สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
Chiang Rai Provincial Health Office

การประชุมวิชาการ

นำเสนอผลงาน และนวัตกรรม บุคลากรสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย ประจำปี 2568 ครั้งที่ 10

วันที่ 24-25 กรกฎาคม 2568

ณ สวนอาหารเอกโอชา จังหวัดเชียงราย

Healthy Chiang Rai Lifestyle Beyond NCDs

ชาวเชียงรายสุขภาพดี วิถีใหม่ห่างไกล NCDs

การประชุมวิชาการ
นำเสนอผลงานและนวัตกรรม บุคลากรสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
ครั้งที่ 10 ประจำปี 2568

วันที่ 24-25 กรกฎาคม 2568

ณ สวนอาหารเอกโอชา จังหวัดเชียงราย

การประชุมวิชาการ
นำเสนอผลงานและนวัตกรรม บุคลากรสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
ครั้งที่ 10 ประจำปี 2568

ที่ปรึกษา

นายเอกชัย คำลือ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
นายคงศักดิ์ ชัยชนะ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
นายสยามราชย์ ฟูเจริญกัลยา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

บรรณาธิการ

นายรัฐกานต์ ปาระมี	นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)

รองบรรณาธิการ

นายอนุรักษ์ ศรีใจ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

กองบรรณาธิการ

นางสาวจิราภรณ์ แสงสุวรรณ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวจันทร์จิรา อยู่เกียรติกุล	นักสาธารณสุขปฏิบัติการ
นายสุธรรม คำวะรัตน์	นักทรัพยากรบุคคล
นายกรรณ ธนะวงศ์	นักทรัพยากรบุคคล
นางสาวนรีรัตน์ เอลานี่ คริสลีน	นักทรัพยากรบุคคล

คำนำ

การประชุมวิชาการในครั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้จัดขึ้นเพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสหสาขาวิชาชีพทุกระดับ และเปิดโอกาสให้บุคลากรสาธารณสุขได้มีเวทีนำเสนอผลงานวิชาการสู่สาธารณะ เสริมสร้างบรรยากาศการทำผลงานงานวิชาการ และเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนผลงานวิชาการระหว่างบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดเชียงรายและเครือข่ายสุขภาพ และเป็นช่องทางในการนำผลงานวิชาการไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาทางด้านสุขภาพให้กับประชาชนในเขตพื้นที่บริการสาธารณสุข

การประชุมวิชาการครั้งนี้จัดขึ้นเป็น ครั้งที่ 10 ภายใต้แนวคิด คือ "สานพลัง สร้างการเรียนรู้ มุ่งสู่สุขภาวะ" โดยมีประเด็นการนำเสนอ คือ “Healthy Chiang Rai Lifestyle Beyond NCDs : ชาวเชียงรายสุขภาพดี วิถีใหม่ห่างไกล NCDs” รูปแบบการประชุมวิชาการ ได้เชิญวิทยากรที่มีความสามารถและประสบการณ์ เพื่อให้ข้อคิดแลกเปลี่ยนทัศนคติระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม และนำเสนอผลงานทางวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข ทั้งการนำเสนอผลงานด้วยวาจา (Oral Presentation) และการนำเสนอผลงานด้วยโปสเตอร์ (Poster Presentation) การนำเสนอผลงานนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์และนวัตกรรมเชิงระบบ และการนำเสนอผลงานด้วยคลิปวีดีโอ TikTok

เป็นที่น่ายินดียิ่งว่าการจัดประชุมวิชาการในครั้งนี้ ได้รับความสนใจจากบุคลากรสาธารณสุขแจ้งความประสงค์เข้าร่วมนำเสนอผลงานวิชาการ ทั้งในรูปงานวิจัยและงานประจำสู่งานวิจัย แบบโปสเตอร์และรูปแบบวาจา การนำเสนอผลงานนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์และนวัตกรรมเชิงระบบ และการนำเสนอผลงานด้วยคลิปวีดีโอ TikTok จำนวน 182 เรื่อง และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สหสาขาวิชาชีพทุกระดับเข้าร่วมประชุม จำนวนกว่า 500 คน การประชุมวิชาการครั้งนี้ ยึดหลักการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน อาศัยการร่วมกันเตรียมงานด้วยความเสียสละของคณะกรรมการจากทุกสาขาวิชาชีพ ซึ่งนับว่าเป็นพลังอันยิ่งใหญ่ของการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพในจังหวัดเชียงราย นำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีของประชาชน

คณะกรรมการจัดประชุมวิชาการ ขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมประชุม ผู้นำเสนอผลงานวิจัย วิทยากร ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือและสนับสนุน จนทำให้การจัดงานประชุมวิชาการในครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงและบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ทุกประการ ถ้าหากมีข้อผิดพลาดหรือบกพร่องประการใด คณะกรรมการฯ ขออภัยเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ และยินดีรับคำชี้แนะเพื่อให้การจัดงานในครั้งต่อไปมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และหวังว่าคงได้พบกับทุกท่านอีกครั้ง ในการงานประชุมวิชาการในครั้งต่อไป

คณะกรรมการจัดการประชุมวิชาการ
กรกฎาคม 2568

สารจากผู้บริหาร

กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการหลักในระบบบริการสุขภาพ ด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้กับประชาชนในทุกช่วงวัย ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองต่อปัญหาด้านสุขภาพที่ซับซ้อนและหลากหลาย อันจะส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพของประชาชนให้ครอบคลุมทุกมิติ สู่เป้าหมาย "ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน"

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ตระหนักในการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้จัดให้มีเวทีนำเสนอผลงานวิชาการในระดับจังหวัด เปิดโอกาสให้มีกิจกรรมสื่อสาร เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ความสำเร็จด้านการปฏิบัติงาน และผลงานวิชาการ โดยใช้ช่องทางการประชุมวิชาการ นำเสนอผลงานวิชาการและนวัตกรรม กระตุ้นให้บุคลากรสาธารณสุขทุกสาขาวิชาชีพ ได้ศึกษา ค้นคว้า วิจัย และนำเอาองค์ความรู้ใหม่ๆ เผยแพร่สู่เวทีสาธารณะ การเปิดโอกาสให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้มีการพบปะ แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และแบ่งปันประสบการณ์ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ นวัตกรรม ที่ทันสมัยและเป็นประโยชน์ อันจะนำไปสู่การพัฒนาและสร้างเครือข่ายทางวิชาการ ตลอดจนพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการ ส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง

ในโอกาสนี้ผมขอชื่นชมในความวิริยะอุตสาหะของคณะกรรมการจัดประชุมวิชาการทุกฝ่าย ขอขอบคุณสมาคมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย จังหวัดเชียงราย ที่ร่วมดำเนินการจัดประชุมวิชาการในครั้งนี้ ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ทุกประการ

นายเอกชัย คำลือ
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

สารบัญ

	หน้าที่
คำนำ	**ก**
สารจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย	**ข**
สารบัญ	**ค**
กำหนดการการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย	**ฐ**
การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ประจำปี 2568	**ฒ**
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้วิพากษ์ผลงานวิชาการ	**ด**
กำหนดการนำเสนอผลงานวิชาการ	**ถ**
รางวัลการนำเสนอผลงานวิชาการ ครั้งที่ 10 ประจำปี 2568	**จจ**
ผลงานวิชาการ การนำเสนอผลงานวิจัยด้วยวาจา (Oral Presentation) กลุ่มที่ 1	
• การคงอยู่ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของข้าราชการทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย *เพชรรัตน์ ภัทรนุกูลกิจ*	2
• การพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ยาโดยใช้ ABC-VEN matrix โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย *พิศศุภร ริ้วสุวรรณ*	13
• ผลของการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย *วิภาวี วอง*	25
• ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กรของบุคลากรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย *วิไลลักษณ์ อินหลาน*	35
• การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงราย *สรัญ อินตะวัน*	48
• การพัฒนาระบบเฝ้าระวังด้วยตนเองเพื่อป้องกันการเกิด Metformin-Associated Lactic Acidosis (MALA) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา Metformin โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร *สมศุกร์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา*	65
• การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลันโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย *ณรงค์ศักดิ์ วันดี*	76
ผลงานวิชาการ การนำเสนอผลงานวิจัยด้วยวาจา (Oral Presentation) กลุ่มที่ 2	
• ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย ปีงบประมาณ 2568 *จินตนา โสภา*	90
• ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะวิกฤต โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย *พิมพา วีระคำ*	105
• ผลของการใช้บันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์สำหรับงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย *ศรีวรรณ กันติ๊บ*	117

สารบัญ (ต่อ)

หน้าที่

- ผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ *วรัชยา รัตนะ* 130
- ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่สรวย *รุ่งธิวา แก้ววงค์* 142
- ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย *ถนอม มงคลผิวทอง* 155
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง(DASH DIET)ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย *วิจิตรา มูลตรี* 167
- ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่มีต่อความเข้มแข็งทางใจ ภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย *อมรรัตน์ ปินคำ* 178
- ประเมินผลการใช้โปรแกรมระบบส่งต่อผู้ต้องขังพ้นโทษบริการปลายทาง DischargePlan PrisonerSystem (DPPS) ในการติดตามผู้ต้องขังพ้นโทษ จังหวัดเชียงราย *อุมารินทร์ วิลัย* 189
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีอายุ 30-60 ปีในเขตพื้นที่ โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย *ชยุตา สาตราคม* 202

ผลงานวิชาการ การนำเสนอผลงานประจำสู่งานวิจัยด้วยวาจา (Oral Presentation)

- การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน : การวิจัยเชิงปฏิบัติการในเครือข่ายสุขภาพอำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย *รักษณา ข่ายสุวรรณ* 215
- พัฒนาระบบการตรวจ Glucose Challenge Test (GCT) และ Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) เพื่อวินิจฉัยเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ ของโรงพยาบาลแม่สรวย จ.เชียงราย ปี 2568-2569 *นงคราญ กระธง* 229
- การศึกษาความสอดคล้องของการตรวจวิเคราะห์ตะกอนปัสสาวะด้วยวิธี Manual และวิธี Automated ในผู้ป่วยที่มีการส่งตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะของโรงพยาบาลแม่สรวย *วิมลรัตน์ สร้อยสุด* 238

สารบัญ (ต่อ)

หน้าที่

- ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งเสริมการเลิกบุหรี่เบ็ดเสร็จในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย *อำไพ ป้องคำ* 247
- แบบแผนความไวต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อแบคทีเรีย (antibiogram) ปี พ.ศ. 2565-2567 โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย และการนำไปใช้ *วัชรพงศ์ แสงดาว* 262
- การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการให้ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยยืนยันป่วยเบาหวานรายใหม่ โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ *อุบล อุทธิยา* 271
- การพัฒนารูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการจำหน่ายจากหอผู้ป่วย ผ่านระบบการให้บริการทางเภสัชกรรมทางไกล โรงพยาบาลเชียงแสน อ.เชียงแสน จ.เชียงราย *ภาวนา ใจระวัง* 278
- การพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มติดสารเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรง(SMI-V) ในศูนย์มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลแม่ลาว *ธนรัชต์ พรสวรรค์ พิกุล ทองรักษ์* 293
- การพยาบาลผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนชนิดสูบในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home word) กรณีศึกษา: โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย *ภูวสิษฏ์ โปราหา* 300

การนำเสนอผลงานวิจัย ด้วยโปสเตอร์ (Poster Presentation)

- ผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสู่บ้านในโรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย *สุนัน เมืองมูล* 321
- ผลการติดตามอุณหภูมิในระบบลูกโซ่ความเย็นจากบริษัทขนส่งเอกชนและเครือข่ายสุขภาพอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย *ณีรนุช ศรีจอมทอง* 329
- ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงแสน *อิสรีย์ ช่างบุ* 343
- ประสิทธิผลของโปรแกรม KRAP ความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย *กิตติมศักดิ์ กาบจันทร์* 355
- ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน *พัชรี มณีวงศ์* 370
- การพัฒนารูปแบบสนับสนุนการจัดการสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ โรงพยาบาลพาน *เรวดี โค้วจิริยะพันธุ์* 379

การนำเสนอผลงานงานประจำสู่งานวิจัย ประเภทโปสเตอร์ (Poster Presentation)

- ผลของนวัตกรรมกระเป๋าใส่ถุงปัสสาวะสะดวกดี ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ *รักษณา ข่ายสุวรรณ* 381
- วิเคราะห์ NCD remission service ของโรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ปี พ. ศ. 2567 *ธรรมพาวุฒิ ธรรมสิทธิ์* 394

สารบัญ (ต่อ)

หน้าที่

- ผลของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ระบบบริการ 3S (Self health Evaluation, Staff Rider Education, Smart Sytem) *กรรณิการ์ เรืองดี* 407
- ผลของโปรแกรมให้ความรู้โรคมะเร็งปากมดลูกต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในกลุ่มวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย *กิตติชัย ปัญญาวรรณ์* 408
- ผลของการรับส่งเวรแบบ ISBAR ต่อการป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลแม่สรวย *กันยา อ้อยลี* 415
- การพัฒนาเทคโนโลยีแผนที่ออนไลน์และ HOSxP Remote เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประคับประคอง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย *ชฎาธร มะโนวรรณ์* 426
- การติดตามการใช้ยาและการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการปรับแผนการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเวียงแก้ว อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย จุฬารัตน์ โค้วประเสริฐสุข และ ณัฏฐณิษา สักลอ 427
- การพัฒนาแนวทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกัน การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล *กนกภรณ์ ทองทิพย์* 434
- ประสิทธิผลของโปรแกรมกายภาพบำบัดในศูนย์ฟื้นฟูชุมชนแม่ลาวต่อการลดการใช้ยา NSAIDs ในผู้สูงอายุโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ *นพณัช บุญสุข* 446
- การพัฒนาระบบนัดและแนวทางเตรียมผู้ป่วยก่อนตรวจสมรรถภาพปอดโรงพยาบาลพาน *พีรพรรณ ทองโรจน์* 457
- การศึกษาผลการบริบาลทางเภสัชกรรม การจัดส่งยาทางไปรษณีย์ (Drug Delivery Address) ร่วมกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ *พัชรพร จันต๊ะขัติ* 458
- ผลของการใช้สื่อออนไลน์ในการรักษาทางไกลสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย *กฤติกา ชนประชา* 467
- การพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาวะคนทำงานอย่างมีส่วนร่วมในสถานประกอบการ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย *วิภาดา สิกขาจารย์* 471
- การศึกษาการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในการดำเนินงานบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เขตอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย *นพมาศ ยอดวงศ์* 483
- การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระยะเวลารอคอยในการรับยาของผู้ป่วย ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ *อาภากร สุภาศรี* 394
- การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ *ณิชาภา มณีรัตน์* 505

สารบัญ (ต่อ)

หน้าที่

การนำเสนอผลงาน นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์

- การคุมกำเนิด Easy Plan วางแผนง่าย ใช้ได้ทุกวัย *สมปรารถนา วอง* 509
- ถุงผ้าแทนใจ Holistic Care Bag *ศุภพิชญ์ เสนาวงศ์* 514
- Smart NCD Booklet: สมุดสุขภาพอัจฉริยะเพื่อการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน *เปียทิพย์ ชัยมณี* 517
- “เพราะคุณคือ ดวงใจของเขา” กำลังใจถึงผู้ดูแลผู้ป่วย *เบญจมัย พลสารัตน์* 521
- แอปพลิเคชั่น Fit For Fun *ธัญญลักษณ์ ปันตั้น* 527
- ยายจ๋า บอกหนูให้รู้ว่าปวดแค่ไหน *ธัณยพร บัวคำ* 532
- วงล้อ PEWS score ใช้ง่ายประเมินไว *ศุภาพิชญ์ ศรีธินนท์ บัณฑิตา วงค์งาม* 535
- การเก็บสายเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG Reduce time) *นิภา อนุลม* 544
- Chiangkhong health plus AI chatbots Gouty *รพีพร โนจิตร* 549
- เสาอเนกประสงค์ศูนย์บาท *จิตรทิวา จางโย่* 556
- Elderly Comfort Chair สำหรับผู้ป่วยสูงอายุ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย *ชนาพร ยองเพชร* 558
- กดปุ๊บ ดังปั๊บ ช่วยเหลือทันที *ณัฐพงศ์ ไชยรัตน์* 565
- ไซริงค์ มหัศจรรย์ (Amazing syringe) *ภัณฑิรา บุตรดี* 569
- สื่อรัก สื่อสัมพันธ์ *สุกัลยา จันทาพูน* 573
- Din Think: ชุดฝึกกระบวนการรู้คิดผ่านการตอบสนองต่อภาพและสี *หฤทัย เพ็ชรวิเศษ* 578
- ขาตั้งใส่ใจ *พิมผกา คำเพียร* 580
- Robot บันทึกข้อมูล Hospital XP *อภิชาติ เตชะอัตตกุล* 584
- แอปพลิเคชันวางแผนและติดตามการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง: COC Maelao *จุมพล พันธ์ลำและวิภาดา พรหมสอน* 592
- รถบล็อกวิสัญญี *วทัญญู สุตะวงค์* 596
- พอกเข่าสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุ *พัชรินทร์ มินทะนา* 601
- วงกลมวัดองศาไหล่ติด *ลัดดาวัลย์ สมปันวัง* 607
- TAMC (Tag Alert Medicine Cart) สำหรับห้องฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย *พิชญ์ภิญญาณ์ เรืองกิจการ* 614
- แอปพลิเคชั่นเพื่อตรวจเช็คปริมาณคงคลังประจำเดือนของคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลแม่จัน : MCH app stock *เบญจมาพร ชุ่มเย็น* 616
- แดชบอร์ด Power BI เพื่อการติดตามกิจกรรมและงบประมาณห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD) *วรภพ ดีอิทธิกุล* 621

สารบัญ (ต่อ)

หน้าที่

- คืนเส้นผม ด้วยศาสตร์การฝังเข็ม *เพ็ญพิชชา เมืองจั่น* 624
- MOVE-MOUTH ปากกล้า กลืนดี ชีวีเป็นสุข *กาญจนา เชื้อเมืองพาน* 629
- แผ่นพับสุขศึกษาเสริมพลังความรู้ ผู้ป่วยฟอกเลือดปลอดภัย ใส่ใจตนเอง *ธณัยนันย์ กัลยา* 638
- Kidney Care Connect เชื่อมต่อสุขภาพไต ใกล้ชิดทุกช่วงเวลา *ธณัยนันย์ กัลยา* 642
- T-Health Dialysis Diary บันทึกสุขภาพไต สไตล์ รพ.เทิง *ธณัยนันย์ กัลยา* 647
- แผ่นประคบสรรพยาลดอาการปวดส้นเท้า *อรณิช หมื่อโป* 653
- น้องจริงใจใส่ใจเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าในเด็ก *พิพัฒน์ เคนทรภักดิ์* 657
- Personal AI Health Assistant “AI โค้ชด้านสุขภาพติดตัวบนมือถือ ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ส่งเสริม-ป้องกัน-รักษา-ฟื้นฟู สร้างสุขภาพดีในทุกช่วงชีวิตรสำหรับชีวิตรเสมอแบบครบวงจร” *วุฒิชัย ก้อนแปง* 663
- แปรงช่วยใจ-ใส่ใจเพื่อผู้ไร้กำลัง *ธิวาพร มงคลแดง* 665

การนำเสนอผลงาน นวัตกรรมเชิงระบบ

- ระบบบริหารจัดการอุปกรณ์ออนไลน์แบบบูรณาการ: การพัฒนาแพลตฟอร์มด้วย AI และ RFID เพื่อการยืม-คืนและแจ้งเตือนอัตโนมัติ *วุฒิชัย ก้อนแปง* 673
- กายภาพบำบัดสัญจร *พิมลพรรณ พรหมบ้านสังข์* 675
- ส่งสุขถึงบ้าน พัฒนาระบบจัดส่งยาให้ผู้ป่วย NCD แบบไร้รอยต่อ *เปียทิพย์ ชัยมณี* 678
- บริจาคโลหิตอย่างปลอดภัย เทคนิคการแพทย์ไทยใส่ใจวิชาการ (Please scan me) *เฉลิมณุวัตร เสมอใจ* 680
- วิกฤติสร้างโอกาสพัฒนา *ดวงดาว เตชะนันท์* 684
- โปรแกรมบูรณาการเพื่อเสริมพลังใจ ลดการตีตรา เพิ่มคุณภาพการรักษาในผู้ติดเชื้อ HIV” (โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย) *สุรัสวดี เกาฏีระ* 687
- นับคาร์บ station *กฤษฎา มั่นกุง* 695
- การพัฒนาระบบการส่งตรวจ CD4 count และ HIV Viral load ในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV *ชนากานต์ คนขยัน* 700
- ส่องตาเบาหวาน มาตรฐานการดูแล *สุวรี ยามี* 704
- การออกแบบระบบการส่งต่อข้อมูลและติดตามผู้ป่วย IMC ของโรงพยาบาลแม่สรวย *ณรงค์ อวดเหลี้ยม* 710
- Smart NEWS2 *กุลณัฐ ไชยสี* 712
- การพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจหาเชื้อแบคทีเรียด้วยวิธี Gram stain จากตัวอย่าง Hemoculture ในกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลเทิง พ.ศ.2568 *พิชามญชุ์ บุญสุระ* 720

สารบัญ (ต่อ)

หน้าที่

- การประยุกต์ใช้เทคนิคทางจิตวิทยาช่วยลดจัดยาคลาดเคลื่อนห้องยา OPD และ NCD 728
  อดิศร มุขมณี
- การพัฒนารูปแบบการป้องกันดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีแผลกดทับ 730
  อานนท์ สุทธคุณ
- การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด(SSI) และการป้องกันการผ่าตัดผิดพลาด โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย *จิราพร มณีรัตน์* 733
- การพัฒนาระบบดูแล ป้องกัน และเสริมพลังวัยใส ป้องการตั้งครรภ์ซ้ำในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย : CARE TEEN MODEL *พัชราภรณ์ มาลารัตน์* 737
- ผลของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดูแลและติดตามผู้ป่วยใน ระบบการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย *จิตรลดา สมรัตน์* 744
- ระบบจัดเก็บ ติดตาม และควบคุมวัสดุห้องปฏิบัติการ ด้วยเทคโนโลยี 749
  กรรณิการ์ ใจเงิน และนันทพร บุญกอง
- "Smart Tool Flow" ระบบยืม-คืน-จองคิว อุปกรณ์ยุคใหม่จากกระดาษสู่ดิจิทัลเพื่อคุณภาพบริการและลดภาระงาน *ถิรเดช ศรีชัย* 756
- ระบบแจ้งเตือนปฏิทินการทำงานผ่าน Line *ชนิกานต์ คำมาเร็ว* 764
- วัดดูแล: พื้นที่ศรัทธา พัฒนาสุขภาพ ณ วัดเชื้อเจ็ดตน อำเภอแม่จัน *ศรัณยู มงคล* 766
- คลินิกวัคซีนผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ แบบครบวงจร *นงคราญ ปราณพานิชกิจ* 772
- ผลของการพัฒนาระบบ IMC Dashboard ต่อประสิทธิภาพการติดตามข้อมูลการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง *ศรัณยู มงคล* 778
- Smart Admission: การยกระดับบริการการจองออนไลน์ *เบญจมาศ ยอดคำ* 784
- การพัฒนารูปแบบการสื่อสารรับส่งเวร เพื่อการดูแลผู้คลอดโดยใช้ Lean management งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลแม่สาย *กันติชา บัตรรัมย์* 793
- การพัฒนาระบบการยืนยันเข้ารับบริการ New Authen Code โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย *วิไลพร กันตรีสมบัติ* 797
- การพัฒนาระบบบริหารจัดการเบิกจ่ายยาทางวิสัญญี หน่วยงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลแม่สาย *วทัญญู สุตะวงค์* 802
- การพัฒนาการบริการตรวจไทรอยด์ที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็วอย่างต่อเนื่องร่วมกับเกณฑ์การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล(Rational Lab Use, RLU) 807
  ชัยสิทธิ์ สุวรรณจักษ์
- การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อเป็นฐานข้อมูล และระบบนำทาง ด้วยดาวเทียม GPS ของผู้ป่วยกลุ่มฟื้นฟูระยะกลาง IMC (PT Application) *ภัทรลักษณ์ อิ่นคำ* 811
- ปรับนิด สะกิดหน่อย ไม่ปล่อยให้เกิด Phlebitis *มรกต สิทธิขันแก้ว* 816

สารบัญ (ต่อ)

หน้าที่

- การตรวจสอบเครื่องมือผ่าน QR code งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลแม่สาย *วิไลพร คิดอ่าน* 820
- การพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์มิใช่ยา (วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์) อย่างมีประสิทธิภาพของโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย *มัณฑนา บุศย์เมือง* 824
- การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ *นิภาวดี แก้วคำมี* 826
- “ปลอดภัยไว้ก่อน ทุกครั้งที่ลงมือ” การป้องกันการบาดเจ็บของช่างทำขาเทียมโดยการส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล โรงพยาบาล แม่ลาว *เกียรติศักดิ์ ดวงสุวรรณ์* 834
- ระบบตรวจสอบสถานะเพื่อติดตามการส่งแผนปฏิบัติราชการและโครงการของโรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย *ศราวุธ ชัยรัตน์* 838
- การพัฒนาระบบแจ้งเตือนผลตรวจเชื้อก่อโรคทางเดินหายใจผ่านแอปพลิเคชัน LINE official (Line OA) *ภิรนันท์ ศรีธิ* 840
- การพัฒนาแนวทางการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลพญาเม็งราย *ศศิภา เวียงโอสถ* 846
- การเพิ่มประสิทธิภาพการจัดทำแผนปฏิบัติราชการ โรงพยาบาลพญาเม็งราย *จุฬาลักษณ์ จันทร์หอม* 853
- การพัฒนาระบบการคัดกรองและจัดบริการดูแลผู้มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง *จิตรลดา ดีอิทธิกุล* 865
- การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ด้วยระบบดิจิทัลผ่าน QR CODE เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ *ช่อทิพย์ คูหา* 870
- Check Alert ลดยา Expired ณ.จุดบริการห้องยา *ลัดดาวรรณ เชื่อนศิริ* 874
- การออกแบบโปรแกรมออกกำลังกายสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลแม่สรวย *อินทิพร เผ่ากันทะ* 880
- การพัฒนาระบบการจัดส่งยาจิตเวชให้ผู้ป่วยที่บ้าน *เจตษรินทร์ ดาวสมบูรณ์* 885
- ระบบบันทึกข้อมูลการรักษาไวรัสตับอักเสบบีและซีที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก *ธงชัย ตั้งจิตต์* 889
- การพัฒนาการประเมินความเสี่ยงในการผ่าตัดฟันกรามแท้ซี่ที่สามล่างฝังคุด เพื่อลดอัตราการเกิดอาการชาหลังการรักษา *พันพัสส์ ปาระมี* 895
- การพัฒนาระบบการจองตรวจรักษาผ่านแอปพลิเคชัน หมอพร้อม *อัทธเมศร์ ไชยกมลอนันต์* 901
- อสม.เวียงชัยร่วมใจ ดูแลช่องปากผู้สูงวัยถึงบ้าน (ระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยใช้ อสม. คัดกรองสุขภาพช่องปากในชุมชน ร่วมกับ ทันตบุคลากรเยี่ยมบ้าน) *เพ็ญจิรา วงศ์ปลูกแก้ว* 905
- ChiangRai Heart Smart *วิไลพรรณ เลขผสม* 909

สารบัญ (ต่อ)

หน้าที่

- 21 วันชวนกันนับคาร์บ *ขนิษฐา เชื้อเมืองพาน* 911
- การพัฒนาโปรแกรม Disability Automation *แพรวไพรรินทร์ จันต๊ะขัติ* 917
- การพัฒนาระบบห้องปลอดฝุ่นในสถานพยาบาล *ฉันทพิชญา พิกุล* 924
- Chiangrai Remission Platform (CrRP) *ปฐมพร อ้วนวุฒิ* 931
- การพัฒนาการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลพาน *กิติชัย พงศ์วรินทร์* 937

การนำเสนอผลงานวีดีโอ TikTok

- Healthy Staff = Happy Patients พนักงานสุขภาพดี = คนไข้มีความสุข *จุฑามาศ คำหล้า* 942
- สุขภาพดี.. ไม่มีพรมแดน (Good Health Knows No Borders) *สุชาดา ลำพูน* 943
- ตรวจก่อน รู้ก่อน ป้องกันได้ (Lab NCDs) *สุนีย์นุช งามสม* 944
- โรคที่มากับหน้าฝน *สุวรรณี ทิพย์โชติ* 945
- สุขภาพดีที่เวียงชัย ห่างไกล NCDs *พัชรินทร์ อารีย์ และ กฤษณะ พรชัย* 946
- HPV Self Test ตรวจมะเร็งปากมดลูกเองได้ง่ายไม่ต้องอายหมอ *กิตติชัย ปัญญาวรรณ์* 947
- เริ่มวันนี้ ชีวิตห่างไกล NCDs *วรรณิภา เกษวิริยะการ* 948
- ป้องกันโรค NCDs อัทธเมศร์ ไชยกมลอนันต์ 949
- Stop มะเร็งปากมดลูก Start HPV Self Sam Pling *ธัญญลักษณ์ ปันตั๋น* 950
- ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลแม่ลาว เชื่อมโยงเครือข่ายห้องปฏิบัติการเชียงราย มุ่งส่งเสริมสุขภาพประชาชน ปลอดภัยจากโรคไม่ติดต่อ *มัณฑนา บุศย์เมือง* 951
- บริษัท NCDs จำกัด! *ภัทรียา วรรณสอน* 952
- เสียงจากหัวใจ ชีวิตใหม่ ห่างไกลยาเสพติด *ภูวสิษฏ์ โปราหา* 953
- โรคเรื้อรังยอดฮิต4โรค รู้ไว้ ป้องกันได้ *อัจฉรา ทะระมา* 954
- You Are What You Eat กินดี ชีวีปลอดโรคทุกคำที่คุณกิน คือทางเลือกของสุขภาพคุณ *จิตติมา วุฒิอิ่น* 955
- "วิถีสุขภาพเชียงราย 4 เคล็ดลับง่ายๆ ห่างไกล NCDs" *รุ้งลาวัลย์ กาวิละ* 956
- รู้เร็ว ดูแลไว ห่างไกล โรคเบาหวาน-ความดัน *อรทัย บุญมี* 957
- รู้ทันสิ่งเร้า เข้าใจปอดอุดกั้นเรื้อรัง *วิรัชฎา วงค์คำ* 958
- เบาหวานคุมได้ ห่างไกลภัยเงียบ *เพ็ญพิมพ์ สารบรรณ* 959
- INR ขึ้นลงไม่แน่นอน ยาที่คุณต้องระวังเรื่องอาหาร *พิมพร ใจเติม* 960
- ไขมันตัวร้าย กำจัดไปก่อนเกิดโรค *ธรรมจารี แก้ววงค์วาน* 961
- เชียงรายชีวิตดี๊ดี ถ้าไม่มี NCDs: ปรับไลฟ์สไตล์วันนี้ เพื่ออนาคตที่มีสุข *ดอกพิกุล ทองผุย* 962
- นับคาร์บสุขภาพดี วิถีใหม่ *นรีกานต์ แซ่หวัง* 963

สารบัญ (ต่อ)

หน้าที่

- รู้เท่าทัน ชาวเชียงรายห่างไกล NCDs *ปริชญา มณฑนม* 964
- ดูแลด้วยหัวใจ ห่างไกลยาเสพติดและโรค NCD *สุคนทิพย์ เรือนสิทธิ์* 965
- ลุงชัยพิชิตโรค Ncds *กนกพิชญ์ แต้มรู้* 966
- ชราบาลเวียงชัย สุขกาย สบายใจ ห่างไกลสมองเสื่อม เข่าเสื่อม *นัชรา ชาวเชียววงศ์* 967
- ติดอาวุธผู้พิการทางสายตา สู่ชีวิตอิสระ *สุดา ช่างฟ้อน* 968
- ผู้หญิงทุกคนควรรู้!วิธีตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตัวเอง ง่าย ปลอดภัย ทำได้ที่บ้าน *ชยุตา สาตราคม* 968
- หนึ่งคืน...กับชีวิตที่เปลี่ยนไปตลอดกาล *อนุชา อินต๊ะเนตร* 969
- นับคาร์บง่ายๆ เสริมสร้างสุขภาพดี พิชิตโรค NCDs *กันยารัตน์ คีลาวงค์* 970
- คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และญาติที่เข้ามารับการรักษาในห้องพิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน *ณัฐพร พรสวรรค์* 971
- นักประชาสัมพันธ์สาว ชาวลาหู่ *สุวิมล แก้วประสิทธิ์* 972
- กินไปเหอะ...ชีวิตมันสั้น *หทัยทิพย์ มโนวงศ์* 973
- ยินดีต้อนรับสู่ห้องไตเทียมโรงพยาบาลเทิง *อรวี แสนโสภา* 974
- สั้นปุ๊บ หนีปั๊บ รอดชัวร์ *ปฐมวดี พลนา* 975
- สรรสร้าง AI ห่างไกล NCDs *อนุชา ซอนสุข* 976
- NCDs ตัวร้ายยย *มัณฑนา บุศย์เมือง* 977
- เจอหมอผ่าน Telemedicine ประหยัดเงิน ประหยัดเวลา *สุวรี ยามี* 978
- "แซ่บได้แต่ต้องไม่ป่วย เด็กไทยห่างไกล NCDs" *วนิชธิชา อุ่นกันทา* 979
- ลดเค็ม ลดโรค *เพ็ญนภา สมสนิท* 980

ภาคผนวก

- คำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษาและคณะกรรมการอำนวยการการประชุมวิชาการ นำเสนอผลงาน นวัตกรรม บุคลากรสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ประจำปี 2568
- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานจัดการประชุมวิชาการ นำเสนอผลงาน นวัตกรรม บุคลากรสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ประจำปี 2568

กำหนดการประชุมวิชาการ
นำเสนอผลงานและนวัตกรรม บุคลากรสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย ครั้งที่ 10 ประจำปี 2568
“สานพลัง สร้างการเรียนรู้ มุ่งสู่สุขภาวะ”
หัวข้อ Healthy Chiang Rai Lifestyle Beyond NCDs : ชาวเชียงรายสุขภาพดี วิถีใหม่ห่างไกล NCDs
วันที่ 24-25 กรกฎาคม 2568 ณ หอประชุมสวนอาหารเอกโอชา จังหวัดเชียงราย

วันที่ 24 กรกฎาคม 2568

08.30-09.30 น. ลงทะเบียน

09.30-12.00 น. การประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมในการจัดประชุมวิชาการฯ
การประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมคณะกรรมการผู้วิพากษ์ผลงานวิชาการ

12.00-13.00 น. รับประทานอาหารกลางวัน

13.00-16.30 น. การประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมในการจัดประชุมวิชาการฯ (ต่อ)
รับลงทะเบียนและติดตั้งผลงานวิชาการแต่ละประเภท
- งานวิจัยการนำเสนอด้วยโปสเตอร์
- งานประจำสู่งานวิจัย (R2R) การนำเสนอด้วยโปสเตอร์
- นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์และนวัตกรรมเชิงระบบ
- คลิป TikTok
- งานประจำสู่งานวิจัย (R2R) การนำเสนอด้วยวาจา
- งานวิจัย การนำเสนอด้วยวาจา

วันที่ 25 กรกฎาคม 2568

08.30-09.00 น. ลงทะเบียนผู้เข้าร่วมการประชุมวิชาการและการนำเสนอผลงานวิชาการ

09.00-09.30 น. พิธีเปิดการประชุมวิชาการ นำเสนอผลงานและนวัตกรรม บุคลากรสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย ครั้งที่ 10 ประจำปี 2568
การกล่าวรายงาน
โดย นายสมบูรณ์ สุภาอิน
อุปนายกสมาคมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย จังหวัดเชียงราย
พร้อมด้วยผู้บริหารสมาคมฯ และ ผู้บริหาร สสจ. จังหวัดเชียงราย
กล่าวเปิด
โดย นายเอกชัย คำลือ
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
ถ่ายภาพที่ระลึก (ผู้มีเกียรติ/ผู้บริหาร สสจ/ผู้บริหาร รพศ.-รพช/ ผู้บริหาร สสอ.)
พิธีมอบโล่และประกาศเกียรติคุณเชิดชูเกียรติให้แก่หน่วยงาน/บุคลากรสาธารณสุข ที่มีผลการดำเนินงานที่มีความโดดเด่น ของ สมาคมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย จังหวัดเชียงราย

09.30 - 11.00 น. การบรรยายพิเศษ “Fit for Health: บุคลากรสาธารณสุขยุคใหม่ ห่างไกล NCDs”
โดย ดร.เทวินทร์ วารีศรี
นักโภชนาการชำนาญการ (ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี)

11.00 -12.00 น.	การนำเสนอผลงานวิชาการ
ห้องประชุมคำแดง	การนำเสนอผลงานวิจัยด้วยวาจา (Oral presentation) กลุ่มที่ 1
ห้องประชุมแอร์ใหญ่	การนำเสนองานวิจัยด้วยวาจา (Oral presentation) กลุ่มที่ 2
ห้องประชุมแอร์เล็ก	การนำเสนอผลงานประจำสู่งานวิจัยด้วยวาจา (Oral presentation)
อาคารหอประชุมใหญ่	การนำเสนอผลงานวิจัยด้วยโปสเตอร์ (Poster presentation)
	การนำเสนอผลงานประจำสู่งานวิจัยด้วยโปสเตอร์ (Poster presentation)
	การนำเสนอผลงานนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์
	การนำเสนอผลงานนวัตกรรมเชิงระบบ
	การนำเสนอคลิป TikTok
12.00-13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน
13.00-15.30 น.	
ห้องประชุมคำแดง	การนำเสนอผลงานวิจัยด้วยวาจา (Oral presentation) กลุ่มที่ 1 (ต่อ)
ห้องประชุมแอร์ใหญ่	การนำเสนองานวิจัยด้วยวาจา (Oral presentation) กลุ่มที่ 2 (ต่อ)
ห้องประชุมแอร์เล็ก	การนำเสนอผลงานประจำสู่งานวิจัยด้วยวาจา (Oral presentation) (ต่อ)
อาคารหอประชุมใหญ่	การนำเสนอผลงานวิจัยด้วยโปสเตอร์ (Poster presentation) (ต่อ)
	การนำเสนอผลงานประจำสู่งานวิจัยด้วยโปสเตอร์ (Poster presentation) (ต่อ)
	การนำเสนอผลงานนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ (ต่อ)
	การนำเสนอผลงานนวัตกรรมเชิงระบบ (ต่อ)
15.30-16.30 น.	พิธีการมอบรางวัลผลงานวิชาการชนะเลิศ รองอันดับ 1,2 ตามลำดับในการนำเสนอผลงานวิชาการ โดย นายเอกชัย คำลือ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
16.30 น.	พิธีปิดการประชุมวิชาการฯ ประจำปี 2568
หมายเหตุ	- รับประทานอาหารว่างเช้า-บ่าย เวลา 10.30-10.45 และเวลา 14.45-15.00 น. - กำหนดการอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม
การแต่งกาย	เสื้อโครงการแสงนำใจไทยทั้งชาติ เดิน วิ่ง ปั่น ป้องกันอัมพาต ครั้งที่ 9 หรือ 10 หรือโทนสีเหลือง

