



บทคัดย่อผลงานวิชาการ
โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2567
โดย งานวิชาการ โรงพยาบาลมหาสารคาม

สารบัญ

	หน้า
ประเภท Research/R2R	1
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนิวโมเนียของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องท่อไตที่โรงพยาบาลมหาสารคาม	2
การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์สำหรับพยาบาลวิชาชีพเพื่อการป้องกันและควบคุมการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 7 ภายใต้สถานการณ์โควิด-19	3
การพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย โรงพยาบาลมหาสารคาม	4
QC ตาถ้อยที่งานศูนย์จ่ายกลาง	8
การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ กรณีศึกษา คลินิกหมอ ครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม	13
อุปกรณ์หัดแอมป์ยา	19
ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วย หลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่คาสายระบายกลับบ้าน	26
ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพื่อยอมรับวิธีบำบัดทดแทนไต	29
การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ	34
ตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS: กรณีศึกษา 2 ราย	
ประเภท นวัตกรรม/CQI	38
การพัฒนาแบบการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ (Hemoculture) ผ่านระบบ google form	39
การพัฒนาแนวทางการป้องกันและการดูแลแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 โรงพยาบาล มหาสารคาม	43
Line Alert ทันใจ รู้/เช็คอุปกรณ์พร้อมใช้ผ่านสมาร์ตโฟน	47
การพัฒนาแนวทางการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิตของญาติผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติ ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	49
SICU model ป้องกันท่อเลื่อนหลุด	50
คีนซีพ Set CPAP	53
Heparin ใช้อย่างไรให้ผู้ป่วยปลอดภัย	55
กล่องยา Emergency box	59
กล่องยาเย็นเก็บอุณหภูมิ	65
การพัฒนาแนวทางการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิต ต่อระยะเวลาการตัดสินใจและความวิตกกังวล ของญาติผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติ ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	74
การพัฒนานวัตกรรม IUPC 3.0 เพื่อป้องกัน CLABSI ในผู้ป่วยที่สอดใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหญ่ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารคาม	79
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด CAUTI โดยใช้กระบวนการ PDCA ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม	83
Transfer Bag Save Life Kit กระเป๋าขนส่งช่วยชีวิต	86
Jaundice alarm box	90

	หน้า
กล่องอุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดย Caregiver	93
ปอดขยายง่ายด้วยเชือกฟาง	97
คลอดปอดถ้าย อบอุ่นหัวใจ ไร้รอยต่อ	103
“ทีมปอดถ้าย ใส่ใจไม่แตกหัก” (น้องสวย)	106
คืนชีพสายเขียว ลดค่าใช้จ่าย เพียงพอ พร้อมใช้อย่างต่อเนื่อง	109
ส่งรักจากใจกลับบ้านปอดถ้ายด้วย COC	114
การพัฒนานวัตกรรมกล่องบันทึกเสียงเพื่อช่วยให้ล้างมือได้ครบ 7 ขั้นตอน งานศูนย์จ่ายกลาง	118
การพัฒนาตัวรับผลิตภัณฑ์เจลล้างมือทางจรเข้	122
แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยา Amiodaron โดยใช้วาสลิน	125
แจ้งเกิดสติใส่ ใส่ใจลูกน้อย	128
ผลการประเมินประสิทธิภาพชุดจัดเรียงอุปกรณ์เข้าเครื่องทำปราคาจากเชื้อ เพื่อให้การทำปราคาจากเชื้อ มีประสิทธิภาพ	132
การพัฒนาแบบการรับส่งเวรโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	135
โครงการสารสนเทศทางการศึกษาเพื่อเด็กที่มารับบริการในโรงพยาบาลมหาสารคาม	138
พบหมอ ออนไลน์ ไร้กำแพงกัน ราชทัณฑ์ปันสุข การพัฒนาระบบบริการตรวจรักษาการแพทย์ทางไกล Telemedicine แก่ผู้ป่วยจิตเวชต้องขัง เรือนจำมหาสารคาม	139
การพัฒนาแบบการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนเพื่อลดความรุนแรงการเกิดผื่นแพ้ยา ชนิด SJS และ TEN ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยาในรายการที่เป็นกลุ่มเสี่ยง	145
มานใส่ใส่ใจห่างไกลเชื้อดื้อยา	148
การพัฒนาระบบ Medication Reconciliation โดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา	150
หุ่นจำลองจากเจลลาตินฝึกทักษะการเพื่อตรวจก้อนที่ต่อมไทรอยด์ด้วยเข็มขนาดเล็กร่วมกับอัลตราซาวด์	152
ประเภท Research/R2R กลุ่มสหวิชาชีพ	156
การศึกษาสาเหตุ อุบัติการณ์ และผลข้างเคียงของการทำการผ่าตัดควักลูกตา และการผ่าตัดควักเนื้อ ในลูกตา ในโรงพยาบาลมหาสารคาม	157
ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อซ้ำภายหลังจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับสายสวนหลอดเลือดใน โรงพยาบาลมหาสารคาม	162
ปัจจัยทำนายนายการกลับเป็นซ้ำของโรคไทรอยด์เป็นพิษแบบต่อมไทรอยด์โตทั้งต่อม (Graves' disease) ที่รักษาด้วยยาต้านไทรอยด์	165
ผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	167
ต่อการเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู (IMC) โรงพยาบาลมหาสารคาม	169
ผลความรู้การใช้ Spill Kit ด้วยสื่อวีดิทัศน์ของบุคลากรโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ปฏิบัติงานในจุดสัมผัส ยาเคมีบำบัด	171
ปัจจัยการพยากรณ์โรคกับอัตราความร่วมมือในการฟอกเลือดของเส้นฟอกเลือดทำจากหลอดเลือดจริง	171

	หน้า
ในโรงพยาบาลมหาสารคาม	
การพัฒนาระบบส่งต่อภาพทางการแพทย์ (Refer Image Online) จังหวัดมหาสารคาม	172
รูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดมหาสารคาม	178
ผลการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 60 นาที ของโรงพยาบาลมหาสารคาม ประจำปี 2566 ถึงมีนาคม 2567	182
ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดปอดอักเสบรุนแรงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ภายหลังจากที่มีการระบาดของโควิด-19	184
การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย	186
ในชุมชนศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านส่องนางโย	
ประสิทธิผลและความปลอดภัยของการใช้ฟ้าทะลายโจร ในการรักษาโควิด-19 ที่มีอาการไม่รุนแรง	188
ประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพครูและผู้รับผิดชอบงานโรงเรียน อ.น้อย	191
ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม	
การพัฒนาระบบจ่ายยาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคาม	194
ยาน้ำรับประทานจูลี่ : การพัฒนาสูตรตำรับและประสิทธิผลทางคลินิกในการเพิ่มระดับฟอสฟอรัส	196
ในเลือดผู้ป่วยที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดต่ำ	
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลของการรักษาโรคเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายในเวชปฏิบัติผู้ป่วยนอก	198
โรงพยาบาลมหาสารคาม	
การศึกษาผลของการให้คำแนะนำการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD)	200
ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลมหาสารคาม	
ผลของการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลมหาสารคาม	206
ประเภท เรื่องเล่า จริยธรรม/คุณธรรม	209
ปัญหาสิ้นดี...ช่วยพลิกวิกฤติเป็นโอกาส	210
เรื่องเล่าคุณธรรม เรื่อง "บ้าน...ที่ยายไม่ได้อยู่"	212
สร้างกุศลผู้ให้ สร้างชีวิตใหม่ผู้รับ	214

ประเภท Research/R2R

Relative factor of impact ureteric stones in Patients with ureteral stones undergoing
ureteroscopic Lithotripsy in Makasarakham hospital

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนิ่วฝังก่อไตของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องท่อไตที่โรงพยาบาลมหาสารคาม

นพ สุทธิพงษ์ ชาวงษ์ นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์

หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนิ่วฝังก่อไตของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องท่อไตที่โรงพยาบาลมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

งานวิจัยเป็นแบบ retrospective analysis ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานิ่วในท่อไตโดยการส่องกล้องท่อไต ในช่วงปี 2565-2566 จำนวน 245 คน โดยทุกคนได้รับการวินิจฉัยด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การวัดความหนาของท่อไตวัดจากภาพ axial ของเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และนำข้อมูลก่อนการผ่าตัดมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับการพบนิ่วฝังก่อไตขณะผ่าตัด และผลต่อการรักษา

ผลการศึกษา

จากจำนวนผู้ป่วย 245 คน พบภาวะนิ่วฝังก่อไตจำนวน 77 คน (31%) โดยปัจจัยของผู้ป่วยที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรเดียว พบปัจจัยที่สัมพันธ์ คือ อายุ โรคเบาหวาน ความหนาของท่อไต ตำแหน่งของนิ่ว ขนาดของนิ่ว ความหนาแน่นของนิ่ว ภาวะไตบวมน้ำ และเมื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลแบบพหุตัวแปร พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะนิ่วฝังก่อไต คือ ความหนาของท่อไต (adjusted odds ratio 94.05, 95%CI 23.00-384.82) และภาวะไตบวมน้ำ (adjusted odd ratio 22.5, 95%CI 3.35-150.95) โดยค่า cut off อยู่ที่ 2.45 มิลลิเมตร (มีค่าความไวอยู่ที่ 92.22 เปอร์เซ็นต์ และ ค่าความจำเพาะอยู่ที่ 89.9 เปอร์เซ็นต์) และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่ท่อไตหนาตัวมากกว่า 2.45 มิลลิเมตร ในส่วนของข้อมูลระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด พบว่ามีความสัมพันธ์กับระยะเวลาผ่าตัดที่นานขึ้น หลังผ่าตัดมีโอกาสพบภาวะปวดหลังการผ่าตัด เพิ่มโอกาสการใส่ท่อระบายน้ำจากไตหลังผ่าตัด เพิ่มโอกาสการมีไข้ และมีโอกาสเพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

ข้อสรุป

การที่พบท่อไตหนาตัวมากขึ้นจากภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์นั้นเพิ่มโอกาสการพบภาวะนิ่วฝังก่อไต ซึ่งส่งผลทำให้การรักษาโดยการส่องกล้องทำไดยากขึ้น เพิ่มระยะเวลาในการผ่าตัด และเพิ่มผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดได้

การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์สำหรับพยาบาลวิชาชีพเพื่อการป้องกันและควบคุมการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์
ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 7 ภายใต้สถานการณ์โควิด-19

Development of video media for professional nurses to prevent and control
the occurrence of Down syndrome in pregnant women in Health Area 7
under the COVID-19 situation

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาสื่อวีดิทัศน์และศึกษาประสิทธิผลของสื่อวีดิทัศน์สำหรับพยาบาลวิชาชีพเพื่อการป้องกันและควบคุมการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 7 ภายใต้สถานการณ์โควิด-19

รูปแบบและวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ 2) พัฒนาสื่อวีดิทัศน์ 3) นำสื่อวีดิทัศน์ไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 20 คน และหญิงตั้งครรภ์ 120 คน และ 4) ประเมินผลปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพ เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบประเมินคุณภาพของสื่อวีดิทัศน์ด้านเนื้อหาและเทคโนโลยี แบบประเมินทักษะการปฏิบัติและแบบประเมินความพึงพอใจต่อวีดิทัศน์ เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม 2564 ถึงมิถุนายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Chi-square test, Paired-t-test และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: 1) สื่อวีดิทัศน์มีเนื้อหา 8 เรื่อง 2) หลังการเรียนรู้สื่อวีดิทัศน์พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพสูงกว่าก่อนการเรียนรู้สื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์สูงกว่าก่อนการเรียนรู้สื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อคุณภาพของสื่อวีดิทัศน์ด้านเนื้อหาและเทคโนโลยี ระดับดีมาก ร้อยละ 90.0, 85.0 ตามลำดับ และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.44$, $SD = 0.41$)

สรุปผลการศึกษา ควรนำสื่อวีดิทัศน์ฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ช่วยให้เข้าใจกระบวนการส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการการคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: สื่อวีดิทัศน์, การป้องกันและควบคุมการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์, กลุ่มอาการดาวน์, พยาบาลวิชาชีพ, หญิงตั้งครรภ์

ชื่อเรื่อง การพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย
โรงพยาบาลมหาสารคาม

Nursing Assignment Model in Male Orthopedics Ward Mahasarakham Hospital

ผู้วิจัย นางชมนภัส นราทร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์รูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย โรงพยาบาลมหาสารคาม

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) ระยะศึกษาสถานการณ์ 2) ระยะพัฒนารูปแบบการมอบหมายงาน 3) ระยะประเมินผล

กลุ่มตัวอย่าง หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ รวม 12 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย ระยะเวลาดำเนินการ 1 ตุลาคม 2565 – 31 พฤษภาคม 2567

ผลการศึกษา พบว่า 1) สถานการณ์มอบหมายงานพยาบาล พบประเด็นปัญหา ความต้องการพัฒนา 5 ด้านคือ ด้านสมรรถนะพยาบาล บทบาทหน้าที่ในทีมการพยาบาล การจัดพื้นที่บริการผู้ป่วย การประเมินการปฏิบัติการพยาบาล และด้านบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล 2) กระบวนการพัฒนา 5 ขั้นตอน ได้แก่ สร้างความตระหนัก สร้างการมีส่วนร่วม สร้างทีมนำพัฒนา สร้างทีมนำร่อง และขยายทั้งหน่วยงาน ได้รูปแบบการมอบหมายงานแบบผสมผสาน (Mixed method) ระหว่างแบบรายกรณี (Case method) และแบบทีม (Team method) 3) ประเมินผล พบว่าพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางที่สร้างขึ้น (97.80 %) พึงพอใจต่อรูปแบบใหม่ (92.50%) ผลลัพธ์การพยาบาลดีขึ้น ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลง (0.53%) แผลกดทับลดลง 0 : 1,000 วันนอน การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะลดลง 0: 1,000 cath day คุณภาพการบันทึกเพิ่มขึ้น 91.7% ระยะเวลาการส่งเวรลดลง 10.25 นาที ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรับบริการ 92.3% สรุปและขอเสนอแนะ รูปแบบการมอบหมายงานพยาบาลแบบ Mixed method เหมาะสมต่อการพยาบาล สามารถปฏิบัติได้จริง เอื้อต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมากขึ้น

คำสำคัญ การพยาบาล การมอบหมายงานพยาบาล การมอบหมายงานแบบผสมผสาน

สาระสำคัญ

1. ชื่อเรื่อง การพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย โรงพยาบาลมหาสารคาม
2. ชื่อผู้วิจัย หรือคณะผู้วิจัย
 - 2.1 นางสาวบุณมี ชุมพล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย
 - 2.2 นางชมนภัส นราทร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย
 - 2.3 นางเบญจมาศ สุน้อย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย
3. ชื่อผู้นำเสนอผลงาน นางชมนภัส นราทร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย

4. บทนำและวัตถุประสงค์

บทนำ การมอบหมายงานพยาบาล เป็นกระบวนการบริหารหอผู้ป่วย ช่วยโรงพยาบาลทำงานด้วยความราบรื่น คล่องตัว เกิดการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่ครบถ้วน ทันท่วงที ผู้ป่วยปลอดภัยตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ โดยการมอบหมายงานที่ดีต้องคำนึงถึงความหนักเบาตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย และความเพียงพอของอัตรากำลังพยาบาลทั้งด้านจำนวน สมรรถนะ และประสบการณ์ของพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย เปิดบริการ 30เตียง ปี 2566 มีผู้ป่วยเฉลี่ย 28 รายต่อวัน อัตราครองเตียง 95.4 มีอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ 11 คน ผู้ช่วยพยาบาล 3 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 3 คน พนักงานทั่วไป 1 คน ระบบมอบหมายงานแบบหน้าที่ Functional method มีหัวหน้าเวรบริหารจัดการงานทั้งหมด หัวหน้าทีม สมาชิกทีมทำงานในแต่ละหน้าที่ เช่น ฉีดยา ทำแผล ช่วยแพทย์ทำหัตถการเป็นต้น ทุกคนในทีมเร่งทำหน้าที่ตนเองให้เสร็จ ส่งผลให้การรับรู้ข้อมูลผู้ป่วยมีน้อย บริหารอัตรากำลังพยาบาลต่อผู้ป่วย 1:7 จากการสังเกตการปฏิบัติพบการปฏิบัติงานเร่งรีบ ไม่ครอบคลุมครบถ้วน เกิดความเสี่ยงทางการพยาบาล ตัวชี้วัดไม่ผ่านเกณฑ์ ปี 2564-2566 เกิดแผลกดทับ 16.45, 11.76 และ 9.6 ตามลำดับ เกิด UTI 3.1, 1.2 และ 0.9 ตามลำดับ เกิด AE 18.3, 11.7 และ 16.4 ตามลำดับ การส่งเวรใช้เวลานานานาน 45 นาที-1.30ชม. ลงเวรเข้าบุคลากรเหนื่อยล้า หน่วยงานจึงสนใจพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานที่มีประสิทธิภาพช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลได้ครอบคลุม ผลลัพธ์ทางการพยาบาลบรรลุเป้าหมาย บุคลากรมีความสุข

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ รูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย
2) เพื่อพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย
3) เพื่อประเมินผลลัพธ์รูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย

5. วิธีการศึกษา

5.1 รูปแบบการศึกษา การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research) แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) ระยะศึกษาสถานการณ์ 2) ระยะพัฒนารูปแบบการมอบหมายงาน 3) ระยะประเมินผล พื้นที่ในการศึกษา หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 พฤษภาคม 2567

5.2 การกำหนดตัวอย่าง และวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเลือกคือ หัวหน้าหอ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 12 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย โรงพยาบาลมหาสารคาม

5.3 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ระยะศึกษาสถานการณ์ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม 2) ระยะพัฒนารูปแบบและประเมินผล ใช้แบบสนทนากลุ่มแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบที่สร้างขึ้น แบบบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดทางการพยาบาล แบบประเมินความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการมอบหมายงาน

5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะศึกษาสถานการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูล ในกลุ่มตัวอย่าง หัวหน้าหอ พยาบาลระดับปฏิบัติ 12 โดยการสัมภาษณ์ภายหลังลงเวรแต่ละครั้งใช้เวลา 1 ชั่วโมง ดังนี้ 1) การศึกษาประสบการณ์ การปฏิบัติการพยาบาลภายใต้

ใตการมอบหมายงานพยาบาลแบบเดิม และความต้องการพัฒนา การมอบหมายงานพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย 2) การศึกษาสถานการณ์การมอบหมายงานพยาบาลที่เป็นอยู่ในปัจจุบันเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและการสนทนากลุ่ม 3) การศึกษาความต้องการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

2.ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงาน ผู้รวมวิจัยและผู้ให้ข้อมูล คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย รวม 12 คน เป็นการนำประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในการประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้รวมวิจัย เพื่อสร้างความตระหนักและสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนา ดำเนินการวางแผน และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) ร่วมกัน หลังจากนั้นนำแผนปฏิบัติการที่ได้นำสู่การปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกับผู้วิจัยตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยผู้วิจัยและผู้รวมวิจัยมีการประชุมรวมกันเพื่อปรับปรุงแผนปฏิบัติการสะท้อนการปฏิบัติ ถอดบทเรียน จำนวน 8 ครั้งๆละ 1 วัน การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิธีการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การถอดบทเรียน และการบันทึกหลังปฏิบัติการ

3. ระยะการประเมินผล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การประเมินผลระหว่างดำเนินการพัฒนา รับทราบปัญหาอุปสรรคและขอเสนอแนะในแต่ละวงจรปฏิบัติการ โดยได้ประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินงาน 3 ครั้ง เพื่อปรับปรุงรูปแบบการมอบหมายงานที่กำหนดขึ้น และ 2) การประเมินผลโดยรวมเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เป็นการสรุปภาพรวมของกระบวนการพัฒนา

5.5 การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ ข้อมูลเชิงปริมาณ: สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน ข้อมูลเชิงคุณภาพ: การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

6. ผลการศึกษา แบ่งตามระยะของการวิจัย ดังนี้

6.1 ผลการศึกษาสถานการณ์การมอบหมายงานพยาบาล พบว่า 1) หัวหน้าหอ พบปัญหาประเด็นหลัก คือ (1) ดานสมรรถนะพยาบาลจบใหม่ (2) ดานบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน (3) ดานการจัดพื้นที่รับผู้ป่วยไม่กำหนดชัดเจน (4) ดานการกำกับติดตามประเมินผลปฏิบัติการพยาบาลไม่ต่อเนื่องครอบคลุม (5) ด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลไม่ผ่านเกณฑ์ 2) พยาบาลระดับปฏิบัติ พบ 5 ประเด็นหลัก คือ (1) การรับส่งเวรใช้เวลานาน ทำให้ลงเวรช้า เหนื่อยล้า (2) การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลก่อนและหลังปฏิบัติงานไม่ต่อเนื่องชัดเจน (3) การมอบหมายงานและความรับผิดชอบไม่เท่าเทียม (4) ผู้ป่วยแต่ละวันมีจำนวนมาก ทำงานไม่ทัน ไม่มีเวลาตรวจสอบการปฏิบัติของกันและกันได้ (5) พยาบาลตางรีบทำงานของตนเองไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมองครวม

6.2 ผลการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล มีการพัฒนา 5 ขั้นตอน 1) สร้างความตระหนัก 2)สร้างการมีส่วนร่วม 3) สร้างทีมพัฒนา 4) สร้างทีมนำร่อง 5) การขยายทั้งหน่วยงาน ได้รูปแบบการมอบหมายงานแบบผสมผสาน (Mixed method) ระหว่างแบบรายกรณี (Case method) และแบบทีม (Team method) มีระบบพยาบาลที่เลี้ยง Chiff nurse 1 คนในแต่ละเวร แบ่งพื้นที่ในการรับผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยวิกฤติ ประเภทที่ 4-5 และผู้ป่วย spine ในลือกที่ 1 จำนวน 10 ราย มอบหมายงานแบบ Case method สัดส่วน RN : Pt = 1:5 มี PN 1 คน Staff mix ในลือกที่ 2-3 กำหนดรับผู้ป่วยปานกลาง-เบา ประเภท 2-3 กรณีมีผู้ป่วยติดเชื้อมาให้รับที่เตียง 26-30 ในลือกที่ 3 การมอบหมายงานแบบ Case method สัดส่วน RN : Pt = 1:7 มี Aide 1 คน Staff mix

6.3 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล พบว่า 1) ผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านผู้ป่วย บรรลุเป้าหมายทุกตัว ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลง (0.53%)ระดับ E up=0 แผลกดทับลดลง 0 : 1,000 วันนอน การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะลดลง 0: 1,000 cath day คุณภาพการบันทึกเพิ่มขึ้น 91.7% ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรับบริการ 92.3% 2) ด้านพยาบาล มีความพึงพอใจต่อระบบใหม่ ร้อยละ 92.78 ระยะเวลาการส่งเวรเฉลี่ยลดลง 10.25 นาที มีความมั่นใจในการปฏิบัติ สื่อสารผู้ป่วย และทีมสุขภาพได้ดีขึ้น 3) ด้านหน่วยงาน ได้รูปแบบการมอบหมายงานแบบ Mix method ที่ชัดเจน ง่ายต่อการปฏิบัติ ติดตามประเมินผล ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะมากขึ้น

7. สรุปและข้อเสนอแนะ การปรับรูปแบบการมอบหมายงานให้สำเร็จต้องได้มาจากการมีส่วนร่วมของทุกคน และเตรียมความพร้อมด้านสมรรถนะบุคลากร ระบบการให้คำปรึกษาที่ดี มีเครื่องมือ อุปกรณ์ให้เพียงพอ พร้อมใช้ การกำหนดพื้นที่ชัดเจน จะช่วยให้การปฏิบัติกรพยาบาลบรรลุเป้าหมาย บุคลากรมีความสุข

- 1) ชื่อเรื่อง QC ตาถืออยู่ที่งานศูนย์จ่ายกลาง
- 2) รายชื่อผู้วิจัยหลัก พว.เตชินี พรหมเลิศ พว. วิราวรรณ คชสาร และ พว. เอกลักษณ์ มานะสุว
- 3) ผลงาน

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การล้าง (cleaning) เป็นวิธีขจัดอินทรีย์สาร สามารถลดจำนวนเชื้อโรค ผุ่นละอองและสิ่งปนเปื้อนได้ดีที่สุด เป็น 1 ใน 3 ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในกระบวนการที่จะทำให้อุปกรณ์/ เครื่องมือทางการแพทย์สะอาดปราศจากเชื้อ การล้างอุปกรณ์ได้ถูกต้องจะช่วยกำจัดเชื้อโรคออกได้เกือบหมด จากสถิติ ในเดือน ต.ค. 2565 พบปัญหาอุปกรณ์ที่ล้างทำความสะอาดจากเขตปนเปื้อน งานศูนย์จ่ายกลางโรงพยาบาลมหาสารคามมีอัตราความไม่สะอาดของอุปกรณ์การแพทย์จากการล้างด้วยมือจำนวน 1143 ชิ้น เพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 42 และงานศูนย์จ่ายกลางก็ได้รับความเสี่ยงเรื่องความไม่สะอาดของอุปกรณ์การแพทย์จากห้องผ่าตัด มีจำนวนเฉลี่ย 10.3 เรื่องต่อเดือน จากพันธกิจของงานศูนย์จ่ายกลางจะต้องมีมาตรฐานที่จะทำให้เครื่องมือมีความสะอาดและพร้อมใช้งานตามมาตรฐานของสมาคมศูนย์กลางงานปราศจากเชื้อแห่งประเทศไทยต้องผ่านเกณฑ์ความสะอาดของอุปกรณ์ร้อยละ 95 งานศูนย์จ่ายกลาง โรงพยาบาลมหาสารคามจึงได้พัฒนางาน QC ตาถือและเพิ่มความส่องสว่างให้แสงไฟบริเวณจุด QC และห้อง pack อุปกรณ์ กำหนดให้มีการตรวจสอบความสะอาดทุกชิ้นงานอย่างละเอียดโดยมีเจ้าหน้าที่ QC และเจ้าหน้าที่ pack อุปกรณ์เป็นผู้ตรวจสอบเพื่อดักจับอุปกรณ์/ เครื่องมือทางการแพทย์ไม่ให้หลุดรอดสายตาก่อนที่จะนำไปทำปราศจากเชื้อ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้อุปกรณ์การแพทย์/ อุปกรณ์ของห้องผ่าตัดมีความสะอาด มีความพร้อมก่อนการทำให้ปราศจากเชื้อ
2. อุปกรณ์การแพทย์/ อุปกรณ์ของห้องผ่าตัดมีความสะอาด \geq ร้อยละ 95

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นงานวิจัยแบบ CQI และเป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Prospective study) เริ่มวิจัยตั้งแต่เดือน ต.ค. 2565- พ.ค. 2567 ระยะเวลา 1ปี7 เดือนกำหนดให้งาน QC มีการบันทึกข้อมูลอุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ที่ไม่สะอาดและส่งคืนกลับไปให้เจ้าหน้าที่เขตปนเปื้อนล้างทำความสะอาดใหม่ ตามขั้นตอนเริ่มจากการคัดแยก การ pre clean การตวงน้ำยา การเลือกใช้น้ำยาที่มีสารซักล้างที่มีความเหมาะสมกับอุปกรณ์แต่ละชนิด จนถึงการล้างและการล้างก็มี 3 วิธี คือ 1) การล้างด้วยมือโดยใช้แปรงขัดล้างอุปกรณ์ที่ทำภายใต้ระดับน้ำเพื่อไม่ให้มีน้ำยาที่มีสารซักล้างเกิดการระคายเคืองและเป็นปัญหาสุขภาพการใช้ปริมาณน้ำยาให้เป็นไปตามที่บริษัทกำหนด (IFU) และผ่านการประเมินจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวเวชกรรมว่าสารซักล้างไม่มีผลต่อสุขภาพของเจ้าหน้าที่ 2) การล้างด้วยเครื่องล้างอัตโนมัติ มีการตรวจสอบประสิทธิภาพ โดยใช้ตัวทดสอบประสิทธิภาพเครื่องล้างอัตโนมัติ (Tosi) 3) การล้างด้วยเครื่อง Ultrasonic มีการตรวจสอบประสิทธิภาพ โดยใช้ตัวทดสอบประสิทธิภาพ (Sono check) ทั้ง 3 วิธีการจะถูกตรวจสอบอีกครั้งด้วย งาน QC ก่อนอุปกรณ์/ เครื่องมือทางการแพทย์จะถูก pack

ผลการศึกษา

1. ในปีแรกได้ทำการเปลี่ยนเป็นหลอดไฟเป็นหลอดLED และเพิ่มความส่องสว่างไม่ต่ำกว่า 400 Lux ผ่านมาตรฐานงานอาชีวเวชกรรม
2. อัตราความไม่สะอาดของอุปกรณ์การแพทย์จากการล้างด้วยมือ ปี 2565พบ 17189 ชิ้น แต่แนวโน้มในแต่ละเดือนลดลง จากในเดือน พ.ย. 65 พบสูงสุด 4938 ชิ้น ในเดือน ก.ค. - ก.ย. 66 พบ 672, 494

- และ 444 ขึ้นตามลำดับ อัตราความไม่สะอาดของอุปกรณ์การแพทย์จากการล้างด้วยเครื่องล้างอัตโนมัติ ปี 2566 พบ 38582 ขึ้น แต่แนวโน้มในแต่ละเดือนลดลง จากในเดือน ก.ค. 66 พบสูงสุด 6990 ขึ้น ในเดือน ส.ค. - ก.ย. 66 พบ 3142 และ 2334 ขึ้น ตามลำดับในปี 2567 อัตราความไม่สะอาดของอุปกรณ์การแพทย์จากการล้างด้วยมือ พบ 9168 ขึ้น แต่แนวโน้มในแต่ละเดือนลดลง จากในเดือน ม.ค.67 พบสูงสุด 1926 ขึ้น ในเดือน มี.ค. -พ.ค. 67 พบ 882,804 และ 442 ขึ้น ตามลำดับ อัตราความไม่สะอาดของอุปกรณ์การแพทย์จากการล้างด้วยเครื่องล้างอัตโนมัติ ในปี 2567 พบ 33290 ขึ้น แต่แนวโน้มในแต่ละเดือนลดลง จากในเดือน มี.ค. 67 พบสูงสุด 5994 ขึ้น ในเดือน เม.ย. 67 พบ 3242 ขึ้น
3. ในเดือน ต.ค. 2565 เครื่องล้างอัตโนมัติ พบอัตราการล้างได้สะอาด 81.3 ในปี 2566 เฉลี่ยทั้งปี พบอัตราการล้างได้สะอาด ร้อยละ 95 และในเดือน ส.ค. - ก.ย. 2566 ก็มีอัตราการล้างได้สะอาด ที่มากกว่าร้อยละ 95 คือ พบ ร้อยละ 96 และ 97 แต่อัตราการล้างทำความสะอาดด้วยมือยังมีค่าอัตราความสะอาดต่ำเฉลี่ยร้อยละ 70.3 ต่อเดือน
 ในเดือน ต.ค. 2565เครื่องล้างอัตโนมัติ พบอัตราการล้างได้สะอาด ร้อยละ 97 ในปี 2566 เฉลี่ยทั้งปี พบอัตราการล้างได้สะอาด ร้อยละ 97 อัตราการล้างทำความสะอาดด้วยมือยังมีค่าอัตราความสะอาดต่ำ ในเดือน ต.ค. 2566 พบร้อยละ 55 และเฉลี่ยต่อเดือน พบร้อยละ 73
 4. ศูนย์จ่ายกลางได้รับความเสี่ยงเรื่องความไม่สะอาดของอุปกรณ์การแพทย์จากห้องผ่าตัด มีจำนวนเฉลี่ยต่อปี 9.3 เรื่อง

สรุปผลการศึกษา

1. การล้างทำความสะอาดด้วยเครื่องล้างอัตโนมัติ มีอัตราความสะอาดของชิ้นงานโดยรวม พบอัตราการล้างได้สะอาด \geq ร้อยละ 95 เนื่องจากการคัดแยกอุปกรณ์ การ pre clean การตวงน้ำยา การเลือกใช้ น้ำยาซักล้างที่มีความเหมาะสมกับอุปกรณ์แต่ละชนิดก่อนที่จะนำไปเข้าเครื่องล้างอัตโนมัติและเมื่อติดตามเป็นรายชิ้นงานในอุปกรณ์ที่ล้างไม่สะอาด พบว่าการล้างด้วยเครื่องล้างอัตโนมัติ มีจำนวนการล้างที่ไม่สะอาดลดลงในแต่ละเดือนทั้งใน ปี 2566 และ 2667
2. จากโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาลและการรายงานปัญหาในการล้างทำความสะอาดเครื่องมือของ หอผู้ป่วย ตั้งแต่ปี 2566 - 2667 ยังไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่หอผู้ป่วยรายงานว่า งานศูนย์จ่ายกลาง ล้างอุปกรณ์ไม่สะอาด
3. งานศูนย์จ่ายกลางได้รับความเสี่ยงเรื่องความไม่สะอาดของอุปกรณ์การแพทย์จากห้องผ่าตัด มีจำนวน ความเสี่ยงเฉลี่ยต่อปี จากปี 2565 พบ10.3 เรื่อง ปี 2566 ลดลงเหลือ9.3 เรื่อง

ภาพการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ QC







เรื่อง : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ กรณีศึกษา คลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

ชื่อผู้วิจัย : นางฉวีวรรณ เผ่าพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวัสดิ์

โทรศัพท์ : 081-7688308 E-mail : phoaphan_komalotok@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ เพื่อศึกษาบริบท กระบวนการพัฒนา ผลของการพัฒนา และ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของคลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการตามการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะ ทำการศึกษาตั้งแต่ตุลาคม 2566 ถึง มีนาคม 2567 กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ 40 คน และกลุ่มผู้รับบริการทางการแพทย์ คือ กลุ่มผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหมอครอบครัวศูนย์แพทย์ราชภัฏศรีสวัสดิ์ ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 350 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามในการวิจัย และ แบบประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ผลการวิจัย คลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่เกิดจากความร่วมมือลงนามร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาลมหาสารคาม มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม และมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติวิทยาเขตมหาสารคาม กลุ่มเป้าหมาย โดยส่วนใหญ่เป็นบุคลากรและนักศึกษาในมหาวิทยาลัยกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน มีการบริการในสถานพยาบาลและงานเชิงรุกในชุมชน และการดูแลต่อเนื่อง เน้นการสร้างความรู้ความตระหนักด้านสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายเพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจะเป็นวัยทำงานและวัยสูงอายุที่มีสุขภาวะที่ดีต่อไป 2. กระบวนการพัฒนาการบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ ประกอบด้วย 4 ระยะ สรุปประเด็นปัญหาไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 3 ด้าน จึงได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ แก้ปัญหา ด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์และ พบว่า บทบาทการให้บริการผู้ป่วยของคลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ ก่อนการพัฒนาบทบาทการให้บริการผู้ป่วยนอกอยู่ในระดับปานกลางและหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาร้อยละ 50.00% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ทราบบทบาทของตนเองในหน่วยบริการ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยการพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่องจะทำให้การดำเนินงานบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกมีประสิทธิภาพมากขึ้น และการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก โดยเริ่มจากผู้นำเห็นความสำคัญของการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนำไปสู่การประกาศเป็นนโยบาย มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวอย่างชัดเจน มีการทำแผนปฏิบัติงานปฐมภูมิในแต่ละปี ทำให้การจัดการดำเนินงานมีคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

คำสำคัญ : คุณภาพบริการปฐมภูมิ, การเข้าถึงบริการ, มาตรฐานบริการปฐมภูมิ

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ ให้เชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) เพื่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable Development Goals: SDGs ด้วยแนวคิดการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพที่เน้นองค์ประกอบหลัก 6 ประการ ขององค์การอนามัยโลก ภายใต้นโยบาย “คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)” ตั้งแต่ปี พ.ศ.2559

คลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิภายใต้สถานบริการหลัก คือ โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยเริ่มจากแนวคิดการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ทั่วถึงเท่าเทียม เป็นธรรมชาติความแออัดในโรงพยาบาลหลัก โดยแยกผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มโรคไม่ซับซ้อนออกจากบริการตติยภูมิ จนกระทั่งมีนโยบายคลินิกหมอครอบครัวในปี 2559 จึงได้รับนโยบายดังกล่าวมาดำเนินการเต็มรูปแบบ เพื่อให้เกิดการจัดระบบบริการปฐมภูมิ ที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและประชาชนในพื้นที่ หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายของโรงพยาบาลมหาสารคาม มีทั้งหมด 4 แห่ง ตั้งอยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม รับผิดชอบประชากรทั้งสิ้น 55,046 คน จาก 30 ชุมชน 17,756 หลังคาเรือน มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานประกอบด้วย งานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพ งานป้องกันควบคุมโรค และระบาดวิทยา งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน งานพัฒนาระบบปฐมภูมิ และสนับสนุนเครือข่าย งานคุ้มครองผู้บริโภค จัดบริการด้านเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนเชื่อมโยงการดำเนินงานและสร้าง ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลกับภาคีเครือข่าย

การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมืองในปัจจุบัน จะเป็นแบบการสั่งการนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้สร้างการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบร่วมกันของภาคีเครือข่าย ขาดการวางยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยบริการต่างสังกัดและต่างภาคส่วน รวมถึงภาคีเครือข่ายสำคัญในพื้นที่ส่วนซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งในเชิงการรักษาพยาบาล และส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่เกิดจากปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม⁴ การดำเนินงานเป็นไปตามยุทธศาสตร์และนโยบายที่ได้รับการสั่งการมาจากกระทรวง ซึ่งพบว่าเป้าหมายการทำงานที่ได้รับมอบหมายมาจากกระทรวงสาธารณสุขนั้นอาจจะไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนและผู้ให้บริการในพื้นที่ ทำให้บุคลากรในพื้นที่ไม่มีความสุขในการทำงานจากการปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองตัวชี้วัดที่มากมาย นอกจากนี้ ผู้ให้บริการสุขภาพในสังกัดอื่นๆ ก็ไม่ได้รู้สึกถึงการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ไม่สามารถสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ภาคีเครือข่าย และไม่สามารถสร้างความต่อเนื่องในการทำงานระยะยาว ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการดำเนินงานโดยใช้รูปแบบในปัจจุบันนี้ สามารถทำงานในระยะสั้น หรืองานที่เป็นลักษณะงานประจำวันต่อวันได้ แต่ในการทำงานระยะยาว ไม่น่าจะมีประสิทธิภาพ ซึ่งนับว่าเป็นข้อจำกัดอย่างยิ่ง อีกทั้งตลอดระยะเวลาการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหาการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในเรื่องของกำลังคนและงบประมาณ การเพิ่มความสามารถและปริมาณในการให้บริการ ล้วนส่งผลถึงการรับบริการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โดยตรง และจากการสำรวจตามแบบประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ฉบับปี พ.ศ.2566 ทั้งหมด 8 ด้าน พบว่าคลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ไม่ผ่านเกณฑ์ใน 3 ด้าน คือ ด้านที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ ด้านที่ 5 ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และด้านที่ 8 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาบริบท กระบวนการพัฒนา ผลของการพัฒนา และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของคลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

ดำเนินการตามการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) P-A-O-R ของเคมมิสและแมกทาการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1988) แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ระยะที่ 3 การสังเกต (Observing) ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย ตั้งแต่ตุลาคม 2566 ถึง มีนาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ จำนวน 40 คน คือ ทีมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวัสดิ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายโดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวศูนย์แพทย์ราชภัฏต่อเนื่องในเวลาราชการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และเป็นผู้ที่เต็มใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย หรืองดให้ข้อมูล และบุคลากรที่ย้ายไปทำงานที่อื่นในระหว่างการทำการวิจัย

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้รับบริการทางการแพทย์ คือ กลุ่มผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหมอครอบครัวศูนย์แพทย์ราชภัฏศรีสวัสดิ์ ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 350 คน ใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร $n = P(1-P)Z^2/e^2$ ที่ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนดไว้ 95% เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เคยมาใช้บริการในคลินิกหมอครอบครัวศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวัสดิ์ มากกว่า 1 ครั้ง เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อการรักษาในช่วงระยะเวลาศึกษาวิจัย และผู้ป่วยที่ไม่สะดวกใจในการให้ข้อมูลในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามในการวิจัยที่พัฒนาขึ้นเอง ใช้สำหรับกลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ มี 3 ส่วน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 ชุดที่ 2 แบบประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ มีองค์ประกอบ 8 ด้าน และชุดที่ 3 แบบสอบถามในการวิจัยที่พัฒนาขึ้นเอง ใช้สำหรับกลุ่มผู้รับบริการทางการแพทย์ มี 2 ส่วน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของบทบาทและความพึงพอใจในการให้บริการผู้ป่วยนอก โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา

1. บริบทของการบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ เป็นสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เกิดจากความร่วมมือลงนามร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาลมหาสารคาม มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม และมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติวิทยาเขตมหาสารคาม ดำเนินการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรี

สวัสดิ์ โดยมีอธิการบดีมหาวิทยาลัยฯเป็นประธานกรรมการ มีการปฏิบัติงานในรูปแบบทีมหมอครอบครัว รับผิดชอบพื้นที่ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม และมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตมหาสารคาม จำนวนประชากร 16,568 คน กลุ่มเป้าหมายโดยส่วนใหญ่เป็นบุคลากรและนักศึกษาในมหาวิทยาลัย มีการกำหนดแบ่งการปฏิบัติงานให้บริการเป็น งานบริการในสถานพยาบาลและงานเชิงรุกในชุมชน และการดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายโดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่น จึงเน้นการสร้างความรู้ความตระหนักด้านสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายเพื่อให้มีความเข้าใจความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจะเป็นวัยทำงานที่มีสุขภาพที่ดีต่อไป สถานที่ตั้งสามารถใช้บริการได้อย่างสะดวก มีความสะดวกเมื่อใช้บริการ ขั้นตอนบริการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอกในปี 2565 เฉลี่ย 30,968 รายต่อปี โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการ 5อันดับแรก คือ โรคระบบทางเดินหายใจ ระบบกล้ามเนื้อ ระบบทางเดินอาหารและผิวหนังบริการส่วนใหญ่เน้นกระบวนการให้คำปรึกษา

2. กระบวนการพัฒนาการบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ ประกอบด้วย 4 ระยะ

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) วิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดเป้าหมาย สรุปประเด็นปัญหาได้ดังต่อไปนี้ 1.ปัญหา ด้านความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในการบริการส่งเสริมสุขภาพและเฝ้าระวังป้องกันโรค เนื่องกลุ่มเป้าหมายประชากรมีการย้ายถิ่นเข้า-ออกตลอดเวลา 2.ปัญหาการทำงานเชิงรุกในชุมชนไม่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด 3.ปัญหาความชัดเจนในการดำเนินงาน หมอครอบครัวเนื่องจากพื้นที่ไม่มีอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ตอบโจทย์ 3 หมอ 4.ปัญหาบุคลากรขาดการพัฒนาศักยภาพในเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัว จากนั้นร่วมกันวิเคราะห์ 8 ด้าน พบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ ด้านที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และด้านที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ได้แผนปฏิบัติการ (Action Plan) ได้ทั้งหมด 4 กิจกรรม ที่แก้ปัญหา 3ด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 พัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัว หมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ กิจกรรมที่ 2 หมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ ยุค 4.0 กิจกรรมที่ 3 ประชาชนทุกครอบครัว มีหมอครอบครัวดูแลทุกคน กิจกรรมที่ 4 อบรมเชิงปฏิบัติการ “ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ”

ระยะที่ 3 การสังเกต (Observing) การกำกับ ติดตามนิเทศงานผู้วิจัยได้สนับสนุนการดำเนินงาน และติดตามประเมินผล พบว่า กลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ให้ความร่วมมือ ร่วมแสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม และยังช่วยกระตุ้นให้ทีมมีความกระตือรือร้นในการแสดงความคิดเห็น หลังการดำเนินงานกลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการดำเนินการจัดการพัฒนาการบริการของคลินิกหมอครอบครัว เพื่อให้ผ่านเกณฑ์คลินิกหมอครอบครัวคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ การติดตามผลการดำเนินงานของการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกคลินิกหมอครอบครัว ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ 1) บทบาทการบริการสุขภาพ พบว่า ก่อนพัฒนาส่วนใหญ่มีระดับบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.95 และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 71.43 เมื่อเปรียบเทียบระดับความแตกต่างของบทบาทในการบริการสุขภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับบทบาทเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) 2) ความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจก่อนพัฒนาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 52.38 และหลังพัฒนาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.95 เมื่อเปรียบเทียบระดับความแตกต่างของความพึงพอใจก่อนและหลังพัฒนา พบว่า ระดับความพึงพอใจเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) 3) ความพึงพอใจในการมารับบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ พบว่า พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจมาก ร้อยละ 47.79 รองลงมาคือ ระดับความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 37.66 และระดับความพึงพอใจน้อย ร้อยละ 14.55 4) ประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของคลินิกหมอครอบครัว พบว่า

ก่อนการพัฒนาไม่ผ่านการประเมินมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ 4 ด้าน และหลังการพัฒนาผ่านการประเมินมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ 8 ด้าน

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินกิจกรรม ทั้ง 4 โครงการ บรรลุตามวัตถุประสงค์ เกิดต้นแบบของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ คือ RAJABHAT Model ประกอบด้วย R (Reaction) การตอบสนองความต้องการของประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพ A (Advocacy) พึ่งพิงสิทธิ์ประชาชนเป็นสำคัญ J (Joy) ความสุขในการให้บริการและการรับบริการของประชาชน A (Agility) ความคล่องแคล่ว ว่องไว ลดเวลารอคอยในการให้บริการ B (Building Innovation) สร้างนวัตกรรม ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อเข้าถึงระบบสุขภาพได้อย่างง่าย H (Holistic Care) การดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ A (Accountable) รับผิดชอบต่อหน้าที่และองค์การทำงานด้วยความเสียสละ ดูแลสุขภาพของประชาชน T (Teamwork) ทำงานร่วมกันเป็นทีม และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม คือ (Care D+) Co-operation สร้างความร่วมมือ Academic วิชาการนำบริการ Respect เคารพในความคิดเห็น ยอมรับ Evaluation ทบทวนประเมินปัญหา Development yourself พัฒนาตนเอง

อภิปรายผล

บริบทของการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏ พบว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยเริ่มจากผู้นำเห็นความสำคัญของการพัฒนาการบริการผู้ป่วย นำไปสู่การประกาศเป็นนโยบาย มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวอย่างชัดเจน มีการทำแผนปฏิบัติงานปฐมภูมิในแต่ละปี และที่สำคัญการเกิดการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว ในการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล จึงทำให้ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ สอดคล้องกับการศึกษาของพัทผิตา สุภิสุทธิ (2560) ได้ศึกษาการพัฒนาบริการในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร ซึ่งพบว่า พยาบาลวิชาชีพรับทราบนโยบายในการนำกระบวนการพัฒนาการบริการมาใช้ในองค์กรพยาบาล สามารถนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติตามแนวทางที่คณะกรรมการกำหนด รวมถึงสามารถพัฒนาการบริการได้จากการนำเทคโนโลยีมาใช้ให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของโลกปัจจุบัน ทำให้การเข้าถึงของทั้งผู้รับบริการและบุคลากรสาธารณสุขนั้นง่าย สะดวก รวดเร็วขึ้น

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้แนวคิดของ Kemmis, 1998 มาเป็นกรอบดำเนินการ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) การสังเกตผลการดำเนินงาน (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) มีดังนี้ บทบาทการให้บริการผู้ป่วยของคลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ ก่อนการพัฒนาบทบาทการให้บริการผู้ป่วยนอกอยู่ในระดับปานกลางและหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนายังมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ทราบบทบาทของตนเองในหน่วยบริการ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการประเมินผล ทำให้มีค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ นภัสภรณ์ เริงสะอาด ศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบบริการมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ก่อนการพัฒนาระดับบทบาทและการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนาอยู่

ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการคิด วางแผน และเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การพัฒนาศักยภาพทีมหมอบรรเทาภัยพิบัติอย่างต่อเนื่องจะทำให้การดำเนินงานบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกมีประสิทธิภาพมากขึ้น 2) การพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก เกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยเริ่มจากผู้นำเห็นความสำคัญของการพัฒนาการบริการผู้ป่วย นำไปสู่การประกาศเป็นนโยบาย มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานทีมหมอบรรเทาภัยพิบัติชัดเจน มีการทำแผนปฏิบัติงานปฐมภูมิในแต่ละปี และที่สำคัญการเกิดการมีส่วนร่วมของทีมหมอบรรเทาภัยพิบัติ คลินิกหมอบรรเทาภัยพิบัติ ศรีสวัสดิ์ในการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ประเมินผล จึงทำให้ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาร่วมกับคลินิกหมอบรรเทาภัยพิบัติอื่นอยู่ในเขตจังหวัดมหาสารคามเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสถานพยาบาล และได้เรียนรู้หลากหลายมุมมอง ต่างบริบทว่าจะมี วิธีการแก้ปัญหาอย่างไรจึงจะเหมาะสมและสามารถเชื่อมโยงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอบรรเทาภัยพิบัติสำหรับหน่วยบริการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ม.ป.ป: 2566.
2. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ทีมหมอบรรเทาภัยพิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2557.
3. กระทรวงสาธารณสุข สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. คู่มือแนวทางการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: กระทรวง; 2562.
4. Kemmis, S., & McTaggart, R. The action research reader. Geelong, Victoria. Deakin University Press; 1998.
5. พัทธิตา สุภิสุทธิ. การพัฒนาบริการในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร. [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2562.
6. นภัสภรณ์ เชิงสะอาด. การพัฒนารูปแบบคุณภาพการบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2561



ชื่อนวัตกรรม: อุปกรณ์หักแอมป์ยา (Break ampoule)

ชื่อเจ้าของผลงาน

นายชาคริต ปิยะรัตน์พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลมหาสารคาม

ชื่อผู้นำเสนอ

นายชาคริต ปิยะรัตน์พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลมหาสารคาม

สถานที่ติดต่อกลับ

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม เบอร์ภายใน 9107 มือถือ 0880150332

e-mail : Charcritice@gmail.com

บทนำ

หลักการและเหตุผล

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม มีการเกิดอุบัติเหตุแอมป์ยาบาดมือเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ผ่านมาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้บริการผู้ป่วยที่ยังมีความจำเป็นต้องได้รับยาฉีด ทั้งชนิดฉีดเข้าหลอดเลือด และฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาหลายชนิด หลายขนาด ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลต้องหักแอมป์ยาปริมาณมากปัญหาที่พบก็คือ ถูกแอมป์ยาแตกบาดมือบ่อยครั้ง ทำให้เกิดแผลที่นิ้วมือ ส่งผลให้เจ้าหน้าที่เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตามมา แอมป์ยาบางแอมป์มีความหนา แข็งและมีขนาดไม่เท่ากันทำให้หักยากจากปัญหาที่พบเป็นปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงานเป็นการประจำทางแก้ไขปัญหโดยกระบวนการ CQI ด้วยการนำวัสดุที่มีอยู่ใกล้ตัว ลงทุนน้อย ประหยัด ใช้ง่ายมาประดิษฐ์จึงได้คิดค้นนวัตกรรม อุปกรณ์หักแอมป์ยา ขึ้นโดยพัฒนานวัตกรรมมาจาก อุปกรณ์หักขวดยาเพื่อช่วยป้องกันอุบัติเหตุและลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว

วัตถุประสงค์การสร้างนวัตกรรม

1. เพื่อลดอุบัติเหตุการเกิดการบาดเจ็บของบุคลากรพยาบาล
2. เพื่อความสะดวก รวดเร็ว ในการหักแอมป์ยา
3. เพื่อประหยัดงบประมาณ โดยการนำวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้แล้วนำกลับมาใช้ใหม่ให้เกิดประโยชน์
4. เพื่อเพิ่มอัตราความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม

ขอบเขตนวัตกรรม เป็นนวัตกรรมทางด้านการพยาบาลใช้เพื่อลดอุบัติเหตุการเกิดการบาดเจ็บของบุคลากรพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินงานนวัตกรรม

นำแปรงลวดทองเหลืองใช้คีบดึงขนแปรงออก นำตะไบแอมป์ยามาวัดขนาดที่ส่วนปลายของแปรงลวดทองเหลือง ใช้เลื่อยฉลุตัดตามรอยตะไบ เพื่อฝังตะไบให้ติดกับแปรงลวดทองเหลืองนำแอมป์ยาที่ใช้เป็นประจำมาวัดขนาดแล้วเจาะรูตามขนาดของแอมป์ยา จากเล็กไปหาใหญ่ใช้วัสดุอุดรูขนแปรงทองเหลืองแล้วใช้กระดาษทรายขัดให้เรียบเมื่อต้องการหักแอมป์ยาให้นำตะไบ ตะไบแอมป์ยาที่ไม่มีมาร์คเกอร์หันด้านที่ตะไบออกด้านนอกและออกแรงหักแอมป์ยา ส่วนแอมป์ยาที่มีมาร์คเกอร์ให้หันแอมป์ยาออกด้านนอกและออกแรงหักได้ทันที หลังจากนั้นให้จุกแอมป์ยาที่หักทิ้งลงภาชนะของมีคมโดยไม่ต้องใช้มือสัมผัสแอมป์ยาโดยตรง

ผลของนวัตกรรม จากการใช้อุปกรณ์หักแอมป์ยา ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2567 – มิถุนายน 2567 ไม่เกิดอุบัติเหตุแอมป์ยาแตกบาดมือเจ้าหน้าที่

การนำไปใช้ประโยชน์ นำไปใช้หักแอมป์ยา เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุแอมป์ยาแตกบาดมือเจ้าหน้าที่

เอกสารอ้างอิง นวัตกรรมการหักแอมป์ยา (ออนไลน์๒๕๕๕). สืบค้นจาก :

<https://digitaljournals.moph.go.th/tdj/index.php/JHS/article/viewFile/476/425> [๓ กันยายน๒๕๕๖]

สาระสำคัญ

รายละเอียดเกี่ยวกับผลงานนวัตกรรม

จุดเริ่มต้นหรือที่มาของการจัดทำ/คิดค้นนวัตกรรม

จากการปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินพบว่าการเตรียมยาส่วนใหญ่จะเป็นในลักษณะของแอมป์ยา (ampule) ทำให้พยาบาลต้องประสบปัญหาการหักแอมป์ยา ถูกแอมป์ยาบาดมือเกิดการบาดเจ็บจากการทำงาน และปัญหาการหักแอมป์ยาที่มีขนาดใหญ่ ซึ่งปัจจุบันไม่มีอุปกรณ์ในการหักแอมป์ยาที่ปลอดภัยทำให้เกิดบาดแผลที่นิ้วมือ ส่งผลต่อการปฏิบัติงานเพราะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และส่งผลให้เกิดการสูญเสียจำนวนยาในแอมป์ยา ทางแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคามผ่านกระบวนการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement: CQI) จากการทบทวนปัญหาจึงได้คิดค้นนวัตกรรม“อุปกรณ์หักแอมป์ยา”(Break ampoule)เพื่อช่วยป้องกันอุบัติเหตุและลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว

ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดทำนวัตกรรม 1 เดือน

เป้าหมาย

มีการคิดและพัฒนานวัตกรรม เพื่อช่วยป้องกันอุบัติเหตุการเพื่อประหยังบประมาณ โดยการนำวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้แล้วนากลับมาใช้ใหม่ให้เกิดประโยชน์โดยเพิ่มอัตราความพึงพอใจต่อการใช้งานนวัตกรรมของผู้ปฏิบัติการ

หลักการและขั้นตอนรวมทั้งกรรมวิธีที่ใช้ในการพัฒนา/คิดค้น นวัตกรรม

ได้นำแนวคิดจากการแก้ปัญหา การลดอุบัติเหตุของการเกิดแอมป์ยาแตกบาดมือและการหักแอมป์ยาที่มีขนาดใหญ่ จากการปฏิบัติงานหน้างานจริงใน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม

วัสดุอุปกรณ์

1. แปรงลวดทองเหลือง
2. ตะไบแอมป์ยา
3. เลื่อยฉลุ
4. ส่วนไฟฟ้า
5. ดอกสว่าน ดอกเจาะขยายทรงเจดีย์
6. กาวร้อน

ขั้นตอนการพัฒนานวัตกรรม

1. นำแปรงลวดทองเหลืองแล้วใช้คีมดึงขนแปรงออก



2. นำตะไบแอมป์ยามาวัดขนาดที่ส่วนปลายของแปรงลวดทองเหลือง ใช้เลื่อยฉลุตัดตามรอยตะไบ เพื่อฝังตะไบให้ติดกับแปรงลวดทองเหลือง



3. นำแอมป์ยาที่ใช้เป็นประจํามาวัดขนาดแล้วเจาะรูตามขนาดของแอมป์ยา จากเล็กไปหาใหญ่



4. นำตะไบมาประกอบเข้ากับด้ามไม้โดยใช้เลื่อยฉลุเลื่อยตรงกลางแล้งวางใบเลื่อยฉลุไว้ตรงกลาง หยอด
การร้อนให้ยึดติดทนทาน



แนะนำวิธีการใช้นวัตกรรมต่อบุคลากรในหน่วยงาน

เมื่อต้องการหักแอมป์ยาให้นำตะไบ ตะไบแอมป์ยาที่ไม่มีมาร์คเกอร์หันด้านที่ตะไบออกด้านนอกและออกแรงหักแอมป์ยา ส่วนแอมป์ยาที่มีมาร์คเกอร์ให้หันแอมป์ยาออกด้านนอกและออกแรงหักได้ทันที หลังจากนั้นให้จุกแอมป์ยาที่หักทิ้งลงภาชนะของมีคมโดยไม่ต้องใช้มือสัมผัสแอมป์ยาโดยตรง

ติดตามรายงานอุบัติการณ์ บุคลากรหักแอมป์ยาแตก และอุบัติการณ์แอมป์ยาบาดเจ็บมือโดยการทำตารางบันทึกการใช้นวัตกรรมการหักแอมป์ยา โดยแบ่งเป็น เวิร์ เช้า ป่าย ดึก โดยจะบันทึกทุกครั้งที่มีการหักแอมป์ยา หากเกิดการแตกหักเกิดอุบัติการณ์ให้บันทึกลงในตาราง

ตัวชี้วัด ผลผลิต / ผลลัพธ์

ข้อมูล	ก่อน		หลัง	
	จำนวน/ เดือน	ร้อยละ	จำนวน/ เดือน	ร้อยละ
แอมป์ยาแตก	25	1.3	0	0
การบาดเจ็บจากการถูกแอมป์ยาแตกบาดเจ็บมือ	10	1.8	0	0

จากการใช้อุปกรณ์หักแอมป์ยาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม ใช้อุปกรณ์หักแอมป์ยาจำนวน เฉลี่ยวันละ 60 หลอด รวมเฉลี่ย 1 เดือน 1,800 หลอด โดยเจ้าหน้าที่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม ไม่พบแอมป์ยาแตก และไม่เกิดอุบัติเหตุแอมป์ยาแตกบาดเจ็บมือจากการประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่าทุกคนมีความพอใจในการใช้โดยทุกคนมีความพอใจในระดับมากที่สุด

งบประมาณที่ใช้ในการพัฒนา/คิดค้นนวัตกรรม จำนวนเงิน 100 บาท

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1.รวดเร็ว คือ ใช้เวลาในการหักแอมป์ยาได้เร็วขึ้น ทำให้สามารถบริหารยาโดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องการได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพได้เร็วยิ่งขึ้น

2.มีความปลอดภัยต่อบุคลากร คือ ไม่พบอุบัติการณ์จากการถูกแอมป์ยาบาดเจ็บมือขณะหักแอมป์ยา

3. มีความสะดวก คือ เป็นอุปกรณ์ที่หยิบจับง่าย มีขนาดพอเหมาะกับแอมป์ยาทุกขนาด
4. ประหยัดงบประมาณ โดยการนำวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้แล้วกลับมาใช้ใหม่ให้เกิดประโยชน์
5. บุคลากรมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม

ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก
ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่คาสายระบายกลับบ้าน

ผู้วิจัย นางกมลรัตน์ สุปัญญาบุตร

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่คาสายระบายกลับบ้าน

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่คาสายระบายกลับบ้าน 2) คู่มือการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม 3) แบบบันทึกการประเมินการติดเชื้อ ภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด วันนอนและค่าใช้จ่าย 4) แบบประเมินระดับความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Independent sample t-test

กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่คาสายระบายกลับบ้าน จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 35 คน

ระยะเวลาดำเนินการ : เดือนมีนาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา พบว่า : อัตราการติดเชื้อและการเกิดของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัดกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และระดับความพึงพอใจกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สรุปและข้อเสนอแนะ : การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่คาสายระบายกลับบ้าน สามารถลดจำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย และความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยหลังผ่าตัดอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้

คำสำคัญ ผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบถอนรากชนิดตัดแปลง , แรงสนับสนุนทางสังคม , สมรรถนะแห่งตน

สาระสำคัญ

1. **ชื่อเรื่อง** ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่คาสายระบายกลับบ้าน

2. **ชื่อผู้วิจัย หรือคณะผู้วิจัย พร้อมชื่อหน่วยงาน**

2.1 นางกมลรัตน์ สุปัญญาบุตร และนางรัชณี ปะสาริบุตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

2.2 นายอนุชา ไทยวงษ์ และนางกัญญาพัชร บัณฑิตถาวร อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

3. **ชื่อผู้นำเสนอผลงาน** นางกมลรัตน์ สุปัญญาบุตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป

4. **บทนำและวัตถุประสงค์** มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาที่สำคัญและพบมากของผู้หญิงทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี 2562 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั่วโลก จำนวน 2,088,849 ล้านคนและ ปี 2565 พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 22,158 คนต่อปี หรือชั่วโมงละ 2.5 คน เสียชีวิตจำนวน 8,266 คนต่อปี หรือชั่วโมงละเกือบ 1 คน การผ่าตัดแบบลดอเนกรากชนิดดัดแปลงเป็นการรักษาที่เป็นมาตรฐานและนิยมในปัจจุบัน โดยการตัดเอาเนื้อเต้านมร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีสายระบาย 2 เส้นใสบริเวณด้านหน้าใต้ผิวหนังบริเวณอกข้างที่ทำผ่าตัด เพื่อระบายเลือดและน้ำเหลืองใต้แผลผ่าตัดลงขวดสุญญากาศภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการใส่สายระบายที่หน้าอกหลังผ่าตัดเต้านม คือ ภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่สามารถพบได้ เช่น ภาวะเลือดออก แผลอักเสบติดเชื้อ ภาวะแขนบวม ข้อไหล่ติด และอาการชา เป็นต้น

จากสถิติปี 2563-2565 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมารับบริการผ่าตัดเต้านมแบบลดอเนกรากชนิดดัดแปลงจำนวน 128 , 121 และ 134 ราย ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 36,735 บาทต่อราย อัตราการครองเตียงของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมคิดเป็นร้อยละ 29.22 , 27.62 และ 30.59 ระยะเวลานอนโรงพยาบาล 12-20 วัน หรือนานกว่านั้นหากปริมาณของเหลวยังออกมากอยู่ และแพทย์จะพิจารณาถอดสายระบายอนุญาตให้กลับบ้านได้ก็ต่อเมื่อปริมาณของเหลวออกจนหมดหรือมีปริมาณน้อยกว่า 20 มล.ติดต่อกัน 3 วัน บางรายแพทย์ให้กลับบ้านพร้อมสายระบายแต่ผู้ป่วยไม่ยอมกลับบ้านเนื่องจากยังมีความกังวลใจ กลัว และขาดความมั่นใจในการดูแลสายระบายที่คากลับบ้าน ไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ตนเองปฏิบัติถูกต้องหรือไม่ ทำให้หอผู้ป่วยเกิดความแออัด จำนวนเตียงไม่เพียงพอต่อผู้ป่วยรายใหม่ที่มาใช้บริการ จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยเล็งเห็นว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหากมีการเตรียมความพร้อมที่ดีหลังการผ่าตัด รู้วิธีการปฏิบัติตัวและการดูแลสายระบายที่ถูกต้อง สามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดได้ จะช่วยลดความแออัดของหอผู้ป่วยและวันนอนของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลได้ จากการทบทวนวรรณกรรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนพบว่า หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนระดับสูง มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง บุคคลนั้นย่อมปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ อีกทั้งผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีข้อจำกัดการใช้มือข้างที่

ผ่าตัด จำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวเพื่อช่วยเหลือทำกิจกรรมบางอย่าง ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจและความมั่นคงทางด้านจิตใจ ครอบครัวจึงเป็นสถาบันที่สำคัญในการดูแลช่วยเหลือ ให้กำลังใจและเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ลดความเครียด ช่วยให้มีความพึงพอใจในการปรับตัวได้เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้นด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่สร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดของแบนดูรา ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมภายใต้กรอบแนวคิดของเฮาส์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะที่ดีในการดูแลตนเอง มีความมั่นใจและเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้นเมื่อต้องคาสายระบายกลับบ้าน รวมถึงมีครอบครัวคอยดูแลสนับสนุนให้กำลังใจในการดำรงชีวิตประจำวันเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่คาสายระบายกลับบ้าน

5. วิธีการศึกษา

5.1 รูปแบบการศึกษา เป็นกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (two group posttest only design)

5.2 การกำหนดตัวอย่าง และวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G*POWER โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (large effect size) เท่ากับ 0.8 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 35 คน

5.3 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่คาสายระบายกลับบ้าน 2) คู่มือการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม 3) แบบบันทึกการประเมินการติดเชื้อ ภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด วันนอนและค่าใช้จ่าย 4) แบบประเมินระดับความพึงพอใจ

5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มทดลองผู้วิจัยเยี่ยมทั้งหมด 4 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง ครั้งที่ 1 เยี่ยมก่อนผ่าตัด ครั้งที่ 2 เยี่ยมหลังผ่าตัด ครั้งที่ 3 เยี่ยมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และครั้งที่ 4 เยี่ยมวันที่แพทย์นัดพบซึ่งผู้วิจัยได้ทำการประเมินระดับความพึงพอใจของกลุ่มทดลองและเก็บข้อมูลการวิจัยด้วย

5.5 การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ สถิติเชิงพรรณนาและ Independent sample t-test

6. ผลการศึกษา อัตราการติดเชื้อและการเกิดของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัดกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และระดับความพึงพอใจกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

7. สรุปและข้อเสนอแนะ การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่คาสายระบายกลับบ้าน สามารถลดจำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย และความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรครีรังหรือผู้ป่วยหลังผ่าตัดอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้

ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพื่อยอมรับวิธีบำบัดทดแทนไต

Effects of a renal replacement therapy counseling program for acceptance of chronic kidney disease

รายชื่อผู้วิจัย รุจลินทร์ มีเพียร¹ กชนากาญ ดวงมาตย์พล², ภัทรศรี พิมพ์า³ และนภชนก รักษาเคน⁴

¹⁻³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถานที่ปฏิบัติงาน หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม

ชื่อผู้นำเสนอผลงาน นางรุจลินทร์ มีเพียร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพื่อยอมรับวิธีบำบัดทดแทนไต

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นไตวายเรื้อรังที่มารับการรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาวิธีบำบัดทดแทนไต เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ กำหนดอำนาจทดสอบที่ 0.80 ความเชื่อมั่นที่ 0.05 จำนวน 30 คน เครื่องมือประกอบด้วย 1) โปรแกรมการให้คำปรึกษาวิธีบำบัดทดแทนไต 2) คู่มือการให้คำปรึกษาวิธีบำบัดทดแทนไต และ 3) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบ

ระยะเวลาของการศึกษา ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึงเดือนเมษายน 2567

ผลการศึกษา: ผลการวิจัย พบว่า 1) อัตราการยอมรับวิธีบำบัดทดแทนไตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมากกว่ากลุ่มควบคุม 2) คะแนนเฉลี่ยความรู้กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0

สรุป: การให้คำปรึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยการเสริมแรงมีผลต่อการยอมรับบำบัดทดแทนไต ดังนั้นทีมสุขภาพควรให้คำปรึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยการเสริมแรงเพื่อช่วยส่งเสริมความรู้ให้ดียิ่งขึ้น

ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพื่อยอมรับวิธีบำบัดทดแทนไต

Effects of a renal replacement therapy counseling program for acceptance of chronic kidney disease

รายชื่อผู้วิจัย รุจลินทร์ มีเพียร¹ กชนากาญ ดวงมาตย์พล², ภัทร์ศรี พิมทา³ และนภชนก รักษาเคน⁴

¹⁻³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถานที่ปฏิบัติงาน หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม

ชื่อผู้นำเสนอผลงาน นางรุจลินทร์ มีเพียร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

บทนำ

ความชุกโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Diseases) ของประชากรทั่วโลกเท่ากับ 10 สำหรับการศึกษานี้ในประเทศไทยพัฒนาประมาณการความชุกโรคไตเรื้อรัง ในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 62.5 ราย ต่อประชากรล้านคนต่อปีมีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้น 156.6 ราย ต่อประชากรแสนคนต่อปีและพบอัตราการตายจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 195.3 ต่อประชากรพันคน การทำ RRT มีผลดีต่อผู้ป่วยคือทำให้มีอัตราการตายลดลงจากร้อยละ 31.3 เป็นร้อยละ 26.5 และมีอายุยืนยาวเฉลี่ย 6.2 ปี รวมถึงทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น อย่างไรก็ตามการขาดความรู้เกี่ยวกับโรคไตทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับ RRT ในเวลาที่เหมาะสม คนไทยมีความตระหนักในปัญหาของโรคไตวายเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) น้อยมาก มีประชากรเพียงร้อยละ 1.9 เท่านั้นที่ทราบว่าตนเองกำลังมีโรคไตอยู่

ผู้วิจัยในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังโรงพยาบาลมหาสารคามที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยไตเทียม พบสถานการณ์ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ให้บริการให้คำปรึกษาในการเลือกตัดสินใจบำบัดทดแทนไต ในปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 จำนวน 330, 278 และ 312 ราย พบผู้ป่วยรอการตัดสินใจ จำนวน 107, 99 และ 81 ราย ตามลำดับ และจากประสบการณ์การให้คำปรึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4-5 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุมาคนเดียวมีความกลัว ญาติที่มารับคำปรึกษาไม่สามารถตัดสินใจได้ ผู้ที่ตัดสินใจได้อยู่ต่างจังหวัด และการตัดสินใจการบำบัดทดแทนไตล่าช้าส่งผลให้มีอัตรา Unplan Dialysis เพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2564 – 2566 พบอัตรา Unplan Dialysis เป็นร้อยละ 10.83, 23.86 และ 23.30 ตามลำดับ และพบปัญหารูปแบบการให้คำปรึกษาของพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาในแต่ละคนแตกต่างกันไม่มีรูปแบบและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยระหว่างทีมรักษาที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และพบปัญหาการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไตระหว่างครอบครัว เช่น ข้อมูลไม่ตรงกัน ญาติปฏิเสธการได้รับข้อมูล

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาการให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการทำ RRT ซึ่งคาดหวังว่าผู้ป่วยจะยอมรับ RRT ได้เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยทำ RRT ในเวลาที่เหมาะสม ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคไตเรื้อรังและการมาฟอกไตแบบฉุกเฉิน ซึ่งเป็นการลดการใช้ทรัพยากรบริการสุขภาพและลดภาระงานของหน่วยไตเทียม

