมัย และพร้อมใช้ ในอนาคต การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยจะทำให้ข้อมูลที่ได้มีการประมวลผลทันที และควรขยายการจัดทำดัชนีราคาไปยังหมวดวัสดุอื่นๆ ต่อไป

ข้อสรุป

การใช้ข้อมูลการจัดซื้อยาจากโปรแกรมบริหารงานคลังเวชภัณฑ์ ทำให้มีข้อมูลรายการยาและต้นทุนการจัดซื้อ ครอบคลุมทั้งงานบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทำให้การจัดทำน้ำหนักรายการยาในตะกร้ายา มีความถูกต้อง และพบว่าในภาพรวมดัชนีราคาขายมีแนวโน้มลดลง ดังนั้นหากมีการติดตามดัชนีราคาขายอย่างต่อเนื่อง โดยพัฒนากระบวนการจัดการข้อมูลในรูปแบบอัตโนมัติ ก็จะได้ข้อมูลที่มีการประมวลผลทันที ทำให้การตัดสินใจในการวางแผนงบประมาณได้ดีขึ้น และควรขยายไปยังหมวดต้นทุนอื่นๆ ของโรงพยาบาล

คำขอบคุณ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์ นฤพนธ์ ยุทธเกษมสันต์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และเพื่อนๆ ที่กรุณาให้คำแนะนำ วางแผนการศึกษา ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

บรรณานุกรม

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ค่าใช้จ่ายด้านผลิตภัณฑ์ยาและเวชภัณฑ์) ต่อค่าใช้จ่ายภาคครัวเรือนทั้งหมด (GDP) ปี พ.ศ. 2545-2566 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ:สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2568 [สืบค้นเมื่อ 31 ม.ค. 2568]. สืบค้นจาก: <https://www.nesdc.go.th>.
2. นิลวรรณ อยู่ภักดี, พุดตาน พันธุ์เณร, พัฒนวิไล นามหินหงส์, อัญชลี จิตรรักนที, อุไรวรรณ บุญแก้วสุข, จุฑามาศ จิตผ่อง, และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำดัชนีราคาค่าแรงบุคลากรและดัชนีราคายา หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระยะที่ 2. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.); 2564.
3. สุปล ลิ้มวัฒนานนท์, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ. การศึกษาความเป็นไปได้ในการคำนวณดัชนีราคายา ผู้ให้บริการสุขภาพสำหรับโรงพยาบาลในประเทศไทยจากข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน ปี 2555. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.); 2556.

การพัฒนาระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัย จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ณรงค์ชัย จันทร์พร¹

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานพัฒนาระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยของจังหวัดนครพนม ซึ่งพัฒนาตามแนวทางระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยจังหวัดของสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย (สสอป.) กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการศึกษา: ประเมินกระบวนการปฏิบัติงานรายประเด็นของกระบวนการพัฒนาระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยจังหวัดนครพนม ประเมินทั้งหมด 4 หัวข้อ ประกอบด้วย 1 ประเมินนโยบายและการบริหารจัดการ 2 ประเมินการปฏิบัติการ 3 ประเมินการทบทวนและประเมินผล และ 4 ประเมิน เอกสารบันทึกและรายงาน รวมทั้งการเก็บรักษา เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารการดำเนินงาน รายงานการประเมินผลการปฏิบัติงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยคณะกรรมการของสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุขโดยใช้แบบประเมินสำเร็จรูปที่คณะกรรมการกำหนดขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวมคะแนนจากแบบประเมินแล้วคำนวณเป็นร้อยละของคะแนนเต็ม ซึ่งกำหนดให้คะแนนการประเมินทั้ง 4 หัวข้อรวมเป็น 100 คะแนน เกณฑ์ตัดสิน คือ จังหวัดที่ระบบอาหารปลอดภัยผ่านเกณฑ์ผลการประเมินแต่ละหัวข้อผ่านอย่างน้อยร้อยละ 60 และทุกหัวข้อรวมกัน—ผ่านร้อยละ 60 เช่นกัน เกณฑ์จังหวัดที่เป็นระดับต้นแบบระบบคุณภาพอาหารปลอดภัย คือระดับอ้างอิงสากล ผลการประเมินจะต้องได้คะแนนร้อยละ 80 ทุกหัวข้อ และรวมกันต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ 91 ขึ้นไป

ผลการศึกษา: พบว่ากระบวนการดำเนินงานของจังหวัดนครพนมประกอบด้วย การประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานอาหารปลอดภัย จังหวัดนครพนม การประเมินและแก้ไขจุดบกพร่องที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ และการจัดทำแผนบูรณาการอาหารปลอดภัยตลอดห่วงโซ่อาหารของจังหวัดนครพนม การอนุมัติแผนโดยผู้ว่าราชการจังหวัดนครพนมและการส่งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินงานและรายงานผลตามแผนงาน ผลการประเมินจากคณะกรรมการของสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมได้คะแนนผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 หัวข้อ โดยมีคะแนนรวม ร้อยละ 92.63 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ระดับอ้างอิงสากล และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับรองจังหวัดนครพนมเป็นจังหวัดต้นแบบระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัย

สรุป: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมได้ผ่านการประเมินระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยจังหวัดจากสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย (สสอป.) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เป็นจังหวัดต้นแบบระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยระดับอ้างอิงสากล เพื่อนำผลที่ได้ไปปรับปรุงและพัฒนาการบริหารจัดการความปลอดภัยของจังหวัดนครพนมต่อไป

คำสำคัญ: พัฒนา, ระบบคุณภาพ, อาหารปลอดภัย

Development Procedure of Provincial Food Safety Quality System of Nakhon Phanom Province fiscal year 2022

Narongchai Chanporn¹

Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Nakhon Phanom Provincial Public Health Office.

Abstract

Objective: This study aimed to study the results of the development of food safety quality system in Nakhon Phanom Province, which was developed according to the Provincial Food Safety Quality System guidelines of the Bureau of Food Safety Extension and Support, Ministry of Public Health.

Material and methods: The evaluation format was a process evaluation by evaluating the work process in each issue of the Food Safety Quality System development process in Nakhon Phanom Province. A total of 4 topics were assessed, consisting of : 1. Policy Making and management 2. Implementation 3. Review and Evaluation 4. Documentation and Record Keeping. Secondary data were collected from operational documents and performance evaluation reports of the Nakhon Phanom Provincial Public Health Office by the committee of the the Bureau of Food Safety Extension and Support, Ministry of Public Health., using a ready-made evaluation form developed by the committee. Data was analyzed by combining scores from the evaluation form and calculating the percentage of the full score, which was set to give a total of 100 points for all 4 evaluation topics. The criteria were: the provinces whose food safety systems passed the criteria, the results of the evaluation of each topic passed at least 60 percent and all topics combined passed 60 percent as well. The criteria for the model province for food safety quality system. The international reference level, the evaluation results must score 80 percent for all topics and combined must pass the criteria of 91 percent or more.

Results: The evaluation results found that the operational process of Nakhon Phanom Province consisted of meetings of the committee and the working group on food safety of Nakhon

Corresponding : prince_thung@yahoo.com

Received : December 2024

Accepted : 28 February 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1

E 277092

Phanom Province, assessment and correction of deficiencies that had not yet passed the criteria, and preparation of an integrated plan for food safety throughout the food chain of Nakhon Phanom Province, approval of the plan by the governor of Nakhon Phanom Province, and submission to relevant agencies to operate and report results according to the plan. The evaluation results from the the Bureau of Food Safety Extension and Support, Ministry of Public Health. found that The Nakhon Phanom Provincial Public Health Office passed all 4 criteria with a total score of 92.63 percent, which is considered to be at the international reference level. The Office of the Permanent Secretary of the Ministry of Public Health has certified Nakhon Phanom Province as a prototype Provincial Food Safety Quality System.

Conclusion: The Nakhon Phanom Provincial Public Health has passed the the Bureau of Food Safety Extension and Support, Ministry of Public Health, in fiscal year 2022. It is a model province for a food safety quality system at an international reference level.

To use the results to further improve and develop safety management in Nakhon Phanom Province.

Keywords: develop, quality system, food, safety

บทนำ

สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย (สสอป.) กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยภายใต้นโยบายของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข โดยมีบทบาทสำคัญในการบูรณาการการทำงานร่วมกันของทุกหน่วยงานตลอดห่วงโซ่อาหาร โดยเน้นในระดับจังหวัด และจะมีการเชื่อมโยงไปยังส่วนกลางและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในปีงบประมาณ 2559 สสอป.ได้จัดทำคู่มือระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยจังหวัด (Procedure of Provincial Food Safety Quality System) ฉบับปรับปรุง ปี 2559 เพื่อเป็นแนวทางให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศดำเนินการพัฒนาระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยจังหวัด ซึ่งสอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศด้านความปลอดภัยอาหาร (International Health Regulations ; IHR,2005:Version 2) แนวทางการควบคุมอาหารปลอดภัยระหว่างประเทศ (Codex Committee on Food Import and Export Inspection and Certification system: CCFICS; CAC/GL 82-2013) โดยระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยจังหวัด มี 4 ส่วน ได้แก่ หัวข้อที่ 1 นโยบายและการบริหารจัดการ (Policy Making and management) หัวข้อที่ 2 การปฏิบัติการ (Implementation) หัวข้อที่ 3 การทบทวนและประเมินผล (Review and Evaluation) และ หัวข้อที่ 4 เอกสารบันทึกและรายงานรวมทั้งการเก็บรักษา (Documentation and Report Keeping) ซึ่งระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยของประเทศไทยได้ตอบสนองกฎอนามัยระหว่างประเทศ ปี 2548 ที่มุ่งพัฒนาสมรรถนะด้านอาหารปลอดภัยที่มุ่งการสร้างระบบการควบคุมอาหารปลอดภัยตลอดห่วงโซ่อาหารแบบบูรณาการ โดยสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัยได้เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2558 ในลักษณะโครงการบูรณาการและมีการทำจังหวัดต้นแบบระบบคุณภาพอาหารปลอดภัย 4 ภาค 4 จังหวัด โดยใช้เกณฑ์การผ่านสำหรับจังหวัดต้นแบบหรือมาตรฐานอ้างอิงสากล คือ ร้อยละ 91 ในผลรวมของทุกหัวข้อ และแต่ละหัวข้อต้องผ่านร้อยละ 80 และมีการกำหนดระดับการผ่านเกณฑ์ 4 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน คะแนนร้อยละ 60-70 ระดับ ปานกลาง ร้อยละ 71-80 ระดับสูง ร้อยละ 81-90 และระดับอ้างอิง(ต้นแบบ) ร้อยละ 91 ขึ้นไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมได้เข้ารับการประเมินจังหวัดต้นแบบระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยจากสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษากระบวนการและผลการพัฒนาระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัย จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาในปีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการและผลการดำเนินงานพัฒนาระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยของจังหวัดนครพนมตามแนวทางว่าด้วยระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยจังหวัด ซึ่งของสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผลโดยศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยการเก็บข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารการดำเนินงาน รายงานการประเมินผลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม จังหวัดนครพนม ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 - มีนาคม 2565 โดยมีการกำหนดรูปแบบการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยของจังหวัดนครพนม ซึ่งจัดเก็บในรูปแบบบันทึกกระบวนการปฏิบัติงานและรายงานผลการดำเนินงานที่ปรากฏในฐานข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองสำหรับบันทึกข้อมูลจากฐานข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานการประชุมของคณะกรรมการและคณะทำงานอาหารปลอดภัยจากจังหวัดนครพนม สรุปผลการประเมินระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยจังหวัดนครพนม และเอกสารผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง และแบบประเมินสำเร็จรูปสำหรับประเมินระดับมาตรฐานการดำเนินงานตามระบบอาหารปลอดภัยคณะกรรมการกำหนดขึ้น

3. วิธีการเก็บข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดย บันทึกและคัดลอกข้อมูลจากรายงานการประชุมของคณะกรรมการและคณะทำงานอาหารปลอดภัย จังหวัดนครพนม สรุปผลการประเมินระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยจังหวัดนครพนมและหลักฐานการดำเนินงาน เช่น บันทึกรายงานการตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารเพิ่มบันทึกและรวบรวมข้อมูลของงานอาหารปลอดภัย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยมีขั้นตอนโดยละเอียด คือ คัดลอกข้อมูลจากรายงานการประชุมของคณะกรรมการและคณะทำงานอาหารปลอดภัย จังหวัดนครพนม ข้อมูลสรุปผลการประเมินระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยจังหวัดนครพนมและหลักฐานการดำเนินงาน เช่น บันทึกรายงานการตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหาร

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ ข้อมูล ในประเด็นกระบวนการทำงาน โดยการวิเคราะห์เชิงคุณภาพโดยการประมวลกิจกรรมที่มีการดำเนินงานในจังหวัดนครพนม แล้วประมวลและเรียบเรียงเป็นขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานโดยการคำนวณค่าคะแนน และ คำนวณค่าร้อยละเทียบกับคะแนนเต็ม

ผลการศึกษา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ได้ดำเนินการพัฒนาระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยจังหวัด โดยมีกระบวนการพัฒนาหลักดังนี้

1. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนา จังหวัดระบบคุณภาพอาหารปลอดภัย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยจัดทำเป็นคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยมีนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) เป็นประธาน และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค เป็นกรรมการและเลขานุการ เพื่อเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาตามเกณฑ์การประเมินระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยจังหวัด วิเคราะห์หาความเสี่ยงเกี่ยวกับอาหารในปีที่ผ่านมา เพื่อพัฒนางานระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยจังหวัดนครพนมให้ผ่านเกณฑ์ และจัดเตรียมเอกสารเพื่อใช้ในการประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานอาหารปลอดภัยจังหวัดนครพนม รวมทั้งเอกสารรับการประเมิน

2. แต่งตั้งคณะกรรมการอาหารปลอดภัยจังหวัดนครพนมมีผู้ว่าราชการจังหวัดนครพนมเป็นประธาน และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนมเป็นคณะกรรมการและเลขานุการ และคณะทำงานอีก 10 คณะที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาอาหารปลอดภัย เช่น คณะทำงานตรวจสอบสารปนเปื้อนที่เป็นอันตรายในอาหาร คณะทำงานด้านตลาดสดน้ำซึ่ คณะทำงานพัฒนาแหล่งเพาะปลูกพืชปลอดภัย เพื่อกำหนดทิศทาง นโยบายและแนวทางการดำเนินงานอาหารปลอดภัยระดับจังหวัด รวมทั้งการจัดทำแผนบูรณาการอาหารปลอดภัยจังหวัดนครพนม เพื่อบูรณาการการทำงาน และ เพื่อเตรียมรับการประเมินระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยจังหวัด

3. คณะกรรมการและคณะทำงานอาหารปลอดภัยจังหวัดนครพนมประชุมเพื่อกำหนดกิจกรรมการขับเคลื่อน และสื่อสาร กิจกรรมที่เป็นมติโดยการจัดทำสรุปรายงานการประชุม และส่งรายงานการประชุมให้ที่ประชุมให้ผู้เกี่ยวข้องยึดถือปฏิบัติในแนวเดียวกัน

4. จัดทำแผนบูรณาการด้านอาหารปลอดภัย จังหวัดนครพนม กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตลอดห่วงโซ่อาหาร ตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ เสนอแผนโดยผู้ว่าราชการจังหวัดนครพนม อนุมัติและขับเคลื่อนแผน โดยกำหนดให้รายงานผลการดำเนินงานตามแผนเป็นระยะตามตารางกำหนด

5. ติดตามการดำเนินงานตามแผนบูรณาการด้านอาหารปลอดภัย จังหวัดนครพนม

6. พัฒนาระบบอาหารปลอดภัยโดยการดำเนินการระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยจังหวัด โดยดำเนินการ ดังนี้

6.1 วิเคราะห์ ประเมิน ความเสี่ยง เกี่ยวกับอาหารปลอดภัย และเกณฑ์มาตรฐานระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยจังหวัด

6.2 ประชุมมอบหมายงานผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินงาน

6.3 จัดเตรียมเอกสารแก้ไขจุดบกพร่องที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานและผลงานเด่นของจังหวัดนครพนม

7. สรุปผลการประเมินระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยจังหวัด

สรุปและอภิปรายผล

จังหวัดนครพนม ได้รับการประเมินจากคณะกรรมการประเมินระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยของสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย (สสอป.) กระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ 9-10 มีนาคม 2565 ได้คะแนนการประเมิน ระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยจังหวัด ดังนี้

หัวข้อที่ 1 นโยบายและการบริหารจัดการ ได้คะแนน 37/39 คะแนน ร้อยละ 94.87

หัวข้อที่ 2 การปฏิบัติการ ได้คะแนน 34/38 คะแนน ร้อยละ 89.47

หัวข้อที่ 3 การทบทวนและการประเมินผล ได้คะแนน 9/10 ร้อยละ 90

หัวข้อที่ 4 เอกสารบันทึก รายงาน และการเก็บรักษา ได้คะแนน 8/8 ร้อยละ 100

สรุปการประเมินได้คะแนนรวม 88/95 คิดเป็นร้อยละ 92.63 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ระดับอ้างอิงสากล และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับรองจังหวัดนครพนมเป็นจังหวัดต้นแบบระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัย จังหวัดที่ 16 ปีงบประมาณ 2565

ความสำเร็จของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมที่ได้เข้ารับการประเมินระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยจังหวัด จากสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย (สสอป.) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 และได้รับการประเมินเป็นจังหวัดต้นแบบระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยระดับอ้างอิงสากล สามารถสรุปกระบวนการพัฒนาสำคัญของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จ ประกอบด้วย