การประชุมวิชาการ
นำเสนอผลงาน นวัตกรรม บุคลากรสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ครั้งที่ 10 ประจำปี 2568
ภายใต้หัวข้อ "สานพลัง สร้างการเรียนรู้ มุ่งสู่สุขภาวะ"
วันที่ 24-25 กรกฎาคม 2568
ณ สวนอาหารเอกโอชา จังหวัดเชียงราย

ความเป็นมา

การประชุมวิชาการในครั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายได้จัดขึ้น เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสหสาขาวิชาชีพทุกระดับ เปิดโอกาสให้บุคลากรสาธารณสุข ได้นำเสนอผลงานวิชาการสู่สาธารณะและเสริมสร้างบรรยากาศการทำผลงานวิชาการ เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนผลงานข้อมูลงานวิชาการ ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดเชียงรายและเครือข่ายสุขภาพ และเป็นช่องทางในการนำผลการวิชาการไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาทางด้านสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อรวบรวมและเผยแพร่ผลงานวิชาการทางด้านการดูแลสุขภาวะสู่สาธารณะ
2. เพื่อจัดเวทีให้บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดเชียงราย ได้นำเสนอผลงานวิชาการ สู่สาธารณะ
3. เพื่อเสริมสร้างบรรยากาศการวิจัยและเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนผลงานและข้อมูลการวิจัย ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดเชียงรายและเครือข่ายสุขภาพ
4. เพื่อเป็นช่องทางในการนำผลงานวิชาการไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาทางด้านสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่

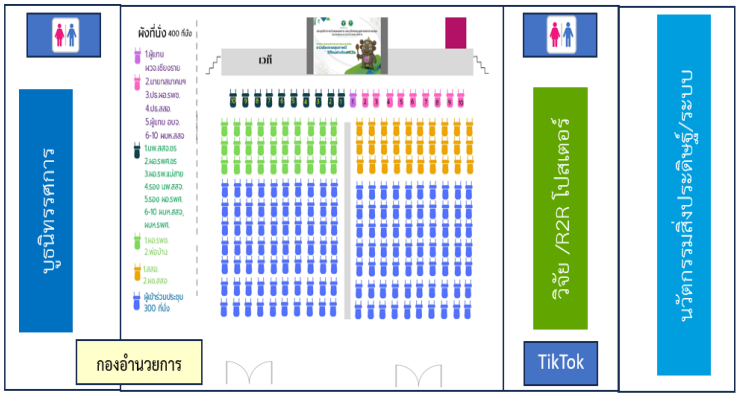
รูปแบบการประชุมวิชาการ

1. การบรรยายพิเศษ โดยวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ
2. การนำเสนอผลงานด้วยวาจา
3. การนำเสนอผลงานด้วยโปสเตอร์
4. การนำเสนอผลงานนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์และเชิงระบบ
5. การนำเสนอคลิปวีดีโอ TikTok

การนำเสนอผลงาน

1. การนำเสนอผลงานด้วยวาจา
   นำเสนอโดย Power point ใช้เวลาในการนำเสนอ 10 นาที วิพากษ์ 5 นาที รวมเป็น 15 นาที
2. การนำเสนอผลงานด้วยโปสเตอร์
   นำเสนอโดยโปสเตอร์ขนาด กว้าง 80 เซนติเมตร ยาว 180 เซนติเมตร นำเสนอผลงานละ 5 นาที
3. การนำเสนอผลงานนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์และเชิงระบบ
   นำเสนอโดยโปสเตอร์ กว้าง 80 เซนติเมตร ยาว 180 เซนติเมตร พร้อมชิ้นงานสิ่งประดิษฐ์ นำเสนอผลงานละ 5 นาที (ระยะเวลาอาจปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม)

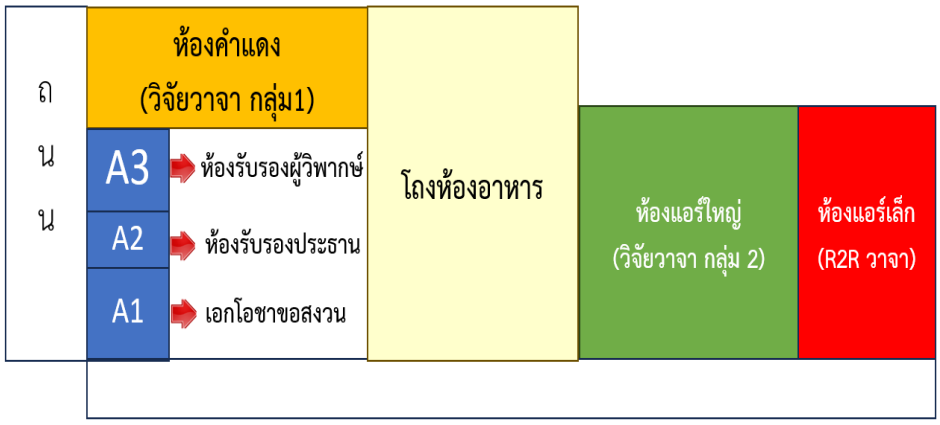
ผังสถานที่การนำเสนอผลงานการประชุมวิชาการ
นำเสนอผลงาน นวัตกรรม บุคลากรสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ครั้งที่ 10 ประจำปี 2568



ห้องประชุมใหญ่ STAR HALL
- การนำเสนอผลงานด้วยโปสเตอร์ งานวิจัย และ R2R
- การนำเสนอนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ / เชิงระบบ
- การแสดงบูธนิทรรศการ
- การนำเสนอ TikTok
- กองอำนวยการ

ห้องประชุมคำแดง การนำเสนอผลงานวิจัยด้วยวาจา กลุ่ม 1
ห้องแอร์ใหญ่ การนำเสนอผลงานวิจัยด้วยวาจา กลุ่ม 2
ห้องแอร์เล็ก การนำเสนอผลงาน R2R ด้วยวาจา

ลานจอดรถ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิวิพากษ์ผลงานวิชาการ

การนำเสนอผลงานด้วยวาจา (Oral presentation) งานวิจัย กลุ่มที่ 1

1. นางขจีรัตน์ บุญวิวัฒนาการ	ผู้ทรงคุณวุฒิ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิษณุรักษ์ กันทวี	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
3. ดร.สำราญ เชื้อเมืองพาน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

การนำเสนอผลงานด้วยวาจา (Oral presentation) งานวิจัย กลุ่มที่ 2

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชยพล ศิรินิยมชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อภิชาติ ใจใหม่	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภมรศรี อินทร์ชน	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

การนำเสนอผลงานด้วยโปสเตอร์ (Poster presentation) งานวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภาพร อุตสาหะ	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
2. อาจารย์อารีย์ จอแย	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.สุนทรี สุรัตน์	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

การนำเสนอผลงานด้วยวาจา (Oral presentation) งานประจำสู่งานวิจัย (R2R)

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฐิติมา ทาสุวรรณอินทร์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.พัชรินทร์ เงินทอง	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
3. ดร.อนุพงษ์ พูลพร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

การนำเสนอผลงานด้วยโปสเตอร์ (Poster presentation) งานประจำสู่งานวิจัย (R2R)

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นริศรา ใคร้ศรี	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.พีรดนย์ ศรีจันทร์	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
3. ทันตแพทย์หญิงกานต์สุดา อินทจักร์	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

การนำเสนอนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ กลุ่มที่ 1

1. อาจารย์สายฝน สุภาศรี	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
2. นางอุษา พุทธพงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เทศบาลนครเชียงราย
3. นายวิสูตร์ เสน่หา	สาธารณสุขอำเภอแม่สรวย

การนำเสนอนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ กลุ่มที่ 2

1. ดร.สิรินันท์ สุวรรณาภรณ์	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
2. อาจารย์ดุษฎี ก้อนอาทร	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
3. นายคมกฤต ก้อนแก้ว	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสองพี่น้อง องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย

การนำเสนอนวัตกรรมเชิงระบบ กลุ่มที่ 1

1. อาจารย์อนัญญา อยู่สวัสดิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
2. นางอุไรวรรณ ชัยมินทร์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

การนำเสนอนวัตกรรมเชิงระบบ กลุ่มที่ 2

1. ดร.ฐาปกรณ์ เรือนใจ — สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
2. อาจารย์พรรณี ไชยวงศ์ — คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

การนำเสนอนวัตกรรมเชิงระบบ กลุ่มที่ 3

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิลาสินี วงษ์นุช — สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
2. นายแพทย์รัฐกานต์ ปาระมี — นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

การนำเสนอผลงานวิชาการ ประเภทคลิปวีดีโอ TikTok

1. นายนิธินัย ไชยแก้ว — เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาชำนาญงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
2. นายภัคศรันย์ นามคุณาปกรณ์ — นักประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
3. นายฟารุต สมัครไทย — นักวาดภาพและนักเขียนอิสระ

กำหนดการนำเสนอผลงานวิจัยด้วยวาจา
(Oral Presentation)

การนำเสนอผลงานวิจัย ด้วยวาจา (Oral Presentation) กลุ่มที่ 1
กลุ่มผลงานวิจัยเชิงพัฒนา และการสำรวจเพื่อยกระดับระบบบริการสุขภาพ
(Developmental and Survey Research)
วันที่ 25 กรกฎาคม 2568 ณ ห้องประชุมคำแดง

วิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ : 1. นางขจีรัตน์ บุญวิวัฒนาการ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.พิษณุรักษ์ กันทวี
3. ดร.สำราญ เชื้อเมืองพาน

ผู้ดำเนินรายการ : 1. นายณฐกร เพ็งพ่วง
2. นางมัตติกา ปิงเมือง

ผู้จับเวลา : นายทินวัฒน์ ยศชูสกุล

ผู้ประสานงาน : 1. นายศุภฤกษ์ กุณราชา
2. นางนันทิตา กุณราชา

เวลา	รหัส	ผลงาน	ชื่อ - สกุล	หน่วยงาน
11.00-11.15 น.	OA101	การพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ	กรรณกนก กิตติธีรานุรักษ์	โรงพยาบาลแม่จัน
11.15-11.30 น.	OA102	การคงอยู่ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของข้าราชการทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย	เพชรรัตน์ ภัทรนุกูลกิจ	โรงพยาบาลขุนตาล
11.30-11.45 น.	OA103	การพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ยาโดยใช้ ABC-VEN matrix โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย	พิศศุภร ริ้วสุวรรณ	โรงพยาบาลแม่สรวย
11.45-12.00 น	OA104	ผลของการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูงงานการพยาบาล ผู้ป่วยหนัก กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย	วิภาวี วอง	โรงพยาบาลแม่สาย
พักรับประทานอาหารกลางวัน				
13.00-13.15 น.	OA105	การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง จังหวัดเชียงราย	รุจิรา แสนดี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
13.15-13..30 น.	OA106	ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กรของบุคลากรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย	วิไลลักษณ์ อินหลาน	โรงพยาบาลแม่จัน

เวลา	รหัส	ผลงาน	ชื่อ - สกุล	หน่วยงาน
13.30 13.45 น.	OA107	การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงราย	สรัญ อินตะวัน	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย
13.45-14.00 น.	OA108	การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย	เสาวลักษณ์ สิริลักษณ์	โรงพยาบาลเทิง
14.00-14.15 น.	OA109	การพัฒนาระบบเฝ้าระวังด้วยตนเองเพื่อป้องกันการเกิด Metformin-Associated Lactic Acidosis (MALA) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา Metformin โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร	สมศุกร์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา	โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร
14.15-14.30 น.	OA110	การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย	ณรงค์ศักดิ์ วันดี	โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง
14.30-15.30 น.	มอบใบประกาศนียบัตร วิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิประชุมพิจารณาคัดเลือกผลงานวิชาการ			

หมายเหตุ : รหัส OA101, OA105 และ OA108 ได้รับการคัดเลือกให้เผยแพร่ในวารสาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ฉบับเดือน ฉบับที่ 2/2568 (พฤษภาคม–สิงหาคม2568)

การนำเสนอผลงานวิจัย ด้วยวาจา (Oral Presentation) กลุ่มที่ 2
กลุ่มผลงานวิจัยเชิงนวัตกรรมเพื่อการทดลองใช้ (Innovative Intervention)
วันที่ 25 กรกฎาคม 2568 ณ ห้องประชุมแอร์ใหญ่

วิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ : 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชยพล ศิรินิยมชัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อภิชาติ ใจใหม่
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภมรศรี อินทร์ชน

ผู้ดำเนินรายการ : 1. นายพงษ์ศธร แก้วพลิก
2. นางสาวธัญณ์วรัตศ์ หมื่นตื้อ

ผู้จับเวลา : นายจีระศักดิ์ ฝึกฝน

ผู้ประสานงาน : 1. นางคณาลักษณ์ เตชะวงศ์
2. นางสาวชนิกานต์ คำมาเร็ว

เวลา	รหัส	ผลงาน	ชื่อ - สกุล	หน่วยงาน
11.00-11.15 น.	OA201	ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย ปีงบประมาณ 2568	จินตนา โสภา	โรงพยาบาลขุนตาล
11.15-11.30 น.	OA202	ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะความดันโลหิตสูง ในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะวิกฤต โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย	พิมพา วีระคำ	โรงพยาบาลแม่สาย
11.30-11.45 น.	OA203	ผลของการใช้บันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์สำหรับงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย	ศรีวรรณ กันติ๊บ	โรงพยาบาลแม่จัน
11.45-12.00 น	OA204	ผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อความรู้พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	วรัชยา รัตนะ	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
พักรับประทานอาหารกลางวัน				
13.00-13.15 น.	OA205	ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย	วราภรณ์ ปินจันทร์	โรงพยาบาลแม่จัน (ยกเลิกนำเสนอ)

เวลา	รหัส	ผลงาน	ชื่อ - สกุล	หน่วยงาน
13.15-13.30 น.	OA206	ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่สรวย	รุ่งธิวา แก้ววงค์	โรงพยาบาลแม่สรวย
13.30 13.45 น.	OA207	ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย	ถนอม มงคลผิวทอง	โรงพยาบาลแม่จัน
13.45-14.00 น.	OA208	ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง(DASH DIET)ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย	วิจิตรา มูลตรี	โรงพยาบาลดอยหลวง
14.00-14.15 น.	OA209	ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่มีต่อความเข้มแข็งทางใจภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย	อมรรัตน์ ปินคำ	โรงพยาบาลพญาเม็งราย
14.15-14.30 น.	OA210	ประเมินผลการใช้โปรแกรมระบบส่งต่อผู้ต้องขังพ้นโทษบริการปลายทาง DischargePlanPrisonerSystem(DPPS) ในการติดตามผู้ต้องขังพ้นโทษ จังหวัดเชียงราย	อุมารินทร์ วิลัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
14.30-14.45 น.	OA211	ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีอายุ 30-60 ปีในเขตพื้นที่ โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย	ชยุตา สาตราคม	โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง
14.30-15.30 น.	มอบใบประกาศนียบัตร วิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิประชุมพิจารณาคัดเลือกผลงานวิชาการ			

งานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ประเภทการนำเสนอด้วยวาจา
วันที่ 25 กรกฎาคม 2568 ณ ห้องประชุมแอร์เล็ก

วิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ : 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฐิติมา ทาสุวรรณอินทร์
2.. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.พัชรินทร์ เงินทอง
3. ดร.อนุพงษ์ พูลพร

ผู้ดำเนินรายการ : 1. นายสมพร ทองดี
2. นางสาวชมพูนุช มณีรัตน์

ผู้จับเวลา : นายกฤษดา ปาสำลี

ผู้ประสานงาน : 1. นายภูมิ คำชุ่ม
2. นายธีระ ฤทธิคุปต์

เวลา	รหัส	ผลงาน	ชื่อ - สกุล	หน่วยงาน
11.00-11.15 น.	OB001	การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน: การวิจัยเชิงปฏิบัติการในเครือข่ายสุขภาพอำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย	รักษณา ข่ายสุวรรณ	โรงพยาบาลแม่ลาว
11.15-11.30 น.	OB002	พัฒนาระบบการตรวจ Glucose Challenge Test (GCT) และ Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) เพื่อวินิจฉัยเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลแม่สรวย จ.เชียงราย ปี 2568-2569	นงคราญ กระธง	โรงพยาบาลแม่สรวย
11.30-11.45 น.	OB003	การศึกษาความสอดคล้องของการตรวจวิเคราะห์ตะกอนปัสสาวะด้วยวิธี Manual และวิธี Automated ในผู้ป่วยที่มีการส่งตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะของโรงพยาบาลแม่สรวย	วิมลรัตน์ สร้อยสุด	โรงพยาบาลแม่สรวย
11.45-12.00 น	OB004	ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งเสริมการเลิกบุหรี่เบ็ดเสร็จในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย	อำไพ ป้องคำ	โรงพยาบาลเทิง
พักรับประทานอาหารกลางวัน				

เวลา	รหัส	ผลงาน	ชื่อ - สกุล	หน่วยงาน
13.00-13.15 น.	OB005	แบบแผนความไวต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อแบคทีเรีย (antibiogram) ปี พ.ศ. 2565-2567 โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย และการนำไปใช้	วัชรพงศ์ แสงดาว	โรงพยาบาลแม่ลาว
13.15-13..30 น.	OB006	การพัฒนานวัตกรรมแผ่นกระดานรองหลังสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับบาดเจ็บทางศีรษะและกระดูกสันหลังรุ่นที่ 2 โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย	นิตยา ปราบภัย	โรงพยาบาลเทิง
13.30 13.45 น.	OB007	การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการให้ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยยืนยันป่วยเบาหวานรายใหม่ โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ	อุบล อุทธิยา	โรงพยาบาลเทิง
13.45-14.00 น.	OB008	การพัฒนารูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการจำหน่ายจากหอผู้ป่วย ผ่านระบบการให้บริการทางเภสัชกรรมทางไกล โรงพยาบาลเชียงแสน อ.เชียงแสน จ.เชียงราย	ภาวนา ใจระวัง	โรงพยาบาลเชียงแสน
14.00-14.15 น.	OB009	การพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มติดสารเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรง(SMI-V)ในศูนย์มินิ ธัญญารักษ์ โรงพยาบาลแม่ลาว	ธนรัชต์ พรสวรรค์ พิกุล ทองรักษ์	โรงพยาบาลแม่ลาว
14.15-14.30 น.	OB010	การพยาบาลผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนชนิดสูบ ในรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยในที่บ้าน (Home word) กรณีศึกษา: โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย	ภูวสิษฎ์ โปราหา	โรงพยาบาลแม่ลาว
14.30-15.00 น.	มอบใบประกาศนียบัตร วิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิประชุมพิจารณาคัดเลือกผลงานวิชาการ			

หมายเหตุ : รหัส OB006 ได้รับการคัดเลือกให้เผยแพร่ในวารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ฉบับที่ 2/2568 (พฤษภาคม–สิงหาคม2568)

กำหนดการนำเสนอผลงานด้วยโปสเตอร์
(Poster Presentation)

การนำเสนอผลงานวิจัย ด้วยโปสเตอร์
วันที่ 25 กรกฎาคม 2568 เวลา 11.00 – 15.00 น.
ณ ห้องประชุมใหญ่

วิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภาพร อุตสาหะ
2. อาจารย์อารีย์ จอแย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.สุนทรี สุรัตน์

ผู้ประสานงานวิทยากร นางสาวณประวีร์ สวัสดิ์

ผู้ประสานงาน
1. นายธนาณัติ ลุกลาม
2. นายกฤษณะ สืบสาร

รหัส	ผลงาน	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
PA001	ผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสู่บ้านในโรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย	สุนัน เมืองมูล	โรงพยาบาลเชียงแสน
PA002	การพัฒนาเทคนิคในการถ่ายภาพเอกซเรย์ช่องท้องระบบดิจิทัล เพื่อลดปริมาณรังสีที่ผิวผู้ป่วยได้รับ	สมศักดิ์ สนิท	โรงพยาบาลเชียงแสน
PA003	ผลการติดตามอุณหภูมิในระบบลูกโซ่ความเย็นจากบริษัทขนส่งเอกชนและเครือข่ายสุขภาพอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย	ณีรนุช ศรีจอมทอง	โรงพยาบาลแม่สาย
PA004	ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน	อิสรีย์ ช่างบุ	โรงพยาบาลเชียงแสน
PA005	การพัฒนารูปแบบการบริบาลเภสัชกรรมด้วยบริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคหอบหืด: กรณีศึกษาโรงพยาบาลเชียงแสน	พนิดา ชมบริสุทธิ์	โรงพยาบาลเชียงแสน
PA006	ประสิทธิผลของโปรแกรม KRAP ความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย	กิตติมศักดิ์ กาบจันทร์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ฟ้าหลวง
PA007	ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน	พัชรี มณีวงศ์	โรงพยาบาลเชียงแสน

รหัส	ผลงาน	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
PA008	การพัฒนารูปแบบสนับสนุนการจัดการสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ โรงพยาบาลพาน	เรวดี โค้วจิริยะพันธุ์	โรงพยาบาลพาน

หมายเหตุ : พักรับประทานอาหารกลางวันเวลา 12.00 - 13.00 น.

รหัส PA002 และ PA005 ได้รับการคัดเลือกให้เผยแพร่ในวารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ฉบับที่ 2/2568 (พฤษภาคม–สิงหาคม2568)

การนำเสนอผลงานงานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ประเภทโปสเตอร์
วันที่ 25 กรกฎาคม 2568 เวลา 11.00 – 15.00 น.
ณ ห้องประชุมใหญ่

วิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นริศรา ใคร้ศรี
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.พีรดนย์ ศรีจันทร์
3. ทันตแพทย์หญิงกานต์สุดา อินทจักร์

ผู้ประสานงานวิทยากร นายสุรัชพงฐ์ สนองญาติ

ผู้ประสานงาน
1. นายธนาณัติ ลุกลาม
2. นายกฤษณะ สืบสาร

รหัส	ผลงาน	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
PB001	ผลของนวัตกรรมกระเป๋าใส่ถุงปัสสาวะสะดวกดีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ	รักษณา ข่ายสุวรรณ	โรงพยาบาลแม่ลาว
PB002	วิเคราะห์ NCD remission service ของโรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ปี พ. ศ. 2567	ธรรมฬาวุฒิ ธรรมสิทธิ์	โรงพยาบาลแม่ลาว
PB003	ผลของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ระบบบริการ 3S (Self health Evaluation, Staff Rider Education, Smart Sytem)	กรรณิการ์ เรืองดี	โรงพยาบาลพาน
PB004	ผลของโปรแกรมให้ความรู้โรคมะเร็งปากมดลูกต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในกลุ่มวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย	กิตติชัย ปัญญาวรรณ์	โรงพยาบาลพาน
PB005	ผลของการรับส่งเวรแบบ ISBAR ต่อการป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลแม่สรวย	กันยา อ้อยลี	โรงพยาบาลแม่สรวย
PB006	การพัฒนาเทคโนโลยีแผนที่ออนไลน์และ HOSxP Remote เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประคับประคอง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย	ชฎาธร มะโนวรรณ์	โรงพยาบาลพาน
PB007	การติดตามการใช้ยาและการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มี การปรับแผนการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเวียงแก้ว อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย	จุฬารัตน์ โค้วประเสริฐสุข และ ณัฏฐณิษา สักลอ	โรงพยาบาลเชียงแสน

รหัส	ผลงาน	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
PB008	การพัฒนาแนวทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกัน การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล	กนกภรณ์ ทองทิพย์	โรงพยาบาลขุนตาล
PB009	ประสิทธิผลของโปรแกรมกายภาพบำบัดในศูนย์ฟื้นฟูชุมชนแม่ลาวต่อการลดการใช้ยา NSAIDs ในผู้สูงอายุโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ:การศึกษาแบบกึ่งทดลอง	นพณัช บุญสุข	โรงพยาบาลแม่ลาว
PB010	การพัฒนาระบบนัดและแนวทางเตรียมผู้ป่วยก่อนตรวจสมรรถภาพปอด โรงพยาบาลพาน	พีรพรรณ ทองโรจน์	โรงพยาบาลพาน
PB011	การศึกษาผลการบริบาลทางเภสัชกรรม การจัดส่งยาทางไปรษณีย์ (Drug Delivery Address) ร่วมกับ การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ	พัชรพร จันต๊ะขัติ	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ
PB012	ผลของการใช้สื่อออนไลน์ในการรักษาทางไกลสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย	กฤติกา ชนประชา	โรงพยาบาลแม่ลาว
PB013	การพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาวะคนทำงานอย่างมีส่วนร่วมในสถานประกอบการ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย	วิภาดา สิกขาจารย์	โรงพยาบาลแม่จัน
PB014	การศึกษาการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในการดำเนินงานบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เขตอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย	นพมาศ ยอดวงศ์	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ
PB015	การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระยะเวลารอคอยในการรับยาของผู้ป่วย ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ	อาภากร สุภาศรี	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ
PB016	การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ	ณิชาภา มณีรัตน์	โรงพยาบาลแม่ลาว

หมายเหตุ : พักรับประทานอาหารกลางวันเวลา 12.00- 13.00 น.

กำหนดการนำเสนอผลงาน
นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์และเชิงระบบ

การนำเสนอผลงาน นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ (กลุ่ม 1)
วันที่ 25 กรกฎาคม 2568 เวลา 11.30-15.00 น.
ณ ห้องประชุมใหญ่

วิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ

1. อาจารย์สายฝน สุภาศรี
2. นางอุษา พุทธพงศ์
3. นายวิสูตร์ เสน่หา

ผู้ประสานงานวิทยากร นายกรรณ ธนะวงศ์

ผู้ประสานงาน
1. นายชำ นาญ จิตวรางคณา
2. นายนพรัตน์ สิทธิกัน

รหัส	ผลงาน	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
NA001	การคุมกำเนิด Easy Plan วางแผนง่าย ใช้ได้ทุกวัย	สมปรารถนา วอง	โรงพยาบาลแม่สาย
NA002	ถุงผ้าแทนใจ Holistic Care Bag	ศุภพิชญ์ เสนาวงศ์	โรงพยาบาลแม่สาย
NA003	Smart NCD Booklet: สมุดสุขภาพอัจฉริยะเพื่อการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน	เปียทิพย์ ชัยมณี	โรงพยาบาลแม่สาย
NA004	“เพราะคุณคือ ดวงใจของเขา” กำลังใจถึงผู้ดูแลผู้ป่วย	เบญจมัย พลสารัตน์	รพ.สต.ธารทอง อ.พาน จ.เชียงราย
NA005	แอปพลิเคชั่น Fit For Fun	ธัญญลักษณ์ ปันตั๋น	รพ.สต.บ้านร่องธาร
NA006	ยายจ๋า บอกหนูให้รู้ว่าปวดแค่ไหน	ธัณยพร บัวคำ	โรงพยาบาลแม่สาย
NA007	วงล้อ PEWS score ใช้ง่ายประเมินไว	ศุภาพิชญ์ ศรีธินนท์ บัณฑิตา วงค์งาม	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ
NA008	การเก็บสายเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG Reduce time)	นิภา อนุลม	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ
NA009	Chiangkhong health plus AI chatbots Gouty	รพีพร โนจิตร	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ
NA0010	เสาอเนกประสงค์ศูนย์บาท	จิตรทิวา จางโย่	โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง
NA0011	Elderly Comfort Chair สำหรับผู้ป่วยสูงอายุ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย	ชนาพร ยองเพชร	โรงพยาบาลเทิง
NA0012	กดปุ๊บ ดังปั๊บ ช่วยเหลือทันที	ณัฐพงศ์ ไชยรัตน์	โรงพยาบาลป่าแดด
NA0013	ไซริงค์ มหัศจรรย์ (Amazing syringe)	ภัณฑิรา บุตรดี	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ
NA0014	สื่อรัก สื่อสัมพันธ์	สุกัลยา จันทาพูน	โรงพยาบาลเวียงแก่น

รหัส	ผลงาน	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
NA0015	Din Think: ชุดฝึกกระบวนการรู้คิดผ่านการตอบสนองต่อภาพและสี	หฤทัย เพ็ชรวิเศษ	สำนักวิชาการแพทย์ บูรณาการ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
NA0016	ขาตั้งใส่ใจ	พิมผกา คำเพียร	โรงพยาบาลแม่สาย

หมายเหตุ : พักรับประทานอาหารกลางวันเวลา 12.00- 13.00 น.

การนำเสนอผลงาน นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ กลุ่ม 2
วันที่ 25 กรกฎาคม 2568 เวลา 11.00-15.00 น.
ณ ห้องประชุมใหญ่

วิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ดร.สิรินันท์ สุวรรณาภรณ์
2. อาจารย์ดุษฎี ก้อนอาทร
3. นายคมกฤต ก้อนแก้ว

ผู้ประสานงานวิทยากร นางสาวไพลินรัตน์ พันยาง

ผู้ประสานงาน
1. นายชำนาญ จิตวรางคณา
2. นายนพรัตน์ สิทธิกัน

รหัส	ผลงาน	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
NA0017	Robot บันทึกข้อมูล Hospital XP	อภิชาติ เตชะอัตตกุล	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ
NA0018	COC Maelao:แอปพลิเคชันวางแผนและติดตามการดูแลผู้ป่วย COC และ Palliative care	จุมพล พันธ์ลำ /วิภาดา พรหมสอน	โรงพยาบาลแม่ลาว
NA0019	รถบล็อกวิสัญญี	วทัญญู สุตะวงค์	โรงพยาบาลแม่สาย
NA0020	พอกเข่าสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุ	พัชรินทร์ มินทะนา	โรงพยาบาลพญาเม็งราย
NA0021	วงกลมวัดองศาไหล่ติด	ลัดดาวัลย์ สมปันวัง	โรงพยาบาลพญาเม็งราย
NA0022	TAMC (Tag Alert Medicine Cart) สำหรับห้องฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย	พิชญ์ภิญญาณ์ เรืองกิจการ	โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง
NA0023	MCH app stock แอปพลิเคชั่นเพื่อตรวจเช็คปริมาณคงคลังประจำเดือนของคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลแม่จัน	เบญจมาพร ชุ่มเย็น	โรงพยาบาลแม่จัน
NA0024	แดชบอร์ด Power BI เพื่อการติดตามกิจกรรมและงบประมาณห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD)	วรภพ ดีอิทธิกุล	โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง
NA0025	คืนเส้นผม ด้วยศาสตร์การฝังเข็ม	เพ็ญพิชชา เมืองจั่น	โรงพยาบาลแม่ลาว
NA0026	MOVE-MOUTH ปากกล้า กลืนดี ชีวีเป็นสุข	กาญจนา เชื้อเมืองพาน	โรงพยาบาลแม่ลาว
NA0027	แผ่นพับสุขศึกษาเสริมพลังความรู้ ผู้ป่วยฟอกเลือดปลอดภัย ใส่ใจตนเอง	ธณัยนันย์ กัลยา	โรงพยาบาลเทิง

รหัส	ผลงาน	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
NA0028	Kidney Care Connect เชื่อมต่อสุขภาพไต ใกล้ชิดทุกช่วงเวลา	ธณัยนันย์ กัลยา	โรงพยาบาลเทิง
NA0029	T-Health Dialysis Diary บันทึกสุขภาพไต สไตล์ รพ.เทิง	ธณัยนันย์ กัลยา	โรงพยาบาลเทิง
NA0030	แผ่นประคบสรรพยาลดอาการปวดส้นเท้า	อรณิช หมื่อโป	โรงพยาบาลขุนตาล
NA0031	น้องจริงใจใส่ใจเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าในเด็ก	พิพัฒน์ เคนทรภักดิ์	รพ.สต.ทรายขาว
NA0032	Personal AI Health Assistant “AI โค้ชด้านสุขภาพติดตัวบนมือถือ ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ส่งเสริม-ป้องกัน-รักษา-ฟื้นฟู สร้างสุขภาพดีในทุกช่วงชีวิตสำหรับชีวิตเสมอแบบครบวงจร”	วุฒิชัย ก้อนแปง	โรงพยาบาลพาน
NA0033	แปรงช่วยใจ-ใส่ใจเพื่อผู้ไร้กำลัง	ธิวาพร มงคลแดง	โรงพยาบาลพญาเม็งราย

หมายเหตุ : พักรับประทานอาหารกลางวันเวลา 12.00- 13.00 น.

การนำเสนอผลงาน นวัตกรรมเชิงระบบ กลุ่มที่ 1
วันที่ 25 กรกฎาคม 2568 เวลา 11.00-15.00 น.
ณ ห้องประชุมใหญ่

วิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ

1. อาจารย์อนัญญา อยู่สวัสดิ
2. นางอุไรวรรณ ชัยมินทร์

ผู้ประสานงานวิทยากร นายชยินกร นันตา

ผู้ประสานงาน
1. นางสาวพรพิมล วังแง่
2. นายวีระวุฒิ เมืองแก่น

รหัส	ผลงาน	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
NB001	ระบบบริหารจัดการอุปกรณ์ออนไลน์แบบบูรณาการ: การพัฒนาแพลตฟอร์มด้วย AI และ RFID เพื่อการยืม-คืนและแจ้งเตือนอัตโนมัติ	วุฒิชัย ก้อนแปง	โรงพยาบาลพาน
NB002	กายภาพบำบัดสัญจร	พิมลพรรณ พรหมบ้านสังข์	โรงพยาบาลแม่สาย
NB003	ส่งสุขถึงบ้าน พัฒนาระบบจัดส่งยาให้ผู้ป่วย NCD แบบไร้รอยต่อ	เปียทิพย์ ชัยมณี	โรงพยาบาลแม่สาย
NB004	บริจาคโลหิตอย่างปลอดภัย เทคนิคการแพทย์ไทยใส่ใจวิชาการ (Please scan me)	เฉลิมณุวัตร เสมอใจ	โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า
NB005	วิกฤติสร้างโอกาสพัฒนา	ดวงดาว เตชะนันท์	โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า
NB006	โปรแกรมบูรณาการเพื่อเสริมพลังใจ ลดการตีตรา เพิ่มคุณภาพการรักษาในผู้ติดเชื้อ HIV” โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย	สุรัสวดี เกาฏีระ	โรงพยาบาลแม่สาย
NB007	นับคาร์บ station	กฤษฎา มั่นกุง	โรงพยาบาลเชียงราย ประชานุเคราะห์
NB008	การพัฒนาระบบการส่งตรวจ CD4 count และ HIV Viral load ในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV	ชนากานต์ คนขยัน	โรงพยาบาลแม่สาย
NB009	ส่องตาเบาหวาน มาตรฐานการดูแล	สุวรี ยามี	โรงพยาบาลเชียงราย ประชานุเคราะห์
NB0010	การออกแบบระบบการส่งต่อข้อมูลและติดตามผู้ป่วย IMC ของโรงพยาบาลแม่สรวย	ณรงค์ อวดเหลี้ยม	โรงพยาบาลแม่สรวย
NB0011	Smart NEWS2	กุลณัฐ ไชยสี	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ
NB0012	การพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจหาเชื้อแบคทีเรียด้วยวิธี Gram stain จาก	พิชามญชุ์ บุญสุระ	โรงพยาบาลเทิง

รหัส	ผลงาน	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
	ตัวอย่าง Hemoculture ในกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลเทิง พ.ศ.2568		
NB0013	การประยุกต์ใช้เทคนิคทางจิตวิทยาช่วยลดจัดยาคลาดเคลื่อนห้องยา OPD และ NCD	อดิศร มุขมณี	โรงพยาบาลแม่จัน
NB0014	ย้าย ไป NA0033		
NB0015	การพัฒนารูปแบบการป้องกันดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีแผลกดทับ	อานนท์ สุทธคุณ	โรงพยาบาลแม่สรวย
NB0016	การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด(SSI) และการป้องกันการผ่าตัดผิดพลาด โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย	จิราพร มณีรัตน์	โรงพยาบาลแม่สาย
NB0017	การพัฒนาระบบดูแล ป้องกัน และเสริมพลังวัยใสป้องการตั้งครรภ์ซ้ำในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย : CARE TEEN MODEL	พัชราภรณ์ มาลารัตน์	โรงพยาบาลป่าแดด
NB0018	ผลของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดูแลและติดตามผู้ป่วยใน ระบบการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย	จิตรลดา สมรัตน์	โรงพยาบาลแม่สรวย

หมายเหตุ : พักรับประทานอาหารกลางวันเวลา 12.00- 13.00 น.