เป้าหมาย / วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการยอมรับ RRT ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับ RRT ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาใน ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นไตวายเรื้อรังที่มารับการรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาวิธีบำบัดทดแทนไต เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ กำหนดอำนาจทดสอบที่ 0.80 ความเชื่อมั่นที่ 0.05 จำนวน 30 คน เครื่องมือประกอบด้วย 1) โปรแกรมการให้คำปรึกษาวิธีบำบัดทดแทนไต 2) คู่มือการให้คำปรึกษาวิธีบำบัดทดแทนไต และ 3) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีอายุอยู่ในช่วง 61 - 70 ปี ร้อยละ 60 (= 64.06 , SD = .48) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 93.3 มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60 ใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 100 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.7 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 66.7 (= 11,666 , SD = .96) และพบว่าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 86.6 รองลงมาไตวาย ร้อยละ 26.7

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.3 มีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 71 ปี ร้อยละ 46.7 (= 68.66 , SD = .51) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60 มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60 ใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 83.6 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.3 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 66.7 (= 8,666 , SD = .83) และพบว่าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและไตวาย ร้อยละ 40 รองลงมาเป็น SLE ร้อยละ 24

2. เปรียบเทียบอัตราการยอมรับบำบัดทดแทนไต และความรู้เกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในการดูแลตนเองเพื่อ ยอมรับวิธีบำบัดทดแทนไต มีอัตราการยอมรับบำบัดทดแทนไต ร้อยละ 73.3 และพบกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติมี อัตราการยอมรับบำบัดทดแทนไต ร้อยละ 47.6

เมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต พบว่ากลุ่มทดลองก่อนรับโปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังเพื่อยอมรับวิธีบำบัดทดแทนไต มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 4.53 (S.D = 1.12) และหลังจากได้รับโปรแกรมการให้ คำปรึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพื่อยอมรับวิธีบำบัดทดแทนไตมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 6.68 (S.D = 1.40)

สรุปและข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลจากการศึกษาผลของโปรแกรม ฯ ช่วยให้เพิ่มความรู้ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ 4 – 5 เพื่อการเลือกบำบัดทดแทนไต ดังนั้นพยาบาลควรมีการใช้กระบวนการให้คำปรึกษาด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ ส่งเสริมการยอมรับ ทักษะคิดต่อการตัดสินใจการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต
2. ด้านการศึกษาสามารถพัฒนาเนื้อหาการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์ดูแลผู้ป่วยไตว ยเรื้อรังระยะ 4 – 5 และสามารถนำไปใช้ในการฝึกปฏิบัติงาน เน้นการให้คำปรึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพื่อยอมรับวิธีบำบัดทดแทนไต ร่วมกับ ส่งเสริมความรู้
3. ด้านบริหารสามารถกำหนดแผน นโยบาย และจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมความรู้ ในการ ส่งเสริมการเลือกบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ 4 – 5

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพื่อยอมรับวิธีบำบัดทดแทนไตในรูปแบบอื่น ๆ ร่วม ด้วย
2. ควรมีการศึกษารูปแบบส่งเสริมความรู้เพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายระยะ 4 – 5

1. นฤมล แก่นสาร. การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มี การติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. (2558); 12(2); 81 – 91.
2. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: กองโรคไม่ ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2565).
3. เวชระเบียนโรงพยาบาลมหาสารคาม.สถิติผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง[อินเทอร์เน็ต] .2566 [เข้าถึงเมื่อ 2 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.mkh.go.th/it/>
4. แสงอรุณ สื่อยรรยงศิริ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดไตวายในระยะที่สามในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. (2566);38(1), 105- 112.
5. วสันต์ พนธรา. ผลการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ในคลินิกโรค ไตเรื้อรัง โรงพยาบาลตากฟ้า.สุวรรณค์ประชารักษ์เวชสาร.(2563);17(2);43 – 51.
6. รัชนี ทิพย์สูงเนิน. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ สุดท้าย[อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 13 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.vachiraphuket.go.th/>
7. วรธนา เสริมกลิ่น และชื่นฤทัย ยี่เขียน. ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไตต่อการ ยอมรับการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. (2563);13(2);208 – 223.
8. ภัทรศร นพฤทธิ และอารมณั พรหมดี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะ สุดท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลมุกดาหาร. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.(2562); 16(3); 96 – 108.
9. กิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง และประเสริฐ ประสมรักษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ ได้รับการบำบัดทดแทนไตในด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา. วารสารการพัฒนา สุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.(2559); 4(4);486 – 503.
10. จินตนา อาจสันเทียะ และจุฑามาศ ติลภัทร. ผลของการพยาบาลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก.(2561);20(1);226 – 235.
11. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ขนาดอิทธิพล การวิเคราะห์อำนาจ การคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมโดยโปรแกรมวิเคราะห์อำนาจ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;(2563)
12. วรวิทย์ จันท์สุวรรณ. ระดับขั้นความสามารถของบลูม[อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 13 ธันวาคม2566]. เข้าถึงได้ จาก: <https://web.rmutp.ac.th/woravith>
13. ศิริลักษณ์ ถุงทอง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อ พฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้[อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 13 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2010/9952>

14. พิชรี สังข์สี, ยุพิน ถนัศวณิชย์, วัลภา คุณทรงเกียรติ และสายฝน ม่วงคุ้ม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา,(2563);28(3);53 – 65.
15. ชนิดาภา อยู่พงษ์. ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้และการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง. รายงานวิจัย โรงพยาบาลบึงกาฬ.(2565)

สาระสำคัญ

1. **ชื่อเรื่อง** การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ ตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS : กรณีศึกษา 2 ราย

2. **ชื่อผู้วิจัย** นางปาริชาติ ศรีหนู พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ

3. **ชื่อผู้นำเสนอผลงาน** นางปาริชาติ ศรีหนู

4. **บทนำ** ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันเป็นภาวะที่มีอาการครั้งแรก หรือการทรุดหนักลงของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง⁽¹⁾ ความชุกทั่วโลกพบประมาณ 26 ล้านคน โดยคาดว่าจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2573⁽²⁾ ประเทศไทยพบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันมากถึง 5 ล้านคนและคาดว่าจะเพิ่มเป็น 10 ล้านคนในอีก 10 ปีข้างหน้า⁽⁶⁾ และพบอัตราการเสียชีวิต 10% ต่อปี และ 50% ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะเสียชีวิตภายใน 5 ปีหลังได้รับการวินิจฉัย⁽¹⁾ หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ โรงพยาบาลมหาสารคาม ให้บริการผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวน 220 ราย กลับมารักษาซ้ำ 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 เสียชีวิต 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.45 และถือเป็น 1 ใน 5 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษา และเสียชีวิตในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS กรณีศึกษา 2 ราย

5. วิธีการศึกษา

5.1 รูปแบบการศึกษา Case Study

5.2 การกำหนดตัวอย่าง กรณีศึกษา 2 ราย วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง 2 ราย

5.3 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1.แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย

2.แบบประเมินภาวะสุขภาพตามแนวคิด FANCAS

5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ

6. ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทย อายุ 42 ปี มีอาการเหนื่อย หอบ หายใจไม่อิ่ม นอนราบไม่ได้ NYHA FC IV EKG show SVT rate 160 bpm ได้ Adenosine 6 mg, 12 mg iv, Cardioversion 100 j 1 ครั้ง HR 150 ครั้ง/นาที ได้ Amiodarone 150 mg iv drip in 30 นาที, Amiodarone 600 mg iv drip in 24 ชั่วโมง CXR Pulmonary edema ฟังปอด Crepitation both lung, On O₂ HFNC flow 40 LPM Fio₂ 0.4, O₂sat 100% ทำ Echo LVEF 10% ได้ Dobutamine 200 mg ผสม 5%DW 100 ml iv drip 5 ml/hr ความดันโลหิต 80/50 mmHg ได้ levophed 8 mg ผสม 5%DW 125 ml iv drip 20 ml/hr Consult ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ เรื่องระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวจาก Dilate cardiomyopathy LVEF 10% ภาวะ Arrhythmia rapid AF สลับ Atrial tachycardia และภาวะ Cardio renal syndrome ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์

กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทย อายุ 64 ปี มีอาการเหนื่อย ไอ หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ บวมตามแขน ขา ระดับ 2+ ฟังปอด Crepitation both lung CXR มี Infiltration, Cardiomegaly RR 28 bpm O₂sat 88%, ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ PCV mode Fio₂ 0.4 ทำ Echo มี Right ventricular dilatation ให้ Dobutamine 200 mg ผสม 5%DW 100 ml iv drip 5 ml/hr หลังเอาท่อช่วยหายใจออกให้ O₂ HFNC flow 40 LPM Fio₂ 0.4 ไม่หอบ O₂ sat 100% ให้ O₂ Cannula 3 LPM O₂ saturation 92% จำหน่ายกลับบ้าน Long term O₂ therapy 15 ชั่วโมงต่อวัน กรณี Acute event ห้ามให้ Inhale corticosteroid เพราะจะทำให้เกิด Recent infection ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน

การประเมินภาวะสุขภาพตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS

F: Fluid Balance

ผู้ป่วยรายที่ 1 - เหนื่อยหอบ IVC dilated, CVP 25 cmH₂O ฟังปอด Crepitation CXR Pulmonary edema I/O 1,300/2,300 ml

ผู้ป่วยรายที่ 2 - เหนื่อยหอบบวมตามแขนขา ระดับ 2+ ฟังปอด Crepitation, CXR Cephalization, I/O 220/2,800 ml

A: Aeration

ผู้ป่วยรายที่ 1 - หายใจหอบนอนราบไม่ได้ RR 26 bpm, O₂sat 92% ฟังปอด crepitation, CXR พบ Pulmonary edema, Bilateral pleural effusion

ผู้ป่วยรายที่ 2 - หายใจหอบ RR 36 bpm ใส่ท่อช่วยหายใจ On Ventilator PCV mode, ฟังปอด crepitation, CXR Cephalization, Infiltration

N: Nutrition

ผู้ป่วยรายที่ 1 ชายไทย อายุ 42 ปี น้ำหนัก 66 กิโลกรัม สูง 168 BMI 22.84 kg/m² สุขภาพปากและฟันปกติ Bowel sound 18 ครั้งต่อนาที Total energy expenditure (TEE) 2,189 kcal/day รับประทานข้าวต้มมื้อละครึ่ง ถ้วยได้พลังงานประมาณ 700 Kcal/day

ผู้ป่วยรายที่ 2 หญิงไทยอายุ 64 ปี น้ำหนัก 85 กิโลกรัม สูง 155 เซนติเมตร BMI 37.11 kg/m² สุขภาพปากฟันปกติ Bowel sound 18 ครั้ง/นาที serum albumin 3.4 g/dL Total energy expenditure (TEE) ได้ 1,447 kcal/day ได้รับอาหารทางสาย BD (1:1) 100 ml x 4 feed ได้พลังงาน 400 kcal/day

C: Communication

ผู้ป่วยรายที่ 1 - ผู้ป่วยรู้ตัวดี มีอาการหอบเหนื่อยเวลาพูดหรือมีกิจกรรม สีน้หน้าท่าทางวิตกกังวล

ผู้ป่วยรายที่ 2 - ผู้ป่วยรู้สึกรู้ตัวดี ใส่ท่อช่วยหายใจ สามารถได้ยินและมองเห็นได้ปกติ หลังเอาท่อช่วยหายใจออก สามารถ สื่อสารได้ปกติ

A: Activity

ผู้ป่วยรายที่ 1 - หอบเหนื่อย NYHA FC IV นอนราบไม่ได้นอนท่าศีรษะสูง Absolute bed rest

ผู้ป่วยรายที่ 2 - เหนื่อย หอบ ใส่ท่อช่วย หายใจได้รับยาระงับประสาท NYHA FC IV, Absolute bed rest

S: Stimulation

ผู้ป่วยรายที่ 1 ประวัติใช้สารเสพติด EKG show rapid AF สลับกับ atrial tachycardia Echocardiogram LVEF10%

ผู้ป่วยรายที่ 2 มีไข้ ไอ ติดเชื้อในปอด Echocardiogram Right ventricular dilatation

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS

FANCAS	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
F: Fluid Balance	- มีภาวะน้ำเกินจากภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน	- มีภาวะน้ำเกินจากภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน
A: aeration	- เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง	- มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะปอดบวมน้ำ
N: nutrition	- เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากแบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง	- เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากแบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง
C: communication	- วิดกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรคและการส่งตัวไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลอื่น	- วิดกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง
A: activity	- ความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลง	- ความทนต่อกิจกรรมลดลง เนื่องจากประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลง
S: stimulation	- มีภาวะ Cardiogenic shock เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง	- เสี่ยงต่อภาวะ Cardiogenic shock เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง

7. สรุปและข้อเสนอแนะ

แนวคิดทางการพยาบาล FANCAS สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันได้อย่างเหมาะสม สามารถรวบรวมข้อมูลปัญหาสุขภาพที่สำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันหรือวิกฤตได้อย่างครอบคลุมทันต่ออาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ และทักษะการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS เพื่อนำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และให้การพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยภาวะวิกฤตในระบบอื่น ๆ ได้ เช่น ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ.2562. สมุทรปราการ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์; 2562
2. Rice H, Say R, Betihavas V. The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure. A systematic review. Patient Educ Couns. 2018 Mar; 101(3): 363-374.
3. Nieminen MS, Brutsaert D, Dickstein K, Drexler H, Follath F, Harjola VP, et al. Euro Heart Failure Survey II (EHFS II) : a survey on hospitalized acute heart failure patients : description of population. Eur Heart J 2006; 27: 2725–2736.
4. Brophy JM, Deslauriers G, Rouleau JL. Long-term prognosis of patients presenting to the emergency room with decompensated congestive heart failure. CanJ Cardiol 1994; 10: 543–547.
5. Gheorghide M, Abraham WT, Albert NM, Greenberg BH, O'Connor CM, She L, et al. Systolic blood pressure at admission, clinical characteristics, and outcomes in patients hospitalized with acute heart failure. J Am Med Assoc. 2006; 296(18): 2217–2226.
6. ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ สุลาวัลย์ หนูพุ่ม. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในระยะวิกฤติ.งาน การพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562

ประเภท นวัตกรรม/CQI

ชื่อเรื่อง การพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการเก็บตัวอย่างเลือด ส่งตรวจเพาะเชื้อ (Hemoculture) ผ่านระบบ google form

- ชื่อเจ้าของผลงาน 1. นางสาวทัศนีย์ รัตนทิพย์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้นำเสนอ)
2. นางรุ่งนภา ธนุชาญ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
3. นางสาววิราวรรณ พิศพล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4. นางสาวปราณปรียา ศรีจันทร์ไชย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 (MICU2) โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทคัดย่อ

เก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ เป็นหัตถการสำคัญที่ใช้ในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ปัญหาที่พบบ่อย คือ การปนเปื้อนเชื้อจุลชีพในตัวอย่างเลือดที่ส่งตรวจเพาะเชื้อ ทำให้เพิ่มภาระงานแก่บุคลากร จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และสะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาล การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจ เพาะเชื้อ ผ่านระบบ google form โดยใช้แนวคิดวงจรการพัฒนาคุณภาพงาน PDCA กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ และ พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 จำนวน 12 คน ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 - ธันวาคม 2566 ผลการศึกษา พบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามรูปแบบฯ ร้อยละ 100 2) พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบฯ ในระดับดีมาก ร้อยละ 90 3) อัตราการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพในการเก็บตัวอย่างเลือดส่งเพาะเชื้อ เท่ากับ 0

การประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ ผ่านระบบ google form ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และมีความพึงพอใจในระดับดีมาก อย่างไรก็ตามควรมีการประเมินสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลด้านอื่น ๆ ผ่านระบบ google form ในต่อไป

คำสำคัญ การประเมินสมรรถนะ การเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ

สาระสำคัญ

1. **ชื่อเรื่อง** การพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ (Hemoculture) ผ่านระบบ google form
2. **ชื่อผู้วิจัย หรือคณะผู้วิจัย**
 1. นางสาวทัศนีย์ รัตนทิพย์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้นำเสนอ)
 2. นางรุ่งนภา ธนชาญ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
 3. นางสาววิราวรรณ พิศพล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 4. นางสาวปรานปรียา ศรีจันทร์ไชย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 (MICU2) โรงพยาบาลมหาสารคาม

3. บทนำและวัตถุประสงค์

การเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ (Hemoculture) เป็นหัตถการสำคัญที่ใช้ในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด และถือเป็นอีกสมรรถนะทางการพยาบาลที่พยาบาลต้องสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องในทุกขั้นตอนแต่ปัญหาที่พบบ่อย คือ การปนเปื้อนเชื้อจุลชีพในตัวอย่างเลือดที่ส่งตรวจเพาะเชื้อ ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 50 ของผลบวกจากการตรวจเลือดส่งเพาะเชื้อในห้องปฏิบัติการ และเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การรายงานผลบวกปลอม ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการวินิจฉัยและรักษา นำไปสู่การใส่ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุสมผล ทำให้เกิดการสูญเสียของทรัพยากร และการเกิดผลข้างเคียงอันเกิดจากการใส่ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น รวมถึงการดื้อยาเกิดขึ้นและทำให้ผู้ป่วยต้องเจ็บเพิ่มขึ้นจากการเจาะเลือดตรวจซ้ำ อีกทั้งเป็นการเพิ่มภาระงานแก่บุคลากร เพิ่มจำนวนวันนอนโรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่าใช้จ่ายในการรักษา สะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย (วรรณดี ภูภิรมย์อุรารณณ์ เขยกาญจน์และนิสากร จันทร์ , 2561) สมาคมจุลชีววิทยาแห่งสหรัฐอเมริกา (American Society of Microbiology) ได้กำหนดอัตราการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพในตัวอย่างเลือดที่ส่งเพาะเชื้อ ไม่ควรเกินร้อยละ 3 ของจำนวนตัวอย่างเลือดที่ส่งตรวจเพาะเชื้อทั้งหมด แต่ในความเป็นจริงพบว่ามีอัตราการ ปนเปื้อนจุลชีพในตัวอย่างเลือดที่ส่งเพาะเชื้อสูงถึงร้อยละ 7 ซึ่งการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพพบได้ในทุกขั้นตอน แต่พบมากที่สุดในช่วงขั้นตอนการเก็บตัวอย่างเลือดของพยาบาล โดยเชื้อจุลชีพที่พบบ่อย คือ เชื้อจุลชีพที่เป็นเชื้อ ประจำถิ่นหรือ Normal flora ที่อยู่บนผิวหนังของผู้ป่วย เนื่องมาจากเทคนิคการทำลายเชื้อที่ผิวหนังไม่มีประสิทธิภาพก่อนเจาะเลือด (Tarrand, LaSala, Han, Rolston, Kontoyiannis, 2012) จากการศึกษา ทั้งในและต่างประเทศ พบว่าอยู่ระหว่างร้อยละ 3.5 - 9.7 และจากสถิติของผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลมหาสารคามพบว่ามีอัตราการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพในตัวอย่างเลือดที่ส่งตรวจเพาะเชื้อ ปีงบประมาณ 2563 2564 และ 2565 เฉลี่ยร้อยละ 2.24 3.15 และ 3.52 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการปนเปื้อนเชื้อดังกล่าว พบสาเหตุการเกิดการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพในตัวอย่างเลือด คือ การเจาะเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อไม่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลมหาสารคาม จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงสนใจพัฒนารูปแบบการติดตาม เฝ้าระวังการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพในการเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ (Hemoculture) ผ่านระบบ google form ซึ่งวิธีการเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อที่ใช้ใน google

form นั้น ผู้ศึกษาพัฒนาจากแนวทางที่กลุ่มงานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection control; IC) โรงพยาบาลมหาสารคาม กำหนดไว้โดยการศึกษาและพัฒนาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้แนวคิดการพัฒนา PDCA มาเป็น กลวิธีในการเสริมสร้างความสามารถและเพิ่มความมั่นใจของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลเกิดความ เชื่อมมั่นในสมรรถนะของตนเอง เข้าถึงแบบประเมินได้ง่าย สะดวกในการนำไปใช้ สามารถเก็บตัวอย่างเลือดส่ง ตรวจเพาะเชื้อได้อย่างถูกต้อง ลดอัตราการปนเปื้อนเชื้อ ทำให้ผลการวินิจฉัยและการรักษาของผู้ป่วยมีความ ถูกต้องแม่นยำ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมี ประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจ เพาะเชื้อ (Hemoculture) ผ่านระบบ google form

4. วิธีการพัฒนา ใช้แนวคิดวงจรการพัฒนาคุณภาพงาน PDCA ที่พัฒนาโดย shewhart และ Deming ซึ่ง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นการวางแผน (Plan) 1) สำรวจและวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนารูปแบบการ ประเมิน สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ (Hemoculture) ผ่านระบบ google form 2) การประชุมกลุ่มเพื่อสำรวจปัญหาและการวิเคราะห์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของ พยาบาลวิชาชีพในการเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ (Hemoculture) ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และ การสืบค้นข้อมูลจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic database) ได้แก่ MEDLINE/PubMed, CINAHL, Cochrane Library, Agency for Health Care Policy and Research Evidence–base Practice Guideline, google scholar, Thai Library Integrated System (ThaiLIS) และการสืบค้นด้วยมือ 3) จัดทำรูปแบบการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการเก็บ ตัวอย่างเลือด ส่งตรวจเพาะเชื้อ (Hemoculture) ผ่านระบบ google form โดยการปรับปรุงจากแนวทาง ปัจจุบันที่ใช้อยู่ 4) ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

ขั้นการปฏิบัติ (Do) 5) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงแนวปฏิบัติกับทีมและดำเนินการใช้รูปแบบ การ ประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ (Hemoculture) ผ่านระบบ google form 6) ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการเก็บ ตัวอย่าง เลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ (Hemoculture) ผ่านระบบ google form

ขั้นการตรวจสอบ (Check) 7) ติดตามผลการใช้รูปแบบการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพใน การเก็บตัวอย่าง เลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ (Hemoculture) ผ่านระบบ google form ที่พัฒนาขึ้นโดยรวบรวม ข้อมูลเป็นรายเดือนเพื่อสรุปผลการดำเนินงาน รวมถึงรวบรวมข้อเสนอแนะและปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการ ใช้ งาน 8) ประเมินผลการทดลอง

ขั้นการปรับปรุง (Act) 9) ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ใช้งาน 10. ประกาศใช้รูปแบบการ ประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการเก็บตัวอย่าง เลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ (Hemoculture) ผ่านระบบ google form อย่างเป็นทางการ

- 6. ประโยชน์การนำไปใช้** 1) พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามรูปแบบการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ (Hemoculture) ผ่านระบบ google form ร้อยละ 100
- 2) พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ (Hemoculture) ผ่านระบบ google form ร้อยละ 90
- 3) อัตราการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพในการเก็บตัวอย่างเลือดส่งเพาะเชื้อ (Hemoculture) = 0
- นอกจากนี้ยังสามารถใช้ในการประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล ด้านอื่น ๆ เช่น การปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการเกิด VAP CLABSI MDR

7. เอกสารอ้างอิง

- โรงพยาบาลมหาสารคาม (2559). คู่มือการเจาะเลือดกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาทางคลินิก; . เอกสาร อัดสำเนา.กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาทางคลินิก โรงพยาบาลมหาสารคาม
- วรรณดี ภูภิรมย์ อูราภรณ์ เขยกาญจน์ และนิสากร จันทวี (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อของพยาบาลวิชาชีพ และอัตราการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพ. วารสารวิชาการแพทย์ 32(3); 1189 – 1198.
- สมใจ จันทะวัง (2561). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ในงานห้องผู้ป่วยหนัก 2 โรงพยาบาลลำพูน. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 26(1): 35–46.
- Tarrand, J. J., LaSala, P. R., Han, X. Y., Rolston, K. V., & Kontoyiannis, D. P. (2012). Dimethyl sulfoxide enhances effectiveness of skin antiseptics and reduces contamination rates of blood cultures. *Journal of clinical microbiology*, 50(5), 1552–1557.
- <https://doi.org/10.1128/JCM.05106-11>

ชื่อเรื่อง การพัฒนาแนวทางการป้องกันและการดูแลแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลมหาสารคาม

ชื่อเจ้าของผลงาน 1. นางสาวอนุลักษณ์ รัตนพล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้นำเสนอ)

2. นางรุ่งนภา ธนูชาญ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 (MICU2) โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทคัดย่อ

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวทางการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ โดยใช้แนวคิดวงจรการพัฒนาคุณภาพงาน PDCA กลุ่มเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คน ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 และ ระหว่างเดือน มกราคม 2567 – เมษายน 2567 โดยใช้ SI-ET Bundle มาใช้เป็นเทคนิคในการช่วยจำ ประกอบด้วย S: Skin&Surface การดูแลความชุ่มชื้นของผิวหนัง และการใช้ผลิตภัณฑ์ในการป้องกันผิวหนังจากแรงเสียดสีและแรงกด และการใช้อุปกรณ์ในการลดแรงกด I: Incontinence การดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันการถูกทำลายจากภาวะกลั้นปัสสาวะ/อุจจาระ E: Encourage Nutrition การประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้แบบประเมิน Nutrition alert form และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารให้เพียงพอ T: Turn Position ผลการศึกษาการใช้ SI-ET Bundle พบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามรูปแบบของ SI-ET Bundle ร้อยละ 100 2) พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบฯ ในระดับดีมาก ร้อยละ 91.66 3) อัตราการเกิดแผลกดทับเท่ากับ 0 จึงควรนำ SI-ET Bundle สู่การปฏิบัติ และขยายผลไปยังหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับต่อไป

คำสำคัญ แผลกดทับ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ แบบประเมินความเสี่ยงบราเดนสเกล

สาระสำคัญ

ชื่อเรื่อง การพัฒนาแนวทางการป้องกันและการดูแลแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2

โรงพยาบาลมหาสารคาม

ชื่อผู้วิจัย หรือคณะผู้วิจัย 1. นางสาวอนุลักษณ์ รัตนพล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้นำเสนอ)

2. นางรุ่งนภา ธนุชาญ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 (MICU2) โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทนำและวัตถุประสงค์

แผลกดทับ (pressure ulcer/ pressure sore/ pressure injury) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยเสมอในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (Osis & Diccini, 2020) แผลกดทับที่เกิดขึ้นในขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลถือเป็น 1 ใน 10 ตัวชี้วัดสำคัญที่บ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลโดยตรง (กองการพยาบาล , 2562) ผลกระทบจากการเกิดแผลกดทับนั้นมีหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ด้านจิตใจ ก่อให้เกิดความเครียด และสูญเสียภาพลักษณ์ (สังวาลย์ ณะแก้ว และศศิธร พิชัยพงศ์ , 2557; Alderden, Rondinelli, Pepper, Cummins, & Whitney, 2017) ด้านค่าใช้จ่าย พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับระดับ 3-4 มีวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 1.70 เท่า ของผู้ป่วยที่ไม่เกิดแผลกดทับ ส่งผลให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น 1.25 เท่า (ศศิธร พิชัยพงศ์ , 2557) และด้านสถานพยาบาลและวิชาชีพ โดยการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลแสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่จำเป็นต้องพัฒนาปรับปรุง ซึ่งในปัจจุบันแผลกดทับได้ถูกกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ความปลอดภัยที่สำคัญของระบบการประกันและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (กองการพยาบาล , 2563) และเป็นส่วนหนึ่งของ Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2561) จากสถิติการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 256-2566 พบจำนวน 7.52 ครั้ง 5.34 ครั้ง และ 4.07 ครั้ง ต่อ 1 ,000 วันนอนผู้ป่วยเสี่ยง ตามลำดับ (กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาสารคาม , 2566) ซึ่งจะเห็นว่ายังไม่สามารถควบคุมอัตราการเกิดอัตราการเกิดแผลกดทับรายใหม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน คือ ≤ 4 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนผู้ป่วยเสี่ยง แม้กลุ่มการพยาบาลได้มีการถ่ายทอดนโยบายในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยให้พยาบาลทุกหอผู้ป่วยนำไปปฏิบัติ แต่การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ยังมีในบางประเด็นที่ไม่ครอบคลุมและไม่ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ร่วมกับหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมที่เปิดบริการใหม่ มีการรวมบุคลากรมาจากหลายหน่วยงาน เข้ามาทำงานใหม่ ทำให้มีความแตกต่างในการปฏิบัติ มีโอกาสเกิดปัญหาในการเฝ้าระวัง ดูแล และป้องกันการเกิดแผลกดทับในหน่วยงานมากขึ้น จากปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงสนใจพัฒนาแนวทางการทางการป้องกันการป้องกันและการดูแลแผลกดทับโดยใช้แนวคิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คือ PDCA Cycle (Plan Do Check Act) ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกัน อันจะส่งผลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการ

พัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายผู้ป่วยปลอดภัย ลดระยะเวลาวันนอน
โรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และเป้าหมายของหน่วยงานต่อไป
วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2
โรงพยาบาลมหาสารคาม

วิธีการพัฒนา ใช้แนวคิดวงจรการพัฒนาคุณภาพงาน PDCA ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นการวางแผน (Plan) 1) สำรวจและวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาแนวทางการ
ป้องกันและการดูแลแผลกดทับ 2) การประชุมกลุ่มเพื่อสำรวจปัญหาและการวิเคราะห์ปัญหาที่เป็นสาเหตุการ
เกิดแผลกดทับ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 และการสืบค้นข้อมูลจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์จาก
ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic database) ได้แก่ MEDLINE/PubMed, CINAHL, Cochrane Library,
Agency for Health Care Policy and Research Evidence–base Practice Guideline, google
scholar, Thai Library Integrated System (ThaiLIS) และการสืบค้นด้วยมือ 3) จัดทำแนวทางการป้องกัน
และการดูแลแผลกดทับ โดยหาคำสำคัญ (Key Word) โดยให้ครอบคลุมแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกด
ทับทั้งหมด คือ SI-ET Bundle (อ่านว่า เอส ไฮ เอ็ด บันเดล) มาใช้เป็นเทคนิคในการช่วยจำ ประกอบด้วย - S:
Skin&Surface การดูแลความชุ่มชื้นของผิวหนัง และการใช้ผลิตภัณฑ์ในการป้องกันผิวหนังจาก แร่เสียดสี
และแรงกด และการใช้อุปกรณ์ในการลดแรงกด เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ - I: Incontinence การดูแล
ผิวหนังเพื่อป้องกันการถูกทำลายจากภาวะกลั้นปัสสาวะ/อุจจาระ - E: Encourage Nutrition การประเมิน
ภาวะโภชนาการโดยใช้แบบประเมิน Nutrition alert form และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารให้เพียงพอ
- T: Turn Position การเปลี่ยนและจัดท่าทางเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยการปรับปรุงจากแนวทาง
ปัจจุบันที่ใช้อยู่ 4) ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

ขั้นการปฏิบัติ (Do) 5) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงแนวปฏิบัติกับทีมและดำเนินการใช้แนวทางการ
ป้องกันและการดูแลแผลกดทับตามรูปแบบของ SI-ET Bundle 6) ดำเนินการทดลองใช้แนวทางการป้องกัน
และการดูแลแผลกดทับตามรูปแบบของ SI-ET Bundle

ขั้นการตรวจสอบ (Check) 7) ติดตามผลการใช้แนวทางการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ ตามรูปแบบ
ของ SI-ET Bundle ที่พัฒนาขึ้นโดยรวบรวมข้อมูลเป็นรายเดือนเพื่อสรุปผลการดำเนินงาน รวมถึงรวบรวม
ข้อเสนอแนะและปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการใช้งาน 8) ประเมินผลการทดลอง

ขั้นการปรับปรุง (Act) 9) ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ใช้งาน 10. ประกาศใช้แนวทางการ
ป้องกันและการดูแลแผลกดทับตามรูปแบบของ SI-ET Bundle

ประโยชน์การนำไปใช้ แนวทางการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ ตามรูปแบบของ SI-ET Bundle เป็น
แนวทางที่ครอบคลุมทุกมิติของการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และ ผลการศึกษาการใช้ SI-ET Bundle พบว่า
1) พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามรูปแบบของ SI-ET Bundle ร้อยละ 100 2) พยาบาลวิชาชีพมีความพึง
พอใจในการใช้รูปแบบฯ ในระดับดีมาก ร้อยละ 91.66 3) อัตราการเกิดแผลกดทับ เท่ากับ 0

7. เอกสารอ้างอิง

1. <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-ulcerstagescategories>. Accessed June 13, 2015
2. <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcer-clinical-practice-guideline>. Accessed June 13, 2015
3. <http://www.bradenscale.com>. Accessed June 13, 2015.
4. <http://www.annalsoflongtermcare.com/article/risk-risk-assessment-pressure-ulcer-assessmentand-braden-scale#sthash.NE4L4NTO.dpuf>. Accessed June 13,2015.
5. Liao Y, Gao G, Mo L. Predictive accuracy of the Braden Q Scale in risk assessment for pediatric pressure ulcer: A meta-analysis. International Journal of Nursing Sciences. 2018; 5(4): 419-426.
6. Chun X, Lin Y, Ma J, He J, Ye L, Yang H. Predictive efficacy of the Braden Q Scale for pediatric pressure ulcer risk assessment in the PICU: a meta-analysis. Pediatric Research. 2019;86(4):436-443.
7. Braden Scale for Predicting Pressure Ulcer Risk [Internet]. En.wikipedia.org. 2020 [cite 19 July 2020].

๑. ชื่อนวัตกรรม Line Alert ทันใจ รู้/เช็คอุปกรณ์พร้อมใช้ผ่านสมาร์ทโฟน

๒. ชื่อเจ้าของผลงาน/ชื่อผู้นำเสนอ

๒.๑ นางสาวนิจสุตา ขวัญงาม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๒.๒ นางสาววิภาวดี แสงกล้า พยาบาลวิชาชีพ

๒.๓ นางวิไลกุล ครองยุทธ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๒.๔ นางกนกวรรณ เจริญศิริ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๒.๕ นางจุลินทร ศรีโพนทัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

งานการพยาบาลศูนย์ส่งต่อและการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลมหาสารคาม

๓. บทนำ

๓.๑ หลักการและเหตุผล

หน่วยงานศูนย์ส่งต่อและศูนย์สั่งการ โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นหน่วยงานที่ให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่มีความรวดเร็ว มีการดูแลผู้ป่วย ณ ที่เกิดเหตุ ให้การดูแลผู้เจ็บป่วยในระหว่างนำส่งไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสม และรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลรักษาทั้งในเขต และนอกเขตสุขภาพ ๗ เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐานและมีความปลอดภัย กระบวนการเริ่มต้นตั้งแต่การเตรียมความพร้อม บุคลากร ยานพาหนะ อุปกรณ์ ยา สารน้ำ และเวชภัณฑ์ ก่อนการออกปฏิบัติการตรวจสอบความเรียบร้อยและความพร้อมการใช้งานของเครื่องมือ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ต่างๆ หน่วยงานจึงมีการจัดระบบการตรวจเช็คและการหมุนเวียนการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ทุกเวอร์ โดยใช้ทะเบียนตรวจเช็คอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นสมุดจดบันทึก พบว่า มีการใช้กระดาษจำนวนมากและจากข้อมูลความเสี่ยงปี ๒๕๖๕ (เดือน ตุลาคม ๒๕๖๔ – มิถุนายน ๒๕๖๕) พบว่ามีการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่พร้อมใช้ ทั้งหมด ๕๓ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๕๓ ปี ๒๕๖๖ (เดือน ตุลาคม ๒๕๖๕ – มิถุนายน ๒๕๖๖) พบว่ามีการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่พร้อมใช้ ทั้งหมด ๑๑ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๔๕.๘๓ ของความเสี่ยงทั่วไปด้านบุคลากร (Personnel Safety Goals) จากปัญหาดังกล่าวหน่วยงานจึงทำการทบทวนอุบัติการณ์เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาและมาตรการการป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้น โดยพบว่าสาเหตุเกิดจาก ๑) ระบบการบันทึกทะเบียนตรวจเช็คอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ครอบคลุมและชัดเจน ๒) ไม่สะดวกต่อผู้ปฏิบัติในการตรวจเช็คและบันทึกข้อมูล ๓) ไม่สะดวกต่อผู้กำกับดูแลในการติดตามและควบคุมการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ดังนั้นจึงมีแนวคิดในการพัฒนาระบบตรวจเช็คและติดตามกำกับด้วย QR CODE ตรวจเช็คอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อตรวจเช็คอุปกรณ์ผ่านโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟน โดยเก็บข้อมูลบนเซิร์ฟเวอร์ เพื่อประเมินผลและติดตามกำกับกับการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ของผู้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดค่าใช้จ่ายจากการใช้กระดาษปริมาณมาก รวมทั้งลดปริมาณขยะในสำนักงาน ซึ่งแนวคิดในการพัฒนาระบบดังกล่าวเป็นการนำเทคโนโลยีมาพัฒนาปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพเพื่อเป็นนวัตกรรมขององค์กรต่อไป

๓.๒ วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและปรับปรุงระบบการตรวจเช็คอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพสามารถตรวจสอบได้ง่ายและสะดวกขึ้น

๔. วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพตามวงจร P D C A ของเดมมิง ซึ่งประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน จำนวน ๓ วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ ๑

จากการใช้ “สมุด OK ของ” พบว่ามีการตรวจนับไม่สม่ำเสมอ ขาดการติดตาม ทำให้พบว่ามีอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่พร้อมสำหรับการใช้งานหรือหมดอายุ มีการประชุมเจ้าหน้าที่ในศูนย์ส่งต่อและศูนย์สั่งการ เพื่อรวบรวมแนวคิด และข้อเสนอแนะเพื่อนำมาพัฒนา ระบบติดตาม ตรวจสอบ อุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

๑). ชี้แจงปัญหาที่เกิดขึ้น นำเสนอปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และแนวทางแก้ไขร่วมกัน โดยใช้แผนภูมิแกงปลา เพื่อให้ทีมเห็นภาพชัดเจน

๒). ผู้จัดทำโครงการ นำเสนอ ความคิด (Idea) และวิธีการ ที่รวบรวมได้ ให้ที่ประชุมรับทราบ โดยใช้ Google form ในการทำแบบฟอร์มตรวจสอบอุปกรณ์เพื่อแก้ไขปัญหา สมุดบันทึกหาย และง่ายต่อการเช็คอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งจะมีการเชื่อมต่อกับระบบ QR code เพื่อสะดวกต่อการใช้งาน ทดลองใช้ระบบตรวจเช็คความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นเวลา ๑ เดือน โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจ

วงรอบที่ ๒

นำข้อมูลจากการใช้ระบบตรวจเช็คความพร้อมใช้ของอุปกรณ์การแพทย์ ที่เป็นประเด็นปัญหามาปรับพัฒนาต่อ ในประเด็นดังนี้

๑). ระบบที่พัฒนาไม่สามารถแสดงข้อมูลของเวรที่ผ่านมาได้

๒). มีอุปกรณ์การแพทย์สูญหาย

๓). พฤติกรรมของผู้ใช้ระบบ ให้ความร่วมมือใช้งาน คิดเป็นร้อยละ ๗๐ (จากการตรวจเช็คสถิติ ในระบบ)

จึงนำปัญหาและอุปสรรคมาวิเคราะห์พัฒนารูปแบบเพื่อที่จะตรวจสอบและติดตามความพร้อมใช้งานของอุปกรณ์ ทางการแพทย์ได้ จึงใช้ Line notify ในการแสดงข้อมูลแบบ real time ทั้งนี้ที่มีการตรวจเช็คข้อมูลผ่าน QR code

วงรอบที่ ๓

ประชุมในหน่วยงานติดตามการตรวจเช็คอุปกรณ์ และความพึงพอใจของผู้ใช้งาน ทุก ๑ เดือน โดยมีการปรับปรุงและพัฒนา นำมาใช้ร่วมกับการตรวจเช็คอุปกรณ์บนรถ Ambulance สรุปและประเมินผลเพื่อนำไปวางแผนและพัฒนาต่อไป

๕. การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

๕.๑ การเปรียบเทียบข้อมูลความถี่ของการตรวจเช็คและการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ก่อนและหลังจากการเปลี่ยนแปลงเป็นระบบออนไลน์ พบว่า ปี ๒๕๖๖ มีการรายงานการตรวจเช็คและการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ทุกวัน ทุกเวร คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๔๑ (เปรียบเทียบกับปี ๒๕๖๕ ที่ยังไม่ใช้ระบบออนไลน์อยู่ที่ร้อยละ ๗๑.๓๘)

๕.๒ การเปรียบเทียบข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่พร้อมใช้ก่อนและหลังพัฒนาระบบ พบว่า ปี ๒๕๖๖ ลดลงจากปี ๒๕๖๕ จำนวน ๔๒ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๒๕

๖. ประโยชน์/การนำไปใช้

๖.๑ เป็นการปรับใช้เทคโนโลยี เพื่อพัฒนางานประจำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

๖.๒ เป็นการประยุกต์ใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีที่เข้าถึงได้ง่ายเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ง่ายขึ้น

๖.๓ ทำให้การตรวจสอบติดตามระบบงานที่ซับซ้อนทำได้ง่ายขึ้น โดยใช้บุคลากรน้อยลง

๖.๔ ลดการใช้กระดาษ ลดการเกิดขยะในสำนักงาน จากกระบวนการตรวจเช็คอุปกรณ์ทางการแพทย์ได้ ๑๐๐%

๗. เอกสารอ้างอิง

วิทยา ไชยจันทรม. การใช้ระบบ Paperless ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ. อุดรธานี :

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี ปีที่ ๓๒ ฉบับที่ ๑ ประจำเดือน มกราคม-เมษายน ๒๕๖๗

สืบค้นเมื่อ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗. จาก <https://shorturl.asia/muBoO>

ฐกร รัตนกมลพร. ดิจิทัล เปลี่ยนเอกสารสู่ดิจิทัล ลดกระดาษ ลดคาร์บอน (อินเทอร์เน็ท). ๒๕๖๕

สืบค้นเมื่อ ๙ เมษายน ๒๕๖๖. จาก: <https://www.bangkokbiznews.com/social/๑๐๑๓๐๒๘>

งานการพยาบาลศูนย์ส่งต่อและการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน. รายงานการจัดการความเสี่ยง (Risk management)

ประจำปี ๒๕๖๕. มหาสารคาม : โรงพยาบาลมหาสารคาม. ๒๕๖๖

งานการพยาบาลศูนย์ส่งต่อและการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน. รายงานการจัดการความเสี่ยง (Risk management)

ประจำปี ๒๕๖๖. มหาสารคาม : โรงพยาบาลมหาสารคาม. ๒๕๖๗

**การพัฒนาแนวทางการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิตของญาติผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติ
ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน**

นางวิไลพร แก้วอรุณ นางสาวอรรรณ บุรีนอก นางจุลินทร ศรีโพนทัน นางปรมาภรณ์ คลังพระศรี
บทคัดย่อ

แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นแผนกที่ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติคุกคามชีวิต เช่น จากอุบัติเหตุ จากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือมีภาวะหัวใจหยุดเต้น เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา และยังส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤติด้านจิตใจต่อครอบครัวผู้ป่วยที่ต้องทำหน้าที่ตัดสินใจร่วมกับแพทย์ผู้ให้การรักษา พบว่ามีปัญหาทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ *วัตถุประสงค์* 1) เพื่อพัฒนาแนวทางการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิต แก่ญาติผู้ป่วยวิกฤติในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) เพื่อศึกษาผลการการใช้โปรแกรมการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิต แก่ญาติผู้ป่วยวิกฤติในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน *กลุ่มเป้าหมาย* 1) พยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) ญาติผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติ ดำเนินการพัฒนาตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2566 – เดือน พฤษภาคม 2567 พัฒนาโดยใช้กระบวนการ PDCA (Deming, 1993) โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ จากการประชุมปรึกษาหารือ ทบทวนความเสี่ยง จากรายการประชุม ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิต 3 วงรอบ และระยะที่ 3 ประเมินผล

ผลการพัฒนา ผลลัพธ์ด้านกระบวนการพบว่า พยาบาลวิชาชีพและสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิตจนเป็นแนวทางที่ชัดเจน กระบวนการ Lean ช่วยลดความยุ่งยากซับซ้อนในการปฏิบัติงาน ด้านผลลัพธ์ พบว่า มีการปฏิบัติตามแนวทางการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิต ร้อยละ 92 , เวลาในการตัดสินใจของญาติลดลง เฉลี่ย 16.6 นาที, ความวิตกกังวลของญาติลดลง ร้อยละ 100, ความญาติพึงพอใจของญาติ ร้อยละ 96 ระดับ ดีมาก, ระยะเวลาอยู่ใน ER ของผู้ป่วยวิกฤติ Level 1 ลดลง เฉลี่ย 1.03 ชม. และความพึงพอใจของพยาบาลร้อยละ 96.0

คำสำคัญ : การสื่อสารในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤติ บทบาทพยาบาล

ชื่อนวัตกรรม : “SICU” model ป้องกันท่อเลื่อนหลุด

ชื่อเจ้าของผลงาน/ชื่อผู้นำเสนอ : นางสุชญ์ญา เดชศิริ/ นางราตรี จันทะจิต/นายอัครา กันยามาศ

บทนำ (หลักการและเหตุผล/วัตถุประสงค์)

การดึงท่อช่วยหายใจหรือท่อช่วยหายใจหลุดโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned Extubation : UE) เป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยในหอผู้ป่วยหนักที่รับผู้ป่วยภาวะวิกฤติทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนในร่างกาย ต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ เพิ่มโอกาสในการติดเชื้อทางเดินหายใจเพิ่มสำหรับในต่างประเทศพบอุบัติการณ์ UE พบอัตราการเกิด Unplanned Extubation (UE) ร้อยละ 11.4-17 โดยในหอผู้ป่วยวิกฤตพบร้อยละ 3-16 ส่วนในประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบอัตราสูงถึงร้อยละ 8.7-22.5 และพบร้อยละ 78-87 ของผู้ป่วยที่เกิด UE เกิดจากการที่ผู้ป่วย ดึงออกเอง มีเพียงร้อยละ 13-22.1 ที่เกิดจากอุบัติเหตุระหว่างการดูแล (Yes SH LN et al, 2004) จำนวนผู้ป่วยที่เกิด UE พบว่าร้อยละ 56-59 ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (Saengsri ,2012) สำหรับ การศึกษาในประเทศไทยโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในแผนกอายุรกรรม ปี 2555- 2557 พบว่า มี อัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ 4.44,3.26 และ 3.30 ต่อพัน วันใส่เครื่องช่วยหายใจ ตามลำดับ(กองการพยาบาล โรงพยาบาลพระ มงกุฎเกล้า , 2557) ได้ศึกษาโดยใช้แนวปฏิบัติ PMK Unplanned Extubation Prevention Program ในการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ผลที่ได้รับ จากการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์การของท่อช่วย หายใจเลื่อนหลุดต่ำกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่ง ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกไม่ได้เกิด จากแนวปฏิบัติเพียงอย่างเดียวต้องสร้างความ ตระหนักใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจน เกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้ (วิภารัตน์ นาวารัตน์ และคณะ, 2560) สำหรับหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม มีจำนวน 12 เตียงรับผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ตั้งแต่ อายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งหน่วยงานมีแนวโน้มรับผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นและมีความซับซ้อน ซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในการรักษา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งจากสถิติการเก็บข้อมูลยอดผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจตั้งแต่ปี 2564 -2566 มีแนวโน้มการดึงท่อช่วยหายใจสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 12.15 , 9.69, 9.6 ต่อ 1000 วันการใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจตามลำดับ ซึ่งเกณฑ์ต้องน้อยกว่าร้อยละ 5 ครั้งต่อ 1000 วัน (งานคุณภาพ โรงพยาบาลมหาสารคาม.2566) จากอุบัติการณ์ดึงท่อช่วยหายใจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยระดับ E เช่น หลอดลมคอได้รับบาดเจ็บ ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น คิดเป็นร้อยละ 41.56

จากการทบทวนอุบัติการณ์ พบว่าสาเหตุการดึงท่อ/ท่อเลื่อนหลุดที่พบบ่อย จากการเก็บ ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยรำคาญ/ไม่สุขสบาย การจัดการความปวด ผู้ป่วย agitate/alcohol drinking การวัด cuff pressure ตามลำดับ พยาบาลเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จึงต้องทบทวนและศึกษาอุบัติการณ์การดึงท่อหรือท่อช่วยหายใจหลุด เพื่อนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงและนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอัตราการดิ่งท่อช่วยหายใจ/ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
2. เพื่อให้พัฒนาแนวทางการพยาบาลป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

จากการทบทวนอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดทางทีมพยาบาลได้วิเคราะห์หาสาเหตุนำไปสู่แนวทางการป้องกันท่อเลื่อนหลุด จากการทบทวนวิจัย นวัตกรรมสรุปแนวทางป้องกันการดิ่งท่อช่วยหายใจ

1. การประเมิน MAAS score / BPS (Behavior pain scale) เพื่อพิจารณา Sedation/Retain 2. Suction clear airway (พัชรชู ทิพย์ โรงพยาบาลพัทลุง.2563.)
3. ประเมิน cuff pressure (พัชรชู ทิพย์ โรงพยาบาลพัทลุง.2563.)
4. การประเมินความพร้อมหยาเครื่องช่วยหายใจ (วิภารัตน์ นาวารัตน์ และคณะ.2560)
5. การให้ข้อมูลผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวดี (วิภารัตน์ นาวารัตน์ และคณะ.2560)

เพื่อให้พยาบาลผู้ดูแลง่ายและสามารถนำไปปฏิบัติได้จึงนำแนวทางป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดมาสรุปเป็นตัวย่อ “SICU” model

S : Stap Et-tube and suction (การติดET-Tube ด้วย K-sharp และดูดเสมหะผู้ป่วยเพื่อจำเป็น)

I : Intubation and Weaning protocol (ผู้ป่วยที่ใส่ท่อทุกรายต้องได้รับการประเมินความพร้อมหยาช่วยหายใจทุกวันเพื่อให้สามารถถอดท่อได้เร็วภายใน48ชั่วโมง)

C : Cuff pressure/communication (การวัด cuff pressure ทุก 8 ชั่วโมง/การสื่อสารถึงความต้องการของผู้ป่วยและให้ข้อมูล)

U : Uncomfortable and pain (ประเมินความไม่สบาย โดยใช้ MASS score / BPS (Behavior pain scale)และพิจารณาให้ยา Sedation ตามแผนการรักษา

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

ด้านผู้ป่วย:จำนวนผู้ป่วยที่ช่วยหายใจเลื่อนหลุดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จากปีงบประมาณ 2565-2567 9.69% 9.67% 8.8% ตามลำดับ

ด้านพยาบาล:

- 1.ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
- 2.พยาบาลพึงพอใจแนวทางการปฏิบัติป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดจาก ปีงบประมาณ 2565-2567 88% 96% 100% ตามลำดับ

ประโยชน์/การนำไปใช้

พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในแนวทางการป้องกันท่อเลื่อนหลุดสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจทุกราย และลดอัตราการดิ่งท่อช่วยหายใจ

เอกสารอ้างอิง

มณีนุช สุทธิสนธิ. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่ออัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วย อากาศหนักที่ใส่ท่อช่วยหายใจ. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2560;10(2):58-70.

วิภารัตน์ นาวารัตน์, พนมพร พงษ์พิงศ์พันธ์, ปรีชาติ ศรีอนุรักษ์, ปทุมพร กานะคามิน, สุวีณา เบาะเปลี่ยน. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนต่ออัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาล ทหารบก 2560;18(1):167-175.

พัชรชู ทิพย์ โรงพยาบาลพัทลุง. 2563. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลพัทลุง The Effect of Nursing Protocol for Prevention of Unplanned Extubation in Medical Patients, Phattalung Hospital. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ *Journal of Health Research and Innovation*.

พัชรวรรณสลักคำ, สุเพียรโภคทิพย์, พิมลพันธ์เจริญศรี. 2562. สถานการณ์การดิ่งท่อช่วยหายใจ/ท่อช่วยหายใจหลุด (Unplanned Extubation : UE) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. *สรรพสิทธิเวชสาร ประจำเดือนมกราคม-ธันวาคม 2562 ปีที่ 40 ฉบับที่ 1-3*

- 1) ชื่อเรื่อง คินซีพ Set CPAP
- 2) รายชื่อผู้วิจัยหลัก นางสาวเตชินี พรหมเลิศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- 3) ผลงาน

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

จากข้อมูลการใช้ Set CPAP ของตึกทารกป่วย โรงพยาบาลมหาสารคาม ที่มีอัตราการใช้ยาวนานมากกว่า 10 ปี นั้น เดิมหากผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาหายใจหอบหรือเป็น case RDS กุมารแพทย์จะดูแลโดยการใส่ Nasal CPAP หลังจากนั้นจะส่งผู้ป่วยมาที่ตึกทารกป่วยและพิจารณา On CPAP การกำหนดปริมาณ cmH_2O ขึ้นอยู่กับแผนการรักษาของแพทย์ จากปัญหาในการปฏิบัติงานของงานศูนย์จ่ายกลาง ในวันที่ 24 ม.ค. 2567 พบว่า Set CPAP มีจำนวนไม่เพียงพอตามความต้องการ เหลือใช้ในระบบเพียง 3 Set จากปัญหาข้อต่อหลวมรวมทั้งการทำให้ปราศจากเชื้อจะต้องอบแก๊ส EO นาน 22 ชั่วโมงนั้น ทำให้ตึกทารกป่วยประสบปัญหา Set CPAP ไม่มีเพียงพอ พร้อมใช้

งานศูนย์จ่ายกลางจึงได้ช่วยพัฒนานวัตกรรมโดยการนำ Set Vela ที่ชำรุดแล้วแต่ยังมีข้อต่อที่สามารถใช้งานได้นำมาทดลองต่อเชื่อมเข้ากับ slip joint ปรากฏว่าสามารถ Fix ได้พอดี วันที่ 25 ม.ค. 2567 จึงสามารถผลิต Set CPAP ได้ทั้งหมดจำนวน 11 Set

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มปริมาณ Set CPAP ให้มีความเพียงพอ พร้อมใช้
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพ Set CPAP หลังการพัฒนา

ระเบียบวิธีวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา ขั้นตอน 1) การสร้างและพัฒนา โดย 1) คัดอุปกรณ์ Set Vela 2) ทดสอบการรั่ว ซ้ำรุด (Leak test) และนำอุปกรณ์มาต่อเชื่อมเข้ากับ slip joint ของ Set CPAP

ขั้นตอนที่ 2 นำไปใช้กับผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยทารกป่วย เริ่มศึกษาเดือน 26 ม.ค. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละและประเมินอุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีอาการหายใจหอบ

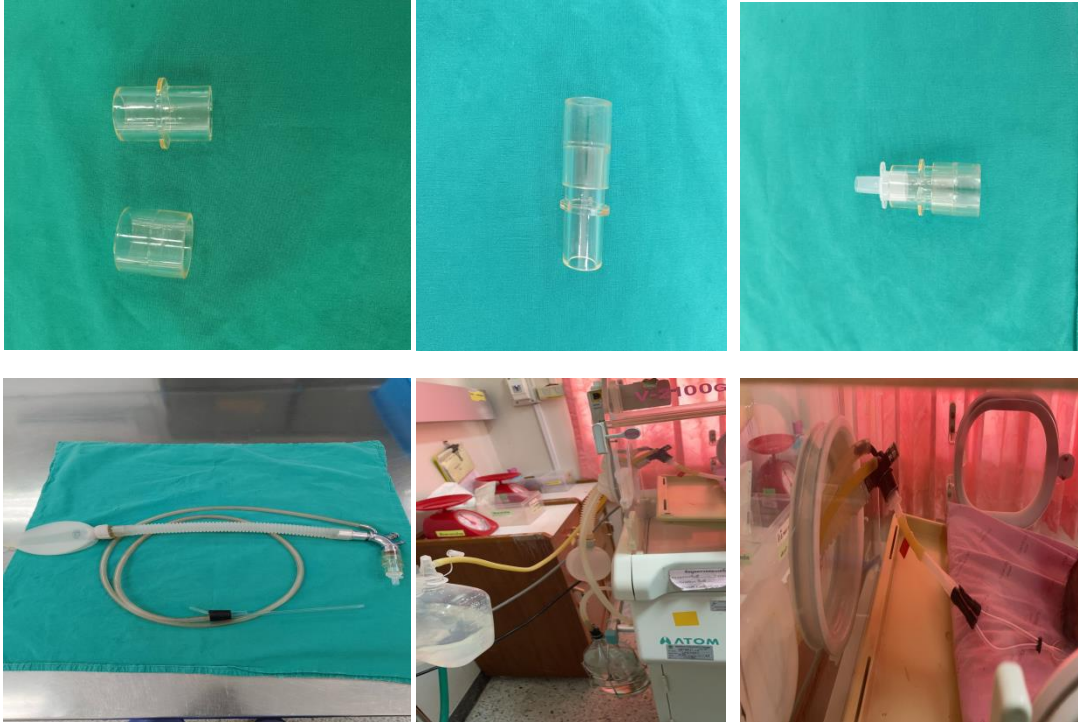
ผลการศึกษา

- 1) ได้ Set CPAP พร้อมใช้งานจำนวน 11 set ซึ่งผ่านการประเมินจากพยาบาลที่เคยใช้นวัตกรรม
- 2) หลังการนำไปใช้กับผู้ป่วย เดิมตั้งแต่ ปี 2565 มีผู้ป่วย 1,167 ราย หายใจหอบเหนื่อย 576 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ผู้ป่วยที่หายใจหอบจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.007 ปี 2566 มีผู้ป่วย 1,264 ราย หายใจหอบเหนื่อย 676 คน คิดเป็นร้อยละ 53 ผู้ป่วยที่หายใจหอบจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.003 และ ตั้งแต่งานศูนย์จ่ายกลาง เริ่มศึกษา วันที่ 26 ม.ค. – 21 มิ.ย. 2567 มีผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อย 207 คน ผู้ป่วยที่หายใจหอบจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ 0 ราย คิดเป็นร้อยละ 0

สรุปผลการศึกษา

1. Set CPAP สามารถนำไปใช้ได้จริงกับผู้ป่วยทำให้มีความเพียงพอ พร้อมใช้
2. การนำความเสี่ยงที่เป็นปัญหาหน้างานมาแก้ไข ทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายให้กับโรงพยาบาล ถ้าจัดซื้อปกติ Set ละ 20,000 บาท จำนวน 11 set จะลดค่าใช้จ่ายได้มากถึง 220,000 บาท

ภาพขั้นตอนการสร้างและพัฒนาชุด Set CPAP งานศูนย์จ่ายกลาง โรงพยาบาลมหาสารคาม



1. **ชื่อนวัตกรรม/CQI** Heparin modified early warning sign ให้อย่างไรผู้ป่วยปลอดภัย

2. **ชื่อผู้นำเสนอ**

นางสาววารุณี หาวิรส

นางสาวสุนันท์ ก่อคุณพิพัฒน์

3. **หน่วยงาน** หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ

4. **หลักการและเหตุผล**

ยา Heparin เป็นยาในกลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant drug) ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome: ACS) ผู้ป่วยโรคลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด (pulmonary embolism: PE) ซึ่งสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นยาที่มีประโยชน์ทางการแพทย์ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจหลอดเลือดสูง แต่การบริหารยาในกลุ่มนี้ก็กลับพบอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้หากไม่ได้รับการดูแลและติดตามอย่างใกล้ชิด ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือภาวะเลือดออกผิดปกติ และยังพบปัญหาที่เกิดจากการบริหารยาไม่ถูกต้องซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ยา จากการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจพบว่า มีผู้รับบริการที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant drug) ชนิด Unfractionated Heparin (UFH) ในปีพ.ศ.2566 จำนวน 28 ราย พบข้อมูลภาวะแทรกซ้อนและความคลาดเคลื่อนในการใช้ ยา heparin ในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ จำนวนเพียง 3 รายงาน คิดเป็นร้อยละ 10.71 เป็นภาวะแทรกซ้อนเลือดออกผิดปกติจากการปฏิบัติการพยาบาล 1 ราย และรูปแบบการสั่งใช้ยาของแพทย์ไม่ชัดเจน 2 ราย จึงมีทบทวนสถานการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกับแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรประจำหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ ได้แนวทางดังนี้

1. Early warning sign ในการให้ยา Heparin ตั้งแต่กระบวนการก่อนให้ยา ขณะให้ยา และการพยาบาลเมื่อเกิดอุบัติการณ์

2. แนวทางการสั่งใช้ Heparin infusion (Heparin protocol)

และได้มีการสื่อสารแนวทางการใช้ Heparin modified early warning sign และแนวทางการสั่งใช้ Heparin infusion (Heparin protocol) สู่บุคลากรแพทย์ พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน และติดตามประเมินผล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาด้วยความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

5. **วัตถุประสงค์**

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant drug) ชนิด Unfractionated Heparin

2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Unfractionated Heparin

3. เพื่อให้บุคลากรในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant drug) ชนิด Unfractionated Heparin เป็นมาตรฐานเดียวกัน

6. วิธีการพัฒนานวัตกรรม/CQI

กิจกรรมการพัฒนา:

PLAN: 1.) วิเคราะห์สถานการณ์การให้ยาในกลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant drug) ชนิด Unfractionated Heparin ในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ

2) ประชุมทบทวนอุบัติการณ์ร่วมกับสหวิชาชีพ

DO; 1.) จัดทำนวัตกรรมทางการพยาบาล Heparin modified early warning sign ซึ่งประกอบด้วย

1.1) ประเมินก่อนให้ยา

1.2) การติดตามขณะให้ยา

1.3) การปฏิบัติการพยาบาลเมื่อเกิดอุบัติการณ์

1.4) แบบประเมินการบริหารยา

2) ร่วมกับสหวิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร พัฒนาแนวทางการสั่งใช้ Heparin infusion (Heparin protocol)

CHECK; 1.) ประเมินนวัตกรรมทางการพยาบาล Heparin modified early warning sign โดยพยาบาลประจำหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ

ACT; 1.) นำค่าคะแนนประเมินที่ได้มาปรับปรุงนวัตกรรม

7. การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม/CQI

หัวข้อการประเมิน นวัตกรรม	ระดับความพึงพอใจ									
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความสอดคล้องของ นวัตกรรมกับการ นำไปใช้งาน	15	88.23	2	11.76						
2. ความเหมาะสมในการ ใช้งาน	15	88.23	2	11.76						
3. ประโยชน์ในการใช้	12	70.58	2	29.41						
4. ความสะดวกในการใช้	12	70.58	2	29.41						
5. ความปลอดภัย	15	88.23	2	11.76						
6. ความพึงพอใจโดย ภาพรวม	15	88.23	2	11.76						

8. ประโยชน์/การนำไปใช้

1. หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยากุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant drug) ชนิด Unfractionated Heparin เป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Unfractionated Heparin
3. ตอบสนองยุทธศาสตร์ด้านคุณภาพและความปลอดภัย 2P Safety

9. โอกาสพัฒนา หรือข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อไป: ควรขยายผลนวัตกรรมทางการพยาบาล Heparin modified early warning sign ไปสู่หอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย Unfractionated Heparin

10. เอกสารอ้างอิง

พรชนก มนแก้ว.(2566). พิษวิทยาของเฮพาริน.วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล; 33 (3) :338-350
 มาศรินทร์ ธรรมสิทธิ์บุรณ์, ภม (2559). ผลศึกษาการจัดการความปลอดภัยในการให้ Heparin infusion.วารสารวิชาการแพทยเขต 11; 30 (2): 83-85

แสงรวี มณีศรี. (2559).การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดกลุ่มเฮพารินNursing Care for Patients Receiving an Anticoagulant Medication Group of Heparin. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ; 34 (1): 15-20

Hirsh J, Anand SS, Halperin JL, Fuster V. Guide to anticoagulant therapy: Heparin: A statement for healthcare professional from the American Heart Association. Circulation 2001; 103(24): 2994-3018

Heparin modified early warning sign

ประเมินก่อนให้ยา

1. Indication

- Acute coronary Syndrome (ACS)
- Atrial fibrillation (AF)
- Intracardiac thrombosis
- Pulmonary embolism (PE)
- Deep vein thrombosis (DVT)
- Acute Ischemic stroke
- Arterial occlusion

2. Baseline :

- CBC : Hct..... Plt.....
- Coagulogram :
aPTT.....INR.....
GFR

3. Dose calculation : Adjusted by weight

4. Stability : at room

temperature : in NSS D5W 24 hr.

5. Risk factor :

- Hx GI bleed
- On antiplatelets, Fibrinolytics
- Severe Hypertension
- Severe Renal failure
- Severe Hepatic failure
- Anemia

6. ประวัติการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิด.....

Monitoringขณะให้ยา

1. Clinical

- Record V/S ทุก 1 ชม.
- Observe neurological sign ทุก 4 ชม.
- Observe bleeding

2. Lab

- PTT (Keep < 70 sec).....
- aPTT (Keep < 2.5) ทุก 6 ชม.
- Plt, Hct ทุก 2 วัน

3. Heparin infusion

- ตรวจสอบปริมาณยาตามแผนการรักษา

Heparin IV

รายงานแพทย์ เมื่อ

- V/S, Neurological sign change
- PTT \geq 70 sec
- aPTT ratio \geq 2.5
- platelet < 100,000/mm³
- Hct drop > 3% from baseline
- Invasive catheter
- Heparin infusion error
- Hematoma
- หาเส้น Peripheral ไม่ได้ อาจพิจารณาทำ C-line ก่อนให้ยา
- ปริมาณยาไม่ได้ตามแผนการรักษา

การพยาบาล

การบริหารยา :

- 6 R
- Double check
- แจ้งให้รับทราบ
- ผู้ป่วย/ญาติเห็นดียินยอมให้ยา

Bleeding : Intervention

- Hold Heparin
วันที่.....เวลา.....
- Repeat PTT, aPTT ratio
วันที่.....เวลา.....
- Antidote : Protamine sulfate
1 mg/ Heparin 100 unit
วันที่.....เวลา.....
- Bleeding management

Hematoma

- ประคบเย็น 24 ชม.แรก
- หลัง 24 ชม.แรกประคบอุ่น
- Pressure stop bleed
- Mark site
- เจาะ Hct เปรียบเทียบ Baseline
- Blood component transfusion as indication
วันที่.....เวลา.....