1. ผู้บริหารระดับจังหวัดให้ความสำคัญในการขอเข้ารับการประเมินระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยจังหวัดจาก สสอป.
2. การประชุมภายในเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในการประเมินตามเกณฑ์ระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยจังหวัดของ สสอป.
3. การกำกับติดตามของผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม หัวหน้ากลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง
4. การสนับสนุนนโยบายจังหวัดอาหารปลอดภัยของผู้ว่าราชการจังหวัดนครพนม และหัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่าย อสม. /ชมรมคุ้มครองผู้บริโภค /อย.น้อย
5. การสนับสนุนงบประมาณจากเงินรายได้ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รวมทั้งเงินค่าใช้จ่ายในการพิจารณาคำขออนุญาตที่เก็บจากผู้รับอนุญาต

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดทำแผนการจัดการความปลอดภัยของอาหารในระดับอำเภอ ชุมชนต่างๆ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานต่างๆ ในโรงเรียน ผู้ปกครอง นักเรียน เป็นต้น เข้ามาร่วมระดมความคิดเห็นและร่วมจัดทำแผนการดำเนินการที่เข้ากับบริบทของนครพนม

2. ควรมีการประเมินผลสัมฤทธิ์ของระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัย จังหวัดนครพนม เพื่อนำผลที่ได้ไปปรับปรุงและพัฒนาการบริหารจัดการความปลอดภัยของจังหวัดนครพนมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านนายแพทย์ปรีดา วรหาร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม และท่านนายแพทย์กิตติเชษฐ์ ธีรกุลพงศ์เวช ประธานคณะกรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ จังหวัดนครพนม ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาวินิจฉัยและเก็บข้อมูลเรื่องนี้ ขอขอบพระคุณนางสาวศันสนีย์ มงคล เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมชำนาญงาน กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม และขอขอบพระคุณกัลยาณมิตรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้ปฏิบัติงานอาหารปลอดภัยของจังหวัดนครพนมจนบรรลุเป้าหมายความสำเร็จ

บรรณานุกรม

1. Moursund JP. Evaluation - An Introduction to Research Design. Brooks & Cole [Internet]. 1973 [cited 2023 Nov 10]. Available from: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/evaluation-introduction-research-design>
2. กาญจนา ปานุราช. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอาหารปลอดภัยของโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
3. กรมการพัฒนาชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย; 2551 [ปรับปรุงเมื่อปี 2551 ธันวาคม 26; เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 10]. เข้าถึงได้จาก <http://cddweb.cdd.go.th/cdregion04/cdworker/008.pdf>
4. วันชัย วัฒนศัพท์ ฤวิลวดี บุรีกุล เมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี. คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชนการตัดสินใจที่ดีกว่าโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท. 2551.
5. บุปผา ศิริรัศมี และคณะ. จริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยในคน. เอกสารวิชาการหมายเลข 258. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
6. สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยจังหวัด ฉบับปรับปรุง ปี 2563 Procedure of Provincial Food Safety Quality System Version 2020. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว : กรณีศึกษา 2 ราย

จิตติพรรณ ปิตีสุขสิริกุล, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่ออธิบายการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว 2 ราย

วัสดุและวิธีการศึกษา: เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว 2 ราย ที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือนมีนาคม 2567 ถึงเดือนกันยายน 2567 คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง (Purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดกระบวนการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นเพศชาย อายุ 22 ปี และ 70 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Spinal stenosis L4-L5 และ Spinal stenosis L3-L5 ตามลำดับ ได้รับการผ่าตัด Laminectomy L4-L5 with Pedicle screw L4-L5 with repair dura และ ผ่าตัด Laminectomy with Pedicle screw with Posterolateral lumbar fusion L3-L5 ตามลำดับ กรณีศึกษารายที่ 1 เกิดการบาดเจ็บต่อเยื่อหุ้มไขสันหลังจากการผ่าตัด กรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงและความดันโลหิตสูงก่อนผ่าตัด เกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการสูญเสียเลือดมากจากการผ่าตัด เกิดภาวะสับสนหลังผ่าตัด ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บต่อเยื่อหุ้มไขสันหลังจากการผ่าตัด แก้ไขภาวะ Hypovolemic shock การจัดการภาวะสับสนในผู้สูงอายุ และการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมในกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้ รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 7 วัน และ 10 วัน ตามลำดับ

ข้อสรุป: กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการศึกษารายกรณีครั้งนี้ เป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการในคุณภาพของการบริการที่ได้รับ และเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล

คำสำคัญ : กระบวนการพยาบาล, การพยาบาล, การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

Nursing care of patients undergoing lumbar spine surgery: 2 case studies

Thitipun Pitisuksirikul, Registered nurse.

Orthopedics ward, Nakhonphanom Hospital

Abstract

Objectives : To explanatory of nursing process in 2 case studies undergoing lumbar spine surgery.

Matherials & Methods : Case study was selected by purposive sampling consisted of 2 case who received lumbar spine surgery at orthopedic ward, Nakhonphanom Hospital between March 2024 to September 2024. Data were collected from patient medical records, patients and families were interviewed, nursing practices were performed according to nursing process concepts, and content data was analyzed.

Results : The two cases were male, aged 22 and 70 years, diagnosed with Spinal stenosis L4-L5 and Spinal stenosis L3-L5, respectively. They underwent Laminectomy L4-L5 with Pedicle screw L4-L5 with repair dura and Laminectomy with Pedicle screw with Posterolateral lumbar fusion L3-L5, respectively. Case study 1 had a spinal dural tear. Case study 2 had hyperglycemia and hypertension before surgery. had hypovolemic shock surgery, and postoperative delirium. Nursing care for patients with spinal dural tear, monitoring for hypovolemic shock, managing postoperative delirium in the elderly, and providing appropriate pain management in both cases. The total hospitalization periods were 7 days and 10 days, respectively.

Conclusion : Nursing process is an important tool in this case study. It is a holistic solution to the health problems of individual care plan based on scientific principles and the application of theoretical knowledge to practice based on reasoning, decision-making, and problem-solving, which affects the quality of nursing care and creates nursing quality standards.

Keywords : *Nursing process, Nursing care, Lumbar spine surgery*

ความสำคัญ

โรคกระดูกสันหลังเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิงในกลุ่มคนวัยทำงานและผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ Alshami⁽¹⁾ ย้อนหลัง 3 ปี พบผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคกระดูกสันหลังระดับเอวมมากที่สุดร้อยละ 53.1 ตำแหน่งที่พบบ่อย คือ L4-L5⁽²⁾ ร้อยละ 95 รองลงมา คือ ระดับคอ ร้อยละ 27.11 สาเหตุของการเกิดโรคมมาจากความเสื่อมของร่างกายและท่าทางการทำงานที่ผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังเรื้อรัง ชาอ่อนแรง ชาขา ชากัน อาการต่างๆ ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การรักษาโรคกระดูกสันหลังระดับเอวมมีทั้งการรักษาแบบอนุรักษ์และการรักษาโดยการผ่าตัด มีรายงานการผ่าตัดโรคทางกระดูกสันหลังระดับเอวมเพิ่มขึ้น 15 เท่า จากปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2550 และคาดว่าในปีพ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 59 ในประชากรผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ⁽³⁾ การผ่าตัดมาตรฐานที่ใช้รักษาหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมสภาพ คือ การผ่าตัดเชื่อมกระดูกสันหลังที่อยู่ติดกับหมอนรองกระดูกสันหลังชั้นที่เสื่อมสภาพเข้าด้วยกัน เพื่อกำจัดความไม่มั่นคงหรือการเคลื่อนคลอนในระดับจุลภาคที่เป็นสาเหตุของความปวด การผ่าตัดเป็นการรักษาที่ให้ผลลัพธ์ที่ดี ทำให้อาการปวดหลัง ปวดขาลดลง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น แต่ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยอาจจะประสบปัญหาต่างๆทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น การบาดเจ็บต่อเส้นเลือดหรือเส้นประสาท การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การเลื่อนหลุดของเหล็กตามหรือสกรู การกลับเป็นซ้ำ ทำให้การฟื้นฟูสภาพช้าลง ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น⁽⁴⁾ ล้วนส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคมเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามมา การพยาบาลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพหลังการผ่าตัด

สถิติผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังระดับเอวมตีบแคบ (lumbar Spinal stenosis) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครพนม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ในปี 2564-2566 พบว่า มีจำนวน 65, 93 และ 119 ราย ตามลำดับ รักษาด้วยการผ่าตัดจำนวน 60, 88 และ 114 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.31, 94.62 และ 95.80 ตามลำดับ ได้รับการผ่าตัดเชื่อมกระดูกสันหลังระดับเอวมด้วยการใส่โลหะยึดตรึงกระดูกสันหลังจำนวน 48, 62 และ 88 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 80.00, 70.45 และ 77.19 ในปี 2566 พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมที่สำคัญได้แก่ ภาวะช็อกจากการเสียเลือด จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.41 บาดเจ็บเยื่อหุ้มไขสันหลังจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.27 ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.41 การฟื้นฟูสภาพไม่เป็นไปตามเป้าหมายจำนวน 4 รายคิดเป็นร้อยละ 4.55 เกิด Further neurological deficit ได้แก่ อาการชาขา ท้องอืด ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ถอดสายสวนปัสสาวะไม่ได้ จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.82 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock) ที่เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต⁽⁵⁾ การเกิด Further neurological deficit ได้แก่ อาการชาขา ท้องอืด ควบคุมการขับถ่าย

ไม่ได้ ถอดสายสวนปัสสาวะไม่ได้⁽⁶⁾ กระทั่งต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดไม่ได้ตามเป้าหมาย ส่งผลให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้นมีผลต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทั้งผู้ป่วยครอบครัวและองค์กร

พยาบาลเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพที่ใช้กระบวนการพยาบาล⁽⁷⁾ในการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) มากำหนดแผนการพยาบาลที่มีความจำเพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละรายตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะฟื้นฟูสภาพ ตามบทบาทหน้าที่อิสระของวิชาชีพการพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนผ่านจากระยะวิกฤติสู่การฟื้นตัวที่รวดเร็ว สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ไม่เป็นภาระของครอบครัว ลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่ออธิบายการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว 2 ราย

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา กรณีศึกษา (Case study)

สถานที่ศึกษา หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโพรงกระดูกสันหลังระดับเอวตีบแคบ ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นครั้งแรก ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือนมีนาคม 2567 ถึงเดือนกันยายน 2567 คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 2 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกการสังเกต

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การจัดทำรายงานกรณีศึกษาครั้งนี้ได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม ให้เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและเวชระเบียน ตามระเบียบขั้นตอนการยืมเวชระเบียนของโรงพยาบาล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูล ข้อมูลในเวชระเบียนจะปกปิดเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กรณีศึกษาไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัว ไม่แสดงภาพถ่าย ข้อมูลจะนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม ให้เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและเวชระเบียนแล้ว ผู้ศึกษาเข้าพบแพทย์ พยาบาล ณ หอผู้ป่วยเพื่อชี้แจงเป้าหมาย รายละเอียดในการดำเนินการศึกษา คัดเลือกกรณีศึกษาตามเกณฑ์การคัดเลือกด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) หลังจากผู้ป่วยตอบรับเข้าร่วมการศึกษาและลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว ผู้ศึกษาจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลด้านแผนการรักษา และข้อมูลด้านการพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา วิเคราะห์การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา กรณีศึกษา 2 ราย

กรณีศึกษาในการศึกษารายนี้ 2 ราย คือ กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้ป่วยเพศชาย อายุ 22 ปี น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ส่วนสูง 175 เซนติเมตร BMI = 22.9 kg/m² สถานภาพ โสด จบการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและโรคติดต่อทางพันธุกรรม มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ปวดหลังร้าวลงขาขวา มีนขาชาขวามากขึ้น และขาอ่อนแรง เป็นมา 1 เดือน ผลตรวจ MRI (Magnetic Resonance Imaging) L-S spine พบ Bulging disc at L2/3 to L5/S1 level causing central, both neural foraminal spinal stenosis (most at L4/5 level) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Spinal stenosis L4-L5 ใช้สิทธิประกันสังคมในการรักษาครั้งนี้ รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 7 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้ป่วยเพศชาย อายุ 70 ปี น้ำหนัก 67.9 กิโลกรัม ส่วนสูง 156 เซนติเมตร BMI = 27.9 kg/m² สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี มาด้วยอาการ ปวดหลังร้าวลงขาทั้ง 2 ข้าง มีนขาชาขวามากขึ้น และขาอ่อนแรง เป็นมา 2 เดือน เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองตีบ รับประทานยาสม่ำเสมอ ผลตรวจ MRI (Magnetic Resonance Imaging) L-S spine พบว่า Bulging disc at L1/2 to L5/S1 level causing central, both subarticular and both neural foraminal spinal stenosis (most at L3/5 level) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Spinal stenosis L3-L5 ใช้สิทธิข้าราชการในการรักษาครั้งนี้ รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 10 วัน

2. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

กรณีศึกษารายที่ 1 ปวดหลังร้าวลงขาขวา มีขาปลายเท้าขวา pain score 5 คะแนน Motor power ขาทั้ง 2 ข้าง Grade 5 ปัสสาวะได้เอง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส, ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 112/61 mmHg. Set OR for Decompressive Laminectomy L4-L5 with Pedicle screw L4-L5

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัว E4V5M6 ปวดหลังร้าวลงขาทั้ง 2 ข้าง มีขาชาวมากกว่าขาซ้าย pain score 4 คะแนน Motor power ขาซ้าย Grade 5 ขาขวา Grade 4 ปัสสาวะได้เอง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส, ชีพจร 62 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 152/91 mmHg, Set OR for Decompressive Laminectomy with Pedicle screw with Posterolateral lumbar fusion L3-L5 เข้าวันผ่าตัด if BP≥140/90 mmHg. ให้ Nicardipine 1:5 iv drip ตาม protocol keep BP<140/90 mmHg. ให้ Ativan (0.5) 1 tab oral hs. และ Amitrip (10) 1 tab oral hs. งดยาเบาหวานในวันผ่าตัด, เจาะ DTX, keep DTX 80-180 mg% if DTX>180 mg% ให้ RI 10 unit ใน NSS 100 ml. iv drip ตาม pre anesthetic preparation order for elective surgery. If ผู้ป่วยได้ drip RI ให้ F/U DTX. q 1 hr. keep DTX อยู่ในช่วง 80-180 mg% ให้ off RI.

ตารางที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด กรณีศึกษา 2 ราย

วินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล/ผลการประเมิน
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
1. วิตกกังวล	1. วิตกกังวล	กิจกรรมการพยาบาลที่เหมือนกัน คือ
เนื่องจากขาดความรู้	เนื่องจากขาดความรู้	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ
เรื่องการปฏิบัติตัว	เรื่องการปฏิบัติตัว	2. ให้ข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาของแพทย์ การให้
ก่อนและหลังผ่าตัด	ก่อนและหลังผ่าตัด	ยาระงับความรู้สึกและการทำผ่าตัด
เป้าหมาย ผู้ป่วย	เป้าหมาย ผู้ป่วย	3. แนะนำกฎระเบียบและข้อปฏิบัติของโรงพยาบาล เปิดโอกาส
คลายความวิตก	คลายความวิตก	ให้ซักถามปัญหาข้อสงสัย
กังวลและพร้อมเข้า	กังวลและพร้อมเข้า	4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน/หลังผ่าตัดในเรื่อง
รับการผ่าตัด	รับการผ่าตัด	ต่างๆ คือ การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การหายใจอย่างมี
		ประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) สอนการไออย่างมี
		ประสิทธิภาพ (cough effective) สอนการประเมินระดับความ
		ปวด แนะนำและสาธิตวิธีการพลิกตะแคงตัว
		กิจกรรมการพยาบาลที่แตกต่าง คือ

วินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล/ผลการประเมิน
กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
ไม่เกิดปัญหาทางการพยาบาลนี้	2. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนผ่าตัด	5. ให้ยาตามแผนการรักษาคือ Ativan (0.5) 1 tab oral hs. และ Amitrip (10) 1 tab oral hs. (กรณีศึกษาตอนที่ 2) ผลการประเมิน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวก่อน/หลังทำผ่าตัดได้ถูกต้อง นอนหลับพักผ่อนได้ กิจกรรมการพยาบาลที่ให้ในกรณีศึกษาตอนที่ 2 คือ 1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปวดศีรษะ กระหายน้ำ 2. ให้ RI 10 unit ใน NSS 100 ml. iv drip 15 ml/hr. และให้ iv อีกเส้นเป็น 5%DN/2 1,000 ml. iv drip rate 60 ml/hr. ตาม anesthetic preparation order. 3. เจาะ DTX. q 1 hr. จนกว่า DTX อยู่ในช่วง 80-180 mg% ให้ off RI. และรายงานวิสัญญีแพทย์รับทราบก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด 4. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ Hypoglycemia หากตรวจพบรายงานแพทย์ทันที ผลการประเมิน ก่อนเข้าห้องผ่าตัด DTX 168 mg% ไม่มีอาการแสดงของภาวะ Hypoglycemia วิสัญญีแพทย์ให้รับเข้าห้องผ่าตัดได้
ไม่เกิดปัญหาทางการพยาบาลนี้	3. มีภาวะความดันโลหิตสูง เป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัยจากความดันโลหิตสูงและระดับความดันโลหิตในเกณฑ์ปกติก่อนผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาลที่ให้ในกรณีศึกษาตอนที่ 2 คือ 1. ให้ Niacardipine 1:5 (0.2 mg/ml) iv drip ตาม protocol คือ เริ่มที่อัตรา 5 ml/hr, ปรับเพิ่มครั้งละ 0.5 mg/hr (2.5 ml/hr) ทุก 15 นาที จนกระทั่งความดันโลหิตลดลงถึงระดับต่ำกว่า 140/90 mmHg. 2. ติดตามและบันทึกค่าความดันโลหิตทุก 15 นาที พร้อมทั้งสังเกตอาการผิดปกติจากความดันโลหิตสูงเช่น ปวดศีรษะ มึนงตาพร่ามัว

วินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล/ผลการประเมิน
กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
		3. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน จัดการกับอาการรบกวนต่างๆ
		4. รายงานวิสัญญีแพทย์รับทราบเมื่อระดับความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ
		ผลการประเมิน BP 129/82 mmHg ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว วิสัญญีแพทย์ให้รับเข้าห้องผ่าตัดได้

จากตารางที่ 1 พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีปัญหาทางการแพทย์พยาบาลที่เหมือนกันคือ วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และกรณีศึกษาตอนที่ 2 มีปัญหาทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มคือ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและมีความดันโลหิตสูง

3. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

กรณีศึกษาตอนที่ 1 ผู้ป่วยหลังผ่าตัด Decompressive Laminectomy L4-L5 with Pedicle screw L4-L5 with repair dura under GA, Blood loss 250 ml. มีแผลผ่าตัดบริเวณหลังระดับเอว on radivac drain 1 สาย content 100 ml. สีแดงเข้ม บ่นปวดแผลผ่าตัด pain score 10 คะแนน ยังมีมีนชาปลายเท้าขวาเล็กน้อย Motor power ขาทั้ง 2 ข้าง Grade 5 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส, ชีพจร 102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 115/63 mmHg.