การนำเสนอผลงาน นวัตกรรมเชิงระบบ กลุ่มที่ 2
วันที่ 25 กรกฎาคม 2568 เวลา 11.00-15.00 น.
ณ ห้องประชุมใหญ่

วิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ

1..ดร.ฐาปกรณ์ เรือนใจ
2..อาจารย์พรรณี ไชยวงศ์

ผู้ประสานงานวิทยากร นายนเรนทร์ฤทธิ์ บัวละวงค์
ผู้ประสานงาน 1. นางสาวพรพิมล วังแง่
2. นายวีระวุฒิ เมืองแก่น

รหัส	ผลงาน	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
NB0019	แล็บซีเอสเทคสต๊อค: ระบบจัดเก็บ ติดตาม และควบคุมวัสดุห้องปฏิบัติการ ด้วยเทคโนโลยี	กรรณิการ์ ใจเงิน และนันทพร บุญกอง	โรงพยาบาลเชียงแสน
NB0020	ระบบยืม-คืน-จองคิว อุปกรณ์ยุคใหม่จากกระดาษสู่ดิจิทัล เพื่อคุณภาพบริการและลดภาระงาน "Smart Tool Flow"	ถิรเดช ศรีชัย	โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า
NB0021	ระบบแจ้งเตือนปฏิทินการทำงานผ่าน Line	ชนิกานต์ คำมาเร็ว	สสอ.แม่ฟ้าหลวง
NB0022	วัดดูแล: พื้นที่ศรัทธา พัฒนาสุขภาพ ณ วัดเชื้อเจ็ดตน อำเภอแม่จัน	ศรัณยู มงคล	โรงพยาบาลแม่จัน
NB0023	คลินิกวัคซีนผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ แบบครบวงจร	นงคราญ ปราณพานิชกิจ	โรงพยาบาลเชียงราย ประชานุเคราะห์
NB0024	ผลของการพัฒนาระบบ IMC Dashboard ต่อประสิทธิภาพการติดตามข้อมูลการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง	ศรัณยู มงคล	โรงพยาบาลแม่จัน
NB0025	Smart Admission: การยกระดับบริการการจองออนไลน์	เบญจมาศ ยอดคำ	โรงพยาบาลแม่สาย
NB0026	การพัฒนารูปแบบการสื่อสารรับส่งเวร เพื่อการดูแลผู้คลอดโดยใช้ Lean management งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลแม่สาย	กันติชา บัตรรัมย์	โรงพยาบาลแม่สาย
NB0027	การพัฒนาระบบการยืนยันเข้ารับบริการ New Authen Code โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย	วิไลพร กันตรีสมบัติ	โรงพยาบาลแม่สาย
NB0028	การพัฒนาระบบบริหารจัดการเบิกจ่ายยาทางวิสัญญี หน่วยงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลแม่สาย	วทัญญู สุตะวงค์	โรงพยาบาลแม่สาย

รหัส	ผลงาน	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
NB0029	การพัฒนาการบริการตรวจไทรอยด์ที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็วอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับเกณฑ์การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล(Rational Lab Use, RLU)	ชัยสิทธิ์ สุวรรณจักษ์	โรงพยาบาลแม่ลาว
NB0030	การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อเป็นฐานข้อมูล และระบบนำทาง ด้วยดาวเทียม GPS ของผู้ป่วยกลุ่มฟื้นฟูระยะกลาง IMC (PT Application)	ภัทรลักษณ์ อิ่นคำ	โรงพยาบาลขุนตาล
NB0031	ปรับนิด สะกิดหน่อย ไม่ปล่อยให้เกิด Phlebitis	มรกต สิทธิขันแก้ว	โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง
NB0032	การตรวจสอบเครื่องมือผ่าน QR code งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลแม่สาย	วิไลพร คิดอ่าน	โรงพยาบาลแม่สาย
NB0033	การพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์มิใช่ยา (วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์) อย่างมีประสิทธิภาพของโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย	มัณฑนา บุศย์เมือง	โรงพยาบาลแม่ลาว
NB0034	การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ	นิภาวดี แก้วคำมี	โรงพยาบาลพญาเม็งราย
NB0035	“ปลอดภัยไว้ก่อน ทุกครั้งที่ลงมือ” การป้องกันการบาดเจ็บของช่างทำขาเทียม โดยการส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล โรงพยาบาลแม่ลาว	เกียรติศักดิ์ ดวงสุวรรณ์	โรงพยาบาลแม่ลาว
NB0036	ระบบตรวจสอบสถานะเพื่อติดตามการส่งแผนปฏิบัติราชการและโครงการของโรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย	ศราวุธ ชัยรัตน์	โรงพยาบาลแม่ลาว

หมายเหตุ : พักรับประทานอาหารกลางวันเวลา 12.00- 13.00 น.

การนำเสนอผลงาน นวัตกรรมเชิงระบบ กลุ่มที่ 3
วันที่ 25 กรกฎาคม 2568 เวลา 11.00 - 15.00 น.
ณ ห้องประชุมใหญ่

วิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.พิลาสินี วงษ์นุช
2.นายแพทย์รัฐกานต์ ปาระมี

ผู้ประสานงานวิทยากร นางสาวอารีรัตน์ พิเศษ

ผู้ประสานงาน
1. นางสาวพรพิมล วังแง่
2. นายวีระวุฒิ เมืองแก่น

รหัส	ผลงาน	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
NB0037	การพัฒนาระบบแจ้งเตือนผลตรวจเชื้อก่อโรคทางเดินหายใจผ่านแอปพลิเคชัน LINE official (Line OA)	ภิรนันท์ ศรีธิ	โรงพยาบาลแม่จัน
NB0038	การพัฒนาแนวทางการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลพญาเม็งราย	ศศิภา เวียงโอสถ	โรงพยาบาลพญาเม็งราย
NB0039	การเพิ่มประสิทธิภาพการจัดทำแผนปฏิบัติราชการ โรงพยาบาลพญาเม็งราย	จุฬาลักษณ์ จันทร์หอม	โรงพยาบาลพญาเม็งราย
NB0040	การพัฒนาระบบการคัดกรองและจัดบริการดูแลผู้มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน	จิตรลดา ดีอิทธิกุล	โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร
NB0041	การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ด้วยระบบดิจิทัลผ่าน QR CODE เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ	ช่อทิพย์ คูหา	โรงพยาบาลขุนตาล
NB0042	Check Alert ลดยา Expired ณ.จุดบริการห้องยา	ลัดดาวรรณ เขื่อนศิริ	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ
NB0043	การออกแบบโปรแกรมออกกำลังกายสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลแม่สรวย	อินทิพร เผ่ากันทะ	โรงพยาบาลแม่สรวย
NB0044	การพัฒนาระบบการจัดส่งยาจิตเวชให้ผู้ป่วยที่บ้าน	เจตษรินทร์ ดาวสมบูรณ์	โรงพยาบาลพญาเม็งราย
NB0045	ระบบบันทึกข้อมูลการรักษาไวรัสตับอักเสบบีและซีที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก	ธงชัย ตั้งจิตต์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
NB0046	การพัฒนาการประเมินความเสี่ยงในการผ่าตัดฟันกรามแท้ซี่ที่สามล่างฝังคุด เพื่อลดอัตราการเกิดอาการชาหลังการรักษา	พันพัสส์ ปาระมี	โรงพยาบาลแม่สาย
NB0047	การพัฒนาระบบการจองตรวจรักษาผ่านแอปพลิเคชัน หมอพร้อม	อัทธเมศร์ ไชยกมลอนันต์	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

รหัส	ผลงาน	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
NB0048	อสม.เวียงชัยร่วมใจ ดูแลช่องปากผู้สูงวัยถึงบ้าน (ระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ โดยใช้ อสม. คัดกรองสุขภาพช่องปากในชุมชน ร่วมกับทันตบุคลากรเยี่ยมบ้าน)	เพ็ญจิรา วงศ์ปลูกแก้ว	โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร
NB0049	ChiangRai Heart Smart	วิไลพรรณ เลขผสม	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
NB0050	21 วันชวนกันนับคาร์บ	ขนิษฐา เชื้อเมืองพาน	โรงพยาบาลแม่ลาว
NB0051	การพัฒนาโปรแกรม Disability Automation	แพรวไพรรินทร์ จันต๊ะขัติ	โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร
NB0052	การพัฒนาระบบห้องปลอดฝุ่นในสถานพยาบาล	ฉันทพิชญา พิกุล	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
NB0053	Chiangrai Remission Platform (CrRP)	ปฐมพร อ้วนวุฒิ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
NB0054	การพัฒนาการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลพาน	กิติชัย พงศ์วรินทร์	โรงพยาบาลพาน

หมายเหตุ : พักรับประทานอาหารกลางวันเวลา 12.00- 13.00 น.

กำหนดการนำเสนอผลงานคลิปวีดีโอ TikTok

การนำเสนอผลงานวีดีโอ TikTok
วันที่ 25 กรกฎาคม 2568 เวลา 11.00 - 15.00 น.
ณ ห้องประชุมใหญ่

วิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายนิธินัย ไชยแก้ว
2. นายภัคศรันย์ นามคุณาปกรณ์
3. นายฟารุต สมัครไทย

ผู้ประสานงาน นายจิรวัฒน์ ดีประเสริฐ

รหัส	ผลงาน	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
T001	Healthy Staff = Happy Patients พนักงานสุขภาพดี = คนไข้มีความสุข	จุฑามาศ คำหล้า	โรงพยาบาลแม่สาย
T002	สุขภาพดี.. ไม่มีพรมแดน (Good Health Knows No Borders)	สุชาดา ลำพูน	ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ พรมแดนสามเหลี่ยมทองคำ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
T003	ตรวจก่อน รู้ก่อน ป้องกันได้ (Lab NCDs)	สุนีย์นุช งามสม	โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า
T004	โรคที่มากับหน้าฝน	สุวรรณี ทิพย์โชติ	รพ.สต.ไม้ยา อ.พญาเม็งราย จ.เชียงราย
T005	สุขภาพดีที่เวียงชัย ห่างไกล NCDs	พัชรินทร์ อารีย์ และ กฤษณะ พรชัย	สสอ.เวียงชัย
T006	HPV Self Test ตรวจมะเร็งปากมดลูกเองได้ง่ายไม่ต้องอายหมอ	กิตติชัย ปัญญาวรรณ์	โรงพยาบาลพาน
T007	เริ่มวันนี้ ชีวิตห่างไกล NCDs	วรรณิภา เกษวิริยะการ	โรงพยาบาลแม่จัน
T008	ป้องกันโรค NCDs	อัทธเมศร์ ไชยกมลอนันต์	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
T009	Stop มะเร็งปากมดลูก Start HPV Self Sam Pling	ธัญญลักษณ์ ปันตั๋น	รพ.สต.บ้านร่องธาร ต.ทรายขาว อ.พาน
T010	ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลแม่ลาว เชื่อมโยงเครือข่ายห้องปฏิบัติการเชียงราย มุ่งส่งเสริมสุขภาพประชาชนปลอดภัยจากโรคไม่ติดต่อ	มัณฑนา บุศย์เมือง	โรงพยาบาลแม่ลาว

รหัส	ผลงาน	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
T011	บริษัท NCDs จำกัด!	ภัทรียา วรรณสอน	ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองแม่จัน โรงพยาบาลแม่จัน
T012	เสียงจากหัวใจ ชีวิตใหม่ ห่างไกลยาเสพติด	ภูวสิษฏ์ โปราหา	โรงพยาบาลแม่ลาว
T013	โรคเรื้อรังยอดฮิต4โรค รู้ไว้ ป้องกันได้	อัจฉรา ทะระมา	โรงพยาบาลเทิง
T014	You Are What You Eat กินดี ชีวีปลอดโรคทุกคำที่คุณกิน คือทางเลือกของสุขภาพคุณ	จิตติมา วุฒิอิ่น	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
T015	"วิถีสุขภาพเชียงราย 4 เคล็ดลับง่ายๆ ห่างไกล NCDs"	รุ้งลาวัลย์ กาวิละ	โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง
T016	รู้เร็ว ดูแลไว ห่างไกล โรคเบาหวาน-ความดัน	อรทัย บุญมี	โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง
T017	รู้ทันสิ่งเร้า เข้าใจปอดอุดกั้นเรื้อรัง	วิรัชฎา วงค์คำ	โรงพยาบาลเชียงแสน
T018	เบาหวานคุมได้ ห่างไกลภัยเงียบ	เพ็ญพิมพ์ สารบรรณ	โรงพยาบาลเชียงแสน
T019	INR ขึ้นลงไม่แน่นอน ยาที่คุณต้องระวังเรื่องอาหาร	พิมพร ใจเติม	โรงพยาบาลเชียงแสน
T020	ไขมันตัวร้าย กำจัดไปก่อนเกิดโรค	ธรรมจารี แก้ววงค์วาน	โรงพยาบาลเชียงแสน
T021	เชียงรายชีวิตดี๊ดี ถ้าไม่มี NCDs: ปรับไลฟ์สไตล์วันนี้ เพื่ออนาคตที่มีสุข	ดอกพิกุล ทองผุย	โรงพยาบาลแม่สรวย
T022	นับคาร์บสุขภาพดี วิถีใหม่	นรีกานต์ แซ่หวัง	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
T023	รู้เท่าทัน ชาวเชียงรายห่างไกล NCDs	ปริชญา มณฑนม	โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร
T024	ดูแลด้วยหัวใจ ห่างไกลยาเสพติดและโรค NCD	สุคนทิพย์ เรือนสิทธิ์	โรงพยาบาลขุนตาล
T025	ลุงชัยพิชิตโรค Ncds	กนกพิชญ์ แต้มรู้	โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า
T026	ชราบาลเวียงชัย สุขกาย สบายใจ ห่างไกลสมองเสื่อม เข่าเสื่อม	นัชรา ชาวเขียววงศ์	โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร
T027	ติดอาวุธผู้พิการทางสายตา สู่ชีวิตอิสระ	สุดา ช่างฟ้อน	โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร
T028	ผู้หญิงทุกคนควรรู้!วิธีตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตัวเอง ง่าย ปลอดภัย ทำได้ที่บ้าน	ชยุตา สาตราคม	โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง

รหัส	ผลงาน	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
T029	หนึ่งคืน...กับชีวิตที่เปลี่ยนไปตลอดกาล	อนุชา อินต๊ะเนตร	โรงพยาบาลเชียงราย ประชานุเคราะห์
T030	นับคาร์บง่ายๆ เสริมสร้างสุขภาพดี พิชิตโรค NCDs	กันยารัตน์ คีลาวงค์	โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร
T031	คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และญาติที่เข้ามารับการรักษาในห้องพิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	ณัฐพร พรสวรรค์	โรงพยาบาลแม่ลาว
T032	นักประชาสัมพันธ์สาว ชาวลาหู่	สุวิมล แก้วประสิทธิ์	โรงพยาบาลแม่ลาว
T033	กินไปเหอะ...ชีวิตมันสั้น	หทัยทิพย์ มโนวงศ์	สสอ.พาน
T034	ยินดีต้อนรับสู่ห้องไตเทียมโรงพยาบาลเทิง	อรวี แสนโสภา	โรงพยาบาลเทิง
T035	สั้นปุ๊บ หนีปั๊บ รอดชัวร์	ปฐมวดี พลนา	โรงพยาบาลเทิง
T036	สรรสร้าง AI ห่างไกล NCDs	อนุชา ซอนสุข	โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร
T037	NCDs ตัวร้ายยย	มัณฑนา บุศย์เมือง	โรงพยาบาลแม่ลาว
T038	เจอหมอผ่าน Telemedicine ประหยัดเงิน ประหยัดเวลา	สุวรี ยามี	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
T039	"แซ่บได้แต่ต้องไม่ป่วย เด็กไทยห่างไกล NCDs"	วนิชธิชา อุ่นกันทา	โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง
T040	ลดเค็ม ลดโรค	เพ็ญนภา สมสนิท	โรงพยาบาลเชียงแสน

รางวัลการนำเสนอผลงานวิชาการ

รางวัลการนำเสนอผลงานวิชาการ

การประชุมวิชาการ นำเสนอผลงาน นวัตกรรม บุคลากรสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ประจำปี 2568

1. การนำเสนอผลงานวิจัย ด้วยวาจา ประเภทงานวิจัยเชิงพัฒนา และการสำรวจ

รางวัล	ผลงาน	ผู้นำเสนอ
ชนะเลิศ	การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย	เสาวลักษณ์ สิริลักษณ์ โรงพยาบาลเทิง
รองชนะเลิศ อันดับ 1	การพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ	กรรณกนก กิตติธีรานุรักษ์ โรงพยาบาลแม่จัน
รองชนะเลิศ อันดับ 2	การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง จังหวัดเชียงราย	รุจิรา แสนดี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

2. การนำเสนอผลงานวิจัย ด้วยวาจา ประเภทงานวิจัยเชิงนวัตกรรมเพื่อการทดลองใช้

รางวัล	ผลงาน	ผู้นำเสนอ
ชนะเลิศ	ผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	วรัชยา รัตนะ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
รองชนะเลิศ อันดับ 1	ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีอายุ 30-60 ปีในเขตพื้นที่ โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย	ชยุตา สาตราคม โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง
รองชนะเลิศ อันดับ 2	ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง(DASH DIET)ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย	วิจิตรา มูลตรี โรงพยาบาลดอยหลวง

3. การนำเสนอผลงานวิจัย ด้วยโปสเตอร์

รางวัล	ผลงาน	ผู้นำเสนอ
ชนะเลิศ	การพัฒนารูปแบบการบริบาลเภสัชกรรมด้วยบริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคหอบหืด:กรณีศึกษาโรงพยาบาลเชียงแสน	พนิดา ชมบริสุทธิ์ โรงพยาบาลเชียงแสน
รองชนะเลิศ อันดับ 1	ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน	อิสรีย์ ช่างบุ โรงพยาบาลเชียงแสน
รองชนะเลิศ อันดับ 2	การพัฒนาเทคนิคในการถ่ายภาพเอกซเรย์ช่องท้องระบบดิจิทัล เพื่อลดปริมาณรังสีที่ผิวผู้ป่วยได้รับ	สมศักดิ์ สนิท โรงพยาบาลเชียงแสน

4. การนำเสนอผลงานประจำสู่งานวิจัย ด้วยวาจา

รางวัล	ผลงาน	ผู้นำเสนอ
ชนะเลิศ	การพัฒนานวัตกรรมแผ่นกระดานรองหลังสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับบาดเจ็บทางศีรษะและกระดูกสันหลังรุ่นที่ 2 โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย	นิตยา ปราบภัย โรงพยาบาลเทิง
รองชนะเลิศ อันดับ 1	การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน : การวิจัยเชิงปฏิบัติการในเครือข่ายสุขภาพอำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย	รักษณา ข่ายสุวรรณ โรงพยาบาลแม่ลาว
รองชนะเลิศ อันดับ 2	การพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มติดสารเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรง(SMI-V)ในศูนย์มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลแม่ลาว	ธนรัชต์ พรสวรรค์ พิกุล ทองรักษ์ โรงพยาบาลแม่ลาว

5. การนำเสนอผลงานประจำสู่งานวิจัย ด้วยโปสเตอร์

รางวัล	ผลงาน	ผู้นำเสนอ
ชนะเลิศ	ผลของการใช้สื่อออนไลน์ในการรักษาทางไกลสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย	กฤติกา ชนประชา โรงพยาบาลแม่ลาว
รองชนะเลิศ อันดับ 1	การพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาวะคนทำงานอย่างมีส่วนร่วมในสถานประกอบการ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย	วิภาดา สิกขาจารย์ โรงพยาบาลแม่จัน
รองชนะเลิศ อันดับ 2	การพัฒนาระบบนัดและแนวทางเตรียมผู้ป่วยก่อนตรวจสมรรถภาพปอด โรงพยาบาลพาน	พีรพรรณ ทองโรจน์ โรงพยาบาลพาน

6. การนำเสนอผลงาน ประเภท นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์

รางวัล	ผลงาน	ผู้นำเสนอ
ชนะเลิศ	COC Maelao : แอปพลิเคชันวางแผนและติดตามการดูแลผู้ป่วย COC และ Palliative care	จุมพล พันธ์ลำ โรงพยาบาลแม่ลาว
รองชนะเลิศ อันดับ 1	วงล้อ PEWS score ใช้ง่ายประเมินไว	ศุภาพิชญ์ ศรีธินนท์ และบัณฑิตา วงค์งาม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ
รองชนะเลิศ อันดับ 2	Personal AI Health Assistant “AI โค้ชด้านสุขภาพติดตัวบนมือถือ ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ส่งเสริม-ป้องกัน-รักษา-ฟื้นฟู สร้างสุขภาพดีในทุกช่วงชีวิตรสำหรับชีวิตรเสมอแบบครบวงจร”	วุฒิชัย ก้อนแปง โรงพยาบาลพาน
ชมเชย	แอปพลิเคชั่น Fit For Fun	ธัญญลักษณ์ ปันตั๋น รพ.สต.บ้านร่องธาร อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย
ชมเชย	Elderly Comfort Chair สำหรับผู้ป่วยสูงอายุ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย	ชนาพร ยองเพชร โรงพยาบาลเทิง
ชมเชย	แปรงช่วยใจ-ใส่ใจเพื่อผู้ไร้กำลัง	ธิวาพร มงคลแดง โรงพยาบาลพญาเม็งราย

6. การนำเสนอผลงาน ประเภท นวัตกรรมเชิงระบบ

รางวัล	ผลงาน	ผู้นำเสนอ
ชนะเลิศ	นวัตกรรมวัดดูแล: พื้นที่ศรัทธา พัฒนาสุขภาพ ณ วัดเชื้อเจ็ดตน อำเภอแม่จัน	ศรัณยู มงคล โรงพยาบาลแม่จัน
รองชนะเลิศ อันดับ 1	ระบบบันทึกข้อมูลการรักษาไวรัสตับอักเสบบีและซีที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก	ธงชัย ตั้งจิตต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
รองชนะเลิศ อันดับ 2	ระบบบริหารจัดการอุปกรณ์ออนไลน์แบบบูรณาการ: การพัฒนาแพลตฟอร์มด้วย AI และ RFID เพื่อการยืม-คืนและแจ้งเตือนอัตโนมัติ	วุฒิชัย ก้อนแปง โรงพบาบาลพาน
ชมเชย	Chiangrai Remission Platform (CrRP)	ปฐมพร อ้วนวุฒิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
ชมเชย	การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อเป็นฐานข้อมูล และระบบนำทาง ด้วยดาวเทียม GPS ของผู้ป่วยกลุ่มฟื้นฟูระยะกลาง IMC (PT Application)	ภัทรลักษณ์ อิ่นคำ โรงพยาบาลขุนตาล

รางวัล	ผลงาน	ผู้นำเสนอ
ชมเชย	ผลของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดูแลและติดตามผู้ป่วยใน ระบบการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย	จิตรลดา สมรัตน์ โรงพยาบาลแม่สรวย

7. การนำเสนอผลงาน ประเภท คลิปวีดีโอ TikTok

รางวัล	ผลงาน	ผู้นำเสนอ
ชนะเลิศ	รู้ทันสิ่งเร้า เข้าใจปอดอุดกั้นเรื้อรัง	วิรัชฎา วงค์คำ มนตรี ภารสว่าง เชล มงคลศีล สุภาพร สุวรรณ โรงพยาบาลเชียงแสน
รองชนะเลิศ อันดับ 1	ป้องกันโรค NCDs	อัทธเมศร์ ไชยกมลอนันต์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
รองชนะเลิศ อันดับ 2	ลุงชัยพิชิตโรค Ncds	กนกพิชญ์ แต้มรู้ โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า
ชมเชย	Healthy Staff = Happy Patients พนักงานสุขภาพดี = คนไข้มีความสุข	จุฑามาศ คำหล้า โรงพยาบาลแม่สาย
ชมเชย	ตรวจก่อน รู้ก่อน ป้องกันได้ (Lab NCDs)	สุนีย์นุช งามสม โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า
TikTok Popular Vote	เริ่มวันนี้ ชีวิตห่างไกล NCDs	วรรณิภา เกษวิริยะการ โรงพยาบาลแม่จัน

คลิปรายงานการประชุมวิชาการนำเสนอผลงาน นวัตกรรม บุคลากรสาธารณสุข
จังหวัดเชียงราย ประจำปี 2568

SCAN ME!

ผลงานวิชาการ
ประเภทงานวิจัย ด้วยวาจา กลุ่มที่ 1

การคงอยู่และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของข้าราชการทันตแพทย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเชียงราย

เพชรรัตน์ ภัทรนุกุลกิจ
โรงพยาบาลขุนตาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง การคงอยู่ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของข้าราชการทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเชียงราย เป็นการวิจัยเชิงภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การคงอยู่ของข้าราชการทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเชียงรายเทียบกับข้าราชการทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของข้าราชการทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเชียงราย

การวิจัยนี้ศึกษาในประชากร คือ ข้าราชการทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเชียงราย จำนวน 150 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล และส่งแบบสอบถามเข้าไปหากลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยเป็นคนส่งและรับแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยโลจิติกในการวิเคราะห์ผล กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ ตุลาคม 2566 - พฤษภาคม 2568

ผลการวิจัยพบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในจังหวัดเชียงรายมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนทันตแพทย์คงเดิมหรือเพิ่มขึ้น วิเคราะห์ร้อยละของทันตแพทย์ที่สูญเสียต่อที่ได้รับจัดสรร/โยกย้ายเข้าย้อนหลัง 5 ปี พบว่าจังหวัดเชียงรายมีแนวโน้มสูญเสียทันตแพทย์จากระบบน้อยกว่าเมื่อเทียบกับระดับประเทศ ทันต-แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ต้องการโยกย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน (ร้อยละ 77.2) ปัจจัยช่วงระยะเวลาที่ทำงานมีความสัมพันธ์กับความต้องการคงอยู่ปฏิบัติงานในสถานปฏิบัติงานเดิมของทันตแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลจากงานนี้ไปปรับใช้ในการวางกลยุทธ์สำหรับโรงพยาบาลของตนเพื่อเพิ่มการคงอยู่ของทันตแพทย์ และพัฒนาระบบการให้บริการทันตกรรมให้ดีมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การคงอยู่, ปัจจัย, ทันตแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข, จังหวัดเชียงราย

The study of Retention and Factors Contributing to the Retention of the Government Service of Dentists in the Ministry of Public Health in Chiang Rai Province, Thailand

pechrat pattranukulkit
Khuntan Hospital, Chiang Rai

ABSTRACT

This cross-sectional research, aimed to study the retention status of government dentists under the Ministry of Public Health in Chiang Rai Province compared to those nationwide, and to investigate factors influencing their retention in Chiang Rai.

The study population consisted of 150 government dentists under the Ministry of Public Health in Chiang Rai Province. Data collection involved two steps: secondary data collection from the Chiang Rai Provincial Public Health Office and the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, using data recording forms; and primary data collection through questionnaires personally delivered and retrieved by the researcher. Descriptive statistics and logistic regression analysis were used, with a statistical significance level set at 0.05. The research was conducted from October 2023 to May 2025.

The findings indicate that most hospitals in Chiang Rai Province tend to maintain or increase their number of dentists. An analysis of the percentage of dentist loss compared to allocation/transfer-in over the past five years revealed that Chiang Rai Province showed a lower trend of dentist loss from the system compared to the national level. The majority of dentists (77.2%) did not desire to transfer their workplace. The duration of employment was significantly associated with dentists' desire to remain at their current workplace. The information from this study can be utilized by administrators to formulate strategies for their hospitals to enhance dentist retention and further improve the dental service system.

Keywords: Retention, Factors, Dentists, Ministry of Public Health, Chiang Rai Province

บทนำ

บุคลากรสาธารณสุขเป็นหนึ่งในหกองค์ประกอบหลักที่สำคัญของระบบสุขภาพ การมีบุคลากรสาธารณสุขที่มีศักยภาพสูงและมีจำนวนของบุคลากรที่เพียงพอ จะช่วยส่งเสริมให้ระบบสุขภาพดำเนินไปได้ด้วยดี และส่งผลให้ประชาชนของประเทศนั้นมีสุขภาพที่ดีตามไปด้วย [1] การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะสายงานแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล จึงเป็นประเด็นที่ได้รับการวิเคราะห์และกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาให้มีบุคลากรเพียงพอต่อระบบสุขภาพของประเทศไทยมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน [2]

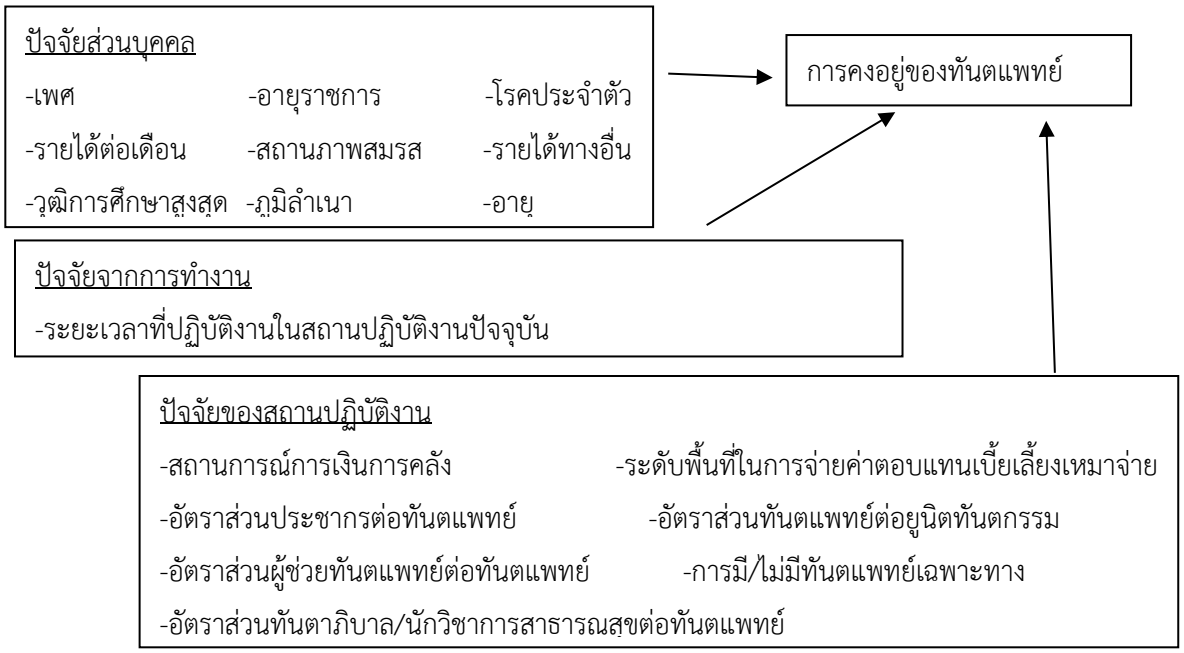
การขาดแคลนทันตแพทย์ และการกระจายไม่เหมาะสมเป็นปัญหาที่มีมาอย่างยาวนาน ได้มีมาตรการในการผลิตทันตแพทย์เพิ่ม และกำหนดเงื่อนไขในการเข้ารับราชการในส่วนภูมิภาคเป็นระยะเวลา 3 ปีหลังสำเร็จการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ทำให้ประเทศไทยมีทันตแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีพ.ศ. 2560 เป็นต้นมา [2-5] นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังได้มีมาตรการจูงใจให้ทันตแพทย์คงอยู่ในระบบราชการ โดยมีการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษ ได้แก่ เงินสำหรับผู้ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวนอกเวลาราชการ เงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย และเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (พ.ต.ส.) [5] แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมี ทันตแพทย์จบใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี และจำนวนทันตแพทย์สะสมในระบบราชการเพิ่มขึ้นตามลำดับ [3] แต่ก็มีอัตราการสูญเสียทันตแพทย์ออกจากระบบราชการมากขึ้นด้วยเช่นกัน [2] ทันตแพทย์มีแนวโน้มเคลื่อนเข้าสู่ภาคเอกชนเพิ่มขึ้น แม้ว่าจะมีการกำหนดมาตรการจูงใจหลายอย่างเพื่อคงทันตแพทย์ไว้ในระบบราชการก็ตาม [6]

จากข้อมูลการหมุนเวียนของข้าราชการทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายในระยะ 5 ปีที่ผ่านมาพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะมีจำนวนทันตแพทย์คงเดิมหรือเพิ่มขึ้น มีการบริหารจัดการให้มีจำนวนทันตแพทย์เพียงพอต่อความต้องการทันตแพทย์ของแต่ละพื้นที่ และกระจายทันตแพทย์เฉพาะทางไปยังพื้นที่ต่าง ๆ นอกเขตอำเภอเมืองเป็นจำนวนครึ่งหนึ่งของจำนวนทันตแพทย์เฉพาะทางทั้งหมด นอกจากนี้ยังมีหลายโรงพยาบาลที่สามารถคงทันตแพทย์ให้อยู่ในองค์กรได้นานมากกว่า 5 ปี และมีนโยบายในการสนับสนุนให้ทันตแพทย์เรียนต่อเฉพาะทาง เพื่อนำความรู้และทักษะมาใช้ในการให้บริการทันตกรรมที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น [7] ผู้วิจัยสนใจในข้อมูลข้างต้นนี้ จึงได้จัดทำการวิจัยชิ้นนี้ขึ้น เพื่อศึกษาสถานการณ์การคงอยู่ของข้าราชการทันต-แพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเชียงรายเทียบกับข้าราชการทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของข้าราชการทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเชียงราย โดยคาดหวังว่าจะสามารถนำข้อมูลที่ได้เสนอสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย รวมถึงโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงราย เพื่อใช้ในการพิจารณาปรับเปลี่ยนระบบ/นโยบายในการทำงาน วัฒนธรรมองค์กร รวมไปถึงบรรยากาศในการทำงานให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม ส่งผลต่อการคงอยู่ของข้าราชการทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเชียงรายที่มากขึ้น อันจะนำไปสู่การพัฒนาการให้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในจังหวัดเชียงรายอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การคงอยู่ของข้าราชการทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเชียงรายเทียบกับข้าราชการทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของข้าราชการทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงภาคตัดขวาง ระยะเวลาในการวิจัยนี้ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 - พฤษภาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ศึกษาในประชากร คือ ข้าราชการทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเชียงราย จำนวน 150 คน.