ชื่อนวัตกรรม : กล่องยา Emergency box

ชื่อเจ้าของผลงาน

1. นางสาวอรรวรรณ บุรีนอก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม
2. นางสาวอรรพรรณ บุรีนอก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาสารคาม

ชื่อผู้นำเสนอ

นางสาวอรรพรรณ บุรีนอก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาสารคาม

สถานที่ติดต่อกลับ

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม เบอร์ภายใน 9107 มือถือ 0864552940

e-mail : winny.1632@gmail.com

บทนำ

หลักการและเหตุผล

ยาฉุกเฉิน (Emergency drug) คือ ยาที่ใช้ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะระบบหัวใจ และ หลอดเลือดล้มเหลว มีอาการแพ้ยาอย่างรุนแรง มีอาการชัก หรือมีภาวะหมดลมหมดเกร็ง ผู้ป่วยต้องได้รับยาทันทีหลังมีคำสั่งใช้ยา หากไม่ได้รับยาอย่างทันท่วงทีอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2565) โดยเป็นกลุ่มยาที่นำมาใช้บ่อยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพซับซ้อนและต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน การจัดการยาฉุกเฉินจึงเป็นหัวใจสำคัญในการเตรียมความพร้อมเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย และลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงจำเป็นต้องจัดเตรียมยาฉุกเฉินให้พร้อมใช้อยู่เสมอ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีระบบการบริหารยาฉุกเฉินและอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ทันท่วงที ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะวิกฤติ หรือเสียชีวิตจากการได้รับการรักษาล่าช้าและได้รับการรักษาอย่างปลอดภัย

ความปลอดภัยของระบบยา เป็นจุดเน้นของระบบสุขภาพที่ทุกโรงพยาบาลให้ความสำคัญ หากมีการใช้ผิดพลาดจะก่อให้เกิดผลกระทบมากมาย ทั้งต่อผู้ป่วยและต่อสถานบริการหรือระบบสุขภาพทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายทางยาหรือต้นทุนค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น (กิตติพนธ์ เครือวงศ์, 2563) โดยห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม มีการสำรองยาฉุกเฉิน 2 แบบคือ 1) ยา CPR และ 2) ยาสำรองฉุกเฉินในกรณีเร่งด่วนอื่นๆ ซึ่งรายการและปริมาณจะกำหนดโดยแพทย์ พยาบาล เภสัชกรงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยฉุกเฉิน จากการปฏิบัติงานหน้างานพบปัญหาเกี่ยวกับระบบสำรองยาฉุกเฉินจากผู้ปฏิบัติงาน ปัญหาเหล่านี้เกิดจากเดิมที่มีการสำรองยาในลิ้นชักยาฉุกเฉิน ซึ่งเป็นลิ้นชักรวมทำให้เสี่ยงต่อการหยิบใช้ยาผิด จำนวนยาที่สำรองไว้มีจำนวนมากทำให้ยาสูญเสียจากการไม่ได้ใช้ ร่วมกับไม่มีการตรวจสอบวันหมดอายุของยาไม่ครบถ้วนจนยาหมดอายุ เกิดการสิ้นเปลือง ยาบางรายการโดนนำไปใช้ไปโดยไม่มีการทดแทนทันที หรือเมื่อมีคำสั่งใช้ยา

แล้วเบิกคินยาไม่ครบ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการคิดค่ายาตามจริง และการตรวจเยี่ยมเพื่อรับรองคุณภาพเภสัชกรรมโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่าตำแหน่งที่ตั้งของลิ้นชักยาบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงยาได้ง่าย โดยปี 2564-2566 พบว่าหมดอายุ จำนวน 32, 28, 26 ครั้ง และพบว่าเบิกยาคินยาไม่ครบหรือไม่มีการเบิกทดแทน จำนวน 23 , 30 20 ครั้ง

การคิดเชิงออกแบบ หรือ Design Thinking คือ การเรียนรู้ด้วยการลงมือทำซึ่งเป็นการสร้างความคิดใหม่อย่างก้าวกระโดด สามารถนำมาใช้ในการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ คิดนอกกรอบเดิม โดยเฉพาะสำหรับโครงการและการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน รวมทั้งการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์โดยมีมนุษย์เป็นศูนย์กลาง เน้นการลงมือปฏิบัติและการเรียนรู้จากการทดลอง กระบวนการทำงานซ้ำจากการเข้าใจมนุษย์ และการทดสอบผู้ใช้เพื่อเรียนรู้และลดข้อผิดพลาดหลาย ๆ ครั้งนำไปสู่การสร้างสรรคนวัตกรรม (ศูนย์สร้างสรรค์งานออกแบบ, 2560) โดยที่กระบวนการคิดเชิงออกแบบของมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด (Stanford d.school) ประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การทำความเข้าใจกลุ่มเป้าหมายอย่างลึกซึ้ง (Empathize) 2. การตั้งกรอบโจทย์ (Define) 3. การสร้างความคิด (Ideate) 4. การสร้างต้นแบบ (Prototype) 5. การทดสอบ (Test) ทั้งนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับขั้นตอนของกระบวนการคิดเชิงออกแบบ สามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนใหญ่ ๆ ซึ่งครอบคลุมทั้ง 5 ขั้นตอนที่ได้กล่าวไว้ในข้างต้น โดยสรุปกล่าวคือ 1. การสำรวจเก็บข้อมูลสืบเสาะ เข้าใจถึงปัญหาอย่างลึกซึ้ง 2. การสร้างแนวความคิด หรือการสร้างสรรค 3. การนำแนวความคิดไปทดลองและปฏิบัติจริง (พัทธนันท์ บุตรนุญ, 2559) นอกจากนี้กระบวนการของการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking Process) ยังก่อให้เกิดการฝึกคิดแบบสร้างสรรค์ในรูปแบบใหม่ ๆ ที่จะนำมาคิดวิเคราะห์แก้ปัญหา พยายามหาหนทางที่มากกว่าสิ่งที่ตนเองคุ้นเคย ตลอดจนสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ขึ้นได้เช่นกัน ดังนั้นการใช้การคิดเชิงออกแบบนอกจากจะมีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาตามที่ต้องการแล้ว อาจนำไปสู่การค้นพบสิ่งใหม่ที่เป็นนวัตกรรมจากความคิดสร้างสรรค์ สามารถนำไปใช้จริงตรงตามที่ต้องการหรือตอบปัญหา ของกลุ่มเป้าหมายเมื่อนวัตกรรมนั้นเป็นที่ยอมรับในวงกว้างย่อมเกิดการต่อยอดไปสู่วัตกรรมชิ้นใหม่อย่างต่อเนื่อง ไปอย่างไม่สิ้นสุด (นุชจรี กิจวรรณ, 2561)

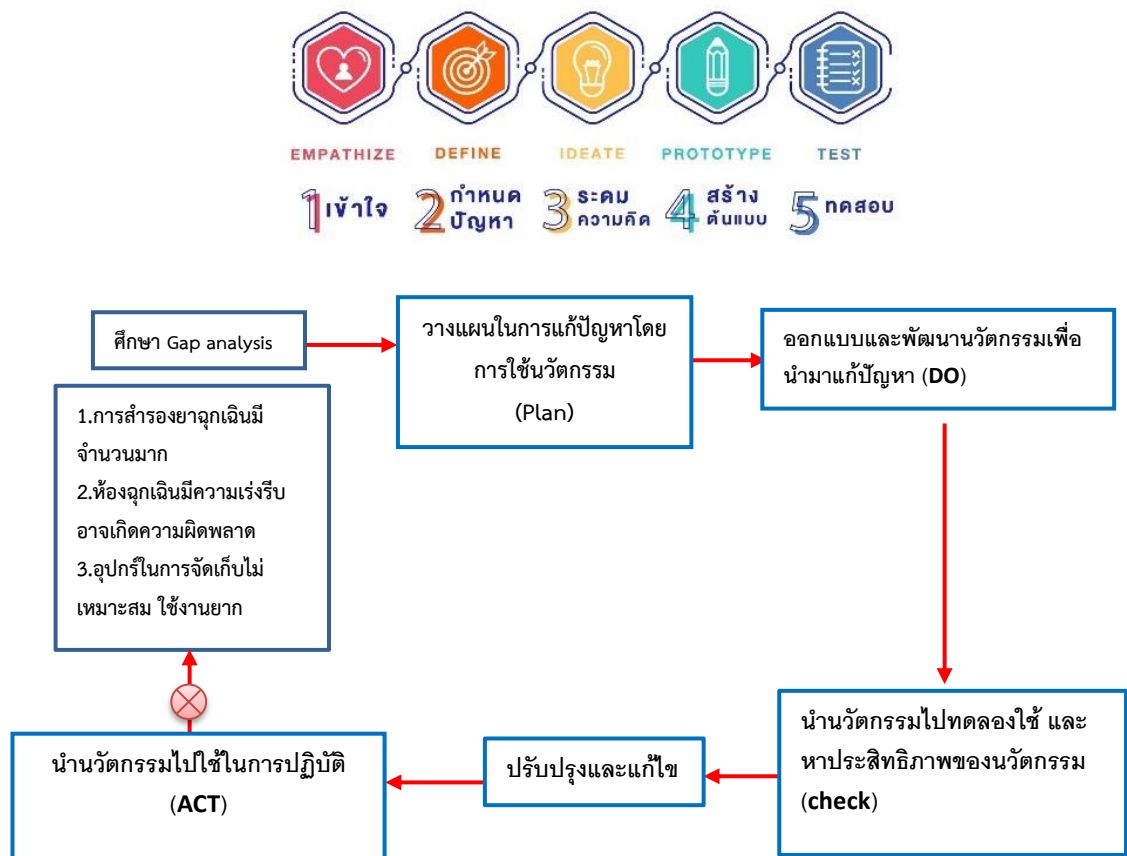
นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มองเห็นว่าสามารถนำกระบวนการสำรวจยามาผสมผสานกับการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) เพื่อสร้างความเข้าใจถึงปัญหาได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งส่งเสริมให้กระบวนการจัดเก็บและสำรวจยา มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นสอดคล้อง กับการศึกษาของจากรุวรรณ วังใน (2561) พบว่ากล่องยาฉุกเฉินช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้อย่างรวดเร็ว สนับสนุนการปฏิบัติงานของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความสะดวก รวดเร็วในการปฏิบัติงาน และลดภาระงานของพยาบาลในการควบคุมดูแล และตรวจสอบยา ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดพัฒนานวัตกรรมกล่องยาฉุกเฉิน (Emergency box) ร่วมกับสหวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) สำหรับใช้ในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อปรับปรุงระบบการบริหารจัดการยาฉุกเฉินในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ ยาฉุกเฉินมีสภาพพร้อมใช้งาน สนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากรให้มีความสะดวก รวดเร็ว และป้องกันการพบยาหมดอายุในกล่องและลดการสูญเสียมูลค่าจากยาหมดอายุ ประหยัดค่าใช้จ่าย และป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error)

วัตถุประสงค์การสร้างนวัตกรรม

1. เพื่อให้มีกล่องยาฉุกเฉินอยู่ในสภาพพร้อมใช้ มีรายการยาและปริมาณที่เหมาะสม สะดวกรวดเร็วในการปฏิบัติงาน ไม่พบยาหมดอายุ
2. พยาบาลสามารถนำนวัตกรรมนี้ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพึงพอใจ
3. เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเบิกยาของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2.3.6 วิธีการพัฒนานวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์

2.3.6.1. การออกแบบกรอบแนวคิดของนวัตกรรม



กล่องยาฉุกเฉิน (Emergency box) นี้ได้ใช้กรอบแนวคิดของกระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) มุ่งเน้นให้เข้าใจปัญหาและความต้องการของ กลุ่มเป้าหมาย โดยอาศัยการวิเคราะห์ข้อมูล ระดมความคิด จน นำไปสู่การสร้างสรรค์แนวคิดหรือสิ่งประดิษฐ์เพื่อนำมาแก้ปัญหาในบริบทต่าง ๆ และขยายผลไปสู่การนำมาใช้ในหน่วยงานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้

2.3.6.2 กระบวนการปรับปรุง / วิธีการแก้ไขปรับปรุง

ก่อนปรับปรุง

ปัญหาที่พบ การสำรองยาในลิ้นชักมีจำนวนมาก ยาบางตัวมีลักษณะของบรรจุภัณฑ์/ ชื่อที่คล้ายคลึงกัน (LASA drugs) ยาบางตัวไม่ได้ใช้ หรือนานๆทีจึงได้ใช้ ทำให้พบยาหมดอายุ

ปรับปรุงครั้งที่ 1

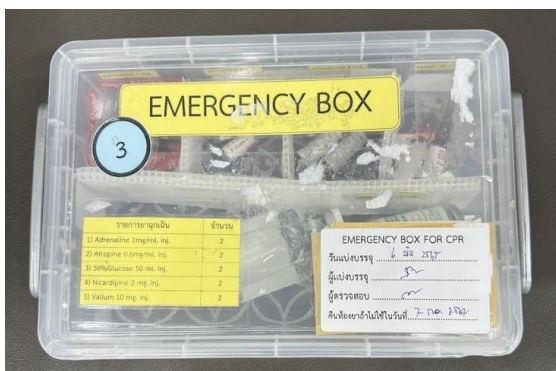
การสำรองยาในลิ้นชักมีจำนวนมาก ยาบางตัวมีลักษณะของบรรจุภัณฑ์/ ชื่อที่คล้ายคลึงกัน (LASA drugs) ไม่มีการตรวจสอบวันหมดอายุของยาไม่ครบถ้วน จนยาหมดอายุ เกิดการสิ้นเปลือง ยาบางรายการโดนนำไปใช้ไปโดยไม่มีการทดแทนทันที หรือเมื่อมีคำสั่งใช้ยาแล้วเบิกคืนยาไม่ครบ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการคิดค่ายาตามจริง และการตรวจเยี่ยมเพื่อรับรองคุณภาพเภสัชกรรมโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่าตำแหน่งที่ตั้งของลิ้นชักยาบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงได้ง่าย



ปรับปรุงครั้งที่ 2

จากปัญหาที่พบ ได้วิเคราะห์ปัญหาและออกแบบระบบการบริหารยาฉุกเฉินในโรงพยาบาลใหม่ ร่วมกับเภสัชกรผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งร่วมกันตัดสินใจและสรุปเป็นประเด็นในการปรับปรุงดังนี้

- 1) ให้ตัดรายการยาฉุกเฉินบางรายการที่ไม่จำเป็นออก และลดจำนวนยา โดยพิจารณาถึงความเร่งด่วนตามแนวทางการรักษาภาวะวิกฤตนั้นๆ
- 2) เปลี่ยนแปลงขั้นตอนของการนำกล่องยาฉุกเฉินมาให้ห้องยาตรวจสอบ และสื่อสารถึงการเปลี่ยนแปลงโดยผ่านการรับส่งเวร และประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน และขอความร่วมมือในการดำเนินการระหว่างสหวิชาชีพเกี่ยวกับระบบการจัดการยาฉุกเฉินที่ปรับปรุงขึ้นมาใหม่
- 3) จัดเก็บกล่องยา Emergency box ในตู้ ให้เป็นสัดส่วน ป้องกันการเข้าถึงของบุคคลภายนอก



ขั้นตอนการดำเนินการก่อนและหลังการพัฒนาระบบการตรวจสอบยาฉุกเฉิน มีดังต่อไปนี้

ขั้นตอนการทำงานในห้องยา^{ก่อน}เริ่มใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น: พยาบาลผู้รับผิดชอบ (Leader 2) ตรวจสอบจำนวน วันหมดอายุ ทุกวัน ทุกเวร จากนั้นเขียนใบเบิกยา stock ไปเบิกที่ห้องยาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเมื่อมีการนำไปใช้ให้เบิกคืนในชื่อผู้ป่วยที่นำไปใช้ แล้วนำมาคืน stock

รายการยา stock ER เดิมมี 13 รายการ หลังจากการปรับปรุง จึงลดเหลือ 6 รายการ ดังภาพ
ขั้นตอนการทำงานในห้องยา^{หลัง}เริ่มใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น:

- 1) พยาบาลผู้รับผิดชอบ (Leader 1) ตรวจสอบจำนวนกล่อง วันหมดอายุ ทุกวัน ทุกเวร การจ่ายยา เกสซิคจะจัดยาลงในกล่องยาตามจำนวนที่ระบุ พร้อมกับเขียนวันหมดอายุของยาติดที่ห้องกล่องยา ทำให้สะดวกในการตรวจสอบวันหมดอายุ
- 2) กล่องยา Emergency box มีทั้งหมด 4 กล่อง โดยแบ่งไว้ที่ห้องยา 2 กล่อง ห้องฉุกเฉิน 2 กล่อง การเปิดใช้ จะใช้เป็นรายเคส โดยมีพยาบาลเจ้าของไข้ และพยาบาลผู้ช่วยทำหัตถการ ตรวจสอบการใช้ยา ร่วมกัน เมื่อใช้เสร็จ แพทย์จะทำการคืนเบิกยาในระบบ และพยาบาลนำกล่องยา Emergency box ไปเบิกกล่องใหม่ที่ห้องจ่ายยา โดยไม่ต้องใช้ใบเบิกยา stock ER

2.3.7 การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงานดำเนินการ
1. ไม่พบยาหมดอายุ	0 รายงาน	ไม่พบยาหมดอายุ
2. พยาบาลสามารถนำนวัตกรรมนี้ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพึงพอใจ	>80%	92%
3. เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเบิกยาของหน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	อย่างน้อยร้อยละ 30 ของมูลค่ายา ทั้งกล่อง	เดิมราคา 2675 บาท/กล่อง ลดเหลือ 746 บาท/กล่อง ค่าใช้จ่ายที่ประหยัดไปคิดเป็น 72%

2.3.8 ประโยชน์/การนำไปใช้

- 2.3.8.1 หน่วยงานมีกล่องยาฉุกเฉินอยู่ในสภาพพร้อมใช้ มีรายการยาและปริมาณที่เหมาะสม
- 2.3.8.2 สามารถลดค่าใช้จ่ายในการเบิกยาของหน่วยงาน และของโรงพยาบาลได้
- 2.3.8.3 ผู้ป่วยได้รับยา และการดูแลที่รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายจากการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสม
- 2.3.8.4 สามารถลดภาระงานของพยาบาลในการตรวจสอบยา และลดความคลาดเคลื่อนในการตรวจสอบยา
- 2.3.8.5 สามารถนำนวัตกรรมไปพัฒนาต่อยอดไปสู่นวัตกรรมชิ้นใหม่ของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพันธ์ เครือวงศ์, (2563), *ความฉลาดเคลื่อนทางยา*, https://ns-pccms.iserl.org/index.php/researcher/profile/acd_popup/171
- จารุวรรณ วังโน, (2561), *การพัฒนาระบบการจัดการด้านยาประจำล้าห้องฉุกเฉินในหอผู้ป่วย*, https://mis.nkp-hospital.go.th/institute/admInstitute/nFile/sID2021-04-26_100348.pdf
- นุชจรี กิจวรรณ. (2561). กระบวนการคิดเชิงออกแบบ: มุมมองใหม่ของระบบสุขภาพไทย. *วารสารสภาการพยาบาล* 2561, 33(1), 5-14.
- พัทธนันท์ บุตรนุญ, (2559), *การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ด้วยการคิดเชิงออกแบบร่วมกับกระบวนการละครประยุกต์เพื่อส่งเสริมความสามารถในการสร้างสรรค์นวัตกรรม*. <https://ejournals.swu.ac.th/index.php/swurd/article/view/15048>.
- โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, (2565), *แนวทางการจัดการกล่องยาฉุกเฉินและยาพ่นคีนซีฟ*, <https://med.msu.ac.th/suddhavej/wp-content/uploads/2022/06/WI-14062565-002.pdf>.



ชื่อนวัตกรรม : กล่องยาเย็นเก็บอุณหภูมิ

ชื่อเจ้าของผลงาน

1. นายสุนิตย์ สุวรรณมิตร พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลมหาสารคาม
2. นางสาวรัฐัญญา จันทริมา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม
3. นางสาวอรรรณ บุนีนอก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม

ชื่อผู้นำเสนอ

1. นางสาวรัฐัญญา จันทริมา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม

สถานที่ติดต่อกลับ

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม เบอร์ภายใน 9107 มือถือ 0843928351

e-mail : sunitisuwannamit@gmail.com

บทนำ

หลักการและเหตุผล

ยาประเภทชีววัตถุ เช่น อินซูลิน วัคซีน เซรุ่ม แอนติท็อกซิน ท็อกซอยด์ ต้องเก็บไว้ในที่อุณหภูมิระหว่าง ๒ -๘ องศาเซลเซียส ต้องเก็บไว้ในตู้เย็นที่ควบคุมอุณหภูมิสำหรับเก็บยาและเวชภัณฑ์โดยเฉพาะ โดยเก็บในตู้เย็นช่อง ธรรมดา ไม่เก็บไว้ที่ช่องแช่แข็งหรือที่ฝาตู้เย็น เพราะเมื่อเราเปิด-ปิดตู้เย็น อาจทำให้อุณหภูมิแกว่งขึ้นลงได้โดยเป็นกลุ่มยาที่นำมาใช้บ่อยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพซับซ้อนและต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน การจัดการยาเพื่อเตรียมความพร้อมเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงจำเป็นต้องจัดเตรียมยาให้พร้อมใช้อยู่เสมอ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีระบบการบริหารยาฉุกเฉิน และอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ทันเวลาที่ ป้องกันไม่ให้อุปกรณ์เกิดภาวะวิกฤติ จากการได้รับการรักษาล่าช้าและได้รับการรักษาอย่างปลอดภัย

ความปลอดภัยของระบบยา เป็นจุดเน้นของระบบสุขภาพที่ทุกโรงพยาบาลให้ความสำคัญ หากมีการใช้ผิดพลาดจะก่อให้เกิดผลกระทบมากมาย ทั้งต่อผู้ป่วยและต่อสถานบริการหรือระบบสุขภาพทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายทางยาหรือต้นทุนค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น (กิตติพันธ์ เครือวงศ์, 2563) โดยห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม มีการสำรองยาฉุกเฉิน 2 แบบคือ 1) ยา CPR และ 2) ยาสำรองฉุกเฉินในกรณีเร่งด่วนอื่นๆ ซึ่งรายการและปริมาณจะกำหนดโดยแพทย์ พยาบาล เภสัชกรงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยฉุกเฉิน จากการปฏิบัติงานหน้างานพบปัญหาเกี่ยวกับระบบสำรองยาฉุกเฉินจากผู้ปฏิบัติงาน ปัญหาเหล่านี้เกิดจากเดิมที่มีการสำรองยาในตู้เย็น ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการหยิบใช้ยาผิด การนำยาออกจากตู้เย็นแล้วลืมนำยากลบเข้าไปในตู้เย็นกินเวลาทำให้ยาสูญเสียคุณภาพและสูญเสียยาจากการไม่ได้ใช้ เกิดการสิ้นเปลือง ยาบางรายการโดนนำไปใช้ไปโดยไม่มีกำหนดแทนทันที หรือเมื่อมีคำสั่งใช้ยาแล้วเบิกคืนยาไม่ครบ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับ

การคิดค่ายาตามจริง และการตรวจเยี่ยมเพื่อรับรองคุณภาพเภสัชกรรมโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่า ตำแหน่งที่ตั้งของยา ชนิดของยา ลักษณะขวดบรรจุที่คล้ายกัน อาจจะทำให้ใช้ยาผิดชนิดได้ และปัญหาการนำยาออกไปใช้แล้วไม่นำยากลับมาไว้ในตู้เย็นคืน หรือเอาออกไปไว้นานทำให้ยาเสื่อมคุณภาพได้

การคิดเชิงออกแบบ หรือ Design Thinking คือ การเรียนรู้ด้วยการลงมือทำซึ่งเป็นการสร้างความคิดใหม่อย่างก้าวกระโดด สามารถนำมาใช้ในการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ คิดนอกกรอบเดิม โดยเฉพาะสำหรับโครงการและการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน รวมทั้งการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์โดยมีมนุษย์เป็นศูนย์กลาง เน้นการลงมือปฏิบัติและการเรียนรู้จากการทดลอง กระบวนการทำงานซ้ำจากการเข้าใจมนุษย์ และการทดสอบผู้ใช้เพื่อเรียนรู้และลดข้อผิดพลาดหลาย ๆ ครั้งนำไปสู่การสร้างสรรค์นวัตกรรม (ศูนย์สร้างสรรค์งานออกแบบ, 2560) โดยที่กระบวนการคิดเชิงออกแบบของมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด (Stanford d.school) ประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การทำความเข้าใจกลุ่มเป้าหมายอย่างลึกซึ้ง (Empathize) 2. การตั้งกรอบโจทย์ (Define) 3. การสร้างความคิด (Ideate) 4. การสร้างต้นแบบ (Prototype) 5. การทดสอบ (Test) ทั้งนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับขั้นตอนของกระบวนการคิดเชิงออกแบบ สามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนใหญ่ ๆ ซึ่งครอบคลุมทั้ง 5 ขั้นตอนที่ได้กล่าวไว้ในข้างต้น โดยสรุปกล่าวคือ 1. การสำรวจเก็บข้อมูลสืบเสาะ เข้าใจถึงปัญหาอย่างลึกซึ้ง 2. การสร้างแนวความคิด หรือการสร้างสรรค์ 3. การนำแนวความคิดไปทดลองและปฏิบัติจริง (พัทธนันท์ บุตรฉุย, 2559) นอกจากนี้กระบวนการของการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking Process) ยังก่อให้เกิดการฝึกคิดแบบสร้างสรรค์ในรูปแบบใหม่ ๆ ที่จะนำมาคิดวิเคราะห์แก้ปัญหา พยายามหาหนทางที่มากกว่าสิ่งที่ตนเองคุ้นเคย ตลอดจนสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ขึ้นได้เช่นกัน ดังนั้นการใช้การคิดเชิงออกแบบนอกจากจะมีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาตามที่ต้องการแล้ว อาจนำไปสู่การค้นพบสิ่งใหม่ที่เป็นนวัตกรรมจากความคิดสร้างสรรค์ สามารถนำไปใช้จริงตรงตามที่ต้องการหรือตอบปัญหา ของกลุ่มเป้าหมายเมื่อนวัตกรรมนั้นเป็นที่ยอมรับในวงกว้างย่อมเกิดการต่อยอดไปสู่นวัตกรรมชิ้นใหม่อย่างต่อเนื่อง ไปอย่างไม่สิ้นสุด (นุชจรี กิจวรรณ, 2561)

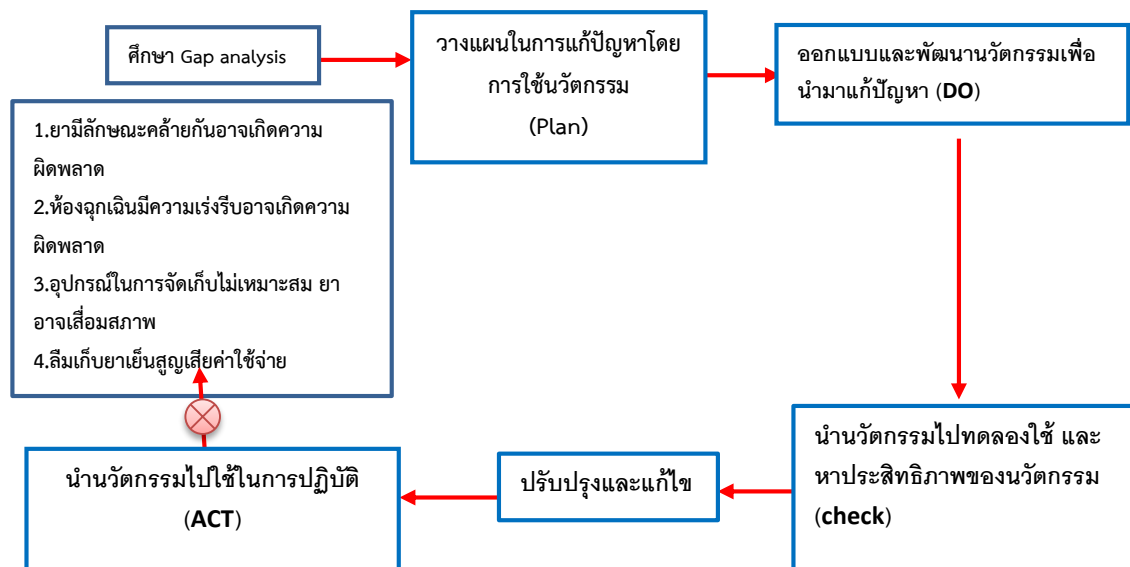
นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มองเห็นว่าสามารถนำกระบวนการสำรวจยาเย็นมาผสมผสานกับการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) เพื่อสร้างความเข้าใจถึงปัญหาได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งส่งเสริมให้กระบวนการจัดเก็บและสำรวจยามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นสอดคล้อง กับการศึกษาของจากรุวรรณ วังใน (2561) พบว่ากล่องยาเย็นช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้อย่างรวดเร็ว สนับสนุนการปฏิบัติงานของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความสะดวก รวดเร็วในการปฏิบัติงาน และลดภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลได้ ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดพัฒนานวัตกรรมกล่องยาเย็น นี้ขึ้น ร่วมกับสหวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) สำหรับใช้ในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อปรับปรุงระบบการบริหารจัดการยาเย็นในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ ยาเย็นมีสภาพพร้อมใช้งาน สะดวกและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย สนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากรให้มีความสะดวก รวดเร็ว และลดการสูญเสียมูลค่าจากยาหมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ ประหยัดค่าใช้จ่าย และป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error)

วัตถุประสงค์การสร้างนวัตกรรม

1. เพื่อให้มีกล่องยาฉุกเฉินอยู่ในสภาพพร้อมใช้ มีรายการยาและปริมาณที่เหมาะสม สะดวกรวดเร็วในการปฏิบัติงาน ไม่พบยาหมดอายุ
2. พยาบาลสามารถนำนวัตกรรมนี้ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพึงพอใจ
3. เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเบิกยาของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2.3.6 วิธีการพัฒนานวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์

2.3.6.1. การออกแบบกรอบแนวคิดของนวัตกรรม



กล่องยาเย็นฉุกเฉิน (emergency cold medicine box) นี้ได้ใช้กรอบแนวคิดของกระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) มุ่งเน้นให้เข้าใจปัญหาและความต้องการของ กลุ่มเป้าหมาย โดยอาศัยการวิเคราะห์ข้อมูล ระดมความคิด จน นำไปสู่การสร้างสรรค์แนวคิดหรือสิ่งประดิษฐ์เพื่อนำมาแก้ปัญหาในบริบทต่าง ๆ และขยายผลไปสู่การนำมาใช้ในหน่วยงานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้

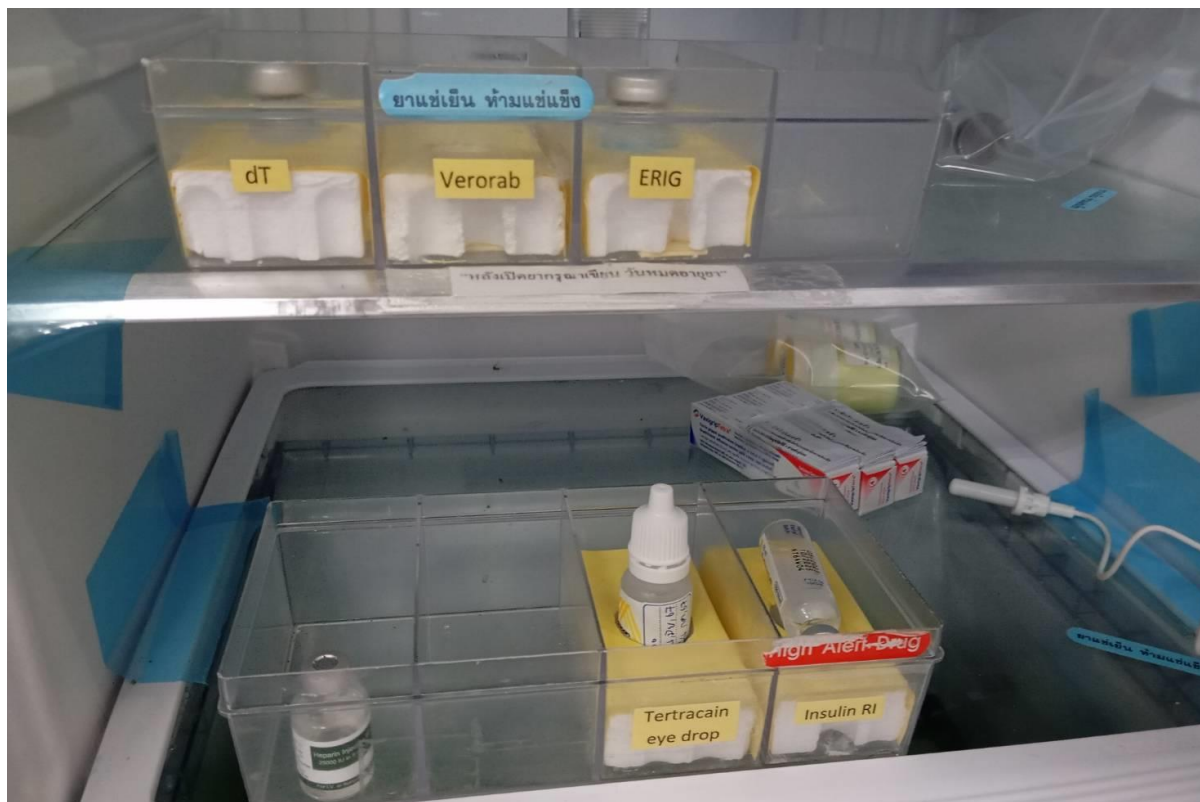
2.3.6.2 กระบวนการปรับปรุง / วิธีการแก้ไขปรับปรุง

ก่อนปรับปรุง

ปัญหาที่พบ ยาเย็นเสื่อมอายุ เสื่อมคุณภาพ ยาบางตัวมีลักษณะของบรรจุภัณฑ์/ ชื่อที่คล้ายคลึงกัน (LASA drugs)

ปรับปรุงครั้งที่ 1

ใส่กล่องแยกยาแต่ละประเภทอย่างชัดเจนแต่การนำยาออกไปใช้ยังวางยาไว้โดยไม่มีสิ่งทำ
ความเย็นทำให้ยาบางตัวเสื่อมอายุ เสื่อมคุณภาพ ยาบางตัวมีลักษณะของบรรจุภัณฑ์/ ชื่อที่คล้ายคลึง
กัน (LASA drugs เกิดการสับสนเปลืองงบประมาณของโรงพยาบาล และการตรวจเยี่ยมเพื่อรับรอง
คุณภาพเภสัชกรรมโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่าตำแหน่งที่ตั้งของยาบางชนิดที่คล้ายกันสามารถ
เข้าถึงยาได้ง่ายอาจทำให้ใช้ยาผิดประเภทได้



ปรับปรุงครั้งที่ 2

จากปัญหาที่พบ ได้วิเคราะห์ปัญหาและออกแบบระบบการบริหารยาฉุกเฉินในโรงพยาบาลใหม่
ร่วมกับเภสัชกรผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งร่วมกันตัดสินใจและสรุปเป็นประเด็นใน
การปรับปรุงดังนี้

- 1) ให้ตัดรายการยาฉุกเฉินบางรายการที่ไม่จำเป็นออก และลดจำนวนยา โดยพิจารณาถึงความเร่งด่วนตาม
แนวทางการรักษาภาวะวิกฤตนั้นๆ
- 2) จัดเก็บกล่องยาเย็น ในตู้เย็นให้เป็นสัดส่วนแล้วเพิ่มสารทำความเย็นเพื่อป้องกันยาเสื่อมคุณภาพ



ขั้นตอนการดำเนินการก่อนและหลังการพัฒนาระบบการตรวจสอบยาฉุกเฉิน มีดังต่อไปนี้

ขั้นตอนการทำงานในห้องยา**ก่อน**เริ่มใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น: พยาบาลผู้รับผิดชอบ (Leader 2) ตรวจสอบจำนวน วันหมดอายุ ทุกวัน ทุกเวร จากนั้นเขียนใบเบิกยา stock ไปเบิกที่ห้องยาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเมื่อมีการนำยาไปใช้ให้เบิกคืน แล้วนำมาคืน stock

ปัญหาที่พบ

1. ก่องยาไม่มีฝาปิด
2. วางยาผิดช่อง ผิดประเภทยาที่มีลักษณะบรรจุภัณฑ์เหมือนกันอาจใช้ผิดชนิดได้
3. เวลาพกยาออกไปบางครั้งใช้ยาแค่ชนิดเดียวแต่ต้องยกออกไปทั้งหมด
4. ยาเย็นฉุกเฉินบางชนิดยังจำเป็นต้องใช้ เช่น Heparin ซึ่งต้องสั่งบ่อยเพราะอาจารย์แพทย์บางท่านต้องเจาะ ABG ทุกเคสที่เป็น Level 1

ปรับปรุงครั้งที่ 3

จากปัญหาที่พบ ได้วิเคราะห์ปัญหาและทบทวนในกลุ่มงาน ได้ออกแบบระบบการบริหารยาฉุกเฉินในโรงพยาบาลใหม่ร่วมกับเภสัชกรผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งร่วมกันตัดสินใจและสรุปเป็นประเด็นในการปรับปรุงดังนี้

- 1) ให้เพิ่มยาบางตัวนำกลับมาใช้และทำกล่องสำหรับใช้ยาเย็นแบบแยกชนิด ติดป้ายอย่างชัดเจน และมีสีที่แตกต่าง เพื่อให้เฝ้าระวัง เช่น Heparin ใส่กล่องสีแดง หมายถึง อันตราย ต้องใช้อย่างระมัดระวัง เป็นต้น
- 2) จัดเก็บก่องยาเย็น ในตู้เย็นให้เป็นสัดส่วนโดยแยกยาแต่ละชนิดแล้วเพิ่มสารทำความเย็นเพื่อป้องกันยาเสื่อมคุณภาพ
3. พยาบาลผู้รับผิดชอบ (Leader 1) ตรวจสอบจำนวนก่อง วันหมดอายุ ทุกวัน ทุกเวร และเป็นผู้เบิกยาเติม Storks ยา การจ่ายยา เภสัชกรจะจัดยาตามจำนวนที่ Leader 1 ระบุ



2.3.7 การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงานดำเนินการ
1. ไม่พบยาเสื่อมสภาพ	0 รายงาน	ไม่พบยาเสื่อม
2. พยาบาลสามารถนำนวัตกรรมนี้ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพึงพอใจ	>80%	95%

2.3.8 ประโยชน์/การนำไปใช้

- 2.3.8.1 หน่วยงานมีกล่องยาเย็นฉุกเฉินอยู่ในสภาพพร้อมใช้ มีรายการยาและปริมาณที่เหมาะสม
- 2.3.8.2 สามารถลดค่าใช้จ่ายในการเบิกยาของหน่วยงาน และของโรงพยาบาลได้
- 2.3.8.3 ผู้ป่วยได้รับยา และการดูแลที่รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายจากการใช้ยา
- 2.3.8.4 สามารถนำนวัตกรรมไปพัฒนาต่อยอดไปสู่นวัตกรรมชิ้นใหม่ของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพันธ์ เครือวงศ์, (2563), *ความคลาดเคลื่อนทางยา*, https://ns-pccms.iserl.org/index.php/researcher/profile/acd_popup/171
- จารุวรรณ วังโน, (2561), *การพัฒนากระบวนการจัดการด้านยาประจำล้อยอดฉุกเฉินในหอผู้ป่วย*, https://mis.nkp-hospital.go.th/institute/admInstitute/nFile/sID2021-04-26_100348.pdf
- นุชจรี กิจวรรณ. (2561). กระบวนการคิดเชิงออกแบบ: มุมมองใหม่ของระบบสุขภาพไทย. *วารสารสภาการพยาบาล* 2561, 33(1), 5-14.
- พัทธนันท์ บุตรฉุย, (2559), *การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ด้วยการคิดเชิงออกแบบร่วมกับกระบวนการละครประยุกต์เพื่อส่งเสริมความสามารถในการสร้างสรรค์นวัตกรรม*. <https://ejournals.swu.ac.th/index.php/swurd/article/view/15048>.

**การพัฒนาแนวทางการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิต ต่อระยะเวลาการตัดสินใจและความวิตกกังวล
ของญาติผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติ ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน**

นางวิไลพร แก้วอรุณ นางสาวอรรรณ บุรีนอก นางจุลินทร ศรีโพนทัน นางปรมาภรณ์ คลังพระศรี
บทคัดย่อ

แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นแผนกที่ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติคุกคามชีวิต เช่น จากอุบัติเหตุ จากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือมีภาวะหัวใจหยุดเต้น เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา และยังส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤติด้านจิตใจต่อครอบครัวผู้ป่วยที่ต้องทำหน้าที่ตัดสินใจร่วมกับแพทย์ผู้ให้การรักษา พบว่ามีปัญหาทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ *วัตถุประสงค์* 1) เพื่อพัฒนาแนวทางการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิต แก่ญาติผู้ป่วยวิกฤติในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) เพื่อศึกษาผลการการใช้โปรแกรมการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิต แก่ญาติผู้ป่วยวิกฤติในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน *กลุ่มเป้าหมาย* 1)พยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2)ญาติผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติ ดำเนินการพัฒนาตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2566 – เดือน พฤษภาคม 2567 พัฒนาโดยใช้กระบวนการ PDCA (Deming,1993) โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ จากการประชุมปรึกษาหารือ ทบทวนความเสี่ยง จากรายการประชุม ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิต 3 วงรอบ และระยะที่ 3 ประเมินผล

ผลการพัฒนา ผลลัพธ์ด้านกระบวนการพบว่า พยาบาลวิชาชีพและสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิตจนเป็นแนวทางที่ชัดเจน กระบวนการLean ช่วยลดความยุ่งยากซับซ้อน ลดเวลาในการปฏิบัติงาน ด้านผลลัพธ์ พบว่า มีการปฏิบัติตามแนวทางการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิต ร้อยละ 92 , เวลาในการตัดสินใจของญาติลดลง เฉลี่ย 16.6 นาที, ความวิตกกังวลของญาติลดลง ร้อยละ 100, ความญาติพึงพอใจของญาติ ร้อยละ 96 ระดับ ดีมาก, ระยะเวลาอยู่ใน ER ของผู้ป่วยวิกฤติ Level 1 ลดลง เฉลี่ย 1.03 ชม. และความพึงพอใจของพยาบาลร้อยละ 98.0

คำสำคัญ : การสื่อสารในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤติ บทบาทพยาบาล

การพัฒนาแนวทางการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิต ต่อระยะเวลาการตัดสินใจและความวิตกกังวล
ของญาติผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติ ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

Development of Guidelines for Life-Altering News on the Decision-making time and
Anxiety of Relatives of Critically-Ill Patients in the Accident and Emergency Department

นางวิไลพร แก้วอรุณ นางสาวอรรรณ บุรินอก นางจุลินทร ศรีโพนทัน นางปรมาภรณ์ คลังพระศรี

สาระสำคัญ

1. ชื่อเรื่อง การพัฒนาแนวทางการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิต ต่อระยะเวลาการตัดสินใจและความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติ ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. ชื่อผู้วิจัย นางวิไลพร แก้วอรุณ นางสาวอรรรณ บุรินอก นางจุลินทร ศรีโพนทัน นางปรมาภรณ์ คลังพระศรี
3. ชื่อผู้นำเสนอผลงาน นางวิไลพร แก้วอรุณ
4. บทนำและวัตถุประสงค์

แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นแผนกที่มีผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติคุกคามชีวิต เช่น จากอุบัติเหตุ จากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือมีภาวะหัวใจหยุดเต้น เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา เนื่องจาก ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้าว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเร่งด่วนจะสามารถกลับมามีชีวิต หรือถูกพรากชีวิตไปจากญาติ ทีมแพทย์และพยาบาลต่างมุ่งช่วยเหลือด้านร่างกายให้ผู้ป่วยพ้นภาวะคุกคามชีวิต (นันทิยา แสงทรงฤทธิ์, 2560)

ปัจจุบันมีผู้ป่วยเข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินสูงขึ้นทั้งในและต่างประเทศ พยาบาลคัดกรองทำหน้าที่ประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อจัดลำดับการดูแล ในประเทศไทย ใช้เกณฑ์ Moph ED Triage (กรมการแพทย์, 2561) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตามความรุนแรง คือ Level1 ผู้ป่วยวิกฤติ (Resuscitation), Level2 ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency), Level3 ผู้ป่วยเร่งด่วน (Urgency), Level4 ผู้ป่วยเล็กน้อย Semi-Urgent และ Level5 ผู้ป่วยทั่วไป Non-Urgent สถิติการรับบริการห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเพิ่มขึ้นทุกปี พบว่า ผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม 3 ปี ย้อนหลัง ปี 2564-2566 39,778 ราย, 43,596 ราย และ 51,220 ราย ผู้ป่วยวิกฤติ 5,514 ราย, 6,597 ราย 7,798 ราย ตามลำดับ ในปี 2566 จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยวิกฤติและผู้ป่วย Fast track พบผู้ป่วยไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และได้รับยาเกินเวลา 60 นาที ร้อยละ 12.5 ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดส่งต่อล่าช้า เกิน 60 นาที และตัดสินใจไม่ส่งต่อ ร้อยละ 22.4 พบว่า ญาติตัดสินใจล่าช้า จากการต้องติดต่อครอบครัวผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตัดสินใจ ไม่กล้าตัดสินใจเอง เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลผู้ป่วยครั้งเดียว ญาติไม่เข้าใจ ขั้นตอนทั้งหมด และมีความเครียดความวิตกกังวลกับผลการตัดสินใจ ซึ่งการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤติไม่เพียงจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยอีกด้วย การสื่อสารกับครอบครัวที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องคำนึงถึง เพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยได้ทันท่วงที ผู้ป่วยปลอดภัย เข้าถึงบริการที่ควรได้รับและเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล เป็นผู้ประสานการสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการตัดสินใจร่วมกันของครอบครัวในการรักษาที่ดีที่สุด โดยนำเทคนิคขั้นตอนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เหมาะกับแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมาใช้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาในหออผู้ป่วยวิกฤติ การแจ้งข่าวร้ายในผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมีการศึกษาในผู้ป่วยคัดแยกในระดับเร่งด่วน

แต่ยังไม่มีการศึกษาในญาติผู้ป่วยที่คัดแยกเป็นผู้ป่วยวิกฤติ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิต ในญาติผู้ป่วยวิกฤติแบบญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

5. วิธีการศึกษา

5.1 รูปแบบการศึกษา พัฒนาโดยใช้กระบวนการ พัฒนาโดยใช้กระบวนการ PDCA (Deming,1993) โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ จากการประชุมปรึกษาหารือ ทบทวนความเสี่ยง ทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากรายการประชุม ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิต 4 วงรอบ และระยะที่ 3 ประเมินผล

5.2 การกำหนดตัวอย่าง และวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรใช้ในการศึกษารั้งนี้ คือ 1.ญาติผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 39 คน 2.พยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 27 คน โดยศึกษาใน เดือน ตุลาคม 2566 – เดือน พฤษภาคม 2567

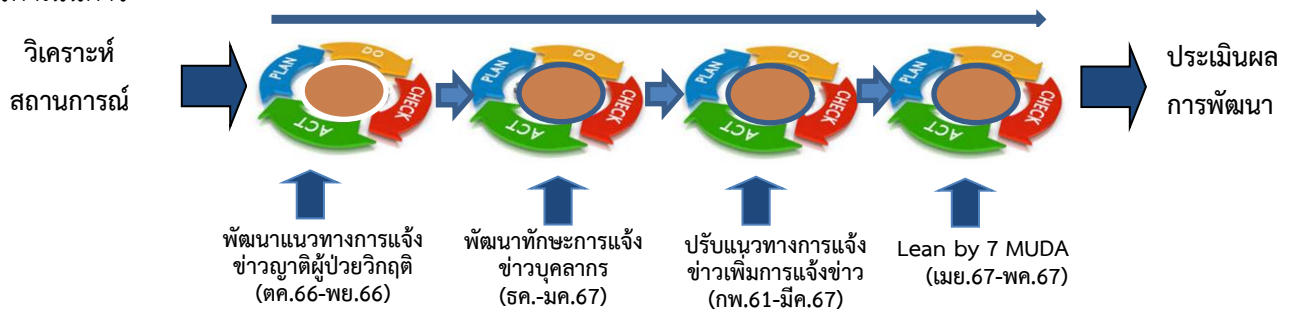
กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) ใช้ค่าเฉลี่ยของตัวแปรจากงานวิจัยที่คล้ายกับการศึกษารั้งนี้ กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .95 และ Effect Size เท่ากับ 1.93 (สุญาดา et al., 2023) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 35 คน ป้องกันการสูญหาย 10% = 39 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

5.3 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

- แบบทบทวนเวชระเบียน ความเสี่ยง, แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง, แบบประเมินความพึงพอใจการใช้แนวทางการแจ้งข่าวญาติผู้ป่วยวิกฤติ, แบบประเมินความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย เป็นมาตรวัด ความวิตกกังวล (Visual Analog Scale-Anxiety, VAS-A) สร้างขึ้น โดย Garberson,1991

5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการ



ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์และทบทวนปัญหา จาก.....ใน รายงานความเสี่ยง การทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และการประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาแนวทางการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิต โดยพัฒนาตามกระบวนการการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ โดยใช้กระบวนการ PDCA ของเดมมิ่ง 4 วงรอบ ซึ่งมีกระบวนการ 9 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ 2) สร้างทีมงานให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ 3) ทำความ

เข้าใจกระบวนการที่จะปรับปรุง 4) ทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ 5) เลือกรวิธีการปรับปรุงกระบวนการ 6) วางแผนในการปรับปรุง 7) นำไปปฏิบัติ 8) ตรวจสอบการปฏิบัติ 9) ยืนยันการดำเนินการและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือการพัฒนาเกิดการปฏิบัติตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นอย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน

- กำหนดทีมนำ เพื่อการพัฒนาแนวทางการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิต โดยสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
- การตรวจสอบคุณภาพการพัฒนาแนวทางการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิต โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสาร ด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ และด้านเนื้อหาของความถูกต้องของการพัฒนาแนวทางการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิต

- นำแนวทางที่พัฒนาขึ้น นำมาทดลองใช้ 1 เดือน ประเมินผลเป็นระยะ ปรับแก้ตามบริบทและกระบวนการปฏิบัติงาน จนกว่าแนวทางจะสมบูรณ์

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

- ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติตามการพัฒนาแนวทางการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิต
- แบบประเมินความพึงพอใจการใช้แนวทางการการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิต
- ประเมินความวิตกกังวลของญาติ
- ระยะเวลาการตัดสินใจของญาติลดลง

5.5 การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลค่าสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่

6. ผลการศึกษา

ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่ามีปัญหาทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ 1) มีแนวทางการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติของโรงพยาบาล แต่ไม่เหมาะกับบริบทการให้ข้อมูลญาติผู้ป่วยในระยะวิกฤติ 2) เจ้าหน้าที่เข้าใจและปฏิบัติไม่เหมือนกัน ทั้งแพทย์และพยาบาล 3) บุคลากรมีหลายระดับ แตกต่างกันทั้ง สมรรถนะ Knowledge ทำงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ทำให้ทำได้ไม่ครบ 4)รูปแบบการให้ข้อมูลแตกต่างกัน แล้วแต่ประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน 5) การให้ข้อมูลซ้ำซ้อนกันทั้งแพทย์และพยาบาล ไม่เหมือนกัน 6)ระบบสารสนเทศไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้ เช่นการตอบกลับข้อมูล

ระยะพัฒนาแนวทาง ได้จากการนำกระบวนการพัฒนา PDCA มาใช้พัฒนา 4 วงจรคุณภาพ วงจรที่ 1.ได้แนวทางการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิตโดยพัฒนาตามกระบวนการปฏิบัติงาน นำแนวทางที่พัฒนาขึ้นมาทดลองใช้พบว่า การแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิต เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการแจ้งข่าว วงจรที่ 2 ได้ส่งเสริมทักษะการแจ้งข่าวทั้งทฤษฎีและปฏิบัติ โดยใช้สถานการณ์จำลอง การทำ Roll Play วงจรที่3 ปรับข้อความการสื่อสาร และแยกเป็นภาวะวิกฤติที่พบในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยแบ่งเป็น ผู้ป่วย Fast track ผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่ต้อง CPR ผู้ป่วยที่ต้องเข้าห้องผ่าตัด ผู้ป่วยวิกฤติอื่นๆ ที่ไม่มีกิจกรรมเร่งด่วน วงจรที่ 4 นำ Lean by MUDA 7 ชนิด เข้ามาใช้ในการลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน ลดความยุ่งยากซ้ำซ้อนทั้งกระบวนการหลักและกระบวนการย่อย

ระยะประเมินผล ผลลัพธ์ด้านกระบวนการพบว่า พยาบาลวิชาชีพและสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิตจนเป็นแนวทางที่ชัดเจน กระบวนการLean ช่วยลดความยุ่งยากซับซ้อน ลดเวลาในการปฏิบัติงาน ด้านผลลัพธ์ พบว่า มีการปฏิบัติตามแนวทางการแจ้งข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิต ร้อยละ 92 เวลาในการตัดสินใจของญาติลดลง เฉลี่ย 16.6 นาที, ความวิตกกังวลของญาติลดลง ร้อยละ 100, ความญาติพึงพอใจของญาติ ร้อยละ 96 ระดับ ดีมาก, ระยะเวลาอยู่ใน ER ของผู้ป่วยวิกฤติ Level 1 ลดลง เฉลี่ย 1.03 ชม. และความพึงพอใจของพยาบาลร้อยละ 98.0

7. สรุปและข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนางานเพื่อให้เกิดระบบที่ดีจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากสหวิชาชีพพร้อมกันระดมสมอง จนเกิดแนวทางการปฏิบัติที่มาจากทุกคน
2. บุคลิก การแสดงออก น้ำเสียง วิธีการพูด ของพยาบาลมีผลต่อความไว้วางใจของญาติ ต่อการตัดสินใจรักษา
3. นำโปรแกรมมาปรับใช้ในผู้ป่วยและญาติ ที่ Triage Level 2-5 ในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การติดต่อกับทีมงาน

นางวิไลพร แก้วอรุณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 043723355-9 ต่อ 9308 มือถือ 0909684363
email wiripron91@gmail.com

เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาล.(2542). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ:สยามการพิมพ์.
- จินตนา สิงขรอาจ. (2560). ทักษะการสื่อสารสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. เอกสารประกอบการสอนวิชาจิตเวชศาสตร์สำหรับนักศึกษากายภาพบำบัด ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. <https://www.psychimdcku.com/myfile/1640321550.pdf>.
- นันทิยา แสงทรงฤทธิ์. (2560). ภาวะวิกฤติในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน: การดูแลญาติด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. วารสารสภากาชาดไทย, 10(2), 47-56.
- นลินี นิยมไทย. (2565). ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น. วารสารพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 49(2), 283-297.
- เปรมฤดี ศรีวิชัย และ กัญติยา ลิ้มประเสริฐ. (2562). พฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดพะเยา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37(1), 138-147.
- ปาณิศา บุญรัตน์กลิน. (2562). การสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติ: บทบาทพยาบาล. วารสารสภากาชาดไทย, 12(2), 90-99.
- ฝ่ายวิชาการและประกันคุณภาพ งานวารสารวิชาการ (วารสารครุศาสตร์) คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. (2563). การอ้างอิงสารสนเทศตาม Publication of the American Psychological Association” (7th Edition) 2020, วารสารครุศาสตร์คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม https://joe-edu.rmu.ac.th/images/JOE2020/APA6_2562.pdf.

- พรพิไล บัวสำอางค์, วารินทร์ บินโฮเซ็น และ น้ำอ้อย ภัคดีวงศ์. (2015). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสื่อสารข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 32(4), 76-84.
- พรพิสุทธิ์ เดชแสง. (2562). การแจ้งข่าวร้าย 3 ขั้นตอน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 2(3), 9-15.
- วรรณวิษา สำราญเนตร, นิตยา กออิสรานูภาพ, พัชรี แวงวรรณ, ชนิสรา แสนยบุตร และ ศิวพล ศรีแก้ว. ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤติที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ในเขตบริการสุขภาพที่ 7. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 22(4), 510-524.
- วีระพล พันธุ์ช่วย, ทศนีย์ สุนทร และ ประณิต ส่งวัฒนา. ผลของการสื่อสารแบบ AIDET ของพยาบาลวิชาชีพต่อการตอบสนองของครอบครัว ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. (2560). วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 14(3), 105-117.

ชื่อเรื่อง การพัฒนานวัตกรรม IUPC 3.0 เพื่อป้องกัน CLABSI ในผู้ป่วยที่สอดใส่สายสวนหลอดเลือด

เลือดดำใหญ่ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารคาม

ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ Development of IUPC 3.0 Innovation to Prevent CLABSI in Patients

Undergoing Central Venous Catheter Insertion in the Trauma Surgery Intensive Care Unit at Mahasarakham Hospital

ผู้วิจัย นายสุรติ สันโดษ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ และคณะ

สถานที่ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์การใช้นวัตกรรมป้องกันการติดเชื้อ CLABSI ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารคาม

รูปแบบการศึกษา ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของ Deming Cycle (PDCA) และ Lean management พัฒนานวัตกรรม Cycle 1 IUPC 1.0, Cycle2 IUPC 2.0 และ Cycle3 IUPC 3.0

กลุ่มตัวอย่าง แพทย์จำนวน 5 คนพยาบาลวิชาชีพ 21 คน ผู้ป่วย 41 คน

ระยะเวลาดำเนินการ 1 กันยายน 2566 - 30 เมษายน 2567

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง 41 คน เพศชาย 29 คน (ร้อยละ 70.73) เพศหญิง 29 คน (ร้อยละ 29.27) การวินิจฉัยที่จำเป็นต่อการใส่ Central line คือ Septic shock 31 คน (ร้อยละ 75.61) Hypovolemic shock 10 คน (ร้อยละ 24.39) การติดเชื้อ CLABSI 0 ครั้ง (0:1,000day central line) ความพึงพอใจต่อการใช้ IUPC 3.0 ใช้ง่ายสะดวก เพิ่มพื้นที่ปลอดเชื้อสูงมากส่งผลต่อการหาเส้นเลือดได้ไว ไม่ต้องคอยระวังการปนเปื้อน ร้อยละ 100 ราคาถูก 12 บาทต่อชิ้น ประหยัดกว่าการใช้ผ้าปลอดเชื้อห่อ 9.50 บาท มีการเผยแพร่มาใช้โดยหน่วยงาน IC นำนวัตกรรมเข้าสู่ระบบการเบิกจ่ายของจ่ายกลางใช้ทั้งโรงพยาบาล

สรุปและข้อเสนอแนะ การติดเชื้อ CLABSI มีหลายสาเหตุ นวัตกรรม IUPC 3.0 สามารถใช้ในการจัดการสาเหตุสำคัญที่ทุกคนอาจมองข้าม ใช้ง่าย ราคาถูก ไม่ต้องอบรมเตรียมความพร้อมต่อการใช้ แต่องค์กรต้องจัดหาจัดเตรียมมิให้เบิกใช้เพียงพอจะช่วยลดและป้องกัน CLABSI จากการปนเปื้อนได้

คำสำคัญ การติดเชื้อ CLABSI, นวัตกรรม IUPC 3.0

สาระสำคัญ

1.ชื่อเรื่อง การพัฒนานวัตกรรม IUPC 3.0 เพื่อป้องกัน CLABSI ในผู้ป่วยที่สอดใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหญ่ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารคาม

2. ชื่อผู้วิจัย หรือคณะผู้วิจัย หน่วยงาน

2.1 นายสุรติ สันโดษ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

2.2 นางสาวศิริลักษณ์ จันทกุล พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

2.3 นางสาวจิรพร อินนอก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ที่ปรึกษา)

2.4 นางสาวสิรินารถ ประภาศพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ที่ปรึกษา)

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารคาม

3. ชื่อผู้นำเสนอ นายสุรติ สันโดษ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ

ผลงานการพัฒนานวัตกรรม IUPC 3.0 เพื่อป้องกัน CLABSI ในผู้ป่วยที่สอดใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหญ่ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารคาม

4. บทนำและวัตถุประสงค์

ภาวะช็อคจากการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด (Septic shock) เป็นภาวะวิกฤติ ชุกเฉิน ของผู้ป่วยที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ผู้ป่วยมีภาวะ Unstable hemodynamic Cardiac output: CO ลดต่ำลง เกิดการล้มเหลวของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย มีโอกาสสูงในการเสียชีวิต การทำหัตถการ Central venous catheter มีความจำเป็นต่อการให้สารน้ำ เลือดและส่วนประกอบของเลือด ยาปฏิชีวนะ ประเมินระบบไหลเวียนเลือด ความเพียงพอของปริมาตรสารน้ำในร่างกาย แต่หัตถการนี้มีความเสี่ยงสูง คือ การติดเชื้อในกระแสเลือด Central line associated blood stream infection; CLABSI ถึง 1.49–21.74 ครั้งต่อ 1,000 day central line (Brown et.al., 2010) ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยตำแหน่งในการใส่ Central Line ที่พบบ่อย คือ หลอดเลือดดำ Internal jugular, Subclavian vein และหลอดเลือดดำ femoral (Stevens et.al., 2014) ผู้ป่วยที่ใส่ Central Line ต้องได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและยืดอายุการใช้งาน จากสถิติบริการที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2564 - 2566 ทุกคนมีข้อบ่งชี้ในการใส่ Central Line คิดเป็นร้อยละ 100 พบอุบัติการณ์ติดเชื้อ CLABSI 16.39, 0 และ 3.35 ต่อ 1,000 day central line ตามลำดับ จากการทบทวนและสังเกตขณะทำหัตถการใส่สาย Central line พบว่าบุคลากรมีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด แต่พบประเด็นสำคัญมี โอกาสสูงในการปนเปื้อนที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อ CLABSI คือ ขั้นตอนการใช้ Ultrasound ตรวจหาหลอดเลือดโดยใช้ Ultrasound probe guide ซึ่งเป็นสายยาวที่ทำให้ปราศจากเชื้อด้วยวิธีการนี้ การแช่น้ำยาไม่ได้ และ ยังไม่มีแนวทางกำหนดที่ชัดเจนต่อการทำให้ Ultrasound probe guide ปราศจากเชื้อไว้ในวิธีปฏิบัติ บุคลากรปฏิบัติตามความสะอาดที่จัดหาหรือประยุกต์ใช้ตามสถานการณ์ เช่น ใช้ก๊อบรอง ผ้าสีเหลืองมาเจาะกลางท่อ เป็นต้น ซึ่งพบการปนเปื้อนสูง ต้องเปลี่ยนถุงมือ ผ้ารอง เปิดก๊อบ/ผ้าเพิ่มขึ้น ต้องเปลี่ยน Set ใหม่ ต้องใช้พยาบาล 2 คนช่วยทำหัตถการ จากปัญหาดังกล่าว หน่วยงานจึงสนใจพัฒนานวัตกรรมที่ใช้ง่าย สะดวก ราคาถูก ที่ช่วยให้หัวและสาย Ultrasound probe ปลอดเชื้อขึ้น

5. วิธีการศึกษา

5.1 รูปแบบการศึกษา ใช้กรอบแนวความคิดการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่องของ Deming Cycle (PDCA) ร่วมกับใช้แนวคิด Lean แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) Plan: ศึกษาวิเคราะห์เป็นผู้ป่วยการติดเชื้อ CLABSI จำนวน 5 ฉบับ สังเกตการปฏิบัติของบุคลากรแพทย์ จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 18 คน วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ทบทวนวรรณกรรม 2) DO: การพัฒนานวัตกรรมที่ช่วยให้ Ultrasound probe ปลอดเชื้อขณะทำหัตถการใส่สายสวน Central Line กำหนดเครื่องมือและตัวชี้วัดในการวัดผลลัพธ์ และสื่อสารบุคลากรก่อนนำสู่การปฏิบัติ 3) Check นำนวัตกรรมสู่การปฏิบัติร่วมกับ WI CLABSI แนะนำการใช้งานกับบุคลากรแพทย์ พยาบาล สังเกตบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่อง 4) Act ทดสอบประสิทธิภาพการใช้นวัตกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวทาง WI CLABSI , อุบัติการณ์ติดเชื้อ CLASI, ความพึงพอใจ ปัญหา อุปสรรคต่อการใช้นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นในแต่ละวงรอบ สู่การหมุนวงรอบการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

5.2 การกำหนดตัวอย่าง และวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1) ขั้นตอนวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผนพัฒนานวัตกรรม กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มแพทย์ จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย TICU จำนวน 18 คน ศึกษาวิเคราะห์เป็นผู้ป่วยติดเชื้อ CLABSI จำนวน 5 ฉบับ 2) ขั้นตอนทดลองและวัดผลลัพธ์การใช้นวัตกรรม แพทย์ จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย TICU จำนวน 18 คน ผู้ป่วยในหอผู้ป่วย TICU จำนวน 41 คน

5.3 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกการติดเชื้อ CLABSI แบบบันทึกการปฏิบัติตาม WI แบบบันทึกจำนวนครั้งของการปนเปื้อน และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม

5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) Plan ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวนวรรณกรรมเตรียมพร้อมในการพัฒนาในช่วงเดือนกันยายน 2566 ร่วมกับแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย TICU 18 คน สรุปปัญหาและแนวทางการพัฒนานวัตกรรม 2) ขั้นตอนพัฒนาและวัดผลลัพธ์ โดยนวัตกรรม Ultrasound probe (IUPC 1.0) ใช้ถุงมือปลอดเชื้อข้างเดียวหุ้มหัว Ultrasound probe และใช้ก๊อส sterile พันรอบสาย ทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ทำ Central line 18 คน ในช่วง 1 ตุลาคม 2566 - 30 พฤศจิกายน 2566 ประเมินผล พบว่ามีขั้นตอนเตรียมสายหลายอย่าง มีพื้นที่ปลอดเชื้อน้อย ก๊อสเลื่อนหลุดง่าย ต้องมีพยาบาลช่วยจับไว้ขณะที่แพทย์ทำกิจกรรม มีการปนเปื้อน ร้อยละ 78.5 ปรับปรุงวงรอบที่ 2 ปรับนวัตกรรม IUPC 2.0 ใช้นวัตกรรมถุงพลาสติกใสขนาด 25x35 เซนติเมตรมีความยาวตามสายมากขึ้นและหนึ่งข้างผ่านการปลอดเชื้อ 2 เส้น ทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 7 ราย ในช่วงเดือนธันวาคม 2566 พบว่า ปากถุงขนาดกว้างต้องใช้หนังยางมัดทั้งส่วนบนและส่วนปลาย การสนับสนุนท่อหนังยางส่งน้ำเข้าเชื้อไม่สม่ำเสมอของขาตใช้บ่อย ทำให้ใช้ปากถุงมัดสายไว้ ทำให้พื้นที่ปลอดเชื้อลดลง แพทย์มักวาง Ultrasound probe ไว้ในพื้นที่ปลอดเชื้อ ดึงลากสายไปมา มีการปนเปื้อน 7 ครั้ง ปรับปรุงวงรอบที่ 3 จัดทำนวัตกรรม IUPC 3.0 โดยใช้ถุงพลาสติกยาวพิเศษขนาด 6x36 นิ้ว (~15x90 เซนติเมตร) รัดด้วยหนังยาง 2 เส้น ต่อมาไม่ต้องใช้หนังยางรัด ใช้กับผู้ป่วยจำนวน 41 ราย และแพทย์ 5 คน พยาบาลวิชาชีพ 18 คน เก็บรวบรวมข้อมูล การติดเชื้อ CABSI, จำนวนครั้งของการปนเปื้อน ความพึงพอใจของการใช้นวัตกรรม และค่าใช้จ่ายของนวัตกรรม ในช่วง 1 มกราคม 2567 - 31 มีนาคม 2567

5.5 การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ ใช้สถิติจำแนก จำนวน และร้อยละ

6. ผลการศึกษา พบว่า นวัตกรรม IUPC 3.0 ใช้ง่าย สะดวก ลดการปนเปื้อนได้ดีมาก บุคลากรพึงพอใจร้อยละ 100 ค่าใช้จ่ายประหยัด 2.75 บาท/ชิ้น (รวมค่าน้ำปลอดเชื้อ) เทียบกับ Ultrasound probe cover ของบริษัท 13 บาท/ชิ้น ประหยัดได้ 10.25 บาท/ชิ้น และปัจจุบันมีการเผยแพร่ใช้ทั้งองค์กร หน่วยงาน IC และจ่ายกลางนำเข้าระบบเบิกจ่ายที่ทุกหน่วยงานสามารถเบิกมาใช้ และกำหนดในวิธีปฏิบัติการพยาบาลใช้ทั้งองค์กร

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	IUPC 1.0 (ต.ค.-พ.ย.66)	IUPC 2.0 (ธ.ค.66)	IUPC 3.0 (ม.ค.-มี.ค.67)
1. อัตราการติดเชื้อ CLABSI	$\leq 1.1 / 1,000$	10.86	18.30	0
2. ร้อยละความพึงพอใจนวัตกรรมต่อความสะดวก ง่าย ในการจัดเตรียม/ใช้/จัดเก็บ	>80%	81	88.5	100
3. ร้อยละความพึงพอใจนวัตกรรมในการลดการปนเปื้อน มีพื้นที่ปลอดเชื้อขณะทำการหัดถการ	>80%	66	87.5	100
3. ร้อยละความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการใช้ นวัตกรรมในภาพรวม	>80%	70	89	100

7. สรุปและข้อเสนอแนะ การติดเชื้อ CLABS มีหลายสาเหตุ นวัตกรรม IUPC 3.0 สามารถใช้ในการจัดการสาเหตุสำคัญที่ทุกคนอาจมองข้าม ใช้ง่าย ราคาถูก ไม่ต้องอบรมเตรียมความพร้อมต่อการใช้ แต่องค์กรต้องจัดหา จัดเตรียมมีให้เบิกใช้เพียงพอ และมีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดจะช่วยลดและป้องกัน CLABS จากการปนเปื้อนได้

8. เอกสารอ้างอิง

จันทร์ ธัญญา. (2020). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกี่ยวข้องกับการใส่สาย

- สวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง. พุทธชินราชเวชสาร, 37 (2), 149-158. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/97ca22f7-23e1-4c91-9f47-c55a3cca327b>
- पालิตา นราวุฒิพร. (2023). การพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 9 (2), 70-87. สืบค้นจาก https://he03.tci-thaijo.org/index.php/CUT_Nursejournal/article/view/536
- วงเดือน สุวรรณศิริ. (2021). การป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 15 (2), 14-26. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/6b26f04d-b6cb-4cc8-8430-68867fed79d5>
- สุพัตรา อุปนิสากร และคณะ. (2018). ผลของโปรแกรมควบคุมการติดเชื้อในเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดดำใหญ่ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในไอซียูอายุรกรรม. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 32 (2), 1095-1104. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/3288eec7-8829-4896-858e-59361ce5ff22>
- Wichmann et al. (2018). Efficacy of introducing a checklist to reduce central venous line associated bloodstream infections in the ICU caring for adult patients. BMC Infectious Diseases, 18, 267. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3178-6>

1. **ชื่อเรื่อง** การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด CAUTI ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม
2. **ชื่อผู้วิจัย** นางสาวจุฑารัตน์ ไชยสงเมือง, นายวาทัญญู เนื่องมหา, นางสุชัญญา เดชศิริ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม
3. **ชื่อผู้นำเสนอผลงาน** นายวาทัญญู เนื่องมหา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4. **บทนำและวัตถุประสงค์**

Catheter-association urinary tract infection: CAUTI เป็นการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนคาทางเดินปัสสาวะต่อเนื่องมากกว่า 48 ชั่วโมงหรือภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากถอดสายสวนปัสสาวะออก จากสถิติหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม มีจำนวน 12 เดือน ปี พ.ศ. 2566 ซึ่งมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด 761 คน จำนวนวันคาสายสวนปัสสาวะ 3,821 วัน พบอัตราการเกิด CAUTI เท่ากับ 3.48 ต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิด CAUTI ได้แก่ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ก่อนสวนปัสสาวะหรือหลังการขับถ่ายไม่ดีพอ เทคนิคการสวนปัสสาวะของบุคลากรแตกต่างกัน การเลือกสายสวนปัสสาวะไม่เหมาะสมกับขนาดท่อปัสสาวะ และการดูแลผู้ป่วยระหว่างคาสายสวนปัสสาวะไม่ถูกต้อง จากอัตราการติดเชื้อดังกล่าวจึงนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด CAUTI โดยใช้กระบวนการ PDCA เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิด CAUTI ลดวันนอนโรงพยาบาล ส่งเสริมการฟื้นตัวและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์อัตราการเกิด CAUTI ในหน่วยงาน
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด CAUTI ในหน่วยงาน
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด CAUTI ในหน่วยงาน

5. วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการศึกษาจากการปฏิบัติหน้าที่ (Action Research) เพื่อศึกษาและพัฒนาในหน่วยงานโดยเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ

2. พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 17 คน แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ยินยอมสมัครใจให้ความร่วมมือ เกณฑ์คัดออก คือ 1) พยาบาลที่ลาศึกษาต่อ 2) พยาบาลที่ลาคลอด

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล รายงานอุบัติการณ์การเกิด CAUTI ในผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่

6. ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาปัญหาและสถานการณ์การเกิด CAUTI ในหน่วยงาน ได้แก่ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ก่อนสวนปัสสาวะหรือหลังการขับถ่ายไม่ดีพอ เทคนิคการสวนปัสสาวะของบุคลากรแตกต่างกัน การเลือกสายสวนปัสสาวะไม่เหมาะสมกับขนาดท่อปัสสาวะ และการดูแลผู้ป่วยระหว่างคาสายสวนปัสสาวะไม่ถูกต้อง

2. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด CAUTI ใช้กระบวนการ PDCA มีดังนี้

P: Plan ประชุมวิเคราะห์และสำรวจปัญหา การเกิด CAUTI ในหน่วยงาน จากประสบการณ์ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิด CAUTI ได้แก่ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ก่อนสวนปัสสาวะหรือหลังการขับถ่ายไม่ดีพอ เทคนิคการสวนปัสสาวะของบุคลากรแตกต่างกัน การเลือกสายสวนปัสสาวะไม่เหมาะสมกับขนาดท่อปัสสาวะ และการดูแลผู้ป่วยระหว่างคาสายสวนปัสสาวะไม่ถูกต้อง ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด CAUTI โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยย้อนหลัง 5 ปี จากตำรา งานวิจัย บทความวิชาการ และรวบรวมข้อมูลจัดทำ “แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด CAUTI” ขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 1. เทคนิคการใส่สายสวนปัสสาวะ ได้แก่ 1) เลือกสายสวนปัสสาวะ เพศชายขนาดที่แนะนำ คือ 14-16 Fr เพศหญิงคือ 12-14 Fr 2) ล้างมือ 3) สวมถุงมือปราศจากเชื้อ 4) ทำความสะอาดด้วยน้ำยาเซฟลอน (1:100) 5) ใช้เทคนิคปราศจากเชื้อในการใส่สายสวนปัสสาวะ 6) ก่อนใส่สายสวนปัสสาวะ เช็ดปลายสายด้วย 2% โพรพิโดน ไอโอดีน 7) หล่อลื่นสายสวนปัสสาวะก่อนใส่ และใส่เพศชายให้จับองคชาติห้ามุม 60-90 องศากับลำตัว แล้วใส่สายสวนเข้าไป 6-8 นิ้ว สำหรับเพศหญิงประมาณ 2-3 นิ้วหรือจนกว่าจะมีน้ำปัสสาวะไหลออกมา 8) ฉีดน้ำปราศจากเชื้อเข้าไปในบอลูนของสายสวนประมาณ 10-30 ml ตามบริษัทของผู้ผลิต 2. การดูแลผู้ป่วยขณะใส่สายสวนปัสสาวะ ได้แก่ 1) ยึดตรึงสายสวนป้องกันการดึงรั้ง โดยเพศชายให้ดึงกับโคนขาด้านหลังหรือหน้าท้องและเพศหญิงดึงที่โคนขาด้านใน 2) วางถุงรองรับน้ำปัสสาวะให้อยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ 3) แขนงรองรับน้ำปัสสาวะไม่ให้สัมผัสพื้น ห่างจากพื้นมากกว่า 6 นิ้ว 4) ดูแลให้ระบบสายสวนอยู่ในระบบปิด ไม่ให้สายหักพับงอ 5) เทน้ำปัสสาวะในถุงรองรับน้ำออก เมื่อปริมาณปัสสาวะในถุง 3/4 ของถุงรองรับ หรือก่อนจะมีกิจกรรมเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 6) ก่อน-หลังเทน้ำปัสสาวะ เช็ดปลายท่อเปิดถุงรองรับน้ำปัสสาวะด้วย 70% alcohol 7) ล้างมือและเปลี่ยนถุงมือทุกครั้ง ในผู้ป่วยแต่ละราย 8) แยกภาชนะรองรับน้ำปัสสาวะในผู้ป่วยแต่ละราย 9) เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะทุก 14 วันหรือเมื่อมีการรั่วซึมหรืออุดตัน 10) flush อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งหรือเมื่อมีการขับถ่าย 11) การเก็บปัสสาวะส่งตรวจใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ ถ้าต้องการดูน้ำปัสสาวะส่งตรวจให้ดูจากตำแหน่งเฉพาะที่สายสวนปัสสาวะ

D: Do นำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด CAUTI ที่จัดทำขึ้น มาชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการแก่พยาบาลวิชาชีพ จากนั้นนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ 1 เดือน นำแนวปฏิบัติไปใช้จริง คือ ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567

C: Check ติดตามอุบัติการณ์การเกิด CAUTI ในหน่วยงาน จากรายงานของงาน IC

A: Act ประชุมสรุป แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด CAUTI และนำเสนอผลงาน

3. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติ พบว่า รายงานตัวชี้วัดในหน่วยงาน เดือน ตุลาคม 2566 – มีนาคม พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยจำนวน 603 คน วันคาสายสวนปัสสาวะ 2,843 วัน พบอัตราการเกิด CAUTI เท่ากับ 1.06 พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้

7. สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด CAUTI สามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิด CAUTI ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามได้ จากอัตราการเกิด CAUTI เท่ากับ 3.48 เป็น 1.06 ต่อ 1,000 วันคาสายสวน ซึ่งมีแนวโน้มลดลง

ข้อเสนอแนะ สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด CAUTI โดยใช้กระบวนการ PDCA ไปใช้ในหน่วยงานอื่นได้

เอกสารอ้างอิง

- กฤษณา สอนถม, ลีต้า อาษาวิเศษ, นิตยา ยุตะวัน, และธีราภรณ์ สาครเจริญ. (2562). ชนิดและประสิทธิภาพของน้ำยาทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เพศหญิง : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 3(2), 18-36.
- เกล็ดดาว จันททีโร, พรทิพย์ ถนอมวัฒน์, มุจรินทร์ แจ่มแสงทอง, และปรีดาวรรณ บุญมาก. (2565). การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 39(1), 97-105.
- ปัทมา วงษ์กัญ, วงเดือน สุวรรณศิริ, และณิกานต์ ทรงไทย. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกต่อการปฏิบัติของพยาบาลและการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(2), 26-35.
- เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่คาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลตติยภูมิ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 12(1), 48-57.
- วงเดือน สุวรรณศิริ, และอรพิน จุลมุสิ. (2566). การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 17(2), 1-14.
- ศุภชัย รักแก้ว, และคณะ. (2566). ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 50(2), 27-40.
- สมร ประทุมไทย. (2564). ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพัน. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 6(2), 90-97.