กรณีศึกษาตอนที่ 2 ผู้ป่วยหลังผ่าตัด Decompressive Laminectomy with Pedicle screw with Posterolateral lumbar fusion L3-L5 under GA, Blood loss 400 ml. มีแผลผ่าตัดบริเวณหลังระดับเอว on radivac drain 1 สาย content 250 ml. สีแดงเข้ม บ่นปวดแผลผ่าตัด pain score 10 คะแนน มีนชาปลายเท้าขวาเล็กน้อย Motor power ขาซ้าย Grade 5 ขาขวา Grade 4+ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส, ชีพจร 118 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 92/54 mmHg, DTX 112 mg%.

ตารางที่ 2 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด กรณีศึกษา 2 ราย

วินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล/ผลการประเมิน
กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
1. มีโอกาสเกิดภาวะ Hypovolemic shock	1. เกิดภาวะ Hypovolemic shock	กรณีศึกษาตอนที่ 2 เกิดภาวะ Hypovolemic shock ทำให้มีกิจกรรมการพยาบาลที่แตกต่างกรณีศึกษาตอนที่ 1 คือ
		1. ให้ Pack Red Cell 1 unit iv drip in 4 hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ (กรณีศึกษาตอนที่ 2 เกิดภาวะ shock)

วินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล/ผลการประเมิน
กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Hypovolemic shock	เป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัยจากเกิดภาวะ Hypovolemic shock	<p>2. ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา เช่น O₂ cannula 3 ลิตร/นาที (กรณีศึกษาตอนที่ 2 เกิดภาวะ shock)</p> <p>กิจกรรมการพยาบาลที่เหมือนกัน คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบที่กสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง ทุก 2 ชั่วโมง 2 ครั้ง จนกว่าจะคงที่ ให้วัดทุก 4 ชั่วโมง 2. ให้ NSS 1,000 ml iv drip 100 ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. บันทึกปริมาณเลือดและลักษณะของเลือดที่ซึมออกมาจากแผล 4. ตรวจสอบการทำงานของขวดระบายเลือด (vacuum drain) ให้ทำงานต่อเนื่อง 5. ประเมินภาวะช็อกจากการเสียเลือดมาก เช่น ปริมาณเลือดในขวดระบายเลือดออกมากกว่า 200 ml/hr. ผู้ป่วยกระวนกระวาย กระสับกระส่าย สับสน หน้าซีด ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลด pulse pressure แคบ⁽⁸⁾ รายงานแพทย์ทราบในทันที 6. เช็คค่า Hct. และให้เลือดตามแผนการรักษา <p>ผลการประเมิน กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ Capillary refilling time น้อยกว่า 3 วินาที แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปลายมือปลายเท้าอุ่น กรณีศึกษาตอนที่ 1 Hct. หลังผ่าตัด 38.1% ไม่เกิดภาวะ Hypovolemic shock กรณีศึกษาตอนที่ 2 หลังให้ PRC 1 unit Hct. 31%</p>
2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บต่อเยื่อหุ้มไขสันหลัง (spinal dural tear)	ไม่เกิดปัญหาทางการพยาบาลนี้	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้นอนราบและให้ทำกิจกรรมบนเตียงเป็นเวลา 24-48 ชั่วโมง หรือตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. ฝ้าระวังความผิดปกติของสารคัดหลั่งที่ออกมากเกินไป (over drain) หรือมีลักษณะคล้ายน้ำไขสันหลัง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน

วินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล/ผลการประเมิน
กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
<p>เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บต่อเยื่อหุ้มไขสันหลัง (spinal dural tear) จากการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว</p>	<p>3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอเพื่อทดแทนปริมาณของน้ำไขสันหลังที่รั่วตามแผนการรักษาของแพทย์คือ NSS 1,000 ml iv drip 100 ml/hr. x 2 day.</p> <p>4. ดูแลให้ขดระบายนเลือดเป็นระบบสุญญากาศ (negative pressure) ตลอดเวลา</p> <p>5. สังเกตการซึมของน้ำไขสันหลังจากบริเวณตำแหน่งที่ถอดท่อระบายสายคัตหลังออก และประเมินอาการ หากยังมีอาการเวียนศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน และปวดศีรษะติดต่อกันเป็นเวลามากกว่า 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด รายงานแพทย์ทราบทันที</p> <p>6. ป้องกันการรั่วซ้ำจากการบาดเจ็บต่อเยื่อหุ้มไขสันหลัง โดยการจัดท่านอนให้ในท่านอนหงาย⁽⁹⁾ และจำกัดให้ทำกิจกรรมบนเตียงเป็นเวลา 24 ชั่วโมง⁽¹⁰⁾</p>	<p>ผลการประเมิน ไม่มีไข้ แผลผ่าตัดแห้ง แผลไม่ซึม ผู้ป่วยไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว มองเห็นชัดเจน ไม่เห็นภาพซ้อน</p> <p>กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลที่เหมือนกัน คือ</p> <p>1. ประเมินอาการปวดโดยใช้ numeric rating scale (0-10) และสังเกตจากสีหน้าท่าทาง คำบอกเล่าของผู้ป่วย และบันทึกระดับ pain score ลงในแบบบันทึก (monitoring nursing record)</p> <p>2. พิจารณาให้ยา Morphine 2 mg iv prn \bar{q} 2 hr. ตามแผนการรักษา และประเมินอาการปวดหลังฉีดยา 5-15 นาที และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา หากพบว่าผู้ป่วยมี sedation score \geq 2 ดูแลรายงานแพทย์ทราบ</p> <p>3. จัดท่านอนในท่าที่สบายโดยนอนหงายใช้หมอนรองใต้เข่าให้เข่างอเล็กน้อย ช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลัง⁽⁸⁾ ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล</p> <p>4. เบี่ยงเบนความสนใจ ลดความกังวลของผู้ป่วย⁽¹¹⁾</p>
<p>3. ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด</p>	<p>2. ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด</p>	
<p>เป้าหมาย ผู้ป่วยสุขสบายและอาการปวดแผลผ่าตัดลดลง</p>	<p>เป้าหมาย ผู้ป่วยสุขสบายและอาการปวดแผลผ่าตัดลดลง</p>	

วินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล/ผลการประเมิน
กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
ไม่เกิดปัญหาทางการแพทย์พยาบาลนี้	3. มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดเป้าหมาย ลดผลกระทบของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน	<p>5. จัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องให้สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีเสียงรบกวน</p> <p>ผลการประเมิน pain score ในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย หลังให้ยา ≤ 3 คะแนน ไม่บ่นปวดแผลผ่าตัดหรือขอยาแก้ปวดเพิ่ม ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ดี พักผ่อนและนอนหลับได้ ปริมาณการใช้ยาแก้ปวดในแต่ละวันลดลง sedation score < 2 อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที และไม่พบอาการข้างเคียงยา Morphine</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ Midazolam 2 mg iv prn for delirium ตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. ให้ Ativan (0.5) 1 tab oral hs. ตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. จัดการอาการปวดและความไม่สบายของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ⁽¹³⁾ 4. จัดสิ่งแวดล้อมให้มีแสงสว่างเพียงพอโดยเฉพาะในช่วงกลางวัน จะช่วยลดการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุได้⁽¹⁴⁾ 5. สร้างบรรยากาศรอบตัวผู้ป่วยให้เงียบสงบ ลดการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยอย่างฉับพลัน⁽¹⁵⁾ 6. ใช้การ reorientation อย่างสม่ำเสมอ⁽¹⁶⁾ 7. ให้ความรู้ข้อมูล ความมั่นใจ และสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการรักษากับญาติ⁽¹⁷⁾ 8. การรวมกิจกรรมที่จะให้การพยาบาลมาทำในเวลาเดียวกัน 9. ส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวบนเตียงโดยการบริหารข้อต่างๆ (Range-of-motion exercises) อย่างสม่ำเสมอทุกวัน <p>ผลการประเมิน หลังจากทื่กรณีศึกษาตอนที่ 2 ได้รับยา ผู้ป่วยนอนหลับได้ 4 ชั่วโมงติดต่อกัน หลังผ่าตัดวันที่ 2-3 ยังมีอะอะไวยาวบางเวลา นอนหลับๆตื่นๆ ยังสับสนเรื่องสถานที่ หลัง</p>

วินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล/ผลการประเมิน
กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
		ผ่าตัดวันที่ 4 ไม่มีภาวะสับสน นอนหลับได้ดีตลอดคืน รับประทานอาหาร และสถานที่ และตัวบุคคลได้ถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆได้ดี

จากตารางที่ 2 พบว่า กรณีศึกษาตอนที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะ Hypovolemic shock และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บต่อเยื่อหุ้มไขสันหลัง (spinal dural tear) กรณีศึกษาตอนที่ 2 คือ เกิดภาวะ Hypovolemic shock, มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด และกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีปัญหาทางการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดที่เหมือนกันคือ ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

4. การพยาบาลระยะฟื้นฟูสภาพ

กรณีศึกษาตอนที่ 1 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 3 on radivac drain 1 สาย content total 350 ml. ออกเพิ่ม 20 ml. สีแดงจาง ปวดแผลผ่าตัด pain score 4 คะแนน มีนชาปลายเท้าขวา Motor power ขาทั้ง 2 ข้าง Grade 5 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส, ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 108/59 mmHg ให้ off radivac drain, consult PT for ambulation with L-S support with pick up walker.

กรณีศึกษาตอนที่ 2 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 4 แผลผ่าตัดไม่ซึม ปวดแผลผ่าตัดเวลาเปลี่ยนท่า pain score 3 คะแนน ยังมีนชาปลายเท้าขวาเล็กน้อย Motor power ขาซ้าย Grade 5 ขาขวา Grade 4+ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส, ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 121/64 mmHg, DTX 109 mg%, consult PT for ambulation as tolerance with L-S support with pick up walker.

ตารางที่ 3 การพยาบาลระยะฟื้นฟูสภาพ กรณีศึกษา 2 ราย

วินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล/ผลการประเมิน
กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
1. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด	1. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลที่เหมือนกัน คือ
เป้าหมาย	เป้าหมาย	1. ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล
แผลผ่าตัดไม่เกิดการติดเชื้อ	แผลผ่าตัดไม่เกิดการติดเชื้อ	2. ทำแผลวันละครั้งด้วยเทคนิคสะอาดปราศจากเชื้อ หรือเมื่อแผลเปื่อยขึ้นมาก
		3. สังเกตอาการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดว่ามีอาการ บวม แดง ร้อน หรือมีหนองไหลซึม หรือ มีไข้ อุณหภูมิ $>37.5^{\circ}\text{C}$ ค่า ESR >20 mm/hr., CRP >5 mg/L WBC $>11.0\times 10^3$ /ul, การ

วินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล/ผลการประเมิน
กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
		เพาะเชื้อเลือด และ swab culture พบเชื้อ หากพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์ทราบทันที ⁽¹²⁾
		4. ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ระวังอย่าให้แผลเปียกน้ำ ห้ามแกะเกาแผลผ่าตัด
		5. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
		6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ cefazolin 1 gm iv \bar{q} 6 hr. พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงและอาการแพ้ยา
		7. ดูแลจัดอาหารให้ผู้ป่วยได้รับประทานอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
		ผลการประเมิน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.6-37.4 องศาเซลเซียส แผลผ่าตัดแห้ง ไม่มีน้ำเหลืองหรือหนองไหล ซึม แผลไม่บวม ไม่แดง
2. มีโอกาสเกิดแผลกดทับ	2. มีโอกาสเกิดแผลกดทับ	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลที่เหมือนกัน คือ
		1. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
เป้าหมาย	เป้าหมาย	2. ประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุที่อาจทำให้เกิดการกดทับและอันตรายที่เกิดขึ้น
ผู้ป่วยไม่เกิดการกดทับ	ผู้ป่วยไม่เกิดการกดทับ	3. ประเมินกำลังของกล้ามเนื้อขาทั้ง 2 ข้าง ส่งฝึกยืนเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดินให้ถูกต้อง ตามแผนการรักษา
		4. ดูแลจัดสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย ดูแลห้องน้ำไม่ให้พื้นเปียกน้ำ ติดแถบสีให้เห็นชัดเจนบริเวณทางต่างระดับ ติดป้ายระวังพื้นลื่นในห้องน้ำ ยกเหล็กกันเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การพยาบาล ปรับระดับเตียงผู้ป่วยให้ต่ำสุดทุกครั้งและจัดสิ่งของไว้ใกล้มือ
		5. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกดทับแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

วินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล/ผลการประเมิน
กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
ไม่เกิดปัญหาทางการพยาบาลนี้	3. มีโอกาสเกิดแผลกดทับ เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ	6. ยึดติดสายต่างๆของผู้ป่วย เช่น สายสวนปัสสาวะ สาย vacuum drain ให้ในสภาพที่เรียบร้อยเพื่อป้องกันผู้ป่วยสะดุดขณะเดิน ผลการประเมิน กรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่เกิดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ถูกต้อง และเดินโดยใช้ pickup walker ได้อย่างถูกต้อง
3. ขาดความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อหลังผ่าตัดและการใช้อุปกรณ์พยุงหลังและอุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน	4. ขาดความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อหลังผ่าตัดและการใช้อุปกรณ์พยุงหลังและอุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน	1. จัดท่านอนให้นอนหงายราบหรือศีรษะสูง 30 องศา พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง 2. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยการยกตัวผู้ป่วยหรือใช้อุปกรณ์ Pad slide 3. ทำความสะอาดผิวหนังด้วยความนุ่มนวล ทาโลชั่นหลังอาบน้ำ 4. จัดผ้าปูที่นอนและผ้ารองตัวผู้ป่วยให้เรียบตึงและแห้งสะอาด 5. ประเมินสภาพผิวหนังและลงบันทึกทุกวันในแบบเฝ้าระวัง 6. จัดให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารและน้ำในแต่ละวันอย่างเพียงพอ 7. ให้คำแนะนำและฝึกทักษะการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
เป้าหมาย ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ใช้	เป้าหมาย ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ใช้	ผลการประเมิน กรณีศึกษาตอนที่ 2 ไม่เกิดแผลกดทับ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลที่เหมือนกัน คือ 1. ให้คู่มือการดูแลตนเองหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ให้ความรู้ คำแนะนำ สอน สาธิตวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยโดยวางแผนร่วมกันในทีมสหสาขา 2. ทบทวน ติดตาม และประเมินผลเป็นระยะๆ ภายหลังการให้ความรู้ คำแนะนำ ประเมินผลการพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ปฏิบัติทำบริหารกล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อขา ใส่อุปกรณ์พยุงหลังและใช้อุปกรณ์พยุงเดินโดยที่มีครอบครัวช่วยเหลือได้ถูกต้อง

วินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล/ผลการประเมิน
กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
อุปกรณ์พยุงหลัง และพยุงเดินได้	อุปกรณ์พยุงหลัง และพยุงเดินได้	
ถูกต้อง	ถูกต้อง	
4. ขาดความรู้ความเข้าใจและความมั่นใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	5. ขาดความรู้ความเข้าใจและความมั่นใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลที่เหมือนกัน คือ
เป้าหมาย ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ มีความมั่นใจในการดูแลตนเองและสามารถปฏิบัติตัวได้	เป้าหมาย ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ มีความมั่นใจในการดูแลตนเองและสามารถปฏิบัติตัวได้	1. ให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย และครอบครัว
ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	ครอบคลุมตามขั้นตอน “METHOD” ดังนี้
		- M : medication ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา และผลข้างเคียงของยา
		- E : environment & economy ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ถูกต้องและเหมาะสม
		- T: treatment แนะนำกิจกรรมการดูแลตนเองที่บ้าน ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์
		ก่อนวันนัด เช่น มีไข้สูง ปวดแผลผ่าตัดมากขึ้น แผลบวม แดง ร้อน มีน้ำเหลืองหรือเลือดออกจากแผลผ่าตัด
		- H: health แนะนำการดูแลสุขภาพ ข้อจำกัด ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และการปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสม ได้แก่ การใส่อุปกรณ์พยุงหลัง (Lumbar support)
		การออกกำลังกาย อิริยาบถต่างๆในชีวิตประจำวัน
		- O: outpatient referral ให้ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด
		- D: diet ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับโรค ได้แก่ อาหารที่มีแคลเซียมสูงเพื่อช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกระดูก
		2. สอนและสาธิตวิธีการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยโดยวางแผนร่วมกันในทีมสหสาขา และนัดหมายฝึกการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว
		3. ทบทวนติดตามและประเมินผลเป็นระยะๆจนผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ และมีความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน

วินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล/ผลการประเมิน
กรณีศึกษาตอนที่ 1 กรณีศึกษาตอนที่ 2	4. เปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อสงสัย ผลการประเมิน กรณีศึกษาทั้ง 2 รายและครอบครัวบอกวิธีการดูแลหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ปฏิบัติทำบริหารกล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อขา และใส่อุปกรณ์พยุงหลังได้ถูกต้อง จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต ให้ตัดไหมหมดที่โรงพยาบาลกลับบ้าน เมื่อครบ 2 สัปดาห์ นัดตรวจติดตามอาการอีก 6 สัปดาห์

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัญหาทางการแพทย์พยาบาลในระยะฟื้นฟูสภาพที่เหมือนกันคือ มีโอกาสเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด, มีโอกาสเกิดแผลตกหล่น, ขาดความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อหลังผ่าตัด และการใช้อุปกรณ์พยุงหลังและอุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน และขาดความรู้ ความเข้าใจ และขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่วนปัญหาทางการแพทย์พยาบาลที่แตกต่างกันคือ กรณีศึกษาตอนที่ 2 มีโอกาสเกิดแผลกดทับ

อภิปราย

การใช้กระบวนการพยาบาลในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีปัญหาทางการแพทย์พยาบาลที่เหมือนกันคือ ความวิตกกังวล โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดคือ เป็นการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวครั้งแรก และขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร ชินโนรส, วลัยพร บริบูรณ์กุล⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ความต้องการข้อมูล และประวัติการผ่าตัด พยาบาลที่ให้การดูแลในระยะนี้จึงควรให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย อธิบาย ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยกลัวและกังวลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เหมาะสม ให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมทางร่างกายก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และโปรแกรมฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมือและปฏิบัติอย่างถูกต้อง ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเป็นปัญหาที่ทำให้หายปัญหาหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด คนที่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับต่ำจะเผชิญกับสิ่งที่ไม่คาดหวังและสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการคุกคามชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดครั้งแรก ส่วนคนที่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับสูงจะทำให้แผลหายช้า ใช้นายระงับความรู้สึกมากกว่า การฟื้นหายช้า⁽¹⁹⁾ และมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วย ซึ่งความปวดหลังผ่าตัดเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดกล่าวถึงมากที่สุด⁽²⁰⁾ ส่วนในกรณีศึกษาตอนที่ 2 พบ

ปัญหาเพิ่มคือ ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตสูง ซึ่งต้องให้การพยาบาลเพื่อจัดการกับปัญหานี้ให้อยู่ในระดับที่สามารถควบคุมได้ตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยมีเป้าหมายการจัดการระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตสูงก่อนผ่าตัดเพื่อเป็นการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตระหว่างและหลังผ่าตัด⁽²¹⁾

2. การพยาบาลระยะหลังการผ่าตัด พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 เกิดการบาดเจ็บต่อเยื่อหุ้มไขสันหลังระดับเอว (spinal dural tear) ขณะผ่าตัด ส่งผลทำให้เกิดน้ำไขสันหลังรั่วซึม แพทย์ได้ทำการที่เย็บซ่อมเยื่อหุ้มไขสันหลังไว้ ซึ่งอาจทำให้เกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด (surgical site infection) และการติดเชื้อในเยื่อหุ้มสมอง (meningitis)⁽²²⁾ ได้ การประเมินลักษณะอาการผิดปกติของผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บต่อเยื่อหุ้มไขสันหลังจากการผ่าตัดและการดูแลที่มีความเฉพาะด้านโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ ได้แก่ ประเมินลักษณะอาการผิดปกติของสารคัดหลั่งที่ออกมาจากสายระบายจากแผลที่อาจทำให้เกิดอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว เห็นภาพ ซ้อน ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอเพื่อทดแทนปริมาณของน้ำไขสันหลังที่รั่ว การประเมินและสังเกตประสิทธิภาพการทำงานของขูดบรรจุสารคัดหลั่ง (radivac drain) การป้องกันการรั่วซึมจากการบาดเจ็บต่อเยื่อหุ้มไขสันหลังโดยการจัดท่านอนให้ผู้ป่วยในลักษณะการนอนราบในท่านอนหงายและจำกัดให้ ทำกิจกรรมบนเตียงเป็นเวลา 24 ชั่วโมง⁽¹⁰⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Guerin และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลและเกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาล ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 เกิดภาวะ Hypovolemic shock ซึ่งเป็นภาวะช็อคอย่างถึงต้อชีวิต⁽²³⁾ อันเนื่องจากการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นการผ่าตัดที่ยุ่ยากซับซ้อน ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมาก ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีจะส่งผลให้เนื้อเยื่อขาดเลือดได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์หรืออวัยวะไม่เพียงพอ (hypoxia) ถ้าภาวะช็อกยังคงดำเนินต่อไปโดยไม่ได้รับการแก้ไขได้ทันเวลาภายใน 1-2 ชั่วโมงหลังเกิดภาวะช็อก เซลล์และอวัยวะสำคัญหลายอวัยวะจะถูกทำลาย เกิดระบบการทำงานล้มเหลว และนำไปสู่การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรกได้⁽²⁴⁾ การพยาบาลที่สำคัญคือ การจัดการแก้ไขภาวะช็อกอย่างรวดเร็วและเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการเสียเลือดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดปัญหาภาวะช็อคตามต้อชีวิต โดยเฉพาะพยาบาลที่มีทักษะสูงทางคลินิก จะสามารถประเมินความรุนแรงของภาวะช็อกจากการเสียเลือดเบื้องต้นได้อย่างแม่นยำ สามารถรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วน ครอบคลุม นำไปสู่การรักษาที่เหมาะสม ทันเวลาได้⁽²⁵⁾ และการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด พยาบาลถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ มีความตระหนัก สามารถค้นหาปัจจัยเสี่ยงและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ รวมถึงสามารถใช้เครื่องมือประเมินภาวะสับสนได้ตั้งแต่แรก ย่อมลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติการณ์ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุได้ ผลที่ตามมาคือสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นอีกด้วย

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกันคือ ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ในระยะก่อนผ่าตัด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการสอนการประเมินระดับความปวดและแนะนำเรื่องการขยับบรรเทาปวดหลังผ่าตัดเมื่อเริ่มมีคะแนนระดับความปวดมากกว่า 3 คะแนน ทำให้จัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ บุชรา ดาวเรือง, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ และ ดรุณี ชุณหะวัต⁽²⁶⁾ ที่พบว่า การสอนการจัดการความปวดเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้สามารถจัดการความปวดได้ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น

3. การพยาบาลระยะฟื้นฟูสภาพ พบว่า การพยาบาลในระยะนี้มุ่งเน้นการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพรวมถึงการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ได้แก่ การติดเชื้อมะเร็งผ่าตัด, การเกิดแผลกดทับ, การเกิดแผลกดทับ โดยใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนามาจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ประเมินสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท neurological deficit และกิจวัตรประจำวัน (activity of daily living) โดยใช้ Barthel Index ประสานการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายตาม D-M-E-T-H-O-D เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน พร้อมจำหน่ายกลับบ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา, รุ่งทิพย์ รัตนไมตรีเกียรติ, จิรธิดา อนันต์นาวิณุสรณ์ และ อังคณา จงเจริญ⁽²⁷⁾ ที่พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพหลังผ่าตัดในเวลาที่เหมาะสม

ข้อสรุป

การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ซับซ้อน การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจนั้นมีความสำคัญอย่างมาก พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพของโรค มีทักษะในการพยาบาล ทักษะในการสื่อสาร สามารถแสดงสมรรถนะด้านการให้ความรู้ สอน สาธิต แนะนำและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยได้ สามารถใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลมาแก้ปัญหาสุขภาพของกรณีศึกษาเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์และการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการแก้ปัญหา การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้อย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมายของการพยาบาลคือ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ดูแลตนเองได้ถูกต้อง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในการจัดทำคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว
2. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้นำทฤษฎีการพยาบาลมาใช้ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวและทบทวนความรู้ให้ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้อย่างเต็มที่และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บรรณานุกรม

1. Alshami AM. Prevalence of spinal disorders and their relationships with age and gender. Saudi medical journal. 2015;36(6):725.
2. Jeschke JM, Strayer DL. Invasion success of vertebrates in Europe and North America. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2005;102(20):7198-202.
3. Deyo RA, Mirza SK, Martin BI, Kreuter W, Goodman DC, Jarvik JG. Trends, major medical complications, and charges associated with surgery for lumbar spinal stenosis in older adults. Jama. 2010;303(13):1259-65.
4. Yoshihara H, Yoneoka D. Incidental dural tear in lumbar spinal decompression and discectomy: analysis of a nationwide database. Archives of orthopaedic and trauma surgery. 2013;133:1501-8.
5. Montoya KF, Charry JD, Calle-Toro JS, Núñez LR, Poveda G. Shock index as a mortality predictor in patients with acute polytrauma. Journal of Acute Disease. 2015;4(3):202-4.
6. Pumberger M, Hughes AP, Huang RR, Sama AA, Cammisa FP, Girardi FP. Neurologic deficit following lateral lumbar interbody fusion. European spine journal. 2012;21:1192-9.
7. De La Cuesta C. The nursing process: from development to implementation. Journal of Advanced Nursing. 1983;8(5):365-71.
8. วรณีย์ สัตยวิวัฒน์. การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส; 2553.
9. Khan MH, Rihn J, Steele G, Davis R, Donaldson III WF, Kang JD, et al. Postoperative management protocol for incidental dural tears during degenerative lumbar spine surgery: a review of 3,183 consecutive degenerative lumbar cases. Spine. 2006;31(22):2609-13.

10. Guerin P, El Fegoun AB, Obeid I, Gille O, Lelong L, Luc S, et al. Incidental durotomy during spine surgery: incidence, management and complications. A retrospective review. *Injury*. 2012;43(4):397-401.
11. กนิษฐา จันทรฉาย. ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว:ความท้าทายในการพยาบาล. วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. 2557;2(19):70-82.
12. มรรยาท ฉนกร. การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกอกอักเสบติดเชื้อ. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.
13. O'Mahony R, Murthy L, Akunne A, Young J, Group* GD. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium. *Annals of internal medicine*. 2011;154(11):746-51.
14. Wakamura T, Tokura H. Influence of bright light during daytime on sleep parameters in hospitalized elderly patients. *Journal of physiological anthropology and applied human science*. 2001;20(6):345-51.
15. Parikh SS, Chung F. Postoperative delirium in the elderly. *Anesthesia & Analgesia*. 1995;80(6):1223-32.
16. Colombo R, Corona A, Praga F, Minari C, Giannotti C, Castelli A, et al. A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill. Results of an interventional study. *Minerva anesthesiologica*. 2012;78(9):1026.
17. Meagher DJ. Delirium: optimising management. *Bmj*. 2001;322(7279):144-9.
18. สมพร ชินโนรส, วลัยพร บริบูรณ์ธนกุล. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ. 2565;8(2):131-42.
19. Mulugeta H, Ayana M, Sintayehu M, Dessie G, Zewdu T. Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia. *BMC anesthesiology*. 2018;18:1-9.
20. Wondmieneh A. Preoperative anxiety and associated factors among adult elective surgery patients in North Wollo Zone, Northeast Ethiopia. *Open Access Surgery*. 2020;85-94.
21. Sanders RD, Hughes F, Shaw A, Thompson A, Bader A, Hoeft A, et al. Perioperative Quality Initiative consensus statement on preoperative blood pressure, risk and outcomes for elective surgery. *British journal of anaesthesia*. 2019;122(5):552-62.

22. Mazur M, Jost GF, Schmidt MH, Bisson EF. Management of cerebrospinal fluid leaks after anterior decompression for ossification of the posterior longitudinal ligament: a review of the literature. *Neurosurgical focus*. 2011;30(3):E13.
23. Kalkwarf KJ, Cotton BA. Resuscitation for hypovolemic shock. *Surgical Clinics*. 2017;97(6):1307-21.
24. Cannon CM, Braxton CC, Kling-Smith M, Mahnken JD, Carlton E, Moncure M. Utility of the shock index in predicting mortality in traumatically injured patients. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2009;67(6):1426-30.
25. สุพัตรา อยู่สุข, พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, พิจรียา เจริญรัตน์, น้ำผึ้ง นิลสนธิ. พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะช็อกจากการเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*. 2560;13(2):39-49.
26. บุชรา ดาวเรือง, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, ดรุณี ชุณหะวัต. ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อต่อความรู้ของพยาบาล การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาล และต่อผลลัพธ์ของการจัดการความปวด. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์*. 2557;18(3):358-71.
27. ขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา, รุ่งทิพย์ รัตนไมตรีเกียรติ, จิรธิดา อนันต์นาวิณสรณ์, อังคณา จงเจริญ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2563;21(1):376-84.

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสมุทรปราการ

จำรัส วงศ์ประเสริฐ, พร.ด.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดสมุทรปราการ และ 2) เพื่อพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสมุทรปราการ

วัสดุ และวิธีการวิจัย: การวิจัยเป็นการวิจัยแบบผสม (Mixed method) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ ในลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งประกอบด้วย ระยะเวลาที่1 การวางแผน (Planning) ระยะเวลาที่2 ระยะเวลาปฏิบัติการ (Action) ระยะเวลาที่3 การสังเกต (Observing) และระยะเวลาที่4 สะท้อนกลับ (Reflecting) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการ/หัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง จำนวน 49 แห่ง แห่งละ 1 คน จำนวน 49 คน เครื่องมือที่ใช้เชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสำรวจการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสมุทรปราการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ (การวิจัยเชิงปฏิบัติการ) ได้แก่ แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In – depth Interview)

ผลการศึกษา: พบว่า 1) สถานการณ์การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดสมุทรปราการ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.24 ผลการดำเนินงานสูงสุดลำดับแรก ได้แก่ การดำเนินงานด้านการวางแผนการดำเนินงาน กลยุทธ์การดำเนินงาน และทรัพยากร รองลงมาได้แก่ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ด้านโครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในพื้นที่รับผิดชอบและด้านการกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานและมาตรฐานการปฏิบัติงานปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ คือ เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน และมีการโยกย้ายและเปลี่ยนแปลงสถานที่ทำงานบ่อย ไม่มีสถานการณ์โรคไม่ติดต่อในพื้นที่รับผิดชอบ และความร่วมมือของประชาชนในการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงน้อย 2) การพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งพื้นที่เขตเมืององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีรายได้สูงอยู่ในลำดับต้นๆของประเทศ นับได้ว่า มีศักยภาพในการบริหารจัดการงานป้องกันและ

ควบคุมโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ ด้านโครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการ ต้องทบทวนโครงสร้างองค์กร จัดการ อัตรากำลังให้เพียงพอ และมีคำสั่งในการมอบหมายการปฏิบัติงานที่ชัดเจน และบริหารจัดการกองทุน หลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน ด้านการวางแผน กลยุทธ์และทรัพยากร ในการดำเนินงาน จะต้องมียุทธศาสตร์ข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นที่ ร่วมกับสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ และกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลในระดับพื้นที่ ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ยุทธศาสตร์การ ประสานงานทั้งภายในและภายนอกเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และภาคประชาชน ด้านการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สนับสนุนและมีส่วนร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุข ในพื้นที่ จัดให้มีโครงการและกิจกรรมในการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงโดยเฉพาะพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการ เกิดโรคไม่ติดต่อ สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจัดตั้งสถานีสุขภาพ (Health Station) การจัดตั้งศูนย์ คนไทยห่างไกล NCDs การดำเนินงาน NCDs Remission Clinic ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.) และด้านการกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานและมาตรฐานการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วม เป็นคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ และคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ข้อสรุป: องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งเป็นพื้นที่เขตเมือง มีศักยภาพสูง โดยเฉพาะในด้านงบประมาณซึ่งมีรายได้สูงอยู่ในลำดับต้นๆ ของประเทศ การเข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับพื้นที่มากกว่าร้อยละ 90 รวมทั้งมีศูนย์บริการสาธารณสุขที่สามารถเป็นต้นแบบได้หลายแห่ง การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคไม่ติดต่อในอีกหลายโรค หากมีการจัดโครงสร้าง อัตรากำลังเพียงพอเหมาะสม มอบหมายงานที่ชัดเจน มีระบบฐานข้อมูลสถานการณ์โรคและบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในพื้นที่มีระบบการกำกับติดตามที่เป็นระบบ ชัดเจน ต่อเนื่อง การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก็จะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนได้ประโยชน์สูงสุด

คำสำคัญ: การป้องกันและควบคุมโรค, โรคไม่ติดต่อ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

Non-communicable Disease Prevention and Control Operations In Local Administrative Organizations, Samut Prakan Province

Jumrus Wongprasert, Ph.D.

Abstract

Objective: 1) To study the situation of the operation of prevention and control of non-communicable diseases in local administrative organizations in Samut Prakan Province and 2) To develop guidelines for the operation of prevention and control of non-communicable diseases in local administrative organizations in Samut Prakan Province.

Materials & methods: The research design is mixed method research consisting of Quantitative Research and qualitative research in the form of Action Research, which consists of Phase 1: Planning, Phase 2: Action, Phase 3: Observing, and Phase 4: Reflecting.