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย และแบบสอบถาม ที่ผ่านการการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และด้านความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ทดสอบใช้กับข้าราชการทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดน่าน จำนวน 26 คน คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.74

วิธีรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิของทันตแพทย์ และขั้นตอนที่ 2 ส่งแบบสอบถามเข้าไปหากลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยเป็นคนส่งและรับแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ โดยใช้สถิติถดถอยโลจิติก เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความต้องการคงอยู่ปฏิบัติงานในสถานปฏิบัติงานเดิมของทันตแพทย์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (α = 0.05)

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เพื่อพิจารณาขออนุมัติการทำวิจัยในคน ได้รับเอกสารรับรองเลขที่ 46/2567 ลงวันที่ 10 มิถุนายน 2567

ผลการวิจัย

<u>สถานการณ์การคงอยู่ของข้าราชการทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย</u>

จากการวิเคราะห์ร้อยละของทันตแพทย์ที่สูญเสียต่อทันตแพทย์ที่ได้รับจัดสรร/ย้ายเข้าจังหวัดเชียงรายย้อนหลัง 5 ปีเทียบกับร้อยละของทันตแพทย์ที่สูญเสียต่อทันตแพทย์ที่ได้รับจัดสรรของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีลักษณะเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยของจังหวัดเชียงรายมีแนวโน้มที่จะสูญเสียทันตแพทย์จากระบบน้อยกว่า เมื่อเทียบกับระดับประเทศ ดังแสดงในตารางที่ 1

<u>ความตั้งใจโยกย้าย/คงอยู่ของข้าราชการทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย</u>

ผลจากการส่งแบบสอบถามไปหาอาสาสมัครพบว่า จำนวนอาสาสมัครทั้งหมด 150 คน ไม่สามารถติดต่อได้จำนวน 2 คน เหลือจำนวนอาสาสมัครที่ติดต่อได้ 148 คน มีอาสาสมัครส่งแบบสอบถามคืนแก่ผู้วิจัยจำนวน 128 คน คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 85.3 เมื่อตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พบว่ามีแบบสอบถามที่ตอบไม่สมบูรณ์จำนวน 1 ชุด เหลือแบบสอบถามที่ตอบสมบูรณ์จำนวน 127 ชุด เข้าสู่การแปลผล

ข้อมูลทั่วไปของทันตแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 127 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.6) อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 31 – 40 (ร้อยละ 48.8) อยู่ในช่วงเจเนอเรชันวาย (ร้อยละ 74.8) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 74.8) สถานะโสด (ร้อยละ 55.1) รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 70,001-100,000 บาท (ร้อยละ 35.4) มีจำนวนผู้ที่ต้องดูแลภาระค่าใช้จ่าย 1 – 2 คน (ร้อยละ 51.2) มีรายได้มากกว่ารายจ่ายอยู่ในช่วงร้อยละ 0 – 50 (ร้อยละ 48.8) มีการทำเวชปฏิบัติส่วนตัวนอกเวลาราชการ (ร้อยละ 62.2) โดยการทำเวชปฏิบัติส่วนตัวนอกเวลาราชการส่วนใหญ่เป็นลักษณะการทำคลินิกของผู้อื่น (ร้อยละ 44.9) ไม่มีรายได้จากช่องทางอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพทันตแพทย์ (ร้อยละ 80.3) วุฒิการศึกษาสูงสุดคือ ปริญญาตรี (ร้อยละ 44.9) อยู่ในช่วงอายุราชการ 11 – 20 ปี (ร้อยละ 37.0) มีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดเชียงราย (ได้ปฏิบัติงานในจังหวัดภูมิลำเนา) (ร้อยละ 64.6) มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบันเฉลี่ย 8.54±7.11 ปี เคยโยกย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน (ร้อยละ 81.1) โดยผู้ที่เคยโยกย้ายสถานที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่โยกย้าย 1 ครั้ง (ร้อยละ 50.5)

เมื่อพิจารณาความต้องการโยกย้ายสถานปฏิบัติงานในอนาคต พบว่าส่วนใหญ่ไม่ต้องการโยกย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน (ร้อยละ 77.2) เหตุผลที่ทันตแพทย์ผู้ซึ่งต้องการโยกย้ายสถานที่ปฏิบัติงานเลือกมากที่สุด ได้แก่ ต้องการย้ายกลับภูมิลำเนา การเดินทางไม่สะดวก และต้องการดูแลบิดามารดาหรือครอบครัว ในขณะที่

เหตุผลที่ทันตแพทย์ผู้ซึ่งต้องการคงอยู่ปฏิบัติงานต่อเลือกมากที่สุด ได้แก่ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน สามารถบริหารจัดการชีวิตการทำงานควบคู่ไปกับการชีวิตส่วนตัวได้อย่างมีความสุข และรู้สึกพึงพอใจในการทำงานในสถานที่ทำงานปัจจุบัน

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละของทันตแพทย์ที่สูญเสียต่อจำนวนได้รับจัดสรรจังหวัดเชียงรายเทียบกับระดับประเทศ

ปีพ.ศ.	จำนวนทันตแพทย์ได้รับจัดสรร (คน)	จำนวนทันตแพทย์ที่สูญเสีย (คน)	ร้อยละของทันตแพทย์ที่สูญเสียต่อจำนวนได้รับจัดสรร	จำนวนทันตแพทย์คงเหลือ (คน)	จำนวนทันตแพทย์ได้รับจัดสรร/ย้ายเข้าจังหวัดเชียงราย (คน)	จำนวนทันตแพทย์ที่สูญเสีย (คน)	ร้อยละของทันตแพทย์ที่สูญเสียต่อจำนวนได้รับจัดสรร	จำนวนทันตแพทย์คงเหลือ (คน)
2563	633	219	34.6	5668	9	5	55.6	138
2564	605	275	45.4	6056	12	1	8.3	149
2565	256	320	125.0	6349	8	10	125.0	147
2566	373	431	115.5	6426	11	10	90.9	148
2567	433	160*	37.0*	6279*	8	2	25.0	154

*ข้อมูลถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567

<u>ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของทันตแพทย์</u>

เมื่อนำปัจจัยต่างๆมาหาความสัมพันธ์กับความต้องการคงอยู่ปฏิบัติงานในสถานปฏิบัติงานเดิมอย่างน้อย 5 ปีนับจากวันที่ตอบแบบสอบถามของทันตแพทย์ พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการคงอยู่ปฏิบัติงานในสถานปฏิบัติงานเดิม ได้แก่ สังกัดตามฉ.11 สังกัดตามสถานการณ์การเงินการคลัง สังกัดตามการมี/ไม่มีทันตแพทย์ระดับชำนาญการพิเศษขึ้นไป สังกัดตามจำนวนทันตาภิบาล/นักวิชาการสาธารณสุขต่อทันตแพทย์ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน สถานภาพทางการเงิน และช่วงระยะเวลาที่ทำงาน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความต้องการคงอยู่ปฏิบัติงานในสถานปฏิบัติงานเดิมของทันตแพทย์ (Univariate analysis)

ปัจจัยต่าง ๆ	ความต้องการคงอยู่ปฏิบัติงานในสถานปฏิบัติงานเดิม				n	%	OR	95%CI	p-value
	คงอยู่		ไม่อยู่						
	n	%	n	%					
สังกัดตามฉ11									
P4P	27	93.1	2	6.9	29	23.2	Ref.		
ปกติ1	24	75.0	8	25.0	32	25.6	0.222	0.043 – 1.150	0.073
ปกติ2	22	66.7	11	33.3	33	26.4	0.148	0.030 – 0.740	0.020*
ปกติ3	16	84.2	3	15.8	19	15.2	0.395	0.060 – 2.623	0.336
เฉพาะ1	4	100.0	0	0.0	4	3.2	1196648 03.174	0.000 - ∞	0.999
เฉพาะ2	4	50.0	4	50.0	8	6.4	0.074	0.010 - 0.545	0.011*
สังกัดตามสถานการณ์การเงินการคลัง									
วิกฤติระดับ0-2	77	81.1	18	18.9	95	76.0	Ref.		
วิกฤติระดับ3-4	3	37.5	5	62.5	8	6.4	0.140	0.031 – 0.642	0.011*
วิกฤติระดับ 5-7	17	77.3	5	22.7	22	17.6	0.795	0.259 – 2.439	0.688
สังกัดตามการมี/ไม่มีทันตแพทย์ระดับชำนาญการพิเศษขึ้นไป									
ไม่มี	13	56.5	10	43.5	23	18.1	Ref.		
มี	85	81.7	19	18.3	104	81.9	3.441	1.314 – 9.013	0.012*
สังกัดตามจำนวนทภ./นวก.ต่อทพ.									
ทภ./นวก.<ทพ.	57	85.1	10	14.9	67	52.8	Ref.		
ทภ./นวก.≥ทพ.	41	68.3	19	31.7	60	47.2	0.379	0.159 – 0.899	0.028*
ช่วงอายุ									
21-30 ปี	12	60.0	8	40.0	20	15.7	Ref.		
31-40 ปี	48	77.4	14	22.6	62	48.8	2.286	0.780 – 6.694	0.132
41-50 ปี	23	88.5	3	11.5	26	20.5	5.111	1.141 – 22.890	0.033*
51 ปีขึ้นไป	15	78.9	4	21.1	19	15.0	2.500	0.604 – 10.344	0.206

ปัจจัยต่าง ๆ	ความต้องการคงอยู่ปฏิบัติงานในสถานปฏิบัติงานเดิม				n	%	OR	95%CI	p-value
	คงอยู่		ไม่อยู่						
	n	%	n	%					
<u>สถานภาพสมรส</u>									
โสด	48	68.6	22	31.4	70	55.1	Ref.		
คู่	47	88.7	6	11.3	53	41.7	3.590	1.336 – 9.645	0.011*
หม้าย	3	75.0	1	25.0	4	3.1	1.375	0.135 – 13.974	0.788
<u>รายได้ต่อเดือน (บาท)</u>									
30,001-50,000	10	55.6	8	44.4	18	14.2	Ref.		
50,001-70,000	31	81.6	7	18.4	38	29.9	3.543	1.025 – 12.240	0.046*
70,001-100,000	34	75.6	11	24.4	45	35.4	2.473	0.782 – 7.823	0.123
›100,000 บาท	23	88.5	3	11.5	26	20.5	6.133	1.341 – 28.056	0.019*
<u>สถานภาพทางการเงิน</u>									
รายได้›รายจ่ายมาก	36	83.7	7	16.3	43	33.9	Ref.		
รายได้›รายจ่าย	48	77.4	14	22.6	62	48.8	0.667	0.244 – 1.821	0.429
รายได้=รายจ่าย	11	57.9	8	42.1	19	15.0	0.267	0.079 – 0.904	0.034*
รายได้‹รายจ่าย	1	100.0	0	0.0	1	0.8	3141201 08.332	0.000 - ∞	1.000
รายได้‹รายจ่ายมาก	2	100.0	0	0.0	2	1.6	3141201 08.332	0.000 - ∞	0.999
<u>ช่วงระยะเวลาที่ทำงาน</u>									
0-5 ปี	32	64.0	18	36.0	50	39.4	Ref.		
6-10 ปี	32	80.0	8	20.0	40	31.5	2.250	0.856 – 5.913	0.100
›10 ปี	34	91.9	3	8.1	37	29.1	6.375	1.713 – 23.725	0.006*

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความต้องการคงอยู่ปฏิบัติงานในสถานปฏิบัติงานเดิมของทันตแพทย์ (Multivariate analysis)

ปัจจัยต่าง ๆ	ความต้องการคงอยู่ปฏิบัติงานในสถานปฏิบัติงานเดิม				n	%	Adjusted OR	95%CI	p-value
	คงอยู่		ไม่อยู่						
	n	%	n	%					
<u>ช่วงระยะเวลาที่ทำงาน</u>									
0-5 ปี	32	64.0	18	36.0	50	39.4	Ref.		
6-10 ปี	32	80.0	8	20.0	40	31.5	2.250	0.856 – 5.913	0.100
›10 ปี	34	91.9	3	8.1	37	29.1	6.375	1.713 – 23.725	0.006*

เมื่อนำเอาปัจจัยทั้งหมดในข้างต้นมาควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน พบว่ามีเพียงช่วงระยะเวลาที่ทำงานเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการคงอยู่ปฏิบัติงานในสถานปฏิบัติงานเดิม ดังแสดงในตารางที่ 3

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

<u>การคงอยู่ของข้าราชการทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเชียงราย</u>

จากการตอบแบบสอบถาม พบว่าทันตแพทย์ร้อยละ 77.2 มีความต้องการคงอยู่ปฏิบัติงานในสถานปฏิบัติงานเดิมอย่างน้อย 5 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของสุบิน พัวศิริ และคณะ (2559) พบว่าทันตแพทย์ร้อยละ 81.3 วางแผนรับราชการต่อ [8] การศึกษาของเทิดศักดิ์ อุตศรี (2553) พบว่าทันตแพทย์เลือกคงอยู่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนกรณีค่าตอบแทนไม่เปลี่ยนแปลงร้อยละ 78.5 [9] และการศึกษาของพลอยฉัตร อิงสกุลรุ่งเรือง และคณะ (2560) พบว่าทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 76.6 ไม่มีความตั้งใจที่จะโยกย้ายสถานปฏิบัติงาน [10] แต่แตกต่างจากการศึกษาของสุพินดา สาทรกิจ และคณะ (2561) พบว่าทันตแพทย์ร้อยละ 46.5 ระบุว่ามีความตั้งใจจะปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุขจนเกษียณ และไม่มีแผนลาออกจากราชการ [2] และการศึกษาของจารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ และสุณี วงศ์คงคาเทพ (2559) พบว่าทันตแพทย์ปี 2552 ที่คงอยู่ปฏิบัติงานในรพช.เดิมจนถึงปี 2556 มีอยู่ร้อยละ 42.7 [3] สาเหตุที่ผลการศึกษาต่างกันเกิดจากความแตกต่างกันของลักษณะทันตแพทย์ของแต่ละการศึกษา โดยพบว่าการศึกษาที่มีผลการคงอยู่ของทันตแพทย์ในอัตราส่วนที่สูงมีสัดส่วนของทันตแพทย์ที่ได้ทำงานในจังหวัดภูมิลำเนาหรือทำงานในจังหวัดใกล้เคียงในภูมิภาคเดียวกันที่สูง ส่วนการศึกษาในผู้เชี่ยวชาญก็พบว่าส่วนใหญ่ผู้เชี่ยวชาญที่ตอบแบบสอบถามกำลังปฏิบัติงานในภูมิลำเนาของตน และการศึกษาทันตแพทย์ในระดับประเทศมีโอกาสสูงที่จะมีสัดส่วนทันตแพทย์ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในภูมิลำเนาหรือจังหวัดใกล้เคียงมากกว่าการศึกษาในระดับภาค หรือระดับจังหวัด ซึ่งปัจจัยการทำงานที่ภูมิลำเนา เป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุขในหลายการศึกษาที่ผ่านมา [4,5,8,10,11]

<u>ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของข้าราชการทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย</u>

ปัจจัยช่วงระยะเวลาที่ทำงานมีความสัมพันธ์กับความต้องการคงอยู่ปฏิบัติงานในสถานปฏิบัติงานเดิมของทันตแพทย์ โดยกลุ่มที่มีช่วงระยะเวลาที่ทำงานมากกว่า 10 ปีเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ทำงาน 0-5 ปี จะคงอยู่เพิ่มขึ้นถึง 6.38 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของพลอยฉัตร อิงสกุลรุ่งเรือง และคณะ (2560) พบว่าทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่โยกย้ายสถานปฏิบัติงานสู่ภาคเอกชนส่วนมากปฏิบัติงานในฐานะผู้เชี่ยวชาญมาไม่เกิน 5 ปี [10]

การศึกษาของจารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ และสุณี วงศ์คงคาเทพ (2559) พบว่าทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนที่ทำงาน 11 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนคงอยู่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนสูงถึงร้อยละ 77.0 – 82.0 ขณะกลุ่มที่ทำงาน 4 – 10 ปีมีการคงอยู่ในสัดส่วนที่น้อยกว่า คือเท่ากับร้อยละ 60.2 ส่วนกลุ่มทำงาน 1 – 3 ปีนั้น ส่วนใหญ่ออกจากระบบโรงพยาบาลชุมชนในสัดส่วนสูงที่สุด คือร้อยละ 52.7 [3] การศึกษาของกรรณิการ์ กุลเกียรติชัย และคณะ (2554) พบว่าทันต-แพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานปฏิบัติงานเดิมเป็นระยะเวลานานมักมีความสนิทคุ้นเคยกับเพื่อนร่วมงาน และเพื่อนในสถานปฏิบัติงาน ปรับตัวเข้ากับสถานปฏิบัติงานได้แล้ว จึงมีความผูกพันต่อองค์กรสูงกว่าทันตแพทย์ที่เพิ่งย้ายมาปฏิบัติงานใหม่ [12] และการศึกษาของพิชญาดา จันทร์บุญ และคณะ (2563) พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาครัฐน้อยกว่า 5 ปี มีความน่าจะเป็นที่จะลาออกไปทำงานภาคเอกชนร้อยละ 46.3 มากกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานในภาครัฐมากกว่า 6 ปีขึ้นไป [11] ดังนั้นการวางกลยุทธ์เชิงนโยบายที่สามารถจูงใจให้ทันตแพทย์ปฏิบัติงานในสถานปฏิบัติงานเดิมเกิน 5 ปี จะเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ทำให้การคงอยู่ของทันตแพทย์เพิ่มขึ้นได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทพ.ฉลองชัย สกลวสันต์ ผศ.ทพ.ดร.ทรงวุฒิ ตวงรัตนพันธ์ และ ทพญ.กาญจนา ปาลี ที่กรุณาให้เกียรติเป็นที่ปรึกษา คอยชี้แนะแนวทางในการทำวิจัย ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอขอบคุณทพ.รังสิมันตุ์ ฝากมิตร ที่ช่วยเหลือในการปรับปรุงแบบสอบถาม รวมถึงนำแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่น และขอขอบคุณข้าราชการทันตแพทย์จังหวัดเชียงรายผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน ที่ทำให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า หากมีนโยบายที่สามารถจูงใจให้ทันตแพทย์ปฏิบัติงานในสถานปฏิบัติงานเดิมเกิน 5 ปี จะทำให้ทันตแพทย์คงอยู่ปฏิบัติงานต่อเพิ่มขึ้นถึง 6.38 เท่า ผู้บริหารสามารถนำปัจจัยนี้ไปพิจารณาวางกลยุทธ์ โดยใช้ปัจจัยอื่นร่วมในการพิจารณาได้แก่ การย้ายกลับภูมิลำเนา/ย้ายตามคู่สมรส การบริหารด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาล การสนับสนุนให้ทันตแพทย์มีความรู้ทางการเงิน และการสนับสนุน/ส่งเสริมให้ทันตแพทย์ทำผลงานเพื่อเลื่อนระดับตำแหน่งทางวิชาการเป็นชำนาญการพิเศษ เพื่อเพิ่มการคงอยู่ของทันตแพทย์ และพัฒนาระบบการให้บริการทันตกรรมให้ดีมากยิ่งขึ้น

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงภาคตัดขวาง ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นผลของช่วงระยะเวลาที่ทำวิจัยเท่านั้น ดังนั้นควรทำการวิจัยในเรื่องนี้ต่อเนื่องทุกๆ 5 ปี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน สามารถวิเคราะห์ปัจจัยได้อย่างถูกต้อง และครอบคลุม ส่งผลให้มีกลยุทธ์/นโยบายในการเพิ่มการคงอยู่ของทันตแพทย์ที่เหมาะสมกับแต่ละช่วงเวลา

เอกสารอ้างอิง

1. พัชรี เพชรทองหยก, พิกุลแก้ว ศรีนาม, นารีรัตน์ ผุดผ่อง, นิธิวัชร์ แสงเรือง, สตพร จุลชู, กัญจนา ติษยาธิคม, และคณะ. รูปแบบการจ้างงาน การคงอยู่ของบุคลากรสุขภาพและภาระงบประมาณ: กรณีศึกษาเฉพาะแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลในภาครัฐ ระยะ 15 ปีข้างหน้า. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2562;13(2):188-203.
2. สุพินดา สาทรกิจ, สุณี วงศ์คงคาเทพ, จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ. ปัจจัยที่มีผลและนโยบายส่งเสริมการคงอยู่ของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานส่วนภูมิภาคกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2561;27(6):1130-42.
3. จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ, สุณี วงศ์คงคาเทพ. ผลของเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายต่อการคงอยู่และผลงานการให้บริการของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเปรียบเทียบปี 2552 กับปี 2556. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2559;10(3):321-32.
4. โกเมศ วิชชาวุธ, สุณี ผลดีเยี่ยม, สุพรรณี สุคันวรานิล, ดวงใจ เล็กสมบูรณ์, จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ, สุณี วงศ์คงคาเทพ. การเคลื่อนย้ายทันตแพทย์ในระบบบริการสุขภาพช่องปาก พ.ศ. 2518 - 2548. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2551;13(5):17-33.
5. สรารัตน์ เรืองฤทธิ์, เพ็ญแข ลาภยิ่ง, ปัธทวี สีหะวงษ์. การปฏิบัติงานชดใช้ทุนในมุมมองบัณฑิตทันตแพทย์ ปีการศึกษา 2558. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2560;22(1):79-90.
6. ภัทรวิทย์ เงินทอง. คุณภาพชีวิตของการทำงานของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2555;17(2):60-70.
7. กลุ่มงานทันตสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย. ข้อมูลการหมุนเวียนทันตแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://tundra-tilapia-770.notion.site/c3af6df09103494ca0e3bf37cee9ca59.
8. สุบิน พัวสิริ, โสรยา เฉลยจิต, สุวิทย์ อุดมพาณิชย์. ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในระบบราชการของทันตแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. ว.ทันต.ขอนแก่น 2545;19(1):1-16.
9. เทิดศักดิ์ อุตศรี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคเหนือภายหลังจากการปรับเพิ่มค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย. น่าน: กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลนาหมื่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน; 2553.
10. พลอยฉัตร อิงสกุลรุ่งเรือง, ศิริรักษ์ นครชัย, ทรงวุฒิ ตวงรัตนพันธ์. การกระจายและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะโยกย้ายของทันตแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญในประเทศไทย. J DENT ASSOC THAI 2560;67(4):343-59. doi:10.14456/jdat.2017.38.
11. พิชญาดา จันทร์บุญ, กมลชนก อุริยะพงศ์สรรค์, กัญญารัตน์ หนูมาก, ชนิกานต์ แช่มเล็ก, ปณิกาญจน์ ธรรมกิจ, ประพาภร นาวาทอง, และคณะ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจลาออกของบุคลากรทางการแพทย์จากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล. ใน: การประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 58; 2563 ก.พ. 5-7; กรุงเทพฯ. กรุงเทพฯ: สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ; 2563. หน้า 301-9.
12. กรรณิการ์ กุลเกียรติชัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของทันตแพทย์ในวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร [วิทยานิพนธ์]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2554.

การพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ยาโดยใช้ ABC-VEN matrix โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

ภญ.พิศศุภร ริ้วสุวรรณ[1] ภก.พงศ์เทพ ทอเตี้ย[2]
[1,2]กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์โดยการวิเคราะห์กลุ่มยาด้วยแนวคิด ABC-VEN matrix เปรียบเทียบมูลค่าการจัดซื้อในแต่ละปี และวิเคราะห์หาอัตราการสำรองคลังที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ รายการเวชภัณฑ์ยาที่มีใช้ในโรงพยาบาลแม่สรวย โดยเก็บข้อมูลรายการและมูลค่าเวชภัณฑ์ยาจากโปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์ยาและเวชระเบียนของโรงพยาบาลแม่สรวย ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2567 จัดหมวดเวชภัณฑ์ยาเรียงตามมูลค่าการจัดซื้อ (กลุ่ม A, B และ C) รวมถึงจัดกลุ่มเวชภัณฑ์ยาเรียงตามความจำเป็นในการใช้ (กลุ่ม V, E และ N) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยแนวคิด ABC-VEN matrix และใช้ความรู้ทางเภสัชกรรมร่วมกับการกำกับ ติดตาม โดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เปรียบเทียบผลและวิเคราะห์ข้อมูลเป็นเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ มูลค่า และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษาด้านการจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาต่อปีพบว่าปีงบประมาณ 2566 มูลค่าการจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 8.25 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2565 ในปีงบประมาณ 2567 หลังใช้แนวคิด ABC-VEN matrix มูลค่าการจัดซื้อเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.12 เทียบกับปีงบประมาณ 2566 และในปีงบประมาณ 2568 พบว่ามูลค่าของแผนการจัดซื้อเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 0.38 ด้านอัตราการสำรองคลังอยู่ที่ 29 วัน จากเดิม 22 วัน เพื่อให้มียาเพียงพอ พร้อมใช้ ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย และลดภาระของผู้ปฏิบัติงาน จากผลการศึกษาสามารถนำเครื่องมือที่ออกแบบมากำหนดเกณฑ์การสั่งซื้อเวชภัณฑ์ยาให้คุ้มค่า เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลแม่สรวย เพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชภัณฑ์ยา สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับเวชภัณฑ์มิใช่ยา และโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงได้

คำสำคัญ : เวชภัณฑ์ยา, การบริหารเวชภัณฑ์, ประสิทธิภาพ, การวิเคราะห์ ABC-VEN matrix

Development of a Pharmaceutical Supply Management System Using the ABC-VEN Matrix : A Case Study of Mae Suai Hospital, Chiang Rai Province

Pissuporn Rewsuwan[1] Pongtep Torther[2]

[1] Pharmacy and Consumer Protection Department, Mae Suai Hospital, Chiang Rai Province

ABSTRACT

This descriptive retrospective study aimed to evaluate the efficiency of pharmaceutical supply management at Mae Suai Hospital, Chiang Rai Province, using the ABC-VEN matrix. The objectives were to analyze pharmaceutical item groups, compare annual procurement values, and determine an appropriate stockholding rate suitable for the hospital's context.

The study population comprised pharmaceutical items utilized at Mae Suai Hospital. Data on item types and procurement values were collected from the hospital's pharmaceutical supply management program and medical records systems from October 1, 2021, to September 30, 2024. The pharmaceutical items were categorized by procurement value (A, B, and C) and by therapeutic necessity (V, E, and N). Data were analyzed using the ABC-VEN matrix and pharmaceutical knowledge, combined with oversight by the Therapeutics Committee. Descriptive statistics, including frequency, percentage, value, and mean, were applied.

The study found that annual pharmaceutical procurement value increased by 8.25% in fiscal year 2023 compared with 2022. In fiscal year 2024, after applying the ABC-VEN matrix, procurement value increased by only 3.12% compared with 2023. The 2025 procurement plan, based on the matrix, projected an increase of merely 0.38%. The stockholding rate rose from 22 to 29 days to ensure adequate supply, patient safety, and reduced workload for staff.

In conclusion, the ABC-VEN matrix is an effective tool for defining cost-effective and context-appropriate procurement criteria, enhancing pharmaceutical supply management efficiency at Mae Suai Hospital. This approach can also be applied to non-pharmaceutical supplies and other hospitals with similar contexts.

Keywords : ABC-VEN matrix, pharmaceutical supply management, cost-effective

บทนำ

งานบริหารคลังเวชภัณฑ์เป็นหนึ่งในระบบงานที่สำคัญของงานเภสัชกรรม ซึ่งมีการกำหนดมาตรฐานโดยสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (องค์การมหาชน) ตอน II-6 ระบบจัดการด้านยา และอยู่ในมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) ข้อที่ 4 เรื่อง การจัดหา การสำรอง การกระจายและการควบคุม[1-2] พบว่าอัตราการเติบโตของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของไทยเฉลี่ยต่อปีเท่ากับร้อยละ 10.3 โดยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 3 ใน 4 ส่วน ใช้ไปกับการรับบริการด้านการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะค่าเวชภัณฑ์ยา และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาครัฐจึงมีนโยบายและมาตรการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ[3-4] ค่าใช้จ่ายด้านการจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มีมูลค่าสูงเป็นอันดับต้นของโรงพยาบาล ด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณ กระบวนการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลจึงต้องมีประสิทธิภาพ โดยต้องพิจารณาตั้งแต่การคัดเลือก จัดซื้อ จัดหา เก็บสำรองยา รวมไปถึงการกระจายเวชภัณฑ์ยาไปยังหน่วยบริการ เพื่อให้มีความเพียงพอ เหมาะสม พร้อมใช้ ไม่สำรองยานานเกินไปจนเวชภัณฑ์ยาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุ หรือสำรองน้อยเกินไปจนขาดแคลนไม่พร้อมใช้[1,4-5] ซึ่งการดำเนินการเพื่อให้เกิดการบริหารเวชภัณฑ์ยาที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องใช้เครื่องมือเพื่อช่วยในการจัดการ ซึ่งวิธีที่นิยมใช้มากที่สุด คือ การวิเคราะห์ ABC และ VEN ในรูปแบบของ ABC-VEN matrix ซึ่งเป็นการจัดกลุ่มเวชภัณฑ์ยาโดยพิจารณาด้านมูลค่าการจัดซื้อและความจำเป็นในการใช้เวชภัณฑ์ยา ดังนี้

การวิเคราะห์ ABC (ABC analysis) เป็นแนวทางการบริหารคลังเวชภัณฑ์ชนิด selective inventory management (SIM) โดยประยุกต์ใช้กฎของ Pareto (Pareto's law of maldistribution) หรือกฎ 20:80 ที่ว่า "significant few and insignificant many" โดยหากพิจารณาจากมูลค่าเวชภัณฑ์ยาในโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่างบประมาณส่วนใหญ่ถูกใช้กับเวชภัณฑ์ยาจำนวนน้อย (significant few) ในขณะที่เวชภัณฑ์ยาส่วนใหญ่ใช้งบประมาณเพียงเล็กน้อยซึ่งอาจมีความสำคัญในการบริหารจัดการน้อยกว่า (insignificant many) ซึ่งแบ่งกลุ่มรายการเวชภัณฑ์ยาตามการวิเคราะห์ ABC โดย กลุ่ม A คือ กลุ่มรายการเวชภัณฑ์ยาที่ใช้งบประมาณการจัดซื้อรวมทั้งปีประมาณร้อยละ 75-80 ของงบประมาณค่าเวชภัณฑ์ยาทั้งหมด แต่มีจำนวนรายการยาน้อยเพียงร้อยละ 10-20 ของรายการยาทั้งหมด กลุ่ม B ใช้งบประมาณการจัดซื้อประมาณร้อยละ 15-20 มีจำนวนรายการยาร้อยละ 20-40 ขณะที่กลุ่ม C ใช้งบประมาณการจัดซื้อเพียงร้อยละ 5-10 แต่มีจำนวนรายการยาสูงถึงร้อยละ 40-80 ของรายการยาทั้งหมด[3-9]

การวิเคราะห์ VEN (VEN analysis) เป็นการพิจารณาความจำเป็นที่ต้องมีรายการเวชภัณฑ์ยาในบัญชียาตามบริบทของโรงพยาบาล โดยกลุ่ม V (Vital items) คือ กลุ่มเวชภัณฑ์ยาที่"ต้องมีพร้อมใช้" ในโรงพยาบาลตลอดเวลา เช่น ยาช่วยชีวิต ยาต้านพิษ เซรุ่มต้านพิษ ยาปฏิชีวนะ หรือสารน้ำ การขาดแคลนยาเหล่านี้ ทำให้เกิดต้นทุน ของการสูญเสียโอกาสต่อโรงพยาบาลเป็นอย่างมากและอาจมีผลกระทบที่ร้ายแรงตามมา เช่น ผู้ป่วยเสียชีวิต บุคลากรถูกฟ้องร้อง เสื่อมเสียชื่อเสียงและความน่าเชื่อถือของโรงพยาบาล กลุ่ม E (Essential items) คือ กลุ่มเวชภัณฑ์ยาที่ "ควรมีไว้ใช้" ในโรงพยาบาล เช่น ยารักษาโรคที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยของโรงพยาบาล ยาบัญชี ก. และ ข. ในบัญชียาหลักแห่งชาติ การขาดแคลนยากลุ่มนี้ทำให้เกิดต้นทุนของการเสียโอกาสอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และไม่นำไปสู่ผลกระทบที่ร้ายแรงตามมา เช่น ทำให้ต้องใช้ยารายการอื่นที่มีประสิทธิภาพทัดเทียมกันแต่ราคาสูงกว่า และกลุ่ม N (N – Non essential หรือ Desirable items) คือ กลุ่มเวชภัณฑ์ยาที่ "อาจมี" ในโรงพยาบาล เช่น เป็นยาทางเลือกหรือยาเสริมสำหรับรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ไม่มีผลต่อการรักษา เมื่อมีการขาดแคลนยากลุ่มนี้ไม่ทำให้เกิดผลกระทบต่อโรงพยาบาลและมีต้นทุนของการสูญเสียน้อย[3-9]

การวิเคราะห์ ABC-VEN matrix (ABC-VEN matrix analysis) เป็นการจัดกลุ่มเวชภัณฑ์ยาโดยพิจารณาด้านมูลค่าการจัดซื้อและความจำเป็นในการใช้เวชภัณฑ์ยา ลดข้อจำกัดของการให้ความสำคัญเฉพาะด้านมูลค่าหรือด้านความจำเป็นในการใช้เพียงอย่างเดียว ทำให้การจัดการระบบบริหารเวชภัณฑ์ยามีประสิทธิภาพมากขึ้น [3-9] แบ่งกลุ่มเวชภัณฑ์ยาเป็น 3 หมวด ดังนี้

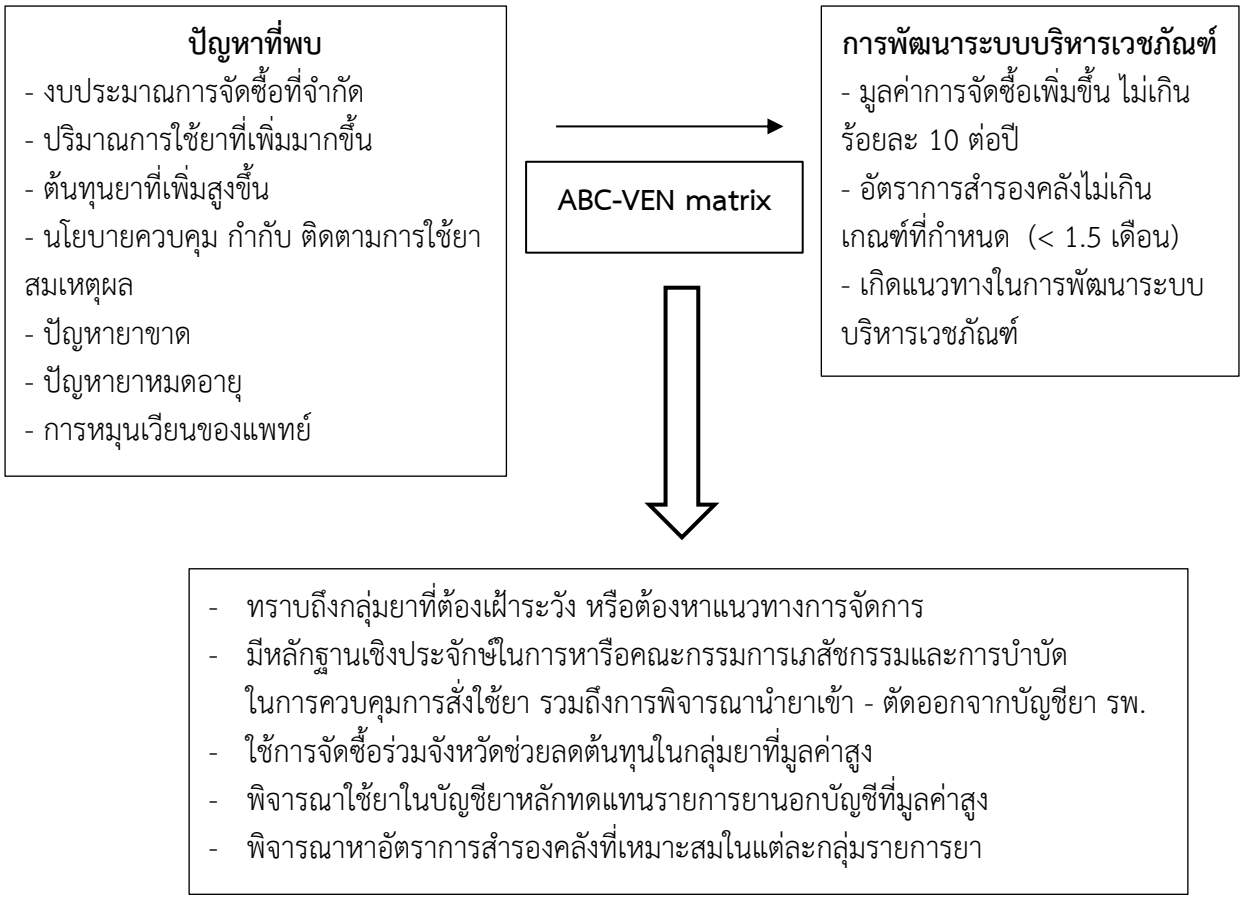
- หมวดที่ 1 กลุ่มที่มีความจำเป็นมากและใช้งบประมาณในการจัดซื้อมูลค่าสูง (AV, AE, AN, BV และ CV)
- หมวดที่ 2 กลุ่มที่มีความจำเป็นและมีค่าใช้จ่ายปานกลาง (BE, CE และ BN)
- หมวดที่ 3 กลุ่มที่ความจำเป็นน้อยและมีมูลค่าในการจัดซื้อน้อย (CN)

โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ให้บริการผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2565, 2566 และ 2567 จำนวน 169,508 ครั้ง, 188,439 ครั้ง และ 256,915 ครั้งตามลำดับ ให้บริการผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2565, 2566 และ 2567 จำนวน 18,871 วันนอน, 15,026 วันนอน และ 26,138 วันนอน ตามลำดับ มีรายการยาในบัญชียาโรงพยาบาล ทั้งหมด 345 รายการ รายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ 332 รายการ รายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ 13 รายการ โดยรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 96.23 ใช้งบประมาณการซื้อเวชภัณฑ์ยา ในปีงบประมาณ 2565, 2566 และ 2567 มูลค่า 15,839,669.16 บาท, 17,146,383.31 บาท และ 17,681,728.72 บาท ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แม้จะมีการกำกับติดตามจากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดซึ่งเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ยังใช้เกณฑ์การคำนวณจุดสั่งซื้อ (Re-order Point; ROP) คำนวณความต้องการใช้ยา (Demand Forecasting) และกำหนดอัตราการสำรองคลังไม่เกิน 1.5 เดือน ซึ่งจากการดำเนินงานข้างต้นยังพบปัญหายาขาด การสำรองยาคงคลังไม่เหมาะสม ต้นทุนยาเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นเพื่อให้การบริหารคลังเวชภัณฑ์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพทางผู้วิจัยจึงได้เกิดแนวคิดในการนำเครื่องมือ ABC-VEN matrix[3-9] มาใช้ เพื่อหาปริมาณการสำรองเวชภัณฑ์ยาแต่ละกลุ่มให้เหมาะสม ร่วมกับทบทวนขั้นตอนการคัดเลือก จัดซื้อ จัดหา กระจายยา และควบคุมการใช้ให้เป็นไปอย่างสมเหตุผล ภายใต้งบประมาณที่กำหนด ลดการสูญเสียงบประมาณ ขณะเดียวกันต้องเพียงพอ พร้อมใช้ และเป็นไปตามมาตรฐาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อจัดกลุ่มรายการเวชภัณฑ์ยาโดยการวิเคราะห์กลุ่มยาด้วยหลักแนวคิด ABC-VEN matrix
2. เพื่อศึกษาอัตราการสำรองเวชภัณฑ์ยาที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลแม่สรวย
3. เพื่อควบคุมต้นทุนการจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาให้เพิ่มขึ้นไม่เกินร้อยละ 10

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลรายการและมูลค่าเวชภัณฑ์ยาจากโปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์ยาและเวชระเบียนของโรงพยาบาลแม่สรวย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ข้อมูลรายการเวชภัณฑ์ยาจากโปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์ยาและจากเวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2567

เกณฑ์คัดเข้า : รายการเวชภัณฑ์ยาที่มีใช้ในโรงพยาบาลแม่สรวย ช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา

เกณฑ์คัดออก : รายการเวชภัณฑ์ยาในโรงพยาบาลแม่สรวย ที่ได้รับการสนับสนุนจากโครงการต่าง ๆ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลรายการเวชภัณฑ์ยาจากโปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์ยาและจากเวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2567 ซึ่งไม่ได้รับการสนับสนุนจากโครงการต่าง ๆ

เครื่องที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. โปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์ของงานจัดซื้อยา โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย
2. เวชระเบียนผู้ป่วยนอก เวชระเบียนผู้ป่วยในของผู้ป่วย โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย
3. แบบเก็บข้อมูลจากโปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป รายการเวชภัณฑ์ยาและมูลค่าที่จัดซื้อต่อปีงบประมาณ แบ่งเป็นรายการยานอกบัญชีและในบัญชียาหลักแห่งชาติ รายการยาขาด ยาหมดอายุ อัตราคงคลัง และข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก-ในต่อปี ส่วนที่ 2 ข้อมูลแยกตามเวชภัณฑ์ยาแต่ละรายการ มูลค่าเวชภัณฑ์ยาแต่ละรายการคิดเป็นมูลค่าสะสม รายการเวชภัณฑ์ยาที่แบ่งตามมูลค่าจากมากไปน้อย (กลุ่ม A,B และ C) และรายการเวชภัณฑ์ยาที่แบ่งตามความจำเป็นในการใช้จากมากไปน้อย (กลุ่ม V, E และ N) และส่วนที่ 3 ข้อมูลการวิเคราะห์ ABC-VEN matrix มูลค่าเวชภัณฑ์ยาในแต่ละกลุ่มและอัตราคงคลัง

วิธีรวบรวมข้อมูล

1. จัดแบ่งกลุ่มเวชภัณฑ์ยาในบัญชียาโรงพยาบาลแม่สรวยตาม ABC analysis จำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ A B และ C ตามมูลค่าการจัดซื้อรวมทั้งปี
2. จัดแบ่งกลุ่มเวชภัณฑ์ยาในบัญชียาโรงพยาบาลตาม VEN analysis จำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ V E และ N ตามความจำเป็นในการใช้เวชภัณฑ์ยา
3. วิเคราะห์ ABC-VEN analysis โดยพิจารณามูลค่าการจัดซื้อและความจำเป็นในการใช้จะแบ่งกลุ่มเวชภัณฑ์ยาได้เป็น 3 หมวดใหญ่ ได้แก่ กลุ่มที่มีความจำเป็นอย่างมากและใช้งบประมาณในการจัดซื้อมูลค่าสูง กลุ่มที่มีความจำเป็นและมีค่าใช้จ่ายปานกลาง และกลุ่มที่ความจำเป็นน้อยและมีมูลค่าในการจัดซื้อน้อย
4. ข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เปรียบเทียบผลก่อนและหลังนำแนวคิด ABC-VEN matrix มาใช้พัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ และรายงานผลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลเป็น จำนวน มูลค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

การพิจารณาจริยธรรมทางการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย หนังสือรับรองเลขที่ CRPPHO No. 138/2567 วันที่รับรอง 6 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. การแบ่งกลุ่มเวชภัณฑ์ยาตามระบบ ABC Analysis พิจารณาจากมูลค่าการจัดซื้อรวมต่อปีของเวชภัณฑ์ยาแต่ละรายการ ซึ่งในปีงบประมาณ 2566 จัดซื้อเวชภัณฑ์ยาทั้งหมด 313 รายการ ใช้งบประมาณ 17,146,383.31 บาท และปีงบประมาณ 2567 จัดซื้อทั้งหมด 322 รายการ ใช้งบประมาณ 17,681,728.72 บาท กลุ่ม A มีจำนวนรายการน้อยที่สุด (ร้อยละ 20.67-22.67) แต่มูลค่าการจัดซื้อมากที่สุด (ร้อยละ 74.78-74.93) กลุ่ม C มีจำนวนรายการประมาณครึ่งหนึ่งของรายการเวชภัณฑ์ยาทั้งหมด (ร้อยละ 47.28-45.03) ขณะที่มูลค่าการจัดซื้อน้อยที่สุด (ร้อยละ 5.11-5.26) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์จัดกลุ่มเวชภัณฑ์ยาตามหลัก ABC Analysis