บทคัดย่อที่สมบูรณ์ต้องประกอบด้วย

4.2.1 ชื่อนวัตกรรม Transfer Bag Save Life Kit “กระเป๋านำส่งช่วยชีวิต”

4.2.2 ชื่อเจ้าของผลงาน/ชื่อผู้นำเสนอ : นายสุนิตย์ สุวรรณมิตร

4.2.3 บทนำ (หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์)

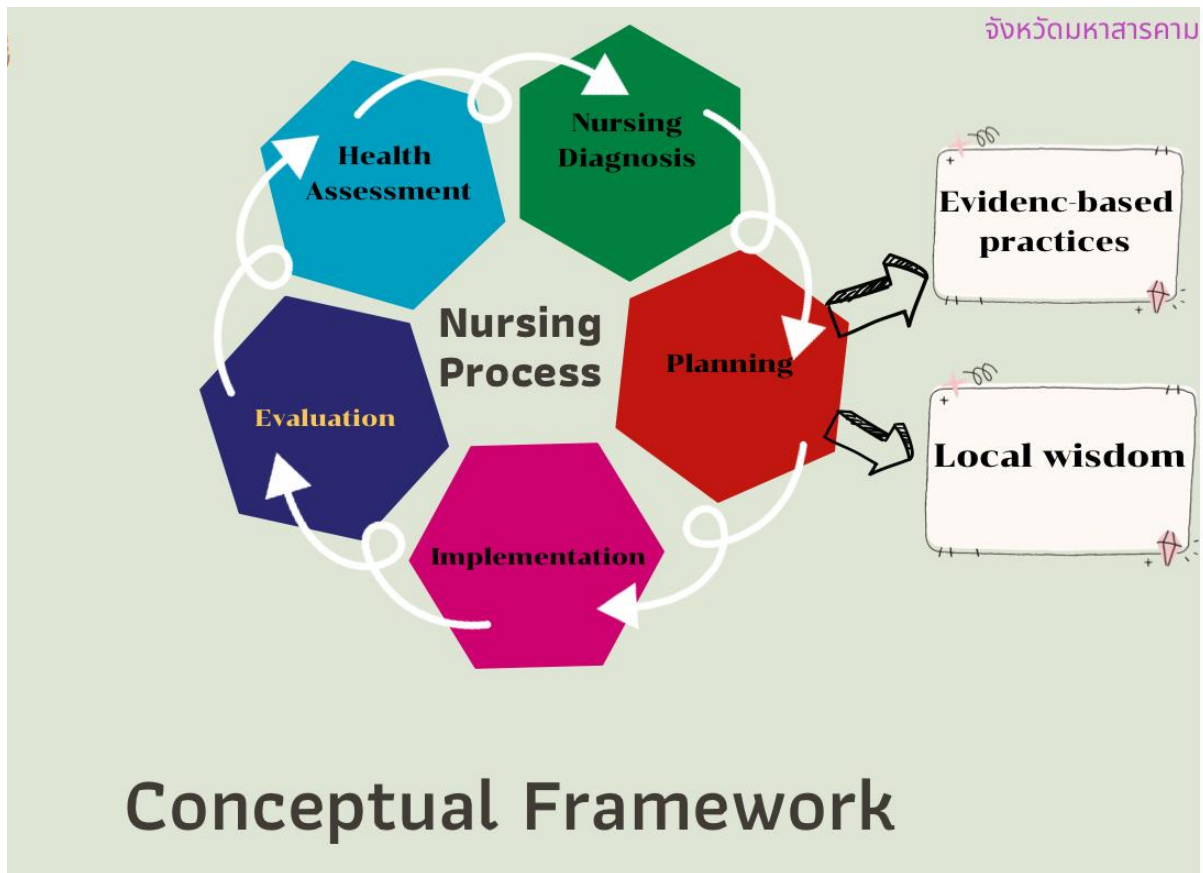
ห้องฉุกเฉินเป็นจุดบริการด่านหน้าที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ข้อมูลทางสถิติของกลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม สถิติจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2564-2566 พบว่ามีจำนวน 39,778 ราย, 43,596 ราย และ 51,220 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปีและอัตราการเสียชีวิตในผู้รับบริการกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม Trauma Level 1 พบ 21.7 ต่อแสนประชากร โรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่า มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ในรอบปีงบประมาณ 2566 จำนวน 51,220 ราย ซึ่งเป็น ผู้ป่วย Level 1 จำนวน 12,306 ราย และในช่วยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567 ถึง 29 มิถุนายน 2567 มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไป CT-SCAN และ X-ray จำนวน 23,310 ครั้ง (ศูนย์เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาสารคาม , 2567) โดยมีความเสี่ยงที่มีความรุนแรงจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจำนวน 5 ครั้ง ได้แก่ หัวใจหยุดเต้น 2 ครั้ง เช่นแปลผู้ป่วยชนกัน 2 ครั้ง ท่อช่วยหายใจเลื่อน 2 ครั้ง และขวด ICD แตก ทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดและเสียชีวิต 2 ครั้ง ดังนั้น เพื่อให้ผู้บาดเจ็บที่มีอาการวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการการเคลื่อนย้ายที่มีคุณภาพและเกิดความปลอดภัยรวมทั้งเป็นการตอบรับนโยบายการพัฒนาระบบบริการตาม Service plan และ Excellence trauma center ของโรงพยาบาลมหาสารคามและให้เป็นที่ไปตามวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม “เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการเป็นเลิศในระดับสากล เครือข่ายเข้มแข็ง และมีการพัฒนาอย่างยั่งยืน”และเข็มมุ่ง “นวัตกรรมเด่น เน้นปลอดภัย เครือข่ายเข้มแข็ง มุ่งสู่ความเป็นเลิศ ” จึงได้จัดทำนวัตกรรมนี้ขึ้น

วัตถุประสงค์

1. สร้างนวัตกรรมในการดูแลขณะเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บที่มีอาการวิกฤตฉุกเฉินภายในโรงพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
2. ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้นวัตกรรมในการดูแลขณะเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บที่มีอาการวิกฤตฉุกเฉินภายในโรงพยาบาล ประกอบด้วย อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และความพึงพอใจของพยาบาลต่อนวัตกรรม

4.2.4 วิธีการพัฒนานวัตกรรม

-โดยใช้กระบวนการพยาบาล



รวบรวมข้อมูลจากเหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงานมีการประชุมร่วมกันทบทวน เหตุการณ์ความเสี่ยงที่มีความรุนแรงจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจำนวน 5 ครั้ง ได้แก่ หัวใจหยุดเต้น 2 ครั้ง เช่น เพลผู้ป่วยชนกัน 2 ครั้ง ท่อช่วยหายใจเลื่อน 2 ครั้ง และขวด ICD ตก ทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดและเสี่ยงชีวิต 2 ครั้ง

จากปัญหาที่พบได้จัดทำนวัตกรรมโดยได้จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ ดังนี้

1. กระเป๋า 1 ใบพร้อมสายสะพาย
2. Ambu 1 ลูก
3. Face mask
4. กล่องพลาสติกใส่ยา Valiam 2 Amp
5. อุปกรณ์สำหรับ ยึดท่อช่วยหายใจ
6. O2 sat
7. set ให้สารน้ำ
8. สายออกซิเจน 2 ทาง

4.2.5 การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

1. ผลการพัฒนาเกิดชุดนวัตกรรม คือ กระเป๋าฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วย ขณะเคลื่อนย้าย



กระเป๋า Transfer Bag Save Life Kit



2. ไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อนวัตกรรม มีความพึงพอใจร้อยละ 98

4.2.6 ประโยชน์/การนำไปใช้

ได้นวัตกรรมในการช่วยดูแลผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังเตียงต่างๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะเคลื่อนย้ายลงได้

4.2.7 เอกสารอ้างอิง

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2520.) แนวปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ <https://w2.med.cmu.ac.th/ha/wp-content/uploads/2020/05/1>.

ปิยรัตน์ วงศ์นายโกฏ และ ตลวิวัฒน์ แสนโสม. (2560). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการเคลื่อนย้าย
ผู้ป่วย ภายในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ.
<https://gsbooks.gs.kku.ac.th/60/nigrc2017/pdf/MMO10.pdf>

Warawas, C., & Chongkum, S. (1997). Shielding for high energy, high intensity electron
accelerator installation.

แบบฟอร์มการส่งผลงานประเภท CQI/นวัตกรรม

บทคัดย่อ

1. ชื่อนวัตกรรม : เปรียบเทียบผลการใช้นาฬิกาจับท่านอนกับ Jaundice alarm box ต่อการปฏิบัติการจัดทำทารกที่มีภาวะตัวเหลืองขณะส่องไฟรักษา
2. ชื่อผู้วิจัยและหน่วยงาน 1.น.ส.น้ำอ้อย นครกลาง 2.น.ส.ณิรนุช วงศ์ก้อม 3.น.ส.สมทรง บุตรตะ (หอผู้ป่วยสูติกรรม)
3. บทนำ

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดเป็นปัญหาความเจ็บป่วยที่สำคัญและพบบ่อยในทารกแรกเกิด เกิดจากการมีสารสีเหลืองที่เรียกว่า "บิลิรูบิน" (Bilirubin) ในเลือดสูงกว่าปกติ ระดับสารบิลิรูบินที่สูงมาก มีผลทำให้สารบิลิรูบินซึมเข้าสู่สมอง เกิดภาวะชัก ส่งผลให้ทารกมีภาวะสมองพิการอย่างถาวร การรักษาภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดที่ใช้บ่อยคือการส่องไฟเพื่อลดระดับสารบิลิรูบินในเลือด โดยใช้พลังงานแสงสว่างสีฟ้า (Blue light) ทำปฏิกิริยาก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างโมเลกุลของสารบิลิรูบินที่ไม่ละลายในน้ำให้เป็นสารที่ละลายในน้ำได้ ซึ่งถูกขับออกทางปัสสาวะและอุจจาระได้ง่าย ทำให้ระดับสารบิลิรูบินในเลือดลดลง ประสิทธิภาพการส่องไฟรักษา มีปัจจัยหลายอย่าง การเพิ่มพื้นที่ผิวทารกให้สัมผัสกับแสงสีฟ้าเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการส่องไฟรักษาภาวะตัวเหลือง

หอผู้ป่วยสูติกรรมให้บริการดูแลมารดาและทารกแรกเกิดในรายที่ปกติและทารกแรกเกิดที่มีภาวะแทรกซ้อนไม่รุนแรง จากสถิติการให้บริการปี 2564-2566 พบทารกแรกเกิดมีภาวะตัวเหลืองร้อยละ 5.11, 6.12 และ 6.18 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ทารกกลุ่มนี้ได้รับการรักษาโดยการส่องไฟแบบด้านเดียว (Single Phototherapy) พบว่ามีค่าสารบิลิรูบินไม่ลดลงแต่กลับสูงขึ้นจนต้องย้ายไปรักษาที่หอผู้ป่วยทารกป่วยเพื่อส่องไฟรักษาแบบสองด้าน (Double Phototherapy) ร้อยละ 10.8, 17.25 และ 18.12 มีความรุนแรงต้องได้รับการรักษาเปลี่ยนถ่ายเลือด 1 ราย จากการทบทวนการดูแลพบว่าทารกที่มีภาวะตัวเหลืองขณะรักษาด้วยการส่องไฟทารกจะนอนท่าเดิมและเป็นเวลานาน ส่วนมากจะนอนท่านอนหงาย ทำให้พื้นผิวของทารกสัมผัสแสงได้ไม่ทั่วถึง ส่งผลให้ไม่สามารถการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างโมเลกุลสารบิลิรูบิน การขับถ่ายออกจากร่างกายได้น้อย ค่าสารบิลิรูบินในเลือดจึงเพิ่มสูงขึ้น

ดังนั้นหอผู้ป่วยสูติกรรมจึงได้จัดทำนวัตกรรมนาฬิกาจับท่านอนและ Jaundice alarm box กระตุ้นเตือนการเปลี่ยนท่าทารกที่มีภาวะตัวเหลืองขณะส่องไฟรักษา เพื่อเพิ่มพื้นผิวของทารกให้สัมผัสแสง เพิ่มประสิทธิภาพการส่องไฟรักษาและลดระดับสารบิลิรูบินในเลือด

4. วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

- 4.1. ประชุมเจ้าหน้าที่เพื่อทบทวนสถิติที่สำคัญ วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา
- 4.2. มอบหมายผู้รับผิดชอบ ศึกษางานวิจัย/EBP/นวัตกรรม

- 4.3. จัดทำนวัตกรรมแผ่นป้ายการจดทำทารกตัวเหลืองขณะส่องไฟรักษา
- 4.4. ทดลองประสิทธิภาพใช้จริงในทารกตัวเหลืองขณะส่องไฟรักษา
- 4.5. ปรับรูปลักษณะนวัตกรรม
- 4.6. กำหนดแนวปฏิบัติการใช้และนำสู่การใช้จริง
- 4.7. ประเมินผลนวัตกรรม (รอบ 1)

รอบ 1 แผ่นป้ายการจดทำ

ปัญหา	แนวทาง	ผลลัพธ์/โอกาสพัฒนา
<p>ปัญหา ปี 2566</p> <p>1. มารดาไม่ได้จดทำตามแผ่นป้าย เนื่องจากนอนหลับ</p> <p>2. มารดานับเวลาชั่วโมง การเปลี่ยนท่าไม่เท่า</p> <p>3. มารดาลืมเวลา ลืมท่าที่จะให้นอนในชั่วโมงต่อไป</p> <p>4. ป้ายหลายป้ายที่ห้ายเตียง</p>	<p>1. อธิบายการนับเวลาและการจดทำ</p> <p>2. เพิ่มนาฬิกาในแผ่นป้าย</p> <p>3. ปรับรูปลักษณะแบบตั้งโต๊ะ</p>	<p>1. ร้อยละการปฏิบัติการจดทำ 45.68</p> <p>2. ร้อยละทารกตัวเหลืองที่มีค่า MB ลดลง 61.21</p> <p>3. ร้อยละทารกย้าย SNB จาก MB สูงขึ้น หลังส่องไฟรักษา 5.86</p>

รอบ 2 นาฬิกาจดทำ

ปัญหา	แนวทาง	ผลลัพธ์/โอกาสพัฒนา
<p>ปัญหา ปี 2567</p> <p>มารดาไม่ได้จดทำตามแผ่นป้าย เนื่องจากนอนหลับ</p>	<p>MOU กับคณะวิศวกรรมศาสตร์ มมส.</p> <p>Jaundice box alarm เปรียบเทียบแผ่นป้ายนาฬิกา</p>	<p>** กล่องใหญ่ ไม่สวย ไม่แข็งแรง**</p>

5. ผลการศึกษา

ตัวชี้วัด	นาฬิกาจดทำ	Alarm box
1. ร้อยละการปฏิบัติการจดทำตามเวลาที่กำหนด	62.63	98.16
2. ร้อยละทารกตัวเหลืองที่มีค่า MB ลดลง	71.68	72.62
3. ร้อยละทารกย้าย SNB จากค่า MB เพิ่มขึ้น	1.28	1.20
3. ความพึงพอใจต่อนวัตกรรมของมารดาและญาติ	78.64	90.12

6. ประโยชน์และการนำไปใช้

6.1 จัดทำทารกตัวเหลืองขณะส่องไฟรักษา

6.2 พยาบาลมีการดูแลทารกกลุ่มตัวเหลืองได้ตามมาตรฐาน

6.3 ผู้รับบริการพึงพอใจ

6.. เอกสารอ้างอิง

จันทมาศ เสาวรส.(2562). “ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด”: ปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม. วารสารราชชาติ วิทยาลัยบรมราชชนนีสุรินทร์.ปี 9(1); 108-109.

พัชรา ประเสริฐวิทย์. (2560). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี. ปีที่ 25(3);273-281.

นนทยา นาคะสิงห์. (2563). นวัตกรรมบิกินี่ตัวจิ๋วเพิ่มพื้นที่ผิวลดค่าตัวเหลือง. วารสารโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา.ปีที่ 6(1);016-23.

ชื่อเรื่อง กล่องอุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดย Caregiver
ผู้วิจัย นายสุรนนท์ กลิ่นศรีสุข
ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดชำนาญการ
สถานที่ปฏิบัติงาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านสองนางโย
บทคัดย่อ

ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ การดูแลผู้สูงอายุเป็นนโยบายหลักของชาติ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านสองนางโย มีผู้สูงอายุจำนวน 3,016 คน อสม.จำนวน 91 คน และ Care giver (CG) จำนวน 12 คน ซึ่ง CG เป็นผู้ที่มิบทบาทสำคัญในพื้นที่พหุสมรรถภาพร่วมกับญาติและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยรูปแบบการให้บริการปกตินั้นจะมีการตรวจประเมินสุขภาพ ทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านกายภาพบำบัด CG สามารถพาออกกำลังกายได้ แต่ยังขาดอุปกรณ์ที่จะช่วยในการทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดการฝึกทักษะให้มีความหลากหลาย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้พัฒนารูปแบบการให้บริการ โดยจัดทำกล่องอุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ CG มีอุปกรณ์ที่สามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุระหว่างปฏิบัติงานได้ ในการศึกษาในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มวิธีการฝึกทักษะและออกกำลังกายในผู้สูงอายุติดบ้านในชุมชน โดย CG ขั้นตอนเริ่มจากทบทวนวิธีการทำงานของ CG ในผู้สูงอายุ ร่วมกันออกแบบกิจกรรมและอุปกรณ์ที่เหมาะสม ฝึกการใช้อุปกรณ์แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ 60 คน พบว่าส่วนใหญ่ CG มีความพึงพอใจในการนำกล่องอุปกรณ์ไปใช้ร่วมกับการปฏิบัติงาน และมีความมั่นใจในการฝึกกิจกรรมทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุมากขึ้น อย่างไรก็ตามอาจจะต้องมีงบประมาณเพื่อขยายผลไปยังในชุมชนอื่นและในกลุ่มของ อสม. ที่ต้องการนำไปใช้ อีกทั้งความคงทนของอุปกรณ์ต่างๆ นั้นเป็นอุปกรณ์ประยุกต์ที่อาจเกิดมีความเสื่อมสภาพได้ แนวทางที่จะพัฒนาในโอกาสต่อไปควรทำคู่มือประกอบการใช้อุปกรณ์ให้มีความเป็นมาตรฐานมากขึ้นและการต่อยอดไปยังกลุ่ม อสม. ในชุมชน ในการให้บริการร่วมกับในสถานี่สุขภาพได้

คำสำคัญ: Caregiver, ฟิ้นฟูสมรรถภาพ, ผู้สูงอายุ, ชุมชน

สาระสำคัญ

1. ชื่อเรื่อง กล้องอุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดย Caregiver
2. ชื่อผู้วิจัย นายสุรนนท์ กลิ่นศรีสุข นักกายภาพบำบัดชำนาญการ, จอ. ปรีชา เสนางษ์พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, นางสาวจริญญา เชื้อลิ้นฟ้า นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ, นางสาวธิดาภรณ์ ไส้โศก นักการแพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
3. ชื่อผู้นำเสนอผลงาน นายสุรนนท์ กลิ่นศรีสุข
4. บทนำและวัตถุประสงค์

ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ การดูแลผู้สูงอายุเป็นนโยบายหลักของชาติ ทั้งการที่ไม่ให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิง ภาวะสมองเสื่อมและการพลัดตกหกล้ม ในพื้นที่เขตบริการศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านสองนางโย มีผู้สูงอายุทั้ง 9 ชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 3,016 ราย มี อสม. จำนวน 91 ราย มี Caregiver จำนวน 12 ราย ซึ่ง Caregiver เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในพื้นที่ฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับญาติและเจ้าหน้าที่

จากการศึกษาของ วรรณภา อินตะราชา¹

แนวทางในการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 10 ผลการศึกษาพบว่าปัญหาและ อุปสรรคในการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ด้านการปฏิบัติงาน ยังพบปัญหาการให้ความ

ร่วมมือของผู้สูงอายุและญาติด้านอุปกรณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุยังขาดอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้สูงอายุ เช่น เครื่องวัดความดัน

และจากผลการศึกษาของ วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง² การประเมินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านพบว่าปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาเรื่องการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องดูแลมีมากเกินไป การขาดความรู้ในการปฏิบัติหน้าที่ และการสื่อสารกับผู้สูงอายุมีปัญหา อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพโดย Caregiver ในรูปแบบการให้บริการปกติของ Caregiver จะมีการตรวจประเมินสุขภาพ วัตถุประสงค์ทำกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และทำ care plan เป็นครั้งๆ ในทางกายภาพบำบัด Care giver สามารถพาออกกำลังกาย active, passive exercise ได้แต่ยังไม่มีอุปกรณ์ที่จะช่วยในการทำกิจกรรมที่ทำให้มีรูปแบบการฝึกทักษะและออกกำลังกายให้มีความหลากหลาย ผู้ศึกษาจึงได้ทำการพัฒนารูปแบบการให้บริการโดยจัดทำกล่องอุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ Caregiver มีอุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพที่สามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุระหว่างปฏิบัติงานได้ เพื่อเพิ่มวิธีการฝึกทักษะและออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่บ้านในชุมชนโดย Caregiver

5. วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ได้ศึกษาข้อมูลการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุโดย Caregiver ทบทวนวิธีการให้บริการในผู้สูงอายุที่ติดบ้าน และวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพและออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

- 5.1 รูปแบบการศึกษา พัฒนารูปแบบการบริการ (Action Research)
- 5.2 การกำหนดตัวอย่าง และวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง Caregiver ที่ให้บริการในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านสองนางโย 12 คน
- 5.3 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์
- 5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์
- 5.5 การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ ใช้สถิติเชิงพรรณนา

6. ผลการศึกษา

1. Caregiver

มีความพึงพอใจในการนำกล่องอุปกรณ์ไปใช้ร่วมกับการปฏิบัติงาน 100 %

2. Caregiver

มีความมั่นใจในการฝึกกิจกรรมทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุมากขึ้น 83%

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

อุปกรณ์หลายๆชิ้นอาจจะต้องมีงบประมาณในการสนับสนุน เพื่อจะขยายผลไปต่อในชุมชนทั้งหมดและในกลุ่มของ อสม. ที่อยากจะนำไปใช้ ก็สามารถเรียนรู้และนำไปใช้ได้เช่นกัน การศึกษาดูความคงทน หรือ ขาดเสียหายของอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ เพราะบางอย่างเป็นอุปกรณ์ประยุกต์เช่น ยางยืด ก็มีความเสื่อมได้แนวทางที่จะพัฒนาในโอกาสต่อไป อาจเพิ่มการทำคู่มือประกอบการใช้อุปกรณ์ให้มีความเป็นมาตรฐานมากขึ้นและการต่อยอดไปยังกลุ่ม อสม. ในชุมชน รวมทั้งอาจจะมีไว้บริการร่วมกับในสถานีสุขภาพ (Health station) ต่อไป

ภาคผนวก

1. วรรณภา อินตะราชา. ผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ตามแผนการดูแลรายบุคคลที่ผ่านการอบรม หลักสูตร 70 ชั่วโมงในเขตสุขภาพที่10 กรมอนามัย. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก:
https://hpc10.anamai.moph.go.th/th/journal-of-health-center-10/download?id=94432&mid=31616&mkey=m_document&lang=th&did=34541
2. วิไลลักษณ์รุ่งเมืองทอง. การประเมินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน. [อินเทอร์เน็ต]. 2553. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก:
<http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2553/19566.pdf>.

1. **ชื่อนวัตกรรม/CQI:** ปอดขยาย ง่ายๆด้วยเชือกฟาง

2. **ชื่อผู้นำเสนอ :**

นางแสงอรุณ ถือนุสอน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางสาวไกรสร เทกอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางสาวอังตะวัน นาสถิตย์ พยาบาลวิชาชีพ

3. **ชื่อหน่วยงาน:** หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจโรงพยาบาลมหาสารคาม

4. **หลักการและเหตุผล**

ภาวะปอดแฟบคือ ภาวะที่ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ เกิดจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การหายใจสั้น มีสิ่งอุดตันในหลอดลมเล็กๆ ฤกษ์ลมในปอดตึบ มีแรงดันจากช่องเยื่อหุ้มปอด ไม่สามารถไอขับเสมหะออกได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และการระบายอากาศไม่เพียงพอ ส่งผลให้เลือดที่ไหลผ่านปอดไม่สามารถแลกเปลี่ยน ออกซิเจนกับปอดได้ ระดับออกซิเจนในเลือดแดงจึงลดลง ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ ซึ่งปัญหาปอดแฟบ มักพบในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจร่วมกับผู้สูงอายุมักพบโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคหอบหืด วัณโรค โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคฤกษ์ลมโป่งพองร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะติดเชื้อ อาการหายใจลำบากกำเริบ ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อพ้นภาวะวิกฤตจะได้รับการฟื้นฟูและบริหารปอด เพื่อเป็นการป้องกันภาวะปอดแฟบ เพิ่มประสิทธิภาพในการหายใจและลดความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับปอด และยังช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ดี ลดระยะเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ปัจจุบันมีการบริหารการหายใจโดยใช้ อุปกรณ์ช่วยขยายปอด Incentive spirometer แบบ Tri-flow เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี แต่ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถกำหนดจังหวะการดูด Tri-flow ได้ ทำให้ประสิทธิภาพในการบริหารปอดนั้นทำได้ไม่เต็มที่ ดังนั้น หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจจึงได้คิดค้นพัฒนานวัตกรรมช่วยเป่าปอดร่วมกับนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามชั้นปีที่ 3 “ปอดแข็งแรง หัวใจเข้มแข็ง” เป็นนวัตกรรมช่วยเป่าปอดซึ่งใช้เชือกฟางเป็นตัวกำหนดกำหนดจังหวะการหายใจขึ้น เพื่อเป็นสัญญาณให้ผู้ป่วยสามารถดูดTri-flow ได้ถูกจังหวะ

5. **วัตถุประสงค์**

5.1 เพื่อพัฒนานวัตกรรมช่วยเป่าปอดด้วย Tri-flow ให้ได้ประสิทธิภาพ

5.2 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีอุปกรณ์ช่วยสอนผู้ป่วยปอดด้วย Tri-flow โดยมีเชือกฟางเป็นตัว กำหนดการหายใจ

5.3 เพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดแฟบที่เข้ารับการรักษาที่หออภิบาลผู้ป่วย หัวใจ ให้สามารถหายใจออกซิเจนได้

6. **วิธีการพัฒนานวัตกรรม/CQI**

กิจกรรมการพัฒนา:

การพัฒนานวัตกรรม โดยใช้หลักการ PDCA (Plan/Do/Check/Act)

ขั้นตอนที่1 การวางแผน (P=Plan) • สํารวจปัญหาและเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ประเด็นปัญหา เพื่อพัฒนาคุณภาพงาน พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดแฟบที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจหยา ออกซิเจนได้ช้าจึงมีการบริหารการหายใจโดยใช้อุปกรณ์ช่วยขยายปอด Incentive spirometer แบบ Tri-flow เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี แต่ปัญหาที่พบคือผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถกำหนดจังหวะการดูด Tri-flow ได้ ทำให้ประสิทธิภาพในการบริหารปอดนั้นทำได้ไม่เต็มที่ ในปี.ศ. 2566 พบจำนวน 3 ราย ปีพ.ศ. 2567 (ตุลาคม 2566 – มกราคม 2567) มีจำนวน 2 ราย

- ประชุมทีมระดมสมอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้
- ออกแบบนวัตกรรมที่ช่วยส่งเสริมการบริหารปอดได้ โดยเลือกใช้วัสดุที่สามารถหาได้ง่าย สามารถประดิษฐ์ขึ้นเองได้ น้ำหนักเบา
- จัดทำนวัตกรรมเรื่อง ปอดขยาย ง่ายๆด้วยเชือกฟาง

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (D=do) ใช้นวัตกรรมกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดแฟบที่เข้ารับการรักษาในหอ อภิบาลผู้ป่วยหัวใจ ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 30 เมษายน 2567 (3เดือน)

ขั้นตอนที่3 การตรวจสอบ (C=check) ประเมินผลและติดตามการใช้นวัตกรรมเมื่อครบ 3 เดือน โดยประเมินสมรรถภาพปอดของผู้สูงอายุ จากการตรวจร่างกาย ชักประวัติ ประเมินสัญญาณชีพ และการ ประเมินคัดกรองความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน รับประทานอาหาร และความสามารถในการหยาออกซิเจนได้

ขั้นตอนที่4 การดำเนินการตามความเหมาะสม (A=act) พัฒนาต่อเนื่องจนเป็นนวัตกรรม ปอด ขยาย ง่าย ๆ ด้วยเชือกฟาง เพื่อใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดแฟบที่เข้ารับบริการในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ หลัง เอาท่อช่วยหายใจออกหรือหลังหยาเครื่องช่วยหายใจชนิด High flow nasal cannula

7. การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม/CQI

หัวข้อการประเมิน นวัตกรรม	ระดับความพึงพอใจ									
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความสอดคล้องของ นวัตกรรมกับการ นำไปใช้งาน	15	88.23	2	11.76						
2. ความเหมาะสมในการ ใช้งาน	15	88.23	2	11.76						
3. ประโยชน์ในการใช้ งาน	15	88.23	2	11.76						
4. ความสะดวกในการใช้ งาน	15	88.23	2	11.76						

5. ความปลอดภัยในการใช้งาน	15	88.23	2	11.76						
6. ความพึงพอใจโดยภาพรวม	15	88.23	2	11.76						

8. ประโยชน์/การนำไปใช้

8.1 เป็นนวัตกรรมที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ ลดอาการหายใจลำบาก เพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอดและสมรรถภาพทางกายได้

8.2 ได้นวัตกรรมที่มีคุณภาพและสามารถใช้งานได้จริง

8.3 ช่วยแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุได้ตรงจุด

8.4 ผู้สูงอายุมุ่งกำลังใจในการบริหารปอดต่อไป

9. โอกาสพัฒนา หรือข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อไป: ควรขยายผลนวัตกรรมปอดขยาย ง่าย ๆ ด้วยเชือกฟาง ไปสู่หอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาปอดแฟบและหยาบออกซิเจนได้ยาก

10. เอกสารอ้างอิง

กรอนงค์ ยืนยงชัยวัฒน์ และคณะ. (2562) ภายภาพบำบัดทางระบบหายใจในสภาวะพิเศษ.

กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ชนิษฐา รัตนกัลยา. (2561). การโค้ชการบริหารการหายใจโดยใช้เครื่องบริหารปอดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด
Coaching on Breathing Exercise by Applying Incentive Spirometer in Post-Operative Patients.

วารสารพยาบาลทหารบก; 19 ฉบับพิเศษ.

ยาอินตา, นิกร. (2561). การพัฒนาเครื่องบริหารปอดเพื่อแก้ปัญหาสุขภาวะพร่องของระบบทาง
เดินหายใจ. สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

อัครพล โอภาสพสุ และคณะ. (2559). ผลทันทีของการฝึกหายใจโดยใช้ทรวงอก (Costal breathing
exercise) ร่วมกับการคงค้างการหายใจ (Sustained maximal inspiration technique)
และการใช้ Flow incentive spirometer ต่อการขยายตัวของทรวงอก ในวัยรุ่นที่ใช้ชีวิตที่
นั่งทำงานเป็นส่วนใหญ่ และไม่ได้ออกกำลังกาย. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*; 16 (2): 220 – 229.

1. **ชื่อนวัตกรรม/CQI:** ปอดขยาย ง่ายๆด้วยเชือกฟาง

2. **ชื่อผู้นำเสนอ :**

นางแสงอรุณ ถือนุสอน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางสาวไกรสร เทกอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางสาวอังตะวัน นาสถิตย์ พยาบาลวิชาชีพ

3. **ชื่อหน่วยงาน:** หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจโรงพยาบาลมหาสารคาม

4. **หลักการและเหตุผล**

ภาวะปอดแฟบคือ ภาวะที่ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ เกิดจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การหายใจสั้น มีสิ่งอุดตันในหลอดลมเล็กๆ ฤกษ์ลมในปอดตึบ มีแรงดันจากช่องเยื่อหุ้มปอด ไม่สามารถไอขับเสมหะออกได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และการระบายอากาศไม่เพียงพอ ส่งผลให้เลือดที่ไหลผ่านปอดไม่สามารถแลกเปลี่ยน ออกซิเจนกับปอดได้ ระดับออกซิเจนในเลือดแดงจึงลดลง ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ ซึ่งปัญหาปอดแฟบ มักพบในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจร่วมกับผู้สูงอายุมักพบโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคหอบหืด วัณโรค โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคฤกษ์ลมโป่งพองร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะติดเชื้อ อาการหายใจลำบากกำเริบ ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อพ้นภาวะวิกฤตจะได้รับการฟื้นฟูและบริหารปอด เพื่อเป็นการป้องกันภาวะปอดแฟบ เพิ่มประสิทธิภาพในการหายใจและลดความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับปอด และยังช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ดี ลดระยะเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ปัจจุบันมีการบริหารการหายใจโดยใช้ อุปกรณ์ช่วยขยายปอด Incentive spirometer แบบ Tri-flow เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี แต่ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถกำหนดจังหวะการดูด Tri-flow ได้ ทำให้ประสิทธิภาพในการบริหารปอดนั้นทำได้ไม่เต็มที่ ดังนั้น หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจจึงได้คิดค้นพัฒนานวัตกรรมช่วยเป่าปอดร่วมกับนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามชั้นปีที่ 3 “ปอดแข็งแรง หัวใจเข้มแข็ง” เป็นนวัตกรรมช่วยเป่าปอดซึ่งใช้เชือกฟางเป็นตัวกำหนดกำหนดจังหวะการหายใจขึ้น เพื่อเป็นสัญญาณให้ผู้ป่วยสามารถดูดTri-flow ได้ถูกจังหวะ

5. **วัตถุประสงค์**

5.1 เพื่อพัฒนานวัตกรรมช่วยเป่าปอดด้วย Tri-flow ให้ได้ประสิทธิภาพ

5.2 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีอุปกรณ์ช่วยสอนผู้ป่วยปอดด้วย Tri-flow โดยมีเชือกฟางเป็นตัวกำหนดการหายใจ

5.3 เพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดแฟบที่เข้ารับการรักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ ให้สามารถหายใจออกซิเจนได้

6. **วิธีการพัฒนานวัตกรรม/CQI**

กิจกรรมการพัฒนา:

การพัฒนานวัตกรรม โดยใช้หลักการ PDCA (Plan/Do/Check/Act)

ขั้นตอนที่1 การวางแผน (P=Plan) • สํารวจปัญหาและเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ประเด็นปัญหา เพื่อพัฒนาคุณภาพงาน พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดแฟบที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจหยา ออกซิเจนได้ช้าจึงมีการบริหารการหายใจโดยใช้อุปกรณ์ช่วยขยายปอด Incentive spirometer แบบ Tri-flow เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี แต่ปัญหาที่พบคือผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถกำหนดจังหวะการดูด Tri-flow ได้ ทำให้ประสิทธิภาพในการบริหารปอดนั้นทำได้ไม่เต็มที่ ในปี.ศ. 2566 พบจำนวน 3 ราย ปีพ.ศ. 2567 (ตุลาคม 2566 – มกราคม 2567) มีจำนวน 2 ราย

- ประชุมทีมระดมสมอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้
- ออกแบบนวัตกรรมที่ช่วยส่งเสริมการบริหารปอดได้ โดยเลือกใช้วัสดุที่สามารถหาได้ง่าย สามารถประดิษฐ์ขึ้นเองได้ น้ำหนักเบา
- จัดทำนวัตกรรมเรื่อง ปอดขยาย ง่ายๆด้วยเชือกฟาง

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (D=do) ใช้นวัตกรรมกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดแฟบที่เข้ารับการรักษาในหอ อภิบาลผู้ป่วยหัวใจ ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 30 เมษายน 2567 (3เดือน)

ขั้นตอนที่3 การตรวจสอบ (C=check) ประเมินผลและติดตามการใช้นวัตกรรมเมื่อครบ 3 เดือน โดยประเมินสมรรถภาพปอดของผู้สูงอายุ จากการตรวจร่างกาย ชักประวัติ ประเมินสัญญาณชีพ และการ ประเมินคัดกรองความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน รับประทานอาหาร และความสามารถในการหยาออกซิเจนได้

ขั้นตอนที่4 การดำเนินการตามความเหมาะสม (A=act) พัฒนาต่อเนืองจนเป็นนวัตกรรม ปอด ขยาย ง่าย ๆ ด้วยเชือกฟาง เพื่อใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดแฟบที่เข้ารับบริการในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ หลัง เอาท่อช่วยหายใจออกหรือหลังหยาเครื่องช่วยหายใจชนิด High flow nasal cannula

7. การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม/CQI

หัวข้อการประเมิน นวัตกรรม	ระดับความพึงพอใจ									
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความสอดคล้องของ นวัตกรรมกับการ นำไปใช้งาน	15	88.23	2	11.76						
2. ความเหมาะสมในการ ใช้งาน	15	88.23	2	11.76						
3. ประโยชน์ในการใช้ งาน	15	88.23	2	11.76						
4. ความสะดวกในการใช้ งาน	15	88.23	2	11.76						

5. ความปลอดภัยในการใช้งาน	15	88.23	2	11.76						
6. ความพึงพอใจโดยภาพรวม	15	88.23	2	11.76						

8. ประโยชน์/การนำไปใช้

8.1 เป็นนวัตกรรมที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อช่วยการหายใจ ลดอาการหายใจลำบาก เพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอดและสมรรถภาพทางกายได้

8.2 ได้นวัตกรรมที่มีคุณภาพและสามารถใช้งานได้จริง

8.3 ช่วยแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุได้ตรงจุด

8.4 ผู้สูงอายุมุ่งกำลังใจในการบริหารปอดต่อไป

9. โอกาสพัฒนา หรือข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อไป: ควรขยายผลนวัตกรรมปอดขยาย ง่าย ๆ ด้วยเชือกฟาง ไปสู่หอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาปอดแฟบและหยาบออกซิเจนได้ยาก

10. เอกสารอ้างอิง

กรอนงค์ ยืนยงชัยวัฒน์ และคณะ. (2562) ภายภาพบำบัดทางระบบหายใจในสภาวะพิเศษ.

กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ชนิษฐา รัตนกัลยา. (2561). การโค้ชการบริหารการหายใจโดยใช้เครื่องบริหารปอดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด
Coaching on Breathing Exercise by Applying Incentive Spirometer in Post-Operative Patients.

วารสารพยาบาลทหารบก; 19 ฉบับพิเศษ.

ยาอินตา, นิกร. (2561). การพัฒนาเครื่องบริหารปอดเพื่อแก้ปัญหาสุขภาวะพร่องของระบบทาง
เดินหายใจ. สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

อัครพล โอภาสพสุ และคณะ. (2559). ผลทันทีของการฝึกหายใจโดยใช้ทรวงอก (Costal breathing
exercise) ร่วมกับการคงค้างการหายใจ (Sustained maximal inspiration technique)
และการใช้ Flow incentive spirometer ต่อการขยายตัวของทรวงอก ในวัยรุ่นที่ใช้ชีวิตที่
นั่งทำงานเป็นส่วนใหญ่ และไม่ได้ออกกำลังกาย. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*; 16 (2): 220 – 229.

คลอดปลอดภัย อบอุ่นใจ ไร้รอยต่อ

หน่วยงาน: ห้องคลอดโรงพยาบาลมหาสารคาม

คำสำคัญ: คลอดปลอดภัย, ไร้รอยต่อ

สรุปผลงานโดยย่อ

ความรู้และทักษะของบุคลากรการทำงานเป็นทีม การมีระบบส่งต่อทางสูตินรีเวชที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การดูแลมารดาและทารกในจังหวัดมหาสารคามสามารถป้องกันและลดอัตราการตายมารดาได้และมีแนวโน้มดีขึ้น

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

จังหวัดมหาสารคาม พบอัตราการตายมารดาในปี 2563-2566 เท่ากับ 17.1(1), 56.1(3), 41(2) และ 0 ปี 2567 (9เดือน) เท่ากับ 0ต่อแสนการเกิดมีชีพ จากการวิเคราะห์สาเหตุการตาย (ปี 2563-2566 จำนวน 6 ราย) เป็น Directed cause 66.67%(4ราย)และIn directed 33.33% (2ราย)วิเคราะห์ประเด็น 3 Delay model พบว่า D3: Delay receiving adequate health care 83.33 % มีความล่าช้าในการให้บริการที่ถูกต้อง บุคลากรขาดประสบการณ์และทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ขณะคลอด หลังคลอด รวมทั้งทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพมารดาและการดูแลมารดาในภาวะวิกฤติ มีความล่าช้าในการส่งต่อและดูแลเบื้องต้นก่อนส่งต่อยังไม่ถูกต้อง เหมาะสม ส่งผลให้มารดา เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและเสียชีวิตได้ จากสถิติมารดาเสียชีวิตทั้งหมด 5 ใน 6 ราย ส่งจากโรงพยาบาลชุมชน 4 รายและเสียชีวิตที่โรงพยาบาลชุมชน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.33%

กลุ่มงานสูตินรีเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม ในนามแม่ข่ายการดูแลด้านสูตินรีเวช จังหวัดมหาสารคาม จึงได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสูตินรีเวช (Service plan)และงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดมหาสารคาม แพทย์และพยาบาลห้องคลอดจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีสมรรถนะสูงในการดูแลผู้คลอดให้ได้ตามมาตรฐาน ถูกต้อง เหมาะสม ทันเวลา มีระบบการส่งต่อรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มารดาคลอดปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือเสียชีวิตได้

เป้าหมาย

- 1.เพื่อป้องกันและลดอัตราการตายมารดาในจังหวัดมหาสารคาม
- 2.เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อทางสูตินรีเวช จังหวัดมหาสารคามให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิจกรรมการพัฒนา (process): โดยระบุ

ปัญหาที่พบ

ระบบการสื่อสารก่อน Refer จากรพข. 1) ไม่มีโทรศัพท์สายตรง ไม่มีโทรศัพท์มือถือ 2) ต้องโทรศัพท์เข้าเบอร์โรงพยาบาลมหาสารคามและส่งต่อมาที่ ER 3) โรงพยาบาลชุมชน ส่งต่อโดยไม่มีการประสานงานก่อนนำส่ง

กิจกรรมที่พัฒนา/การเปลี่ยนแปลง

ปี 2556กลุ่มงานสูตินรีเวช รพ.มค.จัดซื้อโทรศัพท์สายตรง 043-725394

ปี 2563 1) โรงพยาบาลมหาสารคามจัดหาโทรศัพท์มือถือ หมายเลข 088-5651549

สายตรงห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม มี Group line LR mskh+รพช. 2) มีระบบ seamless consult ตลอด 24 ชม.แพทย์ รพช.โทรหาสูติแพทย์ รพ.มค. โดยตรง หัวหน้าเวร รพช.โทรประสานห้องคลอด รพ.มค. Case emergency pass to LR โดยมีพยาบาลห้องคลอด รพช.นำส่ง

ปัญหาที่พบ : Emergency room รพ.มค. ต้องเข้ารับการตรวจตามคิวฉุกเฉิน ส่งผลให้ได้รับบริการทางสูติกรรมล่าช้า ไม่มี CPG และ Standing order –Obs & Gyn และระบบ Fast track ยังไม่ชัดเจน

กิจกรรมที่พัฒนา/การเปลี่ยนแปลง

1) จัดทำ Flow การส่งต่อทางสูติกรรม ที่ชัดเจน Pass ไปห้องคลอด 2) ในรายวิกฤตเข้าเกณฑ์ Fast track ที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ จะได้รับการดูแลที่ ER ก่อน โดยให้สูติแพทย์ออกมารับและ management ที่ ER to OR หรือ ICU และเป็น 1st Priority 3) นำ CPG Preeclampsia และ CPG Ectopic +Standing order ไปใช้ที่ ER 4) ปฐมนิเทศ Training OB & GYN แพทย์ใช้ทุนทุกคน

ปัญหาที่พบ : ไม่มีเกณฑ์หรือแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจน

กิจกรรมที่พัฒนา/การเปลี่ยนแปลง

จัดประชุมทีมงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัด ร่วมกันจัดทำคู่มือการส่งต่อ CPG และ standing order ในกลุ่มตั้งครรภ์เสี่ยงสูง จัดทำ Flow ระบบการส่งต่อทางสูตินรีเวช ที่ชัดเจน

ปัญหาที่พบ : บุคลากรยังขาดสมรรถนะในการดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและวิกฤต

กิจกรรมที่พัฒนา/การเปลี่ยนแปลง

ปี 2558 : ส่งสูติแพทย์ พยาบาลห้องคลอด จังหวัดมหาสารคาม ร่วม Training OB-crisis rally จัดโดยเขตสุขภาพที่ 7, ปี 2558,2559,2562,2565,2566 และ 2567 : ทีมครู.จัด การประชุมเชิงปฏิบัติการ OB-crisis rally เพื่อเพิ่มสมรรถนะในการดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและวิกฤตให้แพทย์ พยาบาลห้องคลอด ทั้งจังหวัด รวม รพ.สุทธาเวช, ปี 2561-2562 : สูติแพทย์และทีมแม่ข่ายออกเยี่ยมเสริมพลังและให้ความรู้ การดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยง นำ CPG และ Standing order ออกสู่ รพช.ทุกรพช.,ปี2562 : จัดอบรม พยาบาลห้องคลอดทั้งจังหวัด 5 วัน ที่ห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม, ปี 2564 -2566 พยาบาลห้องคลอด รพช.และรพ.สุทธาเวชส่งพยาบาลมาฝึกปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องทุกปี, ปี 2556 - ปัจจุบัน ส่ง พยาบาลห้องคลอดอบรมการพยาบาลเฉพาะทางการผดุงครรภ์เสี่ยงสูงและวิกฤต 4 เดือน ทุกปี

ปัญหาที่พบ : ยังพบอุบัติการณ์มารดาเสียชีวิต และมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ชัก ตกเลือดหลังคลอด ตัดมดลูก คลอดบนรถ refer ทารกขาดออกซิเจนรุนแรงแรกเกิดและเสียชีวิต

กิจกรรมที่พัฒนา/การเปลี่ยนแปลง : ทบทวนอุบัติการณ์ผ่านเวทีงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัด มหาสารคามและมีการปรับแนวทางการส่งต่อดังนี้

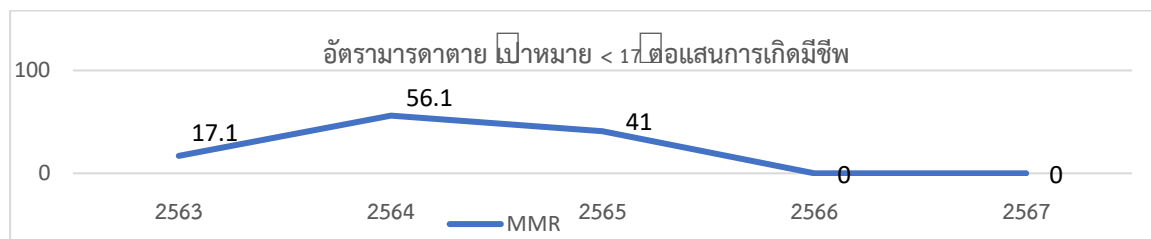
1) ทบทวนอุบัติการณ์มารดาตายทุกราย 2) กรณีมารดาตกเลือดหลังคลอดที่ รพช.ถ้าแก้ไขภายใน 30 นาทีไม่ดีขึ้น ให้ประสานส่งต่อทันที 3) การช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอดที่ รพช.ให้ try ได้ 1 ครั้ง ถ้าไม่คลอด ให้ประสานส่งต่อทันที 4) ให้ทุก รพช. ใช้ CPD core ในการประเมินภาวะ CPD (การ

ไม่ได้สัดส่วนของศีรษะทารกและเชิงกรานมารดา 5) ทุก รพช.ใช้ตาข่ายดักจับ 3 ชั้นเป็นแนวทางการป้องกันการคลอดติดไหล่ 6) ตอบกลับและติดตามผลลัพธ์การส่งต่อ ผ่าน Google form

การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง (performance): โดยระบุ

1. อัตราการตาย จังหวัดมหาสารคาม < 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ
2. อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน $\geq 95\%$

กราฟแสดง อัตราการตายจังหวัดมหาสารคาม



บทเรียนที่ได้รับ: เขียนบทเรียนที่ได้รับในลักษณะของ bullet ในประเด็นต่อไปนี้

1. หน่วยงาน ER ของรพช.ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อทางสูตินรีเวช เพราะไม่มีคู่มือและแนวทางการส่งต่อทางสูตินรีเวช
2. รพช.มีการเปลี่ยน เวียนแพทย์ใช้ทุน และพยาบาล ย้าย ลาออกบ่อย บุคลากรใหม่ไม่ได้รับการปฐมนิเทศการใช้แนวทางการส่งต่อทางสูตินรีเวช

แผนพัฒนาปี 2567

1. เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาล Node และปรับปรุงแนวทางการส่งต่อระดับจังหวัด
2. จัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเยี่ยมเสริมพลังที่โรงพยาบาลระดับ Node เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน ปัญหา และอุปสรรคทุกโรงพยาบาล
3. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรม เพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรแพทย์พยาบาล จังหวัดมหาสารคาม

สมาชิกทีม

1. พญ.กนกพร บุตรमारศรี นายแพทย์ปฏิบัติการ
2. นางสุภาพร สุภาทวิวัฒน์พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
3. นางณิรชา ชินรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4. นางสาวเจนจิรา ช้องกลาง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

การติดต่อกับทีมงาน

นางสุภาพร สุภาทวิวัฒน์หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม

เบอร์โทร 043-711750-4 ต่อ 145, มือถือ 081-6342644

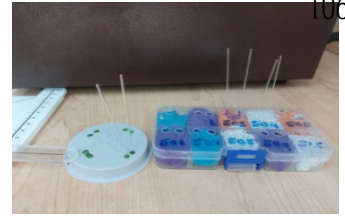
E-mail : Supathaweewut@gmail.com

นวัตกรรม : “ทิมปลอดภัย ใส่ใจไม่แตกหัก” (น้องสวย)

น.ส. จารุวรรณ เอตุโพธิ์ พว.ปฏิบัติการ

น.ส. ดวงเดือน สีเทา พว.ปฏิบัติการ

ที่ติดต่อ : ตึกพิเศษ 60 ชั้น 5 ร.พ.มหาสารคาม โทรศัพท์ 9179 e-mail : Tomjaruwan34@hotmail.com



บทคัดย่อ

ตึกพิเศษ 60 ปีชั้น 5 ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อรวมทั้งหลังผ่าตัดทางสูติกรรมเฉลี่ยวันละ 3-4 ราย ผู้ป่วยมีเฝ้ารอภาวะช็อคหลังผ่าตัด ด้วยการเจาะ hematocrit ปลายนิ้วทุก 12 ชม.การตรวจค่า Hematocrit ต้องใช้ capillary tube ในการเก็บเลือดผู้ป่วยนิยมเรียก tube นี้ว่า tube hematocrit นำไปป้อนในเครื่องตรวจเฉลี่ยการเจาะ 6-8 ครั้ง/วัน จากสถิติกลุ่มงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อโรงพยาบาล(IC)ปี 2564-2566 อุบัติการณ์ sharp injury ในโรงพยาบาลมหาสารคามปี 2564 (3ราย), 2565 (7ราย), 2566 (1ราย) และมีอุบัติการณ์ในเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน 2 รายในปี 2564 พบ 1ราย,2566 พบ 1 รายถูก tube hematocrit หักทิ่มนิ้วมือขณะถอดปลาย tube hematocrit ด้วยแผ่นดินน้ำมัน ต้องตรวจเลือดและรับยาป้องกันการติดเชื้อ HIV ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และต้องขอตรวจเลือดผู้ป่วยเพื่อดูว่าติดเชื้อใดหรือไม่ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายสาเหตุของอุบัติการณ์พบว่าการกด tube hematocrit ลงบนแผ่นดินน้ำมัน ที่แข็งด้วยความแรงรีบ ความเหนื่อยล้า ความประมาทและความเคยชินทำให้แตกทิ่มมือ (สุพรรณ ว่องรักษสัตว์, 2016)ภายใต้แนว คิด 3P Safety ใช้กระบวนการ PDCA ในการสร้างเป็นการสร้างสิ่งประดิษฐ์ “ทิมปลอดภัย ใส่ใจไม่แตกหัก”(น้องสวย)โดยใช้ตัลป์แป้งรีฟิล และกล่องตัลป์ใส (ราคา20 บาท) มาสร้างนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ ตลับปลอดภัย เจาะรู้ด้านบนบรรจุดินน้ำมัน กำหนดเป็นหมายเลขห้อง/เตียงเพื่อการ identifyป้องกันการเจาะ ผิดห้อง ผิดคน นำไปใช้ป้องกันอันตรายจาก tube hematocrit แตกทิ่มมือ ผลทดสอบสิ่งประดิษฐ์ พบว่า “ทิมปลอดภัย ใส่ใจไม่แตกหัก”(น้องสวย) เป็นดินน้ำมันในตัลป์แป้งรีฟิลและตัลป์ใสที่มีฝาปิด ช่วยให้ดินน้ำมันมีความนิ่มไม่แข็ง มีลักษณะห่อหุ้มที่ทำให้การทิ่มปัก tube มีความปลอดภัย ใช้งานสะดวกและประสิทธิภาพในการถอดปลาย tube hematocrit ได้รวดเร็ว Tube ไม่แตกหัก ประหยัด (ไม่ต้องเปลี่ยนดินน้ำมันบ่อย) และลดขยะ โดยนำสิ่งของเหลือใช้มาประยุกต์เป็นสิ่งประดิษฐ์หลุมดินปลอดภัย เพื่อบรรจุดินน้ำมันใช้สำหรับถอดปลาย tube hematocrit ลดอุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ ถูก tube hematocrit แตกทิ่มมือได้ 100% เจ้าหน้าที่พึงพอใจในระดับดีมากสร้างสรรค์สิ่งประดิษฐ์ที่มีคุณค่า เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม โดยนำวัสดุเหลือใช้ในชีวิตประจำวัน ที่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการซื้อแผ่นดินน้ำมันแผ่นละ 10 บาท และยังขยายนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลมหาสารคาม

คำสำคัญ : tube hematocrit , sharp injury, ดินน้ำมัน

เอกสารอ้างอิง

สุพรรณ ว่องรักษสัตว์และคณะ(2560).ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความชุกของการถูกเข็มทิ่มตำหรือของมีคมบาดในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ,TUH Journal online Volume 1 No. 1 January – April 2016.

สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์(2542) .การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น, กระทรวงสาธารณสุข.

ชื่อสิ่งประดิษฐ์ : ทิมปลอดภัย ใส่ใจไม่แตกหัก (น้องสวย)

ผู้ประดิษฐ์ /ผู้นำเสนอ : น.ส. จารุวรรณ เอ็ดดูโพรธี , ดวงเดือน สีเทา พว.ปฏิบัติการ

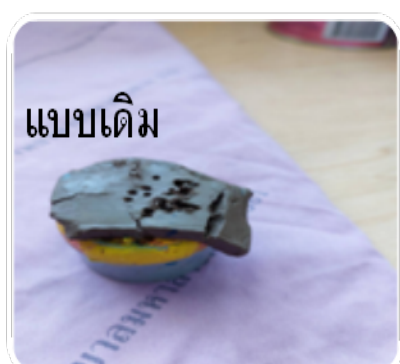
การติดต่อ : ตึกพิเศษ 60 ชั้น 5 ร.พ.มหาสารคาม โทรศัพท์ 9179 e-mail : Tomjaruwan34@hotmail.com

บทนำ ตึกพิเศษ 60 ชั้น 5 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูก และข้อรวมทั้งหลังผ่าตัดทางสูติกรรม เฉลี่ยวันละ 3-4 ราย ผู้ป่วยมีไข้ภาวะช็อคหลังผ่าตัด ด้วยการเจาะ hematocrit ปลายนิ้วทุก 12 ชม.การตรวจค่า Hematocrit ต้องใช้ capillary tube ในการเก็บเลือดผู้ป่วยนิยมเรียก tube นี้ว่า tube hematocrit นำไปปั่นในเครื่องตรวจ เฉลี่ยการเจาะ 6-8 ครั้ง /วัน จากสถิติกลุ่มงานควบคุม และป้องกันการติดเชื้อโรงพยาบาล(IC)ปี 2564-2566 อุบัติการณ์ sharp injury ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2564 (3ราย), 2565 (7ราย), 2566 (1ราย) และมีอุบัติการณ์ในเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน 2 รายในปี 2564 พบ 1 ราย , 2566 พบ 1 ราย ถูก tube hematocrit หักที่มือนิ้วมือขณะถอดปลาย tube hematocrit ด้วยแผ่นดินน้ำมัน ต้องตรวจเลือดและรับยาป้องกันการติดเชื้อ HIV ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และต้องขอตรวจเลือดผู้ป่วยเพื่อดูว่าติดเชื้อหรือไม่ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่าย จากการทบทวนสาเหตุของอุบัติเหตุ พบว่าการกด tube hematocrit ลงบนแผ่นดินน้ำมันที่แข็ง ด้วยความเร่งรีบ ความเหนื่อยล้า ความประมาทและความเคยชินทำให้แตกที่มือได้รับบาดเจ็บ สอดคล้องกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความชุกของการถูกเข็มทิ่มตำ หรือของมีคมบาดในบุคลากรทางการแพทย์(สุพรรณ รุ่งรักษ์สัตว์, 2016) พบว่า เทคนิคการจับ tube hematocrit , ดินน้ำมันที่ไม่แห้ง แข็ง (การปิดฝาดินน้ำมันจะชะลอการแข็งของดินน้ำมัน) และวัสดุที่บรรจุดินน้ำมันมีขนาดที่เหมาะสมจะลดการเกิดอุบัติเหตุ tube hematocrit แตกหักได้ จึงเป็นที่มาของการมองหาวัดสุที่เหมาะสม สร้างนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ภายใต้กลไกเชิงนโยบายและวัฒนธรรมความปลอดภัย 3P Safety โดยการนำวัสดุเหลือใช้กลับแบ่งรีฟิล มาประยุกต์ใส่ดินน้ำมัน เจาะรูด้านบนบรรจุดินน้ำมัน และพัฒนาต่อยอดโดยใช้ตลับแบ่งเม็ดยามาประยุกต์ เพื่อการ Identify ใช้ในหน่วยงานสามัญที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก (น้องสวย 2) มีความเหมาะสมในการใช้ tube hematocrit ทิมถอดปลาย tube ได้ง่าย สะดวก ไม่แตกหัก ประหยัด (ไม่ต้องเปลี่ยนดินน้ำมันบ่อย)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์กลับดินน้ำมัน ป้องกันอันตรายจาก tube hematocrit แตกที่มือ
2. เพื่อความปลอดภัยและความพึงพอใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน

วิธีการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ จากการทบทวน RCA หาสาเหตุอุบัติเหตุ sharp injury tube hematocrit หักที่มือนิ้วมือขณะถอดปลาย tube

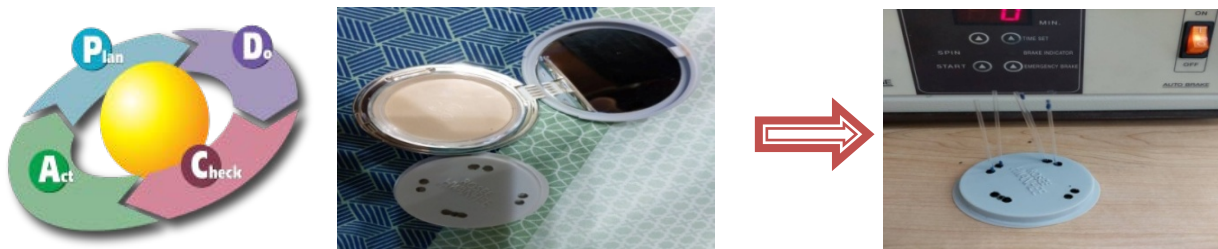


-ดินน้ำมันแห้งเร็ว/ไม่มีฝาปิด

-มือสัมผัสดินน้ำมันเสี่ยงต่อการติดเชื้อ/เศษtube ที่มือ

-มีโอกาสแตกหักสูง

วงล้อของการพัฒนา ครั้งที่1 ภายใต้หลักการของ IC และแนวคิด 3P Safetyใช้กระบวนการ PDCA (Deming Cycle) ในการสร้างเป็นการสร้างสิ่งประดิษฐ์“ทีมปลอดภัย ใส่ใจไม่แตกหัก”(น้องสวย 1) พบว่าการใช้ดัลบ์แปงรีฟิล มาเจาะรูด้านบนบรรจุดินน้ำมัน เหมาะสมในการใช้ tube hematocrit ทีมอดปลาย tube ได้ง่าย สะดวก ไม่แตกหัก ประหยัด(ไม่ต้องเปลี่ยนดินน้ำมันบ่อย) แต่ทึบแสงมองไม่เห็นดินน้ำมัน



การพัฒนาครั้งที่ 2 : นวัตกรรม ทีมปลอดภัย ใส่ใจไม่แตกหัก (น้องสวย-2) ด้วยขีดจำกัดของน้องสวย-1 ที่บรรจุในวัสดุทึบแสง ทำให้มองไม่เห็นปริมาณของดินน้ำมัน จึงพัฒนาต่อยอด โดยการนำกล่องใส (ราคา20บาท) มาออกแบบบรรจุดินน้ำมัน เจาะรูฝากช่อง กำหนดเป็นหมายเลขห้อง/เตียงของการเจาะเพื่อการ identify ป้องกันการเจาะผิดห้อง ผิดคน



ผลทดสอบนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ “ทีมปลอดภัย ใส่ใจไม่แตกหัก”(น้องสวย) เป็นดินน้ำมันในดัลบ์แปงรีฟิลและกล่องใส ที่มีฝาปิด ช่วยให้ดินน้ำมันมีความนิ่มไม่แข็ง มีลักษณะห่อหุ้ม ที่ทำให้การทีมปัก tube มีความปลอดภัย ไม่แตกหัก มีประสิทธิภาพในการอดปลาย tube hematocrit ได้รวดเร็ว Tube ไม่แตกหัก ประหยัด และลดขยะ โดยนำสิ่งของเหลือใช้มาประยุกต์เป็นสิ่งประดิษฐ์หลุมดินปลอดภัย เพื่อบรรจุดินน้ำมันใช้สำหรับอดปลาย tube hematocrit ที่มีประสิทธิภาพปลอดภัยใช้ง่ายสะดวก ลดอุบัติเหตุเจ้าหน้าที่ถูก tube hematocrit แตกทีมมือได้100% ลดค่าใช้จ่ายตรวจเลือดเมื่อเกิดอุบัติเหตุเข็มทีม 1,200 บาท/คน, ค่ายาต้านไวรัส 966 บาท/course เจ้าหน้าที่ที่พึงพอใจในระดับดีมาก สร้างสรรค์สิ่งประดิษฐ์ที่มีคุณค่า เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม โดยนำวัสดุเหลือใช้ในชีวิตประจำวัน ที่เป็นกระปุกพลาสติกดัลบ์แปงรีฟิล เพิ่มความปลอดภัย สำหรับผู้ปฏิบัติงาน ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการซื้อแผ่นดินน้ำมันแผ่นละ 10 บาท และยังขยายนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ไปในหน่วยงาน เผยแพร่ไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลมหาสารคาม

คำสำคัญ : tube hematocrit , sharp injury, ดินน้ำมัน

เอกสารอ้างอิง

สุพรรณ ว่องรักษัสต์และคณะ (2560).ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความชุกของการถูกเข็มทีมตำหรือของมีคมบาดในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, TUH Journal online Volume 1 No. 1 January – April 2016.

สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (2542).การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น, กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อเรื่อง คืบชีพสายเขียว ลดค่าใช้จ่าย เพียงพอ พร้อมใช้อย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. การส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจมีความจำเป็นต้องใช้ **Bird weiman** นำส่งผู้ป่วยเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ปัญหาที่งานศูนย์จ่ายกลางพบ คือ ชุดสายสีเขียวที่ต่อกับเครื่อง **Bird weiman** ได้สูญหายไป ไม่เพียงพอในการใช้งาน งานศูนย์จ่ายกลางจึงได้พัฒนานวัตกรรมนำสายสีเขียวของ **Bird respirator** ที่ไม่ได้ใช้งานแล้วนำมาทดแทนสายสีเขียว คาดว่าจะช่วยให้มี **Bird weiman** เพียงพอ พร้อมใช้

2. พัฒนาชุดสายเครื่องช่วยหายใจ

2.1 ทำความสะอาดสายเครื่องช่วยหายใจชนิด **Bird respirator** และตรวจสอบความพร้อมใช้ เช่น ความยืดหยุ่น ความแข็งแรงและทดสอบการรั่วซึมของสาย (**Leak test**)

2.2 นำสายเครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาแล้วไปประกอบเข้ากับอุปกรณ์ของชุดสาย **Bird weiman**

3. ทดลองใช้งาน โดยการนำชุดสายเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 6 ชุด ไปประกอบเข้ากับตัวเครื่องช่วยหายใจและทดสอบกับปอดเทียม (**Test Lung**) ทำการเปิดเครื่องทดสอบว่า สายสามารถต่อเข้ากับตัวเครื่องได้หรือไม่ มีการรั่วซึมของลมหรือไม่

4. ทดสอบประสิทธิภาพของสาย โดยการต่อสายเครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาแล้วเข้ากับปอดเทียม จากนั้นตั้งค่าวัดความดันและปริมาตร โดยกำหนดค่าทดสอบที่ 20, 25 และ 30 **cmH₂O%**. ทดสอบว่าค่าที่ตั้งจากเครื่องช่วยหายใจและค่าที่อ่านจากเครื่องทดสอบถูกต้องตรงกันหรือไม่ โดยการอ่านค่า 3 ครั้ง หากค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน คือ ไม่เกิน ± 2 **cmH₂O%**. หมายถึงเครื่องช่วยหายใจสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยได้จากการพัฒนาได้ชุดสาย **Bird weiman** จำนวน 6 ชุด

5. ประสานงานศูนย์ส่งต่อให้รับทราบที่มาของนวัตกรรมและผลการทดสอบของงานศูนย์จ่ายกลาง งานศูนย์ส่งต่อพร้อมที่จะนำชุดสายที่พัฒนา (**Bird weiman**) ไปใช้งานและงานศูนย์จ่ายกลางจะติดตามปัญหาจากการใช้งานผลการดำเนินการ

1. ชุดสายที่พัฒนาสามารถประกอบเข้ากับอุปกรณ์และเครื่องช่วยหายใจ **Bird weiman** ได้ ไม่มีการรั่วของลม

2. การทดสอบประสิทธิภาพการทำงาน อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ค่าปกติ ± 2 **cmH₂O%**. ดังตาราง

Pressure setting ที่กำหนดไว้ (cmH ₂ O%)	ชุดที่ 1	ชุดที่ 2	ชุดที่ 3	ชุดที่ 4	ชุดที่ 5	ชุดที่ 6	ค่าเฉลี่ย Pressure setting (ค่าปกติ ± 2 cmH ₂ O)%
20 c	20.14	20.01	20.10	20.00	20.13	20.22	0.50
25	25.10	25.02	25.11	25.00	25.10	25.20	0.32
30	30.12	30.00	30.08	30.01	30.14	30.20	0.33

3. การนำไปใช้ ชุดสาย **Bird weiman** สามารถใช้งานได้จริง ไม่มีความเสี่ยงจากการใช้งาน เมื่อประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ **refer** ไม่พบประเด็นปัญหาความเสี่ยงและยังคงเบิกใช้อุปกรณ์อย่างต่อเนื่องยาวนานมากกว่า 8 ปี และในปี 2559 เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยและได้มีการเปรียบเทียบค่า **Tidal volume (VT)** ซึ่งเป็นปริมาตรอากาศที่ไหลเข้าและออกจากปอดต่อการหายใจ 1 ครั้ง ถ้าน้อยเกินไปจะเกิด **alveolar hypoventilation** ถ้ามักเกินไปจะเกิด **volume trauma**

เมื่อพยาบาล refer รพ. มหาสารคาม ได้วัด Tidal volume ด้วย spirometer ในผู้ป่วย 50 ราย พบมีปริมาณ Tidal volume ตรงตามที่แพทย์กำหนด คิดเป็นร้อยละ 100

4. ไม่มีอุบัติการณ์ชุดสายเครื่องช่วยหายใจ Bird weiman ไม่เพียงพอในการใช้งาน ตั้งแต่ ปี 2559- ปัจจุบัน สรุปผลการดำเนินการ

ชุดสายเครื่องช่วยหายใจ Bird weiman ที่ได้รับการพัฒนามาจากชุดสายเครื่องช่วยหายใจ Bird respirator จำนวน 6 ชุด สามารถใช้งานกับเครื่องช่วยหายใจ Bird weiman ได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้ค่าตามมาตรฐาน และสามารถลดค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อชุดสายเครื่องช่วยหายใจ Bird weiman จำนวน 6 ชุด ชุดละ 22,000 บาท รวมเป็นเงิน จำนวน 132,000 บาท ต่อปี และตั้งแต่ปี 2559 ที่ได้พัฒนาและใช้งานอย่างต่อเนื่องมา 8 ปี ชุดสายเครื่องช่วยหายใจ Bird weiman ช่วยลดค่าใช้จ่ายให้โรงพยาบาลได้มากถึง 1,056,000 บาท และงานศูนย์จ่ายกลางยังสามารถพัฒนาชุดสายเครื่องช่วยหายใจ Bird weiman เพิ่มได้อีก 3 ชุด ซึ่งจะทำให้ลดค่าใช้จ่ายได้มากถึง ปีละ 198,000 บาท

ภาคผนวก



เรื่อง การประเมินผลประสิทธิภาพชุด Hi flow Modify

นางสาวเตชินี พรหมเลิศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ความสำคัญ

การติดเชื้อของโรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2564 – 2566 มีอัตราการเกิด VAP 2.28, 6.99 และ 8.92 ต่อ 1,000 วันนอนตามลำดับ มีการนำเครื่อง High flow มาใช้ในปี 2565 -2566 อัตราการใช้งานเฉลี่ย 5 และ 10 ราย/วัน มีอัตราการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง จากการทบทวนงานวิจัย การนำเครื่อง High flow มาใช้ ช่วยลดการใส่ท่อช่วยหายใจและลดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งชุดสายเครื่อง High Flow ชนิด Disposable เมื่อนำมา Reprocessing ทำให้เกิดการชำรุดได้ สถิติเดือน ต.ค. 64 – ก.ย. 66 มีหม้อทำ ความชื้นชำรุด 109 ใบ มีอุบัติการณ์ชุดอุปกรณ์ไม่เพียงพอ 147 ครั้ง ดังนั้นงานศูนย์จ่ายกลางจึงพัฒนาชุด Hi flow Modify ขึ้น

วัตถุประสงค์

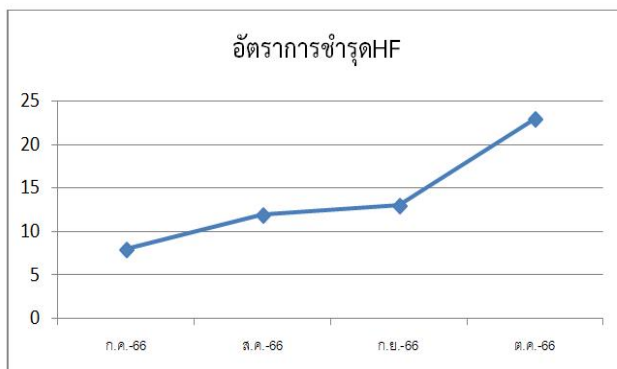
1. ชุดสายเครื่อง High Flow เพียงพอ
2. ประเมินประสิทธิภาพชุด Hi flow Modify

เป้าหมาย

อุบัติการณ์ชุดสายเครื่อง Hi flow ไม่เพียงพอ = 0

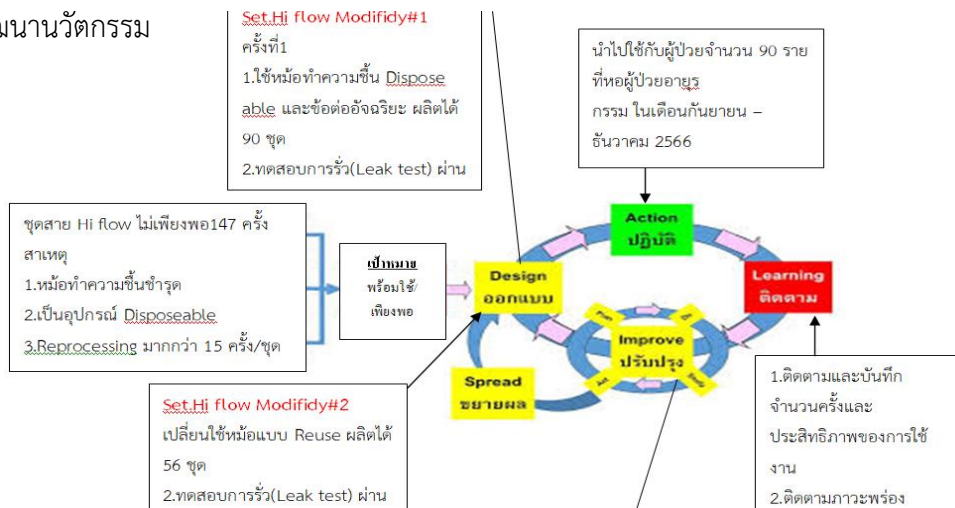
ขั้นตอน

1. รวบรวมสถิติ ทบทวน วิเคราะห์สาเหตุการชำรุด ในปี 2566



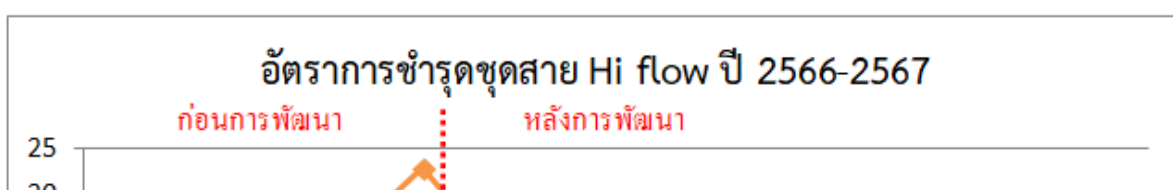
ตอนการพัฒนา

3. พัฒนานวัตกรรม

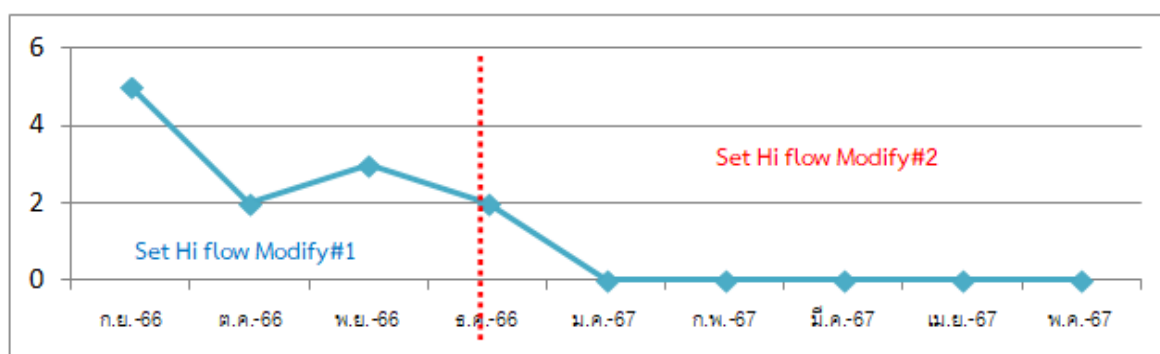


ผลการดำเนินงาน

- 1) ได้ Set Hi flow 56 set ทดสอบอัตราการไหลและการรั่ว (Leak test)ผ่านร้อยละ 100
- 2) Set Hi flow Modify#2 ใช้ได้จริง ทนใหม่เพียงพอในการใช้งาน
- 3) ลดค่าใช้จ่าย 65,700 บาท



อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของชุดสายเครื่อง Hi flow ปี 2566-2567



ภาพขั้นตอนการสร้างและพัฒนา ชุด Hi flow Modify งานศูนย์จ่ายกลาง โรงพยาบาลมหาสารคาม
 ขั้นตอนที่ 1 การสร้างและการพัฒนา



Set Hi flow Modify#1

1.หาหม้อน้ำแบบอื่นที่มีมาทดลองใช้ มีหม้อทำความชื้นแบบ Reuse จำนวน 56 ใบ และหม้อทำความชื้น

2.หาข้อต่อมาเชื่อมหม้อทำความชื้นเข้ากับตัวเครื่อง Hi flow



ข้อต่อติดกัน ทำให้ไม่สามารถปรับให้เข้ากับหม้อทำความชื้นและช่องลมในตัวเครื่องได้



ตัดข้อต่อแยกกันเพื่อให้สามารถปรับระดับสูงต่ำและประระยะห่างให้พอดีกับช่องลมได้



3.นำมาประกอบเข้ากับหม้อทำความชื้น



หม้อทำความชื้นแบบ Reuse



หม้อทำความชื้น Disposable

ขั้นตอนที่ 3 การนำไปใช้งานจริงกับผู้ป่วย



ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบการรั่ว (Leak test)



นวัตกรรม ส่งรักจากใจ กลับบ้านปลอดภัยด้วย COC

ผู้วิจัย นางสาวสุรีย์รัตน์ เสียงหวาน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
นางชัชดา เซาว์สันเทียะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวนฤมล คะกะเนปะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทคัดย่อ

นวัตกรรมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย
หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยใช้กรอบแนวคิด
PDSA กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วย
ศัลยกรรมหญิงจำนวน 15 คน และผู้ป่วยกลุ่มโรคเป้าหมายที่ต้องได้รับ
การวางแผนจำหน่ายทุกราย ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ ตุลาคม 2565 -
กันยายน 2566

ผลการศึกษา พบว่า 1) บุคลากรทางการพยาบาล มีความรู้ความ
เข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นรูปธรรมเพิ่มขึ้น 2)
หน่วยงานมีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ชัดเจน 3) ร้อยละการ
กลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มโรคเป้าหมาย เท่ากับ 1.06 4) ความ
สมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูล COCr9 เท่ากับ ร้อยละ 85

สรุปและข้อเสนอแนะ การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายให้มี
กระบวนการที่ชัดเจน จะสามารถทำให้ผู้ป่วยจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัย ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้
สะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ซึ่งนวัตกรรมนี้สามารถ
นำไปขยายผลในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมได้ทุกหอผู้ป่วย
เนื่องจากเป็นกระบวนการที่อยู่ในงานประจำ

คำสำคัญ การวางแผนจำหน่าย การกลับมารักษาซ้ำ

สาระสำคัญ

1. ชื่อเรื่อง นวัตกรรม ส่งรักจากใจ กลับบ้านปลอดภัยด้วย COC
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุรีย์รัตน์ เสียงหวาน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
นางชัชดา เชาว์สันเทียะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวนฤมล คะกะเนปะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาล

มหาสารคาม

3. ชื่อผู้นำเสนอผลงาน นางสาวสุรีย์รัตน์ เสียงหวาน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

4. บทนำและวัตถุประสงค์

จากผลลัพธ์ในการวางแผนจำหน่ายในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ปี 2564 พบปัญหาหลังจำหน่ายในเรื่อง 1) การกลับมารักษาซ้ำ จำนวน 2 ราย ความรุนแรงระดับ F 2) การส่งต่อข้อมูลในการดูแลต่อเนื่องไม่ครอบคลุม 3 ราย 3) มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการบริการพยาบาลทางสื่อออนไลน์ จำนวน 1 ครั้ง เมื่อวิเคราะห์ปัญหาด้านบุคลากรพยาบาล ยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มโรคเป้าหมายที่จะต้องส่งต่อข้อมูล มีความยุ่งยากในการทำเนื่องจากมีหลายขั้นตอน การวางแผนการพยาบาลบางโรคมีความซับซ้อนสูง ด้านผู้ป่วยและญาติพบว่าศักยภาพของผู้ดูแลหลักไม่เพียงพอ การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด วงจรคุณภาพ PDSA ในการพัฒนา เพื่อให้เกิดรูปแบบการวางแผนจำหน่าย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลมหาสารคาม

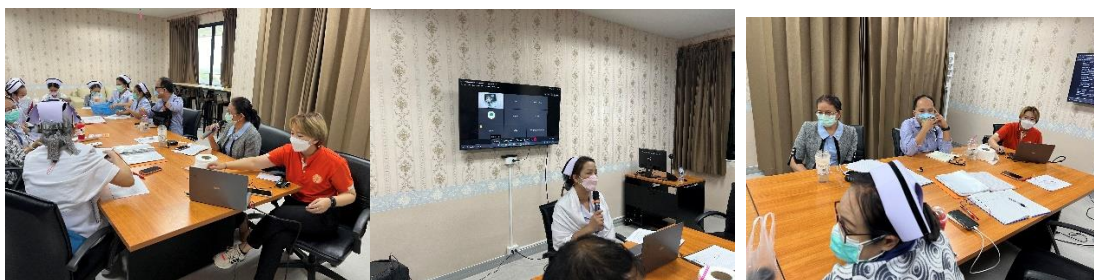
5. วิธีการพัฒนา นวัตกรรม ส่งรักจากใจ กลับบ้านปลอดภัยด้วย COC

5.1 รูปแบบการศึกษา ใช้วงจรคุณภาพ PDSA ในการพัฒนาดังนี้

Plan : วิเคราะห์ปัญหา ทบทวนวรรณกรรม ออกแบบ
นวัตกรรม

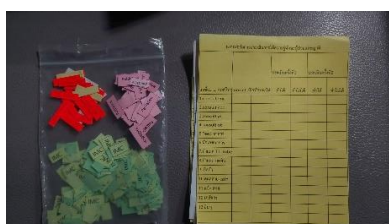
Do 1. แต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานการวางแผนจำหน่ายภายในหอผู้ป่วย

2. จัดการความรู้เรื่องการวางแผนจำหน่าย กลุ่มโรคเป้าหมาย พยาบาลวิชาชีพจำนวน 15 คน (Online+Onsite) ครบ 100% โดยสหสาขาวิชาชีพ ประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม



3. ปรับนวัตกรรมครั้งที่ 1 ตามปัญหาหน้างานใช้แบบประเมิน chick list เดิม ของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมเพิ่ม visual management

Study 1. พบปัญหาการวางแผนจำหน่ายไม่ครอบคลุมกลุ่มโรคเป้าหมาย เนื่องจากมีบุคคลากรใหม่ระหว่างปี ปรับนวัตกรรมครั้งที่ 2 เพิ่มการสื่อสารกลุ่มโรคเป้าหมาย

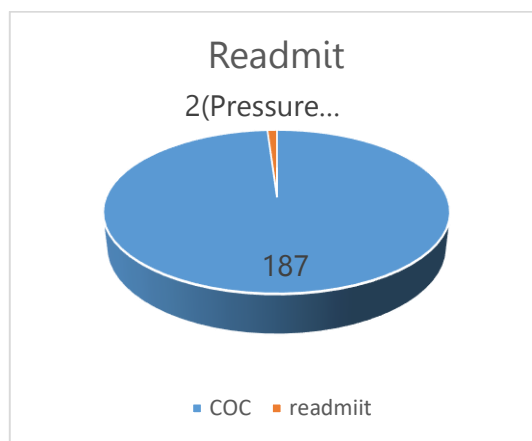


2. พบปัญหาผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายแต่ไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูลในระบบ COCr9 ปรับนวัตกรรมแบบบูรณาการในชุดเดียวเป็นกล่อง COC



Act : สรุปและประเมินผล

6. ผลการศึกษา การพัฒนา นวัตกรรม ส่งรักจากใจ กลับบ้านปลอดภัย ด้วย COC พบว่า



7. สรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายให้มีกระบวนการที่ชัดเจน จะสามารถทำให้ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัย ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล สะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ซึ่งนวัตกรรมนี้สามารถนำไปขยายผลในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย ศัลยกรรมได้ทุกหอผู้ป่วย เนื่องจากเป็นกระบวนการที่อยู่ในงานประจำ

- 1) ชื่อเรื่องการพัฒนานวัตกรรมกล่องบันทึกเสียงเพื่อช่วยให้ล้างมือได้ครบ 7 ขั้นตอน งานศูนย์จ่ายกลาง
- 2) รายชื่อผู้วิจัยหลัก พว. เตชินี พรหมเลิศ พว. วิราวรรณ คชสารและ พว. เอกลักษณ์ มานะสูว
- 3) ผลงาน

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การล้างมือเป็นมาตรการสำคัญอย่างหนึ่งของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล เพราะในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาล มือของแพทย์ พยาบาลและบุคลากรการแพทย์อื่นๆ มีโอกาสสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง สิ่งขับถ่าย เชื้อโรคจากสิ่งแวดล้อม จากผู้ป่วย จากอุปกรณ์ทางการแพทย์ไปสู่ผู้ป่วยหรือบุคลากรเอง จากการสัมผัสทั้งทางตรงหรือทางอ้อมก็เกิดการล้างมือทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดีจะเห็นว่าการล้างมือมีความสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค จากสถิติของงานศูนย์จ่ายกลาง โรงพยาบาลมหาสารคาม มีการอบรมบุคลากรใหม่ในการล้างมือ ร้อยละ 100 อบรมบุคลากรเก่า ร้อยละ 100 แต่พบการล้างมือไม่ถูกต้อง ในปี 2566 ร้อยละ 70.2 ทีมวิจัยจึงได้พัฒนานวัตกรรมกล่องบันทึกเสียงร่วมกับมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี จากเดิมที่เคยได้รับรางวัลนวัตกรรมดีเด่นระดับประเทศ ปี 2560 ให้สามารถใช้งานได้ง่ายขึ้น เมื่อมีคนเดินเข้ามาใกล้อ่างล้างมือในระยะ 2 เมตร เครื่องจะทำการ sensor พร้อมกับมีเสียงเพลงบอกขั้นตอนการล้างมือให้ครบ 7 ขั้นตอน นาน 20 วินาทีซึ่งจะเป็นวิธีที่จะช่วยกระตุ้นเตือนให้บุคลากรการแพทย์ รวมทั้งผู้ป่วยและญาติ ให้ตระหนักถึงความสำคัญของการล้างมือให้สะอาด ให้มีประสิทธิภาพ เป็นการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคจากการสัมผัสและลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพทางการบริการ ให้ผู้รับบริการและบุคลากรเกิดความปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาและศึกษาระดับความสะอาดจากการล้างมือโดยใช้นวัตกรรม
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจ/ ความเป็นไปได้ของผู้ใช้นวัตกรรม

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา ขั้นตอน 1) การสร้างและพัฒนาโดยนวัตกรรมได้ถูกนำมาใช้กับกลุ่มแพทย์ กลุ่มพยาบาล กลุ่มผู้ช่วยพยาบาล กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ในหอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง 1 เป็นการวิจัยก่อนหน้าในปี 2566 โดยให้อาสาสมัครล้างมือกลุ่มละ 68 ครั้ง รวม 272 ครั้ง หลังการล้างมือ ตรวจสอบความสะอาดโดยใช้เครื่องตรวจสอบ Black light หากไม่พบสารเรืองแสงแสดงว่าล้างมือได้สะอาด ผลการดำเนินงาน 1) กล่องบันทึกเสียงช่วยให้บุคลากรการแพทย์ล้างมือได้สะอาดร้อยละ 95.00 ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วย ล้างมือได้สะอาดร้อยละ 91.20 จากเป้าหมายที่กำหนดไว้คือร้อยละ 80.00 2) ความพึงพอใจของบุคลากรการแพทย์ พบในระดับมาก (mean = 4.28, SD = 0.52) ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (mean = 4.57, SD = 0.60) 3) ความเป็นไปได้ของบุคลากรการแพทย์ ความคิดเห็นระดับมาก (mean = 4.36, SD = 0.54) ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความคิดเห็นระดับมากที่สุด (mean = 4.58, SD = 0.62)

ขั้นตอนที่ 2 นำมาทดลองใช้ที่งานศูนย์จ่ายกลาง เดือน ม.ค.-มี.ค.2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เนื้อหา ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1) กล้องบันทึกเสียงช่วยให้เจ้าหน้าที่ล้างมือได้สะอาดร้อยละ 90.00 จากเป้าหมายที่กำหนดไว้คือร้อยละ 80.00

2) ความพึงพอใจ พบในระดับมาก (mean= 4.28, SD= 0.52) ความเป็นไปได้ของบุคลากรการแพทย์
ความคิดเห็นพบในระดับมาก (mean = 4.36, SD= 0.54)

สรุปผลการศึกษา

กล้องบันทึกเสียงช่วยให้เจ้าหน้าที่จ่ายกลางล้างมือได้สะอาด เกินเป้าหมายที่กำหนดไว้คือร้อยละ 80.00

บทเรียนที่ได้รับ :

- 1) นวัตกรรมสามารถนำไปใช้ในเรือนพักญาติ โรงเรียน โรงงาน โรงแรมหรือสถานที่ที่มีก๊อกน้ำ
- 2) การปรับระดับเสียงให้สูงต่ำของกล้องบันทึกเสียงได้ทำให้ไม่รบกวนเวลาปฏิบัติงาน



ก่อนพัฒนานวัตกรรม



หลังพัฒนานวัตกรรม

บทนำ : ภาวะลมหรือเลือดรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (Hemopneumothorax) เกิดจากลมรั่วออกมาจากถุงลมในปอด หรือเลือดรั่วออกมาจากนอกหลอดเลือดในปอดแล้วเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด ลมและเลือดที่รั่วออกมานี้จะไปกด เนื้อปอดทำให้ปอดแฟบลง มีแรงดันในช่องอกเพิ่มขึ้น และลด vital capacity ลง ทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว ได้ซึ่งถือเป็นภาวะฉุกเฉินต่อชีวิต โดยการรักษาภาวะดังกล่าวคือ การใส่สายระบายทรวงอก (Intercostal drainage : ICD) เพื่อระบายลมหรือเลือด รักษาพยาธิสภาพของช่องเยื่อหุ้มปอด ถือเป็นหัตถการที่สำคัญ หากปฏิบัติไม่ถูกวิธีอาจทำให้เกิดอันตรายร้ายแรงกับผู้ป่วยได้ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานวัตกรรม ป้องกันการแตกของขวด ICD โดยทำการทบทวนข้อมูลและเวรเบียนของผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอกระหว่าง เดือนเมษายน - เดือนมิถุนายน พ.ศ 2567 และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยภาวะ ลมหรือเลือดรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดทั้งหมด 10 คน ได้รับการรักษาด้วยการใส่ ICD จำนวน 7 คน ได้รับการรักษาด้วย การสังเกตอาการ จำนวน 3 คน จากข้อมูลดังกล่าวพบการรักษาด้วยการใส่ ICD มากกว่าการรักษาด้วยการสังเกต อาการคิดเป็นร้อยละ 70 และได้พบปัญหา คือ อุปกรณ์ที่ใช้ในการรองรับขวด ICD ไม่เพียง ไม่มีความคงทน และ ขนาดไม่เหมาะสมกับขวด ICD ทำให้ขวด ICD แตก หรือเกิดการเลื่อนหลุดของสาย ICD ได้ จากปัญหาดังกล่าวจึง เป็นที่มาในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อป้องกันการแตกของขวด ICD และดูแลระบบระบายช่องเยื่อ หุ้มปอดให้ทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยใช้หลักฐานเชิง ประจักษ์ในการพัฒนา หลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ในการพัฒนานวัตกรรมประกอบด้วยงานวิจัยและ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 5 เรื่อง โดยคำนึงถึงคุณภาพของการศึกษา การนำไปใช้ และบริบทของการทำงาน การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัยนำใช้กับผู้ป่วยที่ใส่ ICD ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ได้เป็นนวัตกรรม Protec Chest Drain ที่ทำมาจากกล่องใส่น้ำยาฆ่าเชื้อที่ใช้แล้วมัดด้วยเชือกที่มีความคงทน แข็งแรง กล่องมีขนาดที่พอเหมาะกับขวด ICD หลังจากนั้นนำนวัตกรรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ใส่ ICD ทุกรายใน หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ 5 ราย พบว่าช่วยลดการเกิดการแตกของขวด ICD ได้ อุปกรณ์มีจำนวนเพียงพอต่อ การใช้งาน มีความคงทน ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพปอดได้ดี ขณะที่พยาบาลผู้ปฏิบัติทั้งหมดได้นำนวัตกรรมไปใช้ กับผู้ป่วยทุกราย และมีความพึงพอใจต่อนวัตกรรม

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนานวัตกรรมป้องกันการแตกของขวด ICD ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาล มหาสารคาม

วิธีการพัฒนานวัตกรรม : ใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล Deming Cycle : PDCA แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. Plan (วางแผน) : ประชุมบุคลากรหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ วางแผนการปฏิบัติงาน กำหนดวัตถุประสงค์ และขอบเขตการดำเนินงาน มอบหมายความรับผิดชอบ กำหนดตัวชี้วัดระยะตั้งเป้าหมาย วางแผนติดตามควบคุมการ ใช้นวัตกรรม Protec chest drain

2. Do (การดำเนินงาน) : วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้มีดังนี้

วัสดุที่ใช้	ตัวอย่าง	วัสดุที่ใช้	ตัวอย่าง
1. กล่องน้ำยาฆ่าเชื้อที่ใช้แล้ว		4. เชือก	
2. ใบมีด		5. ไขควง	
3. set IV ที่ใช้แล้ว		นวัตกรรมที่สมบูรณ์	 

วิธีการจัดทำ

- เลือกกล่องพลาสติกที่มีความแข็งแรง ขนาดพอดีกับขวด ICD
 - นำกล่องพลาสติกมาตัดด้านข้างออกขนาดกว้าง 12 cm ยาว 11 cm เพื่อให้มีช่องว่าง และใช้ไขควงเจาะรูด้านข้างกล่องตามขนาดที่ต้องการ
 - นำ set IV ที่ใช้แล้วไปล้างทำความสะอาด ตากให้แห้ง จากนั้นนำมาใช้มัดกล่องให้ติดกัน
 - ใช้เชือกมัดด้านข้างให้เป็นที่จับขนาดที่พอเหมาะ
3. Check (การตรวจสอบติดตาม) : นำนวัตกรรมมาทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ตีกลองอุบัติเหตุ ระหว่างเดือนเมษายน - เดือนมิถุนายน 2567 พบว่านวัตกรรมมีความแข็งแรง ทนทาน ขนาดเหมาะสม ง่ายต่อการใช้งาน ผู้ใช้มีความพึงพอใจ และผู้ป่วยที่ใช้นวัตกรรมจำนวน 5 คน ไม่พบอุบัติการณ์การแตกของขวด ICD
4. Act (การปรับปรุงแก้ไข) : มีขั้นตอนดังนี้
- ผู้จัดทำร่วมกันประชุมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุเพื่อสรุปผลการใช้นวัตกรรม Protec chest drain และรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้ที่ทดลองใช้จริง
 - ประเมินความพึงพอใจของพยาบาล พบว่า พยาบาลพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมร้อยละ 100 เนื่องจากสะดวกในการปฏิบัติงาน ใช้ได้จริง อุปกรณ์มีความคงทนแข็งแรง

ชื่อเรื่อง การพัฒนาตำรับผลิตภัณฑ์เจลว่านหางจระเข้

ผู้วิจัย.....ภก.ฐิติพงศ์.....อำศรี.....

ตำแหน่ง.....เภสัชกรชำนาญการ.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....โรงงานผลิตยาสมุนไพรจัมปาศรี.....

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อพัฒนาให้ได้ผลิตภัณฑ์ในรูปแบบเจลที่มีความคงตัว.....

รูปแบบการวิจัย.....Experimental...study.....

กลุ่มตัวอย่าง.....ว่านหางจระเข้ในสวนสมุนไพรจัมปาศรี.....เก็บในช่วงเดือน ตุลาคม 2565.....

ระยะเวลาดำเนินการ.....2...เดือน.....

ผลการศึกษา พบว่า

ตำรับที่ใช้ Carbopol ultrez 21 เป็นสารก่อเจล มีความคงตัวทางกายภาพที่ดี มีค่า pH เท่ากับ 5.65 เมื่อนำมาวิเคราะห์หาปริมาณ aloin ซึ่งเป็นสารสำคัญที่ออกฤทธิ์ในด้วยวิธี UV-visible spectrophotometry พบว่า aloin มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างความเข้มข้นของ aloin และค่าการดูดกลืนแสง ได้สมการเส้นตรง $Y = 0.007X + 0.0448$ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.9987 จากผลการวิเคราะห์หาปริมาณ aloin ในผลิตภัณฑ์ที่เก็บรักษาอุณหภูมิ 4 °C และที่อุณหภูมิห้องพบว่าปริมาณ Aloin เท่ากับ 160.03/g และ 153.00 mg/g ตามลำดับ นอกจากนี้ผลการประเมินความคงสภาพของผลิตภัณฑ์ด้านกายภาพ ได้แก่ สี กลิ่น pH พบว่าผลิตภัณฑ์ยังคงมีสภาพที่ดี ในทั้งสองสภาวะ

สรุปและขอเสนอแนะ

ตำรับที่ใช้ Carbopol ultrez 21 เป็นสารก่อเจลให้เนื้อเจลที่มีความเรียบเนียน และมีความคงตัวที่ดี มีค่า pH อยู่ในช่วง pH ของผิวหนัง การเก็บรักษาผลิตภัณฑ์ที่อุณหภูมิตำมามีการสลายตัวของ aloin ในตำรับ น้อยกว่า เมื่อเทียบกับการเก็บรักษาในอุณหภูมิที่สูงขึ้น

คำสำคัญ

Aloe vera, aloin

***** ไม่เกิน 250 คำ *****

สาระสำคัญ

1. ชื่อเรื่อง.....การพัฒนาตำรับผลิตภัณฑ์เจลว่านหางจระเข้.....
.....
2. ชื่อผู้วิจัยหรือคณะผู้วิจัย พร้อมชื่อหน่วยงาน ภก.ฐิติพงศ์ อ่ำศรี โรงงานผลิตยาสมุนไพรจัมปาศรี.....
.....
3. ชื่อผู้นำเสนอผลงาน.....ภก.ฐิติพงศ์ อ่ำศรี
.....

4. บทนำและวัตถุประสงค์

ว่านหางจระเข้มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า *Aloe vera* (L.) Burm.f. จัดเป็นพืชสมุนไพรชนิดหนึ่งที่มีสรรพคุณทางยา ช่วยรักษาบาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก โดยส่วนที่นำมาใช้เป็นยาคือวุ้นหรือเจลจากใบของว่านหางจระเข้ ซึ่งมีสารสำคัญหลายชนิด เช่น aloin, aloe-emodin, aloesin, Acemannan เป็นต้น ในทางอุตสาหกรรมยามักมีการนำว่านหางจระเข้มาผลิตเป็นยาเฉพาะที่ เช่น ยาขี้ผึ้ง ยาเจล ตลอดจนการผลิตเป็นยาเม็ดและยาแคปซูล ซึ่งตำรับเจลว่านหางจระเข้เดิมนั้นพบว่าเมื่อเวลาผ่านไปเจลมีลักษณะคล้ำไม่น่าใช้ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงจัดทำโครงการวิจัยนี้ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาให้ได้ผลิตภัณฑ์ในรูปแบบเจลที่มีความคงตัวทางกายภาพและทางเคมี
2. เพื่อเป็นการส่งเสริมการใช้สมุนไพร และเป็นการเพิ่มคุณค่าสมุนไพรไทย

5. วิธีการศึกษา.....

- 5.1 รูปแบบการศึกษา.....การศึกษาแบบทดลอง.....
- 5.2 การกำหนดตัวอย่าง และวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....-.....
- 5.3 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล.....Microsoft excel.....
- 5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....-.....
- 5.5 การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้.....t-test.....

6. ผลการศึกษา

การพัฒนาสูตรตำรับ

จากสูตรตำรับที่ได้พัฒนาขึ้น ได้มีการใช้ชนิดของสารก่อเจลในตำรับ 2 ชนิด ได้แก่ Cabopol 934 และ Carbopol ultrez 21 เติร์ยมในความเข้มข้น 1% พบว่าในตำรับที่ใช้ Carbopol ultrez 21 ให้เนื้อเจลที่มีความเรียบเนียน และความคงตัวดีกว่าการใช้ Carbopol 934 ใน pH ที่เท่ากัน และในตำรับที่มีการใช้ Propylene glycol ในปริมาณที่สูงทำให้ตำรับที่ได้ซึมผ่านผิวหนังช้า จึงปรับลดปริมาณ propylene glycol ลง นอกจากนี้

พบว่ากลิ่นในตำรับยังคงมีกลิ่นที่ไม่ดี ทำให้ผลิตภัณฑ์ไม่น่าใช้ จึงได้มีการเติมสารแต่งกลิ่นเพื่อทำให้ผลิตภัณฑ์มีกลิ่นที่ดีมากขึ้น

ลักษณะทางกายภาพของตำรับ

พบว่าในตำรับที่ 3 มีเนื้อเจลที่เรียบเนียน และใสกว่าในตำรับที่ 1 และ 2 มีการกระจายตัวและการซึมผ่านของเนื้อเจลที่ดี ส่วนความเหนอะหนะของตำรับค่อนข้างใกล้เคียงกันในทุกตำรับ นอกจากนี้ pH ในตำรับของทั้ง 3 ตำรับ อยู่ในช่วง pH ของผิวหนัง

ความคงตัวของตำรับ

โดยประเมินความคงตัวของตำรับในทุกวันที่ 0, 6 และ 12 พบว่าไม่มีการแยกของของเหลวออกจากเนื้อเจลและสีไม่เปลี่ยนแปลงทั้งในที่อุณหภูมิ 4 °C และที่อุณหภูมิห้อง สำหรับความหนืดพบว่าในตำรับที่เก็บรักษาในอุณหภูมิห้องมีความหนืดลดลงเมื่อเทียบกับที่อุณหภูมิ 4 °C และค่า pH ตำรับส่วนใหญ่ไม่เปลี่ยนแปลง ยกเว้นในวันที่ 12 ของการเก็บรักษาที่อุณหภูมิห้อง ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย แต่ก็ยังคงอยู่ในช่วง pH ของผิวหนัง

นำตำรับเจลว่านทางจรจะเข้ก่อนและหลังทดสอบความคงตัวที่อุณหภูมิ 4 °C และที่อุณหภูมิห้องไปวัดค่าการดูดกลืนแสงด้วยเทคนิค UV-visible spectrophotometry ที่ความยาวคลื่น 268 nm และนำค่าที่ได้คำนวณความเข้มข้น aloin จากสมการเส้นตรง $Y = 0.007X + 0.0448$ ได้ปริมาณ aloin ในตำรับก่อนทดสอบความคงตัว ที่อุณหภูมิ 4 °C และที่อุณหภูมิห้อง เท่ากับ 165.14, 160.38, 153.00 mg/g ตามลำดับ

7. สรุปและข้อเสนอแนะ

ตำรับที่ใช้ Carbopol ultrez 21 เป็นสารก่อเจลให้เนื้อเจลที่มีความเรียบเนียน และมีความคงตัวที่ดี มีค่า pH อยู่ในช่วง pH ของผิวหนัง การเก็บรักษาผลิตภัณฑ์ที่อุณหภูมิต่ำมีการสลายตัวของ aloin ในตำรับน้อยกว่า เมื่อเทียบกับการเก็บรักษาในอุณหภูมิที่สูงขึ้น ควรศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของการออกฤทธิ์ในการสมานบาดแผลใน in vitro, in vivo และในทางคลินิกเพื่อยืนยันประสิทธิภาพและความปลอดภัย

***** ความยาวไม่เกิน 2 หน้า *****

บทคัดย่อผลงานพัฒนาคุณภาพ (CQI)

1. **ชื่อผลงาน/ โครงการพัฒนา:** แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยา Amiodarone โดยใช้วาสลิน

2. **ชื่อผู้นำเสนอ:** นางจุนมณี ศรีอุดม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาว ศดานันท์ เพชรวิเศษ พยาบาลวิชาชีพ

3. **หน่วยงาน** หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ

4. หลักการและเหตุผล

การเกิด phlebitis และ extravasation เป็นภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดดำที่อาจเกิดขึ้นได้จากการที่ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ หรือยาฉีดที่ใช้ในการรักษาภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาล การอักเสบของหลอดเลือดดำ หรือ Phlebitis หมายถึงการอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย อาจเกิดขึ้นได้ภายหลัง 48 ชั่วโมงหลังถอดเข็มออกหรือบางรายอาจเกิดระหว่างให้ยาทางหลอดเลือดดำ

Amiodarone (อะมิโอดาโรน) เป็นยารักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ออกฤทธิ์กับเนื้อเยื่อหัวใจโดยตรง ยับยั้งการกระตุ้นหัวใจ และชะลอการนำกระแสประสาท ช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจเป็นปกติ อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยเมื่อให้ยาฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ เช่น ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (phlebitis) บริเวณที่ให้ยา ซึ่งพบได้มากขึ้นเมื่อให้ยาในความเข้มข้นสูงกว่า 2 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร

จากสถิติข้อมูลความเสี่ยงในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจพบว่า มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องภาวะหลอดเลือดดำอักเสบอย่างต่อเนื่องปีงบประมาณ 2564-2566 มีอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบระดับ 1- 3 จำนวน 26 ราย 6 ราย และ 1 ราย ตามลำดับ จึงได้วิเคราะห์พบว่าร้อยละ 90 เกิดในผู้ป่วยที่ได้รับยาอะมิโอดาโรน, ยากลุ่มที่ออกฤทธิ์บีบหลอดเลือด (vasopressors) ได้แก่ นอร์อีพิเนพรีน โดปามีน โดบูตามีน ซึ่งในปัจจุบันมีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลส่วนกลาง (Policy) แต่ไม่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยที่ได้รับยาหัวใจหรือยาออกฤทธิ์บีบหลอดเลือด (Amiodarone /vasopressors ซึ่งเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง ส่งผลให้เกิดหลอดเลือดดำอักเสบได้ง่ายกว่ายาชนิดอื่น (วิลลวัลย์ วโรฬาร , 2560) จากการทบทวนการปฏิบัติการด้านการพยาบาลด้านการป้องกันและจัดการภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ร่วมกับการใช้นวัตกรรม Set box Phlebitis ของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ พบว่าเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยทั่วไป แต่ยังไม่มีความเฉพาะเจาะจงในกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบสูง เช่น ยา Amiodarone ซึ่งเป็นยารักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่ใช้อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจจึงพัฒนาทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยา Amiodarone โดยใช้วาสลิน ซึ่งมีคุณสมบัติในการฟื้นฟูสภาพของผิวหนังที่ได้รับบาดเจ็บ และช่วยปกป้องไขมันในบริเวณผิวหนังทำให้ผิวหนังอ่อนนุ่ม คงสภาพที่แข็งแรง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยา Amiodarone ที่เฉพาะเจาะจงและได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5. วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยา Amiodarone โดยใช้วาสลิน

2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยา Amiodarone
3. เพื่อให้บุคลากรในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจมีแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยา Amiodarone โดยใช้วาสลิน เป็นมาตรฐานเดียวกัน

6. วิธีการพัฒนานวัตกรรม/CQI

กิจกรรมการพัฒนา:

ขั้นตอนที่ 1 Plan : การวางแผนในการพัฒนา

1. ประชุมทีมพยาบาล CCU ทบทวนอุบัติการณ์การเกิด Phlebitis/Extravasation การป้องกันและจัดการ
2. ทบทวนประเด็นปัญหาการจัดการกรณีเกิด Phlebitis/Extravasation ปัญหา อุปสรรค
3. เพิ่มประสิทธิภาพนวัตกรรม Set box Phlebitis โดยนำวาสลินเข้ามาใช้ในการป้องกันและจัดการภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ

ขั้นตอนที่ 2 DO : สอนและแนะนำการใช้วาสลิน เพื่อป้องกันและจัดการภาวะหลอดเลือดดำอักเสบโดยใช้ร่วมกับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการหลอดเลือดดำอักเสบเริ่ม 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566

ขั้นตอนที่ 3 Check : ประเมินผลการใช้แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยา Amiodarone โดยใช้วาสลิน

ขั้นตอนที่ 4 ACT : นำมาปรับปรุง และปฏิบัติการใช้เป็นแนวทางเดียวกันในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ

7. การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม/CQI

หัวข้อการประเมิน นวัตกรรม	ระดับความพึงพอใจ									
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความสอดคล้องของ นวัตกรรมกับการ นำไปใช้งาน	15	88.23	2	11.76						
2. ความเหมาะสมในการ ใช้งาน	15	88.23	2	11.76						
3. ประโยชน์ในการใช้	15	88.23	2	11.76						
4. ความสะดวกในการใช้	12	70.58	5	29.41						
5. ความปลอดภัย	12	70.58	5	29.41						
6. ความพึงพอใจโดย ภาพรวม	15	88.23	2	11.76						

8. ประโยชน์/การนำไปใช้

1. หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยา Amiodarone โดยใช้วาสลิน เป็นมาตรฐานเดียวกัน เป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยา Amiodarone
3. ตอบสนองยุทธศาสตร์ด้านคุณภาพและความปลอดภัย 2P Safety

9. โอกาสพัฒนา หรือข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อไป: ควรขยายผล แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยา Amiodarone โดยใช้วาสลินไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาความเสี่ยงสูง

10. เอกสารอ้างอิง

กาญจนา อุดมอัษฎาพร, และมยุรี พรหมรินทร์. (2561). ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันการอักเสบของหลอดเลือดดำและการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดดำจากการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือดของผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารสาธารณสุข ล้านนา, 14(1), 35-45

จิราพร น้อมกุล และคณะ. (2566). ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาหัวใจหรือยาออกฤทธิ์บีบหลอดเลือด (Amiodarone /vasopressors) หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ; 3(2): 18-29

ชมรมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย. (2561). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ. กรุงเทพฯ : ชมรมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย.

วิมลวัลย์ วโรฬาร. (2560). หลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยเด็ก: การป้องกันและการดูแล. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 28(1), 16-28.

วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร และคณะ. (2557). การส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย. พยาบาลสาร, 41(5), 71-87.

แบบฟอร์มการส่งผลงานประเภท CQI/นวัตกรรม

1. ชื่อนวัตกรรม : Happy baby day.....วันนี้หนูต้องเกิด
2. ชื่อผู้วิจัยและหน่วยงาน 1.น.ส.จริญา ชูพันธ์ 2.น.ส.ชลิตา มาลาหอม 3.นางสาวจิราพร ผันสืบ
4.นางชุตินา อันเนตร์ (หอผู้ป่วยสูติกรรม)

3. หลักการและเหตุผล

การแจ้งเกิด คือ การนำข้อมูลสู่ทะเบียนราษฎรตามกฎหมาย เพื่อเป็นการพิสูจน์ตัวบุคคลและดำเนินการขอสิทธิหรือรับสิทธิต่างๆตามกฎหมาย การแจ้งเกิดในระยะเวลาที่กฎหมายกำหนดคือภายใน 15 วันนับตั้งแต่วันที่ทารกเกิด แต่สำหรับทารกที่คลอดในโรงพยาบาลของรัฐ มีความจำเป็นต้องแจ้งเกิดและขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพให้เสร็จสิ้นก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เนื่องจากมีคำรักษาพยาบาลส่วนของทารกที่โรงพยาบาลต้องเบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หอผู้ป่วยสูติกรรมให้บริการดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดในรายที่ปกติและทารกแรกเกิดที่มีภาวะแทรกซ้อนไม่รุนแรง จากสถิติการให้บริการปี 2564-2566 มีจำนวนทารกแรกเกิด 2,018 1,895 และ 1980 ราย มีกิจกรรมการให้ข้อมูลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย การให้ข้อมูลการแจ้งเกิดเป็นกิจกรรมที่แจ้งให้ผู้รับบริการทราบตั้งแต่แรกรับและในช่วงเวลาที่นอนพักรักษาจะมีการให้ข้อมูลเป็นช่วงเวลาคือ 7.00 น. 13.00 น. และ 20.00 พร้อมแจกเอกสารเตรียมแจ้งเกิด แต่พบว่าเมื่อถึงวันจำหน่ายกลับบ้าน ทารกแรกเกิดบางรายยังไม่มีกรแจ้งเกิดและขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพหรือบางรายแจ้งเกิดอย่างเดียวไม่ได้ขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพทำให้เกิดความล่าช้าในการจำหน่ายหรือบางรายไม่สามารถจำหน่ายได้ จากปัญหาดังกล่าวจึงนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุพบว่า การให้ข้อมูลเป็นช่วงเวลาซึ่งญาติที่ได้รับข้อมูลกับญาติที่ไปดำเนินการแจ้งเกิดคนละคน การลืมนอกสารคำแนะนำแจ้งเกิด ทำให้การสื่อสารเกิดความคลาดเคลื่อน อีกทั้งขั้นตอนการแจ้งเกิดต้องติดต่อหลายสถานที่ ญาติที่ไม่เคยมาโรงพยาบาลเกิดความสับสน เกิดความไม่พึงพอใจและเกิดข้อร้องเรียนเกี่ยวกับบริการ ด้านของบุคลากรในหอผู้ป่วยมีภาระงานหลายด้าน การให้ข้อมูลจึงให้อย่างเร่งรีบ ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่สามารถให้ข้อมูลตลอด 24 ชั่วโมง จากผลการประเมินความพึงพอใจปี 64-66 พบความพึงพอใจของผู้รับบริการลดลงร้อยละ 89.4 85.61 และ 84.47 ตามลำดับ ปี 67 พบใบ CCR ร้องเรียนเรื่องการให้ข้อมูลแจ้งเกิด 2 เรื่อง ดังนั้นหอผู้ป่วยสูติกรรมได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงจัดทำนวัตกรรมคลิปแนะนำการแจ้งเกิด เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลการแจ้งเกิดและขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพได้ถูกต้อง มีความพึงพอใจและลดข้อร้องเรียนบริการ

4.วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน




- 4.1. ประชุมเจ้าหน้าที่เพื่อทบทวนสถิติที่สำคัญ วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา
- 4.2. มอบหมายผู้รับผิดชอบ ศึกษางานวิจัย/EBP/นวัตกรรม

- 4.3. จัดทำนวัตกรรมคลิป Happy baby day
- 4.4. ทดลองประสิทธิภาพใช้จริง 1 เดือน
- 4.5. ปรับปรุงข้อมูล
- 4.6. กำหนดแนวปฏิบัติการใช้และนำสู่การใช้จริง
- 4.7. ประเมินผลนวัตกรรม

รอบ 1 แผ่นเอกสารคำแนะนำการแจ้งเกิด

แนวปฏิบัติการให้ข้อมูลการแจ้งเกิด

1. ผู้ป่วยรับใหม่/รับย้าย พยาบาลอธิบายขั้นตอนการแจ้งเกิดพร้อมแจกเอกสารการเตรียมแจ้งเกิดให้มารดาและญาติ
2. พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล/พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ให้ข้อมูลการเตรียมแจ้งเกิดแก่ผู้ป่วยและญาติ(รายกลุ่ม) เวลา 7.00 น 13.00 น. และ 20.00 น. พร้อมแจกเอกสารการเตรียมแจ้งเกิดมารดาและญาติ
3. วันจำหน่ายแม่บ้านตรวจสอบใบเกิดและบัตรทอง

ปัญหา	แนวทาง	ผลลัพธ์/โอกาสพัฒนา
<p>ปัญหา ปี 2566</p> <p>1. ญาติคนละครคน การสื่อสารคลาดเคลื่อน ไม่พอใจเดินบ่อยครั้ง</p> <p>2. บุคลากรขณะทำหัตถการไม่สามารถให้ข้อมูลญาติได้ทันที หรือให้ข้อมูลเร่งรีบไม่ครบถ้วน</p> <p>3. จำหน่ายล่าช้า เพิ่มวันนอน</p>	<p>1. นำแผ่นเอกสารวางไว้จุดรับรองญาติ ห้องคลอด</p> <p>2. เพิ่มการแจกเอกสารขณะเยี่ยมตรวจหลังรับ-ส่งเวรเช้า</p> <p>3. ปรับข้อมูลในแผ่นคำแนะนำให้กระชับชัดเจน</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">    </div>	<p>1. ร้อยละการแจ้งเกิดและขึ้นทะเบียนสิทธิบัตรทอง 75.74</p> <p>1. ความพึงพอใจ 84.47%</p> <p>2. ใบ CCR 2 เร็ว</p>

รอบ 2 Happy baby day (มกราคม 2567)

ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเดิม เพิ่มสื่อการทำคลิปวิดีโอและ QR code ลงในแผ่นเอกสาร ตั้งโต๊ะให้ข้อมูลที่บริเวณ
รับรองญาติโดยใช้จอคอมพิวเตอร์เปิดให้ผู้รับบริการฟังตลอด 24 ชั่วโมง

ปัญหา	แนวทาง	ผลลัพธ์/โอกาสพัฒนา
<p>ปัญหา ปี 2567</p> <p>1. ผู้รับบริการบางรายไม่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต</p> <p>2. จอคอมพิวเตอร์เล็ก</p>	<p>ปี 68 แผนการเชื่อมต่อสมาร์ท TV บริเวณที่รับรองญาติ</p>	<p>เพิ่มคลิปคำแนะนำอื่นๆ เช่น การปฏิบัติตามหลังคลอด การดูแลทารกแรกเกิด</p>

5. ผลการศึกษา

- 5.1. ร้อยละการแจ้งเกิดและขึ้นทะเบียนบัตรทองก่อนจำหน่าย 90.15
- 5.2 ร้อยละความพึงพอใจผู้รับบริการ 88.62
- 5.2. จำนวนข้อร้องเรียนการบริการ 0 เรื่อง

6. ประโยชน์และการนำไปใช้

- 6.1 ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลการแจ้งเกิดได้ตลอดเวลา
- 6.2 การพัฒนาระบบบริการโดยการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ
- 6.3 ผู้รับบริการพึงพอใจ

7.. เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2566). คู่มือผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.กรุงเทพฯ: บางกอกปรินเตอร์
- วิรัตน์ คำศรีจันทร์และคณะ. (2561). การสร้างนวัตกรรมการมีส่วนร่วมและพัฒนาสื่อสารเพื่อส่งเสริมงานพัฒนาสุขภาพ.วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้, ปีที่ 6(1); 19-35.
- วรัญญา ชลาธารกัมปนาทและคณะ. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและทารกแรกเกิดของมารดาหลังคลอด. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า. ปีที่ 29(1); 29-37.

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

จากสถิติงานห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคามปี 2563-2566 พบภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 2.42, 1.70, 2.40 และ 2.89 ตามลำดับ มีอุบัติการณ์ชักจำนวน 3, 1, 4 และ 2 รายตามลำดับ HELLP syndrome จำนวน 4, 3, 1 และ 3 รายตามลำดับ Pulmonary edema จำนวน 1, 2, 4 และ 1 รายตามลำดับ จึงได้มีการทบทวนอุบัติการณ์ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาและหาแนวทางแก้ไข ปรับปรุง ป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำ มีแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ใช้ทั้งเครื่องข่ายจังหวัดมหาสารคามและมีการปรับปรุงเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหามาตลอดแต่ยังมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเกิดขึ้น

ดังนั้นเพื่อป้องกันและลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ กลุ่มงานสูติรีเวช โรงพยาบาลมหาสารคามจึงมีการพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและการเสียชีวิต

ผลการประเมินประสิทธิภาพชุดจัดเรียงอุปกรณ์เข้าเครื่องทำปราศจากเชื้อ เพื่อให้การทำปราศจากเชื้อมีประสิทธิภาพ

นางสาวเตชินี พรหมเลิศ นายสุนิตย์ เกตุดี งานศูนย์จ่ายกลาง

ความสำคัญของปัญหา หลักการและเหตุผล

การทำปราศจากเชื้อหมายถึงกระบวนการในการทำลายหรือกำจัดจุลชีพทุกรูปแบบรวมถึงสปอร์ สามารถจัดทำโดยวิธีทางกายภาพ หรือ วิธีทางเคมี เช่น การทำให้ปราศจากเชื้อด้วยไอน้ำภายใต้ความดัน ความร้อนแห้ง แก๊สเอทิลีนออกไซด์ ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์แก๊สพลาสมา และสารละลายทางเคมีซึ่งเป็นตัวการทำให้ปราศจากเชื้อหลักที่ใช้ในสถานพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการทำปราศจากเชื้อ ได้แก่ ความสะอาดของพื้นผิวอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ ลักษณะของอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ชนิดและความเข้มข้นของผลิตภัณฑ์ การจัดเรียงอุปกรณ์ ระยะเวลาและอุณหภูมิของการสัมผัสกับผลิตภัณฑ์ ซึ่งหากการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน จะทำให้การทำปราศจากเชื้อไม่มีประสิทธิภาพ

การจัดเรียงอุปกรณ์เข้าเครื่องทำปราศจากเชื้อ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่จะทำให้ตัวทำปราศจากเชื้อ เช่น ไอน้ำ สารเคมี แก๊ส ไทลเวียนและแทรกซึมเข้าไปสัมผัสอุปกรณ์ได้อย่างทั่วถึง โดยมีข้อกำหนดให้จัดกลุ่มเครื่องมือที่มีลักษณะคล้ายกันหรือแบบเดียวกัน เข้าอบในรอบเดียวกัน มีการเว้นระยะระหว่างห่อเครื่องมือแต่ละห่อที่พอเหมาะ ไม่ทับซ้อนหรืออัดแน่นจนเกินไป ซามอ้างที่มีรู จัดเรียงในลักษณะตะแคงไม่ว่า Rigid container ไม่วางทับซ้อนและซอง Peel pouch จัดเรียงในตะแกรงแนวตั้ง ซึ่งงานศูนย์จ่ายกลาง โรงพยาบาลมหาสารคาม มีการทำปราศจากเชื้อเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ทุกชนิดที่สามารถนำมา Reprocessing ได้ ทั้งในหอผู้ป่วยและหน่วยงานสนับสนุน เช่น ทันตกรรม ห้องตรวจปฏิบัติการ ทำให้มีปริมาณเครื่องมือที่เข้าสู่กระบวนการปริมาณมาก ในปี 2567 พบอุบัติการณ์ ตัวชี้วัดการทำปราศจากเชื้อทางเคมีภายในและเคมีภายนอก ไม่ผ่าน 1 ครั้ง จำนวน 15 ชิ้น **ซึ่งเป็นความเสี่ยงระดับสูง** โดยเกณฑ์มาตรฐานของ THIP เครื่องมือต้องทำปราศจากเชื้อผ่านร้อยละ 100 พบในเครื่องมือทันตกรรมและเครื่องมือผ่าตัด จากการทบทวนพบว่า อุปกรณ์ทั้ง 2 รายการ พบว่าอยู่ในตะกร้าเดียวกันและมีการจัดเรียงอุปกรณ์ไม่ได้มาตรฐาน โดยเป็นการวางทับซ้อนกัน ทำให้ไอน้ำไม่เข้าถึงอุปกรณ์ที่อยู่ตรงกลาง ซึ่งในปัจจุบันไม่มีอุปกรณ์ที่ใช้จัดเรียงเครื่องมือขึ้นเล็ก ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติการณ์เครื่องมือทำปราศจากเชื้อไม่ผ่าน ต้องทำกระบวนการ Reprocessing ใหม่ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น และต้องมีการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากเครื่องมือไม่พร้อมใช้งาน ดังนั้น งานศูนย์จ่ายกลางจึงพัฒนานวัตกรรม ชุดจัดเรียงอุปกรณ์เข้าเครื่องทำปราศจากเชื้อ เพื่อให้การทำปราศจากเชื้อมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

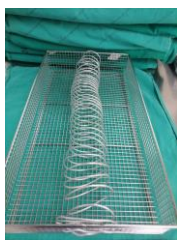
1. เพื่อจัดเรียงอุปกรณ์เข้าเครื่องทำปราศจากเชื้อให้ได้ตามมาตรฐาน
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพ ชุดจัดเรียงอุปกรณ์เข้าเครื่องทำปราศจากเชื้อ

เป้าหมาย

1. เพื่อลดอุบัติเหตุเครื่องมือ อุปกรณ์ ทำปราศจากเชื้อไม่ผ่าน 0 ชั้น

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนอุบัติเหตุ ค้นหาสาเหตุ ร่วมกับผู้ปฏิบัติงานโดยใช้ข้อมูลความเสี่ยงในปี 25664 - 2567
2. รวบรวมวิธีการปฏิบัติในการจัดเรียงอุปกรณ์ตามมาตรฐานและค้นหานวัตกรรม อุปกรณ์ วิธีการที่ทำให้สามารถจัดเรียงอุปกรณ์ได้ตามมาตรฐาน
3. พัฒนานวัตกรรม ชุดจัดเรียงอุปกรณ์เข้าเครื่องทำปราศจากเชื้อตามขั้นตอน ดังนี้
 - 3.1. นำลวดอลูมิเนียม มาพันเป็นวงกลมตัวหนอน โดยใช้ท่อ PVC ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 3 นิ้วเป็นต้นแบบ
 - 3.2 นำขดลวดที่ได้ ไปติดกับตะกร้า โดยติดตรงกลางตามแนวยาวของตะกร้าและยึดติดขอบทั้งสองข้าง
4. ทดลองใช้ในนวัตกรรม ในเดือน พฤศจิกายน 2566 – มกราคม 2567 มีอัตราการใช้งานเฉลี่ยวันละ 3 ครั้ง จำนวนเครื่องมือ 105 ชิ้น/วัน โดยใช้กับเครื่องมือที่เมือกางออกมีขนาดไม่เกิน 10 x 15 เซนติเมตร สามารถบรรจุได้จำนวน 35 ชิ้น โดยจัดแบบสลับ พบว่าเครื่องมือสามารถทำปราศจากเชื้อผ่านแต่ยังพบปัญหา คือ
 - 4.1 ในเครื่องมือที่มีขนาดเล็กมีความเสี่ยงในการเกิดการทับซ้อน เนื่องจากเครื่องมือชิ้นใหญ่จะไปบังเครื่องมือชิ้นเล็ก
 - 4.2 เครื่องมือชิ้นใหญ่ มีน้ำหนัก เมื่อจัดเรียงจะหลุดออกจากขดลวดเนื่องจากขดลวดมีความสูงน้อยกว่าขอบเครื่องมือ
5. พัฒนานวัตกรรมครั้งที่ 2 ในเดือนกุมภาพันธ์ 2567 โดย
 - 5.1 นำท่อ PVC ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 5 นิ้วเป็นต้นแบบ เนื่องจากช่องที่ใช้บรรจุอุปกรณ์มีความกว้างไม่เกิน 10 เซนติเมตร รวมขอบช่อง ทำให้พอดีเมื่อจัดวางในแนวตะแคง
 - 5.2 กำหนดจำนวนขดลวด 27 ครั้ง เพื่อให้ได้ ขดลวดที่สามารถบรรจุเครื่องมือแบบสับหว่างได้ 25 ชิ้น
6. ทดลองใช้ในนวัตกรรม ในเดือนมีนาคม – พฤษภาคม 2567 มีอัตราการใช้งานเฉลี่ยวันละ 5 ครั้ง จำนวนเครื่องมือ 250 ชิ้น/วัน พบว่าเครื่องมือทุกขนาดสามารถจัดวางใน ชุดจัดเรียงอุปกรณ์เข้าเครื่องทำปราศจากเชื้อ ได้ โดยมีช่องว่างที่พอเหมาะและสามารถจัดวางแบบตะแคงได้อย่างมั่นคง ไม่หลุดขณะทำปราศจากเชื้อซึ่งจะเกิดการพอง ยุบ ของช่อง Peel pouch



นำลวดอลูมิเนียม มาพันเป็นวงกลมตัวหนอน โดยใช้ท่อ PVC ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 3 นิ้ว พัน 35 รอบไปติดกับตะกร้า

พฤศจิกายน 2566 – มกราคม 2567 มีอัตราการใช้งานเฉลี่ยวันละ 3 ครั้ง จำนวนเครื่องมือ 105 ชิ้น/วัน



การจัดเรียงมีระยะห่าง ไม่แน่น ตัวทำปราศจากเชื้อเข้าได้ทั่วถึง

อุบัติเหตุ เครื่องมือทำปราศจากเชื้อไม่ผ่าน 1 ครั้ง จำนวน 15 ชิ้น

เกณฑ์มาตรฐานของ THIP

อุบัติเหตุ เครื่องมือทำปราศจากเชื้อไม่ผ่าน 0 ชั้น



ผลการศึกษา

ผลการดำเนินงาน

- 1) ได้ ชุดจัดเรียงอุปกรณ์เข้าเครื่องทำปราศจากเชื้อ จำนวน 5 ชุด
- 2) หลังการนำไปใช้กับอุปกรณ์ เครื่องมือทันตกรรมและเครื่องมือผ่าตัด เฉลี่ยจำนวน 250 ชิ้น/วัน นำเข้าเครื่องนึ่งไอน้ำที่มีตัวชี้วัดทางกลไกผ่าน เฉลี่ยวันละ 5 รอบ ไม่พบเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ตัวชี้วัดทางเคมีไม่ผ่าน
- 3) ผลการตรวจสอบตัวชี้วัดทางชีวภาพผ่านทุกรอบ
- 4) อุบัติการณ์ตัวชี้วัดกระบวนการทำปราศจากเชื้อไม่ผ่าน 0 ครั้ง

สรุปผลการศึกษาและการนำไปใช้ประโยชน์

1. ชุดจัดเรียงอุปกรณ์เข้าเครื่องทำปราศจากเชื้อ สามารถนำไปใช้ได้จริงในกระบวนการทำปราศจากเชื้อ เครื่องมือแพทย์ด้วยไอน้ำ
2. สามารถลดความเสี่ยงที่เป็นปัญหาหน้างานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. สามารถนำไปใช้ในกระบวนการทำปราศจากเชื้ออื่นๆ เช่น การอบแก๊ส และยังสามารถนำไปใช้ในหน่วยงานหรือโรงพยาบาลอื่นๆ

การพัฒนารูปแบบการรับส่งเวรโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

ชื่อเจ้าของผลงาน : นางสาววิศรา ปาปะโน , นายปิยะวัฒน์ ศรีวงษา

ชื่อผู้นำเสนอ : นางสาววิศรา ปาปะโน (062-5451515)

สถานที่ติดต่อกลับ / โทรศัพท์ โทรสาร / มือถือ / E-mail Address : งานการพยาบาลศูนย์ส่งต่อและการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม (โทร 9015)

บทคัดย่อ

งานการพยาบาลศูนย์ส่งต่อและการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นหน่วยงานที่ให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่มีความรวดเร็ว มีการดูแลผู้ป่วย ณ ที่เกิดเหตุ ให้การดูแลผู้เจ็บป่วยในระหว่างนำส่งไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสม หน่วยงานมีการจัดระบบการ บันทึกข้อมูล ตรวจสอบเช็ค ความพร้อมใช้ของรถพยาบาล อุปกรณ์ทางการแพทย์ ข้อมูลการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยในแต่ละเวร โดยใช้รูปแบบการจดบันทึกในสมุดรับ-ส่งเวร และสมุดสรุปรูปแบบ ซึ่งพบว่าทำให้เกิดการทำงานที่ซ้ำซ้อน การรับรู้ข้อมูลอาจไม่ทั่วถึงและสิ้นเปลืองการใช้กระดาษในหน่วยงานซึ่งพบว่าการเบิกใช้ 4-5 ริม/เดือน และจากการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยง 3 ปี ย้อนหลัง (2564-2566) พบว่าเรื่องความไม่พร้อมใช้ของ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ถือเป็น High risk & High volume จากปัญหาดังกล่าวหน่วยงานจึงทำการทบทวนอุบัติการณ์เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาและหามาตรการการป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้น โดยพบว่าสาเหตุเกิดจาก 1) ระบบการบันทึกข้อมูลสรุปรูปแบบ และสมุดบันทึกการรับ-ส่งเวร มีความซ้ำซ้อน 2) บางเวรหาสมุดบันทึกไม่เจอ 3) การรับรู้ข้อมูลในการรับ-ส่งเวรไม่ทั่วถึง ดังนั้นจึงมีแนวคิดในการพัฒนา รูปแบบการรับส่งเวรโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ โดยการจัดเก็บข้อมูลบนเซิร์ฟเวอร์ เพื่อรายงานประเมินผลและกำกับติดตามความพร้อมใช้ของรถพยาบาล อุปกรณ์ทางการแพทย์ รายงานการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย รวมไปถึงเหตุการณ์สำคัญภายในเวร ซึ่งผู้ศึกษาได้นำทฤษฎี LEAN Management มาเป็นหลักในการควบคุมการปฏิบัติงาน เพื่อตอบสนองนโยบายของโรงพยาบาล ลดระยะเวลาในการรับ-ส่งเวร อีกทั้งยังเป็นการช่วยลด งบประมาณในการเบิกใช้กระดาษ ลดการจดยางานซ้ำซ้อน รวมทั้งช่วยลดปริมาณขยะในสำนักงานและเพื่อลดปัญหาโลกร้อนไปในตัว ซึ่งผลการดำเนินงานที่ได้รับคือ สามารถลดระยะเวลาในการรับ-ส่งเวรได้จริง และผู้ร่วมงานมีความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการรับ-ส่งเวรโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ อยู่ในระดับมากที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการรับส่งเวรโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการรับส่งเวรโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

วิธีการพัฒนานวัตกรรม / สิ่งประดิษฐ์ :

ใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพตามวงจร P D C A ของเดมมิ่ง ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (P=Plan)

ปัญหา จากการใช้ “สมุดรับ-ส่งเวร” พบว่ามีความสิ้นเปลืองในการใช้กระดาษจด สมุดบันทึกหาย และเจ้าหน้าที่ผู้รับ-ผู้ส่งเวร เกิดการทำงานซ้ำซ้อน หรือบางครั้งอาจจดข้อมูลสำคัญเอาไว้ไม่ทัน และสมาชิกผู้ร่วมรับ-ส่งเวร อาจมองไม่เห็นภาพรวมของข้อมูลสำคัญที่ต้องส่งต่อภายในเวร

กระบวนการปรับพัฒนา

1) วิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวนปัญหา หาสาเหตุ โดยสังเกตจากพฤติกรรมของทีมพยาบาล และใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนา

2) ประชุมเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยส่งต่อและการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อรวบรวมแนวคิด และข้อเสนอแนะ และนำมาพัฒนารูปแบบการรับ-ส่งเวร โดยมีขั้นตอนดังนี้

-ชี้แจงปัญหาที่เกิดขึ้น ในที่ประชุมประจำเดือนภายในหน่วยงาน โดยผู้จัดทำ นำเสนอปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้ทีมเห็นภาพชัดเจน

-ผู้ศึกษา นำเสนอ ความคิด (Idea) และวิธีการ ที่รวบรวมได้ ให้ที่ประชุมรับทราบ โดยได้ข้อสรุปว่าจะทดลองใช้ Google form ในการทำแบบฟอร์มการรับ-ส่งเวร ไซ้เป็น One page สรุปประเด็นสำคัญและข้อมูลที่จำเป็นต้องส่งต่อ เพื่อแก้ไขปัญหา สมุดบันทึกหาย และลดความสับสนเปลืองในการใช้กระดาษ

ข้อตกลงเบื้องต้น : หัวหน้าเวรหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย จะต้องลงข้อมูลผ่าน Google form ให้ครบถ้วนตามที่กำหนด

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (D=Do)

นำรูปแบบการรับ-ส่งเวรโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาทดลองใช้ เป็นเวลา 1 เดือน

ขั้นที่ 3 การตรวจสอบ (C=Check)

ประเมินการใช้ระบบ โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจ เก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบการรับ-ส่งเวรโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ อีกทั้งสังเกตพฤติกรรมของผู้ใช้ โดยทีมผู้พัฒนา พบว่าผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการรับ-ส่งเวรใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ในระดับมากที่สุด แต่พบข้อจำกัดคือ ยังไม่สามารถลงข้อมูลภาระงาน และปัญหาอุปสรรคภายในเวรได้

ขั้นที่ 4 ระยะเวลาปรับปรุงแก้ไข (Action)

นำข้อมูลจากการใช้รูปแบบการรับ-ส่งเวรโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ที่เป็นประเด็นปัญหามาปรับปรุงพัฒนาต่อ โดยเพิ่มกรอบสำหรับการบันทึกภาระงานที่สำคัญ และปัญหาอุปสรรคที่พบภายในเวร และเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ทุกท่านได้ร่วมแสดงความคิดเห็น และ Share Idea ในการพัฒนางานร่วมกันต่อไป

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์ :

- 1) จากผลการประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ในการพัฒนารูปแบบการรับส่งเวรโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ อยู่ในระดับมากที่สุด
- 2) ลดระยะเวลา/ขั้นตอนในการรับส่งเวร จากปกติ 30 นาที เป็น 20 นาที
- 3) ความสิ้นเปลืองในการเบิกใช้กระดาษ A4 ของหน่วยงานลดลงจากเดิม (ใช้สำหรับสมุดรับส่งเวรและตรวจเช็คอุปกรณ์) เดือนละ 3 รีม (คิดเป็น 360 บาท/เดือน หรือ 4,320 บาท/ปี)

ประโยชน์ / การนำไปใช้ :

- 1) เป็นการปรับใช้เทคโนโลยี เพื่อพัฒนางานประจำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อำนวยความสะดวกให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายขึ้น ข้อมูลที่มีอยู่ไม่สูญหายและลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน
- 2) ลดความสิ้นเปลืองในการใช้กระดาษภายในหน่วยงาน ลดระยะเวลาและขั้นตอนในการรับส่งเวรแต่ละวัน

เอกสารอ้างอิง

- จรรยา กาวีเมือง. การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. [การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองพยาบาลมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2558.
- มธุรส ต้นติเวสส. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล . วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2560; 25:41-51.
- พรพิมล ศรีสำราญ, กัญย์สินี วิเศษสิงห์,และกฤตยา ต้นติวรสกุล. (2561). การพัฒนารูปแบบการรายงานเปลี่ยนเวรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านโป่ง. วารสารแพทย์เขต 4-5, 37(3), 238-250.
- พรพิไล นียมถิน, อารีชีวเกษมสุข , และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. (2560). การพัฒนารูปแบบการสื่อสารในการส่ง ต่อผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ด่านซ้าย จังหวัดเลย. วารสารการพยาบาลและ การดูแลสุขภาพ, 35(1), 46-54.
- อุไรรัตน์ ดวงจันทร์, บุญทิพย์ สิริธรังศรี, ทรงศรี สรณสถาพร, และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. (2562).การพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลโดยใช้บทเรียนออนไลน์สำหรับ นักศึกษาพยาบาล . วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์, 39(2),98-112.