The population and samples used in the quantitative research were executives of local administrative organizations, directors/heads of public health and environment divisions of municipalities, persons responsible for prevention and control of non-communicable diseases of local administrative organizations, and relevant persons from all 49 local administrative organizations, 1 person per organization, totaling 49 persons. The quantitative instruments used were the survey on the implementation of prevention and control of non-communicable diseases in local administrative organizations in Samut Prakan Province. The qualitative research instruments (action research) were the focus group discussion form and the in-depth interview form.

Results: The results of the study found 1) The overall situation of the operation of prevention and control of non-communicable diseases of local administrative organizations in Samut Prakan Province was at a moderate level, with an average of 2.24. The highest performance results were in the areas of operation planning, operation strategies, and resources, followed by participation in the operation, organizational structure and management, prevention and control of non-communicable diseases in the area of responsibility, and supervision, monitoring, and evaluation of the operation and work standards. The main obstacles were insufficient staff

Corresponding : jumwong9@gmail.com

Received : January 2025

Accepted : 7 March 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1

E 277084

for the operation, frequent transfers and changes of work locations, no non-communicable disease situation in the area of responsibility, and low public cooperation in screening for diabetes and high blood pressure. 2) Developing guidelines for the prevention and control of non-communicable diseases in local administrative organizations that are clear and appropriate for the context of Samut Prakan Province, where the urban area and local administrative organizations have one of the highest incomes in the country. It is considered that they have the potential to manage the prevention and control of non-communicable diseases in the area. In terms of organizational structure and management, the organizational structure must be reviewed, personnel must be adequately managed, and clear work assignments must be issued. The health insurance fund at the local level must be managed to maximize the benefits of the people. In terms of planning, strategies, and operational resources, there must be a database system for planning operations and solving public health problems at the local level in collaboration with local public health service facilities.

Conclusions: Local administrative organizations in Samut Prakan Province, which is an urban area, have high potential, especially in terms of budget, which has one of the highest incomes in the country. More than 90 percent of them participate in the local health insurance fund, including many public health centers that can be models. The operation of prevention and control of non-communicable diseases (NCDs), especially diabetes and hypertension, which are the leading causes of many other non-communicable diseases, if the structure is organized, the number of personnel is sufficient and appropriate, the work is clearly assigned, there is a disease situation database system, and the operation is integrated with the sub-district health promotion hospitals in the area and Village Health Volunteer (VHV) in the area. There is a clear and continuous monitoring system, the operation of prevention and control of non-communicable diseases of local administrative organizations will be effective, and the people will benefit the most.

Keywords: Disease prevention and control, Non-communicable Diseases, Provincial Administrative Organization (PAO)

ความสำคัญ

โรคไม่ติดต่อหรือโรค NCDs (Non Communicable Diseases) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก ในปี พ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs จำนวน 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 74 ของสาเหตุการเสียชีวิต ทั้งหมดของประชากรโลก สถานการณ์ NCDs ในประเทศไทย นับว่าเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาประเทศ¹ เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตคนไทย และก่อให้เกิดภาระโรคจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรภาวะเจ็บป่วย และทุพพลภาพ ทำให้ผลิตภาพการทำงานลดลงหรือสูญเสียไป ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจมหาศาล จากสถานการณ์ปัจจุบัน นอกจากโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก ระดับประเทศแล้ว ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดสมุทรปราการด้วย² โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อมาอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดนโยบายเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขภายใต้เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และแผนแม่บทภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580)³ กำหนดประเด็นการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตและการเสริมสร้างให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดนโยบายและกลไกการขับเคลื่อนการทำงานที่สำคัญในด้านต่างๆ ได้แก่ การพัฒนานโยบาย 3 หมอ SMART อสม. รพ.สต.เข้มแข็ง การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (HLO) การพัฒนากำลังคน เป็นต้น โดยบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนในการร่วมดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังเป็นปัญหาที่สำคัญของจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต รวมทั้งเศรษฐกิจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง ด้วยสภาพความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ มีภาวะเครียดจากสิ่งเร้าต่างๆ ขาดการดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพและการเข้ารับ การตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นประจำทุกปี ดังนั้น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บูรณาการการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ จึงเป็นกลไก การขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายได้ แม้ว่าปัจจุบันจะกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทหน้าที่ในการจัดการด้านสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น (ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค) แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่มี แนวทางการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่ชัดเจน โดยเฉพาะการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ อีกทั้งสถานการณ์ของโรคไม่ติดตอยังคงเป็นปัญหาที่ทำนายทั่วโลก ระดับประเทศ ไทย และจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งเป็นจังหวัดในเขตเมืองและเป็นจังหวัดอุตสาหกรรม โดยมีองค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่นแต่ละแห่งทำหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับผิดชอบให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสม (Mixed method) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดสมุทรปราการ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสมุทรปราการ ให้มีความชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการ/หัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของเทศบาล ผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง จำนวน 49 แห่ง แห่งละ 1 คน จำนวน 49 คน

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ: ในการวิจัยครั้งนี้ หน่วยการศึกษา (Unit of Analysis) คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 49 แห่ง ประกอบด้วย อบจ.1 แห่ง เทศบาล 22 แห่ง และ อบต. 26 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมายจากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และปรับปรุงตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสำรวจสถานการณ์ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. เครื่องมือสำหรับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แบบสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และข้อคำถามจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (เบาหวาน และความดันโลหิตสูง) ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสมุทรปราการ

ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ระยะที่ 3 การสังเกต (Observing) และระยะที่ 4 การสะท้อนกลับ (Reflexing)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานใช้ในการแปลความหมายของข้อมูล และใช้อธิบายลักษณะการกระจายข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มหรือการถอดบทเรียนการพัฒนาใช้การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้รูปแบบการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Strauss, A.L. and Cabbin, J,1990). นำข้อมูลที่รวบรวมได้ จัดให้เป็นระบบวิเคราะห์ความหมาย แยกแยะองค์ประกอบ รวมทั้งเชื่อมโยงและหาความสัมพันธ์ของข้อมูลเพื่อนำไปสู่ความเข้าใจในประเด็นที่ศึกษา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ตามหนังสือรับรองเลขที่ 005/2568 ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2567

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.8 และ 12.2 ตามลำดับ ส่วนมากปฏิบัติงานในองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ร้อยละ 53.1 ส่วนมาก อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 30.6 ระดับการศึกษาสูงสุด ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 73.5 ส่วนมากเป็นผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 46.9 และผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมากมีระยะเวลาในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 57.1

2. แนวทางทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเบาหวานและความดันโลหิตสูง) ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 49 แห่ง ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรปราการ 1 แห่ง เทศบาล (เมือง นคร และตำบล) จำนวน 22 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จำนวน 26 แห่ง สถานการณ์แนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

มีแนวทางทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ จำแนกรายด้าน ดังนี้

2.1 ด้านโครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการ มีการเข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ มากที่สุดอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.83

2.2 ด้านการวางแผนการดำเนินงาน/กลยุทธ์การดำเนินงาน และทรัพยากร พบว่า แหล่งงบประมาณจากภายในเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานมากที่สุด อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.59

2.3 ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในพื้นที่รับผิดชอบ พบว่า มีโครงการ/กิจกรรมการดำเนินงานที่สำคัญอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.39

2.4 ด้านการกำกับติดตามประเมินผล การดำเนินงานและมาตรฐานการปฏิบัติงาน พบว่า มอบหมายผู้รับผิดชอบในการติดตามประเมินผล มากที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.18

2.5 ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน พบว่า ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดำเนินงานในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.67

โดยการศึกษาแนวทางทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง) ผลการดำเนินงานสูงสุดลำดับแรก ได้แก่ การดำเนินงานด้านการวางแผนการดำเนินงาน กลยุทธ์การดำเนินงาน และทรัพยากร ดำเนินการได้ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมสูงสุดกับ 2.35 รองลงมาได้แก่ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 ด้านโครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.27 ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในพื้นที่รับผิดชอบ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.27 และด้านการกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานและมาตรฐานการปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยในภาพรวม เท่ากับ 2.24 อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1. ค่าเฉลี่ยแนวทางการทำงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) ในปัจจุบัน จำแนก 5 ด้าน

ลำดับ	ด้าน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
1.	ด้านการวางแผนการดำเนินงาน กลยุทธ์การดำเนินงานและทรัพยากร	2.35	0.81	ระดับปานกลาง
2.	ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	2.29	0.65	ระดับปานกลาง
3.	ด้านโครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการ	2.27	0.70	ระดับปานกลาง
4.	ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในพื้นที่รับผิดชอบ	2.27	0.83	ระดับปานกลาง
5.	ด้านการกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานและมาตรฐานการปฏิบัติงาน	2.01	0.84	ระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยภาพรวม		2.24		ระดับปานกลาง

2.6 ความคิดเห็นการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง) ที่ผ่านมา (ประเด็นคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง)

2.6.1 ด้านปัญหาอุปสรรคในการทำงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง) ที่ผ่านมา พบว่า ปัญหาอุปสรรค 3 ลำดับแรก คือ เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อกมีการโยกย้ายและเปลี่ยนแปลงสถานที่ทำงานบ่อย ไม่มีสถานการณ์โรคไม่ติดต่อในพื้นที่รับผิดชอบ

2.6.2 ด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) ในพื้นที่รับผิดชอบ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 3 ลำดับแรก คือ การประสานความร่วมมือที่ดีในการดำเนินการของเจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในพื้นที่รับผิดชอบ จิตสำนึกของประชาชนในการใส่ใจคุณภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ชัดเจนในการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อที่มุ่งเน้นให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับประโยชน์สูงสุด

2.6.3 ด้านสิ่งสนับสนุนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ของท่านเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่า สิ่งสนับสนุนในการดำเนินงาน 3 ลำดับแรก คือ เอกสารสื่อประชาสัมพันธ์สำหรับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในการให้ความรู้กับประชาชน เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ ชุดอาหารเพื่อสุขภาพพายโรลอัพ (Rollup) สำหรับประชาสัมพันธ์การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ , วัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ที่มอบให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สำหรับดำเนินงานตรวจคัดกรองในพื้นที่ เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว สมุดบันทึกสุขภาพ เป็นต้นและการอบรมเพิ่มพูนพื้นฐานความรู้ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงาน 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) ถอดบทเรียนการดำเนินงานที่ผ่านมา วางแผนและกำหนดแนวทางการดำเนินงาน ระยะที่ 2 ปฏิบัติ (Action) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด ระยะที่ 3 การสังเกต (Observing) การติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน และระยะที่ 4 การสะท้อนกลับ (Reflecting) ประเมินผลการดำเนินงานวิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการพัฒนาผลการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) ถอดบทเรียนการดำเนินงาน วางแผนและกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

1.1 การสนทนากลุ่ม (Focus Group) ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการ/หัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 15 คน โดยศึกษาตามประเด็นต่างๆ 4 ประเด็น ดังนี้
ประเด็นที่ 1 ผลการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่สำคัญคือการจัดโครงสร้างองค์กรที่ชัดเจน มีบุคลากรที่รับผิดชอบชัดเจน ไม่เปลี่ยนแปลงงานบ่อยและมีบุคลากรรับผิดชอบที่เพียงพอในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ มีการบูรณาการร่วมกันในการทำงานของสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่

ประเด็นที่ 2 หากต้องการให้การดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ดีขึ้นและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ ควรมีแนวทางการดำเนินงานบูรณาการเชิงนโยบายการทำงานร่วมกัน สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่และได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานและบูรณาการ การทำงานร่วมกันจะช่วยส่งเสริมการเข้าถึงบริการของประชาชนมากขึ้น ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ

ประเด็นที่ 3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและมีส่วนช่วยสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีส่วนร่วมและสนับสนุนการดำเนินงาน ประสานและบูรณาการการทำงานร่วมกัน มีการประชุมร่วมกันทั้งในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับพื้นที่ เพื่อถ่ายทอดนโยบายและขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกันและมีการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในพื้นที่ให้มีความรู้ความเข้าใจในการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่และฟื้นฟูความรู้อยู่เสมอ

ประเด็นที่ 4 ชุมชน อสม.และประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกัน โดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นบุคลากรในพื้นที่ที่มีความสำคัญ รู้จักชุมชน สามารถดำเนินการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารและการส่งเสริมการออกกำลังกาย การช่วยตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพของประชาชนทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ค้นหา คัดกรองร่วมกับเจ้าหน้าที่ และผู้นำชุมชนควรเป็นผู้สนับสนุน ประสานทรัพยากรต่างๆ รวมทั้งมีการจัดตั้งกลุ่มชุมชน หรือกลุ่มเบาหวาน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การกินอาหาร

1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

ประเด็นที่ 1 ความรู้ความสามารถและความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลการศึกษาพบว่าส่วนมากผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานมีความรู้ความเชี่ยวชาญน้อย การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติมายังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่ชัดเจนและต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดให้มีการอบรมฟื้นฟูความรู้วิชาการเกี่ยวกับโรคไม่ติดต้อยมีน้อย

ประเด็นที่ 2 ความชัดเจนของโครงสร้างองค์กรในการดำเนินงานด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อ พบว่าการจัดแบ่งโครงสร้างองค์กรในการดำเนินงานค่อนข้างชัดเจนแต่บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่เพียงพอ ไม่มีบุคลากรปฏิบัติงาน และหากมีบุคลากรว่ามีการเปลี่ยนแปลงและปฏิบัติงานน้อยทำให้การปฏิบัติงานไม่ต่อเนื่อง

ประเด็นที่ 3 ความเหมาะสมของกรอบอัตรากำลังในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ผลการศึกษาพบว่า การจัดโครงสร้างกรอบอัตรากำลังของทั้งองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล ได้มีการจัดกรอบอัตรากำลัง ส่งเสริมการปฏิบัติงานที่ชัดเจน

ประเด็นที่ 4 การบริหารงบประมาณทางด้านสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สัมภาษณ์ให้ข้อมูลว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีงบประมาณด้านสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพชีวิตที่เพียงพอ

ประเด็นที่ 5 นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เช่น SMART อสม. เข้มแข็ง ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอและฐานข้อมูลสุขภาพดิจิทัลผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นตรงกันว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ที่มีส่วนช่วยสนับสนุนและการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ร่วมค้นหา ตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสนับสนุนให้ความร่วมมือในการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างดี

ประเด็นที่ 6 การดำเนินการควบคุมภาวะป้องกันโรคไม่ติดต่อในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มปกติควรดำเนินการให้ความรู้ ประชาชนในการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สร้างความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ ประเมินตนเองได้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณให้แก่ ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ และงบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ (Action) ผู้วิจัยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแนวทางการดำเนินงาน เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการตามแนวทางที่ได้ร่วมกันกำหนดตามภาระบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละระดับที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 3 การสังเกต (Observing) การติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานผู้วิจัยได้ ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนด โดยเครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) ในการติดตามการดำเนินงานใน 5 ประเด็น ตามแผนงานและกิจกรรมที่กำหนด โดยประเมินจากตัวชี้วัดความสำเร็จในแต่ละประเด็น ผลการติดตามขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนด โดยติดตามประเมินจากตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 1.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการจัดโครงสร้างองค์กรและมอบหมายผู้รับผิดชอบชัดเจนมากขึ้น
- 2.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีโครงการที่สำคัญด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ เพิ่มมากขึ้น

- 3.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) เพิ่มมากขึ้น
- 4.สนับสนุนกำหนดให้ปัญหาโรคไม่ติดต่อ (NCDs) เบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นสถานการณ์ปัญหาที่สำคัญในระดับอำเภอภายใต้การขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
- 5.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดำเนินงานของสถานีสุขภาพ (Health Station) ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs และ NCDs Remission Clinic
- 6.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการจัดกิจกรรมเพื่อเป็นต้นแบบในด้านการออกกำลังกายของประชาชนในพื้นที่
- 7.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับองค์การบริหารส่วนจังหวัด ระดับเทศบาลและระดับองค์การบริหารส่วนตำบลร่วมเป็นองค์ประกอบคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการและมีส่วนร่วมในการประชุมเป็นประจำทุกเดือน
- 8.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีแผนการจัดทำรายงานประจำปีเพื่อเผยแพร่ผลการดำเนินงาน
- 9.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีกลุ่ม Line เพื่อติดต่อประสานการดำเนินงานร่วมกัน
- 10.คณะกรรมการสุขภาพอำเภอ มีแผนการกำหนดปัญหาโรคไม่ติดต่อที่สำคัญเป็นปัญหาระดับพื้นที่อำเภอเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน

ระยะที่ 4 การสะท้อนกลับ (Reflecting)

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในภาพรวม พบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและสนับสนุนการดำเนินงาน คือ

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในบางแห่งยังให้ความสำคัญในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) การจัดทำโครงการรองรับยังมีน้อย เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญในการจัดทำโครงการในด้านอื่นๆ เช่น ด้านปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหายาเสพติด ทั้งนี้เนื่องจากองค์กรท้องถิ่น มีความคิดเห็นว่าการดำเนินงานดังกล่าว หน่วยงานสาธารณสุขได้มีการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งอยู่แล้ว จึงไม่ต้องการที่จะให้มีการปฏิบัติซ้ำซ้อน
2. การบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีความซ้ำซ้อน การบูรณาการดำเนินงานค่อนข้างเป็นไปตามแผน แต่อย่างไรก็ตามจะสามารถบูรณาการให้เกิดประสิทธิผลได้ต้องอาศัยระยะเวลาและความมุ่งมั่นของผู้บริหารในทุกภาคีเครือข่าย
3. การดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน เพื่อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ค่อนข้างปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ยาก ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาและครอบครัวช่วยเหลือ
4. บริบทจังหวัดสมุทรปราการเป็นเขตเมือง สิ่งแวดล้อมต่างๆเอื้อต่อการกระตุ้นให้ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ถูกต้องและพฤติกรรมออกกำลังกายยังไม่เหมาะสม