ปีงบประมาณ	2566		2567	
กลุ่มเวชภัณฑ์ยา	**รายการ (ร้อยละ)**	**มูลค่า (ร้อยละ)**	**รายการ (ร้อยละ)**	**มูลค่า (ร้อยละ)**
A	65 (20.77)	12,822,087.60 (74.78)	73 (22.67)	13,247,991.19 (74.93)
B	100 (31.95)	3,421,659.04 (19.96)	104 (32.30)	3,529,789.48 (19.96)
C	148 (47.28)	902,636.67 (5.26)	145 (45.03)	903,948.05 (5.11)
รวม	313 (100)	17,146,383.31 (100)	322 (100)	17,681,728.72 (100)

2. การแบ่งกลุ่มเวชภัณฑ์ยาตามระบบ VEN Analysis จะพิจารณาจากความจำเป็นต่อการรักษา ปีงบประมาณ 2566 และ 2567 กลุ่ม E เป็นกลุ่มเวชภัณฑ์ยาที่มีความสำคัญในการรักษา มีจำนวนรายการมากที่สุด (ร้อยละ 50.16-51.24) และมูลค่าการจัดซื้อมากที่สุด (ร้อยละ 67.21-67.82) กลุ่ม N มีจำนวนรายการน้อยที่สุด (ร้อยละ 11.82-12.11) และใช้งบประมาณในการจัดซื้อน้อยที่สุด (ร้อยละ 12.87-13.21) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์จัดกลุ่มเวชภัณฑ์ยาตามหลัก VEN Analysis

ปีงบประมาณ	2566		2567	
กลุ่มเวชภัณฑ์ยา	**รายการ (ร้อยละ)**	**มูลค่า (ร้อยละ)**	**รายการ (ร้อยละ)**	**มูลค่า (ร้อยละ)**
V	119 (38.02)	3,253,490.44 (18.97)	118 (36.65)	3,521,205.10 (19.91)
E	157 (50.16)	11,628,316.05 (67.82)	165 (51.24)	11,884,416.96 (67.21)
N	37 (11.82)	2,264,576.82 (13.21)	39 (12.11)	2,276,106.66 (12.88)
รวม	313 (100)	17,146,383.31 (100)	322 (100)	17,681,728.72 (100)

3. จัดทำ ABC-VEN matrix โดยรวมการแบ่งกลุ่มเวชภัณฑ์ยาด้านมูลค่าการจัดซื้อ (ABC analysis) และความจำเป็นต่อการรักษา (VEN analysis) จะแบ่งยาออกได้เป็น 9 กลุ่ม 3 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 กลุ่มที่มีความจำเป็นอย่างมากและใช้งบประมาณในการจัดซื้อมูลค่าสูง (AV, AE, AN, BV และ CV) หมวดที่ 2 กลุ่มที่มีความจำเป็นและมีค่าใช้จ่ายปานกลาง (BE, CE และ BN) และหมวดที่ 3 กลุ่มที่ความจำเป็นน้อยและมีมูลค่าในการจัดซื้อน้อย (CN) ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 แสดงการจัดกลุ่มเวชภัณฑ์ยาตาม ABC-VEN matrix

	V	E	N
A	AV	AE	AN
B	BV	BE	BN
C	CV	CE	CN

ตารางที่ 4 แสดงกลุ่มยาที่จัดกลุ่มโดยใช้ ABC-VEN matrix เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2566 และ 2567

	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
กลุ่ม	**จำนวนรายการ**	**มูลค่าการจัดซื้อ (บาท)**	**ร้อยละ**	**จำนวนรายการ**	**มูลค่าการจัดซื้อ (บาท)**	**ร้อยละ**
เวชภัณฑ์ยาหมวดที่ 1 (มีความจำเป็นอย่างมากและใช้งบประมาณในการจัดซื้อมูลค่าสูง**)**						
AE	**38**	9,014,767.50	52.57	**48**	9,495,999.39	53.71
AV	**17**	2,002,242.10	11.68	**13**	1,882,161.80	10.64
AN	**10**	1,805,078.00	10.53	**12**	1,869,830.00	10.57
BV	**27**	814,151.04	4.75	**36**	1,195,812.68	6.76
CV	**75**	437,097.30	2.55	**69**	443,230.62	2.51
เวชภัณฑ์ยาหมวดที่ 2 (มีความจำเป็นและมีมูลค่าการจัดซื้อปานกลาง)						
BE	**61**	2,240,446.00	13.07	**57**	2,012,541.80	11.38
CE	**58**	373,102.55	2.17	**60**	375,875.77	2.13
BN	**12**	367,062.00	2.14	**11**	321,435.00	1.82
เวชภัณฑ์ยาหมวดที่ 3 (มีความจำเป็นน้อยและมีมูลค่าในการจัดซื้อน้อย)						
CN	**15**	92,436.82	0.54	**16**	84,841.66	0.48
รวม	**313**	**17,146,383.31**	**100**	**322**	**17,146,383.31**	**100**

4. ในปีงบประมาณ 2567 ได้นำ ABC-VEN matrix มาใช้พัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ โดยให้ความสำคัญกับเวชภัณฑ์ยาหมวดที่ 1 เนื่องจากมีความจำเป็นอย่างมากและใช้งบประมาณในการจัดซื้อมูลค่าสูง โดยใช้ความรู้ทางเภสัชกรรมจัดการร่วมกับการกำกับติดตามโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutics Committee; PTC) ตั้งแต่การคัดเลือก จัดหา เก็บรักษา และสั่งใช้ ดังนี้

4.1 <u>การคัดเลือก</u> พิจารณารายการยาเข้า-ออกจากบัญชียาโรงพยาบาลให้พิจารณาตามหลัก IESAC โดยประเด็นพิจารณาร่วมกับคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้แก่ ข้อบ่งใช้ (Indication) ประสิทธิภาพ (Efficacy) ความปลอดภัย (Safety) ความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence) และราคา (Cost) รวมถึงรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติหารือคณะกรรมการเพื่อพิจารณาเปลี่ยนเป็นรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อให้ได้รายการยาที่มีประสิทธิภาพคุ้มค่า เหมาะสม

4.2 <u>การจัดซื้อจัดหา</u>: จัดซื้อเวชภัณฑ์ยาจากบริษัทผู้ผลิตที่ได้เกณฑ์มาตรฐานเภสัชตำรับ จัดซื้อยาร่วมระดับจังหวัด พิจารณาบรรจุภัณฑ์ที่ไม่เกิดความคลาดเคลื่อนจากชื่อพ้องมองคล้าย

4.3 <u>การเก็บรักษา</u>: ยึดหลัก First Expire First Out (FEFO) รายการยามูลค่าสูงสำรองไว้ไม่เกิน 1 เดือน รายการยาช่วยชีวิตใช้การแจ้งเตือนผ่านแอปพลิเคชัน เพื่อป้องกันปัญหาเวชภัณฑ์ยาจำเป็นขาดที่จุดบริการ หรือเวชภัณฑ์ยาหมดอายุในคลัง เนื่องจากอัตราการใช้ไม่คงที่

4.4 การสั่งใช้: เวชภัณฑ์ยามูลค่าสูง ยาปฏิชีวนะ รายการที่สั่งใช้ปริมาณมาก ได้กำหนดมาตรการให้ผู้สั่งใช้ยาบันทึกแบบฟอร์มติดตามการใช้ยาสมเหตุผล (Drug utilization evaluation; DUE) และเภสัชกร ตรวจสอบก่อนจ่ายยาให้กับผู้ป่วย และรายงานผลให้คณะกรรมการ PTC ทราบ เพื่อกำกับ ติดตาม

นอกจากนี้ในปีงบประมาณ 2567 เป็นช่วงสถานการณ์โรคระบาด (COVID-19) ต้องจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาเพิ่มเติม รวมถึงขยายขอบเขตการให้บริการให้สอดคล้องกับ service plan จากโรงพยาบาลแม่ข่าย โรคของผู้ป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้น จำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้น แต่จากการจัดการข้างต้นมูลค่าการจัดซื้อในหมวดที่ 1 ซึ่งเป็นกลุ่มเวชภัณฑ์ยามูลค่าสูง และมีความจำเป็นต้องใช้ เพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 5.78 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2566

การจัดการเวชภัณฑ์หมวดที่ 2 และ 3 เนื่องจากมีจำนวนรายการเวชภัณฑ์ยามาก ขณะที่มูลค่าในการจัดซื้ออยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง การจัดการยากลุ่มนี้จึงไม่เข้มงวดเมื่อเทียบกับหมวดที่ 1 โดยมีการจัดซื้อยาในระดับจังหวัด กำกับ ติดตาม เมื่อมีการสั่งใช้สูงขึ้นมากกว่าปกติ ปรับเปลี่ยนรายการยานอกบัญชีให้เป็นรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ รายการที่อัตราการใช้น้อยพิจารณาตัดออกจากบัญชียาโรงพยาบาล และกำหนดอัตราการสำรองคลังของหมวดที่ 2 และ 3 ไว้ที่ 1.5-2 เดือน เพื่อช่วยลดภาระของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งพบว่าปีงบประมาณ 2567 มูลค่าการจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาในหมวดที่ 2 และ 3 ลดลงจากปี 2566 ร้อยละ 9.08 และ 8.22 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงมูลค่าการจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาในหมวดต่าง ๆ เทียบปีงบประมาณ 2566 และ 2567

หมวดที่	ปี 2566 มูลค่าการจัดซื้อ (บาท)	ปี 2567 มูลค่าการจัดซื้อ(บาท)	ผลต่าง (ร้อยละ)	เทียบกับปี 2566
1	14,073,335.94	14,887,034.49	5.78	เพิ่มขึ้น
2	2,980,610.55	2,709,852.57	- 9.08	ลดลง
3	92,436.82	84,841.66	- 8.22	ลดลง

5. ด้านแผนการจัดซื้อเวชภัณฑ์ยา ปีงบประมาณ 2566 มูลค่าการจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาเพิ่มจากปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 8.25 ขณะที่ปีงบประมาณ 2567 ใช้แนวคิด ABC-VEN matrix ในการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ พบว่ามูลค่าการจัดซื้อเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.12 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2566 และเมื่อทำแผนในปีงบประมาณ 2568 พบว่ามูลค่าการจัดซื้อเพิ่มขึ้นเพียง ร้อยละ 0.38 และอัตราการสำรองคลังอยู่ที่ 29 วัน จากเดิม 22 วัน เพื่อให้มียาเพียงพอ พร้อมใช้ ไม่พบอุบัติการณ์รายการยาช่วยชีวิตขาดที่จุดบริการ และลดภาระของผู้ปฏิบัติงาน ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงมูลค่าแผนจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาเปรียบเทียบปีงบประมาณ 2565 ถึง 2568

ปีงบประมาณ	มูลค่าการจัดซื้อยา (บาท)	เพิ่มขึ้น (บาท)	เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)	อัตราสำรองคลัง (วัน)
2565	15,839,669.16	-	-	25
2566	17,146,383.31	1,306,714.15	8.25	22
2567	17,681,728.72	535,345.41	3.12	29
2568 (ทำแผน)	17,748,561.77	66,833.05	0.38	

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ยาโดยใช้ ABC-VEN matrix โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย พบว่า

1. กลุ่มยาหมวดที่ 1 คือ กลุ่มยาที่มีความจำเป็นใช้มากและมีมูลค่าการจัดซื้อสูง เป็นกลุ่มยาที่ควรให้ความสำคัญและมีแนวทางในการควบคุม กำกับ โดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โดยเฉพาะกลุ่ม AV, AE และ ANเนื่องจากมีรายการยาประมาณร้อยละ 20 แต่มูลค่าในการจัดซื้อสูงถึงร้อยละ 75 นอกจากนี้ในหมวดที่ 1 ยังมีกลุ่มที่ต้องมีเพียงพอ พร้อมใช้ ไม่พบปัญหายาหมดอายุ หรือยาขาด ได้แก่ กลุ่มยาช่วยชีวิต (AV, BV และ CV) ซึ่งหากมีแนวทางในการควบคุมตั้งแต่การคัดเลือกรายการยาเข้าและตัดออกจากบัญชียาโรงพยาบาล การจัดซื้อ ปริมาณการเก็บสำรอง ตลอดจนถึงการสั่งใช้ จะช่วยให้การสั่งใช้เวชภัณฑ์ยาเป็นไปอย่างสมเหตุผล ไม่ต้องสำรองเวชภัณฑ์ยาปริมาณมากเกินความจำเป็น รวมถึงผู้ป่วยได้รับยาที่มีประสิทธิภาพปลอดภัย ไม่พบปัญหายาที่สำคัญจำเป็นขาดหรือไม่พร้อมใช้ที่จุดบริการ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วราภรณ์ โชติธนานุรักษ์ ซึ่งได้นำระบบ ABC-VED analysis ไปใช้ในงานบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลพาน โดยเกิดผลลัพธ์ คือ สามารถวางแผนการจัดซื้อยาได้เหมาะสม ลดปัญหายาไม่เพียงพอต่อการเบิกจ่าย ช่วยให้การบริหารเวชภัณฑ์ยาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด[8]

กลุ่มยาหมวดที่ 2 คือ กลุ่มยาที่มีความจำเป็นใช้ปานกลางและมีมูลค่าการจัดซื้อปานกลาง มีจำนวนรายการเวชภัณฑ์ยามากถึงร้อยละ 40 ของรายการยาที่จัดซื้อทั้งหมด ขณะที่มูลค่าในการจัดซื้อคิดเป็นร้อยละ 15-17 รายการยาในหมวดนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเวชภัณฑ์ยารักษาโรคเรื้อรังและโรคทั่วไป มูลค่าปานกลาง หากโรงพยาบาลมีข้อจำกัดด้านงบประมาณอาจพิจารณาซื้อยาในกลุ่ม BE กับ CE ก่อน ส่วนกลุ่มยาหมวดที่ 3 คือ กลุ่มยาที่มีความจำเป็นน้อยและมูลค่าการจัดซื้อน้อย อาจเสนอต่อคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดในการตัดรายการยาที่มีอัตราการใช้น้อยและไม่จำเป็นออกจากบัญชียาโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นภาระในการดูแล และเสี่ยงต่อรายการยาหมดอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญเย็น หนูเล็ก ได้ทำการศึกษาการจัดกลุ่มรายการยาโดยใช้การวิเคราะห์แบบ ABC-VEN matrix ในโรงพยาบาลตราด[4] และปิยาณีอ่อนเอี่ยม ได้ทำการศึกษาการจัดการคลังยาด้วย ABC-VEN เมตริกซ์ของสถาบันราชประชาสมาสัย ซึ่งให้ความสำคัญกับการจัดการยาหมวดที่ 1 เป็นหลัก เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูง และมีความจำเป็นมาก[7]

2. การใช้ ABC-VEN matrix เป็นการพิจารณาทั้งความจำเป็นในการใช้และมูลค่าในการจัดซื้อ ดังนั้นจึงสามารถนำข้อมูลการจัดกลุ่มยาที่ได้ไปจัดทำแผนจัดซื้อ ร่วมกับการใช้ความรู้ทางเภสัชกรรมจัดการกับกลุ่มยาหมวดต่างๆ และมีการควบคุม กำกับติดตาม โดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด แม้ว่ามูลค่าการจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาต่อปีมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในเวชภัณฑ์ยาหมวดที่ 1 เนื่องจากมีรายการเวชภัณฑ์ยามูลค่าสูงเพิ่มมากขึ้นในบัญชียาของโรงพยาบาล จำนวนผู้รับบริการที่มากขึ้น ความซับซ้อนของโรคของผู้ป่วย รวมถึงการขยายบริการเพื่อรองรับ service plan แต่มูลค่าการจัดซื้อยาต่อปีเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีก่อนหน้าเพียงร้อยละ 3.12 และ 0.38 ในปีงบประมาณ 2567 และ 2568 ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติพงศ์ โค้วจิริยะพันธ์ ซึ่งได้นำระบบ ABC analysis และ VEN analysis ไปใช้ในงานบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลป่าแดด เกิดผลลัพธ์คือ ทำให้สามารถแบ่งกลุ่มยาตามความจำเป็นในการใช้และมูลค่าในการจัดซื้อเพื่อนำไปวางแผนและกำหนดนโยบายในการจัดซื้อยาให้มีประสิทธิภาพต่อไปได้[9]

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยในพื้นที่โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย และช่วยให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์แก่งานวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานการพยาบาล และกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลแม่สรวย ที่ช่วยสนับสนุนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

1. การวิเคราะห์ ABC-VEN matrix จะเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ข้อมูลต้องมีความน่าเชื่อถือ และถูกต้อง มีการแบ่งกลุ่มยาที่ชัดเจน เป็นมาตรฐานของโรงพยาบาล และควรมีการวิเคราะห์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน เป็นประโยชน์สำหรับวางแผนงบประมาณ การสำรองยา การควบคุมกำกับ การจัดเก็บ และการกระจายยาให้มีความเหมาะสมกับรายการยาแต่ละกลุ่ม ส่งผลให้มียาสำรองในคลังเพียงพอพร้อมใช้ ลดการสูญเสียจากยาหมดอายุ
2. ใช้ข้อมูลที่ได้นำเสนอคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดเพื่อประกอบการพิจารณากำหนดนโยบายด้านยา แนวทางการควบคุม ติดตาม กำกับการใช้ยาในกลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญ อัตราการใช้สูง หรือมีมูลค่าสูง เพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาสมเหตุผล
3. นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ ABC-VEN matrix ไปกำหนดแนวทางการจัดทำแผนจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาในปีต่อไป รวมถึงนำไปประยุกต์ใช้กับเวชภัณฑ์มิใช่ยา และโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลแม่สรวยได้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2565.
2. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย). มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล พ.ศ. 2566-2570. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2566.
3. สุมาลี สงวนศักดิ์, ชุติมา รัตนชมภู. การใช้วิธีวิเคราะห์ ABC-VEN ในการบริหารคลังยาในโรงพยาบาลแพร่. *วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 2566;3:21-32.*
4. บุญเย็น หนูเล็ก. การศึกษาการจัดกลุ่มรายการยาโดยใช้การวิเคราะห์แบบ ABC-VEN matrix ในโรงพยาบาลตราด. [อินเตอร์เน็ต]. ตราด: การจัดการความรู้โรงพยาบาลตราด; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://trathospital.go.th/KM/TempDoc/temp_3587.pdf
5. เหม่ยเสียน พงศ์วิไลรัตน์. การบริหารเวชภัณฑ์อย่างมีประสิทธิภาพ. เชียงรายเวชสาร 2566;15(2):53-65.
6. บรรณสรณ์ เตชะจำเริญสุข, กิตติยศ ยศสมบัติ. การประยุกต์ใช้การวิเคราะห์ ABC-VED ในการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์. [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=477
7. ปิยาณี อ่อนเอี่ยม. การจัดการคลังยาด้วย ABC-VEN เมตริกซ์ของสถาบันราชประชาสมาสัย. วารสาร มฉก.วิชาการ 2564;25(2):258-72.

8. วราภรณ์ โชติธนานุรักษ์. การนำระบบ ABC-VED Analysis มาใช้ในการบริหารเวชภัณฑ์และคลังยาโรงพยาบาลพาน. [อินเตอร์เน็ต]. เชียงราย: คลังปัญญาเชียงราย; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://cro.moph.go.th/research/download/83_20221121_SUCCESS.pdf
9. กิตติพงศ์ โค้วจิริยะพันธ์. การใช้ ABC&VEN Analysis ในงานบริหารเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลป่าแดด อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย. วารสารองค์การเภสัชกรรม 2565;2:14-9.

ผลของการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

วิภาวี วอง
โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเพื่อพัฒนา (Research and Development) แบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) วัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 2) ศึกษาระดับความรู้การบริหารยาความเสี่ยงสูง 3) ศึกษาการปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง และ 4) ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง

ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพในงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 15 คน ระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึงเดือนมีนาคม 2568 สถิติที่ใช้ ได้แก่ Paired t-test เปรียบเทียบความรู้ และการปฏิบัติก่อนและหลังได้รับความรู้ตามรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง

ผลการวิจัย พบว่า หลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูงต่อความรู้และการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ไม่พบการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ร้อยละ 100 ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ สูงกว่าก่อนได้รับความรู้ตามรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง ($\bar{x}$=24.33,SD=1.12) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก พยาบาลได้รับความรู้ตามรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง งานวิจัยนี้อยู่ระหว่างการวิเคราะห์ผลในวัตถุประสงค์ข้ออื่น ๆ ได้แก่ การปฏิบัติ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ จึงขอนำเสนอผลเฉพาะส่วนของการพัฒนารูปแบบ และความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในครั้งนี้

คำสำคัญ: การบริหารยา, ยาความเสี่ยงสูง, งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

The Effect of Developing a Nursing Service Model for High Alert Drug Intensive Care Units in Administration Nursing Service Organization at Maesai Hospital, Chiang rai Province.

Viparvee Vong
Mae Sai Hospital, Chiang Rai Province

ABSTRACT

This research is a Research and Development (R&D) study using a quasi-experimental design, specifically a one-group pretest-posttest design. The objectives of the study were 1)To develop a nursing service model for high-alert drug administration in Intensive care unit, 2)To assess the level of knowledge regarding high alert drug administration , 3) To study compliance with nursing service model for high alert drug, and 4) To assess the professional nurses' satisfaction with nursing service model for high alert drug.

The study was conducted among 15 professional nurses working in Intensive care unit between December 2024 and March 2025. Statistical analysis included the paired t-test to compare knowledge and practice before and after implementing the nursing service model for high alert drug management. The research findings revealed that, after implementing the nursing service model for high alert drug management. No incidence of medication errors from High Alert Drug Administration reported 100%. The knowledge score of the nurses significantly increased after receiving training based on nursing service model for high alert drug (mean = 24.33, SD = 1.12), with a statistically significant difference (p = 0.001). Research results indicate that the development of the nursing service model for high alert drug has strong potential to enhance patient safety in intensive care units. Nurses gained knowledge effectively through this model.

This research is currently in the process of analyzing other objectives, including nursing practice and professional nurse satisfaction. Therefore, the results presented here focus solely on the development of the model and the knowledge outcomes among professional nurses.

Keywords: Drug administration, High alert drug, Intensive care unit

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพ สิ่งสำคัญประการหนึ่งคือความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาล ปัจจุบันผู้รับบริการและสังคมให้ความสนใจเรื่องความปลอดภัยในการให้บริการสุขภาพ มากขึ้น ผู้ให้บริการเองก็มีความตระหนักและเริ่มให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล องค์กรอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) เป็นหลักการพื้นฐานในระบบบริการสุขภาพ และในระบบสุขภาพทั่วโลก ระบบยานับเป็นเรื่องที่องค์กรสำคัญต่าง ๆ ให้ความสำคัญ เนื่องจากหากเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาอาจทำให้เกิดอันตรายรุนแรงกับผู้ป่วย[1] โดยเฉพาะกลุ่มยาที่ทำให้เกิดอันตรายรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต การรักษาโรคส่วนใหญ่จะบำบัดรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยยาก็เกี่ยวข้องมากที่สุดกับการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 20 ของความเสียหายที่เกิดขึ้นทั้งหมด เกี่ยวข้องกบความคลาดเคลื่อนทางยา และยากลุ่มความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) ก็มีแนวโน้มที่จะเกี่ยวข้องกบความเสียหายมากกว่ายากลุ่มอื่นโดยก่อให้เกิดอันตรายมากกวาปกติและมีแนวโน้มที่จะรุนแรง ยากลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดอันตรายได้ถึงแม้จะใช้อย่างถูกต้อง[2]

ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากความคลาดเคลื่อนของยาความเสี่ยงสูงในประเทศไทย พบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 38,774 ครั้ง โดยเป็นเหตุการณ์ระดับรุนแรงที่ทำให้ต้องรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น เกิดทุพพลภาพหรือพิการอย่างถาวร และเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 20.38[3] โดยเฉพาะความปลอดภัยด้านยาที่เป็น 1 ใน 5 อันดับ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการรักษาพยาบาล (Adverse Event) และจัดเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการในระบบบริการสุขภาพ[4]

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในระบบยา เพราะเป็นด่านสุดท้ายที่ยาจะไปถึงตัวผู้ป่วยโดยเฉพาะหากมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นในกระบวนการพยาบาลจะเป็นด่านสุดท้ายที่จะตรวจจับความคลาดเคลื่อนได้ โดยพยาบาลทำหน้าที่ตั้งแต่การซักประวัติ การรับคำสั่งการใช้ยา การคัดลอกคำสั่งแพทย์ลงในใบบันทึกการให้ยา การตรวจสอบยาที่ส่งมาจากห้องจ่ายยา กระบวนการบริหารยาซึ่งรวมตั้งแต่การเตรียมยาการผสมยา การนำยาไปบริหารให้ผู้ป่วย และกระบวนการหลังการให้ยาซึ่งต้องติดตามและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์และการบันทึกการให้ยาไว้เป็นลายลักษณ์อักษร[5] โดยเฉพาะยากลุ่มความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) ซึ่งหากเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายถึงชีวิตหรือเกิดภาวะทุพพลภาพ[6] และยังส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นในการให้บริการพยาบาล และภาพลักษณ์ของวิชาชีพ การพยาบาล นอกจากนี้อาจทำให้ ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น[7]

โรงพยาบาลแม่สาย โรงพยาบาลแม่สายเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก Middle-level Hospital :M1 ขนาด 156 เตียง เขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดน ตั้งอยู่ในเขตอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย[8] โรงพยาบาลแม่สาย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้มีการกำหนดบัญชีรายการยาความเสี่ยงสูง โดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จำนวน 20 รายการ พร้อมทั้งข้อปฏิบัติในการใช้ยาความเสี่ยงสูง และแนวทางการบริหารยาความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) ในคู่มือแนวทางจัดการระบบยาบนหอผู้ป่วย ปี พ.ศ. 2567 [9] จากสถิติปี 2563-2567 พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยหนัก ความรุนแรงความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไปจำนวน 6,4,3,4 และ 3 ครั้งตามลำดับ[10] ซึ่งระดับ E ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการเฝ้าระวังติดตามอาการ ได้รับการรักษาเพิ่มขึ้นและนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

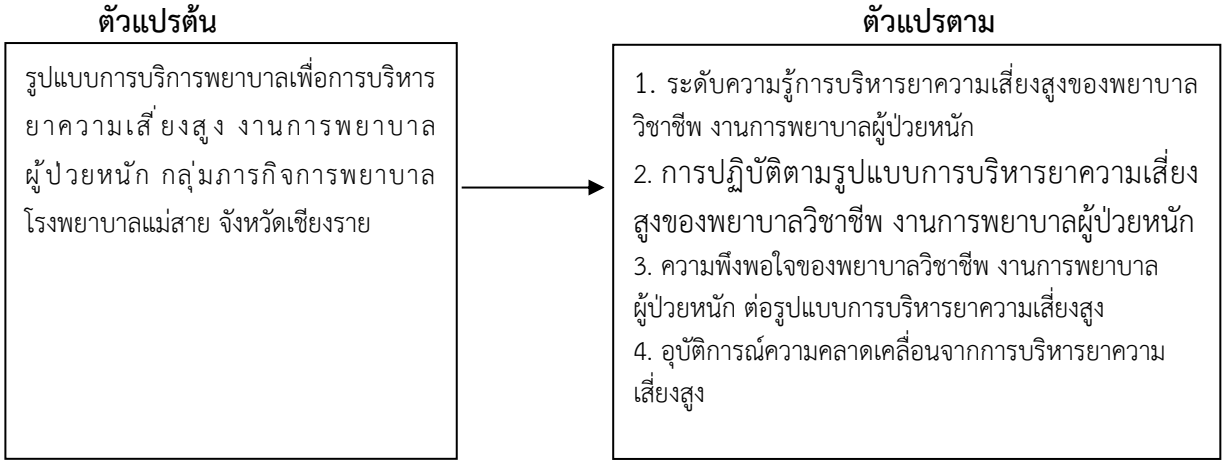
การบริหารยาความเสี่ยงสูง เป็นข้อกำหนดในการพัฒนาคุณภาพระบบยาของโรงพยาบาลตามนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย 3P Safety ภายใต้หลักการ SIMPLE ในหัวข้อ Medication Safety ของกระทรวงสาธารณสุขตลอดจนโรงพยาบาลทุกระดับและทุกประเภท และยังเป็น 1 ใน 9 มาตรฐานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตามแนวทางของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศไทย [11] ร่วมกับสถานการณ์ปัจจุบันโรงพยาบาลแม่สาย มีผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะช็อคจากติดเชื้อในร่างกาย(Septic Shock) , ภาวะขาดสมดุลอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte Imbalance) จำนวนมากขึ้น จึงทำให้มีการใช้ยาความเสี่ยงสูงเพิ่มมากขึ้นตามมา รูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง จึงมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูง

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงรายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาความเสี่ยงสูงอย่างถูกต้องปลอดภัยตามแผนการรักษา ลดความคลาดเคลื่อนในการบริหาร ยาความเสี่ยงสูง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับการรักษาด้วยยาความเสี่ยงสูงระหว่างเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการให้บริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้การบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย
3. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นวิจัยเพื่อพัฒนา (Research and Development) แบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูงต่อความรู้และการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึง เดือนมีนาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการสอบขึ้นทะเบียนและ ได้รับใบประกอบวิชาชีพทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาลที่ใบอนุญาตได้รับการต่ออายุเป็นปัจจุบัน ในงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง เนื่องจากต้องการศึกษาข้อมูลที่ครบถ้วนและครอบคลุมจากประชากรทั้งหมด จำนวน 15 คน โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการสอบขึ้นทะเบียนและได้รับใบประกอบวิชาชีพทางการ พยาบาลและการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาล ที่ใบอนุญาตที่ได้รับการต่ออายุใบอนุญาตเป็นปัจจุบัน

2) เป็นพยาบาลวิชาชีพในงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบริหารยาความเสี่ยงสูง

3) ยินดีเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

2) แบบสอบถามมีข้อมูลไม่ครบถ้วน

เกณฑ์การถอนกลุ่มตัวอย่าง ออกจากโครงการวิจัย (Discontinuation criteria)

1) กลุ่มตัวอย่างประสงค์ที่จะถอนตัวในขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย

2) เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับฟังการชี้แจงรายละเอียดของโครงการแล้วไม่ประสงค์ที่จะให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1. รูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง โดยพัฒนามาจากมาตรฐานสำหรับวิธีการปฏิบัติ (Standard Operating Procedure) โรงพยาลบาลแม่สาย เรื่องแนวทางบริหารยา กลุ่มการพยาบาล[12] และ ทบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วยขั้นตอนการบริหารยาความเสี่ยงสูงในช่วงขั้นตอนการรับคำสั่งการรักษาก่อนให้ยาความเสี่ยงสูง จนถึงขั้นตอนการเฝ้าระวังติดตามอาการหลังให้ยา

1.2. คู่มือการใช้ยาความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) จำนวน 20 รายการ จากคู่มือแนวทางจัดการระบบยาบนหอผู้ป่วย ปี พ.ศ. 2567 คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด(Pharmacy and Therapeutic Committee; PTC) โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย[9]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อายุการทำงานในโรงพยาบาลแม่สาย ประสบการณ์การอบรมเรื่องยาความเสี่ยงสูง

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูง (pre-posttest) ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 25 ข้อ มี 2 ตัวเลือก ใช่ กับ ไม่ใช่ โดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น โดยสอดคล้องกับ คู่มือการใช้ยาความเสี่ยงสูง (High Alert Drug)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง ซึ่งประเมินโดยพยาบาลคู่เวรที่ทำหน้าที่ประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลผู้บริหารยาความเสี่ยงสูง (observation) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 15 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน แต่ถ้าไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน โดยเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์หลักเกณฑ์ของ Bloom[13]

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 10 ข้อ ใช้เกณฑ์การพิจารณาคะแนนเฉลี่ยตามมาตรการวัดของลิ เคิร์ท[14] โดยมีระดับการประเมิน 5 ระดับ

วิธีรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวและขออนุญาตเข้าทำการศึกษาวิจัยและเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สาย ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง สร้างรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วยขั้นตอนการบริหารยาความเสี่ยงสูงในช่วงขั้นตอนการรับคำสั่งการรักษาก่อนให้ยาความเสี่ยงสูง จนถึงขั้นตอนการเฝ้าระวังติดตามอาการหลังให้ยา ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวเอง และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สอบถามความสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการทำวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างมีความยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างในการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบ Pre-Test เรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูง จากนั้นให้ความรู้ตามรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยการสอนเรื่องแนวทางการบริหารยาความเสี่ยงสูงกับกลุ่มตัวอย่างผ่านโปรแกรม Power Point และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย ขั้นประเมินผลของรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้ Post-Test เรื่องการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง หลังได้รับความรู้เรื่องรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูงที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ผู้วิจัยรวบรวมอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาความเสี่ยงสูง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้องของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคล การปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง และพึงพอใจในการใช้รูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง โดยใช้สถิติหาค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เปรียบเทียบผลการทดสอบความรู้ และการปฏิบัติก่อนและหลังได้รับความรู้เรื่องรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูงของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ CRPPHO 141/2567 ลงวันที่ 6 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคล ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.33 เพศชาย ร้อยละ 6.67 อายุส่วนใหญ่ 25ปี ถึง 35 ปี ร้อยละ 80 อายุเฉลี่ย 31.20 ปี จบปริญญาตรี ร้อยละ 100 อายุงานในหอผู้ป่วยใน 5-10 ปี ร้อยละ 53.33 และอายุงาน 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.00 ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูง ร้อยละ 33.33

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูง ของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างก่อนและหลังได้รับความรู้ตามรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริหารยาความเสี่ยงสูง ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนได้รับความรู้ตามรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง ระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 33.33 รองลงมาระดับสูง ร้อยละ 66.67 หลังได้รับความรู้ตามรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง ระดับความรู้สูง ร้อยละ 100

เมื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูง ของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างก่อนและหลังได้รับความรู้ตามรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p=0.000 กล่าวคือ ความรู้เกี่ยวกับการเรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูงของกลุ่มตัวอย่างในช่วงหลังได้รับความรู้ post test มีคะแนนเฉลี่ย 20.20 คะแนน สูงกว่าช่วงก่อนได้รับความรู้ pre test มีคะแนนเฉลี่ย 24.33 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูง ของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างก่อนและหลังได้รับความรู้ตามรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง (n = 15)

คะแนนความรู้	Minimum	Maximum	Mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนอบรม	17	24	20.20	1.61	7.278	14	0.000
หลังอบรม	22	25	24.33	1.12			

ส่วนที่ 3 จำนวนอุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง พบว่า พบว่าก่อนใช้รูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง มีการใช้ยาความเสี่ยงสูง ทั้งสิ้นจำนวน 364 ครั้ง พบว่าเกิดอุบัติการณ์จากการบริหารยาทั้งหมด จำนวน 4 ครั้ง (ร้อยละ 1.64) โดยแบ่งเป็นระดับ B จำนวน 1 ครั้ง เกิดความคลาดเคลื่อยจากการติดป้ายฉลากยา , ระดับ D จำนวน 1 ครั้งจากดการบริหารยา NorEpinephrine เกิดการอักเสบบริเวณหลอดเลือดดำส่วนปลาย และรดับ E จำนวน 2 ครั้ง จากการบริหารยา NorEpinephrine เกิดการอักเสบบริเวณหลอดเลือดดำส่วนปลายขนาดใหญ่ที่ต้องได้รับการรักษาเพิ่ม

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนครั้งการใช้ยาความเสี่ยงสูง และจำนวนอุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง

ชื่อยา	ก่อนใช้รูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง (ระยะเวลา 3 เดือน)		หลังใช้รูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง (ระยะเวลา 3 เดือน)	
	จำนวนครั้งการใช้ยา	การเกิดอุบัติการณ์	จำนวนครั้งการใช้ยา	การเกิดอุบัติการณ์
1. AmioDarone inj.	37	0	40	0
2. Calcium gluconate inj.	17	0	9	0
3. DoButamine inj.	2	0	13	0
4. DoPamine inj.	3	0	2	0
5. Heparin (IV drip) inj.	4	0	0	0
6. Insulin (RI) (IV drip) inj.	15	0	15	0
7. NicarDipine inj.	24	0	16	0
8. NitroGlycerin inj.	11	0	2	0
9. NorEpinephrine inj.	66	3	85	0
10. Potassium chloride (KCL) inj.	38	0	43	0
11. 10%, 50% Magnesium sulfate inj	35	1	45	0
12. 3% Sodium chloride 500 ml inj.	4	0	0	0
13. Streptokinase 1.5 mU inj.	0	0	0	0
14. Alteplase (rt-PA) inj.	2	0	1	0
15. Fentanyl inj.	28	0	39	0
16. Morphine inj.	32	0	40	0
17. Pethidine inj.	6	0	5	0
18. Midazolam inj.	20	0	22	0
19. AdreNaline inj.	15	0	3	0
20. AdeNosine inj.	5	0	0	0
รวม	364	4	380	0

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ระดับความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบริหารยาความเสี่ยงสูง มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) หลังจากได้รับความรู้ตามรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง พยาบาลทั้งหมดมีระดับความรู้สูง ร้อยละ100 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ณัฐธิดา มะลิทอง และคณะ[15] ที่พบว่าการจัดอบรมเกี่ยวกับยาความเสี่ยงสูงสามารถเพิ่มระดับความรู้และความมั่นใจของพยาบาลในการบริหารยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้ผ่านกระบวนการที่เป็นระบบและมีแบบแผนสามารถพัฒนาศักยภาพของพยาบาลได้จริง แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ทำให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มมากขึ้น สามารถปฏิบัติการบริหารยาเสี่ยงสูงได้ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างปลอดภัยและลดการความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาเสี่ยงสูง

ด้านจำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง มีการบริหารยาความเสี่ยงสูงทั้งหมด 364 ครั้ง และพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา 4 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 1.64 โดยจำแนกตามระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ตามมาตรฐานของระบบรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเทศไทย (National Reporting and Learning System) ได้แก่ ระดับ B, D และ E ซึ่งสะท้อนถึงความเสี่ยงที่เกิดความรุนแรงระดับน้อยถึงปานกลางในกระบวนการบริหารยา โดยเฉพาะยา NorEpinephrine ซึ่งเกี่ยวข้องถึง 3 ใน 4 ของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และก่อให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำในระดับที่ต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม การวิเคราะห์ลักษณะของอุบัติการณ์ พบว่าเกิดจากปัจจัยทั้งในขั้นตอนของการจัดเตรียมยา และขั้นตอนการบริหารยา ซึ่งสะท้อนถึงจุดอ่อนในระบบการบริหารยาก่อนมีการปรับใช้รูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง ที่เป็นระบบ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานของ Kuitunen T, Hantula H, Backman JT, et al.[16] ที่ศึกษาความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า การบริหารยาความเสี่ยงสูง เช่น NorEpinephrine มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติการณ์มากกว่ายาทั่วไป และความผิดพลาดส่วนใหญ่มักเกิดในขั้นตอนการบริหารหรือเลือกวิธีให้ยา การพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนก่อนนำรูปแบบไปใช้จึงชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการพัฒนารูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง ที่มีระบบการติดตาม กำกับ และอบรมพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นในการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยได้รับความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สาย ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาและเผยแพร่งานวิจัย เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ช่วยให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี สุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัว เพื่อร่วมงานทุกท่าน ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจสำคัญในการทำการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

เป็นการเสนอผลที่สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้จริงในภาพรวมหรือเฉพาะกลุ่ม หรือในทางปฏิบัติและทางนโยบาย หรือเป็นข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1 Sheikh SA, Donaldson L, Dhingra-Kumar N, Bates D, Kelley E, Larizgoitia I.Medication errors: technical series on safer primary care World Health Organization [internet]. Genuva: WHO;2016 [cited 2024 October 12]. Retrieved from http:// iris.who.int/bitstream/handle/10665/252274/9789241511643eng.pdf?sequence=1

2 U.S. Department of Health and Human Services. Implementation guide to reducing harm from high-alert medications [Internet]. 2012 [cited 2024 Oct 12]. Available from: http://www.ihconline.org/UserDocs/Pages/HRET_HEN_Change_Packages_AllMay2012.pdf.