ผลลัพธ์การดำเนินงาน โครงการสารสนเทศทางการศึกษาเพื่อเด็กที่มารับบริการในโรงพยาบาล มหาสารคาม

บทนำ

เด็กที่มารับบริการในโรงพยาบาลนอกจากมีปัญหาความเจ็บป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาการแต่ละช่วงวัย ซึ่งส่งผลต่อการเรียนของเด็กด้วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดำเนินงาน โครงการสารสนเทศทางการศึกษาเพื่อเด็กที่มารับบริการในโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา

ศึกษาในเด็กและผู้ปกครองของเด็กมารับบริการที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ แผนกผู้ป่วยนอกเด็ก “เล่นรอตรวจ” เด็กจะได้เข้าร่วมกิจกรรมตามอายุพัฒนาการ โดยก่อนและหลังการทำกิจกรรมเด็กจะได้รับการประเมินด้านสมาธิและผู้ปกครองจะได้รับการประเมินความพึงพอใจ

ผลการศึกษา

มีเด็กจำนวน ๑๐๐ คน อายุระหว่าง ๒-๑๒ ปี เป็นกลุ่มก่อนวัยเรียนจำนวน ๓๙ คน กลุ่มวัยเรียนจำนวน ๖๑ คนพบว่า ในกลุ่มวัยเรียนส่งผลกระทบต่อการเรียน ร้อยละ ๗๓.๘ มากกว่า กลุ่มก่อนวัยเรียน ร้อยละ ๒๕.๖ ก่อนทำกิจกรรมพบว่า เด็กมีสมาธิอยู่ในกลุ่มน้อยและน้อยมาก ร้อยละ ๓๕ และ ๔๗ ตามลำดับ หลังทำกิจกรรม เด็กมีสมาธิดีขึ้นอยู่ในกลุ่มดีและดีมาก ร้อยละ ๔๘ และ ๔๙ ตามลำดับ ผู้ปกครองมีความพึงพอใจหลังทำกิจกรรม ร้อยละ ๑๐๐

สรุป กิจกรรม”เล่นรอตรวจ”ช่วยให้เด็กมีสมาธิดีขึ้น และสร้างความพึงพอใจให้ผู้ปกครอง

แบบฟอร์มสรุปผลงาน CQI

1. ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา : พบหมอ ออนไลน์ ไร้กำแพงกัน ราชทัณฑ์ปันสุข
การพัฒนาระบบบริการตรวจรักษาการแพทย์ทางไกลTelemedicine แก่ผู้ป่วยจิตเวชต้องขัง เรือนจำ
มหาสารคาม
2. คำสำคัญ: ระบบการรักษาทางไกล การเข้าถึงบริการ ผู้ต้องขัง
3. ชื่อหน่วยงาน งานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลมหาสารคาม
4. สมาชิกทีม

1. แพทย์หญิงณัฐวิรัตน์ เอนกวิทย์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
2. นายแพทย์ศุภฤกษ์ อุดรินทร์	นายแพทย์ชำนาญการ
3. นายทศพร สุดสูง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4. นางพรรณธัญญา ไชยผง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
5. การติดต่อกับทีมงาน: นายทศพร สุดสูง โทร 093 - 4651455
E – Mail : Thotsaporn@gmail.com

6. เป้าหมาย:

ลดกำแพงกัน ของการเข้าถึงการรับบริการทางการแพทย์ให้ผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดมหาสารคาม สามารถเข้าถึงการตรวจรักษาทางจิตเวชได้ ซึ่งมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยทางจิต ที่ต้องอาศัยการทำจิตสังคมบำบัด

7. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ:

พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดี ศรีสินทรมหาวชิราลงกรณ พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้ ประกาศพระบรมราชโองการแต่งตั้งคณะกรรมการ โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ เมื่อวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๔ เนื่องจากทรงมีพระราชดำริว่า โรงพยาบาลราชทัณฑ์ เป็นโรงพยาบาลแห่งเดียวในสังกัดกระทรวงยุติธรรม ต้องให้บริการแก่ผู้ต้องขังเป็นจำนวนมาก และ ยังขาดแคลนบุคลากร เครื่องมือแพทย์ และเวชภัณฑ์ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรับการรักษาพยาบาล อย่างเท่าเทียมตามหลักมนุษยธรรม และเมื่อพ้นโทษ จะได้มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งกายและใจ ออกมาสู่ สังคมภายนอกและประกอบอาชีพสุจริตได้อย่างมี คุณภาพ จึงทรงมีพระราชดำริที่จะพระราชทานความช่วยเหลือในเรื่องการจัดหาอุปกรณ์และ เครื่องมือทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล การอบรมให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ เช่น การส่งเสริม สุขภาพ การป้องกันโรคและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

ผู้ต้องขังที่อยู่ในเรือนจำ ส่วนหนึ่งต้องโทษต้องคดียาเสพติด และในจำนวนผู้คนเหล่านั้นเป็นผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติด ซึ่งมีอาการทางจิตก่อนที่จะเข้าอยู่ในเรือนจำก่อนแล้ว ประกอบกับความเครียดในการถูกควบคุมและมีการหยุดเสพยา ทำให้ผู้ต้องขังมีอาการถอน และมีโรคทางจิตกำเริบ

จากข้อมูลจากเรือนจำจังหวัดมหาสารคามผู้ต้องขัง ทั้งหมด 1,990 คน ชาย จำนวน 1,774 คน หญิง จำนวน 216 คน ขึ้นสิทธิ UC 1,907 คน คิดเป็น 95.83 % เด็กติดผู้ต้องขัง จำนวน 3 คน หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 2 คน ในจำนวนนี้มีผู้ต้องขังที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและยาเสพติด จำนวน 118 ราย

งานจิตเวชและยาเสพติดเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวชและยาเสพติด กลุ่มผู้รับบริการส่วนหนึ่งอยู่ในเรือนจำ ที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาทางหน่วยงานสาธารณสุข ด้วยจำนวนแพทย์ที่มีน้อย และผู้ต้องขังมีจำนวนมาก ยากต่อการควบคุมเพื่อออกจากเรือนจำมาพบแพทย์ ทางหน่วยงาน จึงจัดการพัฒนาระบบบริการตรวจรักษาการแพทย์ทางไกล Telemedicine แก่ผู้ป่วยจิตเวชต้องขังเรือนจำ ขึ้น ซึ่งได้ดำเนินการตั้งแต่ ปี 2565 เพื่อลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยในโรงพยาบาล ที่ไม่ต้องพาผู้ต้องขังมาที่โรงพยาบาล ลดความเสี่ยงในการที่ผู้ต้องขังหลบหนี รวมถึงความปลอดภัยทั้งผู้ต้องขังและบุคลากรสาธารณสุข

8. กิจกรรมการพัฒนา : กระบวนการให้บริการ ได้ดำเนินการโดยงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ในการดำเนินงานดังนี้

1. ระยะเวลาเตรียมการประกอบด้วย

- วิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอผู้เกี่ยวข้อง
- ร่วมวางแผนแนวทางการพัฒนาระบบ โดยการมีส่วนร่วมของ เจ้าหน้าที่เรือนจำ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลมหาสารคาม
- เตรียมทรัพยากร สถานที่ อัตรากำลัง คอมพิวเตอร์เพื่อใช้ในการ telemedicine
- พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ กับศูนย์คอมพิวเตอร์เพื่อเปิดช่องทางการสื่อสารผ่านระบบ WebEx ในการทำ telemedicine
- จัดทำแนวทาง กำหนดขั้นตอน/กระบวนการ ระหว่างงานจิตเวช เรือนจำ ศูนย์ประกันสุขภาพ และศูนย์คอมพิวเตอร์และผู้เกี่ยวข้อง

2. ระยะดำเนินการประกอบด้วย

- จัดบริการระบบการตรวจรักษาด้วยการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยแพทย์จิตเวช 3 เดือน ต่อ 1 ครั้ง โดยประสานกับเรือนจำในการนัดผู้ป่วยและนัดช่วงเวลาให้บริการล่วงหน้า ก่อนบริการตรวจรักษาผ่านระบบ Telemedicine ผ่านจอรับภาพ ระหว่างแพทย์โรงพยาบาลกับผู้ป่วยในเรือนจำ
- โรงพยาบาลรวบรวมประวัติเบิกยา ออกใบนัด และประสานงานให้พยาบาลเรือนจำมารับยาแบบ One Stop Service ได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว

3. ระยะประเมินผล

โดยกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ ดังนี้

- 1) มีระบบการตรวจรักษาด้วยการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)
- 2) จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับการตรวจรักษาด้วยการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่มีคุณภาพได้มาตรฐานเท่าเทียมการรับบริการที่โรงพยาบาล
- 4) ร้อยละความพึงพอใจผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ ๘๐

9. การวัดผลและผลการเปลี่ยนแปลง:

ผลการดำเนินงาน รอบที่ 1

ลำดับ	ตัวชี้วัด ที่ 1	ผลงาน
1	มีระบบการตรวจรักษาด้วยการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)	มีระบบให้บริการ Telemedicine ตรวจรักษา ผู้ต้องขัง เรือนจำตามตามและแนวทางที่กำหนด

ลำดับ	ตัวชี้วัด ที่ 2					
	ผลงาน	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5
2	จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับการตรวจรักษาด้วยการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่มีคุณภาพได้มาตรฐานเท่าเทียมการรับบริการที่โรงพยาบาล					
	ปี 2565 1 ครั้ง	2 คน				
	ปี 2566 2 ครั้ง (มี.ค.66 , 17 ส.ค. 66)	11 คน	14 คน			
	ปี 2567 Telemedicine แล้ว 4 ครั้ง 15 ธ.ค.67 , 22 ก.พ. 67 , 22 มี.ค. 67	12 คน	14 คน	16 คน	9 คน	แผน ก.ย. 67

	,12 มิ.ย.					
3	ตัวชี้วัด ที่ 3 ร้อยละความพึงพอใจ ผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ ๘๐	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	--

ผลการเปลี่ยนแปลง :

1. ลดความแออัด ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม
2. เพิ่มการเข้าถึงการโดยผ่านระบบ (Telemedicine) พบว่าการรักษาด้วย Telemedicine ทำให้ลดภาระของเจ้าหน้าที่ ในการพาผู้ต้องขังออกจากเรือนจำเพื่อเข้ามาตรวจรักษากับแพทย์ที่โรงพยาบาล
3. ลดความเสี่ยงต่อผู้ต้องขังหลบหนี และป้องกันใหม่ให้เกิดความคลุ้มคลั่ง นอกเรือนจำ
4. สร้างให้เกิด ระบบ One Stop Service ทำให้สะดวก รวดเร็ว สร้างความพึงพอใจและประทับใจในการรับบริการ

การปรับปรุงกระบวนการ(Telemedicine) : มีการประเมินทบทวนระบบดังนี้

- 1) จัดระบบการตรวจรักษา ผู้ต้องขังจิตเวช ในเรือนจำ ดังนี้
การเข้าตรวจผู้ป่วยในเรือนจำปีละ 2 ครั้ง คือเดือนกุมภาพันธ์ และ สิงหาคม ของทุกปี
ครั้งที่ 1 วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2567
ครั้งที่ 2 เดือน สิงหาคม 2567
- 2) พัฒนาเจ้าหน้าที่ ในการประสานสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในเรือนจำ ได้อย่างคล่องตัว
- 3) มีระบบการสื่อสาร ระหว่างผู้รับการรักษาในเรือนจำ และ ผู้รักษา ทางโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพ โดยได้รับการเห็นชอบด้านความปลอดภัยและกฎระเบียบของเรือนจำ

10. โอกาสพัฒนา หรือข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อไป:

ขยายผลการนำระบบการรักษาทางไกลแบบ Telemedicine ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และขยายไปโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเชื่อมโยงการรักษา ให้ผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด ได้เข้าถึงการบริการได้มากขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สามารถเข้าถึงบริการ ได้รับการตรวจรักษาที่มีคุณภาพได้มาตรฐานยิ่งขึ้น

11. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ:

- การน้อมนำพระราชดำริจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มาเป็นปณิธานในการปฏิบัติงาน

- การสร้างเครือข่าย บริการด้านการแพทย์ ระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพจากเรือนจำ และโรงพยาบาล มาใช้ในการสร้างระบบ Telemedicine มาจัดบริการสร้างความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

12. การสนับสนุนที่ได้รับจากผู้บริหารหน่วยงาน / องค์กร:

- ศูนย์ประกันสุขภาพ โรงพยาบาลมหาสารคาม
- ศูนย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลมหาสารคาม

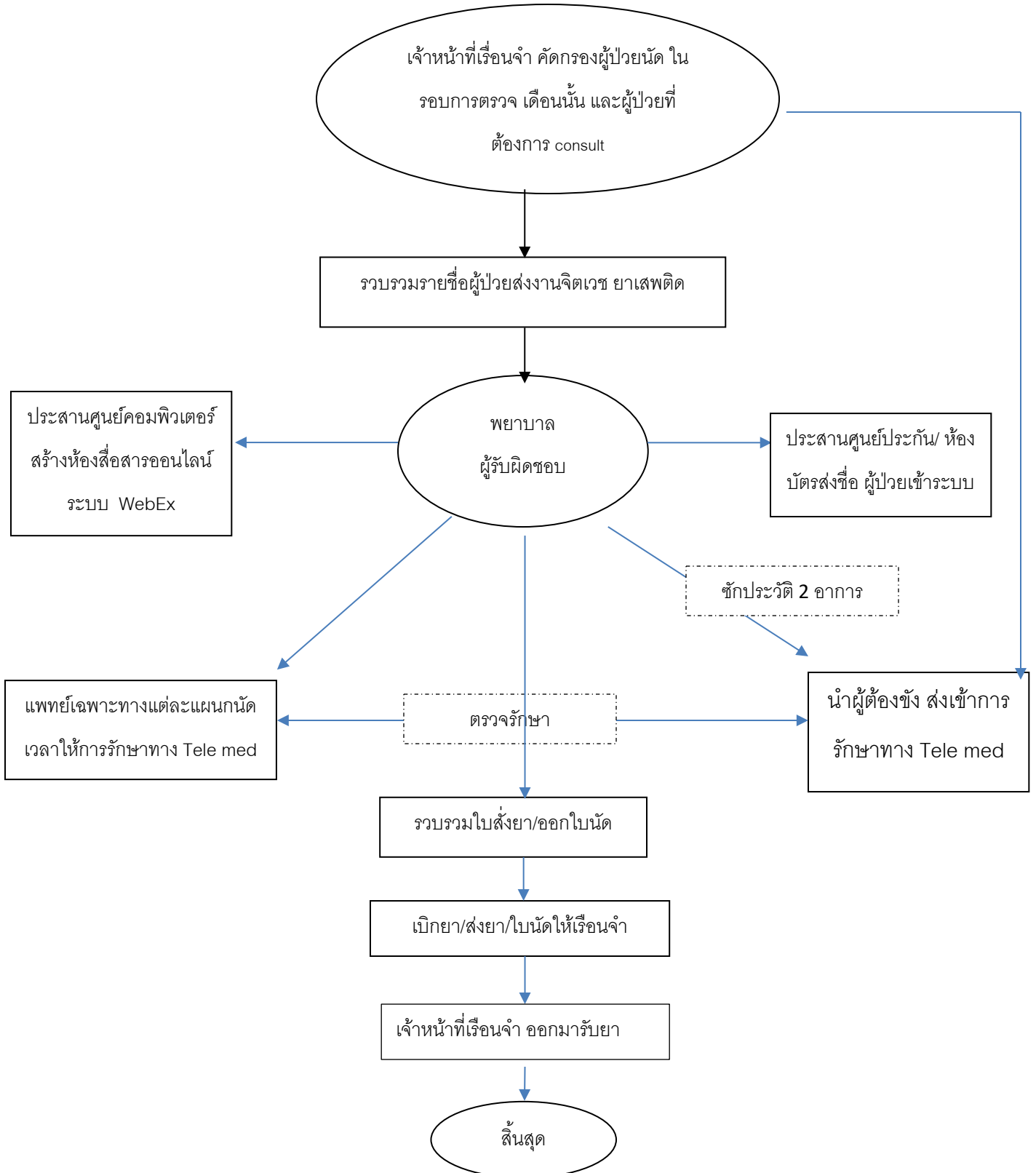
แหล่งอ้างอิง

1. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลโดยใช้ระบบบริการ การแพทย์ทางไกล พ.ศ. 2564 เล่ม 138 ตอนพิเศษ 23 ง ราชกิจจานุเบกษา 1 กุมภาพันธ์ 2564
2. ประกาศแพทยสภา ที่ 54/2563 เรื่อง แนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (Telemedicine) และคลินิกออนไลน์ เล่ม 137 ตอนพิเศษ 166 ง ราชกิจจานุเบกษา 21 กรกฎาคม 2563
3. ประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ 56/2563 เรื่อง การกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy)
4. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) เล่ม 138 ตอนพิเศษ 33 ง ราชกิจจานุเบกษา 10 กุมภาพันธ์ 256

ภาคผนวก

กระบวนการการให้บริการผู้ป่วย Telemedicine

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้รับบริการได้เข้าถึงบริการที่เหมาะสม รวดเร็ว



**การพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนเพื่อลดความรุนแรงการเกิดผื่นแพ้ยา
ชนิด SJS และ TEN ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยาในรายการที่เป็นกลุ่มเสี่ยง**
Development of a surveillance and warning model to reduce the severity
of cutaneous adverse reactions type SJS and TEN in patients who need
to receive drugs on the risk group list.

ผู้วิจัย เกสัชกรหญิงศุภิญญา ภูมิวนิชกิจ

ตำแหน่ง เกสัชกรระดับชำนาญการ

สถานที่ปฏิบัติงาน งานเภสัชกรรมปฐมนุฎิ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนเพื่อลดความรุนแรงและศึกษา
การเกิดผื่นแพ้ยาทางผิวหนังชนิด SJS และ TEN ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยาในรายการที่เป็นกลุ่มเสี่ยง
รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงพรรณนา แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับในยาในกลุ่มเสี่ยงและได้รับเอกสารแนะนำการเฝ้าระวังอาการนำของผื่นแพ้ยา
ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565

ผลการศึกษา พบว่า การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนเพื่อลดความรุนแรงการเกิด
ผื่นแพ้ยาชนิด SJS และ TEN ที่จัดทำขึ้น ได้ระเบียบปฏิบัติสำหรับการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนเพื่อลดความ
รุนแรงการเกิดผื่นแพ้ยาทางผิวหนังในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยากลุ่มเสี่ยง และไม่พบผู้ป่วยที่เกิดผื่นแพ้ยาและ
เสียชีวิตอันเนื่องมาจากการเกิดผื่นแพ้ยาชนิด SJS และ TEN

สรุปและขอเสนอแนะ รูปแบบการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนเพื่อลดความรุนแรงการเกิดผื่นแพ้ยาที่พัฒนาโดย
คณะกรรมการอาการไม่พึงประสงค์ด้านยากลุ่มงานเภสัชกรรม เพื่อเป็นระเบียบปฏิบัติสำหรับเภสัชกรในการ
เฝ้าระวังและแจ้งเตือนเพื่อลดความรุนแรงการเกิดผื่นแพ้ยาทางผิวหนัง สามารถลดความรุนแรงและไม่พบ
ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการเกิดผื่นแพ้ยารุนแรงชนิด SJS และ TEN

คำสำคัญ

การเฝ้าระวังและแจ้งเตือน, ผื่นแพ้ยา, SJS, TEN, ยาในรายการกลุ่มเสี่ยง

สาระสำคัญ

1. ชื่อเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนเพื่อลดความรุนแรงการเกิดผื่นแพ้ยาชนิด SJS และ TEN ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยาในรายการที่เป็นกลุ่มเสี่ยง (Development of a surveillance and warning model to reduce the severity of cutaneous adverse reactions type SJS and TEN in patients who need to receive drugs on the risk group list)
2. ชื่อผู้วิจัย เกษัชกรหญิงศุภิญญา ภูมิวนิชกิจ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม (ทีมคณะกรรมการอาการไม่พึงประสงค์ด้านยา กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2555)
3. ชื่อผู้นำเสนอผลงาน เกษัชกรหญิงศุภิญญา ภูมิวนิชกิจ
4. บทนำและวัตถุประสงค์ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug Reactions : ADRs) เป็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้ก่อโรคและการเสียชีวิต โดยอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบมากที่สุด ได้แก่ การแพ้ยาที่ทำให้เกิดอาการทางผิวหนัง โดยชนิดของอาการทางผิวหนังที่เกิดจากการแพ้ยาที่พบอาจมีตั้งแต่อาการไม่รุนแรงจนถึงชนิดที่มีอาการรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ เช่น Stevens-Johnson Syndrome (SJS), Toxic Epidermal Necrolysis (TEN) ซึ่งการเฝ้าระวังการแพ้ยาทางผิวหนังชนิดรุนแรงในผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มเสี่ยงถือเป็นการดำเนินงานอีกกระบวนการหนึ่งของเภสัชกรในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ด้านยาที่จะช่วยลดความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย การศึกษานี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังเพื่อลดความรุนแรงการแพ้ยาทางผิวหนังชนิด SJS และ TEN ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยาในรายการที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม รวมถึงศึกษาผลการเกิดการแพ้ยาทางผิวหนังชนิด SJS และ TEN ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยาในรายการที่เป็นกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว
5. วิธีการศึกษา

5.1 รูปแบบการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective descriptive study)

5.2 การกำหนดตัวอย่าง และวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกัน ไม่ได้มีการสุ่มตัวอย่าง แต่ใช้วิธีคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยที่ได้รับยาในรายการที่ต้องเฝ้าระวังการเกิดผื่นแพ้ยาชนิด SJS/TEN 6 กลุ่ม จำนวน 17 รายการ ได้แก่ allopurinol, carbamazepine, phenobarbital, phenytoin, lamotrigine, nevirapine, GPO-vir® S30, GPO-vir® Z250, co-trimoxazole, sulfasalazine, Isoniazid, Rifampicin, Ethambutal, Pyrazinamide, Rifafour®, Rifinah® และ Dapsone และได้รับเอกสารฉลากยาเพิ่มเติมแนะนำการเฝ้าระวังอาการนำของผื่นแพ้ยาทางผิวหนังชนิด SJS และ TEN

5.3 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสรุปรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ด้านยา กลุ่มงานเภสัชกรรมประจำปีงบประมาณ และแบบรายงานงานอาการไม่พึงประสงค์ด้านยา โรงพยาบาลมหาสารคาม

5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลจากแบบสรุปรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ด้านยา กลุ่มงานเภสัชกรรมประจำปีงบประมาณ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในส่วนข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ด้านยา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565

5.5 การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์สถิติ ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6. ผลการศึกษา การศึกษาการพัฒนาแบบการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนเพื่อลดความรุนแรงการเกิดผื่นแพ้ยาชนิด SJS และ ที่จัดทำขึ้นได้ระเบียบปฏิบัติเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนเพื่อลดความรุนแรงการเกิดผื่นแพ้ยาทางผิวหนังชนิด SJS และ TEN สำหรับเภสัชกรเมื่อต้องให้การบริการและบริการจ่ายยาแก่ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยาในรายการที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจากยา 6 กลุ่ม 17 รายการ และจากการดำเนินงานตลอดระยะเวลา 10 ปี ในระหว่างวันที่ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565 จากการสืบค้น ICD-10 ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลไม่พบผู้ป่วยที่เกิดผื่นแพ้ยาและเสียชีวิตอันเนื่องมาจากการเกิดผื่นแพ้ยารุนแรงชนิด SJS และ TEN

การพัฒนาแบบการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนเพื่อลดความรุนแรงการเกิดผื่นแพ้ยาชนิด SJS และ TEN

The collage contains several key elements:

- Top Left:** A large red poster with the word 'ยา' (Medicine) in a large font. Below it, text reads 'เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะเป็นในการรักษา' (Another factor that will be in the treatment) and 'การใช้อาหารที่มีโปรตีนขาว (ปริมาณกว่า 1%) ที่เกิดการแพ้ที่รุนแรงได้' (Using white protein food (more than 1%) can cause severe allergic reactions).
- Top Middle:** A blue poster titled '...การแพ้ยา' (Allergy) and 'เตลุดความรุนแรงได้' (can cause severe reactions). It lists symptoms like 'มีผื่น ตุ่มพอง หรือจุดแดงบริเวณผิวหนัง' (Rash, blisters, or red spots on the skin).
- Top Right:** A green box titled 'คำแนะนำเพิ่มเติมด้านยา' (Additional drug advice). It states 'การสังเกตการเกิดผื่นแพ้ยารุนแรงที่ อาจ เกิดขึ้นได้' (Observing severe allergic reactions that may occur) and lists symptoms: 'มีผื่น ตุ่มพอง หรือจุดแดงบริเวณผิวหนัง' (Rash, blisters, or red spots on the skin), 'มีตุ่มน้ำหรือแผลในปาก/หู/จมูก/ก้น/อวัยวะเพศ' (Blisters or ulcers in the mouth/nose/ears/rectum/genitals), and 'เจ็บตา, หนึ่งตาบวมแดง, เยื่อตาอักเสบ' (Eye pain, one eye swollen/red, conjunctivitis).
- Middle Left:** A photo of a patient's face with a severe skin rash.
- Middle Center:** A photo of a pharmacy counter with a staff member.
- Middle Right:** A photo of a medicine box with Thai text.
- Bottom Right:** A photo of two medicine bottles in their packaging.

7. สรุปลงและขอเสนอแนะ รูปแบบการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนเพื่อลดความรุนแรงการเกิดผื่นแพ้ยาชนิด SJS และ TEN ถูกพัฒนาโดยคณะกรรมการอาการไม่พึงประสงค์ด้านยากลุ่มงานเภสัชกรรม เพื่อเป็นแนวทางและระเบียบปฏิบัติสำหรับเภสัชกรในการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนเพื่อลดความรุนแรงการเกิดผื่นแพ้ยาทางผิวหนังชนิด SJS และ TEN ในรายการที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจากยา 6 กลุ่ม 17 รายการ ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับ สามารถลดความรุนแรงและไม่พบผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการเกิดผื่นแพ้ยารุนแรงชนิด SJS และ TEN

1. ชื่อนวัตกรรม ม่านใส ใสใจ ห่างไกลเชื่อดื้อยา

2. หน่วยงาน หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

- | | | |
|------------------|---------|---------------------------------|
| 1. นางสุมาลี | พลเสน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 2. นางสาวภัทรวดี | แก้วแพ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 3. นางสาวจิรพรรณ | แสงฉายา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่ปรึกษา |

3. บทนำ

การติดเชื้อดื้อยาเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาอย่างมีประสิทธิภาพ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายได้เล็งเห็นถึงปัญหาในการป้องกันและควบคุมเชื้อโรคดื้อยา จากสถิติวิเคราะห์ของงาน IC พบว่าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายมีผู้ป่วยติดเชื้อ ดื้อยา ในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 6 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.60 ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 20 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 2.25 ทางหน่วยงานจึงมาทบทวนปัญหาและหาสาเหตุ พบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ต้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดและยังไม่สามารถย้ายเข้าห้องแยกได้ ต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอื่นโดยการจัดโซนแยกและมีการแยกอุปกรณ์ตามแนวปฏิบัติแล้วก็ตาม แต่เนื่องจากการจำกัดของพื้นที่และจำนวนผู้ป่วยมีปริมาณมากโดยเฉลี่ย 30 คน/วัน และไม่สามารถจำกัดจำนวนผู้เข้าเยี่ยมได้ รวมทั้งบุคลากรขาดการสื่อสาร ขาดความตระหนักในการปฏิบัติตามแนวทาง จึงมีโอกาสทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาไปสู่เตียงข้างเคียง จากปัญหาดังกล่าว ทีมศัลยกรรมชายได้เล็งเห็นความสำคัญของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา จึงได้จัดทำนวัตกรรม ม่านใส ใสใจ ห่างไกลเชื่อดื้อยา เพื่อเป็นสัญลักษณ์สื่อสารในบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ให้ปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกัน และลดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหน่วยงาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา
2. เพื่อเป็นเครื่องมือสื่อสารให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานทราบและตระหนักในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา และพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม

4. วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล Deming cycle : PDCA แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ

Plan : 1. ศึกษาสถานการณ์ รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาของการติดเชื้อดื้อยา

2. ประชุมหาแนวทางแก้ไขปัญหา

DO : 1. นำแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยาไปปฏิบัติ โดยมีการสื่อสารกับบุคลากรทุกคน

2. ประดิษฐ์ม่านใส สื่อสารสิ่งประดิษฐ์ ให้เจ้าหน้าที่ทุกคน รับทราบ และสาธิตการนำไปใช้

อุปกรณ์การประดิษฐ์

1. พลาสติกใส 3 เมตร ราคา 100 บาท

2. สันห่วง ราคา 20 บาท

3. ค่าตัดเย็บ 80 บาท

รวมค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 200 บาท

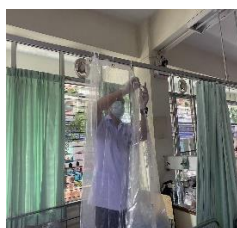
วิธีการประดิษฐ์

1. ตัดพลาสติกใสให้เป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า 2 ชั้น
2. เจาะรูพลาสติกใสติดกับสันห่วง
3. ตัดเย็บม่านพลาสติกใส

Check : นำนวัตกรรม ม่านใส ใสใจ ห่วงไกลเชื้อดื้อยา มาใช้กับผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โดยเริ่มเก็บข้อมูลจากเดือนตุลาคม 2565 - มีนาคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ใช้

Act : หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายวิเคราะห์ข้อมูล ความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค รวบรวมข้อมูลต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ PCT เพื่อการปรับปรุงและขยายผลไปใช้กับหน่วยงานอื่นต่อไป

5. การทดลองประสิทธิภาพนวัตกรรม



ผลลัพธ์

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ต.ค.65-ก.ย.66	ต.ค. 66-ธ.ค.66	ม.ค.67-มี.ค.67
อัตราการติดเชื้อดื้อยา	< 0	1.57	1.83	1.25
ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรที่ใช้นวัตกรรม	> 80%	85	85	90

6. ประโยชน์/การนำไปใช้

1. บุคลากรรับทราบและตระหนักในการปฏิบัติงาน เข้าใจแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา
2. บุคลากรทุกระดับรับทราบสัญลักษณ์สื่อสารที่แสดงถึงการติดเชื้อดื้อยา โดยใช้ม่านใสในรายที่ติดเชื้อดื้อยา ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยอื่น เพื่อให้เกิดความตระหนัก และให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง
3. หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายมีนวัตกรรมม่านใส ใสใจ ห่วงไกลเชื้อดื้อยา เพื่อช่วยป้องกันและลดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหน่วยงาน

7. เอกสารอ้างอิง

- กำธร มาลาธรรม, และ ยงค์ รงค์รุ่งเรือง. (บรรณาธิการ). (2560). คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ, อักษรกราฟิกแอนดตี้ไซน์.
- วิษณุ ธรรมลิขิตกุล.(บรรณาธิการ). (2558).คู่มือการควบคุมและป้องกันแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล. (ม.ป.ท).

สาระสำคัญ

1. ชื่อเรื่อง การพัฒนาระบบ Medication Reconciliation โดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา

Development of Medication Reconciliation Process with Information Technology Systems to reduce Medication Errors

2. ชื่อผู้วิจัย หรือคณะผู้วิจัย พร้อมชื่อหน่วยงาน

เพชรรัตน์ดา ราชดา งานเภสัชกรรมผู้ป่วยใน กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

นฤมล คุณเจริญรัตน์ งานเภสัชกรรมผู้ป่วยใน กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

กาญจนาภรณ์ ตาราโต กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม

ประวิตร ฤทธิเจริญวัตถุ กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม

และทีมเภสัชกรงานเภสัชกรรมผู้ป่วยใน กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

3. ชื่อผู้นำเสนอผลงาน เพชรรัตน์ดา ราชดา

4. บทนำและวัตถุประสงค์

โรงพยาบาลมหาสารคามเดิมได้ดำเนินการ MR หลายรูปแบบ เริ่มจากเภสัชกรคัดลอกรายการยาเดิมใน MR form แบบในเวชระเบียน ต่อมาแพทย์ พยาบาลเขียนรายการยาเดิมในช่อง progress note ในทางปฏิบัติไม่สามารถดำเนินการได้ทุกหอผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ข้อมูลในปีงบประมาณ 2563 พบความคลาดเคลื่อนทางยาจากการไม่ได้สั่งยาเดิมร้อยละ 59.71 สั่งยาผิดขนาดหรือผิดความถี่ร้อยละ 30.21 และสั่งยาผิดชนิดร้อยละ 5.70 พบความคลาดเคลื่อนทางยาระดับมากกว่าเท่ากับระดับ C ร้อยละ 6.47 แสดงให้เห็นว่าการสั่งจ่ายยาในขั้นตอนแรกได้รับพบปัญหาควรได้รับการแก้ไข แต่ละวิชาชีพอันตรายบทบาทในการทำ MR จึงไม่เกิดการดำเนินงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ปีงบประมาณ 2564 คณะกรรมการพัฒนาระบบยา กลุ่มงานเภสัชกรรมจึงร่วมกับกลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์พัฒนาโปรแกรมให้สามารถพิมพ์ประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย (MR Form) ที่เคยรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคามย้อนหลัง 6 เดือน ใช้เป็น Doctor's order สำหรับยาเดิมผู้ป่วยแรกรับ เพื่อให้แพทย์พิจารณาทบทวนและสั่งจ่ายยาต่อในขั้นตอนแรกได้รับได้สะดวกและถูกต้อง หลังจากดำเนินการพบปัญหาความไม่ถูกต้องของรายการยาใน MR form ทำให้สั่งยาซ้ำซ้อน สั่งยาที่ยืดใช้แล้ว วิเคราะห์ปัญหาที่พบ ปรับปรุงความถูกต้องของ MR Form ทบทวนตามหลักการ Plan Do Check Act (PDCA) จากที่ได้ดำเนินการมา ยังไม่มีการประเมินผลลัพท์การดำเนินงาน ระบบ MR การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาและพัฒนาระบบ MR โดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วย เพื่อลดการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อใช้เป็นแนวทางพัฒนาในขั้นตอนย้ายหอ และจำหน่ายผู้ป่วยต่อไป

5. วิธีการศึกษา

5.1 รูปแบบการศึกษา การวิจัยแบบย้อนหลัง แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) รวบรวมความคลาดเคลื่อนทางยาจากระบบ MR วิเคราะห์ปัญหา 2) พัฒนาระบบ MR โดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ 3) ปฏิบัติตามแนวทาง MR ทบทวน ตามแนวคิด PDCA 4) ประเมินผล

5.2 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือใบสั่งยาผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่สามารถทวนสอบประวัติการใช้ยาที่ได้รับก่อนเข้ามาอนรรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม และสามารถดำเนินการได้ภายใน 24 ชั่วโมง ในช่วงเริ่มพัฒนา Phase 1 ปีงบประมาณ 2564 (1 ต.ค.2563- 30 ก.ย.2564) และหลังพัฒนา Phase 2 ปีงบประมาณ 2565 - 2667 (1 ต.ค.2564 - 30 มี.ค.2567)

5.3 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ใบ MR form แบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา

5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล รายงานความคลาดเคลื่อนทางยาของงานบริการเภสัชกรรมลงข้อมูลผ่าน Google form แล้วทำการสรุปข้อมูลผ่าน Google sheet

5.5 การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และใช้ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบผลความคลาดเคลื่อนทางยาเริ่มพัฒนา Phase 1 และ Phase 2

6. ผลการศึกษา

การพัฒนาระบบ MR ได้แก่ สร้าง MR form ใช้เป็น Doctor's order สำหรับยาเดิมแรกรับ โดยดึงข้อมูลประวัติยาโรคเรื้อรังย้อนหลัง 6 เดือน ร่วมกับการทำงานของทีมสหวิชาชีพ หลังพัฒนาระบบร้อยละการทำ MR ใน Phase 2 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.10 เป็นร้อยละ 78.03 ($p < 0.01$) พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับความรุนแรงมากกว่าเท่ากับ C ลดลงหลังพัฒนาจาก 11 ครั้งต่อปี เป็น 4 ครั้งต่อปี ($p < 0.01$) ปัญหาที่พบจากไม่ทำ MR คือสั่งยาผิดขนาดหรือผิดความถี่ ไม่ได้สั่งใช้ยาเดิม สั่งยาผิดชนิด พบปัญหาความไม่ถูกต้องของรายการยาใน MR form เช่น รายการยารวมกันไม่ทราบวันที่รับยา ประวัติยาไม่ชัดเจน จึงได้ทบทวนปรับแก้ไข MR form 2 ครั้ง ปรับปรุง MR form ครั้งที่ 1 ให้แยก visit แต่ละคลินิก แสดงวันที่ให้ชัดเจน แต่พบเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาความรุนแรงระดับ F 2 ครั้งจากความไม่ชัดเจนของ MR form ทำให้สั่งใช้ยาซ้ำซ้อน สั่งใช้ยาที่หยุดใช้แล้ว มีการประชุมทบทวนและปรับปรุง MR form ครั้งที่ 2 ได้แก่ แสดงรายการยาและขนาดยาล่าสุด เพิ่มคำสั่งหยุดใช้ยาที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยให้แพทย์ระบุเมื่อมีการหยุดใช้ยาและแสดงรายการยาที่หยุดใช้ใน MR form เมื่อผู้ป่วยมาอนรรักษา เพิ่มโปรแกรมแจ้งเตือนคู่ยาซ้ำซ้อนในกลุ่มเดียวกัน เพิ่ม Drug - Drug alert และ Drug - Lab alert หลังการปรับปรุงครั้งที่ 2 ไม่พบปัญหาจากสาเหตุเดิม ความคลาดเคลื่อนทางยามีระดับความรุนแรงลดลงจากระดับ F เหลือเพียงระดับ C

7.สรุปผลและข้อเสนอแนะ กระบวนการ MR ที่พัฒนาขึ้น เมื่อนำระบบสารสนเทศเทคโนโลยีมาใช้ ช่วยเพิ่มความถูกต้องของรายการยา สอดคล้องผู้ปฏิบัติงาน แต่ละวิชาชีพเข้าใจบทบาทและเกิดการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ สามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาและลดระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ได้ ผลที่ได้จากงานวิจัยนี้ นำไปพัฒนาระบบ MR ในขั้นตอนย้ายหอ และจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อรองรับโปรแกรม IPD Paperless ตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาลต่อไป

หุ่นจำลองจากเจลาตินฝึกทักษะการเพื่อตรวจก้อนที่ต่อมไทรอยด์ด้วยเข็มขนาดเล็กร่วมกับอัลตราซาวด์
Gelatin-Based Phantom for Ultrasound Guided Thyroid nodule with Fine Needle Aspiration.

บันดิษฐ ศรีธรรมมา, Bundit Sritumma.

นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคาม

Medical Radiologist, Professional Level. Department of Radiology, Mahasarakham Hospital.

Corresponding Author: *E-mail: hoddy2517@gmail.com.

บทคัดย่อ

โรคก้อนที่ต่อมไทรอยด์ (Thyroid nodule) เป็นโรคที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญมีโอกาสที่จะกลายเป็นมะเร็งได้ การตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นเพื่อชี้บ่งความผิดปกติซึ่งพบอยู่ในส่วนลึกของร่างกายโดยการตรวจทางรังสี จึงมักทำร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ (Ultrasonography) เนื่องจากเป็นการตรวจที่มีลักษณะ Real time สามารถมองเห็นภาพจริงในขณะที่ทำการตรวจมีความไวและให้รายละเอียดสูงในการตรวจจ็บรอยโรค (High sensitivity & high resolution) ช่วยในการประเมินการกระจายของโรค และดูการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของต่อมไทรอยด์ได้ดี โดยการเจาะดูดชิ้นเนื้อของก้อน ที่ต่อมไทรอยด์ด้วยเข็มขนาดเล็ก (Fine needle aspiration; FNA) เป็นเทคนิคที่มีความสำคัญช่วยให้แพทย์วินิจฉัย และประเมินว่าเป็นก้อนเนื้อร้าย (Malignancy) หรือไม่ เป็นหัตถการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถทำได้ที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือ ในหอผู้ป่วยได้ และมีความถูกต้อง แม่นยำ สูงช่วยให้แพทย์พิจารณาหาแนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพมีความปลอดภัยและเกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด

เนื่องด้วยต่อมไทรอยด์ เป็นอวัยวะที่อยู่ในส่วนที่ค่อนข้างซับซ้อนมีอวัยวะใกล้เคียงที่สำคัญมาก ดังนั้น กลุ่มงานรังสีวิทยา จึงได้มีการพัฒนาต่อยอดงานประจำสู่นวัตกรรมทำให้บริการ โดยประยุกต์ใช้ “หุ่นจำลองจากเจลาตินเพื่อฝึกทักษะการตรวจก้อนที่ต่อมไทรอยด์ด้วยเข็มขนาดเล็กร่วมกับอัลตราซาวด์” มาใช้ฝึกปฏิบัติก่อนการรักษากับผู้ป่วยจริง เป็นเพิ่มพูนความเชี่ยวชาญเฉพาะทางให้กับบุคลากรทางการแพทย์ อันจะก่อให้เกิดระบบบริการที่มีคุณค่า นำสู่ผลลัพธ์ของประชาชนมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ก้อนที่ต่อมไทรอยด์, เจลาติน, หุ่นจำลอง, อัลตราซาวด์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการใช้หุ่นจำลองจากเจลลาตินเพื่อฝึกทักษะการตรวจก้อนที่ต่อมไทรอยด์ด้วยเข็มขนาดเล็กร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจในการใช้งานหุ่นจำลองจากเจลลาตินเพื่อฝึกทักษะการตรวจก้อนที่ต่อมไทรอยด์ด้วยเข็มขนาดเล็กร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนานวัตกรรมการให้บริการกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (Study Sampling) เป็นบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 12 คน ทำการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) ใน Hospital Based การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย 1. ระยะเตรียมการ (Pre-assessment) 2. ระยะดำเนินการ (Mid-assessment) 3. ระยะการสรุปผล (Post-assessment) ดำเนินการวิจัยเดือนมกราคม - มิถุนายน 2566 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการสังเกตการณ์ และแบบประเมินความพึงพอใจ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ระยะเตรียมการ (Pre-assessment phase) ได้แก่ การศึกษาค้นคว้าข้อมูลทางวิชาการ ผลงานการวิจัย นวัตกรรมทางการแพทย์และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประดิษฐ์หรือพัฒนาการทำหุ่นจำลองจากเจลลาตินเพื่อใช้ฝึกทักษะในการตรวจก้อนที่ต่อมไทรอยด์โดยการตรวจทางรังสี
2. ระยะดำเนินการ (Mid-assessment phase) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้
 - ขั้นตอนที่ 1 ออกแบบสิ่งประดิษฐ์การทำหุ่นจำลอง
 - ขั้นตอนที่ 2 ประดิษฐ์หุ่นจำลองที่ทำมาจากเจลลาตินเพื่อฝึกทักษะการตรวจก้อนที่ต่อมไทรอยด์
 - 1) จัดเตรียมแม่พิมพ์สำหรับทำหุ่นจำลองจากเจลลาตินขนาด 15 x15x3 cm.
 - 2) จำลองเส้นเลือด (vein, artery) โดยใช้ลูกโป่งและใส่น้ำผสมสีผสมอาหาร
 - 3) ทำการประกอบวัสดุที่เตรียมไว้เข้าด้วยกัน
 - 4) เตรียมแม่พิมพ์ที่ประกอบเส้นเลือดจำลองไว้แล้วสำหรับการเทเจลลาติน
 - 5) นำผงเจลลาตินไปต้มให้เดือด และหยดสีผสมอาหารลงไปจากนั้นเทลงแม่พิมพ์ โดยเทครึ่งพิมพ์
 - 6) ทิ้งไว้ให้เย็น และวางผลงุ่นเพื่อจำลองให้เป็นก้อน Cyst ที่ต่อมไทรอยด์ (Thyroid nodule) ใช้เจลลาตินที่เหลือเทปิดด้านบนอีกชั้น และทิ้งไว้ให้เย็น หุ่นจำลองที่ทำสำเร็จ
 - 7) นำหุ่นจำลองที่ได้ไปใช้ในการฝึกปฏิบัติ
 - 8) ภาพอัลตราซาวด์ในขณะที่ทำการฝึกใช้หุ่นจำลอง



ขั้นตอนที่ 3 ประเมินการใช้งานหุ่นจำลองจากเจลลาติน

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินความพึงพอใจในการใช้งานหุ่นจำลองจากเจลลาติน

ระยะที่ 3 การสรุปผล (Post-assessment) ได้แก่ การวิเคราะห์และสรุปผล

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เจลลาตินเป็นวัสดุหลักในการประดิษฐ์หุ่นจำลอง เนื่องจากเจลลาตินเป็นวัสดุที่หาซื้อได้ง่าย มีต้นทุนราคาต่ำ ไม่เป็นพิษ และง่ายต่อการประดิษฐ์ เนื้อสัมผัสและความยืดหยุ่นใกล้เคียงกับเนื้อเยื่อของมนุษย์ สามารถคงสภาพอยู่ได้เมื่อแข็งตัว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย^{(5), (6), (7), (8)} ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นสำหรับการประเมินการใช้งานหุ่นจำลองจากเจลลาตินโดยทดสอบความเข้มข้นในระดับที่แตกต่างกัน พบว่า การใช้สูตรส่วนผสม เจลลาติน 100 กรัม ต่อน้ำ 675ml มีความเข้มข้นของเจลลาตินเท่ากับร้อยละ 14.00 โดยน้ำหนัก(%w/w)จะได้หุ่นจำลองที่มีประสิทธิภาพที่ดีที่สุดสามารถคงสภาพอยู่ได้เมื่อแข็งตัว และมีเนื้อสัมผัสที่มีความยืดหยุ่นใกล้เคียงกับเนื้อเยื่อของมนุษย์มากที่สุดการประเมินผลทักษะการตรวจก้อนที่ต่อมไทรอยด์ด้วยเข็มขนาดเล็กร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ พบว่า การฝึกปฏิบัติ และเทคนิคในการตรวจจับรอยโรค อยู่ในระดับมาก(ค่าคะแนนเฉลี่ย $\bar{X} = 1.92$ S.D = 0.28)การประเมินผลความพึงพอใจต่อการใช้งานพบว่าความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าคะแนนเฉลี่ย $\bar{X} = 4.44$, S.D = 0.65)

การทำหุ่นจำลองที่เสมือนจริงทั้งในด้านกายวิภาคและพยาธิสภาพต่างๆ และควรมีการพัฒนารูปร่างที่หลากหลายหรือใกล้เคียงอวัยวะจริง สามารถนำไปใช้เพื่อฝึกทักษะและเทคนิคในการตรวจจับรอยโรค ร่วมกับการตรวจทางรังสีเพื่อประโยชน์ในการฝึกปฏิบัติที่ดียิ่งขึ้น ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. เกิดการพัฒนางานประจำต่อยอดศูนย์นวัตกรรมการศึกษาหุ่นจำลองที่ทำจากเจลลาตินเพื่อฝึกทักษะการตรวจก้อนที่ต่อมไทรอยด์ด้วยเข็มขนาดเล็กร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์

2. เป็นการพัฒนาทักษะและความชำนาญเฉพาะทางที่มีประโยชน์ในการเตรียมความพร้อมก่อนการทำหัตถการจริง
3. เจลาตินเป็นวัสดุที่หาซื้อได้ง่าย มีต้นทุนราคาต่ำ ไม่เป็นพิษ และง่ายต่อการประดิษฐ์ จึงสามารถทำได้หลายชิ้น เพื่อใช้ฝึกหรือสอนได้ที่ละหลายคนพร้อมกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ควรมีการขยายผลการศึกษาโดยการพัฒนาต่อยอดการประดิษฐ์นวัตกรรมที่มีความซับซ้อน ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยมากขึ้น เสมือนจริงมากขึ้น เช่น Innovation 3D Printing phantom ซึ่งนอกจากจะเป็นการพัฒนาที่สนับสนุนงานบริการที่เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุดแล้ว ยังสามารถใช้เป็นศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์ได้

เอกสารอ้างอิงReferences

1. ภาควิชาโสตนาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (2553) ปัญหาก้อนที่ต่อมไทรอยด์ สืบค้นเมื่อกรกฎาคม 7, 2557 จาก http://www.rcot.org/data_detail.php?op=knowledge&rd=60
2. Gibson, R. (n.d.) Thyroid fine needle aspiration (FNA) Retrived February 10, 2014 from http://www.insideradiography.com.au/page/view.php?T_id=103&ref_info
3. Thanyarak Breast Centre, Breast Foundation Under the Patronage of HRH The Princess Mother. Training manual of targeted breast ultrasound [Internet]. 2017; Available from: <http://doh.hpc.go.th/data/bse/targetUS.pdf>. (in Thai).
4. Cibas, E.S, Ali SZ. The 2017 Bethesda System for reporting throid cytopathology. *Thyroid* 2017;27(11):1341-6. doi:10.1089/thy.2017.0500.
5. Richardson C, Bernard S, Dinh VA. A Cost- effective, gelatin- based phantom model for learning ultrasound-guided fine needle aspiration procedures of the head and neck. *J Ultrasound Med.* 2015;34(8):1479–84. doi:10.7863/ultra.34.8.1479.
6. Jheng Y, Lin C. "Fabrication and testing of breast tissue-mimicking phantom for needle biopsy cutting: A pilot study." Proceedings of the 2017 Design of Medical Devices Conference. 2017 Design of Medical Devices Conference. 10–13 April 2017; Minneapolis, Minnesota, USA. doi:10.1115/DMD2017-3505.
7. Di Meo S, Pasotti L, Iliopoulos I, Pasian M, Ettorre M, Zhadobov M, et al. Tissue mimicking materials for breast phantoms up to 50 GHz. *Phys Med Biol.* 2019;64(5):055006. doi: 10.1088/1361-6560/aafeec.
8. Ng SY, Kuo YL, Lin CL. Low-cost and easily fabricated ultrasound-guided breast phantom for breast biopsy training. *Appl. Sci.* 2021;11(16):7728. doi:10.3390/app11167728.

ประเภท Research/R2R กลุ่มสาขาชีพ

Proposal

ส่วนที่ 1 รายละเอียด

1. **ชื่อโครงการ (ไทย)** การศึกษาสาเหตุ อุบัติการณ์ และผลข้างเคียงของการทำการผ่าตัดควักลูกตา และการผ่าตัดควักเนื้อในลูกตา ในโรงพยาบาลมหาสารคาม

ชื่อโครงการ (อังกฤษ) The Causes , incidences and complications of enucleation and evisceration in Mahasarakham hospital

2. **ชื่อคณะผู้วิจัย** (หัวหน้าโครงการ และผู้วิจัยร่วมในโครงการ, พร้อมทั้งอยู่ สังกัดหน่วยงานที่ติดต่อได้สะดวก)

ชื่อ-สกุล : วิรณัฐ สุทธิสา

ตำแหน่ง : นายแพทย์ชำนาญการ

สังกัด : โรงพยาบาลมหาสารคาม

หมายเลขโทรศัพท์ : -

โทรสาร : -

โทรศัพท์มือถือ : 0922919009

E-mail : wiranut12345678@gmail.com

3. ความสำคัญและที่มาของปัญหา

การควักลูกตา และการควักเนื้อในลูกตา ถือเป็นหัตถการที่สำคัญของจักษุแพทย์ เพื่อรักษาชีวิตหรือตาอีกข้างหนึ่งไว้ จึงมีความจำเป็นต้องทราบถึง สาเหตุการเกิด อัตราการเกิด ข้อดีข้อเสีย และภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ การศึกษานี้จึงทำการศึกษาเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรค และการเลือกวิธีการผ่าตัดที่ดี และเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย ให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

4. วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาสาเหตุ อุบัติการณ์ และผลข้างเคียง ของการผ่าตัดควักลูกตา (Enucleation) และการควักเนื้อในลูกตา (Evisceration)

วัตถุประสงค์รอง

เปรียบเทียบผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการ ผ่าตัดควักลูกตา (Enucleation) และการควักเนื้อในลูกตา (Evisceration)

5. ผลที่จะได้รับ

สาเหตุของการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัด

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เพื่อเรียนรู้ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการผ่าตัด ว่าเกิดจากสาเหตุใดมากที่สุด นำไปสู่การป้องกันการเกิดโรค และการเลือกการผ่าตัดที่เหมาะสมเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

7. ทบทวนวรรณกรรม

การควักลูกตา (Enucleation) เป็นการผ่าตัดเอาลูกตาออกทั้งหมดเหลือเนื้อเยื่อเข้าตาไว้มีข้อบ่งชี้ที่สำคัญคือ 1. โรคมะเร็งในลูกตา 2. การป้องกันการเกิดภาวะอักเสบของลูกตาอีกข้างจากภูมิคุ้มกันตนเอง Sympathetic ophthalmia 3. ลูกตาที่มองไม่เห็นและมีอาการปวดตา (Painful blind eye) 4. ลูกตาติดเชื้อ 5. ผู้ป่วยไข้ลูกตาแต่กำเนิดหรือลูกตาเล็กมาก ซึ่งการควักลูกตามีข้อดีคือ ส่งตรวจทางพยาธิวิทยาได้ โอกาสเกิดการอักเสบของลูกตาอีกข้างต่ำ แต่ก็มีข้อเสียเช่นกันคือ มีการรบกวนเนื้อเยื่อเข้าตามากกว่า ใช้เวลาการผ่าตัดนาน และเทคนิคผ่าตัดที่ซับซ้อนกว่า (3)

การควักเนื้อในลูกตา (Evisceration) เป็นการผ่าตัดเอาสิ่งที่อยู่ในลูกตาออก โดยเหลือเปลือกลูกตา กล้ามเนื้อตา และประสาทตาไว้ ปกติควรเลือกการควักเนื้อในลูกตาก่อนการควักลูกตาเสมอหากไม่มีข้อห้าม นั่นก็คือ มะเร็งในลูกตาและลูกตาฝ่อมาก ซึ่งการควักเนื้อในลูกตามีข้อดี ดังต่อไปนี้ ใช้เวลาการผ่าตัดน้อยกว่า รบกวนเนื้อเยื่อเข้าตาน้อยกว่า การเคลื่อนไหวของตาปลอมดีกว่า ผลด้านความสวยงามดีกว่า หลีกเลี่ยงการปนเปื้อนเชื้อไปยังเส้นประสาทตาหรือสมอง และข้อเสียของการควักเนื้อในลูกตา คือ มีโอกาสเกิดภาวะอักเสบของลูกตาอีกข้างสูงกว่า (Sympathetic ophthalmia) มีผลกระทบต่อ การส่งตรวจทางพยาธิวิทยาได้ (3)

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยหลังการผ่าตัด ทั้ง 2 แบบ นั้นได้แก่ การติดเชื้อ , เลือดออก , วัสดุปลูกฝัง โผล่ (Implant extrusion) เป็นต้น ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในระยะยาว ได้แก่ sunken/deep superior fornix , เปลือกตาแฉะออก (lower eyelid laxity and ectropion) , หนังตาตก (Ptosis) , การหดตัวของเบ้าตา (Socket contraction) , วัสดุปลูกฝังโผล่ (Late Implant extrusion) (2)

เป้าหมายของการรักษาโรคทางตาและโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุทางตา คือ การรักษาให้ผู้ป่วยกลับมามองเห็นได้ แต่บางครั้งมีความจำเป็นต้องควักลูกตา (Enucleation) หรือการควักเนื้อในลูกตา (Evisceration) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้ (1)

8. ขอบเขตการวิจัย

หัตถการ Evisceration และ Enucleation ในโรงพยาบาลมหาสารคาม

ไม่รวมถึงการเอาลูกตาและเนื้อเยื่อรอบตาออก (Exenteration)

9. คำนิยาม

การผ่าตัดควักลูกตา (Enucleation)

การควักเนื้อในลูกตา (Evisceration)

10. ระยะเวลาในการศึกษา

25-30 มิถุนายน 2567

11. สถานที่ทำการวิจัย

โรงพยาบาลมหาสารคาม

12. ระเบียบวิธีวิจัย

Retrospective study , ผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษา Evisceration และ Enucleation ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2566

เกณฑ์การคัดเลือกผู้วิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดควักลูกตาออกและการผ่าตัดควักเนื้อในลูกตา ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ติดตามการรักษาต่อเนื่องได้ภายในอย่างน้อย 1 เดือนหลังผ่าตัด

เกณฑ์การคัดเลือกผู้วิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยที่รับเนื้อเยื่อภายในในกระบอกตาออกและลูกตาออก (exenteration) และผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามการรักษาต่อเนื่องได้อย่างน้อย 1 เดือนหลังผ่าตัด

13. Data Analysis

.....

14. แหล่งทุน

- none

15. เอกสารอ้างอิง (References)

- 1.Nonticha Naowapratepp, M.D. , The cause , Incidence and complication of enucleation and evisceration in Mettapracharak Hospital, 2006-2009
- 2.Waraporn Mitsuntisuk, Kanitha Kityarak , M.D. , The causes and complications of enucleation and evisceration of the eye in Thammasat university Hospital, 2014-2018
- 3.Orapan Aryasit , M.D. , Indications for Enucleation and Evisceration. Department of ophthalmology , faculty of medicine , prince of songkla university. 2012;30(2):115/121

16. แผนการดำเนินงาน

ลำดับ	กิจกรรม	เดือนมิถุนายน 2567
1.	เก็บข้อมูลวิจัย	25-26 / มิถุนายน / 2567
2.	วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ	27-28 / มิถุนายน / 2567
3.	แปลผลข้อมูล	29 / มิถุนายน / 2567
4.	วิจารณ์ข้อมูล	30/ มิถุนายน / 2567

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

HN	
Age	
Underlying disease	
Gender	
Diagnosis	
Trauma or non Trauma	
Visual acuity	
Time of operation	
Surgical procedure / glass ball number	
Complication	

ประวัติและความรู้ความชำนาญของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล

วิรัตน์ ภูษิตา

สังกัด/หน่วยงาน

แผนกจักษุวิทยาโรงพยาบาลมหาสารคาม

โทรศัพท์

0922919009

E-mail

Wiranut12345678@gmail.com

ประวัติการศึกษา

- โรงเรียนอนุบาลเอี่ยมสุข
- โรงเรียนประถมนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
- โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- คณะแพทยศาสตร์มหาวิทาลัยมหาสารคาม (พ.ศ.2552-2558)
- ลาศึกษาต่อเฉพาะทางจักษุวิทยาโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (พ.ศ. 2561-2563)

ประวัติการทำงาน

- โรงพยาบาลมหาสารคาม (พ.ศ.2558)
- โรงพยาบาลกันทรวิชัย (พ.ศ.2559-2560)
- โรงพยาบาลมหาสารคาม (พ.ศ.2564-ปัจจุบัน)

ประสบการณ์การทำงาน

- ประธาน PCT จักษุวิทยา พ.ศ.2566-ปัจจุบัน

ประวัติการผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัย

- ได้ผ่านการอบรมหลักสูตร GCP online training (Computer-based) มีผลตั้งแต่วันที่ 20 มิถุนายน 2567 ถึงวันที่ 20 มิถุนายน 2569

ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อซ้ำภายหลังจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับสายสวนหลอดเลือดใน
โรงพยาบาลมหาสารคาม

Risk Factors for Recurrent Catheter-Related Infections After Catheter-Related Bloodstream
Infections in Mahasarakham Hospital

สมโภช อินทรักษ์, พ.บ.*

Sompote Intarak, M.D.*

*กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ประเทศไทย 44000

*Department of Internal Medicine Mahasarakham Hospital, Mahasarakham Province, Thailand,
44000

*Corresponding author, Email address: Pian_ong2@hotmail.com

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล: การติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับสายสวนหลอดเลือด (Catheter-related bloodstream infections, CRBSI) ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิต ยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะดังกล่าวในโรงพยาบาลมหาสารคามมาก่อน

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อซ้ำภายหลังจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับสายสวนหลอดเลือดในโรงพยาบาลมหาสารคาม

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาสารคามที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับสายสวนหลอดเลือดในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2565

ผลการศึกษา: จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้งหมด 66 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 39 ราย (59.1%), เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยสามัญ 49 ราย (74.2%) หอผู้ป่วยวิกฤต 17 ราย (25.8%), ตำแหน่งที่ใส่สายสวนส่วนใหญ่อยู่ที่คอด้านขวา 44 ราย (68.7%), ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อซ้ำภายหลังจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับสายสวนหลอดเลือด ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง ($p = 0.002$), โรคหัวใจล้มเหลว ($p = 0.040$), และระยะเวลาที่ได้รับยาปฏิชีวนะล่าช้าก่อนที่จะได้เปลี่ยนสายสวน ($p = 0.036$)

สรุปผลการศึกษา: โรคไตเรื้อรัง, โรคหัวใจล้มเหลว, และระยะเวลาที่ได้รับยาปฏิชีวนะล่าช้าก่อนที่จะได้เปลี่ยนสายสวนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อซ้ำภายหลังจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับสายสวนหลอดเลือดในโรงพยาบาลมหาสารคาม

คำสำคัญ: การติดเชื้อในกระแสเลือด, สายสวนหลอดเลือด, การติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับสาย
สวนหลอดเลือด

ABSTRACT

Background: Catheter-related bloodstream infections (CRBSI) cause many complications and mortality. There has been no study of the factors affecting this condition in Maha Sarakham Hospital.

Objective: To study factors affecting recurrent catheter-related infections after CRBSI in Mahasarakham Hospital.

Method: A retrospective cohort study was conducted in patients with confirmed CRBSI at Mahasarakham Hospital from 1 January 2022 to 30 June 2023.

Results: Sixty-six patients were enrolled; most were male (59.1%). Forty-nine patients (74.2%) were admitted to the general ward and 17 (25.8%) to the intensive care unit. The most catheter placement was on the right side of the neck in 44 cases (68.7%). Factors affecting recurrent catheter-related infections after CRBSI included chronic kidney disease ($p = 0.002$), congestive heart failure ($p = 0.040$), and pre-reinsertion treatment duration ($p = 0.036$).

Conclusion: Factors affecting recurrent catheter-related infections after CRBSI included chronic kidney disease, congestive heart failure, and pre-reinsertion treatment duration.

Keywords: Sepsis, Catheter, Catheter-Related Bloodstream Infections

ชื่อเรื่อง

ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคไทรอยด์เป็นพิษแบบต่อมไทรอยด์โตทั้งต่อม (Graves' disease) ที่รักษาด้วยยาต้านไทรอยด์

Predictive Factors for the Relapse of Graves' disease Treated with Antithyroid drugs

ชื่อผู้วิจัย : นางสาวยุคนธร ท่าพิมาย

ผู้นำเสนอผลงาน : นางสาวยุคนธร ท่าพิมาย

บทนำ

Graves' disease เป็นสาเหตุของภาวะไทรอยด์เป็นพิษที่พบบ่อยที่สุด คือ มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษที่เกิดจากต่อมไทรอยด์ทำงานเกิน (Hyperthyroidism) การรักษาปัจจุบันมีแนวทางการรักษา 3 วิธี 1. การรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์ 2. การรักษาด้วยการกลืนรังสีไอโอดีนชนิด I-131 3. การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ โดยจากการสำรวจเวชปฏิบัติไทยปัจจุบัน การรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์เป็นการรักษาที่ถูกเลือกใช้มากที่สุด ประมาณร้อยละ 90.8 เนื่องจากมีข้อได้เปรียบกว่า การรักษาด้วยการกลืนรังสีไอโอดีน และการผ่าตัด สามารถทำให้ระดับฮอร์โมนไทรอยด์เข้าสู่ระดับปกติในเวลาอันสั้น ไม่ทำให้เกิดภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ สามารถควบคุมระดับภูมิคุ้มกันต่อไทรอยด์ได้ และในกรณีที่มีอาการทางตาจากไทรอยด์ การรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์ไม่ทำให้อาการทางตาแย่ลงด้วย

แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าอัตราเกิดการกลับเป็นซ้ำของภาวะไทรอยด์เป็นพิษหลังหยุดการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์เกิดขึ้นค่อนข้างมาก โดยพบประมาณร้อยละ 50 ซึ่งเมื่อมีการกลับเป็นซ้ำของไทรอยด์เป็นพิษ ก็ต้องมีการต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ และทำการติดตามการรักษาใหม่ เพิ่มค่าใช้จ่าย อีกทั้งอาจทำให้คุณภาพชีวิตลดลงได้

การเข้าใจและทราบถึงปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำของไทรอยด์เป็นพิษจึงมีความสำคัญ โดยปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำของไทรอยด์เป็นพิษจะช่วยให้แพทย์แยกคนที่มีความเสี่ยงสูงในการกลับเป็นซ้ำออกจากผู้ที่เสี่ยงต่ำ หากทราบกลุ่มที่เสี่ยงสูงต่อการกลับเป็นซ้ำอาจให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยรักษาวิธีอื่น เช่น การกลืนรังสีไอโอดีน หรือ ผ่าตัดต่อมไทรอยด์ เป็นต้น

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคไทรอยด์เป็นพิษหลังการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์ของผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษ

วัตถุประสงค์รอง

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคไทรอยด์เป็นพิษหลังการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์ของผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษที่เข้าการรักษาที่คลินิกต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ Retrospective cohort study โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยนอกและจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษ ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรมต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 – 29 กุมภาพันธ์ 2567 นำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การนำเสนอข้อมูลทั่วไป อัตราการหาย (Remission) และ อัตราการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ด้วยค่าจำนวนและร้อยละ และรายงานปัจจัยที่ทำนาย การกลับเป็นซ้ำของโรคไทรอยด์เป็นพิษ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม IBM SPSS version 27.0.0

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษทั้งหมด 113 ราย เป็นเพศหญิง 92 ราย (ร้อยละ 81.4) เพศชาย 21 ราย (ร้อยละ 21) โดยพบว่ามีอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคไทรอยด์เป็นพิษหลังการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์ ทั้งหมด 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.2 ของผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษทั้งหมด โดยปัจจัยที่ทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคไทรอยด์เป็นพิษหลังการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์ คือ ระดับ serum FT3 และ FT4 แรกวินิจฉัยที่สูงกว่า 2 เท่าของค่ามาตรฐาน

ตารางที่1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ตารางที่2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหาย และ การกลับเป็นซ้ำของไทรอยด์เป็นพิษ

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษที่เข้ารับบริการที่คลินิกต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลมหาสารคาม มีอัตราการกลับเป็นซ้ำของไทรอยด์เป็นพิษร้อยละ 21.2 โดยปัจจัยที่ทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคไทรอยด์เป็นพิษหลังการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์ คือ ระดับ serum FT3 และ FT4 แรกวินิจฉัยที่สูงกว่า 2 เท่าของค่ามาตรฐาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลประกอบในการตัดสินใจในการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย
2. ควรจะมีการศึกษาไปข้างหน้า และ มีจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาในจำนวนที่มากขึ้นเพื่อศึกษาหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของโรคเพิ่มเติม

สาระสำคัญ

1. **ชื่อเรื่อง** ผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพต่อการเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู (IMC) โรงพยาบาลมหาสารคาม
2. **ชื่อผู้วิจัย หรือคณะผู้วิจัย พร้อมชื่อหน่วยงาน** พท.ป.ประถมพร มาตย์วิเศษ และ พท.ป.นัตยา วรรณการ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลมหาสารคาม
3. **ชื่อผู้นำเสนอผลงาน** พท.ป.ประถมพร มาตย์วิเศษ
4. **บทนำและวัตถุประสงค์** โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 580 เตียง และเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน มีการจัดบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อตอบสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ได้เปิดให้บริการหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู (IMC) เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2566 สามารถรองรับผู้ป่วยระยะกลางได้ 6 เตียง ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ กายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ และแพทย์แผนไทย เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ต่อการเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อ ในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู (IMC) เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพต่อไป
5. **วิธีการศึกษา**
 - 5.1 **รูปแบบการศึกษา** เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการรักษา
 - 5.2 **การกำหนดตัวอย่าง และวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ไม่เกิน 6 เดือน เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู (IMC) ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2566 - 29 กุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 32 คน คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเลือกเข้า คือ มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน น้อยกว่า 75 คะแนน หรือมากกว่า 75 คะแนน ที่มีความผิดปกติมากกว่า 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem มีค่าความดันโลหิต ไม่เกิน 160/90 มิลลิเมตรปรอทหรือไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 60-100 ครั้ง/ นาที, อุณหภูมิกายไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส, ไม่มีอาการหอบ หายใจลำบาก หน้าซีด ริมฝีปากเขียว หน้าเขียว ชัก, ไม่มีปัญหาตามข้อห้ามของการนวด ได้แก่ โรคผิวหนัง เช่น อักเสบ ติดเชื้อ มีแผล เป็นต้น, ไม่มีภาวะเลือดออกง่าย ไม่มีจ้ำ/ รอยฟกช้ำ/ จุดเลือดออกใต้ผิวหนัง และสตรีตั้งครรภ์
 - 5.3 **เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล** แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Barthel Index) คะแนนเต็ม 100 คะแนน แบบประเมินระดับกำลังของกล้ามเนื้อ (Motor power) ในผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรง แบ่งเป็น 6 ระดับ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย

5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการรักษาทันที โดยมีขั้นตอนในการรักษา คือ นวดเพื่อฟื้นฟูสภาพ (ทั่วร่างกาย) ตามสูตรนวดแบบราชสำนัก เป็นเวลา 60 นาที และประคบสมุนไพรร้อนชื้น เป็นเวลา 30 นาที รวมเวลา 90 นาที วันละ 1 ครั้ง

5.5 การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมาน คือ Wilcoxon signed ranks-test มีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

6. ผลการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.50 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50 อาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 25 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 37.50 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 75 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 59.38 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 โดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 87.50 มีอาการอ่อนแรงซีกขวา ร้อยละ 56.25 มีปัญหาคลื่นลำบากร่วมด้วย ร้อยละ 15.62 มีระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วย อยู่ระหว่าง 1 - 3 เดือน ร้อยละ 46.88 มีสาเหตุเจ้าเรือนหลักเป็นธาตุลม ร้อยละ 40.63 มีอายุสมุฏฐานอยู่ปัจฉิมวัย สมุฏฐานวาโย ร้อยละ 100 กาลสมุฏฐาน (ที่เริ่มมีอาการ) อยู่ในยาม 4 สมุฏฐานวาโย ร้อยละ 40.63 ฤดูสมุฏฐาน (ฤดู 3) ที่เริ่มเจ็บป่วย อยู่วสันตฤดู สมุฏฐานวาโย ร้อยละ 75 มีมัธยฐานของจำนวนครั้งที่รับบริการ เท่ากับ 3 ครั้ง (Min=2 : Max=12) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พบว่าหลังการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนการรักษา ($p < 0.05$) และมีระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขนและขาเพิ่มขึ้น ($p < 0.05$) โดยส่วนใหญ่มีระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขน เพิ่มขึ้น 1 ระดับ ร้อยละ 56.25 และมีระดับกำลังของกล้ามเนื้อขาเพิ่มขึ้น 1 ระดับ ร้อยละ 65.63 ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ในด้านภาพรวม ด้านการให้บริการ และด้านผลการรักษา ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.94, 4.91 และ 4.41 ตามลำดับ และไม่พบอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

7. สรุปและข้อเสนอแนะ การดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับสหวิชาชีพ โดยการนวดเพื่อฟื้นฟูสภาพและประคบสมุนไพร สามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ได้ จึงควรแนะนำให้ทำการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่เข้าเกณฑ์ และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงความสัมพันธ์ของสมุฏฐานการเกิดโรคและมูลเหตุของการเกิดโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เพื่อยืนยันสมุฏฐานตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยกับการเกิดโรค และศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น