Corresponding : jumwong9@gmail.com

Received : January 2025

Accepted : 7 March 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1

E 277084

อภิปรายผล

1.สถานการณ์การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบัน

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบันตามแนวทางการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต,เทศบาล) และกระทรวงสาธารณสุข (รพ.สต.)⁴ แนวทางการดำเนินงานถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนจังหวัด⁵และแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ.2566 - 2570)¹ จากผลการวิจัยแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสมุทรปราการซึ่งครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการ 2) ด้านการวางแผน กำหนดกลยุทธ์และทรัพยากรในการดำเนินงาน 3) ด้านการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ในพื้นที่รับผิดชอบ 4) ด้านการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน และ 5) ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ซึ่งสถานการณ์การดำเนินงานในภาพรวมของแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งหากวิเคราะห์แนวทางการดำเนินงานในแต่ละด้านภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งหมายถึง มีการดำเนินงานตามแนวทางดังกล่าวฯ แต่ยังไม่มีความชัดเจนซึ่งการดำเนินงานตามแนวทางดังกล่าวฯ สอดคล้องกับแนวทางการเตรียมความพร้อมการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานตามการปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570)¹ โดยปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่สำคัญในภาพรวม ได้แก่ เจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน การจัดหาบุคลากรในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นค่อนข้างมีข้อจำกัดในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับองค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรปราการ และการบูรณาการการทำงานร่วมกันในระดับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องยังไม่มีความชัดเจนและการดำเนินงานซ้ำซ้อนกันรวมทั้งผู้ปฏิบัติงานมีการเปลี่ยนแปลงโยกย้ายบ่อย

2 การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสมุทรปราการ

จังหวัดสมุทรปราการ เป็นพื้นที่เขตเมือง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดสมุทรปราการ มีรายได้สูงอยู่ในลำดับต้นๆ ของประเทศ ซึ่งนับได้ว่ามีศักยภาพในการบริหารจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด แนวทางการดำเนินงาน

ที่เหมาะสม 1.ด้านโครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการจะต้องมีการทบทวนโครงสร้างองค์กรจัดการอัตรากำลังให้เพียงพอและมีคำสั่งในการมอบหมายการปฏิบัติงานที่ชัดเจน การบริหารจัดการศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ให้เป็นต้นแบบและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน 2.ด้านการวางแผนกลยุทธ์และทรัพยากรในการดำเนินงานจะต้องมีการประสานเพื่อการบริหารจัดการให้มีระบบฐานข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นที่ร่วมกับสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)ที่สะท้อนความจริงเป็นฐานข้อมูลเดียวกัน รวมทั้งต้องวางกลยุทธ์และทิศทางในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (เบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระดับพื้นที่ 3.ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ มุ่งเน้นให้มีกระบวนการยกระดับการประสานงานภายในเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายภายนอก รวมทั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และภาคประชาชน เช่น การยกระดับการพัฒนาระบบ Line ให้มีชีวิต ซึ่งแนวทางการดำเนินงานด้านโครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการ ด้านการวางแผนกลยุทธ์และทรัพยากรในการดำเนินงานและด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580)³ ด้านการปรับสมดุล และการบริหารจัดการภาครัฐและแผนแม่บทภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ.2561 – 2580) ฉบับแก้ไขเพิ่มเติมประเด็นที่ 20³ การบริการประชาชนและประสิทธิภาพภาครัฐที่ส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถบริหารจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ บริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากรได้อย่างเหมาะสม พัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมีติดต่อกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ด้านการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ซึ่งแนวทางการดำเนินงานที่สำคัญ คือ สนับสนุนและมีส่วนร่วมกับสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ ได้จัดให้มีโครงการและกิจกรรมในการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงโดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)⁶ ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์โลกเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อได้ถูกรับรองจากที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 531 ซึ่งยุทธศาสตร์ดังกล่าวฯ มีการกำหนดขอบเขตการจัดการปัญหา โดยเน้นไปที่กลุ่มโรค NCDs หลัก 4 โรค 4 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและ 4 ปัจจัยเสี่ยงหลักหรือที่เรียกกันว่า “4x4x4 model” กลุ่มโรค NCDs ที่องค์การอนามัยโลก และประเทศสมาชิกให้ความสำคัญในการป้องกันและควบคุมอย่างเร่งด่วน ตาม “4x4x4 model” คือ 4 โรคหลัก ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือด 2) โรคเบาหวาน 3) โรคมะเร็ง 4) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาสำคัญ 4 ปัจจัย คือ 1) ภาวะไขมันในเลือดสูง 2) ภาวะความดันโลหิตสูง 3) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 4) ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ นั้นเกิดจาก

การมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมที่สำคัญประกอบด้วย 1) การบริโภคยาสูบ 2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม 4) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ซึ่งหากเปรียบเทียบปัจจัยต่างๆเหล่านี้กับต้นไม้อแล้ว ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมเปรียบได้กับรากของต้นไม้ หรือสาเหตุเริ่มต้นของการเกิดโรค การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเป็นช่วงพัฒนาของโรคก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย ซึ่งยังไม่มีอาการแสดงของโรคชัดเจนหรือช่วงภัยเงียบเปรียบได้กับลำต้น และกลุ่มโรค NCDs เปรียบได้กับใบไม้ซึ่งเป็นผลผลิตที่เกิดขึ้นจากรากเหง้าและต้นตอตนเอง⁷

ข้อสรุป

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดสมุทรปราการซึ่งเป็นพื้นที่เขตเมืองมีศักยภาพสูงโดยเฉพาะในด้านงบประมาณซึ่งมีรายได้สูงอยู่ในลำดับต้นๆของประเทศ การเข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่มากกว่าร้อยละ 90 รวมทั้งมีศูนย์บริการสาธารณสุขที่สามารถเป็นต้นแบบได้หลายแห่ง การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุนำของโรคไม่ติดต่อในอีกหลายโรค หากมีการจัดโครงสร้าง อัตรากำลังเพียงพอเหมาะสม มอบหมายงานที่ชัดเจน มีระบบฐานข้อมูลสถานการณ์โรคและบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในพื้นที่มีระบบการกำกับติดตามที่เป็นระบบชัดเจนต่อเนื่อง การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็จะเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนได้ประโยชน์สูงสุด

ข้อเสนอแนะ

1) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ยกกระดับการส่งเสริมและสนับสนุนให้สำนักงานท้องถิ่นจังหวัด ได้กำกับติดตามการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่ โดยเฉพาะการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญทั้งในระดับโลก ระดับประเทศ และระดับจังหวัด

2) องค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้การบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด ข้อ 9 (2) สามารถเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ การสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างคล่องตัว สนับสนุนเงินกองทุนฯ ให้แก่สถานบริการสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) เป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนในพื้นที่ และมีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน หากผู้บริหารระดับสูงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เล็งเห็นความสำคัญปัญหาโรคไม่ติดต่อ (NCDs) จะช่วยให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) เป็นกลไกการเชื่อมต่อที่สำคัญระหว่างประชาชน สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 3 ภาคส่วนควรให้ความสำคัญดูแลสวัสดิการและค่าตอบแทนให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2566 – 2570 .กองโรคไม่ติดต่อ; 2566. กรุงเทพมหานคร
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. รายงานประจำปี 2566; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2567].เข้าถึงได้จาก: <https://spko.moph.go.th>
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (2561 – 2580) ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน; 2561.
4. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. แนวทางการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.เทศบาล และกระทรวงสาธารณสุข (รพ.สต.). กองยุทธศาสตร์และแผนงาน; 2562.
5. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด. สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี; 2564.
6. กรมควบคุมโรค. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus. กองโรคไม่ติดต่อ.นนทบุรี สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2567. บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอร์เรชั่น จำกัดมหาชน; 2567.
7. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิฤตสุขภาพวิฤตสังคม 2557. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2557.

การศึกษาเปรียบเทียบผลการตรวจวิเคราะห์ระดับ HbA1c โดยใช้เลือดจากหลอด EDTA Blood และ Li-Heparin Blood ด้วยหลักการ Turbidimetric Inhibition Immunoassay

จินตนา เตชาพิทักษ์ เทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก

โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร อำเภอเมืองสกลนคร 47000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบผลการตรวจวิเคราะห์ระดับ HbA1c จากตัวอย่างเลือด EDTA blood และ Li-Heparin Blood ในผู้เข้ารับบริการโรงพยาบาลสกลนคร ด้วยหลักการ Turbidimetric Inhibition Immunoassay

วัสดุและวิธีการศึกษา : การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง เพื่อเปรียบเทียบระดับ HbA1c ที่ตรวจวัดด้วยหลักการ Turbidimetric Inhibition Immunoassay โดยใช้เครื่อง Cobas 6000 ที่ใช้ตัวอย่างเลือด EDTA Blood และ Li-Heparin Blood โดยใช้ตัวอย่างเลือดที่เหลือจากการตรวจวิเคราะห์ในงานประจำวันของผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสกลนคร ที่มีการส่งตรวจระดับ HbA1c จากหลอดตัวอย่าง EDTA Blood และมีการส่งเจาะหลอดเลือด Li-Heparin Blood ในวันและเวลาเดียวกัน จำนวน 370 ตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov Smirnov test (KS test) ถ้าค่า $p \geq 0.05$ ถือว่าข้อมูลมีการกระจายตัวปกติ (normal distribution) ทดสอบความสัมพันธ์ของระดับ HbA1c จากตัวอย่างเลือด EDTA Blood และ Li-Heparin Blood โดยใช้สถิติ Pearson correlation กรณีที่ข้อมูลมีการกระจายตัวปกติ และใช้สถิติ Spearman's correlation กรณีข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ ทดสอบความแตกต่างของระดับ HbA1c จากตัวอย่างเลือด EDTA Blood และ Li-Heparin Blood โดยใช้สถิติ Pair T- test กรณีที่ข้อมูลมีการกระจายตัวปกติ และใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test กรณีข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ ค่าพหุคูณค่าทางสถิติใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปกำหนดค่านัยสำคัญ $P < 0.05$

ผลการศึกษา : พบว่าค่าเฉลี่ยที่ได้จากการตรวจวิเคราะห์ระดับ HbA1c เท่ากับร้อยละ 7.25 และ 7.23 ตามลำดับ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับร้อยละ 2.38 และ 2.37 และเมื่อนำมาทดสอบหาความแตกต่างโดยใช้สถิติ t-test ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 พบว่าระดับ HbA1c ที่ได้จากตัวอย่างเลือด EDTA Blood และ Li-Heparin Blood ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p=0.237(p > 0.05)$ โดยค่าที่ได้จากหลอดเลือดทั้งสองชนิดมีความสัมพันธ์กันดี ($r=0.9901$)

ข้อสรุป : สามารถใช้ตัวอย่างเลือดจาก Li-Heparin Blood แทน EDTA Blood ในการตรวจวัดระดับ HbA1c ด้วยหลักการ Turbidimetric Inhibition Immunoassay โดยต้องตรวจวิเคราะห์ภายในวันเดียวกัน

คำสำคัญ : ฮีโมโกลบินเอวันซี, ลิเฮียมเฮปาริน, อีดีทีเอ, Turbidimetric Inhibition Immunoassay

Comparative Study of HbA1c levels Measurement using EDTA Blood and By Turbidimetric Inhibition Immunoassay

Jintana Dechapitak, Medical Technologist

Department of Medical Technology and Clinical Pathology,

Sakon Nakhon Hospital, Muang, Sakon Nakhon 47000.

Abstract

Objective: The objective of this study was to compare the HbA1c levels measured from EDTA blood samples and Li-Heparin blood samples of patients at Sakon Nakhon Hospital using the Turbidimetric Inhibition Immunoassay method.

Materials and Methods: This experimental study aimed to compare HbA1c levels measured using the Turbidimetric Inhibition Immunoassay principle with the Cobas 6000 analyzer. The study used residual blood samples from routine tests of patients at Sakon Nakhon Hospital who had HbA1c tests ordered from both EDTA blood and Li-Heparin blood samples on the same day and time. A total of 370 samples were collected. Data analysis and statistical tests were performed. The distribution of data was tested using the Kolmogorov-Smirnov test (KS test), and if $p \geq 0.05$, the data were considered normally distributed. Pearson correlation was used to test the relationship between HbA1c levels from EDTA blood and Li-Heparin blood for normally distributed data, while Spearman's correlation was used for non-normally distributed data. The difference in HbA1c levels from EDTA blood and Li-Heparin blood was tested using a paired t-test for normally distributed data and the Wilcoxon Signed Rank Test

Corresponding : fahplien@gmail.com

Received : December 2024

Accepted : 14 March 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1

E 277504

for non-normally distributed data. Statistical analyses were performed using statistical software, with significance set at $p < 0.05$.

Results: The average HbA1c levels measured from EDTA blood and Li-Heparin blood were 7.25% and 7.23%, respectively, with standard deviations of 2.38% and 2.37%. A t-test was used to test the difference between the two methods, and no significant difference was found ($p = 0.237$, $p > 0.05$). The results from both blood sample types showed a strong correlation ($r = 0.9901$).

Conclusion: Li-Heparin blood samples can be used as an alternative to EDTA blood samples for HbA1c measurement using the Turbidimetric Inhibition Immunoassay method, as long as the analysis is performed within the same day.

Keywords: HbA1c, Li-Heparin Blood , EDTA Blood, Turbidimetric Inhibition Immunoassay

ความสำคัญ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคาม สุขภาพคนไทยเพิ่มขึ้นทุกปี⁽¹⁾ และเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยในหลายๆด้าน โดยเกิดจากความผิดปกติของระบบเมแทบอลิซึม หรือความผิดปกติของตับอ่อนในการสร้างฮอร์โมนอินซูลินซึ่งมีหน้าที่สำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง และหากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสมจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมากถึง 2-9 เท่า เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวายซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ในผู้ป่วยเบาหวาน โรคเส้นเลือดในสมองตีบนำมาซึ่งภาวะอัมพฤกษ์อัมพาต โรคไตวายเรื้อรังซึ่งเกิดขึ้นถึงร้อยละ 44 ของผู้ป่วยเบาหวาน โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาซึ่งเกิดขึ้นถึงร้อยละ 31 ของผู้ป่วยเบาหวาน ให้นำมาซึ่งภาวะตาบอดการเกิดแผลที่เท้าซึ่งเป็นปัญหาเรื้อรังที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุระดับต้นๆ ในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และตามมาด้วยการตัดเท้าหรือขา ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานมักเกิดมากขึ้นเป็นสัดส่วนตามระดับน้ำตาลที่สูงเกินค่าปกติ ทำให้เป้าหมายหลักในการรักษาเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปัจจัยเสี่ยงสุขภาพได้ตามกำหนด เพื่อป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะนำมาซึ่งภาวะพิการหรือทุพพลภาพ การเสียชีวิต และผลกระทบทางเศรษฐกิจ International Diabetes Federation (IDF) ได้รายงานยอดผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกที่มีอายุตั้งแต่ 20-79 ปี ในปี พ.ศ. 2562 พบมากกว่า 463 ล้านราย ซึ่งคาดว่าจะมีผู้ป่วยเบาหวาน 578 ล้านรายในปี พ.ศ. 2573 และ 700 ล้านรายในปี พ.ศ. 2588⁽²⁻⁴⁾

ในประเทศไทยตามข้อแนะนำของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยใช้การตรวจระดับน้ำตาลกลูโคสในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน และใช้ค่า HbA1c ในการตรวจติดตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย Hemoglobin A1c (HbA1c) เป็นส่วนหนึ่งของ Glycated Hemoglobin ที่มีโมเลกุลของกลูโคสจับอยู่กับ N-terminal ของกรดอะมิโน Valine ของสาย β -globin อย่างถาวร HbA1c เป็นส่วนหนึ่งใน HbA ซึ่งเป็นฮีโมโกลบินส่วนใหญ่ในเม็ดเลือดแดงปกติ (HbA ประมาณ 96-97.5 %, HbA2 ประมาณ 2.2-3.4 % และ HbF น้อยกว่า 1% ในคนปกติระดับของ HbA1c จะสะท้อนถึงระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา ทำให้สามารถนำมาใช้ในการติดตามควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานได้⁽¹⁷⁾

เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นทั้งทางตา ไต ระบบประสาทส่วนปลาย หัวใจ หลอดเลือด และภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันชนิดอื่น อาทิเช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง โดยแนวทางการตรวจติดตามผู้ป่วยเบาหวานมีความแตกต่างกันตามระดับการควบคุมเบาหวาน ซึ่งการตรวจหาระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหรือที่เรียกว่าการตรวจหาระดับฮีโมโกลบินเอวันซี

hemoglobin A1c (HbA1c) จัดเป็นหนึ่งในวิธีของแนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2557 ที่กำหนดไว้ เพื่อช่วยในการวินิจฉัย ติดตามผลการรักษา หรือประเมินผลการควบคุมระดับกลูโคสในผู้ป่วยเบาหวาน หากค่าเท่ากับหรือมากกว่า 6.5% ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน⁽⁵⁾