3 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. สรุปรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาประจำปี พ.ศ.2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.

4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). Change & Collaboration for Sustainability. ใน: HA UPDATE 2019 ทรนง พิราลัย, บรรณาธิการ . HA NationalForum ครั้งที่ 20; วันที่ 12-15 มีนาคม 2562;ศูนย์การประชุมอิมแพ็คฟอรั่ม เมืองทองธานี. นนทบุรี: หนังสือดีวัน; 2562. 4 1-109.
5 Thida Ningsanon. Prevention of medicationerror. In: Thida Ningsanon, Suvatna Chulavatnatol, Preecha Montakantikul. Drug administration for patient safety, 3rd ed.Bangkok: Panna Banjupan; 2011. p. 7-25. Thai.
6 Institute for Safe Medication Practices (ISMP). High-Alert Medications in acute care setting. [internet]. 2018 [cited 2024 October 12]. Retrieved from https://www.ismp.org/recommendations/highalert-medications-acute-list
7 Nipul Kapadia, RavalSachinr, Parag Gadhave. Medication Errors Related to High Alert Medication. Journal of Nursing and Health Studies. 2017; 2(3):15. Thai.
8 โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย. ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลแม่สาย. [อินเตอร์เน็ต]. เชียงราย: สำนักงาน 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2567] จาก https://maesaihospital.com/maesai/
9 โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย. คู่มือแนวทางจัดการระบบยาบนหอผู้ป่วย ปี พ.ศ. 2567. คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic Committee; PTC) โรงพยาบาล แม่สาย จังหวัดเชียงราย.
10 โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย. สถิติพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาเสี่ยงสูง พ.ศ. 2563-2567. ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย.
11 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ. ฉบับที่ 5. นนทบุรี: ก.การพิมพ์เทียนกวง; 2565.
12 โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย. มาตรฐานสำหรับวิธีการปฏิบัติ (Standard Operating Procedure) โรงพยาลบาลแม่สาย เรื่องแนวทางบริหารยา กลุ่มการพยาบาล
13 Bloom, Benjamin S.,et al. Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971.
14 Yamashita, T., Millar, R.J. Likert Scale. In: Gu, D., Dupre, M.E. (eds) Encyclopedia of Gerontology and Population Aging. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-22009-9_559; 2021.
15 ณัฐธิดา มะลิทอง, สุชาดา คำเมือง, พรทิพย์ ไพศาลธรรม. ผลของการอบรมเรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูงต่อความรู้และความมั่นใจของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563;30(2):15-27.
16 Kuitunen T, Hantula H, Backman JT, Lehtonen L, Airaksinen M, Kurkinen K. Medication administration errors in intensive care units: A systematic review. Acta Anaesthesiol Scand. 2020;64(1):19-27. doi:10.1111/aas.13474

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กรของบุคลากรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

วิไลลักษณ์ อินหลาน[1] วิทยา ปารีเลียม[2]
[1,2]โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ความผูกพันองค์กร ของบุคลากรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กร ของบุคลากรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

ขอบเขตการวิจัยด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงราย จำนวน 5 แห่ง จากทั้งหมด 18 แห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ จำนวน 344 ราย เก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือแบบสอบถามออนไลน์ มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับ=0.976 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ=0.990 เก็บข้อมูลช่วงวันที่ 1-20 มิถุนายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Pearson Chi-Square และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความผูกพันองค์กร ของบุคลากรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=4.20,S.D.=.551) และมีความเห็นในระดับมากที่สุดในประเด็นความเต็มใจที่จะปฏิบัติงานเพื่อองค์กร (ค่าเฉลี่ย=4.35,S.D.=.56) 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กร โดยการวิเคราะห์ค่า Pearson Chi-Square พบว่าปัจจัยด้านบุคคลด้านเพศมีความสัมพันธ์ความผูกพันองค์กรอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนพบว่าปัจจัยจูงใจ (Motivating factors) ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรในระดับสูง (r=.626) ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors) และส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรในระดับสูง (r=.654) ข้อเสนอในการพัฒนาบุคลากรเพื่อสร้างความผูกพันองค์กรของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายจำเป็นต้องส่งเสริมการพัฒนาให้เหมาะสมกับเพศ เจนเนอร์เรชั่น และประสบการณ์ทำงาน นอกจากนั้นต้องเน้นส่งเสริมปัจจัยด้านความสำเร็จในการทำงานและด้านนโยบายเพื่อพัฒนาทรัพยากรบุคคล ต่อไป

คำสำคัญ : ปัจจัย, ความผูกพันองค์กร, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

FACTORS AFFECTING ORGANIZATIONAL ENGAGEMENT AMONG PERSONNAL IN HOSPITAL UNDER THE CHINGRAI PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE.

wilailuk Inlan[1] wittaya Pareeliam[2]

[1,2] Maechan hospital

ABSTRACT

This study employed a quantitative research design to (1) assess the level of organizational engagement among personnel in hospitals under the Chiangrai Provincial Public Health Office, and (2) identify the factors influencing their organizational engagement.

The study sample comprised 344 personnel from five community hospitals, selected from a total of 18 hospitals in Chiangrai Province. Data were collected via an online questionnaire administered between June 1-20 June 2025. The instrument demonstrated high validity (0.976) and reliability (0.990). Descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation), Pearson's Chi-Square, and Spearman's rank correlation coefficients were used for data analysis.

The findings revealed two key insights: (1) The overall level of organizational commitment among personnel was high (Mean = 4.20, S.D. = 0.551), with the strongest agreement reported in their willingness to work for the organization (Mean = 4.35, S.D. = 0.56). (2) Pearson's Chi-Square analysis indicated a statistically significant relationship between gender and organizational commitment ($p < 0.05$). Additionally, Spearman's correlation showed strong positive associations between organizational commitment and both motivating factors ($r = 0.626$) and hygiene factors ($r = 0.654$).

These findings suggest that strategies to enhance organizational commitment should be customized to consider employees' gender, generational differences, and work experience. Emphasis should also be placed on fostering achievement-oriented environments and implementing supportive organizational policies to promote sustainable human resource development.

Keywords: Factors, Organizational engagement, Chiangrai provincial public health office

บทนำ

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2561-2580)[1] ของประเทศไทยมุ่งในการสร้างความสมดุลระหว่างการพัฒนาความมั่นคง เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยเน้นมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนหรือรูปแบบ“ประชารัฐ” โดยมี 6 ยุทธศาสตร์ โดยมียุทธศาสตร์ชาติที่ 3 เป็นยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ปี พ.ศ.2567 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายด้านบริหารทรัพยากรสาธารณสุข เน้นการสร้างเสริมคุณภาพชีวิต ขวัญกำลังใจของบุคลากร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย มีเป้าประสงค์ข้อ 3 ที่มุ่งพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ ความสามารถ และมีความสุขในการทำงาน และ 4) มุ่งส่งเสริมให้หน่วยงานมีระบบธรรมาภิบาล[2]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งการบริหารออกเป็น 13 กลุ่มงาน มีหน่วยงานในสังกัดเป็นระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด 18 แห่ง และมีโรงพยาบาลในสังกัด 17 แห่ง มีจำนวนบุคลากรทั้งสิ้น 5,265 คน (ไม่รวมโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลแม่สาย) แบ่งเป็นข้าราชการ 2,381 คน พนักงานราชการ 123 คน ลูกจ้างประจำ 83 คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 1,828 คน พนักงานจ้างเหมา 846 คน การที่องค์กรจะประสบความสำเร็จได้นั้น ย่อมเกิดจากบุคลากรในหน่วยงาน ดังนั้นองค์กรต้องสร้างให้บุคลากรมีความผูกพันต่อองค์กร (Employee Engagement) ซึ่งความผูกพันต่อองค์กรคือการเสริมสร้างให้บุคลากรภายในองค์กรมีการแสดงสภาวะทางพฤติกรรมทางด้านความรู้สึก การแสดงออกถึงความรักความซื่อสัตย์จงรักภักดีที่มีต่อองค์กร รวมถึงการมีความเชื่อมั่นที่มีต่อองค์กรโดยมีความสัมพันธ์เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันจะปฏิบัติหน้าที่เป็นแรงขับเคลื่อนให้องค์กรสามารถก้าวไปถึงเป้าหมาย ตลอดจนมีความภาคภูมิใจในการที่ได้เป็นส่วนหนึ่งขององค์กรหรือ รู้สึกเป็นเจ้าขององค์กรตลอดจนมีความปรารถนาที่จะรักษาความเป็นสมาชิกขององค์กรไว้ เพื่อสร้างผลงานดีๆ ให้กับองค์กรก้าวไปสู่ความสำเร็จตามที่องค์กรตั้งเป้าหมายไว้ ถ้าองค์กรใดบุคลากรไม่มีความผูกพันต่อองค์กรแล้ว องค์กรจะได้รับผลกระทบ บุคลากรในองค์กรขาดความกระตือรือร้นที่จะทำงาน รวมไปถึงทำให้เกิดการขาดงานบ่อยๆ ไม่มีแรงจูงใจในการทำงาน จึงเป็นสาเหตุให้ผลงานขาดประสิทธิภาพ รวมไปถึงการสร้างบรรยากาศที่ไม่ดีในการทำงาน รวมไปถึงการโอนย้าย การลาออก จากข้อมูลกลุ่มงานทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย มีสถิติบุคลากรในสังกัดลาออก (Turn over rate) ในปีงบประมาณ 2563 ถึง 2567 มีอัตราร้อยละ 10.71, 5.55, 15.21, 5.38 และ 12.33 การที่มีบุคลากรลาออก องค์กรจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการสรรหาบุคลากรใหม่ สูญเสียเวลาในการฝึกประสบการณ์การทำงานให้แก่บุคลากรใหม่ รวมไปถึงประสิทธิภาพของการทำงานจะลดลง จึงกล่าวได้ว่าความผูกพันต่อองค์กรมีความสำคัญและมีผลกระทบมากมายต่อองค์กรดังนั้นเรื่องความผูกพันต่อองค์กรจึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง

เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติที่ 3 นโยบายกระทรวงสาธารณสุขพ.ศ.2567 ด้านบริหารทรัพยากรสาธารณสุข และเป้าประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายในข้อ 3 ที่มุ่งพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ ความสามารถ และมีความสุขในการทำงาน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาสถานการณ์และค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กร ของบุคลากรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย และนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการวางแผนสำหรับพัฒนา ส่งเสริม และสร้างความผูกพันธ์องค์กรให้แก่บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย และองค์กรอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันสามารถนำไปปรับปรุงเป็นแนวทางในการพัฒนาส่งเสริม สร้างความผูกพันองค์กร อันจะเกิดประโยชน์สูงสุดกับองค์กรและประเทศชาติ ต่อไป

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความผูกพันองค์กร

ความผูกพันต่อองค์การเป็นเรื่องที่ได้รับความ สนใจอย่างมากในแวดวงการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์คำว่าความผูกพันต่อองค์การในภาษาอังกฤษจะ ใช้คำว่า Commitment ซึ่งแปลว่า คำมั่นสัญญา และ Engagement แปลว่า ความผูกพันการหมั้นและสัญญา โดยคำในภาษาอังกฤษทั้งสองคำนั้นสามารถนำมาใช้แทน กันได้ซึ่งได้มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของคำว่าความ ผูกพันต่อองค์การไว้ดังนี้

Steers (1977, p. 46) ให้ความหมายของ “ความผูกพันต่อองค์การ” ว่า เป็นความสัมพันธ์ที่มีความเหนียวแน่นของบุคลากรกับองค์การ โดยแสดงตนว่า เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และมีส่วนร่วมกับองค์การ (Involvement) ยอมรับในค่านิยมและเต็มใจที่จะปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ พนักงานที่มีความผูกพันต่อองค์การสูงจะประกอบด้วยลักษณะ สำคัญ 3 ประการ คือ (1) มีความเชื่อมั่นและยอมรับในค่านิยมและเป้าหมายขององค์การ (2)มีความเต็มใจที่จะ ทุ่มเทความพยายามอย่างเต็มความสามารถเพื่อปฏิบัติงานให้แก่องค์การ (3) มีความปรารถนาที่จะดำรงความ เป็นสมาชิกภาพขององค์การต่อไป

แรงจูงใจ

แรงจูงใจ (Motivation) ในความหมายทางจิตวิทยา หมายถึง สภาวะของบุคคลที่ถูกกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมไปยังจุดหมายปลายทางของตน แรงจูงใจในการทำงานจึงเป็นปัจจัยให้บุคคลมีความพยายามทำงานให้เจริญก้าวหน้า ซึ่งเฮอร์เบิร์ต จี ฮิคส์ (Herbert, 1972) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นผลของความแตกต่าง ระหว่างความต้องการหรือแรงบันดาลใจ ความปรารถนา ความอยากได้ (Aspiration) กับความสำเร็จหรือผลสัมฤทธิ์ (Achievement) คือ Motivation = Aspiration - Achievement (กมลพร กัลยาณมิตร, 2559) [3]

ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (Herzberg’s Two-Factor Theory) ได้มีการพัฒนา โดยเฟรเดริก เฮอร์ซเบิร์ก (Frederick Herzberg) ในปี ค.ศ. 1950-1959 และในช่วงแรกเสนอว่าความพึงพอใจในการทำงาน ประกอบด้วย 2 แนวคิด คือ แนวคิดที่มีขอบเขตจากความพึงพอใจ (Satisfaction) ไปยังความไม่พึงพอใจ (No Satisfaction) และการได้รับอิทธิพลจากปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) และแนวคิดที่มีขอบเขตจากความไม่พึงพอใจ (Dissatisfaction) ไปยังการไม่มีความไม่พึงพอใจ (No Dissatisfaction) และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยอนามัย (Hygiene Factors) หรือกล่าวได้ว่า ทฤษฎี 2 ปัจจัย ประกอบด้วย (1) ปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นในการทางาน และ (2) ปัจจัยสุขค้ำจุน หรือปัจจัยอนามัย ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความไม่พึงพอใจในการทำงาน โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (กมลพร กัลยาณมิตร, 2559) [3]

1.ปัจจัยจูงใจ(Motivation Factors) เป็นปัจจัยภายในหรือความต้องการภายในของบุคลากรที่อิทธิพลในการสร้างความพึงพอใจ เป็นกลุ่มปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานด้วยความพึงพอใจและเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่ทัศนคติทางบวกและการจูงใจที่แท้จริง ประกอบด้วยปัจจัย 5 ด้าน ได้แก่ 1)ลักษณะงานที่ทำ (Work Content) 2) ความสำเร็จ (Achievement) 3) การได้รับการยอมรับ (Recognition) 4) ความรับผิดชอบ (Responsibility) 5)ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน (Advancement)

2.ปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยอนามัย (Hygiene factors) เป็นปัจจัยที่ช่วยลดความไม่พึงพอใจ เป็นสิ่งที่สกัดกั้นไม่ให้บุคลากรเกิดความไม่พอใจ แต่ไม่สามารถสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นได้ ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะเป็นปัจจัยพื้นฐาน ที่จำเป็นที่ต้องได้รับการสนองตอบ เพราะถ้าไม่มีให้หรือให้ไม่เพียงพอ จะทำให้บุคลากรเกิดความไม่พึงพอใจ ประกอบด้วยปัจจัย 6 ด้าน ได้แก่ 1) นโยบาย(Policies) 2) การบังคับบัญชา(Supervision)

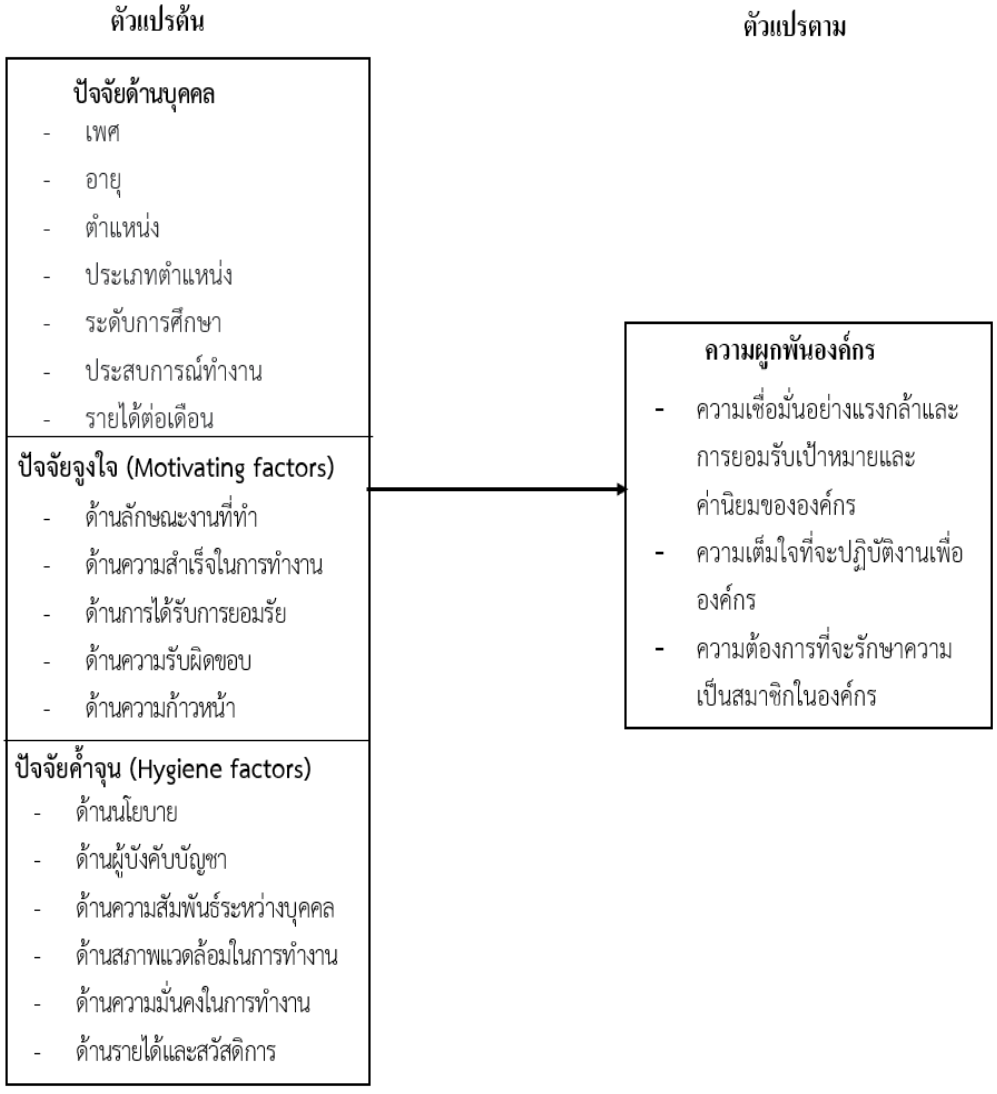
3) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล(Interpersonal) 4) สภาพแวดล้อมในการทำงาน(Working condition) 5) ความมั่นคงในงาน(Job security) 6) ด้านรายได้และสวัสดิการ (Pay)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความผูกพันองค์กรของบุคลากรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กรของบุคลากรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยต้องการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กรของบุคลากรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ทั้งปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยจูงใจ (Motivating factors) ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors) ที่มีผลต่อความผูกพันองค์กร ตามกรอบการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามออนไลน์ ระหว่างวันที่ 1-20 มิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงราย จำนวน 5 แห่ง จากทั้งหมด 18 แห่ง โดยคัดเลือกจากโรงพยาบาลที่มีความหลากหลายด้านขนาดและพื้นที่ ครอบคลุมระดับขนาดโรงพยาบาลระดับ M2 2 แห่ง F1 2 แห่ง และ F2 1 แห่ง รวมจำนวนบุคลากรทั้งสิ้น 1,580 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมคำนวณ n4Studies จากสูตรการหาขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{N\sigma^2 z^2_{1-\frac{a}{2}}}{d^2(N-1)\sigma^2 z^2_{1-\frac{a}{2}}}$$

n =309.18 คิดเป็น 309 คน

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นประมาณร้อยละ 10 ผู้วิจัยจึงได้ปรับขนาดตัวอย่าง 10% จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 344 คน สุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้ โรงพยาบาลแม่จัน 108 ราย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ 64 ราย โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า 66 ราย โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร 49 ราย และโรงพยาบาลพญาเม็งราย 57 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือจากวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัย ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีทั้งหมด 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (ปัจจัยด้านบุคคล)

ส่วนที่ 2 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยจูงใจ (Motivating factors) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อโดยใช้แบบสอบถาม Rating Scale 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors) แบ่งออกเป็น 6 ด้าน มีข้อคำถามรวมทั้งหมด 24 ข้อ โดยใช้แบบสอบถาม Rating Scale 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวความผูกพันองค์กรแบ่งออกเป็น 3 ด้าน มีข้อคำถามรวมทั้งหมด 12 ข้อ โดยใช้แบบสอบถาม Rating Scale 5 ระดับ

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถาม โครงการวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กรของบุคลากรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย มีการหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม หรือ ค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) โดยการสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบ ดูความเหมาะสมด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ในเครื่องมือ โดย ค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) ได้ .976 นำเครื่องมาปรับปรุงเครื่องมือให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูล

การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) นำเครื่องมือที่ผ่านการหาความเที่ยตรงของเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ .990

วิธีรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่าน google form โดยมีตัวเลือกแสดงความยินยอมให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้ตัดสินใจก่อนเข้าตอบแบบสอบถาม หากผู้ตอบแบบสอบถามไม่ยินยอมสามารถออกจากการตอบแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ โดยผู้ตอบไม่เสียสิทธิใดๆ ไม่มีผลกระทบต่อการทำงานหรือความสัมพันธ์กับผู้วิจัยหรือหน่วยงาน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติพรรณนา ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Pearson Chi-Square และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
2. การวิเคราะห์ข้อมูลแบบจำแนกประเภท หาค่าเฉลี่ยประมาณค่า Rating Scale 5 ระดับ ของปัจจัยจูงใจ (Motivating factors) ค้ำจุน (Hygiene factors) และความผูกพันองค์กร ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึงระดับน้อยที่สุด, ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึงระดับน้อย, ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึงระดับปานกลาง, ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึงระดับมาก, ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กร

การวัดการส่งผลต่อหรือความสัมพันธ์ของตัวแปร ใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ สเปียร์แมน โดยพิจารณาค่าสัมพันธ์ การแปรความหมายของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ค่า r เป็นบวก และเข้าใกล้ 1 หมายถึง ตัวแปร X และ Y มีความสัมพันธ์กันมากในเชิงเส้น และมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน คือถ้าตัวแปรหนึ่งเพิ่มขึ้นอีกตัวแปรหนึ่งจะมีค่าเพิ่มขึ้นด้วย หรือถ้าตัวแปรหนึ่งลดอีกตัวแปรหนึ่งจะมีค่าลดด้วย ถ้า r เป็นลบ หรือมีค่าใกล้ -1 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันมากในเชิงเส้นแต่ ทิศทางตรงกันข้าม คือถ้าตัวแปรหนึ่งเพิ่มขึ้นอีกตัวแปรหนึ่งจะลดลง หรือถ้าตัวแปรหนึ่งลดขึ้นอีกตัวแปรหนึ่งจะเพิ่มขึ้น ถ้า r มีค่าใกล้ 0 หมายถึง X กับ Y มีความสัมพันธ์น้อย และหาก r = 0 หมายถึง X กับ Y ไม่มีความสัมพันธ์ เกณฑ์ในการพิจารณาการส่งผลต่อหรือความสัมพันธ์ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) ดังนี้

0.81 ถึง 1.00	หมายถึง มีความสัมพันธ์หรือส่งผลในระดับสูงมาก
0.61 ถึง 0.80	หมายถึง มีความสัมพันธ์หรือส่งผลในระดับสูง
0.41 ถึง 0.60	หมายถึง มีความสัมพันธ์หรือส่งผลในระดับปานกลาง
0.21 ถึง 0.40	หมายถึง มีความสัมพันธ์หรือส่งผลในระดับต่ำ
0.0 ถึง 0.20	หมายถึง มีความสัมพันธ์หรือส่งผลในระดับต่ำมาก

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง 076/2568 ลงวันที่ 29 พฤษภาคม 2568

ผลการวิจัย

จากข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม 344 คน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ ช่วงอายุ(เจนเนอร์เรชั่น) ตำแหน่ง ประเภทตำแหน่ง การศึกษา ประสบการณ์ทำงาน และรายได้ต่อเดือน สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) และค่าสถิติร้อยละ(percentage) พบว่าผู้ตอบส่วนใหญ่ ดังนี้เพศหญิง 246 คน (ร้อยละ 71.51) เจนเนอเรชัน Y มากที่สุด(ร้อยละ 50.58) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 20.93) ประเภทตำแหน่งส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 42.44) ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 63.08) ประสบการณ์การทำงานส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 29.36) รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 10,000 – 20,000 บาท(ร้อยละ 40.70)

สถานการณ์ความผูกพันองค์กร ในภาพรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับความผูกพันองค์กรผู้ตอบแบบสอบถามมีความเห็นในภาพรวมในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=4.20,S.D.=.55) และมีความเห็นในระดับมากที่สุดในประเด็นความเต็มใจที่จะปฏิบัติงานเพื่อองค์กร โดยมีความเห็นต่อมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=4.35,S.D.=.56) รองลงมาเป็นความเชื่อมั่นอย่างแรงกล้าและการยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร (ค่าเฉลี่ย=4.18,S.D.=.63) และความต้องการที่จะรักษาความเป็นสมาชิกในองค์กร (ค่าเฉลี่ย= 4.07,S.D.=.64) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความผูกพันองค์กร

ประเด็นความผูกพันต่อองค์กร	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ความเชื่อมั่นอย่างแรงกล้าและการยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร	4.18	.63	เห็นด้วยในระดับมาก
ความเต็มใจที่จะปฏิบัติงานเพื่อองค์กร	4.35	.56	เห็นด้วยในระดับมากที่สุด
ความต้องการที่จะรักษาความเป็นสมาชิกในองค์กร	4.07	.64	เห็นด้วยในระดับมาก
ความผูกพันต่อองค์กรในภาพรวม	4.20	.55	เห็นด้วยในระดับมาก

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กร

ปัจจัยบุคคลที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร ผลการศึกษาพบว่าในภาพรวมปัจจัยด้านเพศที่ต่างกันมีผลต่อความผูกพันต่อองค์กร ส่วนปัจจัยด้านเจนเนอเรชั่น ตำแหน่ง ประเภทตำแหน่ง ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์ทำงาน และรายได้ต่อเดือน ไม่มีผลต่อความผูกพันองค์กร เมื่อวิเคราะห์ความผูกพันองค์กรแต่ละด้านพบว่า ปัจจัยด้านเพศส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรด้านความเชื่อมั่นอย่างแรงกล้าและการยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร และด้านความเต็มใจที่จะปฏิบัติงานเพื่อองค์กร ส่วนปัจจัยด้านเจนเนอเรชั่นและปัจจัยด้านประสบการณ์ทำงาน ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรด้านความต้องการที่จะรักษาความเป็นสมาชิกในองค์กร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยบุคคลและความผูกพันองค์กร

ปัจจัยบุคคล	ความเชื่อมั่นอย่างแรงกล้าและการยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร			ความเต็มใจที่จะปฏิบัติงานเพื่อองค์กร			ความต้องการที่จะรักษาความเป็นสมาชิกในองค์กร			ภาพรวมความผูกพันต่อองค์กร		
	χ^2	*df*	p-value	χ^2	*df*	p-value	χ^2	*df*	p-value	χ^2	*df*	p-value
เพศ	11.087	4	.026	6.704	2	.035	4.756	3	.191	7.850	3	.049
เจนเนอเรชั่น	8.335	8	.401	.409	4	.982	17.397	6	.008	6.497	6	.370
ตำแหน่ง	62.263	56	.263	38.482	28	.090	51.602	42	.147	50.000	42	.185
ประเภทตำแหน่ง	7.511	16	.962	13.615	8	.092	16.457	12	.171	8.793	12	.721
ระดับการศึกษาสูงสุด	11.393	12	.496	7.623	6	.267	8.908	9	.446	5.450	9	.793
ประสบการณ์ทำงาน	24.730	16	.075	6.232	8	.621	27.025	12	.008	16.488	12	.170
รายได้ต่อเดือน	26.179	20	.160	9.329	10	.501	13.150	15	.591	18.953	15	.216

ปัจจัยจูงใจ (Motivating factors) ที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร ผลการศึกษาพบว่าทุกปัจจัยส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร ในภาพรวมมีความสัมพันธ์ระดับสูง (r=.626) โดยส่งผลต่อความผูกพันด้านความเชื่อมั่นอย่างแรงกล้าและการยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กรในระดับสูง (r=.638) ด้านความเต็มใจที่จะปฏิบัติงานเพื่อองค์กรระดับปานกลาง (r=.589) และด้านความต้องการที่จะรักษาความเป็นสมาชิกในองค์กรในระดับปานกลาง (r=.548) โดยในภาพรวมของความผูกพันองค์กร พบปัจจัยด้านความสำเร็จในการทำงานมีผลต่อความผูกพันองค์กรมากที่สุด (r=.577) เมื่อวิเคราะห์ความผูกพันแต่ละด้านพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความเชื่อมั่นอย่างแรงกล้าและการยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กรมากที่สุดคือปัจจัยด้านความสำเร็จในการทำงาน (r=.563) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเต็มใจที่จะปฏิบัติงานเพื่อองค์กรมากที่สุดคือปัจจัยด้านปัจจัยด้านความสำเร็จในการทำงาน (r=.588) ส่วนความผูกพันองค์กรด้านความต้องการที่จะรักษาความเป็นสมาชิกในองค์กร ปัจจัยที่ส่งผลมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านปัจจัยด้านความสำเร็จในการทำงาน (r=.501) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจูงใจ (Motivating factors) กับความผูกพันองค์กร

ปัจจัยจูงใจ (Motivating factors)	ความผูกพันองค์กร			
	ด้านความเชื่อมั่นอย่างแรงกล้ายอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร	ความเต็มใจที่จะปฏิบัติงานเพื่อองค์กร	ความต้องการที่จะรักษาความเป็นสมาชิกในองค์กร	ความผูกพันองค์กร
ด้านลักษณะงาน	.497**	.514**	.444**	.489**
ด้านความสำเร็จในการทำงาน	.563**	.588**	.501**	.577**
ด้านการได้รับการยอมรับ	.553**	.494**	.455**	.514**
ด้านความรับผิดชอบ	.540**	.574**	.495**	.562**
ด้านความก้าวหน้า	.560**	.445**	.487**	.497**
ภาพรวมปัจจัยจูงใจ	.638**	.589**	.548**	.626**

p-value <.01

ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors) ที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร ผลการศึกษาพบว่าทุกปัจจัยส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร ในภาพรวมมีความสัมพันธ์ระดับสูง (r=.654) โดยส่งผลต่อความผูกพันด้านความเชื่อมั่นอย่างแรงกล้าและการยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กรในระดับสูง (r=.654) ด้านความเต็มใจที่จะปฏิบัติงานเพื่อองค์กรระดับสูง (r=.611) และด้านความต้องการที่จะรักษาความเป็นสมาชิกในองค์กรในระดับปานกลาง (r=.543) โดยในภาพรวมของความผูกพันองค์กร พบปัจจัยด้านนโยบายมีผลต่อความผูกพันองค์กรมากที่สุด (r=.583) เมื่อวิเคราะห์ความผูกพันองค์กรแต่ละด้านพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความเชื่อมั่นอย่างแรงกล้าและการยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กรมากที่สุดคือปัจจัยด้านนโยบาย(r=.660) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเต็มใจที่จะปฏิบัติงานเพื่อองค์กรมากที่สุดคือปัจจัยด้านปัจจัยด้านนโยบาย (r=.580) ส่วนความผูกพันองค์กรด้านความต้องการที่จะรักษาความเป็นสมาชิกในองค์กร ปัจจัยที่ส่งผลมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านปัจจัยด้านการผู้บังคับบัญชา (r=.518) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors) กับความผูกพันองค์กร

ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors)	ความผูกพันองค์กร			
	ด้านความเชื่อมั่นอย่างแรงกล้ายอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร	ความเต็มใจที่จะปฏิบัติงานเพื่อองค์กร	ความต้องการที่จะรักษาความเป็นสมาชิกในองค์กร	ความผูกพันองค์กร
ด้านนโยบาย	.660**	.580**	.502**	.583**
ด้านการผู้บังคับบัญชา	.582**	.533**	.518**	.570**
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	.600**	.515**	.452**	.544**
ด้านสภาพ แวดล้อมในการทำงาน	.552**	.523**	.394**	.513**
ด้านความมั่นคงในการทำงาน	.642**	.516**	.506**	.559**
ด้านรายได้และสวัสดิการ	.545**	.383**	.416**	.468**
ภาพรวมปัจจัยค้ำจุน	.725**	.611**	.543**	.654**

p-value <.01

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยในภาพรวมผู้ตอบแบบสอบถามมีความเห็นในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=4.20,S.D.=.55) และมีความเห็นในระดับมากที่สุดในประเด็นความเต็มใจที่จะปฏิบัติงานเพื่อองค์กร โดยมีความเห็นต่อมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=4.35,S.D.=.56) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ มลฤดี ปุริเส สุมิตรา ยาประดิษฐ์ พีระฉัตร คชลี จันจิรา เผือกแสงทิพย์ และวิจิตรา พนมทิพย์ทศพล[4] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการทำงานกับความผูกพันองค์กรของครูโรงเรียนเอกชนสังกัดสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดสมุทรสงคราม ที่พบว่าวิเคราะห์เป็นรายด้านแล้วพบว่า อันดับแรกคือด้านความเต็มใจที่จะทุ่มเทความพยายามเพื่อองค์กรอยู่ในระดับมาก และต่างกับผลการศึกษาต่างกับดำรัสศิริ โลหะกาลก อนัญญา ประดิษฐปรีชา และอารยา ประเสริฐชัย[5] ที่ศึกษาด้านแรงจูงใจ ความผูกพันองค์กรและคุณภาพชีวิตในการทำงานที่มีผลต่อความตั้งใจลาออกของพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนในเขตภาคเหนือตอนล่าง ที่พบความผูกพันต่อองค์กรมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และต่างกับผลการศึกษาของโมรยา วิเศษศรีม, สโรชินี ศิริวัฒนา และวรพล เพ็ชรภูผา[6] ศึกษาความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสำนักงานที่ดินกรุงเทพมหานคร พบว่าความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสำนักงานที่ดินกรุงเทพมหานครโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (X= 4.44) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความเต็มใจที่จะใช้ความพยายามอย่างเต็มความสามารถเพื่อประโยชน์ขององค์กร

ปัจจัยบุคคลพบว่า ในภาพรวมปัจจัยด้านเพศที่ต่างกันส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร ส่วนปัจจัยด้านเจนเนอเรชั่น ตำแหน่ง ประเภทตำแหน่ง ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์ทำงาน และรายได้ต่อเดือน ไม่มีผลต่อความผูกพันองค์กร เมื่อวิเคราะห์ความผูกพันองค์กรแต่ละด้านพบว่า ปัจจัยด้านเพศส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรด้านความเชื่อมั่นอย่างแรงกล้าและการยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร และด้านความเต็มใจที่จะปฏิบัติงานเพื่อองค์กร ส่วนปัจจัยด้านเจนเนอเรชั่นและปัจจัยด้านประสบการณ์ทำงานส่งผลต่อ ความผูกพันต่อองค์กรด้านความต้องการที่จะรักษาความเป็นสมาชิกในองค์กร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 ไม่สอดคล้องกับโกศล สอดส่อง[7] ที่ศึกษาระดับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร เทศบาลตำบล

จอมทอง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ระดับความผูกพันต่อองค์การบุคลากรที่จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ และรายได้ต่อเดือน พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ที่ p-value< 0.05 และต่างกับชยางกูร อรุณประเสริฐ[8] ที่ศึกษา ปัจจัยความผูกพันและประเมินความผูกพันของบุคลากรสำหรับองค์กร ที่พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันองค์การ ด้านปัจจัยบุคคล คือ เพศ อายุ อายุการทำงาน วุฒิการศึกษา และสถานภาพสมรส