สาระสำคัญ

1. **ชื่อเรื่อง** ผลความรู้การใช้ Spill Kit ด้วยสื่อวีดิทัศน์ ของบุคลากรโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ปฏิบัติงานในจุดสัมผัสยาเคมีบำบัด
 2. **ชื่อผู้วิจัยพร้อมชื่อหน่วยงาน** นายราชัน เหล่ากาสี งานเภสัชกรรมการผลิต
กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม
 3. **ชื่อผู้นำเสนอผลงาน** นายราชัน เหล่ากาสี ตำแหน่งเจ้าพนักงานเภสัชกรรม
 4. **บทนำและวัตถุประสงค์** Spill Kit คือ อุปกรณ์ที่ใช้ทำความสะอาดยาเคมีบำบัด เมื่อหก ตก แตก หรือปนเปื้อนจากการละลายยา ซึ่งยาเคมีบำบัดทำให้เกิดอันตรายต่อเซลล์ของร่างกาย ฉะนั้นผู้ที่ปฏิบัติงานสัมผัสยาเคมีบำบัดควรมีความรู้เรื่องการใช้ Spill kit เพื่อให้ปลอดภัยต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อม จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี พบว่า มีหน่วยงานที่ปฏิบัติงานสัมผัสยาเคมีบำบัด เพิ่มมากขึ้น จาก 7 หน่วยงาน เป็น 13 หน่วยงาน และมีการหมุนเวียนบุคลากรเข้า-ออกในแต่ละหน่วยงานทุก ๆ ปี อาจมีการให้ความรู้การใช้ Spill Kit ไม่ทั่วถึง ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาผลความรู้การใช้ Spill Kit ด้วยสื่อวีดิทัศน์ ของบุคลากรโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ปฏิบัติงานในจุดสัมผัสยาเคมีบำบัด เพื่อเป็นแนวทางการใช้งานชุด Spill Kit ที่ถูกต้อง และเป็น การทบทวนในการนำไปใช้วางแผนให้ความรู้แก่บุคลากรที่สัมผัสยาเคมีบำบัด เพื่อวางแผนพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ การใช้ Spill Kit เมื่อยาเคมีบำบัด หก ตก แตก ให้บุคลากรสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง
- วัตถุประสงค์** 1) เพื่อศึกษาระดับความรู้การใช้ Spill Kit ของบุคลากรโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ปฏิบัติงานในจุดสัมผัสยาเคมีบำบัด
- 2) เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังดูสื่อวีดิทัศน์การใช้ Spill Kit ของบุคลากรโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ปฏิบัติงานในจุดสัมผัสยาเคมีบำบัด
5. **วิธีการศึกษา**
 - 5.1 **รูปแบบการศึกษา** การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest desing)
 - 5.2 **การกำหนดตัวอย่าง และวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือ บุคลากรโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ปฏิบัติในงานจุดสัมผัสยาเคมีบำบัด จำนวน 222 คน กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 20 คน ซึ่งใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรเปรียบเทียบ N4Stududies ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ค่าความแม่นยำการประมาณค่าสัดส่วน เท่ากับ 0.05 ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน เท่ากับ 0.2 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้หลังทดสอบ เท่ากับ 2.34 ค่าเฉลี่ยความรู้หลังทดสอบลบค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนทดสอบ เท่ากับ 1.69 ปรับเพิ่มกลุ่มตัวอย่างป้องกันข้อมูลสูญหาย ร้อยละ 10
 - 5.3 **เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย สื่อวีดิทัศน์การใช้ Spill Kit แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้การใช้ Spill Kit และแบบประเมินสื่อวีดิทัศน์การใช้ Spill Kit มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.938, 0.985 ตามลำดับ

5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้านความรู้การใช้ Spill kit (Pre-test) แล้วดูสื่อวีดิทัศน์การใช้ Spill Kit พร้อมตอบแบบสอบถามด้านความรู้การใช้ Spill kit (Post-test) และตอบแบบสอบถามประเมินสื่อวีดิทัศน์การใช้ Spill Kit ตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

5.5 การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความรู้ความรู้อีกการใช้ Spill kit (Pre test – Post test) การประเมินสื่อวีดิทัศน์ Spill Kit และสถิติอนุมาน โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการดูวีดิทัศน์การใช้ Spill Kit ของกลุ่มตัวอย่าง

6. ผลการศึกษา ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีกิจกรรมเสี่ยงเคยสัมผัสยาเคมีบำบัดจากการบริหารยาเคมีบำบัดร้อยละ 35 ไม่เคยอบรมความรู้เกี่ยวกับการใช้ Spill Kit ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน ร้อยละ 60 ระดับความรู้ก่อนดูสื่อวีดิทัศน์การใช้ Spill Kit ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 60 ค่ามัธยฐาน (Mdn) เท่ากับ 7.00 ค่าพิสัยระหว่างควอล์ไทล์ (IQR) เท่ากับ 1.00 คะแนนต่ำสุด (Min) เท่ากับ 5 คะแนนสูงสุด (Max) เท่ากับ 9 ระดับความรู้หลังดูสื่อวีดิทัศน์การใช้ Spill Kit ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ ค่ามัธยฐาน (Mdn) เท่ากับ 10.00 ค่าพิสัยระหว่างควอล์ไทล์ (IQR) เท่ากับ 0.75 คะแนนต่ำสุด (Min) เท่ากับ 6 คะแนนสูงสุด (Max) เท่ากับ 10 ระดับการประเมินสื่อวีดิทัศน์การใช้ Spill kit ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินสื่อวีดิทัศน์การใช้ Spill kit อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 85 โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ย (\bar{x}) เท่ากับ 4.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.32 คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (Min) เท่ากับ 3.90 คะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Max) เท่ากับ 5.00 ความสัมพันธ์เปรียบเทียบระหว่างความรู้ก่อนและหลังดูสื่อวีดิทัศน์การใช้ Spill Kit โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 พบว่า ความรู้ก่อนดูสื่อวีดิทัศน์การใช้ Spill Kit มีความสัมพันธ์ความรู้หลังดูสื่อวีดิทัศน์การใช้ Spill Kit อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.01)

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

หลักจากการทดสอบความรู้หลังจากการดูสื่อวีดิทัศน์การใช้ Spill Kit พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้การใช้ Spill kit เพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างดูวีดิทัศน์การใช้ Spill kit จะสามารถใช้งานชุด Spill kit ได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัยต่อการปฏิบัติงาน เป็นการนำผลการศึกษา และข้อเสนอแนะมาจากกลุ่มตัวอย่างมาต่อยอดในงาน ผู้ศึกษาจึงจะ ปรับเพิ่มเสียงบรรยายในสื่อวีดิทัศน์การใช้ Spill Kit เพื่อให้สื่อวีดิทัศน์มีความสมบูรณ์ บุคลากรสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง และใช้งานได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ ควรศึกษาระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เพื่อจะได้ประเมินคุณภาพของสื่อวีดิทัศน์การใช้ Spill Kit ได้อย่างสมบูรณ์มากขึ้น

Prognostic factors associated with Functional maturation Rate of Arteriovenous fistula (AVF) in Mahasarakham Hospital

ปัจจัยการพยากรณ์โรคกับอัตราการความพร้อมในการฟอกเลือดของเส้นฟอกเลือดทำจากหลอดเลือดจริงในโรงพยาบาลมหาสารคาม

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) เป็นภาวะไตเสื่อมหน้าที่ลงอย่างช้า ๆ หรือมีสัญญาณของการทำลายเนื้อไตที่ค่อยเป็นค่อยไป ในระยะเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย องค์การ The National Kidney Foundation ได้ออกเอกสารแนวทางเวชปฏิบัติ The Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) ให้คำแนะนำเลือกใช้เส้นฟอกเลือดทำจากหลอดเลือดจริง (Arteriovenous fistulas, AVF) เป็นทางเลือกแรกของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย และสนับสนุนหลักการ Fistula First โดยตั้งเป้าหมายให้การใช้เส้นฟอกเลือดทำจากหลอดเลือดจริงเป็นร้อยละ 65 ของคนไข้ที่เข้ารับการฟอกเลือดทั้งหมด ซึ่งผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการฟอกเลือดอย่างต่อเนื่องในระยะยาวก็ควรใช้เส้นฟอกเลือดทำจากหลอดเลือดจริงเพราะว่าอัตราการเปิดโล่ง (Patency rate) สูงกว่า ภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า และราคาถูกกว่า เส้นฟอกเลือดที่ทำจากหลอดเลือดเทียม (Arteriovenous grafts) และสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central venous catheters)

วิธีการศึกษา ศึกษาข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วย 220 รายที่เข้ารับการผ่าตัดเส้นฟอกเลือดจากหลอดเลือดจริง ในช่วงตั้งแต่กุมภาพันธ์ 2565 ถึง เมษายน 2566 โดยศึกษาข้อมูลทั่วไปทางประชากร โรคร่วม ประวัติการฟอกเลือดมาก่อน ขนาดหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงจากการอัลตราซาวด์ก่อนผ่าตัด ตำแหน่งการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และข้อมูลการติดตามการรักษาในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 10 โดยคลำการสั่นของเส้นฟอกเลือด การอัลตราซาวด์ดูขนาดเส้นฟอกเลือด และดูความสามารถของเส้นฟอกเลือดในการใช้ฟอกเลือด โดยจะหยุดการเก็บข้อมูลผู้ป่วยก่อนกำหนดหากมีการขาดการติดตามการรักษา ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต หรือเสียชีวิต

ผลการศึกษา จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดเส้นฟอกเลือดจากหลอดเลือดจริงทั้งหมด 234 คน หลังจกติดตามการรักษาครบ 10 สัปดาห์ มีผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษา 14 คน เหลือผู้ป่วยในการศึกษาคั้งนี้ 220 คน แบ่งเป็นเพศชาย 109 คน (49.55%) และเพศหญิง 111 คน (50.45%) อายุเฉลี่ย 61 ปี มีโรคประจำตัวเป็น โรคความดันโลหิตสูง 92.7% โรคเบาหวาน 44.5% และโรคไขมันในเลือดสูง 56.4% เป็นผู้เข้ารับการผ่าตัดเส้นฟอกเลือดก่อนรับการฟอกเลือด 100 คน (45.5%) แบ่งเป็นการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดบริเวณข้อมือ ชนิด Radiocephalic AVF 22.7% การผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดบริเวณข้อข้อพับข้อศอก ชนิด Brachiocephalic AVF 72.7% จากการอัลตราซาวด์ก่อนผ่าตัด พบขนาดเส้นเลือดดำเฉลี่ย 3 ± 0.5 มิลลิเมตร ขนาดเส้นเลือดแดงเฉลี่ย 4 ± 2 มิลลิเมตร ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเส้นฟอกเลือดจากหลอดเลือดจริงมีความพร้อมในการฟอกเลือด (Functional maturation) 209 คน (95%) มีความล้มเหลวของการผ่าตัด (Fistula failure) 11 คน (5%) ในการวิเคราะห์ปัจจัยการพยากรณ์โรคที่มีผลต่อความพร้อมในการฟอกเลือดของเส้นฟอกเลือดทำจากหลอดเลือดจริง พบว่ามีเพียงขนาดหลอดเลือดดำจากการอัลตราซาวด์ก่อนผ่าตัดที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.04) และมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทั้งหมด 32 คน แบ่งเป็นแผลผ่าตัดมีเลือดออก 2 คน (0.9%) มีห้อยเลือด 30 คน (13.6%) แต่ไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติต่อการมีความพร้อมในการฟอกเลือด

ข้อสรุป ปัจจัยการพยากรณ์โรคเพียงอย่างเดียวที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการฟอกเลือดของเส้นฟอกเลือดจากหลอดเลือดจริง คือ ขนาดหลอดเลือดดำจากการอัลตราซาวด์ก่อนผ่าตัด ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากข้อมูลที่ได้แนะนำให้มีการประเมินขนาดหลอดเลือดจากการอัลตราซาวด์ก่อนผ่าตัดทุกกรณีถ้าสามารถทำได้ เพื่อเพิ่มอัตราการความพร้อมในการฟอกเลือดของเส้นฟอกเลือดจากหลอดเลือดจริง จากการศึกษานี้มีข้อจำกัดในการติดตามผลการผ่าตัดในระยะยาวและความพร้อมในการฟอกเลือดของเส้นฟอกเลือดจากหลอดเลือดจริงในระยะยาว ซึ่งอาจศึกษาเพิ่มเติมต่อไปด้วย

การพัฒนาาระบบส่งต่อภาพทางการแพทย์ (Refer Image Online) จังหวัดมหาสารคาม

Medical Image Online in Mahasarakham Province.

บันดิษฐ ศรีธรรมมา*, Bundit Sritumma*

นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคาม

Radiologist, Professional Level. Department of Radiology, Mahasarakham Hospital.

บทคัดย่อ

ปัจจุบันฐานข้อมูลผู้ป่วย (data patient) ภายใต้ระบบบริหารจัดการข้อมูล (HIS: Hospital Information System) ภายในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนถูกบริหารแยกขาดจากกัน ทำให้การส่งต่อการรักษาผู้ป่วย (refer) ตลอดจนการเปลี่ยนสถานพยาบาลจากผู้ป่วยเองทำได้ยากลำบาก ด้วยสาเหตุและอุปสรรคจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลประวัติสุขภาพและประวัติการรักษาโรค จังหวัดมหาสารคามได้มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการให้บริการรับส่งต่อผู้ป่วย โดยมีโรงพยาบาลมหาสารคามเป็นศูนย์ประสานงานส่งต่อระดับจังหวัด มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคหลัก การให้คำปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ผ่านระบบ Telemedicine online monitoring transfer เชื่อมต่อการใช้โปรแกรม N - refer เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลและพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย (Node strengthening) ในระดับจังหวัดในรูปแบบ secondary care cluster และพัฒนาศักยภาพ Node ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยและเพิ่มการเข้าถึงบริการให้รวดเร็วปลอดภัยและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นจากการวิเคราะห์สภาพปัญหา พบว่า 1) ระยะเวลาการรอคอยในการนำภาพลงระบบแต่ละครั้งต้องใช้เวลานาน 2. การจัดเก็บและค้นหาฟิล์มจำนวนมากทำให้เกิดความล่าช้าของการรายงานผลได้ 3. การสูญหายของฟิล์มซึ่งมีความจำเป็นในการใช้เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของโรคและการรักษาต่อเนื่อง 4. ปัญหาภาพคอมพิวเตอร์ทางรังสีที่ไม่สามารถนำไปวินิจฉัยโรคได้ (reject image) และ 5. ขยะทางอิเล็กทรอนิกส์ที่มาจากแผ่น CD จำนวนมาก

กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคาม จึงได้ต่อยอดการพัฒนา “ระบบส่งต่อภาพทางการแพทย์จังหวัดมหาสารคาม” ผลดังกล่าว พบว่าสามารถสนับสนุนกระบวนการทำงานตั้งแต่ระบบทะเบียนผู้ป่วย (patient registration) การนัดหมายเอกซเรย์ (appointments & scheduling) การส่งปรึกษา (consultations) การพิมพ์รายงาน การอ่านภาพเอกซเรย์ (imaging reports) เป็นต้นนอกจากนี้ เชื่อมโยงข้อมูลจากแม่ข่ายและลูกข่ายด้วยการคำนวณและประมวลผลที่รวดเร็ว (image processing) สามารถดูภาพพร้อมกันหลายคนและดูภาพจากทางไกลได้ ลดความล่าช้า ลดระยะเวลาการรอคอย ลดโอกาสผิดพลาด หรือความไม่สม่ำเสมอของคุณภาพงาน Image Source ลดภาระงาน รวมถึงต้นทุนการให้บริการ ปัจจัยแห่งความสำเร็จครั้งนี้ เกิดเครือข่ายรังสีวิทยาจังหวัดมหาสารคามซึ่งบูรณาการทำงานร่วมกันขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ: การส่งต่อ, ระบบภาพทางการแพทย์, รังสีวิทยา

Corresponding Author: *E-mail: hoddy2517@gmail.com.

ระบบส่งต่อภาพทางการแพทย์จังหวัดมหาสารคาม

Seamless e-Refer Medical Image in Mahasarakham Province.

ระบบภาพทางการแพทย์(Medical Image)เป็นส่วนหนึ่งของสารสนเทศทางรังสีวิทยา ถูกพัฒนามาเพื่อใช้สนับสนุนกระบวนการให้บริการ (Workflow Management) รวมถึงด้านรังสีวินิจฉัย ตั้งแต่ระบบทะเบียนผู้ป่วย (patient registration)ระบบการนัดหมายเอกซเรย์ (appointments & scheduling)ระบบการส่งปรึกษา (consultations) การพิมพ์รายงานการอ่านภาพเอกซเรย์ (imaging reports) เป็นต้นภาพถ่ายทางรังสีวินิจฉัยนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยแพทย์วินิจฉัยรอยโรคได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็ว โรคบางอย่างสามารถวินิจฉัยจากภาพถ่ายรังสีได้โดยตรง ไม่ต้องทำการตรวจพิเศษทางรังสี (special radiography)หรือส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นเพิ่มเติมอีก นอกจากนี้ ยังมีบทบาทสำคัญที่ช่วยในการประเมินความรุนแรงของโรค (Assess severity)การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา (Determine treatment)การประเมินผลรักษา และติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย (Assess response and follow up)

ปัจจุบันฐานข้อมูลผู้ป่วย (data patient) ภายใต้ระบบบริหารจัดการข้อมูล (HIS: Hospital Information System) ภายในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนถูกบริหารแยกขาดจากกัน ทำให้การส่งต่อการรักษาผู้ป่วย (refer) ตลอดจนการเปลี่ยนสถานพยาบาลจากผู้ป่วยเองทำได้ยากลำบาก ด้วยสาเหตุและอุปสรรคจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลประวัติสุขภาพและประวัติการรักษาโรค จังหวัดมหาสารคามได้มีการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan)มุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมถึงการพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง การสร้างระบบเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันในระดับจังหวัดและภายในเขตสุขภาพ ภายใต้กรอบแนวคิดเครือข่ายบริการไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) แนวคิดการพัฒนาเครือข่ายบริหารระดับจังหวัด (Province Health Service Network)เพื่อใช้ทรัพยากรในเครือข่ายที่มีจำกัดให้มีประสิทธิภาพสูงสุด หลีกเลี่ยงการลงทุนซ้ำซ้อนและจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีศักยภาพเท่าเทียมกันเพื่อลดอัตราป่วยลดอัตราตาย ลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอย

จากรายงานการส่งต่อภาพทางการแพทย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เดือนตุลาคม 2562 ถึง กุมภาพันธ์ 2563 พบว่ามีการส่งต่อภาพด้วยแผ่น CD จำนวน 6,807 แผ่น การส่งต่อภาพของโรงพยาบาลอื่นนำเข้าระบบ PACS จำนวน 19,449 แผ่น ซึ่งต้องผ่านขบวนการที่ต้องใช้เจ้าหน้าที่และเวลาในการนำข้อมูลภาพลงระบบ เมื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา พบว่า 1) ทำให้ระยะเวลารอคอยในการนำภาพลงระบบแต่ละครั้งต้องใช้เวลานาน 2) การจัดเก็บและค้นหาฟิล์มจำนวนมากทำให้เกิดความล่าช้าของการรายงานผล 3) การสูญหายของฟิล์มซึ่งมีความจำเป็นในการใช้เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของโรคและการรักษาต่อเนื่อง 4) ปัญหาภาพคอมพิวเตอร์ทางรังสีที่ไม่สามารถนำไปวินิจฉัยโรค (reject image) และ 5) ขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่มาจากแผ่น CD จำนวนมากในปี 2563 กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคามจึงได้พัฒนาระบบการส่งต่อภาพทางรังสี (Refer Online)ร่วมกับเครือข่ายจังหวัดมหาสารคามโดยนำร่องในโรงพยาบาลกันทรวิชัย กุดรัง นาเชือก ยางสีสุราช พัทธภูมิพิสัย และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โรงพยาบาลสุทธาเวช โดยเชื่อมต่อระบบแจ้งเตือนLine Notification API ในการรับส่งภาพจาก Linegroup โรงพยาบาลเครือข่าย รวมถึงช่องทาง Emailจากนั้นจึงนำเข้าระบบสารสนเทศ (Hospital Information System; HIS) ทำให้แพทย์สามารถดูภาพที่ส่งต่อในระบบ PACSได้แบบ real time สามารถลด CDless 100%ลดระยะเวลารอคอย ทำให้การส่งต่อมีความถูกต้องและสะดวกรวดเร็ว ภายใต้แนวปฏิบัติการควบคุมการเข้าถึง

ข้อมูลและการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อปกป้องข้อมูลผู้ป่วย พร้อมกับพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย (Node strengthening) ระดับจังหวัดในรูปแบบ secondary care cluster

ผู้วิจัยในบทบาทของนักรังสีการแพทย์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศด้านรังสีวิทยา โดยนำมาเป็นโอกาสพัฒนาต่อยอด “ระบบส่งต่อภาพทางการแพทย์จังหวัดมหาสารคาม” โดยใช้กรอบแนวคิด Deming Cycle ประยุกต์ร่วมกับมาตรฐานภาพทางการแพทย์ (Health Level 7 ; HL7) เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อภาพทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐานสากล ด้วยการเชื่อมโยงข้อมูลและส่งต่อผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ (Seamless e-Refer) ซึ่งจะสามารถเชื่อมต่อกันได้ ด้วยระบบออนไลน์ ทำให้การส่งต่อมีความถูกต้องและสะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยงต่อภาวะไม่พึงประสงค์ (Adverse event) และผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้น อันจะขยายผลลัพธ์สู่การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย (Node strengthening) แบบบูรณาการ มีส่วนร่วมในการส่งต่อข้อมูลภาพทางการแพทย์แบบไร้รอยต่อระหว่างสถานพยาบาลในระดับจังหวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมกับขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระบบส่งต่อภาพทางการแพทย์จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาแนวทางการส่งต่อภาพทางการแพทย์จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and development) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านรังสีวิทยาในสถานพยาบาลเครือข่ายจังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ แพทย์ จำนวน 7 คน และพยาบาล/เจ้าหน้าที่รังสี จำนวน 13 คน รวมจำนวน 20 คน คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling)

การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1. เตรียมการ (Pre-assessment) 2. ดำเนินการ (Mid-assessment) ใช้กรอบแนวคิด Deming Cycle 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) Plan วางแผน 2) DO ดำเนินการตามแผน 3) Check ตรวจสอบ และ 4) Act ปรับปรุงการร่วมกับมาตรฐานภาพทางการแพทย์ (Health Level 7 ; HL7) และ 3. การสรุปผล (Post-assessment) ดำเนินการวิจัยเดือนมีนาคม - กุมภาพันธ์ 2566 รวมระยะเวลา 9 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการสังเกตการณ์ และแบบประเมินความพึงพอใจ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นตอนการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ มี 2 กิจกรรม ได้แก่

- (1) สสำรวจสถานการณ์ระบบจากการดำเนินงานนำร่องในปี 2563
- (2) ทบทวนวรรณกรรม ศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม
- (3) กำหนดปัญหาวิจัย เขียนโครงร่างวิจัย สร้างเครื่องมือวิจัย เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
- (4) วิเคราะห์ Gap Analysis ของระบบส่งต่อภาพแบบเดิมจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านรังสีวิทยาในสถานพยาบาลเครือข่ายจังหวัดมหาสารคาม

2. ระยะดำเนินการ ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Deming Cycle ของ Dr. Edwards W. Deming ร่วมกับมาตรฐานภาพทางการแพทย์ (Health Level 7 ; HL7) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 9 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 Plan การวางแผน มี 2 กิจกรรม ได้แก่

- (1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา จากการประชุมทบทวนการดำเนินงานภายในกลุ่มงาน ระดับหน่วยงานในโรงพยาบาล และระดับเครือข่ายในจังหวัด

(2) จัดประชุมเพื่อปรึกษาหารือแนวทางปฏิบัติระบบส่งต่อภาพทางการแพทย์จังหวัดมหาสารคาม ร่วมกับทีมแพทย์พยาบาล / เจ้าหน้าที่รังสีวิทยา เจ้าหน้าที่ศูนย์สารสนเทศทางการแพทย์ และผู้ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 DO การลงมือปฏิบัติ มี 4 กิจกรรม ได้แก่

(1) ประสานงานกับศูนย์สารสนเทศทางการแพทย์โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อขอเชื่อมต่อระบบรับส่งข้อมูลภาพและเปิดสิทธิ์การใช้งาน

(2) จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานส่งต่อภาพทางการแพทย์จังหวัดมหาสารคามด้วยระบบ PACS (Picture Archiving and Communication System) ในสถานพยาบาลระดับจังหวัด

(3) จัดทำคู่มือการใช้งานระบบ

(4) จัดประชุมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการส่งต่อภาพทางการแพทย์แบบไร้รอยต่อในระดับจังหวัด

ขั้นตอนที่ 3 Check การตรวจสอบ มี 1 กิจกรรม ได้แก่

(1) ประเมินผลการใช้ระบบส่งต่อภาพทางการแพทย์จังหวัดมหาสารคาม

ขั้นตอนที่ 4 Act ปรับปรุงการดำเนินการ มี 2 กิจกรรม ได้แก่

(1) ทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกัน

(2) ปรับปรุงระบบหลังจากที่ได้ประเมินผลการใช้งาน และประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งาน

3. ระยะเวลาประเมินผล ประเมินผลระบบส่งต่อภาพทางการแพทย์แบบไร้รอยต่อ โดยเรียบเรียงผลงานและตรวจสอบความถูกต้อง พร้อมทั้งจัดทำรูปเล่มและเผยแพร่ผลงาน

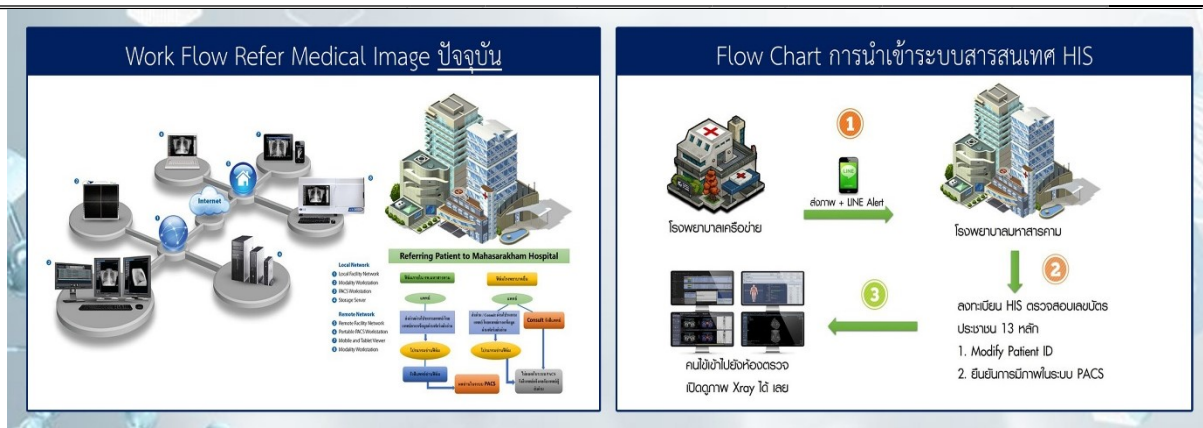
ผลการศึกษา ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความต้องการใช้งาน และต่อยอดการพัฒนา โดยได้นำมาสรุปประเด็นดังนี้

ประเด็นการวิเคราะห์	ระบบเก่า	ระบบใหม่
การใช้งานของระบบ	ความยุ่งยากในการเชื่อมต่อฐานข้อมูลและส่งต่อภาพทางการแพทย์ นอกเวลาราชการ ทำให้ไม่สามารถอ่านฟิล์มเร่งด่วนได้ทันที เกิดความล่าช้า เสี่ยงต่อภาวะไม่พึงประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> - สามารถเชื่อมต่อฐานข้อมูลและระบบส่งต่อภาพทางการแพทย์ด้วยระบบออนไลน์ทำให้การส่งต่อมีความถูกต้องสะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยงต่อภาวะไม่พึงประสงค์และผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น - การส่งต่อภาพทางการแพทย์ผ่านระบบ HIS Import-Export ข้อมูลผ่านระบบแบบ Real time กรณีข้อมูลไม่ครบถ้วน แจ้งขอเพิ่มข้อมูลได้ทันที - สามารถเปิดดูภาพในเบื้องต้นได้ก่อนที่จะนำเข้าสู่ระบบสารสนเทศ HIS หรือเปิดดูข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบได้ทันทีเมื่อมีการร้องขอส่งตัวผู้ป่วยเพื่อพิจารณาการรับเคสผู้ป่วย
Consulting การกำหนดสิทธิ์ User	ไม่สามารถใช้ในการปรึกษาเคสทางไกล มีการกำหนดสิทธิ์ User แต่ยังไม่ครอบคลุม	ระบบสามารถใช้ในการปรึกษาเคสทางไกลได้ มีการกำหนดสิทธิ์ User ในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย และต้องได้รับอนุญาตก่อนที่จะเข้าถึงข้อมูล



หลังการศึกษาระบบส่งต่อภาพทางการแพทย์จังหวัดมหาสารคามพบว่า 1) ระยะเวลาการนำภาพเข้าระบบลดลงทำให้การทำงานรวดเร็วขึ้น 2) ความล่าช้าในการรายงานผลลดลงทำให้เกิดความเสี่ยงลดลง 3) การสูญหายของฟิล์มเท่ากับศูนย์ 4) ปัญหา reject image ลดลง และ 5) ขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่มาจากแผ่น CD เท่ากับศูนย์ด้านความพึงพอใจของการใช้งาน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.93$, S.D.=0.120) เพิ่มขึ้นจากเดิม ($\bar{X}=4.21$, S.D.=0.285) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประเด็นความพึงพอใจ	ก่อน (n=20)			หลัง (n=20)			t	P-value
	\bar{X}	S.D.	ค่าระดับ	\bar{X}	S.D.	ค่าระดับ		
ความสะดวกในการใช้งานและแสดงผล	4.85	0.332	มาก	5.00	0.000	มากที่สุด	2.854	0.01
ความปลอดภัยด้าน cyber	4.82	0.314	มาก	4.86	0.290	มากที่สุด	0.825	0.01
การบริหารจัดการสิทธิ์การเข้าถึงและควบคุมการใช้งานสารสนเทศ	4.77	0.283	มาก	4.86	0.290	มากที่สุด	1.674	0.01
ระบบสำรองข้อมูล (Backup System)	3.30	0.260	ปานกลาง	5.00	0.000	มากที่สุด	2.517	0.01
ความเสถียรภาพ	3.30	0.260	ปานกลาง	5.00	0.000	มากที่สุด	3.199	0.01
โดยรวม	4.21	0.285	มาก	4.93	0.120	มากที่สุด	11.069	0.01



แผนภูมิภาพแนวทางการส่งต่อภาพทางการแพทย์จังหวัดมหาสารคาม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. การติดต่อสื่อสารกันระหว่าง โรงพยาบาลผู้ส่ง และผู้รับภาพ สะดวกมากขึ้นลดระยะเวลาการรอคอย เพิ่มการเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. การแปลผลและการวินิจฉัยโรคของแพทย์เป็นไปอย่างแม่นยำรวดเร็ว ช่วยให้แพทย์ประเมินความรุนแรงของโรค การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา การประเมินผลการรักษา และติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย
3. แพทย์สามารถดูภาพได้ก่อนผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ซึ่งจะมีประโยชน์ในการส่งปรึกษาแพทย์ต่อได้ โดยช่วยในการตัดสินใจรับการส่งต่อ หรือหากแพทย์ต้องการให้เอกซเรย์ส่วนใดเพิ่มเติมได้ช่วยในการวางแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถเรียกข้อมูลเก่าที่เก็บไว้ในระบบได้ตลอด เวลาทำให้แพทย์ สามารถเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของโรคได้ตลอดเวลาซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัยแม่นยำยิ่งขึ้น
4. ลดปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์จะได้รับเนื่องจากการถ่ายภาพฟิล์มซ้ำ
5. ลดการสูญเสียด้านงบประมาณและเวลา เนื่องจากภาพเสีย และการถ่ายภาพซ้ำลดลงได้
6. ลดปัญหาการทำลายสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากกระบวนการล้างฟิล์มลดพื้นที่ในการจัดเก็บฟิล์มเอ็กซเรย์ ไม่มีการ

เสื่อมสภาพของภาพรังสี เพราะว่าข้อมูลภาพถ่ายทางรังสีจะถูกเก็บในรูปแบบ Digital

ข้อเสนอแนะ

จากผลการพัฒนาการส่งภาพระหว่างโรงพยาบาลของรัฐ ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ควรนำไปพัฒนาการส่งภาพแบบ Online กับสถานพยาบาลของเอกชน และการส่งต่อข้ามจังหวัด ในระดับเขตสุขภาพต่อไป

ผลลัพธ์จากการวิจัย

1. เครือข่ายบริการไร้รอยต่อ (Seamless e-Refer Network) ในการส่งต่อข้อมูลภาพทางการแพทย์ แบบไร้รอยต่อระหว่างสถานพยาบาลในระดับจังหวัด ภายใต้รูปแบบ RAD Model ซึ่งเกิดจากคำสำคัญ ดังนี้

R : Radiology Supervisor team ทีมนำเชี่ยวชาญด้านรังสีวิทยา

A : Accessibility & Comfortable การเข้าถึง ลดความแออัด สะดวก และรวดเร็ว

D : Development Creativity & Innovation พัฒนาความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมสิ่งใหม่

โดยบูรณาการเชื่อมโยงข้อมูลและส่งตัวผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างยั่งยืน

2. แนวปฏิบัติระบบส่งต่อภาพทางการแพทย์จังหวัดมหาสารคาม

3. แนวปฏิบัติการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) และการจัดการความลับผู้ป่วยทางรังสีวิทยา

4. แนวปฏิบัติด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัย (Cyber Security) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

เอกสารอ้างอิงReferences

- ยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2560-2569 (eHealth Strategy, Ministry of Public Health, 2017-2026)วันที่เข้าถึง 30 มกราคม 2567 เข้าถึงได้จาก <https://www.ehealth.moph.go.th>.
- กิตติพงศ์ เจียมวิทยานุกูล และคณะ. การนำระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine)มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดความเหลื่อมล้ำในระบบสาธารณสุข. สถาบันพระปกเกล้า; 2564.
- จินตนา มหายศ. การพัฒนาคุณภาพภาพถ่ายรังสีทรวงอก โรงพยาบาลพะเยา. หน้า 1; 2552.
- Service profile กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคาม; 2566.
- ประกาศนโยบายและแนวทางปฏิบัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2561. วันที่เข้าถึง 30 มกราคม 2567 เข้าถึงได้จาก <https://www.mkh.go.th/th>.
- Kheder, L. S., & Alvi, A. Authentication System Using Quick Response Code. International Journal of Management, IT and Engineering, 3(2),373-38; 2013.
- Anil S. Menon& Trisha J. Ma. Patient and Physician Willingness to Use Personal Health Records in the Emergency Department .West J Emerg Med,13(2),172-175; 2012.
- Ajshir S, Chamani J. Health smart card. Nesh-e-elm Journal,1(1),72-7; 2010.
- Rankl, W., Effing, W. Smart Card Handbook. 2nd edn. John Wiley & Sons: New York; 2003.
- Oltean C. Smart Cards Applications in the Healthcare System. Mobile and Embedded Security, 3(2),102-113; 2011.
- Institute of Medicine. Health literacy, ehealth, and communication: Putting the consumer first: Workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press; 2012.

ชื่อเรื่อง : รูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดมหาสารคาม

ชื่อผู้วิจัย : นายวัชรินทร์ ทองสีเหลือง นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์แพทยศาสตรมหาวิทาลัยราชภัฏมหาสารคาม

โทรศัพท์ : 094-2635432 E-mail : Watcharin.thongseeluang@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา และ 3) สร้างรูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 1,392 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม และแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต GHQ-28 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 และ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณ ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research ภายใต้แนวคิด PAOR ของเคมมิสและแมคแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart, 1988) กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการดำเนินงานสุขภาพจิต จำนวน 47 คน และกลุ่มที่ 2 นักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 329 คน คัดเลือกแบบเจาะจง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ในระยะที่ 1 นักศึกษาส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 66.36 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดู ความสัมพันธ์กับผู้อื่น สภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัย และกิจกรรมของมหาวิทยาลัย มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) จัดทำแผนปฏิบัติการ 3) กิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกัน 4) กิจกรรมด้านการดูแลช่วยเหลือ 5) กิจกรรมด้านการพัฒนาสู่ความยั่งยืน 6) สนับสนุนติดตาม 7) ประเมินผล 8) ถอดบทเรียน ได้ปัจจัยแห่งความสำเร็จคในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษา จังหวัดมหาสารคาม คือ TEAM โดยมหาวิทยาลัย ศูนย์แพทย์ราชภัฏ หน่วยบริการปฐมภูมิ ควรมีการจัดกิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ในด้านการส่งเสริมป้องกัน ด้านการช่วยเหลือ และด้านการพัฒนาสู่ความยั่งยืน เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตที่ดีในนักศึกษา รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญโดยมีการกำหนดเป็นนโยบายเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป และรูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่พัฒนาขึ้น สามารถป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาได้

คำสำคัญ: การจัดการสุขภาพชุมชน, การป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต, เยาวชน

บทนำ: สุขภาพจิตเป็นภาวะหนึ่งของชีวิตคนเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญต่อการมีสุขภาพดีของบุคคลเป็นมุมมองที่กว้างกว่าการมี ปัญหาสุขภาพจิตหรือการเป็นโรคทางจิต (Mental Health Disorder) และถือว่าเป็นส่วนสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตในหน่วย บริการปฐมภูมิ ปัจจุบันวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคทางจิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จาก ข้อมูลเฉพาะวัยรุ่นอายุ 18-24 ปี ผู้ป่วย ใหม่ที่เป็นโรคจิต ในปี 2564 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และพบว่า วัยรุ่นกลุ่มนี้อัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ หากได้รับการ สนับสนุนทางสังคมและการเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิตจะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้² ศูนย์แพทยมหาวิทาลัย ราชภัฏมหาสารคาม เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ดูแลกลุ่มนักศึกษาจำนวน 15,560 คน จาก ข้อมูลการคัดกรองสุขภาพจิตของนักศึกษา จำนวน 4,580 คน คิดเป็นร้อยละ 29.44 พบว่า นักศึกษามีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 20.7 และจากการทบทวนเกี่ยวกับระบบการดูแลช่วยเหลือนักศึกษา รวมถึงรูปแบบการดำเนินการดูแลจัดการสุขภาพและส่งเสริม สุขภาพจิตของนักศึกษาไม่ชัดเจน และยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา⁵ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะ ได้ทำการศึกษาในเรื่องดังกล่าว ซึ่งผลการศึกษานี้ ผู้วิจัยคาดหวังว่าจะนำมาใช้ในการวางแผนดูแล ช่วยเหลือนักศึกษา และแก้ไข ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มนักศึกษาให้มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การศึกษา : เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา และสร้างรูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในมหาวิทาลัย

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 ถึง มีนาคม 2566 แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ของนักศึกษา เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Descriptive Study) ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบ การจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในมหาวิทาลัย ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ภายใต้แนวคิด PAOR ของเคมมิสและแมคแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1988)

กลุ่มตัวอย่าง : ระยะที่ 1 นักศึกษามหาวิทาลัย ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 1,392 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณ ค่าสัดส่วนประชากร (Krejci and Morgan, 1970) ระยะที่ 2: มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการ ดำเนินงานสุขภาพจิตของมหาวิทาลัย จำนวน 47 คน กลุ่มที่ 2 นักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิต คะแนนมากกว่า 6 คะแนน จำนวน 329 คน (จากแบบประเมินสุขภาพจิต GHQ-28 ในการวิจัยระยะที่ 1)

ผลการศึกษา: ระยะที่ 1 การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา พบว่า กลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 1,392 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.11 มีอายุเฉลี่ย 21.26 ปี อายุมากที่สุด 22 ปี และอายุน้อยที่สุด 18 ปี ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 29.67 ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่คณะครุศาสตร์มากที่สุด ร้อยละ 22.6 ส่วนใหญ่เกรดเฉลี่ย สะสมอยู่ระหว่าง 3.00-3.50 ร้อยละ 25.3 ค่าใช้จ่ายต่อเดือนเฉลี่ยเท่ากับ 6,540 บาท และสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ อยู่ในเกณฑ์ปกติ (คะแนน<6) (ร้อยละ 77.95) เพศหญิงมีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติมากกว่าเพศชาย ชั้นปีที่มีปัญหาสุขภาพจิต มากที่สุดคือชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 49.84) ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ของนักศึกษา พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา ประกอบด้วย การอบรมเลี้ยงดู สัมพันธ์ภาพกับ ผู้อื่น สภาพแวดล้อมของมหาวิทาลัย และกิจกรรมของมหาวิทาลัย ตัวแปรทั้ง 4 ด้าน สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพจิตของ นักศึกษาได้ ร้อยละ 25.7

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัย พบว่า รูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัย ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ (1) **การวิเคราะห์สถานการณ์** ด้วยกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC แก่คณะกรรมการดำเนินงานสุขภาพจิต พบว่า จากการศึกษา ระยะที่ 1 การจัดกิจกรรมของมหาวิทยาลัย สภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัย เป็นปัจจัยด้านมหาวิทยาลัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา โดยเมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ในการดำเนินงานสุขภาพจิต พบว่า 1) ขาดการค้นหาเชิงรุกในกลุ่มนักศึกษา โดยการจัดกิจกรรมในการค้นหา และส่งเสริมสุขภาพจิตในนักศึกษา 2) สิ่งแวดล้อมในมหาวิทยาลัยไม่เอื้อต่อการเรียนรู้ เช่น ไม่มีแหล่งสนับสนุนการผ่อนคลายทางด้านร่างกายให้กับนักศึกษา 3) นโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ไม่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่อง เป็นต้น (2) **จัดทำแผนปฏิบัติการ** คณะกรรมการดำเนินงานสุขภาพจิต ได้แผนปฏิบัติการ 3 ด้านยุทธศาสตร์ 8 กิจกรรม ในการดำเนินงานจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตกับกลุ่มนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 329 คน ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ด้านที่หนึ่ง (3) **ด้านการส่งเสริมและป้องกัน** ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ยุทธศาสตร์ด้านที่ 2 (4) **ด้านการช่วยเหลือ** ประกอบด้วย 3 กิจกรรม และยุทธศาสตร์ด้านที่สาม (5) **ด้านพัฒนาสู่ความยั่งยืน** ประกอบด้วย 2 กิจกรรม (6) **สนับสนุนติดตาม** วิธีการจากการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ทุกคนร่วมกันเสนอแนวคิดอภิปรายหาแนวทางแก้ไข ปัญหาพร้อมกันดำเนินการตามแผนงาน/กิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรม ใน 3 ยุทธศาสตร์ จนสำเร็จลุล่วง ด้วยดี (7) **ประเมินผล** ภายหลังการสร้างรูปแบบ พบว่า กลุ่มเป้าหมาย มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 89.97 และ (8) **ถอดบทเรียน** ได้รูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัย 8 ขั้นตอน และเกิดปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษา คือ TEAM

อภิปรายผล: จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 77.95 เพศหญิงมีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติมากกว่าเพศชาย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา ประกอบด้วย 1) การอบรมเลี้ยงดู หากนักศึกษาได้รับการอบรมเลี้ยงดูที่ดี ครอบครัวยุติธรรม มีความอบอุ่น มีเหตุมีผลให้อิสระในการตัดสินใจมาก จะส่งผลให้คะแนนสุขภาพจิตต่ำ 2) สัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น โดยนักศึกษาที่มีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นดีจะมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำ ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพจิตดีนั่นเอง สอดคล้องกับการศึกษาของสลักขณา กิติทัศน์ เสรณี และคณะ ที่พบว่า ความสัมพันธ์ กับเพื่อนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) สภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัย แสดงว่านักศึกษามีความเครียดเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัยมาก ย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิตมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา ของภัทรารวรรณ์ สุนทรราชศรี พบว่า ลักษณะทางกายภาพในมหาวิทยาลัย ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษา อาจเพราะการเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยของนักศึกษาเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในชีวิต เนื่องจาก ต้องใช้ชีวิตที่อิสระมากขึ้น ต้องดูแลรับผิดชอบตนเองมากขึ้น ต้องมีภาระหน้าที่และความรับผิดชอบมากมายทั้งด้าน การเรียนและกิจกรรม ที่แตกต่างจากการเรียนในระดับมัธยมศึกษา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ต้องปรับตัวอย่างมาก ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษา และ 4) กิจกรรมของมหาวิทยาลัย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์มากที่สุดกับกับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา โดยการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพจิต ค้นหาเชิงรุก ทำให้นักศึกษาสามารถเข้าถึงการบริการ มีเกราะในการป้องกันตัว โดยการจัดกิจกรรมของมหาวิทยาลัยถือเป็นการสนับสนุนทางสังคม และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตนิสิตสอดคล้องกับการศึกษาของนนท์ภาค ชนะพันธ์และคณะ ที่พบว่า การจัดกิจกรรมของมหาวิทยาลัย มีส่วนช่วยให้นักศึกษาผ่อนคลายและเห็นความสำคัญของตนเอง (self-regaining) ซึ่งนำไปสู่การหายจากอาการซึมเศร้าในนักศึกษา โดยเป็นเกราะป้องกันเมื่อบุคคลตกอยู่ภายใต้สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ช่วยทำให้บุคคลเกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ตัวแปรทั้ง 4 ด้าน สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาได้ ร้อยละ 25.7

รูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) จัดทำแผนปฏิบัติการ 3) กิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกัน 4) กิจกรรมด้านการดูแลช่วยเหลือ 5) กิจกรรมด้านการพัฒนาสู่ความยั่งยืน 6) สนับสนุนติดตาม 7) ประเมินผล 8) ถอดบทเรียน เกิดปัจจัยแห่งความสำเร็จความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาในจังหวัดมหาสารคาม คือ TEAM ส่งผลให้นักศึกษากลุ่มเสี่ยงมีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 89.97 เนื่องจาก รูปแบบที่ได้เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมรับผลประโยชน์ สอดคล้องกับการศึกษาของสุสารี ประดิษฐ์ ทำการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนด้วยกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่า องค์ประกอบหลักที่ช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดีในชุมชน คือ ปัจจัยด้านผู้นำชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพจิต ชุมชนจะต้องอาศัยทุกภาคส่วนทั้งผู้นำอาสาสมัคร สาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์ นักพัฒนา จะต้องเห็นความสำคัญมีความมุ่งมั่น ตระหนักถึงปัญหา ปัจจัยความสำเร็จในครั้งนี้ คือ การขับเคลื่อนงานโดยให้ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมและบูรณาการแบบ IPE ก่อให้เกิดความยั่งยืนและเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหา

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. มหาวิทยาลัย ศูนย์แพทย์ราชภัฏ หน่วยบริการปฐมภูมิ ควรมีการจัดกิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ในด้านการส่งเสริมป้องกัน ด้านการช่วยเหลือ และด้านการพัฒนาสู่ความยั่งยืน เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตที่ดีในนักศึกษา รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญโดยมีการกำหนดเป็นนโยบายเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป

2. ควรจัดสภาพแวดล้อมในมหาวิทยาลัยให้เอื้อต่อการเรียนรู้ ลดปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความเครียด สิ่งแวดล้อมในมหาวิทยาลัยควรมีปลอดภัย สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ควรมีความเพียงพอ ทันสมัยและ พร้อมใช้งาน ส่วนบุคลากรด้านสุขภาพและสาธารณสุข ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตของวัยรุ่น และการส่งเสริมผู้ปกครองให้มีการอบรมเลี้ยงดูบุตรที่เหมาะสม

3. หน่วยบริการปฐมภูมิควรจัดให้มีกิจกรรมเพื่อเผยแพร่และส่งเสริมสุขภาพจิตให้แก่นักศึกษา เพื่อให้ นักศึกษามีการปรับตัวให้เข้ากับมหาวิทยาลัยได้ดีขึ้น และจัดกิจกรรมเชิงรุกในการออกคัดกรองสุขภาพจิตนักศึกษาเพื่อให้เข้าถึงนักศึกษาทุกคน

ผลการรักษาผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 60 นาที ของโรงพยาบาลมหาสารคามประจำปี 2566 ถึงมีนาคม 2567

The Outcome of operated trauma fast track on within 60 minutes at Mahasarakham hospital from 2023 to March 2024

ชื่อผู้วิจัย : นายไชยวัฒน์ พาณิชย์ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

ชื่อผู้ช่วยวิจัย : นางสาวสิรินารถ ประพาศพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารคาม

ผู้นำเสนอผลงาน : นายไชยวัฒน์ พาณิชย์

บทนำ

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลกโดยเฉพาะประเทศไทยและเป็นสาเหตุอันดับต้นๆที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาสารคาม อีกทั้งยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตค่อนข้างสูง

การบาดเจ็บรุนแรงโดยเฉพาะในรายที่มีเลือดออกและสัญญาณชีพไม่คงที่จำเป็นจะต้องได้รับการรักษาห้ามเลือดอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะในการบาดเจ็บมีเลือดออกในช่องอก ช่องท้อง หรือมีการบาดเจ็บต่อเส้นเลือด จำเป็นจะต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดในห้องผ่าตัดอย่างเร่งด่วน โดยทางโรงพยาบาลมหาสารคามได้มีแนวทางการผ่าตัดเร่งด่วน สามารถประสานส่งผู้บาดเจ็บจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินไปห้องผ่าตัดได้ทันทีโดยไม่ต้องผ่านหอผู้ป่วยใน ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้หากได้รับการผ่าตัดภายใน 60 นาที และมีเป้าหมายจากการรักษาผู้บาดเจ็บที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดได้รับการผ่าตัดภายใน 60 นาทีมากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งจากผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบว่ายังมีผู้บาดเจ็บบางรายได้รับการรักษาไม่ทันถึงแม้จะมีแนวทางการปฏิบัติร่วมกันแล้ว จึงได้ศึกษาเพื่อหาว่าปัจจัยใดบ้างที่ทำให้ผู้บาดเจ็บได้รับการผ่าตัดช้า และอัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลมหาสารคาม

วัตถุประสงค์หลัก: อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บรุนแรงที่มีข้อบ่งชี้ได้รับการผ่าตัด ER to OR

วัตถุประสงค์รอง:

- อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บรุนแรง (Trauma Level 1) ของโรงพยาบาลมหาสารคาม
- จำนวนผู้บาดเจ็บที่ได้รับการผ่าตัด ER to OR ภายใน 60 นาทีในรายที่มีข้อบ่งชี้
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่ได้รับการผ่าตัด ER to OR

วิธีการศึกษา

เป็น retrospective cohort study ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2565 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2567 โดยเก็บข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย การส่งต่อมาโรงพยาบาลมหาสารคาม ระยะเวลาก่อนมาถึง ระยะเวลาก่อนผ่าตัด ลักษณะการบาดเจ็บ สัญญาณชีพ ระยะเวลาอนโรพยาบาล โดยมีผลลัพธ์เป็นร้อยละของผู้บาดเจ็บที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 60 นาที และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม IBM SPSS statistics version 27.0.0

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง (Trauma Level 1) ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาสารคามตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2565 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ.2567 มีจำนวน 656 ราย โดยแบ่งเป็นปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม พ.ศ.2565 ถึง 30 กันยายน 2566) จำนวน 312 ราย อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 12.18 (38 ราย) และ ครึ่งปีของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม 2566 ถึง 31 มีนาคม 2567) จำนวน 207 ราย ผู้บาดเจ็บที่ได้รับการผ่าตัด ER to OR ทั้งหมด 41 ราย

	รอดชีวิต (23)	เสียชีวิต (18)	รวม (41)	P-value
PR แรกรับ (ครั้งต่อนาที)	100.0 ± 24.6	117 ± 25.5 (16 ราย)	107.1 ± 26.1	0.040
ระยะเวลา door ER to OR (นาที)	74.8 ± 27.3	79.5 ± 26.6	76.8 ± 26.8	0.581
ผ่าตัด ER to OR ทันภายใน 60 นาที	9 (39.1)	5 (27.8)	14 (34.1)	0.447
วันนอนโรงพยาบาล LOS (วัน)	14.4 ± 13.0 (22 ราย)	3.2 ± 5.9	9.4 ± 11.8	0.001

มีผู้บาดเจ็บเสียชีวิตตั้งแต่ที่ห้องฉุกเฉินจำนวน 2 รายและเสียชีวิตทั้งหมด ซึ่งพจนแรกรับในกลุ่มที่เสียชีวิตเฉลี่ย 117 ± 25.5 เทียบกับกลุ่มที่รอดชีวิตเฉลี่ย 100.0 ± 24.6 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.040) ระยะเวลา door ER to OR กลุ่มที่เสียชีวิตเฉลี่ย 79.5 ± 26.6 และกลุ่มที่รอดชีวิต 74.8 ± 27.3 วันนอนโรงพยาบาลกลุ่มที่เสียชีวิต 3.2 ± 5.9 ซึ่งวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่รอดชีวิต

ตารางที่ 2 : ผลการรักษาของผู้บาดเจ็บ

	2566	2567 (ครึ่งปี)	ทั้งหมด
จำนวนผู้บาดเจ็บวิกฤต Trauma Level 1 ทั้งหมด	312	207	519
อัตราการเสียชีวิต 24 hr (<12%)	38/312 (12.2)	22/207(10.6)	60/519 (11.6)
ผ่าตัดทันภายใน 60 นาที	10/29 (34.5)	4/12 (33.3)	14/41 (34.1)
- อัตราการเสียชีวิต	12 (41.4)	6 (50.0)	18 (43.9)
- อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง	8 (27.6)	5 (41.7)	13 (31.7)

สรุปผลการศึกษา

ผู้บาดเจ็บที่มารับบริการโรงพยาบาลมหาสารคามที่เป็นการบาดเจ็บ trauma fast track หรือ vascular injury ที่มีข้อบ่งชี้ต้องได้รับการผ่าตัด ER to OR ภายใน 60 นาทีพบมีอัตราการได้รับผ่าตัดทันร้อยละ 34.1 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ตั้งไว้มากกว่าร้อยละ 80 การที่ผู้บาดเจ็บสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงไปหรือเป็น partial response resuscitation พบมากถึงร้อยละ 38.8 ที่เป็นเหตุให้ตัดสินใจผ่าตัดล่าช้า ซึ่งพจนที่สูงมากเป็นปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิต

การผ่าตัดอย่างรวดเร็ว ER to OR จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ เนื่องจากภาวะเลือดออกในช่องท้องยังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต การตัดสินใจผ่าตัดให้รวดเร็วขึ้นในรายที่แม้ความดันยังคงที่แต่มีชีพจรเร็ว ร่วมกับปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้บาดเจ็บรุนแรง Trauma Fast Track การนำส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว น่าจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้

ข้อเสนอแนะ

1. ปรับปรุงแนวทาง Early consultation แพทย์ศัลยกรรม ในราย trauma fast track
2. พิจารณาผ่าตัดทันทีในรายที่มีข้อบ่งชี้ unstable vital signs
3. Early warning sign ในผู้บาดเจ็บที่ชีพจรเต้นเร็วมากถึงแม้ความดันโลหิตจะยังปกติ โดยเฉพาะในรายที่ Pulse rate >110 หรือ 120 ครั้งต่อนาที ควรได้รับการพิจารณาผ่าตัดหากมีข้อบ่งชี้
4. พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลเชื่อมโยงกับงานศูนย์คอมพิวเตอร์ให้สามารถลงข้อมูลตั้งแต่เวลามาถึงห้องฉุกเฉิน ระยะเวลาถึงห้องผ่าตัด และผลการรักษาหรือเสียชีวิต เพื่อให้ติดตามงานคุณภาพได้อย่างต่อเนื่องทันที
5. เก็บข้อมูลภายหลังการพัฒนาแนวทางแล้ว เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดปอดอักเสบรุนแรงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ภายหลังจาก
ที่มีการระบาดของโควิด-19

Associated factor of severe community acquired pneumonia among under-five
pediatric pneumonia in post Covid-19 era

ธิติภรณ์ ปินะทานิ¹

Thitiporn Pinatanai

บทคัดย่อ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา : โรคปอดอักเสบ(Pneumonia) ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของเด็กทั่วโลก เมื่อปี พ.ศ. 2562 เกิดการระบาดของโรคอุบัติใหม่โควิด-19 เกิดขึ้น มีอาการแสดงรุนแรงเกิดปอดอักเสบ และส่งผลต่อปอดในระยะยาว ช่วงที่มีการระบาดของโรคประเทศไทยมีมาตรการป้องกันการติดโรคด้วยวิธีการใส่หน้ากากอนามัย การรักษาระยะห่าง (social distancing) การล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ ทำให้โรคติดต่อทางระบบหายใจอื่นลดลงตามไปด้วย แต่ต่อมาในปี พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยปอดอักเสบเด็กกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกครั้ง

วัตถุประสงค์ : ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคปอดอักเสบที่มีอาการรุนแรงในผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีภายหลังจากการระบาดของโรคโควิด-19

วิธีการศึกษา : การศึกษาแบบ retrospective cohort study ระหว่างเดือนมกราคม 2565 - เดือนมิถุนายน 2566 รวมระยะเวลา 1 ปี 6 เดือนในกลุ่มประชากรเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 1 เดือน - 5 ปี ที่ถูกวินิจฉัยปอดอักเสบแบบ community acquired pneumonia ในโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยแบ่งระดับความรุนแรงของปอดอักเสบตาม The Pediatric Respiratory Severity Score (PRESS) ออกเป็นกลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรงและมีอาการรุนแรง เครื่องมือการวิจัยคือแบบบันทึกเวชระเบียนข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมานเพื่ออธิบายค่า Adjusted odds ratio, Crude odds ratio และ P-value

ผลการศึกษา : กลุ่มผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ถูกวินิจฉัยปอดอักเสบทั้งสิ้น 334 ราย โดยพบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรง จำนวน 147 ราย (ร้อยละ 44.01)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในเชิงที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด severe pneumonia อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด (OR= 3.08, 95%CI 1.66, 5.70) การมีโรคประจำตัวเป็น asthma (OR=2.45, 95%CI 1.42, 4.21) การมีภาวะ tachypnea ตามอายุ (OR= 21.20, 95%CI 11.94, 37.63) การมีภาวะ desaturation (OR= 8.16, 95%CI 4.58, 14.54) มีอาการหายใจลำบาก (OR= 7.98, 95%CI 3.06, 20.76) ตรวจพบว่ามี retraction (OR=119.07, 95%CI 16.31, 869.01) การได้รับยาปฏิชีวนะมากกว่า 2 ชนิด (OR= 2.24, 95%CI 1.40, 3.58) การได้รับ oseltamivir (OR=2.49, 95%CI 1.44, 4.32) การได้ออกซิเจนด้วยอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) (OR= 11.63,95%CI 3.86, 35.00) การใส่ท่อช่วยหายใจ/ใช้เครื่องช่วยหายใจ(OR= 220.88, 95%CI 68.95, 707.58) การนอนโรงพยาบาลนานกว่า 3 วัน (OR 4.14-6.11, 95%CI 2.51, 12.58) การที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ neutrophil predominates (OR=4.25, 95%CI 2.48, 7.27) มีภาวะanemia (OR=1.79,

95%CI 1.15, 2.78) ลักษณะ chest x-ray ผิดปกติ ทั้งแบบ interstitial infiltration (OR= 9.80, 95%CI 2.23, 43.04) patchy infiltration (OR= 13.87, 95%CI 3.05, 63.07) หรือการพบ infiltration ในแบบอื่นๆ (OR= 8.21, 95%CI 1.82, 37.13) และมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในเชิงที่เป็นปัจจัยป้องกันต่อการเกิด severe pneumonia อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การมีไข้ (OR= 0.46, 95%CI 0.22, 0.99) การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ lymphocyte predominates (OR= 0.53, 95%CI 0.32, 0.87)

เมื่อทำการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรโดยพบว่าไม่มีตัวแปรที่สัมพันธ์กับการเกิด severe pneumonia ในลักษณะที่เป็นปัจจัยป้องกัน แต่ยังคงพบปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญทางสถิติอยู่คือ การมีภาวะ tachypnea ตามอายุ ($OR_{adj} = 13.68$, 95%CI (3.99, 46.90) การมีภาวะ desaturation ($OR_{adj} = 7.88$, 95%CI 1.97, 31.46) การใส่ท่อช่วยหายใจ/ใช้เครื่องช่วยหายใจ ($OR_{adj} = 76.26$, 95%CI (8.56, 679.41) การที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ neutrophil predominates ($OR_{adj} = 6.80$, 95%CI 1.44, 32.21) การที่พบ chest x-ray ผิดปกติ ทั้งแบบ interstitial infiltration ($OR_{adj} = 17.12$, 95%CI 1.64, 178.56) และ patchy infiltration ($OR_{adj} = 14.89$, 95%CI 1.13, 196.98)

สรุป : ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิด severe pneumonia ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด การมีโรคประจำตัวเป็น asthma การที่มีอาการหายใจหอบ tachypnea retraction desaturation แต่แรกเริ่ม ผลการตรวจเลือดพบมีนิวโทรฟิลส์เด่น และมีภาวะช็อค รวมทั้งการตรวจ x-ray พบความผิดปกติ ส่วนการเคยติดโควิดไม่มีผลต่อการเกิด severe pneumonia

¹กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

สาระสำคัญ

1. ชื่อเรื่องการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในชุมชนศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านสองนางโย
2. ผู้วิจัย นางสาวธิดาภรณ์ ไส้โศก ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านสองนางโย
3. ผู้นำเสนอ นางสาวธิดาภรณ์ ไส้โศก
4. บทนำและวัตถุประสงค์

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญของการสาธารณสุขทั่วโลกและประเทศไทย และมีสาเหตุการตายก่อนวัยอันควร 5 อันดับแรก มีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 122,757 แม้ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในการบริการทางการแพทย์ ประชาชนเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก แต่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความทุกข์ทรมาน ขาดความรู้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม จึงจำเป็นต้องมีการบูรณาการในการใช้องค์ความรู้ของทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้คุณภาพชีวิตและความสุขสบายทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม โดยศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านสองนางโย เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม มีการจัดบริการคลินิกหออัครวาทที่มีทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร่วมกัน โดยเน้นให้บริการเชิงรุก พร้อมทั้งดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยการแพทย์แผนไทยมี การดูแลผู้ป่วยตามหลักธรรมานามัย ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมานและเป็นการตายดี ทั้งพูดคุยให้คำปรึกษาความต้องการของผู้ป่วย แรงสนับสนุนของญาติ บริบทสภาพแวดล้อม ล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน และจากไปได้อย่างสงบ วัตถุประสงค์เพื่อเป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทย เนื่องจากการแพทย์แผนไทยเป็นการรักษาดูแลสุขภาพ แบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน และหายใจลำบาก ส่วนอาการทางจิตใจ ได้แก่ ความกลัว ท้อแท้ สิ้นหวัง ความเครียดอาการดังกล่าวสามารถใช้อยาสุนไพรรักษาอาการได้ หรือการทำหัตถบำบัดพื้นฟู กระตุ้นให้เกิดความผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ จึงได้มีการนำเอาองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยมาพัฒนาเป็นรูปแบบการบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

5. วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการใช้แนวคิดวงล้อของ Deming (Deming cycle) ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Do) การประเมินผล (Check) และการปรับปรุง (Act) มีขั้นตอนดังนี้

1. การวางแผน (Plan) วิเคราะห์ประเมินสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผน และจัดรูปแบบตามลำดับความสำคัญในการแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพ
2. การลงมือปฏิบัติงาน (Do) จัดทำรูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการในชุมชนด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย มีรูปแบบการทำหัตถบำบัดและการใช้อยาสุนไพรรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการฟื้นฟูสุขภาพ มีการวางแผนรายบุคคล (Individual Care Plan)

3. การตรวจสอบหรือการสังเกตการณ์ (Check or Observation) นำรูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการในชุมชนมาใช้ และตรวจสอบร่วมกับทีมวิชาชีพ

4. การปรับปรุงระบบ (Action) ปรับปรุงและพัฒนาแล้วนำไปใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

5.1 รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

5.2 การกำหนดตัวอย่าง และวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลในช่วง มกราคม - มิถุนายน 2566

5.3 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ PPS score, แบบสัมภาษณ์ และแบบสังเกตการณ์

5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพ วิธีการส่งตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ ทีมเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสหวิชาชีพในชุมชน 15 คน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในช่วงมกราคม 2566 - มิถุนายน 2566 จำนวน 13 ราย

5.5 การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา เป็นร้อยละ ความถี่ และ ค่าเฉลี่ย

6. ผลการศึกษา

1. มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยมีแผนไทยร่วมบูรณาการกับทีมสหวิชาชีพ ในการรักษาอาการที่แผนไทยสามารถดูแลได้

2. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย นอกจากจะบรรเทาอาการเจ็บป่วยทางร่างกายแล้วยังสามารถดูแลด้านจิตใจได้อีกด้วย ทำให้มีคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิตดีขึ้น แบบประเมิน PPS scale ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเฉลี่ยลดลง 2 ระดับ

3. ระดับความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และอสม . ร้อยละ 93.4, 92.6, 93.2 และ 94.3 ตามลำดับ

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

7.1 การส่งต่อเพื่อการติดตามดูแลไม่ได้รับการประสานงาน เนื่องจากผู้ป่วยบางรายเข้ารับการรักษามาจากต่างจังหวัดทำให้ไม่มีข้อมูลในการรักษา

7.2 ผู้ป่วยบางรายมีอาการมากแล้ว ทำให้วางแผนการเยี่ยมไม่ทันทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อน

ชื่อเรื่อง ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการใช้ฟ้าทะลายโจร ในการรักษาโควิด-19 ที่มีอาการไม่รุนแรง
(Efficacy and safety of Andrographis paniculata for the treatment
of mild COVID-19 infection)

ผู้วิจัย ปริญา ฤมอดุทา¹, อติศักดิ์ ฤมอดุทา², กฤษณี สรรมุณี³, ศิริพร ราชรามแก้ว⁴, ประถมพร มาตย์วิเศษ⁴,
 จิริสดา คำสีเขียว⁵, ภาณุวัฒน์ นพินกุล⁶, จริญญา จูฬาริ⁷

ตำแหน่ง ¹เภสัชกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานคุ้มครองผู้บริโภค, ²เภสัชกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก,
³รองศาสตราจารย์, ⁴แพทย์แผนไทยชำนาญการ, ⁵ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ⁶นายแพทย์ชำนาญการ, ⁷รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิ
 สถานที่ปฏิบัติงาน ¹งานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคาม, ^{2,4}กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
 โรงพยาบาลมหาสารคาม, ³หน่วยวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม, คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ⁵กลุ่มวิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์
 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, ⁶กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม, ⁷กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการใช้ยาฟ้าทะลายโจรในผู้ป่วยโควิด-19
 โดยการให้ผู้ป่วยได้รับยาฟ้าทะลายโจรในรูปแบบแคปซูลที่มีปริมาณสารแอนโดรกราโฟไลด์ 84 mg/d

รูปแบบการวิจัย Quasi experimental study และผ่านการรับรองจริยธรรมจาก รพ.มหาสารคาม เลขที่ MSKH-
 REC 65-01-002 COA No. 65/001

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าการศึกษา จำนวน 145 คน

ระยะเวลาดำเนินการ ดำเนินการในช่วงเดือน มิ.ย. 2564 ถึง ธ.ค. 2565

ผลการศึกษา พบว่าคะแนนรวมของกลุ่มอาการทางโควิด-19 จาก visual analog scale ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง
 สถิติ ($p < 0.05$) ตั้งแต่วันที่ 3 เมื่อเทียบกับวันที่ 1 ของการรักษาด้วยยาฟ้าทะลายโจร อาการทางคลินิกที่มีจำนวน
 ผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการติดตามผลการรักษาในวันที่ 3 เทียบกับวันที่ 1 ของการรักษาด้วยยาฟ้า
 ทะลายโจร ได้แก่ อาการไข้ อาการเจ็บคอ ภาวะหายใจลำบาก อาการปวดศีรษะ และอาการปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ
 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยในการรักษาจนหายอยู่ระยะเวลา 10.32 ± 6.77 วัน ด้านความปลอดภัยผู้ป่วยร้อยละ 98.62
 ไม่พบอาการข้างเคียงจากการใช้ยาฟ้าทะลายโจร

สรุปและข้อเสนอแนะ การให้ยาฟ้าทะลายโจรผงในรูปแบบแคปซูลที่มีปริมาณสารแอนโดรกราโฟไลด์ 84

มิลลิกรัมต่อวัน ในผู้ป่วยโควิด-19 เป็นระยะเวลา 5 วัน มีประสิทธิภาพและความปลอดภัย

คำสำคัญ ประสิทธิภาพ, ความปลอดภัย, ฟ้าทะลายโจร, แอนโดรกราโฟไลด์, โควิด-19

สาระสำคัญ

1. ชื่อเรื่อง ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการใช้ฟ้าทะลายโจร ในการรักษาโควิด-19 ที่มีอาการไม่รุนแรง (Efficacy and safety of Andrographis paniculata for the treatment of mild COVID-19 infection)
2. ชื่อผู้วิจัย หรือคณะผู้วิจัย พร้อมชื่อหน่วยงาน ปริญญา ฤมอดุทา¹, อติศักดิ์ ฤมอดุทา², ฤชณี สระมณี³, ศิริพร ราชรามแก้ว⁴, ประถมพร มาตย์วิเศษ⁴, จิรัฐดา คำสีเชียว⁵, ภาณุวัฒน์ นพินกุล⁶, จริญญา จุฬาริ⁷
ตำแหน่ง ¹เภสัชกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานคุ้มครองผู้บริโภค, ²เภสัชกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, ³รองศาสตราจารย์, ⁴แพทย์แผนไทยชำนาญการ, ⁵ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ⁶นายแพทย์ชำนาญการ, ⁷รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิ
สถานที่ปฏิบัติงาน ¹งานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคาม, ^{2,4}กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลมหาสารคาม, ³หน่วยวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม, คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ⁵กลุ่มวิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, ⁶กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม, ⁷กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาสารคาม
3. ชื่อผู้นำเสนอผลงาน ฤญ.ปริญญา ฤมอดุทา เภสัชกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานคุ้มครองผู้บริโภค
4. บทนำและวัตถุประสงค์ ในช่วงการระบาดของโควิด-19 (กรกฎาคม 2564) ซึ่งเป็นช่วงแรกของการระบาดที่มีความจำกัดของทรัพยากร ยา favipiravir ถูกสงวนไว้ใช้ในกลุ่มผู้ป่วย ที่มีอาการแสดงของโควิด -19 (symptomatic COVID-19) และผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง/โรคร่วมสำคัญเท่านั้น จึงได้มีการนำฟ้าทะลายโจรซึ่งมีฤทธิ์ในการรักษาโควิด-19 มาใช้ดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการเล็กน้อย การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการใช้ยาฟ้าทะลายโจรในผู้ป่วยโควิด-19 โดยการให้ผู้ป่วยได้รับยาฟ้าทะลายโจรในรูปแบบแคปซูลที่มีปริมาณสารแอนโดกราโฟไลด์ 84 มิลลิกรัมต่อวัน
5. วิธีการศึกษา
 - 5.1 รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental Study)
 - 5.2 การกำหนดตัวอย่าง และวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประชากรของการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยโควิด - 19 ที่ได้รับการยืนยันด้วยวิธี RT-PCR กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่สถานศึกษาทั้งสองแห่ง (รพ.สนามริมห้วย และศูนย์พักคอย อ.เมืองมหาสารคาม) ในช่วงเดือนมิถุนายน 2564 – เดือนกันยายน 2564 โดยคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อการทดสอบสมมติฐาน ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม (ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน) จากสูตรการคำนวณทางสถิติและเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญเสียจากการติดตาม ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ต้องการ คือ 6 คน/กลุ่ม รวมเป็นทั้งสิ้น 12 คน ซึ่งการศึกษานี้มีผู้ผ่านเข้าร่วมการศึกษาเป็นจำนวน 145 คน
 - 5.3 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (1) แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล (2) แบบเก็บข้อมูลทางคลินิก (3) แบบประเมินระดับความเจ็บป่วย
 - 5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากการศึกษามีการเก็บข้อมูล 2 พื้นที่ จึงมีเจ้าหน้าที่ช่วยเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน เพื่อให้เข้าใจวิธีการเก็บข้อมูล ได้แก่ การใช้แบบเก็บข้อมูล การโทรศัพท์ติดตามอาการ การอธิบายวิธีการบันทึกข้อมูล

5.5 การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ ข้อมูลเชิงปริมาณถูกวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม Stata version 14.0 ด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ประสิทธิผลและความปลอดภัยใช้สถิติ McNemar's chi-squared, Pair-t-test โดยกำหนดให้มีระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