นิยมใช้ระดับ HbA1c ในการควบคุมโรคเบาหวานกรณี(1) การตรวจกลูโคสในปัสสาวะให้ข้อมูลไม่เพียงพอ 2) ระดับพลาสมากลูโคสของผู้ป่วยในแต่ละวัน และระหว่างวันมีความแปรปรวนมาก 3) ผู้ป่วยแรกเริ่มเป็นโรคเบาหวานและต้องการคำแนะนำในการควบคุม 4) ต้องการยืนยันให้ผู้ป่วยเห็นว่าสามารถควบคุมตัวเองได้ดี โดยยืนยันระดับของ HbA1c กับอาการทางคลินิกที่ปรากฏว่าดี 5) ผู้ป่วยละเลยการควบคุมและต้องการเตือนผู้ป่วยให้เคร่งครัดเรื่องการควบคุมมากขึ้น 6) ผู้ป่วยตั้งครุฑและจำเป็นต้องมีการควบคุมโรคเบาหวานอย่างใกล้ชิด เป็นต้น ปัจจัยที่จะทำให้ระดับของ HbA1c เปลี่ยนแปลงไปได้ คือในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรค hemolytic ที่เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นกว่าปกติหรือมีการทำลายเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติเช่น ธาลัสซีเมีย ฮีโมโกลบินผิดปกติชนิดต่างๆ จะทำให้การวิเคราะห์ระดับ HbA1c ผิดพลาดไป คนปกติจะมี HbA1c ประมาณร้อยละ 4.8-6.8 ค่า HbA1c ที่ระดับร้อยละ 6.5 - HbA1c 8.5 บ่งว่าผู้ป่วยควบคุมโรคเบาหวานได้ดี แต่ถ้าระดับสูงกว่าร้อยละ 12 แสดงว่าการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยไม่ดี ระดับของ HbA1c อาจสูงถึงร้อยละ 30 ได้ ถ้าไม่มีการควบคุมโรค⁽³⁾

ปัจจุบันวิธีการตรวจวิเคราะห์ HbA1c ด้วยหลักการส่วนใหญ่ที่ใช้ในห้องปฏิบัติการในประเทศไทย ได้แก่ HPLC, affinity chromatography, immunoassay หรือ enzymatic assay สิ่งส่งตรวจที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์เป็นเลือดรวมที่ใช้ ethylenediaminetetraacetic acid (EDTA) เป็นสารกันเลือดแข็ง ที่เรียกว่า EDTA blood^(3, 8, 9)

โดยสารกันเลือดแข็งชนิด EDTA นิยมใช้เป็นสารกันเลือดแข็งมากที่สุดทางโลหิตวิทยา เนื่องจากมีคุณสมบัติจับกับแคลเซียมเอาไว้ ซึ่งแคลเซียมจำเป็นสำหรับกระบวนการแข็งตัวของเลือด ทำให้เลือดไม่แข็งตัว และยังใช้ในการตรวจวิเคราะห์ระดับ HbA1c เนื่องจากสามารถรักษาสภาพเม็ดเลือดได้ดี แต่พบว่าหากเจาะเลือดได้ปริมาตรต่ำกว่าสัดส่วนเลือดต่อสารกันเลือดแข็งที่กำหนดจะทำให้เม็ดเลือดแดงเปลี่ยนรูปร่างและเสื่อมสภาพได้ ส่วนสารกันเลือดแข็งชนิด Heparin จะยับยั้งการเกิด thrombin ทำให้ไม่เกิดการแข็งตัวของเลือด และมักใช้ในการตรวจวิเคราะห์ด้านเคมีคลินิกเนื่องจากสามารถลดการแตกของเม็ดเลือดแดงนอกร่างกายได้ นอกจากนี้ยังมีคุณสมบัติในการจับกับสารอื่นต่ำ รักษาสมดุลของน้ำในและนอกเซลล์ได้ดี มีไอออนประจุบวกต่ำ จึงเหมาะสำหรับเป็นสารกันเลือดแข็งเพื่อตรวจวัดไอออน เช่น การตรวจหาโซเดียม ในงานเคมีคลินิกอีกด้วย⁽¹⁰⁻¹³⁾

ปัจจุบันโรงพยาบาลสกลนคร อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร มีผู้เข้ารับบริการในคลินิกเบาหวานเป็นจำนวนมาก และส่วนใหญ่แพทย์ส่งตรวจหาระดับ HbA1c ควบคู่กับระดับกลูโคสในเลือด รวมทั้งดูผลทางเคมีของค่าเลือดตัวอื่นไปพร้อมกัน หรือแม้กระทั่งผู้เข้ารับบริการตรวจสุขภาพในโรงพยาบาลที่มีการตรวจหา

ระดับ HbA1c ร่วมด้วย นอกจากนี้โรงพยาบาลสกลนครยังให้บริการตรวจเลือดให้กับหน่วยสุขภาพจากภายนอกที่มีการตรวจติดตามระดับ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยของการตรวจวิเคราะห์ระดับ HbA1c คือ ผู้เจาะเลือดอาจลืมเจาะสำหรับหลอด EDTA Blood ด้วยไม่เห็นว่าเป็นแพทย์ได้ส่งตรวจระดับ HbA1c หรือคนใช้บางรายไม่สามารถเจาะเลือดได้ในปริมาณที่ต้องการทำให้ไม่เพียงพอต่อการแบ่งใส่หลอดเลือดที่มีสารกันเลือดแข็งครบทุกชนิด และในบางกรณีแพทย์ส่งตรวจระดับ HbA1c เพิ่มเติมหลังจากที่มีการเจาะเลือดในหลอด Lithium Heparin ไปแล้ว ทำให้ต้องเจาะเลือดผู้ป่วยซ้ำ ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการลดจำนวนการใช้หลอดเลือดที่บรรจุสารกันเลือดแข็ง โดยการตรวจวิเคราะห์หาระดับ HbA1c ที่สามารถทดแทนทั้งหลอดบรรจุสารกันเลือดแข็ง EDTA Blood และ Li-Heparin Blood หากผลการศึกษาให้ผลดีอาจช่วยลดค่าใช้จ่ายหรือลดการเจาะเลือดของผู้มารับบริการได้ และอาจใช้ตอบสนองการให้บริการเชิงรุกสำหรับการออกหน่วยตรวจสุขภาพได้อีกทางหนึ่ง

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง เพื่อเปรียบเทียบระดับ HbA1c ที่ตรวจวัดด้วยหลักการ Turbidimetric Inhibition Immunoassay โดยใช้เครื่อง Cobas 6000 ที่ใช้ตัวอย่างเลือด EDTA Blood และ Li-Heparin Blood โดยได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ SKNH REC No.048/2567

ตัวอย่างทดสอบ

ตัวอย่างเลือดที่เหลือจากการตรวจวิเคราะห์ในงานประจำวันของผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสกลนครที่มีการส่งตรวจระดับ HbA1c จากหลอดตัวอย่าง EDTA Blood และมีการส่งเจาะหลอดเลือด Li-Heparin Blood ในวันและเวลาเดียวกัน จำนวน 370 ตัวอย่าง วิจัย การศึกษา ตรวจวัดระดับ HbA1c จากหลอดตัวอย่าง Li-Heparin Blood ที่เหลือจากการตรวจวิเคราะห์ในงานประจำวัน ที่มีผลการตรวจระดับ HbA1c จากตัวอย่าง EDTA Blood ในรายเดียวกันด้วยหลักการ Turbidimetric Inhibition Immunoassay และวิเคราะห์ข้อมูลการตรวจวัดระดับ HbA1c ที่ได้จากตัวอย่างเลือด EDTA Blood และ Li-Heparin Blood ในโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ แบ่งเป็นข้อมูล 3 กลุ่มตามระดับ HbA1c เป้าหมายการควบคุมเบาหวานของแนวทางเวชปฏิบัติ คือ กลุ่มที่มีการควบคุมเข้มงวดมาก $HbA1c < 6.5$, กลุ่มที่มีการควบคุมเข้มงวด $HbA1c = 6.5-6.9$ และกลุ่มที่มีการควบคุมไม่เข้มงวด ≥ 7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov Smirnov test (KS test) ถ้าค่า $p \geq 0.05$ ถือว่าข้อมูลมีการกระจายตัวปกติ (normal distribution) ทดสอบความสัมพันธ์ของระดับ HbA1c จากตัวอย่างเลือด EDTA Blood และ Li-Heparin Blood โดยใช้สถิติ Pearson correlation กรณีที่ข้อมูลมีการกระจายตัวปกติ และใช้สถิติ Spearman's correlation กรณีข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่

ปกติ ทดสอบความแตกต่างของระดับ HbA1c จากตัวอย่างเลือด EDTA Blood และ Li-Heparin Blood โดยใช้สถิติ Pair T- test กรณีที่ข้อมูลมีการกระจายตัวปกติ และใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test กรณีข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ คำนวณค่าทางสถิติใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญ $P < 0.05$

ผลการศึกษา

ผลการศึกษากการตรวจวัดระดับ HbA1c ของผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสกลนครจำนวน 370 ราย ที่ได้จากตัวอย่างเลือด EDTA Blood และ Li-Heparin Blood ของผู้เข้ารับบริการรายเดียวกัน ซึ่งเจาะเก็บตัวอย่างเลือดพร้อมกัน พบค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 7.25 และ 7.23 ตามลำดับ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ร้อยละ 2.38 และ 2.37 และเมื่อนำมาทดสอบหาความแตกต่างโดยใช้สถิติ t-test ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 พบว่าระดับ HbA1c ที่ได้จากตัวอย่างเลือด EDTA Blood และ Li-Heparin Blood ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p=0.237 (p > 0.05)$ ดังแสดงใน Table 1 ส่วนผลการทดสอบหาความสัมพันธ์ของระดับ HbA1c จากตัวอย่างเลือด EDTA Blood และ Li-Heparin Blood พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.9901 ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็นอย่างดี ดังแสดงใน Fig. 1

Table 1 : The statistic description of HbA1c values from EDTA Blood and Li-heparin Blood

Sample (n=370)	Mean (%)	SD (%)	Minimum (%)	Maximum (%)
EDTA Blood	7.2597	2.3771	4.00	18.80
Li-heparin Blood	7.2391	2.3739	4.00	19.17

* $p=0.237 (p > 0.05)$

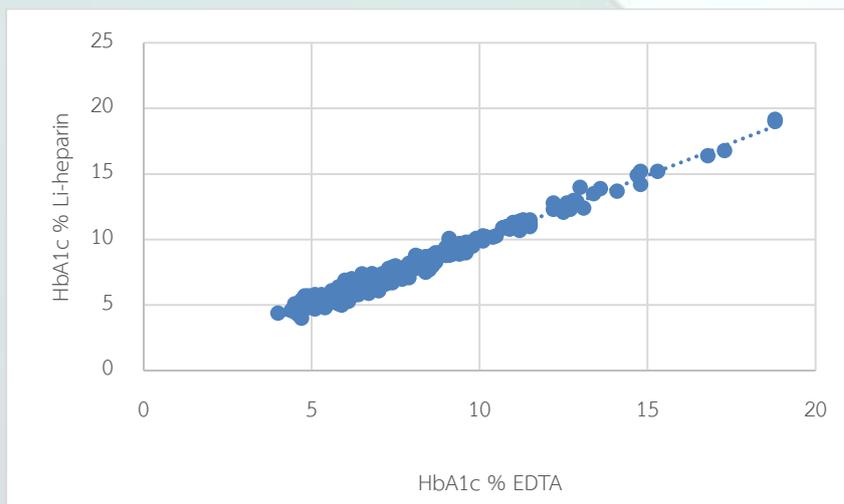


Fig.1 Correration of HbA1c value between EDTA Blood and Li-heparin Blood determinate by Turbidimetric Inhibition Immunoassay .

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลตามระดับ HbA1c แบ่งเป็นข้อมูล 3 กลุ่ม ตามระดับ HbA1c เป้าหมายการควบคุมเบาหวานของแนวทางเวชปฏิบัติ คือ กลุ่มที่มีการควบคุมเข้มงวดมาก HbA1c < 6.5, กลุ่มที่มีการควบคุมเข้มงวด HbA1c = 6.5-6.9 และกลุ่มที่มีการควบคุมไม่เข้มงวด HbA1c ≥ 7 พบว่าในกลุ่มที่มีการควบคุมเข้มงวดมาก (HbA1c < 6.5) มีจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 171 ตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยระดับ HbA1c ที่ได้จากตัวอย่างเลือด EDTA Blood และ Li-Heparin Blood เท่ากับร้อยละ 5.57 และ 5.60 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับร้อยละ 0.49 และ 0.51 ตามลำดับ) กลุ่มที่มีการควบคุมเข้มงวด (HbA1c = 6.5-6.9) จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 49 ตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยระดับ HbA1c ที่ได้จากตัวอย่างเลือด EDTA Blood และ Li-Heparin Blood เท่ากับร้อยละ 6.69 และ 6.63 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับร้อยละ 0.13 และ 0.34 ตามลำดับ) และกลุ่มที่มีการควบคุมไม่เข้มงวด (HbA1c ≥ 7) จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 150 ตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยระดับ HbA1c ที่ได้จากตัวอย่างเลือด EDTA Blood และ Li-Heparin Blood เท่ากับร้อยละ 9.36 และ 9.30 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับร้อยละ 2.43 และ 2.48 ตามลำดับ) จากนั้นทดสอบหาความแตกต่างโดยใช้สถิติ t-test ของทั้ง 3 กลุ่ม ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าระดับ HbA1c ราย ที่ได้จากตัวอย่างเลือด EDTA Blood และ Li-Heparin Blood ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value เท่ากับ 0.224, 0.186 และ 0.075 ตามลำดับ) ดังแสดงใน Table 2.

ส่วนผลการทดสอบหาความสัมพันธ์ของระดับ HbA1c จากตัวอย่างเลือด EDTA Blood และ Li-Heparin Blood เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยแบ่งข้อมูลตามกลุ่มการควบคุมเบาหวาน 3 กลุ่ม พบว่าควบคุมเข้มงวดมาก (HbA1C < 6.5) และกลุ่มที่มีการควบคุมไม่เข้มงวด (HbA1C ≥ 7) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับดี (r = 0.8117 และ 0.9899 ตามลำดับ) กลุ่มที่มีการควบคุมเข้มงวด (HbA1C = 6.5-6.9) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับอ่อน (r = 0.2795)

Table 2. The statistic description of HbA1c values from EDTA Blood and Li-heparin Blood (Classified by group)

Parameter	HbA1c (%)					
	HbA1C < 6.5 (n=171)		HbA1C = 6.5-6.9 (n=49)		HbA1C ≥ 7 (n=150)	
	EDTA	Li-heparin	EDTA	Li-heparin	EDTA	Li-heparin
Mean (%)	5.57	5.56	6.69	6.63	9.36	9.30
SD (%)	0.49	0.51	0.13	0.34	2.43	2.48
Minimum (%)	4.00	4.00	6.50	5.90	7.00	6.10
Maximum (%)	6.40	7.00	6.90	7.40	18.80	19.70
p-value	0.224		0.186		0.075	

อภิปราย

จากการศึกษาเปรียบเทียบผลการตรวจวิเคราะห์ระดับ HbA1c โดยใช้เลือดจากหลอด EDTA Blood และ Li-Heparin Blood ด้วยหลักการ Turbidimetric Inhibition Immunoassay ของผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสกลนครที่มีนัดตรวจติดตามอาการ, ตรวจหาระดับการควบคุมเบาหวาน หรือเข้ามาตรวจสุขภาพ ถูกเจาะเก็บตัวอย่างเลือดทั้งสองชนิด คือหลอด EDTA Blood และ Li-Heparin Blood สำหรับการตรวจวิเคราะห์ ระดับ HbA1c ด้วยหลอดตัวอย่าง EDTA Blood ต้องเจาะเลือดผู้ป่วย ปริมาตร 1.5 มิลลิลิตร แต่นำ ไปใช้ในการตรวจวิเคราะห์ เพียง 5 ไมโครลิตร ในขณะที่ตัวอย่างเลือดจากหลอด Li-Heparin Blood สามารถใช้ในการตรวจวิเคราะห์ทางเคมีคลินิก ได้หลายรายการ ผลการศึกษาเปรียบเทียบระดับ HbA1c ในหลอดตัวอย่าง EDTA Blood และ Li-Heparin Blood ตรวจวัดด้วยหลักการ Turbidimetric Inhibition Immunoassay ด้วยเครื่องตรวจ วิเคราะห์อัตโนมัติ Cobas 6000 ของผู้เข้าใช้บริการโรงพยาบาลสกลนคร จำนวนทั้งหมด 370 ตัวอย่าง พบว่าระดับ HbA1c ในตัวอย่างเลือดจากหลอด EDTA Blood มีค่าเฉลี่ยสูงกว่า ในตัวอย่างเลือด Li-Heparin Blood คือมีค่าเฉลี่ย เท่ากับร้อยละ 7.25 และ 7.23 และค่า SD เท่ากับ 2.38 และ 2.37 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างด้วยสถิติ t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.237$) ถึงแม้จะแยกวิเคราะห์ความแตกต่างตามกลุ่มการควบคุมเบาหวาน คือ กลุ่มที่มีการควบคุมเข้มงวดมาก ($HbA1c < \text{ร้อยละ } 6.5$) กลุ่มที่มีการควบคุมเข้มงวด ($HbA1c = \text{ร้อยละ } 6.5-6.9$) และกลุ่มที่มีการควบคุมไม่เข้มงวด ($HbA1c \geq \text{ร้อยละ } 7.0$) ก็ยังพบว่า ตัวอย่างในแต่ละกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน p -value เท่ากับ 0.224, 0.186 และ 0.075 ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากปฏิกิริยาการเกิด HbA1c เป็น ปฏิกิริยาไม่ใช้เอนไซม์ที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ จึงมีความเสถียรมาก⁽¹⁰⁻¹³⁾ การศึกษาครั้งนี้ทำการตรวจวิเคราะห์ ภายในวันเดียวกัน หลังจากที่มีการเจาะเก็บตัวอย่าง จึงอาจทำให้ระดับ HbA1c จากตัวอย่างเลือดที่ใส่สารกันเลือดแข็งทั้ง 2 ชนิด ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นกรณีที่แพทย์สั่งตรวจ HbA1c เพิ่มเติมหลังจากเจาะเลือดชนิดลิเทียมเฮปาริน ไปแล้ว ภายในวันเดียวกันจะสามารถใช้ตัวอย่างเลือดจากลิเทียมเฮปารินมาตรวจวัดระดับ HbA1c ได้