ปัจจัยจูงใจ (Motivating factors) พบว่าทุกปัจจัยส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร ในภาพรวมมีความสัมพันธ์ระดับสูง (r=.626) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กรมากที่สุดคือด้านความสำเร็จในการทำงาน (r=.577) สำหรับปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors) พบว่าทุกปัจจัยส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร ในภาพรวมมีความสัมพันธ์ระดับสูง (r=.654) และพบปัจจัยด้านนโยบายมีผลต่อความผูกพันองค์กรมากที่สุด (r=.583)

จากผลการศึกษาเห็นได้ว่าการพัฒนาบุคลากรเพื่อสร้างความผูกพันองค์กรของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายจำเป็นต้องส่งเสริมการพัฒนาให้เหมาะสมกับเพศ เจนเนอร์เรชั่น และประสบการณ์ทำงาน นอกจากนั้นต้องเน้นส่งเสริมด้านความสำเร็จในการทำงานและด้านนโยบาย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ประสบผลสำเร็จได้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย และโรงพยาบาลแม่จัน ที่เป็นที่ปรึกษาที่ดี ให้คำแนะนำในด้านวิชาการและเทคนิคการทำวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยพิจารณาและให้แนะนำแบบสอบถาม เจ้าหน้าที่ภาคีเครือข่ายของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงราย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทดสอบแบบสอบถาม และตอบแบบสอบถาม รวมทั้งเพื่อนร่วมงานทุกท่าน

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดหวังว่าจะสามารถนำผลการวิจัยมาเป็นปรับปรุงเป็นแนวทางในการวางแผนสำหรับพัฒนา ส่งเสริม และสร้างความผูกพันธ์องค์กรให้แก่บุคลากรของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย และหวังว่าข้อมูลที่ได้จะสามารถเป็นข้อเสนอเพื่อกำหนดนโยบายในการพัฒนาบุคลากร รวมถึงองค์กรอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันสามารถนำไปปรับปรุงเป็นแนวทางในการพัฒนาส่งเสริมสร้างความผูกพันองค์กร อันจะเกิดประโยชน์สูงสุดกับองค์กรและประเทศชาติ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.2561-2580 (ฉบับย่อ). [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 30 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก https://www.nesdc.go.th/download/document/SAC/NS_SumPlanOct2018.pdf
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. เป้าประสงค์องค์กร. [อินเทอร์เน็ต]. 2568. [เข้าถึงเมื่อ 30 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก https://cro.moph.go.th/mophcr/index.php
3. กมลพร กัลยาณมิตร. แรงจูงใจ 2 ปัจจัย พลังสู่ความสำเร็จ. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์). [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 31 มี.ค.2568]. ก.ย.-ธ.ค.; 6: 3 :175-83 เข้าถึงได้จาก https://so06.tci-thaijo.org/index.php/var/article/view/213509

4. มลฤดีปุริเส, สุมิตรา ยาประดิษฐ์, พีระฉัตร คชสี, จันจิรา เผือกแสงทิพย์และวิจิตรา พนมทิพย์ทศพล. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการทำงานกับความผูกพันองค์กรของครูโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 31 มี.ค.2568]. ม.ค.-มิ.ย.; 8: 1 : 271-285 เข้าถึงได้จาก https://so04.tci-thaijo.org/index.php/svittj/article/view/257267
5. ดำรัสศิริ โลหะกาลก, อนัญญา ประดิษฐ์ปรีชา และอารยา ประเสริฐชัย. ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ความผูกพันต่อองค์กร และคุณภาพชีวิตในการทำงาน ที่มีผลต่อความตั้งใจลาออกของพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน ในเขตภาคเหนือตอนล่าง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. [อินเทอร์เน็ต]. 2568. [เข้าถึงเมื่อ 31 มี.ค.2568]. ม.ค.-เม.ย.; 19: 1 : 90-103 เข้าถึงได้จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/ 270492
6. โมรยา วิเศษศรีม, สโรชินี ศิริวัฒนา และวรพล เพ็ชรภูผา. ความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสำนักงานที่ดินกรุงเทพมหานคร.วารสารรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 31 มี.ค.2568]. ม.ค.-มิ.ย.; 4: 1 : 52-65 เข้าถึงได้จาก https://so04.tci-thaijo.org/index.php/polssru/article/view/252572
7. โกศล สอดส่อง. ระดับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร เทศบาลตำบลจอมทอง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. Journal of Integration Social Sciences and Development. [อินเทอร์เน็ต]. 2568. [เข้าถึงเมื่อ 31 มิ.ย.2568]. ม.ค.-มิ.ย.; 5: 1 : 293-301 เข้าถึงได้จาก https://so15.tci-thaijo.org/index.php/JISSD/article/view/1964

8. ชยางกูร อรุณประเสริฐ. ปัจจัยความผูกพันและประเมินความผูกพันของบุคลากรสำหรับองค์กรมหาวิทยาลัย มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. Journal of Sustainable Social Development. [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 31 มี.ค.2568]. ส.ค.-ต.ค.; 2: 5 : 18-30 เข้าถึงได้จาก https://so16.tci-thaijo.org/index.php/J_SSD/article/view/1088/756

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงราย

นายสรัญ อินตะวัน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาเพื่อศึกษาการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเวียงป่าเป้า, อำเภอเชียงแสน, อำเภอเทิง และอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย 5 ปีย้อนหลัง ระหว่างปี พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2565 และศึกษาความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคเบาหวานของผู้จัดการรายกรณี (case manager) และเพื่อศึกษาความคิดเห็นการพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคเบาหวานของพยาบาลวิชาชีพหรือผู้รับผิดชอบคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใน 4 อำเภอเป้าหมาย ระหว่างวันที่ 1 – 15 มีนาคม 2566 กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า, อำเภอเชียงแสน, อำเภอเทิง และอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย แห่งละ 1 คน และ ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเวียงป่าเป้า, อำเภอเชียงแสน, อำเภอเทิง และอำเภอเวียงชัยทุกแห่ง รวม 48 คนเก็บข้อมูลโดยโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานทั้งในอำเภอเวียงป่าเป้าและอำเภอเชียงแสนจากโปรแกรม Health Data Center (HDC) มาหาค่าเฉลี่ย ผลที่ได้จากการสอบถามผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเบาหวานระดับอำเภอ และผลจากการสอบถามผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาวิเคราะห์ ใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีทั้งสิ้น 48 คน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกอำเภอจะเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100, 84.62, 93.75 และ 100 ในอำเภอวียงป่าเป้า, อำเภอเชียงแสน, อำเภอเทิง และอำเภอเวียงชัย การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 100, 92.31, 93.75 และ100 ในอำเภอวียงป่าเป้า, อำเภอเชียงแสน, อำเภอเทิง และอำเภอเวียงชัย ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ การอบรม case manager พบว่า ไม่เคยอบรม ร้อยละ 61.54, 92.31, 81.25 และ 77.78 ในอำเภอวียงป่าเป้า, อำเภอเชียงแสน, อำเภอเทิง และอำเภอเวียงชัย

ข้อมูล Health Data Center(HDC) กระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2561-2565 พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเวียงป่าเป้า มีค่าร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลอยู่ในช่วง 18.74-35.64, อำเภอเชียงแสน 13.69-30.26 อำเภอเทิง 7.85 – 27.95 และอำเภอเวียงชัย 35.02-43.25

ผลการศึกษา พบว่า ผู้รับผิดชอบในการจัดบริการคลินิกโรคเบาหวานตามแนวทาง Chronic Care Model (CCM) มีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการตามแนวทาง 6 หมวด หมวด การปรับระบบและกระบวรการบริการได้คะแนนเฉลี่ยมากสุด 3.81 หมวด ระบบสารสนเทศ ได้คะแนนน้อยสุด 3.34 ส่วนหมวดอื่นๆอยู่ในช่วง 3 ถึง 4 ซึ่งอยู่ระหว่างค่าการปฏิบัติในระดับปปานกลางถึงมาก

Development care system for diabetes patient in the sub-district health promoting hospitals, Chiang Rai province

Saran intawan
Chiang Rai Provincial Health Office

ABSTRACT

This study a cross-sectional research design to examine glycemic control among patients with diabetes mellitus in Sub-district Health Promoting Hospitals located in Wiang Pa Pao, Chiang Saen, Thoeng, and Wiang Chai districts of Chiang Rai Province, using data from the past five years (2018–2022). Additionally, the study explored the perspectives of case managers and professional nurses responsible for diabetes clinics regarding the development of diabetes care services in these districts.

Data collection was conducted between March 1 and 15, 2023. The target population consisted of one diabetes clinic coordinator at the district hospital level from each of the four districts and 48 professional nurses responsible for diabetes clinics in Sub-district Health Promoting Hospitals across the same districts.

The research instruments included a structured questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics: percentages, means, and standard deviations. Data on patient glycemic control were obtained from the Ministry of Public Health's Health Data Center (HDC) system.

The results showed that all respondents in each district were female, with percentages ranging from 84.62% to 100%. The majority held a bachelor's degree (92.31%–100%) and served in the position of professional nurse. Regarding case manager training, the majority in each district had **not** attended relevant training, with proportions ranging from 61.54% to 92.31%.

HDC data from 2018 to 2022 revealed that the percentage of diabetes patients with controlled blood glucose levels varied across districts: 18.74%–35.64% in Wiang Pa Pao, 13.69%–30.26% in Chiang Saen, 7.85%–27.95% in Thoeng, and 35.02%–43.25% in Wiang Chai.

In terms of implementing the Chronic Care Model (CCM), respondents' opinions showed that the component "system redesign and care process improvement" received the highest average score (mean = 3.81), while the "clinical information system" component received the lowest score (mean = 3.34). Other components ranged between 3.00 and 4.00, indicating a moderate to high level of implementation.

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นกลุ่มของโรคเรื้อรังที่มีลักษณะเด่นคือระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากความผิดปกติในการผลิตหรือการทำงานของฮอร์โมนอินซูลิน ซึ่งอาจเกิดจากการที่ตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอ หรือร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โรคเบาหวาน จากรายงานขององค์การอนามัยโรคในปี พ.ศ.2565 พบผู้ป่วยทั่วโลก ราว 422 ล้านคน และพบการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 1.5 ล้านคนต่อปี[1]

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2561–2565 มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ปีละกว่า 3 แสนราย และในภาพรวมปี 2564 มีผู้ป่วยเบาหวานทั้งประเทศประมาณ 6 ล้านราย แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่น่ากังวล โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคและการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายระบุว่า ความชุกของโรคเบาหวานในกลุ่มนี้อยู่ที่ประมาณร้อยละ 9.5 มีแนวโน้มการกระจายตัวที่สูงขึ้น สำหรับกลุ่ม ผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าการติดตามเพื่อยืนยันและวินิจฉัยโรคสูงกว่าค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ 67) และการดูแลกลุ่มโรคเบาหวาน เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 40) ปัญหาที่พบ การคัดกรองค้นหากลุ่มสงสัยป่วยบางพื้นที่ดำเนินการคัดกรองล่าช้า และการโยกย้ายเปลี่ยนแปลงบุคลากรที่ปฏิบัติงานบ่อยทำให้ขาดประสบการณ์ในการดำเนินงาน

จากฐานข้อมูล Health Data Center[2] ในปีงบประมาณพ.ศ. 2560 – 2564 พบอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เทากับ 5,727.5 5,980.5 6,359.1 6,670.3 และ 6,995.9 ตามลำดับ เปนผู้ป่วยเบาหวานรายใหมคิดเปนร้อยละ 759.1 508.3 475.7 470.2 และ 481.4 เปนกลุมเสี่ยงเบาหวาน คิดเปนร้อยละ 6.9 8.6 8.8 9.2 และ 9.6 ตามลำดับ เปนกลุม สงสัยปวยเบาหวาน คิดเปนร้อยละ 0.9 1.0 1.0 1.0 และ 0.9 ตามลำดับ และอัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จังหวัดเชียงรายตั้งแต่ ปี 2560 ถึง 2564 มีอัตราป่วยเป็น 578.38, 485.94, 555.27, 509.82 และ 545.01 รายต่อ ประชากรแสนคนตามลำดับ

การที่ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวาย และโรคจอประสาทตาเสื่อม ในบางกรณี ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีอาจลดความจำเป็นในการใช้ยาหรืออินซูลิน ซึ่งช่วยลดผลข้างเคียงและค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยเฉพาะประเด็นการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support): ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งต้องอาศัยการสนับสนุนจากบุคลากรในคลินิกโรคเบาหวานของทั้งโรงพยาบาลหรือในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนการจัดการตนเอง และการออกแบบระบบบริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับพื้นที่

Chronic Care Model[3] (CCM) มีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ คือ 1. การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self – care) ที่ต้องเข้าใจอุปสรรค และข้อจำกัด และมีความสามารถ ในการรักษาตนเอง และสามารถประเมินสภาวะสุขภาพตนเองได้ว่า จัดการตนเองได้หรือต้องไปพบแพทย์ 2. ทีมรักษาจะต้องมีการออกแบบระบบบริการในทุกระดับของสถานบริการ ทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ ทั้งในภาวะเรื้อรัง หรือภาวะเร่งด่วน รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่จำ เป็นในการดูแลรักษา 3. ระบบสนับสนุนการรักษา (Dicision support) คือการตัดสินใจให้การบริการ โดยใช้แนวทางปฏิบัติ evidence – based guideline รวมทั้งมีระบบปรึกษาจากแพทย์เชี่ยวชาญตามระดับสถานบริการทางการแพทย์ 4. มีระบบฐานข้อมูลทางคลินิกที่ดี(clinical Information system) โดยไม่จำเป็นต้องเป็นระบบคอมพิวเตอร์ทุกแห่ง แต่จะต้องสามารถมีระบบที่วาง

แผนการรักษาที่เหมาะสม การบริการต่างๆเช่น ต้องการตรวจทุก 6 เดือน หรือทุกปี เป็นต้น และระบบเหล่านี้สามารถใช้ร่วมกันทั้งสหวิชาชีพ 5. มีการวางแนวทางการปฏิบัติงานในแต่ละสถานพยาบาล (HealthSystem organization) ซึ่งเป็นบทบาท สำคัญของผู้บริหารจะทำให้มีการดำเนินการตามแนวทางการปฏิบัติ 6. การร่วมมือระหว่างชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ (Community resource linkages) เป็นการร่วมมือ ในการดูแล และทั้งทำกิจกรรมของชุมชนกับโรงพยาบาล ทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล อาทิเช่น องค์กรปกครองท้องถิ่นในการวางนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนและผู้ป่วยเรื้อรัง ทั้งเป็นการใช้ทรัพยากรบุคลากร มีส่วนร่วมให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคต่างๆ โดยสนับสนุน จากบุคลากรสาธารณสุข

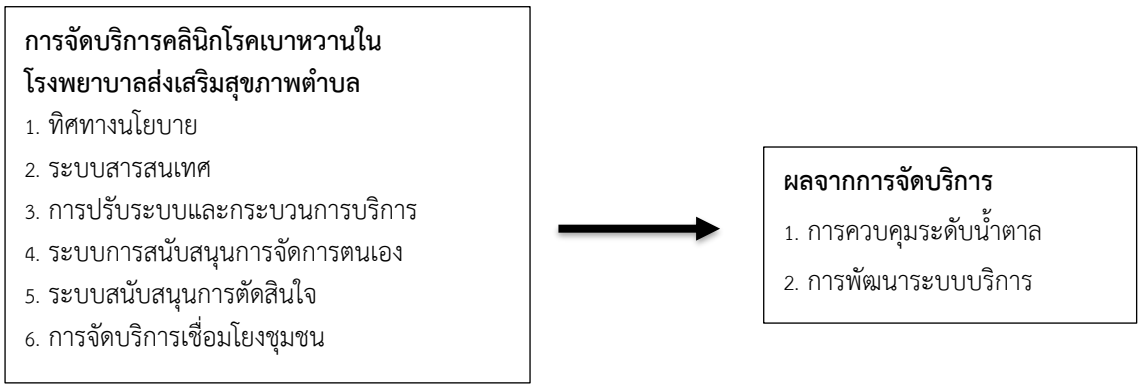
การจัดการรายกรณีหรือ case manager ในระดับสถานพยาบาลปฐมภูมิ โดยมากคือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพหรือการอบรมเพื่อบริหารจัดการตาม Chronic Care Model (CCM) 6 องค์ประกอบ โดยพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา จังหวัดอุดรธานี มีการใช้ Chronic Care Model ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการประเมิน NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิที่ร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานว่าเป็นอย่างไร พร้อมกับการศึกษาค่าระดับน้ำตาลของผู้ป่วยจากอำเภอกลุ่มตัวอย่าง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน แยกตามขนาดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดเชียงราย 5 ปีย้อนหลัง (2561 – 2565) ในอำเภอเวียงป่าเป้า, อำเภอเชียงแสน, อำเภอเทิง และอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นการพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคเบาหวานของ case manager โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า, โรงพยาบาลเชียงแสน, โรงพยาบาลเทิง และ โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นการพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคเบาหวานของพยาบาลวิชาชีพหรือผู้รับผิดชอบคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเวียงป่าเป้า และอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดของการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross sectional study) ซึ่งมีการเก็บข้อมูล

1.การเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามในช่วงระยะเวลา 15 วัน (วันที่ 1 – 15 เดือนมีนาคม 2566)

2.การดึงข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ในปี 2561-2565 ของระดับการควบคุมน้ำตาลได้ของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอเวียงป่าเป้า, อำเภอเชียงแสน, อำเภอเทิง และอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1 จังหวัดเชียงรายมีอำเภอ 18 อำเภอ และแบ่งโซนหน่วยบริการสาธารณสุขออกเป็น 4 โซน และมีการสุ่มเลือกอำเภอในแต่ละโซน จำนวน 1 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 4 อำเภอ ประกอบด้วยอำเภอเวียงป่าเป้า อำเภอเชียงแสน อำเภอเทิง และอำเภอเวียงชัย โดยมีกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบคลินิกโรคเบาหวานระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอละ 1 คน ซึ่งเป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จึงไม่มีการคัดเลือกตัวอย่าง

2 สำหรับอำเภอกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 อำเภอ จะทำการเก็บข้อมูลทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอนั้นๆ ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบคลินิกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย จำนวน 10 แห่ง อำเภอเชียงแสน จำนวน 13 แห่ง อำเภอเทิง จำนวน 16 แห่ง อำเภอเวียงชัย 9 แห่งซึ่งเป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จึงไม่มีการคัดเลือกตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.แบบเก็บข้อมูลการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอำเภอเวียงป่าเป้า, อำเภอเชียงแสน, อำเภอเทิง และอำเภอเวียงชัย ในช่วง 5 ปี ย้อนหลัง (ปีงบประมาณ 2561 - ปีงบประมาณ 2565) โดยใช้ฐานข้อมูลจาก HDC

2.แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมีการปรับประยุกต์จากแบบประเมิน NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลชุมชน มาปรับปรุง โดยได้ให้หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อและบุคลากรของงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายตรวจสอบเนื้อหา รวมทั้งสิ้น 2 ท่าน โดยแบบสอบถามได้พัฒนาจากแบบเก็บข้อมูล NCD Clinic plus ของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ ผนวกกับแนวคิดของ Chronic Care Model (CCM)[4] ที่ใช้ในการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1 นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 4 อำเภอมาหาค่าเฉลี่ย

2 ผลที่ได้จากการสอบถามผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเบาหวานระดับอำเภอ และผลจากการสอบถามผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาวิเคราะห์ โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง CRPPHO No.13/2566 วันที่ 1 มีนาคม 2566

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ศึกษามีทั้งสิ้น 48 คน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกอำเภอจะเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100, 84.62, 93.75 และ 100 ในอำเภอวียงป่าเป้า, อำเภอเชียงแสน, อำเภอเทิง และอำเภอเวียงชัย การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 100, 92.31, 93.75 และ100 ในอำเภอวียงป่าเป้า, อำเภอเชียงแสน, อำเภอเทิง และอำเภอเวียงชัย ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 3 ปี ขึ้นไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพร้อมกับเป็นผู้รับผิดชอบคลินิกเบาหวาน ร้อยละ 100, 92.31, 93.75 และ 100 ในอำเภอวียงป่าเป้า, อำเภอเชียงแสน, อำเภอเทิง และอำเภอเวียงชัย การอบรม case manager พบว่า ไม่เคยอบรม ร้อยละ 61.54, 92.31, 81.25 และ 77.78 ในอำเภอวียงป่าเป้า, อำเภอเชียงแสน, อำเภอเทิง และอำเภอเวียงชัย ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตัวแปร	อำเภอเวียงป่าเป้า (n=10)	อำเภอเชียงแสน (n=13)	อำเภอเทิง (n=16)	อำเภอเวียงชัย (n=9)
เพศ				
หญิง	10 (100)	11 (84.62)	15 (93.75)	9 (100)
ชาย	0	2 (15.38)	1 (6.25)	0
อายุ mean (SD)	42.50 (8.43)	42.23 (6.80)	46.06 (7.72)	53.66 (2.73)
ระดับการศึกษา				
ปริญญาตรี				
สูงกว่าปริญญาตรี	10 (100)	12 (92.31)	15 (93.75)	9 (100)
	0	1 (7.69)	1 (6.25)	0
ตำแหน่ง				
พยาบาลวิชาชีพ	10 (100)	13 (100)	16 (100)	9 (100)
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน				
1-3 ปี	0	1 (7.69)	1 (6.25)	0
3 ปีขึ้นไป	10 (100)	12 (92.31)	15 (93.75)	9 (100)
ระยะเวลาการดำเนินงานคลินิก				
1-3 ปี	0	1 (7.69)	1 (6.25)	0
3 ปีขึ้นไป	10 (100)	12 (92.31)	15 (93.75)	9 (100)

ตัวแปร	อำเภอเวียงป่าเป้า (n=10)	อำเภอเชียงแสน (n=13)	อำเภอเทิง (n=16)	อำเภอเวียงชัย (n=9)
การอบรม case manager				
ไม่เคย	8 (61.54)	12 (92.31)	13 (81.25)	7 (77.78)
เคย	2 (15.38)	1 (7.69)	3 (18.75)	2 (22.22)

การสอบถามผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลชุมชนกลุ่มตัวอย่าง ตามองค์ประกอบ Chronic Care Model (CCM) ได้แก่ ทิศทางนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ในทุกข้อคำถามของทั้ง 6 หมวดได้คะแนน ระดับ 4 และ ระดับ 5 หมายถึงมีการปฏิบัติในระดับมาก และมากที่สุด ยกเว้นอำเภอเทิงที่พบว่าเฉลี่ยในบางหมวดต่ำกว่า 4 ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นผู้รับผิดชอบการจัดบริการคลินิกโรคเบาหวานตามแนวทาง ระดับอำเภอ

ข้อคำถาม	อำเภอเวียงป่าเป้า	อำเภอเชียงแสน	อำเภอเทิง	อำเภอเวียงชัย
ทิศทางและนโยบาย				
1.การกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และการสื่อสารให้ภาคีเครือข่าย	5	5	4	5
2.การวางแผนปฏิบัติการในการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน	5	5	4	5
3.การจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการดำเนินงานคลินิกโรคเบาหวาน	4	4	4	5
4.การจัดสรรทรัพยากร เครื่องมือ อุปกรณ์ให้เอื้อต่อการเข้าถึงบริการคลินิกโรคเบาหวาน	4	4	4	5
5.การติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานคลินิกโรคเบาหวานในรพ.สต เครือข่าย	4	5	4	5
ค่าเฉลี่ย	**4.4**	**4.6**	**4**	**5**
ระบบสารสนเทศ				
6.การวางระบบทะเบียนข้อมูลให้บริการที่เหมือนกันทั้งเครือข่ายบริการ	4	5	3	5
7.ระบบข้อมูลและสารสนเทศ (Data Exchange) ที่มีการเชื่อมโยงกันทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพ และระดับจังหวัด	5	5	3	4

ข้อคำถาม	อำเภอเวียงป่าเป้า	อำเภอเชียงแสน	อำเภอเทิง	อำเภอเวียงชัย
8.มีการใช้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย	5	5	4	5
ค่าเฉลี่ย	**4.6**	**5**	**3.33**	**4.66**
การปรับระบบและกระบวนการบริการ				
9.การจัดระบบบริการคัดกรอง ค้นหาความเสี่ยงของรพ.สต และระดับโรงพยาบาลแม่ข่าย	4	5	3	5
10.การวิเคราะห์และคืนข้อมูลการเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงในเครือข่ายบริการสุขภาพ	4	5	3	5
11.มีแผนงาน และระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเข้าถึงได้ง่าย	5	5	4	5
12.Case manager ประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ	5	4	4	4
13.เครือข่ายสุขภาพจัดเวที ช่องทางที่เหมาะสมต่อการปรับรูปแบบบริการ	4	4	4	3
ค่าเฉลี่ย	**4.4**	**4.6**	**3.6**	**4.4**
ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง				
14.การจัดระบบส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	5	4	3	4
15.การสื่อสารเพื่อคืนข้อมูลการรักษา การจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงร่วมกับทีมสหวิชาชีพทั้งที่บ้านและหน่วยบริการสาธารณสุข	4	4	3	4
16.การสนับสนุนการจัดการตนเองผ่านกลุ่มหรือชมรม เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเอง	4	5	3	4
17.สนับสนุนสื่อ นวัตกรรมที่เหมาะสมกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ	4	4	4	4
ค่าเฉลี่ย	**4.25**	**4.25**	**3.25**	**4**
ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ				
18.โรงพยาบาลแม่ข่ายมีการทบทวนและปรับแนวเวชปฏิบัติให้ทันสมัยและเป็นปัจจุบัน	5	5	4	5

ข้อคำถาม	อำเภอเวียงป่าเป้า	อำเภอเชียงแสน	อำเภอเทิง	อำเภอเวียงชัย
19.แม่ข่ายมีระบบให้คำปรึกษาระหว่างผู้ดำเนินงานในคลินิกเบาหวาน	5	5	4	5
20.แม่ข่ายมีการจัดระบบกระจายความรู้ที่สะดวกและง่ายต่อการเข้าถึงได้หลายช่องทาง	5	4	3	5
ค่าเฉลี่ย	**5**	**4.6**	**3.66**	**5**
การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน				
21.แม่ข่ายมีการจัดระบบคืนข้อมูลให้ชุมชนเพื่อติดตามการดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ)	4	5	4	4
22.การสนับสนุนแผนงาน โครงการให้ชุมชน ,องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน	4	5	3	4
23.แม่ข่ายมีการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพของคนในชุมชน	4	5	4	4
ค่าเฉลี่ย	**4**	**5**	**3.66**	**4**

ผู้รับผิดชอบในการจัดบริการคลินิกโรคเบาหวานตามแนวทาง Chronic Care Model (CCM) มีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการตามแนวทาง 6 หมวด หมวด การปรับระบบและกระบวรการบริการได้คะแนนเฉลี่ยมากสุด 3.81 หมวด ระบบสารสนเทศ ได้คะแนนน้อยสุด 3.34 ส่วนหมวดอื่นๆอยู่ในช่วง 3 ถึง 4 ซึ่งอยู่ระหว่างค่าการปฏิบัติในระดับปานกลางถึงมาก ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นผู้รับผิดชอบการจัดบริการคลินิกโรคเบาหวานตามแนวทาง Chronic Care Model (CCM) ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ข้อคำถาม	Mean (SD)				
	อำเภอเวียงป่าเป้า	อำเภอเชียงแสน	อำเภอเทิง	อำเภอเวียงชัย	รวม
ทิศทางและนโยบาย					
1.เครือข่ายได้กำหนดทิศทางนโยบาย เป้าหมายและการสื่อสารให้รพ.สตในเครือข่าย	4.30 (0.48)	3.38 (0.51)	3.43 (0.72)	4.00 (0.70)	3.70 (0.71)
2.เครือข่ายมีการวางแผนปฏิบัติการในการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน	4.40 (0.52)	3.46 (0.52)	3.50 (0.89)	4.00 (0.50)	3.77 (0.75)

ข้อคำถาม	Mean (SD)				
	อำเภอเวียงป่าเป้า	อำเภอเชียงแสน	อำเภอเทิง	อำเภอเวียงชัย	รวม
3.เครือข่ายมีการจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการดำเนินงานคลินิกโรคเบาหวาน	3.90 (0.32)	3.00 (0.58)	2.81 (0.91)	3.33 (1.00)	3.18 (0.84)
4.เครือข่ายมีการจัดสรรทรัพยากร เครื่องมือ อุปกรณ์ให้เอื้อต่อการเข้าถึงบริการคลินิกโรคเบาหวาน	3.60 (0.70)	2.92 (0.49)	3.25 (0.77)	3.44 (1.01)	3.27 (0.76)
5.เครือข่ายมีการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานคลินิกโรคเบาหวานในรพ.สต เครือข่าย	3.70(0.67)	3.31 (0.48)	3.00 (0.89)	3.66 (1.00)	3.35 (0.81)
ค่าเฉลี่ย	3.98 (0.41)	3.21 (0.37)	3.20 (0.55)	3.68 (0.74)	3.45 (0.60)
ระบบสารสนเทศ					
6.การวางระบบทะเบียนข้อมูลให้บริการที่เหมือนกันทั้งเครือข่ายบริการ	4.20 (0.42)	3.00 (0.58)	3.06 (1.00)	3.33 (1.00)	3.33 (0.90)
7.รพ.สต.มีระบบข้อมูลและสารสนเทศ (Data Exchange) ที่มีการเชื่อมโยงกันทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพ และระดับจังหวัด	4.60 (0.52)	3.31 (0.85)	2.50 (0.89)	3.55 (1.04)	3.35 (1.12)
8.รพ.สต.มีการใช้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย	3.90 (0.99)	3.23 (0.44)	3.00 (0.82)	3.44 (1.13)	3.33 (0.88)
ค่าเฉลี่ย	4.23 (0.44)	3.17 (0.46)	2.85 (0.77)	3.44 (0.91)	3.34(0.82)
การปรับระบบและกระบวนการบริการ					
9.รพ.สต.มีการจัดระบบบริการคัดกรอง ค้นหาความเสี่ยง	4.40 (0.52)	3.77 (0.60)	4.38 (0.62)	4.33 (0.86)	4.20 (0.68)
10.รพ.สต.มีการวิเคราะห์และคืนข้อมูลการเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงให้ลูกข่ายบริการสุขภาพ	4.30 (0.95)	3.85 (0.38)	3.69 (0.70)	4.00 (0.86)	3.91 (0.73)

ข้อคำถาม	Mean (SD)				
	อำเภอเวียงป่าเป้า	อำเภอเชียงแสน	อำเภอเทิง	อำเภอเวียงชัย	รวม
11.รพ.สต.มีแผนงาน และระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเข้าถึงได้ง่าย	4.50 (0.53)	3.92 (0.28)	3.80 (0.80)	4.00 (0.70)	4.02 (0.66)
12. Case manager ประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ	4.70 (0.48)	3.23 (0.44)	3.31 (0.79)	3.33 (1.12)	3.58 (0.91)
13เครือข่ายสุขภาพมีการจัดเวทีช่องทางที่เหมาะสมต่อการปรับรูปแบบบริการ	3.80 (0.79)	3.15 (0.55)	3.18 (0.65)	3.33 (0.86)	3.33 (0.72)
ค่าเฉลี่ย	4.34 (0.37)	3.58 (0.20)	3.67 (0.55)	3.80 (0.65)	3.81 (0.53)
ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง					
14.รพ.สต.มีการจัดระบบส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	4.30 (0.48)	3.85 (0.38)	3.69 (0.60)	4.00 (0.71)	3.91 (0.57)
15.รพ.สต.มีการสื่อสารเพื่อคืนข้อมูลการรักษา การจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงร่วมกับทีมสหวิชาชีพทั้งที่บ้านและหน่วยบริการสาธารณสุข	4.20 (0.42)	3.85 (0.69)	3.50 (0.70)	3.88 (0.78)	3.81 (0.70)
16.รพ.สต.มีการสนับสนุนการจัดการตนเองผ่านกลุ่มหรือชมรม เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเอง	3.90 (0.74)	3.92 (0.76)	3.25 (0.68)	3.55 (1.01)	3.62 (0.81)
17.รพ.สต.มีสนับสนุนสื่อนวัตกรรมที่เหมาะสมกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ	3.60 (0.52)	3.77 (0.73)	3.19 (0.83)	3.44 (0.88)	3.47 (0.77)
ค่าเฉลี่ย	4.00 (0.47)	3.84 (0.50)	3.40 (0.56)	3.77 (0.77)	3.70 (0.60)
ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ					
18.โรงพยาบาลแม่ข่ายมีการทบทวนและปรับแนวเวชปฏิบัติ	4.60 (0.52)	3.62 (0.65)	3.50 (0.89)	3.88 (0.78)	3.83 (0.83)

ข้อคำถาม	Mean (SD)				
	อำเภอเวียงป่าเป้า	อำเภอเชียงแสน	อำเภอเทิง	อำเภอเวียงชัย	รวม
ให้ทันสมัยและเป็นปัจจุบัน ต่อการใช้งานในรพ.สต.					
19.แม่ข่ายมีระบบให้คำปรึกษาระหว่างผู้ดำเนินงานในคลินิกเบาหวาน	4.70 (0.48)	3.31 (0.85)	3.50 (0.81)	3.88 (0.78)	3.77 (0.90)
20.แม่ข่ายมีการจัดระบบกระจายความรู้ที่สะดวกและง่ายต่อการเข้าถึงได้หลายช่องทาง	4.40 (0.52)	3.08 (1.12)	3.50 (0.81)	3.88 (0.78)	3.64 (0.95)
ค่าเฉลี่ย	4.56 (0.38)	3.33 (0.74)	3.50 (0.76)	3.88 (0.74)	3.75 (0.81)
การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน					
21.แม่ข่ายมีการจัดระบบคืนข้อมูลให้ชุมชน เพื่อติดตามการดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ)	3.70 (0.48)	2.85 (0.99)	3.06 (0.68)	3.78 (0.67)	3.27 (0.81)
22.การสนับสนุนแผนงานโครงการให้ชุมชน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน	3.50 (0.53)	3.08 (0.76)	3.13 (0.62)	3.77 (0.83)	3.31 (0.71)
23.รพ.สต.มีการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพของคนในชุมชน	3.40 (0.52)	3.38 (0.77)	3.44 (0.63)	3.88 (0.60)	3.50 (0.65)
ค่าเฉลี่ย	3.53 (0.42)	3.10 (0.79)	3.20 (0.46)	3.81 (0.64)	3.36 (0.64)

เกณฑ์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึงระดับการตรวจค่า HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 mg % โดยเป้าหมายของการที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่ ให้มีเป้าหมายที่ร้อยละ 40 จากข้อมูล Health Data Center(HDC) กระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2561-2565 พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเชียงแสน มีค่าร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ต่ำสุด คือ ร้อยละ 3.7 ในปี 2564 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะโง้ และค่าร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้มากที่สุดคือ ร้อยละ 39.29 ในปีงบประมาณ 2565 และจากค่าเฉลี่ยร้อยละระดับการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานเฉลี่ย 5 ปี พบว่า ต่ำสุด คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง 13.69 (2.47) และค่าเฉลี่ย 5 ปีย้อนหลังดีที่สุด คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันสลี 30.26(7.00) ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จังหวัดเชียงราย อำเภอเชียงแสน ปีงบประมาณ 2561 – 2565 แยกรายหน่วยบริการในอำเภอเชียงแสน

หน่วยบริการ	ปีงบประมาณ					
	2561	2562	2563	2564	2565	Mean(SD)
สบรวก	25.35	7.89	13.92	17.07	22.22	17.29 (6.87)
เวียง	12.1	10.84	13.8	14.38	17.33	13.69 (2.47)
ป่าสัก	14.8	21.62	23.08	14.02	23.41	19.39 (4.60)
แม่คำ	28.03	18.05	29.71	11.92	37.34	25.01 (10.04)
แซว	19.29	17.96	22.31	14.18	27.75	20.30 (5.09)
แม่แอบ	22.9	10	16.9	8.05	24.34	16.44 (7.35)
สันสลี	29.73	22.22	35.81	24.84	38.69	30.26 (7.00)
เวียงแก้ว	21.95	11.11	23.17	16.09	27.45	19.95 (6.40)
ศรีดอนมูล	24.61	20.51	23.56	16.02	22.51	21.44 (3.39)
สะโง้	20	14.29	36	3.7	39.29	22.66 (14.93)
แม่เงิน	22.05	15.41	23.1	13.31	28.84	20.54 (6.25)
บ้านไร่	21.38	19.11	20.79	10.81	31.61	20.74 (7.41)
โยนก	26.05	16.81	20.17	15.53	29.78	21.67 (6.09

ข้อมูล Health Data Center(HDC) กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561-2565 พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเวียงป่าเป้า มีค่าร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ต่ำสุด คือ ร้อยละ 11.11 ในปี 2562 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปางมะกาด และค่าร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้มากที่สุดคือ ร้อยละ 43.25 ในปีงบประมาณ 2565 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเวียงกาหลง และจากค่าเฉลี่ยร้อยละระดับการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานเฉลี่ย 5 ปี พบว่า ต่ำสุด คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปางมะกาด 18.74 (7.35) และค่าเฉลี่ย 5 ปีย้อนหลังดีที่สุด คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียงกาหลง 35.64 (7.66) ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จังหวัดเชียงราย อำเภอเวียงป่าเป้า ปีงบประมาณ 2561 – 2565 แยกรายหน่วยบริการในอำเภอเวียงป่าเป้า

หน่วยบริการ	ปีงบประมาณ					
	2561	2562	2563	2564	2565	Mean(SD)
รพ.สต.สันสลี	18.61	25.88	31.53	30.61	35.43	28.41 (6.45)
รพ.สต.บ้านโป่ง	20.45	25.21	34.12	28.69	34.86	28.67 (6.07)
รพ.สต.ป่างิ้ว	24.19	22.14	32.9	28.95	37.28	29.09 (6.20)
รพ.สต.ทุ่งม่าน	19.39	29.14	38.32	29.85	36.6	30.66 (7.48)
รพ.สต.เวียงกาหลง	24.31	31.98	41.28	37.4	43.25	35.64 (7.66)
รพ.สต.แม่เจดีย์	14.6	20.96	24.46	27.34	31.34	23.74 (6.37)
รพ.สต.ปางมะกาด	12.31	11.11	19.91	21.21	29.17	18.74 (7.35)
รพ.สต.แม่เจดีย์ใหม่	2096	28.83	32.84	29.26	38.87	30.15 (6.52)
รพ.สต.แม่ปูนล่าง	16.67	17.86	25.4	22.73	33.78	23.29 (6.86)
รพ.สต.บ้านป่าตึง	19.05	33.33	36.84	18.52	42.86	30.12 (10.90)