6. ผลการศึกษา พบว่าคะแนนรวมของกลุ่มอาการทางโควิด-19 จาก visual analog scale ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตั้งแต่วันที่ 3 เมื่อเทียบกับวันที่ 1 ของการรักษาด้วยยาฟ้า ทะลายโจร และพบว่าระดับอาการของผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาฟ้าทะลายโจรมีผลลัพธ์เชิงบวกที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในวันที่ 3 เทียบกับวันที่ 1 ของการรักษา โดยพบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการ มีอาการเล็กน้อย มีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.48 และ 84.83 ตามลำดับ อาการทางคลินิกที่มีจำนวนผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการติดตามผลการรักษาในวันที่ 3 เทียบกับวันที่ 1 ของการรักษาด้วยยาฟ้าทะลายโจร ได้แก่ อาการไข้ อาการเจ็บคอ ภาวะหายใจลำบาก อาการปวดศีรษะ และอาการปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ ผลการรักษาเมื่อครบเวลา 14 วัน พบว่าผู้ป่วยโควิด-19 เป็นร้อยละ 67.59 หายจากการติดเชื้อโควิด-19 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยในการรักษาจนหายอยู่ระยะเวลา 10.32 ± 6.77 วัน ด้านความปลอดภัยผู้ป่วยร้อยละ 98.62 ไม่พบอาการข้างเคียงจากการใช้ยาฟ้าทะลายโจร

7.สรุปและข้อเสนอแนะ การให้ยาฟ้าทะลายโจรผงในรูปแบบแคปซูลที่มีปริมาณสารแอนโดรกราโฟไลด์ 84 มิลลิกรัมต่อวัน ในผู้ป่วยโควิด-19 เป็นระยะเวลา 5 วัน มีประสิทธิผลและความปลอดภัย ซึ่งเป็นขนาดการใช้ยาที่มีปริมาณสารแอนโดรกราโฟไลด์ อยู่ในช่วง 60 -180 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งเป็นขนาดที่แนะนำให้ใช้ในการรักษาการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายด้าน ได้แก่ ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้เป็นแบบงานวิจัยกึ่งทดลองที่ใช้การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อน – หลัง ไม่มีการสุ่ม ไม่มีกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มเปรียบเทียบเนื่องจากข้อกำหนดของจริยธรรมการวิจัยที่ผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าต้องได้รับยาฟ้าทะลายโจรตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข

สาระสำคัญ

ชื่อเรื่อง	ประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพครูและผู้รับผิดชอบงานโรงเรียน ออย.น้อย ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
ชื่อผู้วิจัย	นายพัชรพงษ์ พันธุ์เธียร ¹ , ภญ.ปริญา ฤมอดุทา ² , นางสาวปัทสรา ภามนตรี ³
ผู้นำเสนอผลงาน	นายพัชรพงษ์ พันธุ์เธียร

บทนำ

จากการสำรวจข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงเรียน ออย.น้อย ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 มีโรงเรียนที่ผ่านการประเมินโรงเรียน ออย.น้อย ในระดับพอใช้ ระดับดี ระดับดีเยี่ยม และโรงเรียน ออย.น้อย [Plus] รวมจำนวนทั้งหมด 3 โรงเรียน คณะผู้วิจัยได้มองเห็นความสำคัญของ ออย.น้อย จึงจะพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานโรงเรียน ออย.น้อย ให้มีประสิทธิภาพ และผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานโรงเรียน ออย.น้อย จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข โดยการพัฒนา ศักยภาพครูและผู้รับผิดชอบงานขับเคลื่อนให้โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง ให้มีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานโรงเรียน ออย.น้อย เพื่อการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ ให้โรงเรียนก้าวสู่การเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถเป็นเครือข่ายเผยแพร่ความรู้ เป็นกระบอกเสียงสำคัญในการเฝ้าระวังด้านยา อาหาร เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงรณรงค์ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้บริโภค ให้กับบุคลากร นักเรียน รวมไปถึงครอบครัวและชุมชนได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพครูและผู้รับผิดชอบงานในการดำเนินงานโรงเรียน ออย.น้อย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยกำหนดขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การกระทำการ (Action) การสังเกตผล (Observation) การสะท้อน / ทบทวน (Reflection)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครูในโรงเรียนสังกัดเทศบาลและสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ครูผู้รับผิดชอบงานในโรงเรียนสังกัดเทศบาลและสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ที่มีจำนวนนักเรียนในโรงเรียน ตั้งแต่ 50 คนขึ้นไป จำนวน 32 คน 2) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายของโรงพยาบาลมหาสารคามในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 15 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size determination) โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane, 1973 ดังนั้นต้องเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 32 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการดำเนินงานโรงเรียน ออย.น้อย และพฤติกรรมการทำกิจกรรมในโรงเรียน ซึ่งแบบสอบถามมี 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบวัดความรู้ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ สถานที่ทำงาน และเขตพื้นที่ 2) ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานโรงเรียน ออย.น้อย 3) ทักษะต่อการดำเนินงานโรงเรียน ออย.น้อย 4) พฤติกรรมการทำกิจกรรมในโรงเรียน

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ในขั้นตอนการดำเนินงานแบบการมีส่วนร่วม คือ

1. วางแผน (Plan) ได้แก่ การติดต่อประสานงานกับต้นสังกัดของโรงเรียนเทศบาลเมืองมหาสารคาม และโรงเรียนสังกัด สพป. เขต 1 สพม. เขต 26 และ อปท.จังหวัดมหาสารคาม และติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายของโรงพยาบาลมหาสารคามในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
2. การปฏิบัติ (Action) ได้แก่ การอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องขั้นตอนการดำเนินงาน ออย.น้อย ในโรงเรียนองค์ประกอบเกณฑ์ประเมินมาตรฐานโรงเรียน ออย.น้อย และปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานโรงเรียน ออย.น้อย
3. การสังเกต (Observation) ได้แก่ การตอบแบบสอบถามวัดความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการดำเนินงานโรงเรียน ออย.น้อย และพฤติกรรมการทำกิจกรรมในโรงเรียน ก่อนและหลังการเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ
4. การสะท้อน (Reflection) ได้แก่ การประเมินเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน ออย.น้อย จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

5. การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ระดับความรู้ ทักษะต่อการดำเนินงานโรงเรียน ออย.น้อย และพฤติกรรมการทำกิจกรรมในโรงเรียนของกลุ่มตัวอย่างจากแบบสอบถาม เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ ได้แก่ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามได้ถูกต้อง โดยใช้สถิติ McNemar's chi-squared, การเปรียบเทียบคะแนน โดยใช้สถิติ Paired-t-test และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมหลังการดำเนินการ โดยใช้สถิติ Pearson's correlation

ผลการศึกษา พบว่าการพัฒนาศักยภาพครูและผู้รับผิดชอบงานในการดำเนินงานโรงเรียน ออย.น้อย ทำให้ผลของคะแนนความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ อยู่ในระดับ “ปานกลาง” (ก่อน 14.73, หลัง 19.64, $p = 0.000$) หลังจากการพัฒนาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ คือ 4.39 อยู่ในระดับ “ดี” และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม คือ 4.15 อยู่ในระดับ “ดี” พบว่าคะแนนความรู้กับคะแนนทัศนคติ และคะแนนพฤติกรรมหลังการพัฒนากับกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดยพบความสัมพันธ์กันในระดับ “ต่ำ” ระหว่างคะแนนความรู้กับคะแนนทัศนคติ และคะแนนทัศนคติกับคะแนนพฤติกรรม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = 0.349, 0.185, p = 0.000, 0.000$) ตามลำดับ และพบความสัมพันธ์กันในระดับ “ปานกลาง” ระหว่างคะแนนความรู้กับคะแนนพฤติกรรม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = 0.483, p = 0.045$) พบว่าก่อนการพัฒนามีเครือข่ายโรงเรียน ออย.น้อย จำนวน 3 โรงเรียน หลังการพัฒนามีเครือข่ายโรงเรียน ออย.น้อย เพิ่มขึ้น จำนวน 9 โรงเรียน ร้อยละ 28.13 และพัฒนาจนผ่านการประเมิน

เกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน ออย.น้อย ในระดับดีเยี่ยม 9 โรงเรียน จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

อภิปรายสรุป ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้พบว่าการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การจัดทำหลักสูตรและคู่มือเพื่อใช้ในการอบรมเชิงปฏิบัติการ การเสวนาบอกเล่าประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญ และผู้ดำเนินงานโรงเรียน ออย.น้อย ที่ประสบความสำเร็จ และการผลักดันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทำให้ภายหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานโรงเรียน ออย.น้อย อยู่ในระดับ “ปานกลาง” และหลังการพัฒนา พบว่ามีเครือข่ายโรงเรียน ออย.น้อย เพิ่มขึ้น จำนวน 9 โรงเรียน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรพิมล ภูวนานนท์ ที่ศึกษาการประเมินผลโครงการ ออย.น้อยของจังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า ผู้รับผิดชอบงาน ออย.น้อย มีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงาน ($\bar{X} = 3.71$) และผลการประเมินมาตรฐานโรงเรียน ออย.น้อย 50 แห่งนั้น พบว่า โรงเรียนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44.0) ได้คะแนนในระดับดีเยี่ยม (ร้อยละ 90 - 100)³ สรุปได้ว่าการพัฒนาศักยภาพครูและผู้รับผิดชอบงานในการดำเนินงานโรงเรียน ออย.น้อย ส่งผลให้เกิดการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงานโรงเรียน ออย.น้อย เพิ่มขึ้น เพื่อให้ผ่านการประเมินเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน ออย.น้อย ควรสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยจะต้องพัฒนาไปพร้อม ๆ กัน ในเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายโรงเรียน ออย.น้อย ในการเป็นกระบอกเสียงเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- (1). จักรี แก้วคำบัง. การศึกษาด้านความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตจังหวัดนครราชสีมา และผลของแผนจัดการเรียนรู้ ออย.น้อย. วารสารอาหารและยา. [อินเทอร์เน็ต]. มี.ค. - ส.ค. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 5 ต.ค. 2566]; 24(2). เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/fdajournal/article/view/140234>
- (2). ปริญา ถมอุตทา, อติศักดิ์ ถมอุตทา. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมด้านยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนบ้านหนองหิน อำเภอเมืองมหาสารคาม โดยเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล. วารสารอาหารและยา. [อินเทอร์เน็ต]. ก.ย. - ธ.ค. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 21 ส.ค. 2566]; 28(3). เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/fdajournal/index>
- (3). พรพิมล ภูวนานนท์. การประเมินผลโครงการ ออย.น้อย ของจังหวัดอุดรดิตถ์. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์. วารสารอาหารและยา. [อินเทอร์เน็ต]. พ.ค. - ส.ค. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 21 ส.ค. 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/fdajournal/article/view/138994>
- (4). สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. คู่มือเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน ออย.น้อย. นนทบุรี: สำนักงาน; 2562.
- (5). สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. ข้อมูลพื้นฐานโรงเรียน ออย.น้อย ในจังหวัดมหาสารคาม. มหาสารคาม: สำนักงาน; 2566.

สาระสำคัญ

1. ชื่อเรื่อง การพัฒนาระบบจ่ายยาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคาม

2. ชื่อผู้วิจัย หรือคณะผู้วิจัย พร้อมชื่อหน่วยงาน

นฤมล คุณเจริญรัตน์ งานเภสัชกรรมผู้ป่วยใน กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม
สถาพร ณ ราชสีมา งานพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ โรงพยาบาลมหาสารคาม
กาญจนาภรณ์ ตาราไต กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม
รังสรรค์ ศรีสารคาม กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม
และทีมเภสัชกรงานเภสัชกรรมผู้ป่วยใน กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

3. ชื่อผู้นำเสนอผลงาน : นฤมล คุณเจริญรัตน์

4. บทนำและวัตถุประสงค์

งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาสารคาม ให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยใน ปีพ.ศ. 2564 – 2566 จำนวนเฉลี่ย 364,270 ใบสั่งยาต่อปี เฉลี่ย 998 ใบสั่งยาต่อวัน มีเป้าหมายให้บริการเภสัชกรรมตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องครบถ้วน ปลอดภัย ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2564 พบปัญหาในหน่วยงานคือ ผู้รับบริการหน้าห้องยาแออัดโดยเฉพาะในช่วงเร่งด่วน ส่งผลให้ ระยะเวลารอคอยรับยาโดยเฉพาะยาด่วน (stat) และยากลับบ้าน ในช่วงเวลา 10.00 น.-16.30 น. เพิ่มขึ้นและเกินเป้าหมาย ผู้มารับบริการรอนานเกิดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาเพิ่มขึ้น

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยได้มีการทบทวนวิเคราะห์ระบบงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยเพื่อแก้ไข ร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ และทีมสารสนเทศของโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อพัฒนาระบบจ่ายยาผู้ป่วยใน และศึกษาผลของการพัฒนาระบบ โดยใช้การวิจัยแบบ action research มีเป้าหมายเพื่อลดความแออัดหน้าห้องยาลดระยะเวลารอคอยรับยาด่วน ยากลับบ้าน ลดความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา

5. วิธีการศึกษา

5.1 รูปแบบการศึกษา การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)

5.2 กลุ่มตัวอย่าง

5.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ประกอบด้วย ผู้เกี่ยวข้องกับงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน จำนวน 30 คน ได้แก่ เภสัชกร 12 คน เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม 9 คน เจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน 10 คน

5.2.2 ใบสั่งยาของงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลมหาสารคาม

- เก็บข้อมูลระยะเวลารอคอยรับยา โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นใบสั่งยาของงานบริการผู้ป่วยในที่มาถึงห้องจ่ายยาผู้ป่วยในในช่วงเวลา 8.30 น.-16.30 น. ในวันจันทร์-วันศุกร์ เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ก่อนการพัฒนาระบบในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 และหลังพัฒนาระบบงานในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

- ข้อมูลปฏิบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาที่เกิดขึ้นที่เกิดขึ้น ก่อนการพัฒนาระบบคือ 1 ก.ค.66-30 พ.ย.66 และหลังพัฒนาระบบคือ 1 ม.ค.67-31 พ.ค.67

5.3 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล : 1.) แบบบันทึกระยะเวลารอคอยรับยา 2.) ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ - นิกส์ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นระบบประมวลผลรายงานในโปรแกรมของโรงพยาบาล สามารถใช้คำสั่งประมวลผล รายงานข้อมูลเวลาในแต่ละขั้นตอน 3.) แบบเก็บข้อมูลและสรุปอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา

5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดย การสังเกต การบันทึกข้อมูลจากการระดมความคิด และการสนทนากลุ่ม การดึงข้อมูลจากรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ระยะเวลารอคอยรับยา และบันทึก ข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้น

5.5 การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป สถิติที่ใช้ สถิติที่ใช้ในการศึกษาคือ สถิติเชิงพรรณนา แสดงผล เป็นความถี่ ร้อยละ การเปรียบเทียบผลการพัฒนาระบบใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

5.6 ขั้นตอนการศึกษา มี 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนปฏิบัติโดยศึกษารวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การดำเนินการพัฒนาระบบจ่ายยาผู้ป่วยใน

ระยะที่ 3 การสรุป ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

6. ผลการศึกษา : การศึกษาการพัฒนาระบบจ่ายยาผู้ป่วยในโดยการใช้ข้อมูลจากการระดมความคิด (brainstorming) ของทีมสหวิชาชีพ และการสนทนากลุ่ม (focus group) กับเจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม ผลการประชุมได้ปรับแนวทาง และระบบจ่ายยาผู้ป่วยใน ดังนี้ 1.) ปรับระบบการส่ง-รับออเดอร์ และระบบงาน ภายใน 2.) ปรับปรุงโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการจ่ายยา หลังพัฒนาระบบ พบว่าระยะเวลารอคอยรับยาด่วน ลดลงจาก 17.1 นาที เหลือ 10.8 ครั้ง ระยะเวลารอคอยยากกลับบ้านช่วงเร่งด่วน (10.30 น.-13.00 น.) ลดลง จาก 40.7 นาที เหลือ 24.5 นาที ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01, p=0.02$ ตามลำดับ) และความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาลดลงจาก 25.2 ครั้งต่อเดือน เหลือ 8.8 ครั้งต่อเดือน

7. สรุปและข้อเสนอแนะ : จากผลการดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนาระบบจ่ายยาผู้ป่วยใน พบว่า ระยะเวลารอคอยรับยากลับบ้านช่วงเร่งด่วนลดลงอย่างเห็นได้ชัด จากเฉลี่ย 40.7 นาที เหลือ 24.5 นาที สาเหตุจาก ก่อนพัฒนาระบบ การจ่ายยาด่วนและยากกลับบ้านใช้ช่องทางเดียวกัน ห้องยาต้องจัดลำดับ ความสำคัญให้กับยาด่วนก่อน ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มารับยากลับบ้านต้องรอคิวนาน หลังพัฒนาระบบมีการแยก ช่องทางการจ่ายยาด่วนและยากกลับบ้านออกจากกัน ช่วยลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยยากลับบ้าน นอกจากระยะเวลารอคอยรับยากลับบ้านช่วงเร่งด่วนที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญแล้ว การศึกษายังพบว่า ระยะเวลารอคอยรับ ยาด่วน และความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาลดลง เนื่องจากระบบที่วางไว้มีหลาย มาตรการในการแก้ไขปัญหา และมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานให้มีความชัดเจน ซึ่งผลของมาตรการ ดังกล่าวนั้นได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้ปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องมีการติดตามข้อมูลและ ประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบที่พัฒนาขึ้น นอกจากนี้ ยังต้องประเมิน ความสามารถในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับข้อกำหนด มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล มาตรฐานดังกล่าวระบุว่า เภสัชกรจะต้องประสานงานและร่วมมือกับ แพทย์หรือบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติในการป้องกันและรายงานความผิดพลาด ในการจ่ายยา รวมถึงการกำกับดูแลอย่างต่อเนื่องโดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการและ ระบบยาที่มีประสิทธิภาพ

สาระสำคัญ

1. **ชื่อเรื่อง** : ยาน้ำรับประทานจูลี่ : การพัฒนาสูตรตำรับและประสิทธิผลทางคลินิกในการเพิ่มระดับฟอสฟอรัสในเลือดผู้ป่วยที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดต่ำ
2. **ผู้วิจัยและนำเสนอผลงาน** : ศิริมา ไชยมูล กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม
3. **บทนำและวัตถุประสงค์** : ฟอสฟอรัสเป็นองค์ประกอบโมเลกุลที่สำคัญต่อการทำงานของเซลล์ร่างกาย ถ้าฟอสฟอรัสในเลือดต่ำกว่า 2.5 mg/d l ถือว่าเกิดภาวะฟอสเฟตในเลือดต่ำ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับฟอสฟอรัสชดเชยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา โรงพยาบาลมหาสารคามตรวจหาปริมาณฟอสฟอรัสในเลือดได้แต่ไม่มียาสำหรับแก้ไขภาวะดังกล่าวให้กับผู้ป่วย มีเพียงการนำยาน้ำ sodium phosphate สำหรับเตรียมลำไส้ก่อนการผ่าตัดหรือตรวจลำไส้มาเจือจางให้ผู้ผู้ป่วยรับประทาน ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดต่ำเข้าถึงยาที่จำเป็นต่อการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยจึงทำการวิจัยนี้ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาตำรับศึกษาความคงตัวของยาน้ำรับประทานจูลี่ ซึ่งเป็น oral acidic phosphate solution และประเมินประสิทธิผลในการเพิ่มระดับฟอสฟอรัสในเลือดผู้ป่วยภาวะฟอสเฟตในเลือดต่ำหลังได้รับยา
4. **วิธีการศึกษา** :
 - 4.1 รูปแบบการศึกษา : วิจัยและพัฒนา แบ่งการวิจัยเป็น 4 ระยะคือ ระยะที่ 1 , 3 พัฒนา/ปรับปรุงสูตรตำรับยาน้ำรับประทานจูลี่ พร้อมศึกษาความคงตัว ทางกายภาพ เคมี จุลชีววิทยาในเดือนที่ 0 ,1,3,6 ระยะที่ 2, 4 ประเมินประสิทธิผลในการเพิ่มระดับฟอสฟอรัสในเลือดผู้ป่วยที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดต่ำหลังได้รับยา
 - 4.2 เภสัชเคมีภัณฑ์และเครื่องมือ : sodium phosphate dibasic (anhydrous) , 85% phosphoric acid, sodium benzoate, 70% sorbitol, water for irrigation, sucrose, pH meter, blood agar และ MacConkey agar
 - 4.3 ประกรและกลุ่มตัวอย่าง : ประชากรคือ ผู้ป่วย รพ.มหาสารคามที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดต่ำ และแพทย์วินิจฉัยว่าต้องได้รับยาน้ำรับประทานจูลี่เพื่อแก้ไขภาวะฟอสเฟตในเลือดต่ำ ณ ช่วงเวลาที่ทำการศึกษามีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยใน เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 15 ปี บริบูรณ์ และผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจระดับฟอสฟอรัสในเลือดไม่ครบทั้งก่อนและหลังการได้รับยาในแต่ละขนาดการรักษาตามคำสั่งแพทย์ คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตร Taro Yamane กำหนดความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่าที่ร้อยละ 5 และสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ
 - 4.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล : ระยะที่ 1, 3 บันทึกผลการพัฒนาตำรับ บันทึกการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางกายภาพ และผลทางห้องปฏิบัติการ ระยะที่ 2 , 4 ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในระหว่างวันที่ ระหว่าง 1 เมย. – 30 กย. 2563 และ 1 เมย. – 30 กย. 2565
 - 4.5 การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ : ระยะที่ 1, 3 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาผลการพัฒนาตำรับ และเปรียบเทียบความคงตัว ณ ช่วงเวลาต่าง ๆ ระยะที่ 2 , 4 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน pair sample t test และ Wilcoxon signed ranks test เปรียบเทียบระดับฟอสฟอรัสในเลือดผู้ป่วยที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดต่ำก่อนและหลังการได้ยาน้ำรับประทานจูลี่ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

5. ผลการศึกษา : ระยะ 1,3 พบว่าตำรับที่พัฒนาขึ้นทั้ง 2 มี sodium phosphate dibasic (anhydrous) และ 85% phosphoric acid เป็นสารสำคัญในการออกฤทธิ์ ให้ฟอสฟอรัส 50 mg/ml ฟอสเฟต 1.62 mmol/ml sodium benzoate เป็นสารกันเสีย 85% simple syrup และ 70% sorbital เป็นสารให้ความหวานในตำรับ 2 เมื่อบรรจุยาในขวดแก้วสีชา เก็บอุณหภูมิห้องนาน 6 เดือน พบทั้ง 2 ตำรับ ไม่พบการเจริญของจุลินทรีย์บน blood agar และ *E. coli* บน MacConkey agar ลักษณะทางกายภาพไม่เปลี่ยนแปลง pH เฉลี่ยตำรับ 1 และ 2 อยู่ในช่วง 5.03–5.07 และ 5.08–5.21 มีปริมาณตัวยาสำคัญคือฟอสฟอรัสดังตาราง 1 ตาราง 1 แสดงปริมาณตัวยาสำคัญ (% labeled amount) ฟอสฟอรัสในยาน้ำรับประทานจุลิตำรับ 1 และ 2

เดือนที่ทดสอบ	ปริมาณตัวยาสำคัญ (% labeled amount)	
	ตำรับ 1 (ระยะ 1)	ตำรับ 2 (ระยะ 3)
0	98.6 ± 0.7% (% RSD = 0.69)	97.89 ± 0.39% (% RSD = 0.40)
1	99.9 ± 0.7% (% RSD = 0.69)	97.36 ± 0.35% (% RSD = 0.36)
3	96.9 ± 1.3% (% RSD = 1.34)	94.19 ± 0.84% (% RSD = 0.90)
6	93.8 ± 1.5% (% RSD = 1.61)	95.98 ± 0.17% (% RSD = 0.19)

ระยะ 2, 4 พบว่ายาน้ำรับประทานจุลิตำรับทั้ง 2 ตำรับเพิ่มระดับฟอสฟอรัสในเลือดผู้ป่วยที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดต่ำทุกระดับความรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบระดับฟอสฟอรัสในเลือดผู้ป่วยที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดต่ำก่อน-หลังรับยาน้ำรับประทานจุลิตำรับ 1, 2

severity	n	ตำรับ 1 (ระยะ 2)					ตำรับ 2 (ระยะ 4)					
		ระดับฟอสฟอรัสในเลือด					ระดับฟอสฟอรัสในเลือด					
		ก่อนรับยา		หลังรับยา		*p-value	ก่อนรับยา		หลังรับยา		*p-value	
		Mean/ median	SD/ IQR (min- max)	Mean/ median	SD/ IQR (min- max)		Mean/ median	SD/ IQR (min- max)	Mean/ median	SD/ IQR (min- max)		
Mild	78	2.24	0.15	3.51	1.41	<0.001 ^a	57	2.27	0.16	3.70	1.27	<0.001 ^a
moderate	80	1.56	0.27	3.80	1.86	<0.001 ^a	87	1.45	0.27	3.78	1.73	<0.001 ^a
severe	16	0.65	0.40 (0.40– 0.90)	2.80	2.50 (0.50– 10.90)	<0.001 ^b	16	0.70	0.40 (0.20– 0.90)	2.40	1.30 (0.30– 5.40)	0.001 ^b
รวม	174	1.79	0.53	3.65	1.73	<0.001 ^a	160	1.66	0.55	3.63	1.56	<0.001 ^a

หมายเหตุ ^a สถิติ pair sample t test, ^b สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test, *p-value < 0.05

6. สรุปและข้อเสนอแนะ : ยาน้ำรับประทานจุลิตำรับทั้ง 2 ตำรับคงตัวทางเคมี กายภาพ จุลชีววิทยาสอดคล้องมาตรฐานเภสัชตำรับสหรัฐอเมริกาหมวดยาเตรียมเฉพาะคราวชนิดไม่ปราศจากเชื้อสำหรับยาน้ำรับประทาน 6 เดือนเมื่อบรรจุขวดแก้วสีชา เก็บอุณหภูมิห้อง ให้ประสิทธิผลเพิ่มระดับฟอสฟอรัสในเลือดผู้ป่วยภาวะฟอสเฟตในเลือดต่ำทุกระดับความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ควรมีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยเฉพาะเมื่อใช้ในขนาดสูงเพิ่มเติม

สาระสำคัญ

1. ชื่อเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลของการรักษาโรคเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายในเวชปฏิบัติผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม
2. ชื่อผู้วิจัย น.ส.โรวินท์ สุวรรณมาโจ กลุ่มงานอายุรกรรม รพ.มหาสารคาม
3. ชื่อผู้นำเสนอผลงาน น.ส.โรวินท์ สุวรรณมาโจ กลุ่มงานอายุรกรรม รพ.มหาสารคาม
4. บทนำและวัตถุประสงค์

โรคเกาต์เป็นโรคข้ออักเสบที่พบบ่อยทั่วโลก การวินิจฉัยและการรักษาสามารถทำได้ที่คลินิกผู้ป่วยนอกของทุกโรงพยาบาล คำแนะนำแนวทางการรักษาเพื่อลดระดับกรดยูริกในเลือดได้นำมาใช้ในทางเวชปฏิบัติทั่วไป (Treat-to-Target: T2T) โดยตั้งเป้าหมายการรักษาคือการลดระดับกรดยูริกในเลือดให้น้อยกว่า 6 มก./ดล. สำหรับผู้ป่วยทุกคน และน้อยกว่า 5 มก./ดล. สำหรับผู้ป่วยที่มีปุ่มก้อนโทไฟเกาต์ โดยหากได้ตามเป้าหมายดังกล่าวจะช่วยลดการเกิดเกาต์กำเริบ ลดขนาดปุ่มก้อนโทไฟเกาต์ เพื่อรักษาสุขภาพของไขข้อ ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความพิการและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่สามารถรักษาให้บรรลุตามเป้าหมายยังมีจำนวนน้อย

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อศึกษาความชุกของการบรรลุเป้าหมายในการรักษาโรคเกาต์ และความชุกของการแพ้ยา allopurinol ในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายการรักษาโรคเกาต์

5. วิธีการศึกษา

5.1 รูปแบบการศึกษา

Retrospective cohort study

5.2 การกำหนดตัวอย่าง และวิธีการคัดเลือกกลุ่ม

ผู้ป่วยโรคเกาต์ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้มีการติดตามการรักษาโรคเกาต์อย่างต่อเนื่องอย่างน้อยหกเดือน ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคามทุกราย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2566

5.3 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูล ที่ระบุข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ยาที่ใช้ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ การมีก้อนโทไฟเกาต์ ค่ายูริกในเลือดก่อนเริ่มรักษาและค่ายูริกในเลือดที่ต่ำที่สุด

ระหว่างรักษา ขนาดและชนิดของยาลดกรดยูริกในเลือดที่ใช้ ระยะเวลาในการติดตามการรักษา การกำเริบของเกาต์ขณะที่ได้รับการรักษา การได้รับยาป้องกันเกาต์กำเริบ การแพ้ยาallopurinol ค่าการกรองของไตก่อนและหลังการรักษา

5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ติดต่อหน่วยงานสารสนเทศและไอที รพ.มหาสารคาม เพื่อขอข้อมูลผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยรหัสโรคหลักและโรคร่วมเป็นเกาต์ โดยมีรหัส ICD10 M10.0-M10.9

ทบทวนข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของรพ.มหาสารคาม แล้วบันทึกลงแบบบันทึกข้อมูล

5.5 การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้

ใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test และ multiple logistic regression (95% CI, $p < 0.05$) ด้วยโปรแกรม STATA version 18.5

6. ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคเกาต์ตามรหัส ICD10 M10.0-M10.9 ทั้งหมด 837 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้บันทึกข้อมูลทั้งหมด 413 ราย โดย 89% เป็นเพศชาย ระยะเวลาที่ติดตามการรักษาส่วนใหญ่ยาวนาน 1-3 ปี (48%)

มีผู้ป่วย 161 ราย (39%) ที่มีระดับยูริกในเลือดได้ตามเป้าหมายการรักษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรักษาโรคเกาต์ได้ตามเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเป็นเพศหญิง ($p=0.036$, OR 1.43, 95% CI 1.94-2.18), การมีระดับกรดยูริกก่อนการรักษาต่ำกว่า 8 มก./ดล. (adjusted OR 3.01, 95% CI 1.95-4.65), การได้รับยา Benzbromarone (adjusted OR 8.56, 95% CI 3.84-19.11) และการได้รับยา Fenofibrate (adjusted OR 4.92, 95% CI 1.19-20.34) โดยมีค่า $p < 0.05$

ความชุกของการแพ้ยา allopurinol พบในผู้ป่วย 15 ราย (4%) และมีความสัมพันธ์กับการเป็นเพศหญิง ($p=0.0045$, OR 4.08, 95% CI 1.46-11.43)

7. สรุปและข้อเสนอแนะ

ยังมีผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายการรักษาโรคเกาต์อยู่จำนวนน้อย แม้จะไม่พบความแตกต่างในด้านปัจจัยโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนระหว่างสองกลุ่ม แต่มีปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ซึ่งจะช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษาโรคเกาต์ให้บรรลุเป้าหมายได้มากขึ้น

สาระสำคัญ

1. **ชื่อเรื่อง** การศึกษาผลของการให้คำแนะนำในการบริโภคของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องในคลินิก (CAPD) โรคไต โรงพยาบาลมหาสารคาม
2. **ชื่อผู้วิจัย** นางสาวรัชชนิ ปินะกาโน, นางสาวนวพร ดั่งคำจันทร์ หน่วยงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคาม
3. **ชื่อผู้เสนอผลงาน** นางสาวรัชชนิ ปินะกาโน
4. **บทนำและวัตถุประสงค์**

สถานการณ์โรคไต ในปัจจุบัน พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ประมาณร้อยละ 17.6 ของคนไทยป่วยเป็นโรคไต คิดเป็นผู้ป่วยราว 8 ล้านคน มีจำนวน 80,000 คน เป็นไตวายระยะสุดท้ายและมีแนวโน้มมากขึ้นเป็นทุกปี ๆ สอดคล้องกับสถานการณ์โรคไตในโรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องในปี 2563 – 2566 มีจำนวน 351 , 357 และ 269 ตามลำดับ การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis) เป็นวิธีการขจัดของเสียทางช่องท้องที่ถูกนำมาใช้เมื่อไตทำงานเสียหายที่อย่างถาวรแล้วแต่ต้องทำหน้าที่อย่างต่อเนื่องตลอดไป ปัญหาโภชนาการที่มักพบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง CAPD คือ การรับประทานอาหารที่ให้โปรตีนไม่เพียงพอ ทำให้ขาดโปรตีน และมีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำเนื่องจาก ผู้ป่วยเคยชินกับการถูกจำกัดอาหาร ประเภทเนื้อสัตว์ในช่วงเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ ะสุดท้าย ก่อนได้รับการรักษาด้วยการล้างช่องท้องมาเป็นเวลานาน การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแนวคิด ทฤษฎีการจัดการตนเอง มาใช้ในการศึกษาผลของการให้แนะนำการบริโภคอาหารของ ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) มีแผนการเรียนรู้ตามกิจกรรมสอนรายบุคคล และรายกลุ่ม ร่วมกับการใช้สื่อแผ่นพับ โมเดลอาหาร ตารางบันทึกเมนูอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติบริโภคอาหารในการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง

5. วิธีการศึกษา

5.1 **รูปแบบการศึกษา** กึ่งทดลองกลุ่มเดียวโดยวัดผลก่อนหลัง (One group Pretest - Posttest design)

5.2 การกำหนดตัวอย่าง และวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มอย่างง่าย ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ในคลินิกโรคไต 2. ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ 3. มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1. ผู้ป่วยหนักที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เช่น มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ 2. ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ (ADL<12) จากการคัดเลือกตามเกณฑ์พบว่ามี จำนวน 50 ราย จึงได้นำมาศึกษาในครั้งนี้

5.3 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโภชนาการเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) และความสามารถการจัดการตนเอง

5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. วิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ในคลินิกโรคไต
2. ประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในการคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง
3. การเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การวางแผนด้านโภชนาการ ประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์
4. ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ในเรื่องการบริโภคอาหาร มีสื่อแผ่นพับให้ความรู้ และแบบบันทึกอาการประจำวัน
5. ติดตามผล สอบถาม สังเกต ผู้ป่วยและญาติ
6. สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

5.5 การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6. ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและญาติมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ (\bar{X} =11.43, S.D. = 3.62) และค่าคะแนนเฉลี่ยในการจัดการตนเองในการบริโภคอาหาร (\bar{X} = 69.65, S.D. = 1.84) ภายหลังให้คำแนะนำพบว่า ผู้ป่วยและญาติมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ (\bar{X} =13.78, S.D. = 1.84) และค่าคะแนนเฉลี่ยในการจัดการตนเองในการบริโภคอาหาร (\bar{X} =80.18, S.D. = 6.49) สูงกว่าก่อนให้คำแนะนำ ดังตาราง

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม	
	Mean	SD	Mean	SD
ความรู้	11.43	3.62	13.78	1.84
การจัดการตนเอง	69.65	4.84	80.18	6.49

7. สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา กล่าวได้ว่าการแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ และสามารถจัดการตนเองในการบริโภคอาหารประเภทโปรตีนได้ดีขึ้น ตามแผนการเรียนรู้ที่ผู้ศึกษาให้โดยเป็นการสอนรายบุคคล และรายกลุ่ม ร่วมกับการใช้สื่อแผ่นพับ โมเดลอาหาร ตารางบันทึกเมนูอาหาร และการจัดกลุ่มสัมพันธ์แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สามารถทำให้ผู้ป่วยและญาติบริโภคอาหารประเภทโปรตีนได้ถูกต้องลดความเสี่ยงภาวะทุพโภชนาการได้

สาระสำคัญ

1. **ชื่อเรื่อง** ผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพต่อการเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู (IMC) โรงพยาบาลมหาสารคาม
2. **ชื่อผู้วิจัย หรือคณะผู้วิจัย พร้อมชื่อหน่วยงาน** พท.ป.ประถมพร มาตย์วิเศษ และ พท.ป.นาตยา วรรณการ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลมหาสารคาม
3. **ชื่อผู้นำเสนอผลงาน** พท.ป.ประถมพร มาตย์วิเศษ
4. **บทนำและวัตถุประสงค์** โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 580 เตียง และเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน มีการจัดบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อตอบสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ได้เปิดให้บริการหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู (IMC) เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2566 สามารถรองรับผู้ป่วยระยะกลางได้ 6 เตียง ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ กายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ และแพทย์แผนไทย เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ต่อการเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อ ในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู (IMC) เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพต่อไป
5. **วิธีการศึกษา**
 - 5.1 **รูปแบบการศึกษา** เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการรักษา
 - 5.2 **การกำหนดตัวอย่าง และวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ไม่เกิน 6 เดือน เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู (IMC) ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2566 - 29 กุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 32 คน คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้าคือ มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน น้อยกว่า 75 คะแนน หรือมากกว่า 75 คะแนนที่มีความผิดปกติมากกว่า 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem มีค่าความดันโลหิต ไม่เกิน 160/90 มิลลิเมตรปรอทหรือไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 60-100 ครั้ง/ นาที, อุณหภูมิร่างกายไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส, ไม่มีอาการหอบ หายใจลำบาก หน้าซีดริมฝีปากเขียว หน้าเขียว ซัก, ไม่มีปัญหาตามข้อห้ามของการนวด ได้แก่ โรคผิวหนัง เช่น อักเสบ ติดเชื้อ มีแผล เป็นต้น, ไม่มีภาวะเลือดออกง่าย ไม่มีจ้ำ/ รอยฟกช้ำ/ จุดเลือดออกใต้ผิวหนัง และสตรีตั้งครรภ์
 - 5.3 **เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล** แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Barthel Index) คะแนนเต็ม 100 คะแนน แบบประเมินระดับกำลังของกล้ามเนื้อ (Motor power) ในผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรง แบ่งเป็น 6 ระดับ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย

5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการรักษาทันที โดยมีขั้นตอนในการรักษา คือ นวดเพื่อฟื้นฟูสภาพ (ทั่วร่างกาย) ตามสูตรนวดแบบราชสำนัก เป็นเวลา 60 นาที และประคบสมุนไพรร้อนชื้น เป็นเวลา 30 นาที รวมเวลา 90 นาที วันละ 1 ครั้ง

5.5 การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมาน คือ Wilcoxon signed ranks-test มีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

6. ผลการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.50 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 25 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 37.50 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 75 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 59.38 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 โดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 87.50 มีอาการอ่อนแรงซีกขวา ร้อยละ 56.25 มีปัญหาคลื่นลำบากร่วมด้วย ร้อยละ 15.62 มีระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วย อยู่ระหว่าง 1 - 3 เดือน ร้อยละ 46.88 มีธาตุเจ้าเรือนหลักเป็นธาตุลม ร้อยละ 40.63 มีอายุสมมุฐานอยู่ปัจฉิมวัย สมมุฐานวาโย ร้อยละ 100 กาลสมมุฐาน (ที่เริ่มมีอาการ) อยู่ในยาม 4 สมมุฐานวาโย ร้อยละ 40.63 ฤกษ์สมมุฐาน (ฤกษ์ 3) ที่เริ่มเจ็บป่วย อยู่วสันตฤกษ์ สมมุฐานวาโย ร้อยละ 75 มีมัธยฐานของจำนวนครั้งที่รับบริการ เท่ากับ 3 ครั้ง (Min=2 : Max=12) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พบว่าหลังการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนการรักษา ($p < 0.05$) และมีระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขนและขาเพิ่มขึ้น ($p < 0.05$) โดยส่วนใหญ่มีระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขน เพิ่มขึ้น 1 ระดับ ร้อยละ 56.25 และมีระดับกำลังของกล้ามเนื้อขาเพิ่มขึ้น 1 ระดับ ร้อยละ 65.63 ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ในด้านภาพรวม ด้านการให้บริการ และด้านผลการรักษา ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.94, 4.91 และ 4.41 ตามลำดับ และไม่พบอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

7. สรุปและข้อเสนอแนะ การดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับสหวิชาชีพ โดยการนวดเพื่อฟื้นฟูสภาพและประคบสมุนไพร สามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ได้ จึงควรแนะนำให้ทำการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่เข้าเกณฑ์ และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงความสัมพันธ์ของสมมุฐานการเกิดโรคและมูลเหตุของการเกิดโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เพื่อยืนยันสมมุฐานตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยกับการเกิดโรค และศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น

ผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
ต่อการเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อ
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู (IMC)
โรงพยาบาลมหาสารคาม

ชื่อผลงานภาษาอังกฤษ (ถ้ามี)

The effects of Thai traditional medicine treatment with Multidisciplinary team on
intermediate care of patients with stroke to improve activities of daily living
and motor power grading in Mahasarakham Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย
ร่วมกับสหวิชาชีพต่อการเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู (IMC) โรงพยาบาลมหาสารคาม

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับ
การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ไม่เกิน 6 เดือน เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเวชกรรม
ฟื้นฟู (IMC) ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2566 - 29 กุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 32 คน คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า
คือ มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน น้อยกว่า 75 คะแนน หรือมากกว่า 75 คะแนน
ที่มีความผิดปกติมากกว่า 2 ระบบขึ้นไป ทำการนวดเพื่อฟื้นฟูสภาพ 60 นาที และประคบสมุนไพร 30 นาที
วันละ 1 ครั้ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง (Barthel Index) แบบประเมินระดับกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) ในผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรง
และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน คือ Wilcoxon
signed ranks-test มีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.50 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50 อาชีพ
เกษตรกร ร้อยละ 25 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 37.50 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 75 ไม่ดื่ม
แอลกอฮอล์ ร้อยละ 59.38 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 โดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 87.50
มีอาการอ่อนแรงซีกขวา ร้อยละ 56.25 มีปัญหากลิ่นลำบากร่วมด้วย ร้อยละ 15.62 มีระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วย
อยู่ระหว่าง 1 - 3 เดือน ร้อยละ 46.88 มีธาตุเจ้าเรือนหลักเป็นธาตุลม ร้อยละ 40.63 มีอายุสมมุติฐานอยู่ปัจฉิม
วัย สมมุติฐานวาโย ร้อยละ 100 กาลสมมุติฐาน (ที่เริ่มมีอาการ) อยู่ในยาม 4 สมมุติฐานวาโย ร้อยละ 40.63 อุตุ
สมมุติฐาน (ฤดู 3) ที่เริ่มเจ็บป่วย อยู่วสันตฤดู สมมุติฐานวาโย ร้อยละ 75 มีมัธยฐานของจำนวนครั้งที่รับบริการ
เท่ากับ 3 ครั้ง (Min=2 : Max=12) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตร
ประจำวัน พบว่า หลังการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
มากกว่าก่อนการรักษา ($p < 0.05$) และมีระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขนและขาเพิ่มขึ้น ($p < 0.05$) โดยส่วนใหญ่มี
ระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขน เพิ่มขึ้น 1 ระดับ ร้อยละ 56.25 และมีระดับกำลังของกล้ามเนื้อขาเพิ่มขึ้น 1
ระดับ ร้อยละ 65.63 และไม่พบอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

สรุปและข้อเสนอแนะ การดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับสหวิชาชีพ โดยการนวดเพื่อฟื้นฟูสภาพและประคบสมุนไพร สามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ได้ และไม่พบอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ จึงควรแนะนำให้ทำการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่เข้าเกณฑ์

สาระสำคัญ

1. ชื่อเรื่อง ผลของการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลมหาสารคาม
 2. ผู้วิจัย ปัทสรา ภามนตรี¹ ภญ.ปริญา ฤมอดทา² พชรพงษ์ พันธุ์เอียร³
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข¹, เกษัชกรชำนาญการพิเศษ², นักวิชาการสาธารณสุข³
สถานที่ปฏิบัติงาน งานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคาม
 3. ชื่อผู้นำเสนอผลงาน นางสาวปัทสรา ภามนตรี
 4. บทนำ โรงพยาบาลมหาสารคาม ได้ดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 โดยมีวัตถุประสงค์ คือ อาหารปลอดภัย ตรวจสอบได้ทั้งคุณภาพวัตถุดิบและการจัดซื้อ ขับเคลื่อนเศรษฐกิจฐานราก ส่งเสริมเครือข่ายเกษตรอินทรีย์ให้เกิดความเข้มแข็งด้านการผลิต และการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหาร ตามมาตรฐาน เพราะอาหารเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อการดำรงชีวิต ถ้าอาหารมีสารปนเปื้อนก็จะเกิดอันตรายต่อสุขภาพและเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคอาหารเป็นพิษ โรคมะเร็ง ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับอาหารจากงานโภชนาการโรงพยาบาล ญาติ ประชาชนที่มีมารับบริการ ตลอดจนบุคลากรในโรงพยาบาลต้องซื้ออาหารจากสถานที่จำหน่ายอาหารในโรงพยาบาลดังนั้นเมื่อรับประทานอาหารต้องได้อาหารที่มีคุณภาพ สะอาด และปลอดภัย เพื่อสุขภาพที่ดี
- วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลมหาสารคาม
5. วิธีการศึกษา
 - 5.1 รูปแบบการศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ซึ่งมี 4 ขั้นตอน การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล
 - 5.2 การกำหนดตัวอย่าง และวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือ ผู้สัมผัส อาหาร ใน 4 พื้นที่ การดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ได้แก่ โรงครัวโรงพยาบาล ศูนย์จำหน่ายอาหาร สหกรณ์ ร้านค้า และตลาดเขียว จำนวน 41 คน
 - 5.3 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล แบบรายงานการตรวจคุณภาพอาหาร และแบบสอบถาม ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหาร
 - 5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) (1) ประชุมคณะกรรมการเพื่อวางแผน/ติดตามการดำเนินงานและประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลมหาสารคาม (2) ประชุมพัฒนาศักยภาพผู้สัมผัสอาหาร และผู้จำหน่ายอาหาร และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยและชี้แจงแผนลงพื้นที่เพื่อสุ่มตรวจตัวอย่างอาหารประจำเดือน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
 - ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ดังนี้ (3) ประชุมพัฒนาศักยภาพผู้สัมผัสอาหาร ผู้จำหน่าย อาหาร และผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยมีการประเมินความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมต่อการดำเนินงาน โรงพยาบาลอาหารปลอดภัยก่อนและหลังการอบรม (4) ลงพื้นที่ 4 เป้าหมายการดำเนินงาน โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย เพื่อสุ่มเก็บตัวอย่างอาหารตามแผนทุกเดือนเพื่อนำมาตรวจหาสารปนเปื้อนในอาหารด้วยชุดทดสอบ เมื่อตรวจพบสาร

ปนเปื้อนในอาหารเจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามมาตรฐานจัดการอาหารปลอดภัยของโรงพยาบาลตามที่กำหนดไว้ (5) ติดตามผลการดำเนินงานโรงพยาบาลปลอดภัยในโรงพยาบาลมหาสารคาม

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observe) (6) ติดตามผลการตรวจตัวอย่างอาหารที่ไม่ผ่าน มาตรฐานแก้ไขปัญหาร่วมกันและให้คำแนะนำเพิ่มเติม (7) สรุปผลการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) (8) คืบข้อมูลผลตรวจเฝ้าระวังคุณภาพอาหาร ให้กับคณะกรรมการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย เป็นภาพรวมในช่องทางออนไลน์ และผู้ประกอบการและผู้ที่เกี่ยวข้องในการลงพื้นที่ (9) ถอดบทเรียนและแก้ไขปรับปรุง

5.5 การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6. ผลการศึกษา การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหารโดยการลงพื้นที่เก็บตัวอย่างอาหาร จากตัวอย่างทั้งหมด 1,761 ตัวอย่าง ผ่าน 1,723 ตัวอย่าง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ร้อยละ 97.84 ด้านเคมี 721 ตัวอย่าง ผ่านมาตรฐาน 705 ตัวอย่าง ร้อยละ 97.78 แต่ยังพบการปนเปื้อนสารฟอร์มาลีนในอาหารสด ด้านจุลินทรีย์ 1,040 ตัวอย่าง ผ่านมาตรฐาน 1,018 ตัวอย่าง ร้อยละ 97.89 พบการปนเปื้อนในทุกพื้นที่ ด้านการพัฒนาศักยภาพผู้สัมผัสอาหาร พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสารปนเปื้อนในอาหารก่อนหลังการพัฒนาศักยภาพ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ก่อน 7.96 หลัง 9.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยอยู่ในระดับดีมาก เท่ากับ 4.71 คะแนน (S.D. = 0.67) และพฤติกรรมกรบริโภคอาหารปลอดภัย พบว่าส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับดี ร้อยละ 96.7 เกิดมาตรการจัดการอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม

7. สรุปและข้อเสนอแนะ ผลการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหาร ผ่านมาตรฐาน ร้อยละ 97.84 แต่ยังพบสารฟอร์มาลีนปนเปื้อนในอาหารสด ด้านจุลินทรีย์ยังคงพบปัญหาในทุกพื้นที่ ซึ่งได้ดำเนินการแก้ไขเรียบร้อยแล้วเกิดมาตรการจัดการอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลมหาสารคามอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้ผู้ป่วย ญาติ ประชาชนที่มารับบริการ และบุคลากรในโรงพยาบาลได้รับประทานอาหารที่มีคุณภาพ สะอาด และปลอดภัย แต่ถึงอย่างไรการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหารและมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยควรได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- (1). Kemmis, S. and McTaggart, R. (1988). The Action Research Planner Melbourne: Deakin University Press.
- (2). Yamane T. Statistics An Introductory Analysis (2nd ed), New York; Harper and Row Publisher. 1973.
- (3). รัญญ์พิชชา ศักดิ์ภิรมย์, พรพิรุณ ดีสวัสดิ์. การประเมินผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหาร ปลอดภัย จังหวัดปทุมธานี. วารสารอาหารและยา ฉบับเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2562;2:64-75 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 31 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก

<https://so02.tcithaijo.org/index.php/JRKS/article/view/267891>

- (4). น้าทิพย์ จองศิริ, วัชรพงษ์ แสนใจยา. การพัฒนาการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย โรงพยาบาลแพร์. วารสารโรงพยาบาลแพร์ 2564;1:65-79 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 13 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/jpph/article/view/10683>
- (5). ปริญญา ฤมอุตทา, อติศักดิ์ฤมอุตทา. รูปแบบการจัดการอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลมหาสารคามแบบมีส่วนร่วม. วารสารอาหารและยา ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 (2565): มกราคม – เมษายน. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 26 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: [รูปแบบการจัดการอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลมหาสารคามแบบมีส่วนร่วม | วารสารอาหารและยา \(tci-thaijo.org\)](http://วารสารอาหารและยา(tci-thaijo.org))

ประเภท เรื่องเล่า จริยธรรม/คุณธรรม

ปัญหาลิ้นติด...ช่วยพลิกวิกฤติเป็นโอกาส

นิพากร มงคลสิทธิกุล

ตำแหน่ง ผู้ช่วยพยาบาล

คลินิกนมแม่ โรงพยาบาลมหาสารคาม

ในเช้าวันหนึ่ง ณ คลินิกนมแม่ ของโรงพยาบาลมหาสารคาม หลังจากที่มีการทำกิจกรรมประจำวันในการดูแลมารดาและทารก เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในคลินิกตั้งแต่เช้า จนเวลาล่วงมาที่ 11.30 น. เป็นช่วงเวลาที่กิจกรรมการบริการในช่วงเช้าแล้วเสร็จ มีการเก็บอุปกรณ์ และเตรียมอุปกรณ์เพื่อใช้งานในช่วงบ่าย ชักพัก...ประตูคลินิกได้แง้มออกเบา ๆ และพบคุณแม่หลังคลอด อุ้มทารกอายุราว ๆ 10 วัน มาพร้อมกับสามี ด้วยสภาพที่ดูรีบร้อน ผมเผ้ารุงรัง พร้อมถือใบนัดของโรงพยาบาล ก่อนที่เราจะถามคำถามออกไป เพราะด้วยเวลาที่ล่วงเลยจากเวลานัดมานานมากแล้ว สามีคนไข้ รีบบอกขอโทษ และบอกว่า “คุณหมอครับผมขอโทษด้วย ที่บ้านไม่มีรถยนต์ เหมารถก็ไม่มีคนมา ถ้านั่งโดยสารก็กลัวไม่ทัน จึงขับรถเรื่องมา (จักรยานยนต์) แต่ยางรถรั่วครับ ได้จูงไกลเลย พวกกันมาจากนาเชือก หมอนัดมาดูพังผิดใต้ลิ้นครับ” จากคำตอบของคนไข้ เรารีบสืบคำถามที่เรามักใช้เวลาที่คนไข้มาช้าว่า “ทำไมเพิ่งมา” ลงคอทันที และคิดว่าคำพูดนี้จะไม่ให้หลุดจากปากเราอีกต่อไป

ย้อนความไปถึงสาเหตุที่แม่หลังคลอดต้องพาทารกมาติดตามเพื่อประเมินการดูดกลืน เนื่องจากคลินิกนมแม่ร่วมกับตึกหลังคลอด ได้จัดทำแนวทางการดูแลทารกที่มีภาวะลิ้นติด (Tongue-tie) โดยมีที่ปรึกษาคือกุมารแพทย์ ช่วยพัฒนาให้คลินิกนมแม่ เป็น “Tongue-tie Center” ในความร่วมมือนี้เริ่มต้นด้วยความตั้งใจที่จะให้ทารกเหล่านี้ได้รับการดูแลที่ดีที่สุด โดยเริ่มจากการตรวจประเมิน และพิจารณาการขลิบพังผืดใต้ลิ้น (Frenulotomy) ตามแนวทางปฏิบัติที่ได้รับการพัฒนาขึ้น จากปัญหาของทารกที่มีภาวะลิ้นติด (Tongue-tie) เป็นภาวะที่มีการยึดติดของเนื้อเยื่อใต้ลิ้นกับพื้นปากมากเกินไป ซึ่งส่งผลให้ลิ้นไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เต็มที่ ภาวะนี้อาจส่งผลกระทบต่อ การดูดกลืนของทารก เนื่องจากลิ้นไม่สามารถยกขึ้นและดันน้ำนมเข้าสู่ หลอดอาหารได้อย่างเหมาะสม ทำให้ทารกมีปัญหาในการดูดนม ไม่สามารถรับน้ำนมได้เพียงพอ ส่งผลให้น้ำหนักตัวไม่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์มาตรฐาน นอกจากนี้ ภาวะลิ้นติดยังอาจส่งผลต่อการพูดในอนาคตของเด็ก เนื่องจากลิ้นไม่สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างเต็มที่ ทำให้เกิดปัญหาในการออกเสียงคำบางคำ เช่น คำที่ต้องใช้การยกปลายลิ้น หรือการสร้างเสียงที่ซับซ้อน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ การพัฒนาทักษะการสื่อสารของเด็กในอนาคต

การดูแลทารกที่มีภาวะลิ้นติด มุ่งเน้นให้การดูแลทารก และครอบครัวเป็นศูนย์กลางของงานบริการ ทารกที่มีภาวะลิ้นติด จะได้รับการตรวจประเมินและพิจารณาการขลิบพังผืดใต้ลิ้น ตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดขึ้น โดยใช้ STT score เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ หากคะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน แพทย์สามารถตัดสินใจทำหัตถการได้เลย แต่หากคะแนนเท่ากับ 7 คะแนน จะมีการส่งประเมินให้พยาบาลนมแม่เป็นคนตัดสินใจร่วมและอธิบายให้มารดาเข้าใจ และยินยอมให้ทำการขลิบพังผืดใต้ลิ้น หลังจากการทำหัตถการทารก จะได้รับการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินการดูดกลืนที่คลินิกนมแม่หลังการจำหน่ายอีก 1 สัปดาห์ แม้แนวทางนี้จะมีประโยชน์ แต่พบว่าผู้ปกครองที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลต้องเผชิญกับปัญหาการเดินทางที่ยากลำบาก ต้องเดินทางไกลถึง 50-60 กิโลเมตร ซึ่งสร้างความลำบากให้ทั้งผู้ปกครองและทารกที่ยังอายุน้อย ดังกรณีที่ยกตัวอย่างมาข้างต้น

เพื่อแก้ไขปัญหาหนี้ ทางเจ้าหน้าที่คลินิกนมแม่จึงได้หันมาใช้บริการทาง Telemedicine โดยการสอน การ Test Weight หรือ Test Feeding (คือการประเมินว่าทารกได้รับนมจำนวนเท่าไรต่อครั้งในการดูดเต้า) กับมารดาก่อนจำหน่ายกลับบ้าน แนะนำวิธีการใช้งาน DMS Telemedicine ติดต่อกับมารดาหลังคลอดผ่านทางโทรศัพท์หรืออินเทอร์เน็ต จากนั้นให้มารดาหลังคลอดนำทารก ไปใช้บริการที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยลดการเดินทางไกล เพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการของมารดาทารก แต่เมื่อดำเนินการ พบว่ามีปัญหาใหม่เกี่ยวกับการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน และอุปกรณ์ที่ใช้ในสถานพยาบาลนั้น ๆ ที่ไม่เหมาะสม (ไม่มีเครื่องชั่งเด็กแบบดิจิทัล) และเจ้าหน้าที่ประจำสถานพยาบาล ยังมีความรู้ไม่เพียงพอในการประเมินมารดาและทารก ในเรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนั้นเพื่อลดปัญหาเหล่านี้ คลินิกนมแม่ โรงพยาบาลมหาสารคาม จึงได้รวบรวมปัญหาเสนอคณะกรรมการ งานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดมหาสารคาม และนำเสนอโครงการอบรมฟื้นฟูวิชาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับบุคลากร โรงพยาบาลมหาสารคาม และเครือข่าย และได้จัดการอบรมพยาบาลนมแม่ประจำโรงพยาบาลชุมชนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่พยาบาลผู้ให้บริการมารดาและทารก ในเครือข่าย จังหวัดมหาสารคาม และแต่งตั้งให้เป็นพยาบาลนมแม่ประจำโรงพยาบาลชุมชนนั้น นอกจากนี้ยังได้ปรับปรุงแนวทางการดูแลทารกที่มีภาวะล้นเต้า โดยให้มีการติดตามประเมินการดูดกลืนหลังการขับขี้ตังได้ล้น ที่โรงพยาบาลชุมชน และส่งผลลัพธ์กลับมายังคลินิกนมแม่ของโรงพยาบาลมหาสารคาม ผ่านช่องทางกลุ่มไลน์ "พยาบาลนมแม่ประจำจังหวัดมหาสารคาม" ซึ่งตั้งขึ้นเพื่อการแจ้งข่าวสาร การประสานงาน และเป็นกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมถึงให้คำปรึกษาปัญหาเรื่องนมแม่สำหรับพยาบาล ให้มีแนวทางปฏิบัติเดียวกัน

ผลลัพธ์จากกระบวนการพัฒนานี้ พบว่าผู้รับบริการได้รับความสะดวกมากขึ้น จากระยะทางในการเดินทางที่สั้นลง ได้รับการบริการแบบเดียวกันกับคลินิกนมแม่ โรงพยาบาลมหาสารคาม เนื่องจากพยาบาลนมแม่ประจำโรงพยาบาลชุมชน ที่ผ่านการอบรมมีศักยภาพในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีความมั่นใจในการแก้ไขปัญหามากขึ้น ซึ่งส่งผลดีต่อการดูแลสุขภาพมารดาและทารกจากการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะยาว สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม “เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการเป็นเลิศ ในระดับสากล เครือข่ายเข้มแข็ง และมีการพัฒนาอย่างยั่งยืน” โดยการเห็นประโยชน์ของคนไข้เป็นศูนย์กลาง แสดงให้เห็นถึงคุณค่าของการทำงานที่ให้ความสำคัญกับคนไข้ และเป็นก้าวสำคัญในการพัฒนาอย่างยั่งยืนตามวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม

เรื่องเล่าคุณธรรม

เรื่อง “บ้าน..ที่ยายอยู่ไม่ได้”

นางสาววิศรา ปาปะใน

นางสาวนิจสุตา ขวัญงาม

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

งานการพยาบาลผู้ป่วยส่งต่อ และการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม

จากสถานการณ์ปัญหายาเสพติดในปัจจุบัน ได้เพิ่มความรุนแรงและแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนได้รับผลกระทบเป็นวงกว้างและเป็นปัญหาที่นับวันจะยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นในสังคมไทย ทำให้ดิฉันได้คิดถึงเหตุการณ์หนึ่งเมื่อไม่นานมานี้ ที่เกิดขึ้นขณะที่ดิฉันปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์ส่งต่อ โรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ไม่ว่าจะหวนนึกถึงคราใด ก็มาพร้อมกับความรู้สึกจุกในอกและน้ำตาที่เอ่อรินขึ้นมาทุกครั้งไป ดิฉันจะขอเล่าถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่เป็นผลจากการใช้สารเสพติด จนส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมรอบข้าง

ในคำคืนหนึ่ง เวลาประมาณ 20.30 น. ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม เจ้าหน้าที่ตำรวจได้นำส่งวัยรุ่นเพศชายมาด้วยอาการคลุ้มคลั่ง เอะอะโวยวาย ทิ่มแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย ได้ให้การดูแลอย่างระมัดระวัง เมื่อผู้ป่วยอาการสงบ แพทย์ได้แจ้งญาติถึงความจำเป็นในการส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ คุณยายสูงอายุ เดินทางออกมาพร้อมไม้เท้าคู่ใจ นั่งฟังคำอธิบายของแพทย์ด้วยสีหน้ากังวล สายตามองไปยังหลานชายที่หลับสนิทเพราะฤทธิ์ยาคลายประสาท ภายใต้ผ้าห่มปกคลุมแทบทั้งตัวถูกพันธนาการด้วยผ้ายึดตรึง แล้วเอ่ยพลางสะอื้น “ยายไม่มีเงินนะหมอ” แพทย์จึงตอบว่า “คุณยายไม่ต้องห่วงนะคะ เรามีเจ้าหน้าที่พร้อมรถพยาบาลที่ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่าย และเพื่อความปลอดภัยเราจำเป็นต้องผูกยึดผู้ป่วยไว้ค่ะ” คุณยายพยักหน้า พนมมือกลางอก “สาธุ ให้ได้บุญหลาย ๆ เตื่อ” จากนั้นเจ้าหน้าที่ได้ประสานงานเพื่อการส่งต่อตามระบบ พร้อมแจ้งญาติถึงกระบวนการและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างเดินทาง ทีมส่งต่อนำส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลปลายทางโดยปลอดภัย ดิฉันซึ่งเป็นหัวหน้าทีมส่งต่อ ได้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และช่วยกรอกประวัติผู้ป่วยเนื่องจากคุณยายเขียนหนังสือไม่ได้ คุณยายหันมาสบตากล่าวเบา ๆ “ขอบคุณนะ คุณพยาบาล หลานยายมันหลอนชู่จะเผาบ้าน จะฆ่ายาย ถือมีตเดินไปมา ชาวบ้านก็พากันหวาดระแวง” ฉันทิ้งคุณยายระบายความทุกข์ สังเกตเห็นรอยซ้ำบ้นใบหน้า จึงใช้มือลูบที่หลังคุณยายเบา ๆ “คุณยายดูเหนื่อยมากเลย คงเจ็บทั้งกายและปวดทั้งใจไม่น้อย” คุณยายก้มหน้าน้ำตาซึม “ปีใหม่คนอื่นเขาฉลองกับครอบครัวที่บ้าน แต่สำหรับยายบ้านตัวเองก็อยู่ไม่ได้ ต้องหนีไปนอนกระท่อมปลายนา เวิร์กรรมของยายแท้ๆ” ฉันทิ้งคุยกับคุณยายในระหว่างรอกระบวนการรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาต่อที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จนเวลาล่วงเลยไปเกือบเที่ยงคืน จึงแจ้งทีมที่มาด้วยกันว่าให้รออีกสักนิด เรากลับบ้านช้าหน่อยคงไม่เป็นไรทุกคนพยัก ต่างก็มีสีหน้าแววตาที่เข้าใจคุณยาย เต็มเปี่ยมไปด้วยเมตตาและพร้อมให้ความช่วยเหลือสุดกำลัง จากนั้นไม่นาน เราทั้งหมดก็เดินทางกลับมหาสารคามและส่งคุณยายถึงบ้านอย่างปลอดภัย

ขอบคุณเพื่อนร่วมทีมส่งต่อที่เห็นพ้องต้องกันในการช่วยเหลือคุณยาย แม้จะต้องลงเวรบายเข้าไปเกือบ 2 ชั่วโมง สิ่งที่เราได้เรียนรู้คือ การได้ดูแลผู้ป่วยด้วยทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ ให้บริการโดยคำนึงถึงความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วย ญาติ รวมถึงทีมเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ทั้งนี้เรายังไม่ลืมที่จะดูแลหัวใจอันบอบช้ำของญาติ ด้วยความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และใส่ใจในระดับที่ลึกซึ้งถึงจิตวิญญาณแบบองค์รวม ซึ่งเป็นไปตามแนวทางค่านิยมของโรงพยาบาลมหาสารคาม M S K H เชี่ยวชาญ บริการปลอดภัย มองใหญ่เชิงระบบ ทบทวนเรียนรู้ ดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์.

1. ชื่อผลงาน / เรื่องเล่า : สร้างกุศลผู้ให้ สร้างชีวิตใหม่ผู้รับ
2. คำสำคัญ : การดูแลผู้บริจาคอวัยวะและดวงตา
3. ผู้เล่า : นางสาวปิยะลักษณ์ ขานอัน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ
4. ที่ปรึกษา : นางสาวจิรพร อินนอก ,นางสิรินารถ ประพาศพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
5. สรุปเรื่องเล่าโดยย่อ

บริจาคอวัยวะ คำๆนี้ดิฉันเคยได้ยินครั้งแรกตอนเรียนมัธยมแต่ก็ไม่ได้รู้สึกอะไรแค่ได้ยินผ่านๆ เมื่อได้มาเป็นนักศึกษาพยาบาลเริ่มคุ้นเคยกับคำนี้มากขึ้น และเห็นภาพผ่านสื่อ Social บ่อยครั้ง ไม่ว่าจะเห็นภาพที่หมอพยาบาลใส่ชุดเขียวยืนรอบๆเตียงผ่าตัด โค้งคำนับ เคารพศพผู้เสียชีวิต หรือจะเป็นภาพที่รถตำรวจขับนำทางให้รถฉุกเฉินวิ่งทำให้เร็วที่สุดเพื่อส่งอวัยวะไปยังห้องผ่าตัดที่มีคนไขรออยู่ แต่ภาพของการบริจาคอวัยวะก็ยังไม่ชัดเจนในความรู้สึก จนกระทั่งฉันเรียนจบพยาบาล และได้มาทำงานที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่ให้บริการการรักษา พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทางด้านศัลยกรรมอุบัติเหตุ ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองรุนแรง ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองรุนแรงและกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่ออาการทรุดลงผู้ป่วยจะมีภาวะสมองตาย ในทางการแพทย์ถือว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว แม้หัวใจจะยังเต้นอยู่ก็ตาม หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานบริการอวัยวะของโรงพยาบาลมหาสารคาม การทำงานที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุทำให้ดิฉันได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยที่บริจาคอวัยวะและดวงตาบ่อยครั้ง ในตอนแรกดิฉันยังไม่ค่อยเข้าใจและไม่ซึมซาบในบทบาทเหล่านี้ เพราะมีความยุ่งยากซับซ้อน ติดต่อประสานงานหลายหน่วยงาน มีความเร่งรีบในเวลาจำกัดเพื่อรักษาอวัยวะให้สมบูรณ์ที่สุด ในขณะที่เดียวกันต้องดูแลผู้ป่วยวิกฤตรายอื่นๆด้วยเช่นกัน

ในครั้งหนึ่งมีผู้ป่วยชายอายุ 25 ปี มาด้วยซีมोटอรีเซดลงข้างทาง ไม่รู้สึกตัว เนื่องจากสมองได้รับบาดเจ็บรุนแรง แพทย์วินิจฉัย Severe traumatic brain injury ในวันที่เข้ารับการรักษา น้องไม่มีญาติสายตรง มีแค่เพื่อนๆที่สลับกันเข้ามาเยี่ยมอย่างอุ่นหนาฝาคั่ง จากการสอบถามจึงได้ทราบว่า ครอบครัวของน้อง พ่อแม่แยกทางกัน น้องมาอาศัยอยู่กับญาติได้สักพัก ก็ขอแยกตัวออกไปเช่าหอพักอยู่คนเดียว เพราะน้องไม่ยอมรับกฏญาติมากจนเกินไป น้องทำงานทำ รับจ้างทั่วไปเพื่อหารายได้เลี้ยงดูตัวเอง และมีเพื่อนๆคอยช่วยเหลืออยู่เสมอ ยิ่งฟังยิ่งสะท้อนในหัวใจ ทำไมคนดีๆต้องมาโดดเดี่ยวเดียวดายอยู่เพียงลำพังโดยไม่มีครอบครัวคอยอยู่เคียงข้าง น้องเป็นคนน่ารัก มีธรรมาศยดี จึงเป็นที่รักของเพื่อนๆ ทุกคนพร้อม Support น้องอย่างเต็มที่ เมื่อติดต่อพ่อแม่ได้แล้ว แพทย์ได้แจ้งอาการและแจ้งภาวะสมองตายให้รับทราบ ในทางการแพทย์ภาวะสมองตายเปรียบได้กับว่าคนไข้เสียชีวิตแล้ว เพียงแค่อวัยวะต่างๆยังคงทำงานได้ปกติในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น ทีมเจรจาเข้าทำหน้าที่ขอรับบริจาคอวัยวะและดวงตา ญาติทุกคนต่างลงความเห็นร่วมกันว่า อยากให้น้องทำบุญครั้งยิ่งใหญ่ ในครั้งสุดท้ายนี้ ด้วยการบริจาคอวัยวะและดวงตา เพื่อให้ไปสู่ภพภูมิที่ดีตามความเชื่อทางพระพุทธศาสนา กระบวนการต่างๆจึงดำเนินไปด้วยความรวดเร็วเพื่อให้อวัยวะมีความสมบูรณ์และพร้อมส่งต่อให้กับผู้รับมากที่สุด จากนั้นมีการนิมนต์พระอาจารย์มาทำสังฆทานให้กับน้องในวาระสุดท้ายก่อนการผ่าตัดเอาอวัยวะออก ในวันต่อมามีการเชิดชูเกียรติมอบพวงหรีดเคารพศพ มอบเกียรติบัตรให้กับครอบครัวของน้องร่วมกับทีมผู้บริหารและทีมเหล่ากาชาดจังหวัดมหาสารคาม ในวันฉาปณกิจศพ เป็นวันที่เพื่อนๆต่างมาร่วมอาลัยในงานกันอย่างเนืองแน่น ดิฉันไม่คิดว่าผู้ชายคนหนึ่งจะเป็นที่รักของเพื่อนๆได้มากมายขนาดนี้ ทุกคนต่างร้องไห้เสียใจกับการจากไปและร้องไห้ด้วยความปิติยินดี และร่วมอนุโมทนาบุญกับการทำความดีในวาระสุดท้ายของชีวิต ดิฉันขออนุโมทนาบุญกับครอบครัวของน้องภานุ มุฮัมเหม็ด ในการบริจาคอวัยวะและดวงตาเพื่อต่อลมหายใจให้กับเพื่อนมนุษย์ในครั้งนี้ด้วยเทอญ

“ความดีที่ไม่สิ้นสุด คือการอุทิศอวัยวะเมื่อยามสิ้นสูญ”