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญศิริ ชูสงแสง และคณะ ในปี พ.ศ.2547 ที่ได้ตรวจวัดปริมาณ HbA1c ใน NaF blood โดยเก็บตัวอย่างเลือดที่เป็น EDTA blood และ NaF blood จากผู้ป่วยรายเดียวกันจำนวน 212 ราย นำมาวิเคราะห์ปริมาณ HbA1c โดยวิธี turbidimetric inhibition immunoassay ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ HbA1c ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และค่าที่ได้จากทั้ง 2 วิธี มีความสัมพันธ์กันดี ($r=0.9994$) และสรุปได้ว่าสามารถใช้ NaF blood มาตรวจวิเคราะห์ปริมาณ HbA1c ได้ (18)และในปี พ.ศ. 2553 วันวิสาข บุญเลิศ และคณะ⁽¹⁹⁾ ได้ศึกษาเปรียบเทียบระดับ HbA1c ในตัวอย่างเลือด ที่ใส่สารกันเลือดแข็งชนิดอีทีทีเอกับลิเทียมเฮปาริน , อีทีทีเอกับลิเทียมเฮปารินที่ผสมอยู่กับกลีเซอรอลดีไฮด์ และอีทีทีเอกับโซเดียมฟลูออไรด์ โดยใช้เครื่อง Cobas C111 หลักการ turbidimetric inhibition immunoassay (TINIA) และเครื่อง Bio Rad D-10 หลักการ HPLC

Corresponding : fahplien@gmail.com

Received : December 2024

Accepted : 14 March 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1

E 277504

โดยใช้ตัวอย่างเลือดจากผู้ป่วย เบาหวาน 30 ราย และผู้ที่มีสุขภาพดี 5 ราย พบว่า ความแตกต่างของระดับ HbA1c ที่ตรวจด้วยเครื่อง Cobas C111 และ เครื่อง Bio-Rad D-10 ในแต่ละ ตัวอย่างไม่แตกต่างกันและมีความสัมพันธ์กันระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรียา ป้องเรือ ⁽²⁰⁾ ในปี พ.ศ.2564 ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบระดับ HbA1c ในเลือดที่ใช้ EDTA และ Lithium-heparin เป็นสารกันเลือดแข็ง ตรวจวัดโดยวิธี Boronate Affinity Chromatography ในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว จำนวน 90 ราย ที่มีค่า HbA1c ช่วงร้อยละ 4-14 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับ HbA1c จากตัวอย่างเลือดทั้ง 2 ชนิด พบว่าระดับ HbA1c ในเลือดชนิดฮีโมะและชนิดลิเทียมเฮปารินมีค่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้

ข้อสรุป

จากการศึกษาเปรียบเทียบผลการตรวจวิเคราะห์ระดับ HbA1c โดยใช้เลือดจากหลอด EDTA Blood และ Li-Heparin Blood ของผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร จำนวนทั้งหมด 370 ตัวอย่าง ที่ตรวจวัดด้วยหลักการ Turbidimetric Inhibition Immunoassay โดยใช้เครื่อง Cobas 6000 มีระดับ HbA1c ไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) สรุปว่าสามารถใช้ตัวอย่างเลือดจาก Li-Heparin Blood แทน EDTA Blood ในการตรวจวัดระดับ HbA1c ด้วยหลักการ Turbidimetric Inhibition Immunoassay โดยต้องตรวจวิเคราะห์ภายในวันเดียวกัน

คำขอบคุณ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ทำการศึกษขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิกและเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิกที่สนับสนุนในการทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้และทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

บรรณานุกรม

1. Diabetes Association of Thailand Department of Medicine. Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017. 2nd ed. Romyen Media Ltd., 2017: 9.
2. Classification of diabetes mellitus. World Health Organization. 2019: 6-15.
3. Sacks DB. Diabetes Mellitus. In: Rifal N, Horvath AR, Wittwer CT. editors. Tietz textbook of clinical chemistry and molecular diagnostics. 6th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2018:1160-94.
4. Nadkarni P, Weinstock RS. Carbohydrates. In: McPherson RA, Pincus MR. editors. Henry's clinical diagnosis and management by laboratory methods. Elsevier. 23rd ed. St. Louis, Missouri: 2017: 209-12.
5. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2017; 40 Suppl 1: S11-S24.
6. Watanabe T, Ken Kato, Yamada D, et al. A nondiabetic case of hemoglobin variant (Hb Niigata) with inappropriately high and low HbA1c titers detected by different methods. Clin Chem 1998; 44: 1562-4.
7. Krishnamurti U, Steffes MW. Glycohemoglobin: a primary predictor of the development or reversal of complications of diabetes mellitus. Clin Chem 2001; 47: 1157-65.
8. Rhea JM and Molinaro R. Pathology Consultation on HbA1c Methods and Interferences; 2014; 141: 8-13.8.
9. Weykamp C. HbA1c: A Review of Analytical and Clinical Aspects. Ann Lab Med 2013; 33: 393-5.
10. Jury C, Yutaka Y, Noriyuki N. In. Bain BJ, Bates I, Laffan MA, Lewis SM. Editors. Collection and handling of blood. Dacie and Lewis practical haematology. 11st ed. Elsevier: 2012: 6-7.
11. Haverstick DM, Jones PM. Specimen collection and processing. In: Rifal N, Horvath AR, Wittwer CT. editors. Tietz textbook of clinical chemistry and molecular diagnostics. 6th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2018; 6: 70-2.

12. Lifshitz MS. Preanalysis. In: McPherson RA, Pincus MR. editors. Henry's clinical diagnosis and management by laboratory methods. Elsevier. 23rd ed. St. Louis, Missouri: 2017: 24-5.
13. Marlon LB, Prasanna Tadi. Laboratory Tube Collection. StatPearls Publishing; 2021; PMID: 32310451
14. Royal College of Internal Medicine of Thailand, Diabetes Association of Thailand, The Endocrine Society of Thailand, Department of Medical Services, Ministry of Public Health and National Health Security Office. Practice Guidelines for Diabetes 2014. Bangkok: Arun printing; 2014. (in Thai).
15. Cressey,R. Diabetes:Basicknowledgeand related laboratory tests. Chiang Mai: Department of Medical Technology Chiang Mai University; 2015. (in Thai).
16. Cas Weykamp. HbA1c: Review of analytical and clinical aspects. Ann Lab Med 2013.
17. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สหพันธ์เบาหวานทั่วโลก [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2567].เข้าถึงจาก: http://i-regist.igenco.co.th/web/dmthai_old/sites/default/files/idf_atlas_2015_uk_0.pdf
18. Chusongsang P, Musigawan P, Wannapong N, et al. Comparative study of HbA1c measurement using EDTA blood vs.NaF blood. Songkla Med J 2005; 23:73-79.
19. Boonlert W, Narakantha P, Onseng S, Yamphochai S, Nuanmuang N, Mooph prasit K. Hemoglobin A1c levels obtained from EDTA, lithium heparin, lithium heparin plus glycerides, and sodium fluoride blood samples. Songkla Med J 2010; 28: 107-16. (in Thai)
20. Pongruea P, Teerajetgul Y. Comparative Study of HbA1c Levels in EDTA Blood Versus Lithium-heparinized Blood Determined by Boronate Affinity Chromatography Method. Med Tech Assoc Thailand 2021; 49:7965-7974. (in Thai)

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

เกี่ยวกับวารสาร

วารสารโรงพยาบาลนครพนม เป็นสื่อเผยแพร่อย่างเป็นทางการของโรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม โดยเผยแพร่ 3 ฉบับต่อปี จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ ในด้านต่างๆ ไปสู่บุคลากรด้านสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป เพื่อที่จะนำความรู้ นั้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ประเภทของบทความที่รับเผยแพร่ได้แก่ บทบรรณาธิการ (Editorial) นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) บทความทบทวนความรู้ (Topic review) รายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ (Interesting case, case report) นวัตกรรม (Innovation) กิจกรรมประชุมวิชาการ (Conference or meeting) บทความหรือรายงานเหตุการณ์สำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ การสาธารณสุข วิทยาศาสตร์ สุขภาพ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

เกี่ยวกับลิขสิทธิ์

1. บทความที่ส่งมานั้น ต้องไม่เคยถูกเผยแพร่ หรือกำลังรอเผยแพร่ที่วารสารอื่นมาก่อน
2. บทความที่ถูกเผยแพร่ในวารสารโรงพยาบาลนครพนมแล้วนั้น หากมีความประสงค์จะนำไปเผยแพร่ที่อื่น ต้องผ่านความเห็นชอบของเจ้าของบทความและกองบรรณาธิการก่อน
3. ข้อความหรือข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ใช่ข้อคิดเห็นของกองบรรณาธิการ

ประเภทของบทความที่รับเผยแพร่

1. บทบรรณาธิการ (Editorial) คือ บทความสั้นๆ ที่บรรณาธิการหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรเขียนแสดงความเห็นในแง่มุมต่างๆ
2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) คือ งานวิจัยของแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ตลอดจนบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ ที่จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ในงานวิจัยนั้นๆ งานวิจัยเป็นการศึกษาค้นคว้า หรือการทดลองอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยวิธีการ หรืออุปกรณ์ เพื่อให้ค้นพบข้อเท็จจริง หรือหลักการนำไปใช้ในการตั้งกฎ ทฤษฎี หรือแนวทางในการปฏิบัติ
3. บทความทบทวนความรู้ (Topic review) คือ บทความที่มีลักษณะทบทวนทางวรรณกรรมต่างๆ อาจเป็นเรื่องที่พบบ่อย มีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย หรือเป็นเรื่องที่อยู่ในความสนใจในขณะนั้น เพื่อเป็นการทบทวนองค์ความรู้ที่มีอยู่ให้ดีขึ้น

4. รายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ (Interesting case, case report) คือ รายงานผู้ป่วยที่มีความน่าสนใจในด้านต่างๆ อาจเป็นผู้ป่วยที่พบบ่อย หรือผู้ป่วยที่มีความน่าสนใจ โรคที่พบได้ยาก
5. นวัตกรรม (Innovation) คือ ผลงาน หรือวิธีการที่คิดค้นขึ้นมาใหม่ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลคนไข้ให้รวดเร็ว หรือมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น
6. กิจกรรมประชุมวิชาการ (Conference or meeting) ทั้งที่จัดขึ้นในโรงพยาบาลนครพนม หรือภายนอก
7. บทความหรือรายงานเหตุการณ์สำคัญ (Miscellaneous)

ซึ่งบทความแต่ละประเภทที่นำมาเผยแพร่ นั้น ต้องเป็นบทความที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ การสาธารณสุข วิทยาศาสตร์สุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ

การประเมินคุณภาพบทความ (Peer review)

ประเภทของบทความที่จะต้องผ่านการประเมินคุณภาพบทความ ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) บทความทบทวนความรู้ (Topic review) รายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ (Interesting case, case report) ซึ่งบทความจะได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หรือผู้เชี่ยวชาญตามสาขาวิชานั้นๆ จากภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่าน (Double-blind peer review)

ประเภทของบทความที่สามารถลงเผยแพร่ได้โดยไม่ต้องผ่านการประเมินคุณภาพบทความ ได้แก่ นวัตกรรม (Innovation) กิจกรรมประชุมวิชาการ (Conference or meeting) บทความหรือรายงานเหตุการณ์สำคัญ ทั้งนี้ ขึ้นกับความเห็นของกองบรรณาธิการประกอบกัน

การเตรียมต้นฉบับ

ผู้เขียนควรระบุประเภทบทความของท่านก่อนส่งเพื่อเผยแพร่ และตรวจสอบความครบถ้วนจากรายการตรวจสอบ (Check list) ก่อนการส่งเสนอการพิจารณา (Submission) โดยมีคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับดังต่อไปนี้

1. ต้นฉบับ (Manuscript)

ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft word (.doc หรือ .docx) คอลัมน์เดียว ในกระดาษ หรือพื้นหลังสีขาว ขนาด A4 (8.5x11 นิ้ว) ระยะห่างบรรทัดแบบ single space เหลือขอบกระดาษแต่ละด้าน 1 นิ้ว พิมพ์หน้าเดียว ใส่เลขกำกับทุกหน้าที่ตำแหน่งขวาบนของทุกหน้า ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 นิ้ว จำนวนไม่ควรเกิน 15 หน้า (ไม่รวมเอกสารอ้างอิง) โดยแยกหน้า ระหว่าง ชื่อเรื่องและบทคัดย่อ, เนื้อหาฉบับเต็ม, ตาราง, เอกสารอ้างอิง สามารถเขียนบทความได้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ แต่จำเป็นต้องมีบทคัดย่อเป็นภาษาอังกฤษประกอบด้วย ตัวเลขอารบิก ชื่อยาให้เขียนในชื่อสามัญ (Generic name) ไม่ใช่ชื่อการค้า

2. ตารางและภาพ

ภาพประกอบควรเป็นภาพถ่าย หรือภาพวาดที่สร้างขึ้นด้วยตนเองที่มีความคมชัด มีคำอธิบายภาพหรือตารางไว้ที่ข้างใต้ พร้อมทั้งระบุลำดับภาพ หรือลำดับตาราง ตารางควรพิมพ์โดยใช้ฟังก์ชันแทรกตารางในโปรแกรม Microsoft word

3. เอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงให้แยกไว้อีกหน้า ตามลำดับที่ได้อ้างอิงไว้ในบทความ โดยใช้รูปแบบเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver system) ควรใช้เอกสารอ้างอิงที่ได้ถูกอ้างอิงไว้ในบทความเท่านั้น และไม่ควรมีเอกสารอ้างอิงมากเกินไป 30 รายการ การอ้างอิงให้ใส่หมายเลขเอกสารอ้างอิงกับกับไว้ในบทความเป็นตัวเลขยก

4. รูปแบบการเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ (original article)

ควรมีหัวข้อ และลำดับการเขียนดังต่อไปนี้

1. ชื่อเรื่อง (Title)
2. ชื่อผู้เขียนและผู้ร่วมงาน (Author and co – worker) รวมถึงตำแหน่งงานและที่อยู่ของสถานที่ทำงาน
3. บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย
 - 3.1 วัตถุประสงค์ (Objectives)
 - 3.2 วัสดุและวิธีการศึกษา (Materials & Methods)
 - 3.3 ผลการศึกษา (Results)
 - 3.4 ข้อสรุป (Conclusion)
 - 3.5 คำสำคัญ (Keyword) ควรมีอย่างน้อย 3 keywordsบทคัดย่อไม่ควรมีความยาวเกิน 300 คำ หรือ 1 หน้า
4. ความสำคัญ (Importance)
5. วัสดุและวิธีการศึกษา (Materials & Methods)
6. ผลการศึกษา (Results)
7. อภิปราย (Discussion)
8. ข้อสรุป (Conclusion)
9. คำขอบคุณ (Acknowledgement) (ถ้ามี)
10. บรรณานุกรม/ เอกสารอ้างอิง(References)

5. รูปแบบการเตรียมรายงานผู้ป่วย (case report/ case series)

- บทคัดย่อ(Abtract) สำหรับการเขียนรายงานผู้ป่วยนั้น ไม่มีรูปแบบโครงสร้างที่ตายตัว แต่ให้เขียนสรุปเนื้อหาของรายงานผู้ป่วย สรุปอาการหรืออาการแสดงของผู้ป่วย ผลของการรักษา และสิ่งที่ได้เรียนรู้จากผู้ป่วย โดยเขียนสรุปในย่อหน้าเดียว
- เนื้อหาหลักของรายงานผู้ป่วย ควรประกอบด้วย
 1. บทนำ (Introduction) ซึ่งอธิบายถึงความสำคัญหรือประเด็นที่เกี่ยวข้อง
 2. รายงานผู้ป่วย (Report of case) อธิบายถึงอาการ อาการแสดง แนวทางการวินิจฉัยโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือผลตรวจรังสีวิทยา ผลพยาธิวิทยา การรักษา อาจมีภาพถ่าย แผนผัง ภาพวาดประกอบ
 3. ผลการรักษา (Result) บรรยายผลของการรักษา
 4. อภิปราย (Discussion) กล่าวถึงอาการ ผลการตรวจต่างๆ ผลพยาธิวิทยา ที่เป็นเหตุเป็นผลสู่การวางแผนการรักษา
 5. สรุป (Conclusion) สรุปเนื้อหาของรายงานผู้ป่วยอย่างสั้นๆ

การส่ง file ต้นฉบับได้ที่ https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nkjournal_9 โดยต้องสมัครเป็นสมาชิกวารสารโรงพยาบาลนครพนมก่อน แล้วจึงส่งบทความ Submission เข้าในระบบได้ หากมีข้อสงสัยโทรติดต่อ.(042) 199222 ต่อ 1016,1075 ตัวอย่างการส่งบทความ ทำตามเอกสารวิธีการตามลิงค์นี้ได้ https://drive.google.com/file/d/1rYO3W1bGlb9q77m4gvZdNeD19mxagx_e/view

เงื่อนไขในการลงตีพิมพ์

วารสารโรงพยาบาลนครพนม พิจารณาการรับเรื่องบทความแล้ว จะมีการเรียกเก็บค่าตอบแทนการอ่านบทความ และบทความละ 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)



วารสารโรงพยาบาลนครพนม
Nakhonphanom Hospital Journal
www.nkphospital.go.th