ค่าเฉลี่ยของร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี อยู่ในช่วง 7.85 – 27.95 ของจำนวน 16 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเทิง ตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จังหวัดเชียงราย อำเภอเทิง ปีงบประมาณ 2561 – 2565 แยกรายหน่วยบริการในอำเภอเวียงเทิง

หน่วยบริการ	ปีงบประมาณ					
	2561	2562	2563	2564	2565	Mean(SD)
บ้านตุ้มเหนือ	24.16	11.66	19.94	9.46	36.47	20.33 (10.82)
งิ้ว	23.38	25.82	29.46	19.39	36.49	26.90 (6.48)
ปล้อง	22.15	23.38	26.27	20.95	33.12	25.17 (4.86)
แม่ลอย	15.58	20.27	19.29	12.50	40.00	21.52 (10.77)
บ้านเกี๋ยง	20.86	19.53	27.04	22.02	33.15	24.52 (5.59)
เชียงเคี่ยน	16.60	13.79	29.36	12.16	33.33	21.04 (9.63)
ตับเต่า	18.49	24.05	25.37	4.44	36.24	21.71 (11.60)
บ้านปางค่า	20.48	25.33	28.85	15.25	40.30	26.04 (9.47)
บ้านร่มโพธิ์ไทย	7.27	6.67	8.33	2.70	17.95	8.58 (5.65)
บ้านรักแผ่นดิน	5.88	4.26	7.89	8.51	12.73	7.85 (3.20)
หงาว	26.60	24.57	29.17	15.38	36.54	26.45 (7.66)
บ้านดอนแยง	23.75	27.15	27.76	19.03	36.36	26.81 (6.36)
สันทรายงาม	26.77	26.80	26.14	21.26	38.79	27.95 (6.48)
ศรีดอนไชย	19.18	24.69	16.59	21.37	34.63	23.29 (7.00)
หนองแรด	11.89	14.63	15.91	13.85	38.24	18.90 (10.90)
บ้านร่องแช่	30.08	20.97	23.93	11.90	30.88	23.55 (7.72)

ค่าเฉลี่ยของร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี อยู่ในช่วง 35.02 – 43.25 ของจำนวน 9 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเวียงชัย ตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จังหวัดเชียงราย อำเภอเวียงเวียงชัย ปีงบประมาณ 2561 – 2565 แยกรายหน่วยบริการในอำเภอเวียงชัย

หน่วยบริการ	ปีงบประมาณ					
	2561	2562	2563	2564	2565	Mean(SD)
บ้านด้ายหนองหล่ม	31.13	45.39	40.07	38.35	35.40	38.06 (5.31)
ผางาม	30.96	45.97	38.52	30.21	31.67	35.46 (6.74)
บ้านดงมะตื๋น	33.33	37.86	35.06	39.46	33.21	35.78 (2.78)
ดงมะตื๋น	35.25	46.56	40.73	36.96	39.15	39.73 (4.35)
เวียงเหนือ	30.77	43.79	35.67	35.28	29.60	35.02 (5.58)
บ้านช่องลม	31.12	48.17	37.54	40.26	37.58	38.93 (6.16)
ดอนศิลา	42.08	48.06	42.06	42.73	41.35	43.25 (2.72)
เมืองชุม	34.99	47.08	43.52	39.17	39.69	40.89 (4.59)
เวียงชัย	35.07	41.60	39.56	35.99	35.85	37.61 (2.82)

สรุปและอภิปรายผลวิจัย

จากการสอบถามผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 4 แห่ง ตามองค์ประกอบ Chronic Care Model (CCM) ได้แก่ ทิศทางนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ในทุกข้อคำถามของทั้ง 6 หมวดส่วนใหญ่ได้คะแนน ระดับ 4 และ ระดับ 5 หมายถึงมีการปฏิบัติในระดับมาก และมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิทยา ศรีเมือง ที่สรุปว่าโรงพยาบาลมีความได้เปรียบทั้งด้านการนำนโยบายไปปฏิบัติและทรัพยากรต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ในการจัดการ อีกทั้งยังเป็นแม่ข่ายในการให้บริการอีกด้วยและจากการศึกษาของ กมล กลิ่นไทย พบว่า โรงพาบาลชุมชนในเขตพื้นที่สปสช เขต 3 นครสวรรค์ มีการจัดบริการตามองค์ประกอบ Chronic Care Model (CCM) อยู่ในระดับสูง ซึ่งทีมที่ให้บริการมีลักษณะสหวิชาชีพตามองค์ประกอบของ Chronic Care Model (CCM) สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรี พันเถร พบว่า ทีมสหวิชาชีพที่มีคุณภาพ ทำให้ประสิทธิภาพของการให้บริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คะแนนจากการประเมิน NCD Clinic Plus จะมี 5 ระดับ คือ ต่ำกว่ามาตรฐาน ระดับมาตรฐาน ระดับดี ระดับดีมาก ระดับดีเด่น มาจากคะแนนในการประเมินของ 6 องค์ประกอบ ซึ่งคะแนนในหมวดที่ 4 เรื่องการจัดการตนเอง และหมวดที่ 6 การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน มักได้คะแนนน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ นพพร ศรีผัด ที่ศึกษาคะแนน NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ 1 ทั้งนี้เมื่อเทียบคะแนนการสอบถามผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเทิงและเชียงแสน ตามองค์ประกอบ Chronic Care Model (CCM) นั้นพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนในหลายๆหมวดต่ำกว่าระดับปานกลาง เช่น การจัดสรรทรัพยากร เครื่องมือ อุปกรณ์ให้เอื้อต่อการเข้าถึง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ ศิริโกมลเสถียร[5] ที่สรุปว่า การให้บริการคลินิโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา นั้นมีคะแนนตามองค์ประกอบ Chronic Care Model (CCM) ในระดับต่ำ

ค่าร้อยละระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งอำเภอเวียงป่าเป้า อำเภอเชียงแสนและอำเภอเทิงที่มีค่าต่ำกว่าร้อยละ 40 ทั้งสามอำเภอ พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของพัทธนันท์ ศรีอ่อนทอง, ภัทรียา นภาลัย [6] ที่พบว่า มีค่าระดับน้ำตาลต่ำกว่าร้อยล 40 ของ 18 โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงราย อันมาจากสาเหตุของการบันทึกข้อมูลที่ต่ำกว่าความเป็นจริง การตรวจสุขภาพประจำปีที่ไม่ครอบคลุม อันเนื่องจากงบประมาณการตรวจ HbA1C ที่ไม่เพียงพอ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์วัชรพงษ์ คำหล้า นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า โรงพยาบาลเชียงแสน โรงพยาบาลเทิง โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอเวียงป่าเป้า อำเภอเชียงแสน อำเภอเทิง และอำเภอเวียงชัยที่ทำให้ผลงานชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

1. ผลจากการศึกษาพบว่าการจัดบริการตามองค์ประกอบของ Chronic Care Model (CCM) มีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการตามแนวทาง 6 หมวด ซึ่งผู้รับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนตอบข้อมูลอยู่ในช่วงระดับมากและมากที่สุด ซึ่งคะแนนมากกว่าผู้รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกข้อ จึงอาจจะต้องมีการประเมินประเด็นอื่นๆที่เป็นองค์ประกอบเพิ่มเติมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีผลต่อการจัดบริการ เช่น การนำคะแนนในหมวดที่ได้คะแนนมาก หรือนำคะแนนในหมวดที่ได้คะแนนน้อยมาดูปัจจัยเพิ่มเติมหรือจัดทำวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ดูถึงผลลัพธ์จากการปรับปรุงกระบวนการในบ้างข้อเพื่อให้มีการส่งผลต่อประสิทธิภาพต่อไป

2. จากการศึกษาในครั้งนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเวียงป่าเป้าบางส่วนได้เปลี่ยนสังกัดจากกระทรวงสาธารณสุขไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเวียงชัย ขณะศึกษาได้อยู่ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหลังจากปีงบประมาณ 2568 ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดเชียงรายได้ย้ายสังกัดจากกระทรวงสาธารณสุขไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย ซ่งมีผลทำให้ระบบการจัดบริการมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นหรือระบบบริการลดประสิทธิภาพลง จึงควรมีการศึกษาในระยะต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1 กองโรคไม่ติดต่อ.๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔.กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2564 ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ให้ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึงhttp://ddc.moph.go.th/brc/news.

2 HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย [อินเทอร์เน็ต]. 2566; [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2566]. จาก: https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php

3 จุรีพร คงประเสริฐ (บ.ก.). (2558). แนวพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ปีงบประมาณ 2558. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

4 สมเกียรติ โพธิสัตย์(2559).รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care medel:CCM).สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

5 กมล กลิ่นไทย,ปัทมา สุพรรณกุล,อรพินท์ สิงหเดช.ปัจจัยพยากรณ์การให้บริการของทีมสหสาขาวิชาชีพตามแนวทางของ Chronic care model ในคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่สปสช เขต 3 นครสวรรค์.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2563:162-172

6 พัทธนันท์ ศรีอ่อนทอง, ภัทรียา นภาลัย.ประสิทธิผลของการพัฒนาคุณภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อระดับโรงพยาบาลกับผลการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดเชียงราย.วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน -ธันวาคม 2567:1-10

7 วัชรี พันเถร, วรพต พรมสัตยพจน์ การพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเพิ่มสุข อำเภอผาขาว จังหวัดเลย.วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2566.

8 นพพร ศรีผัด, นัฐพน เอกรัฐรุ่งเรือง.การประเมินคลินิก ncd คุณภาพเขตสุขภาพที่ 1 ปี 2560-2562. เชียงรายเวชสาร.ปีที่ 12 ฉบับที่ 3 พ.ศ.2563.

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังด้วยตนเองเพื่อป้องกันการเกิด Metformin-Associated Lactic Acidosis (MALA) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา Metformin โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร

สมศุกร์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา
โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินระบบการเฝ้าระวังด้วยตนเองในการป้องกันการเกิด metformin-associated lactic acidosis (MALA) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ metformin ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ metformin มีค่า eGFR 31 - 59 ml/min/1.73^2 และเข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร ทุกราย

โดยเก็บข้อมูลในช่วงระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568 มีขั้นตอน ดังนี้ 1. สำรวจ สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ โดยนำอุบัติการณ์ MALA มาทบทวน ในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพด้านคลินิก (Patient Care Team : PCT) เพื่อหาสาเหตุของการเกิด MALA ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งระบบเดิมมีเพียงการแจ้งเตือนปรับขนาดยาตามค่า eGFR 2.ออกแบบพัฒนาระบบการเฝ้าระวังด้วยตนเองในการป้องกันการเกิด metformin-associated lactic acidosis (MALA) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ metformin โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อใช้บรรยายลักษณะของข้อมูลที่ได้ และรายงานค่าสถิติเป็นค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD) และสถิติอ้างอิง (inferential statistics) เปรียบเทียบการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของกรดแลคติกซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน(MALA) ที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาระบบขึ้น โดยใช้สถิติ Chi-square เปรียบเทียบ proportion

ผลการวิจัยพบว่า ระบบการเฝ้าระวังด้วยตนเองในการป้องกันการเกิด metformin-associated lactic acidosis (MALA) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ metformin ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร สามารถลดอุบัติการณ์การเกิด MALA โดยอุบัติการณ์ปีงบประมาณ 2568 เท่ากับ ศูนย์ ซึ่งเภสัชกร แพทย์และผู้ป่วยมีบทบาทที่สำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าว โดยการทบทวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ การพิจารณาปรับขนาดยาตามค่าการทำงานของไต โดยเฉพาะอย่างยิ่งยา metformin ที่มีการขจัดทางไตเป็นหลัก ผู้ป่วยเฝ้าระวังอาการที่อาจเกิดภาวะเลือดเป็นกรดได้ด้วยตนเอง รวมถึงการวินิจฉัยภาวะนี้อย่างถูกต้องและรวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที การวิจัยนี้มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ metformin มีค่า eGFR 31 - 59 ml/min/1.73^2 และเข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร ในช่วงระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 90 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.44 อายุพบมากในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 60 มีค่าการทำงานของไต 31 - 44 ml/min/1.73 m^2(ไตวายระยะ 3b) ร้อยละ 61.11 ไม่พบผู้ป่วยเกิดภาวะเลือดเป็นกรดในช่วงการศึกษาวิจัยนี้ และผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อระบบเฝ้าระวังด้วยตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดเป็นกรด พบว่า ผู้ป่วย พึงพอใจต่อการได้รับคำแนะนำการใช้ยา และผลข้างเคียงของยาเบาหวานเมทฟอร์มินในระดับมากที่สุด ร้อยละ 100 และพึงพอใจต่อระบบการแจ้งเตือนเมื่อสงสัยอาการ MALA ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 100 นอกจากนี้เภสัชกร

ยังมีบทบาทในการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่ใช้ยา metformin เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิด MALA เช่น การใช้ยาแก้ปวด ยาสมุนไพร การควบคุมเบาหวาน ความดันโลหิต ที่มีผลลดค่าการทำงานของไต การดื่มน้ำให้เพียงพอ ห้ามปรับขนาดยาหรือหยุดยาเอง และ การป้องกันเชิงระบบ เช่น บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการเกิด MALA แล้ว เพื่อป้องกันการสั่งยา metformin ซ้ำ หรือการเชื่อมโยงข้อมูลที่แสดงถึงค่าการทำงานของไต โดยแสดงข้อมูลเป็นการปรับขนาดยาในขนดต่างๆตามค่า eGFR ของผู้ป่วยในฐานข้อมูลรายการยา เพื่อป้องกันการสั่งยา metformin ให้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเกินขนาด หรือ ผู้ป่วยที่ห้ามใช้ยา Metformin เช่น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 4 ขึ้นไป ข้อเสนอแนะการวิจัย เนื่องจากการวิจัยนี้มีข้อจำกัด คือ อัตรากำลังเภสัชกรไม่เพียงพอในการให้บริการในบางวัน ทำให้ผู้ป่วยที่ถูกคัดกรองไว้ในวันนัดไม่ได้พบเภสัชกรตามเป้าหมาย ดังนั้นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin ตามระบบการป้องกันการเกิดภาวะเลือดเป็นกรด และครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด จำเป็นต้องเพิ่มอัตรากำลังเภสัชกร

คำสำคัญ: เมทฟอร์มิน ภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของแลคติก ภาวะไตวายเฉียบพลัน การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Surveillance System Development for Prevention metformin-associated lactic acidosis (MALA) in diabetic patients taking metformin on its own, Somdet Phra Yanasangwon Hospital

Somsook Palakawong Na Ayudthaya
Somdet Phra Yanasangwon Hospital

ABSTRACT

Design : Research & Development Objective : Development and estimate surveillance system for Prevention metformin-associated lactic acidosis (MALA) in diabetic patients taking metformin on its own Setting : Non-communicable diseases (NCDs) clinic, Somdet Phra Yanasangwon Hospital Method and Subject : Experimental Research on every diabetic patients taking metformin and declining kidney functione(GFR 31 - 59 ml/min/1.73^2) during April 2025-July 2025 by statistics in research is descriptive statistics and inferential statistics Results : Most of the patients were female (64.44%) and 61-70 years old (60%) in total number of 90 patients. Every patients no symptoms of metformin-associated lactic acidosis (MALA) and can use qr code warn to pharmacist while researching including they satisfied for giving advice use metformin and adverse drug reaction 100%. Conclusion : Pharmacist and patient have an important role in preventing this fatal event by raising the concern about metformin dose adjustment in renal-impaired patients and patients taking metformin can preventing on its own. Metformin causes metformin associated lactic acidosis (MALA) which is a rare but fatal adverse event. Clinical manifestatiosn of MALA that are associated with a high death rate include elevated metformin blood level, over-production of lactic acid, and lower lactic acid clearance. Therefore, prompt diagnose of MALA is crucial. The initial treatment is to reverse the acidosis by supportive treatment, hemodialysis has proved to be effective in removing lactic acid and metformin.

Keywords: metformin, lactic acidosis, acute kidney injury, hemodialysis

บทนำ

Metformin เป็นยารักษาเบาหวานที่แนะนำให้ ใช้เป็นลำดับแรกในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยผู้ป่วย นั้นไม่มีข้อห้ามใช้ยา เนื่องจากสามารถลดอัตราการเสียชีวิตโดยรวม และการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อ้วน[1] ทั้งนี้ metformin ขับออกทางไตร้อยละ 90 ในรูปไม่เปลี่ยนแปลง ทำให้ระดับยา metformin เพิ่มสูงขึ้น 2-4 เท่า ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่องในระดับปานกลางถึงรุนแรง มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้น้อยแต่มีอาการรุนแรงได้แก่ metformin-associated lactic acidosis (MALA) ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง ถึงร้อยละ 30-50[2] MALA เกิดจากการมีระดับยา metformin สูงเกินเนื่องจากการขับออกทางไตได้ลดลง ทำให้เกิดการคั่งของ lactate โดยมีกลไกการเกิดดังนี้ 1. Metformin ยับยั้งกระบวนการ gluconeogenesis ในตับ โดยการยับยั้งเอนไซม์ pyruvate carboxylase ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ใช้ในกระบวนการ เปลี่ยน pyruvate หรือ lactate เป็น glucose ทำให้เกิด การคั่งของ lactate เพิ่มมากขึ้น 2. Metformin ยับยั้งกระบวนการ oxidative phosphorylation ใน mitochondria ทำให้ pyruvate ถูกเปลี่ยนเป็น lactate เพิ่มมากขึ้นจากกระบวนการ anaerobic metabolism[2,3,4] นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะ MALA ได้แก่ การสร้าง lactate เพิ่มขึ้นจากภาวะ พิษเหตุติดเชื้อ (sepsis), ภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure), ภาวะเลือดไหลไปเลี้ยงเนื้อเยื่อลดลง (reduced tissue perfusion), ภาวะขาดออกซิเจน (anoxia) หรือสภาวะที่มีการขจัด lactate ออกได้ลดลง ได้แก่ ภาวะตับบกพร่อง นอกจากนี้ยังมียาอื่นที่อาจเพิ่มการสร้าง lactate ได้แก่ isoniazid, linezolid, propofol และยากลุ่ม nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NRTI) [5] อุบัติการณ์ของ MALA พบ ค่อนข้างต่ำ ประมาณ 0.03- 0.06 รายต่อจำนวนประชากร 1,000 รายต่อปีที่ได้รับยา ส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง โดยมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 30-50[2, 6] โดยมีอาการแสดงทางคลินิก ไม่จำเพาะเจาะจง ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง อาจมีอาการ เซื่องซึม หายใจหอบ หรือความดันเลือดต่ำ[7] ผู้ป่วยจะถูกวินิจฉัยว่าเป็น MALA เมื่อมีภาวะ metabolic acidosis (arterial pH < 7.35) ร่วมกับ มีระดับ lactate > 5.0 mmol/L[8] และ มีระดับยา metformin > 5 mcg/mL[9] แนวทางในการรักษาภาวะ MALA เป็นการรักษาแบบประคับประคอง แก้ไขภาวะเลือดเป็นกรด และรักษาปัจจัยร่วมที่เป็นสาเหตุของ lactic acidosis แต่เนื่องจาก metformin สามารถขจัดออกทางการ บำบัดทดแทนไต (hemodialysis, continuous hemodiafiltration) ปัจจุบันจึงมีคำแนะนำให้รักษา MALA โดยการฟอกเลือดเพื่อขจัด metformin ซึ่งจะขจัด lactate ด้วย ปรับสมดุลน้ำ และ แก้ไขภาวะ เลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) [2,10] จากข้อมูลเวชระเบียน โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร ปี พ.ศ. 2565 - 2567 พบอุบัติการณ์การเกิด MALA จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 0.13) จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 0.21) และ จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 0.29) ตามลำดับ ถึงแม้ว่าอุบัติการณ์เกิดจะพบได้น้อย แต่ก็ไม่ควรเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (อุบัติการณ์เป็นศูนย์) เนื่องจาก อาการที่เกิดขึ้นมักรุนแรงจนต้องส่งต่อผู้ป่วยทุกรายเพื่อให้การรักษาภาวะเลือดเป็นกรดที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และข้อมูลอุบัติการณ์ MALA ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ทั้งหมดของจังหวัดเชียงราย ยังมีจำนวนผู้เสียชีวิตจาก MALA เพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2566 - พ.ศ.2568 ดังนี้ 42 ราย เสียชีวิต 2 ราย(ร้อยละ 4.76), 27 ราย เสียชีวิต 7 ราย(ร้อยละ 25.92) และ 6 ราย เสียชีวิต 3 ราย(ร้อยละ 50) สาเหตุหลัก คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มี การทำงานของไตบกพร่อง eGFR < 60 ml/min/1.73^2 ได้รับยา Meformin ขนาดสูงกว่า 2,000 mg/day โดยไม่มีการเฝ้าระวัง ติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยได้เล็งเห็นปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนาระบบการเฝ้าระวังด้วยตนเองในการป้องกันการเกิด metformin-associated lactic acidosis (MALA) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ metformin ขึ้น เพื่อช่วยเภสัชกรในการ

คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ทบทวนการได้รับยาของผู้ป่วย ให้คำปรึกษาแนะนำ รวมถึงช่วยสืบค้นสาเหตุและปัจจัยร่วมในการเกิด MALA เพื่อลดความรุนแรงจากอาการไม่พึงประสงค์ อุบัติการณ์ MALA และอัตราการเสียชีวิต

ภาวะ MALA เป็นภาวะฉุกเฉินที่มีอุบัติการณ์การเกิดต่ำแต่มีอัตราการเสียชีวิตสูง อีกทั้งผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้ในระหว่างการรักษา การวินิจฉัยภาวะนี้ได้อย่างถูกต้องและรวดเร็วเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการรักษาที่ดี และลดอัตราการเสียชีวิต อย่างไรก็ตาม ภาวะ MALA สามารถป้องกันได้ และเภสัชกรมีบทบาทที่สำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าว โดยการหมั่นทบทวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ ร่วมกับการพิจารณาปรับขนาดยาตามค่าการทำงานของไตร่วมด้วยเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาที่มีการขจัดทางไตเป็นหลักอย่างมีนัยสำคัญ เช่น metformin และ colchicine นอกจากนี้ เภสัชกรสามารถมีบทบาทในการให้คำแนะนำกับผู้ป่วยที่ใช้ยา metformin เกี่ยวกับอาการแสดงของภาวะ MALA และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะดังกล่าว เช่น การใช้ยาที่มีผลลดค่าการทำงานของไต ยาสมุนไพรต่าง ๆ เป็นต้น ยิ่งไปกว่านั้น เภสัชกรยังสามารถมีบทบาทในการป้องกันเชิงระบบ เช่น การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการเกิด MALA แล้ว เพื่อป้องกันการสั่งยา metformin ซ้ำหรือการเชื่อมโยงข้อมูลที่แสดงถึงค่าการทำงานของไต โดยอาจแสดงข้อมูลเป็นค่า eGFR ของผู้ป่วยในฐานข้อมูลรายการยา เพื่อป้องกันการสั่งยา metformin ให้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เป็นต้น[11]

การวินิจฉัย MALA ได้เร็ว จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ[12] โดยการรักษาภาวะเลือดเป็นกรด รักษาปัจจัยร่วมที่เป็นสาเหตุ และขจัดยา metformin ออกจากร่างกายโดยการบำบัดทดแทนไต[13,14,15,16] ล่าสุดแนวทางการรักษาภาวะพิษจากยา metformin ของกลุ่ม EXtracorporeal Treatments In Poisoning workgroup(EXTRIP) แนะนำการทำ extracorporeal treatment เช่น การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) หรือการฟอกเลือดชนิดต่อเนื่อง (continuous renal replacement therapy; CRRT) ในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงจากภาวะดังกล่าว เนื่องจากยา metformin มีโมเลกุลเล็ก (molecular weight เท่ากับ 165.8 Da) จับตัวกับโปรตีนน้อย ขับออกทางปัสสาวะเป็นหลักร้อยละ 90[17] และวิธีนี้สามารถลดกรดออกจากร่างกายโดยเอาประจุบวกออก ลดระดับยา metformin ได้ และช่วยประคับประคองภาวะไตวายเฉียบพลันได้ด้วย[18] โดยให้เริ่มเมื่อมีระดับ lactate มากกว่า 20 มิลลิโมลต่อลิตร หรือมีภาวะเลือดเป็นกรดรุนแรง (pH < 7.0) หรือมีภาวะช็อค หรือการรักษาแบบประคับประคองไม่ได้ผล ในขณะเดียวกันคำแนะนำที่มีระดับความเชื่อมั่นรองลงมาแนะนำให้เริ่มเมื่อระดับ lactate อยู่ในช่วง 15-20 มิลลิโมลต่อลิตร หรือมีภาวะเลือดเป็นกรดที่มีค่า pH 7.0-7.1 แต่ยังไม่มีข้อมูลมากพอที่จะสรุปว่าการฟอกเลือดด้วยวิธีใดดีกว่ากัน อย่างไรก็ตาม แนะนำให้เริ่มด้วย hemodialysis ก่อน ถ้าผู้ป่วยมีสัญญาณชีพไม่คงที่แนะนำให้ทำ CRRT โดยจะหยุดการรักษาด้วยวิธี extracorporeal treatment เมื่อมีค่า lactate น้อยกว่า 3 มิลลิโมลต่อลิตร และ pH มากกว่า 7.3527 นอกจากนี้ การศึกษาของวิลาสินีและคณะพบว่าผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะ MALA ที่มีระยะเวลาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งได้รับการบำบัดทดแทนไตมากกว่า 12 ชั่วโมง มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งได้รับการบำบัดทดแทนไต ไม่เกิน 12 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.047) ดังนั้นการพิจารณาถึงปัจจัยเสี่ยงเรื่องระดับ lactate และค่า pH ในผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะ MALA แล้วให้การรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตได้อย่างรวดเร็วภายใน 12 ชั่วโมง น่าจะช่วยลดโอกาสการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้[19]

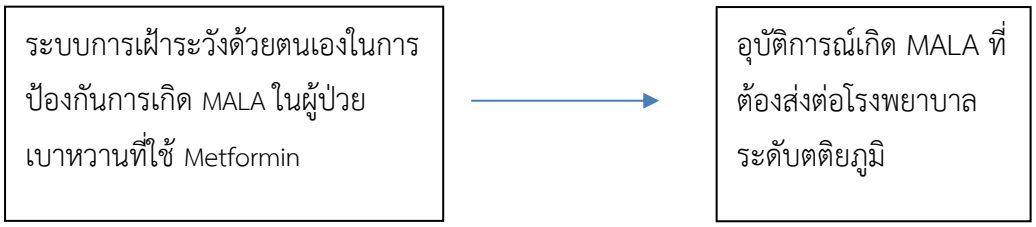
การป้องกัน MALA

1. ยา metformin จะสะสมในร่างกายได้ ถ้าการทำงานของไตผิดปกติ ดังนั้น จึงห้ามใช้ยานี้ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 – 5 (eGFR < 30 ml/min/1.73m2) และผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด สำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะอื่น ๆ แนะนำให้ปรับขนาดยาตามการทำงานของไต และควรติดตามค่าการทำงาน ของไตเป็นระยะ[20]
2. หลีกเลี่ยงการใช้ยา metformin ในผู้ป่วยโรคตับ โรคพิษสุราเรื้อรัง หรือภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิด lactic acidosis เพิ่มมากขึ้น[21]
3. เฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำ การไหลเวียนเลือดไม่ดี มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ การมีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ผู้ที่ได้รับยา metformin ร่วมกับยากลุ่ม sodium glucose co-transporter type2 (SGLT2 inhibitor) เนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดเป็นกรด [21,22]
4. ระวังการได้รับยาร่วมที่อาจเป็นพิษต่อไต ทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน เช่น ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs; NSAIDs), การได้รับสารทึบรังสี, ยาลดความดันกลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitor; ACEI) และยาต้านการอักเสบที่มี สเตียรอยด์ เป็นต้น[13]
5. ให้คำแนะนำผู้ป่วยที่ได้รับยา metformin ที่มีความเสี่ยงจะเกิด MALA ให้ทราบถึงอาการแสดงของภาวะ lactic acidosis และ ระวังการใช้ยาร่วมที่อาจเป็นพิษต่อไต หากผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวให้หยุดยา และรีบกลับมาปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังด้วยตนเองในการป้องกันการเกิด metformin-associated lactic acidosis (MALA) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ metformin ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร
2. เพื่อประเมินระบบการเฝ้าระวังด้วยตนเองในการป้องกันการเกิด metformin-associated lactic acidosis (MALA) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ metformin ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน 2568 ถึง เดือน กรกฎาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ **2** ที่ใช้ metformin มีค่า eGFR 31 - 59 ml/min/1.73^2 และเข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร ทุกราย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

(1) แบบบันทึกข้อมูล (2) แบบสอบถามความพึงพอใจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างเครื่องมือวิจัยขึ้นใหม่จากการทบทวนวรรณกรรมและส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คนช่วยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดย

(1) แบบบันทึกข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรุนแรงของ ADR

ส่วนที่ 3 ข้อมูลอุบัติการณ์เกิด MALA และอัตราเสียชีวิต

(2) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการป้องกันการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของกรดแลคติกซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน(MALA) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย/บุคลากรการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อระบบการป้องกันการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของกรดแลคติกซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน(MALA)เป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ

วิธีรวบรวมข้อมูล

(1) ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลขณะให้คำแนะนำเรื่องยา Metformin กับอาการที่แสดงภาวะเลือดเป็นกรดและสอนวิธีใช้ QR code แจ้งเตือนให้เภสัชกรทราบเมื่อมีอาการที่สงสัยภาวะเลือดเป็นกรด

(2) ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามความพึงพอใจกับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายทุกคน หลังจากให้คำแนะนำเรื่องยา Metformin กับอาการที่แสดงภาวะเลือดเป็นกรดและสอนวิธีใช้ QR code แจ้งเตือนให้เภสัชกรทราบเมื่อมีอาการที่สงสัยภาวะเลือดเป็นกรด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1.สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อใช้บรรยายลักษณะของข้อมูลที่ได้ และรายงานค่าสถิติเป็นค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD)

2.สถิติอ้างอิง (inferential statistics) เปรียบเทียบการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของกรดแลคติกซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน(MALA) ที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาระบบขึ้น โดยใช้สถิติ t Chi-square เปรียบเทียบ proportion

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร หมายเลขการรับรอง CRPPHO 005/2568

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ **2** ที่ใช้ metformin มีค่า eGFR 31 - 59 ml/min/1.73^2 และเข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวรในช่วงเดือนเมษายน 2568 ถึง เดือนกรกฎาคม 2568 จำนวน 90 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.44 ดังตารางที่ 1 อายุพบมากในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 60 ดังตารางที่ 2 มีค่าการทำงานของไต 31 - 44 ml/min/1.73 m^2 ร้อยละ 61.11 ดังตารางที่ 3 และขนาดยาเมทฟอร์มินที่ผู้ป่วยได้รับต่อวัน 500 – 2,000 มิลลิกรัม ซึ่งไม่เกินขนาดยาสูงสุดตามค่าการทำงานของไต ผลอุบัติการณ์การเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากการใช้ยาเมทฟอร์มิน (MALA) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวรเท่ากับ 0 ซึ่งลดลงจากปีงบประมาณ 2565 ถึง 2567 ดัง ตารางที่ 4 พบผู้ป่วยที่ต้องปรับลดขนาดยาลง 4 คน (0.04%) และ หยุดยาเมทฟอร์มิน 6 คน (0.06%) เนื่องจากค่า eGFR < 30 ml/min/1.73^2 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากยาเมทฟอร์มินในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร พบว่าผู้ป่วยพึงพอใจต่อการได้รับคำแนะนำการใช้ยา และผลข้างเคียงของยาเบาหวานเมทฟอร์มินในระดับมากที่สุด ร้อยละ 100 และพึงพอใจต่อระบบการแจ้งเตือนเมื่อสงสัยอาการ MALA ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 100

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ **2** ที่ใช้ metformin มีค่า eGFR 31 - 59 ml/min/1.73^2 และเข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวรในช่วงเดือนเมษายน 2568 ถึง เดือนกรกฎาคม 2568 แยกตามเพศ

เพศ	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ชาย	32	35.56
หญิง	58	64.44
รวม	90	100.00

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ **2** ที่ใช้ metformin มีค่า eGFR 31 - 59 ml/min/1.73^2 และเข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวรในช่วงเดือนเมษายน 2568 ถึง เดือนกรกฎาคม 2568 แบ่งตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ (ปี)	**จำนวน**	**ร้อยละ**
50-60 ปี	22	24.44
61-70 ปี	54	60.00
71-81 ปี	14	15.56
รวม	90	100.00

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ **2** ที่ใช้ metformin มีค่า eGFR 31 - 59 ml/min/1.73^2 และเข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวรในช่วงเดือนเมษายน 2568 ถึง เดือนกรกฎาคม 2568 แบ่งตามค่า eGFR

ค่า eGFR 31 - 59 ml/min/1.73^2 **ก่อนเข้าร่วมวิจัย**	**จำนวน**	**ร้อยละ**
45-59	35	38.89
31-44	55	61.11
รวม	90	100.00

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่เกิด Metformin-Associated Lactic Acidosis (MALA) โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร

ปีงบประมาณ	จำนวน	ร้อยละ
2565	3	0.13
2566	5	0.21
2567	7	0.29
2568 (ถึง 13 กรกฎาคม)	0	0
รวม	15	0.63

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการทบทวนอุบัติการณ์การเกิด MALA ของโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร พบว่ายังไม่มีรูปแบบในการป้องกันการเกิดMALA ที่ชัดเจนในส่วนของผู้ป่วย และยังไม่มีการติดตามการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ยายังได้รับยา ขาดการสื่อสารกับผู้ป่วยเรื่องความรู้เกี่ยวกับ MALA และแนวทางปฏิบัติหากเกิดอาการดังกล่าว ผู้วิจัยจึงดำเนินการการพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากยาเมทฟอร์มินในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร ดังนี้ 1.จัดทำ qr code แจ้งเตือนเภสัชกรเมื่อเกิดอาการที่สงสัย MALA ที่ฉลากยาเมทฟอร์มิน 2.คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้ความรู้เรื่องยาเมทฟอร์มินและอาการที่ต้องหยุดยา รวมถึงให้คำแนะนำเรื่องยาที่ห้ามใช้เพื่อชะลอไตเสื่อมที่ส่งผลต่อโอกาสที่จะเกิด MALA นอกจากนี้ในการวิจัยยังได้นำเอาระบบสารสนเทศมาใช้ในการค้นหาตัวส่งสัญญาณ (Trigger tool) แจ้งเตือนค่า eGFR หรือขนาดยาเมทฟอร์มินผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ในการสร้างความตระหนักการสั่งใช้ยา สนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลที่พร้อมใช้ และช่วยสนับสนุนการตัดสินใจแก่บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ไม่พบการสั่งใช้ยาเมทฟอร์มินในผู้ป่วยที่มี eGFR น้อยกว่า 30 ml/min/1.73 m2 หลังการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของอติพล คล้ายปักษี และคมสันอาษา(2563) ที่พบว่าการพัฒนาระบบแจ้งเตือนการใช้ยาในผู้ป่วยไตบกพร่องผ่านระบบ HOSxP สามารถลดการสั่งใช้ยาเมทฟอร์มินที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระดับ 4 ขึ้นไป ดังนั้นระบบสารสนเทศจึงเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือที่สำคัญในการส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จากการวิจัยนี้ สรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากยาเมทฟอร์มินด้วยตัวผู้ป่วยเองในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาที่เหมาะสม ปลอดภัยกับภาวะของโรค และลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะเลือดเป็นกรด ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจากยาลงได้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบเฝ้าระวังด้วยตนเองเพื่อป้องกันการเกิด Metformin-Associated Lactic Acidosis (MALA) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา Metformin โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร สามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจาก ได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างดียิ่งจากผศ.ภก.อภิรักษ์ วงศ์รัตนชัย อาจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาความรู้ ข้อคิด ข้อแนะนำ และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนกระทั่งการวิจัยครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อยด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกคนที่อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้ สุดท้ายนี้ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้คงเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่สนใจศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1.การวิจัยนี้สามารถนำไปขยายผลเชิงระบบในโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ทำให้เกิดการเฝ้าระวัง ป้องกัน ติดตามขนาดยาที่สัมพันธ์กับค่า eGFR การป้องกันภาวะเลือดเป็นกรด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาที่เหมาะสม ปลอดภัย

2. ควรเพิ่มอัตรากำลังหรือเวลาให้เภสัชกรในการให้คำแนะนำผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมากขึ้นในการเฝ้าระวังการเกิดอาการ MALA เนื่องจากการศึกษานี้บางวันที่เภสัชกรลาหรือไปประชุม ไม่ได้พบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มาในวันนัดนั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับบริการในส่วนนี้ จึงควรเพิ่มเภสัชกร เพื่อนำไปสู่ความปลอดภัยยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1 UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overnight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). Lancet. 1998;352:854-65.

2 DeFronzo R, Fleming GA, Chenc K, Bicsak TA. Metformin-associated lactic acidosis: Current perspectives on causes and risk. Metab Clin Exp. 2016;65:20-9.

3 Dembo AJ, Marliss EB, Halperin ML. Insulin therapy in phenformin-associated lactic acidosis. a case report, biochemical considerations and review of the literature. Diabetes. 1975;24(1):28-35.

4 Scheen AJ, Paquot N. Metformin revisited: a critical review of the benefit-risk balance in at-risk patients with type 2 diabetes. Diabetes Metab. 2013;39:179-90.

5 5.Pham AQ, Xu LH, Moe OW. Drug-induced metabolic acidosis. F1000Res. 2015;4:F1000 Faculty Rev-1460.

6 Eppenga WL, Lalmohamed A, Geerts AF, Derijks HJ, Wensing M, Egberts A, et al. Risk of lactic acidosis or elevated lactate concentrations in metformin users with renal impairment: A population-based cohort study. Diabetes Care. 2014;37:2218–24.

7 Sirtori CR, Pasik C. Re-evaluation of a biguanide, metformin: mechanism of action and tolerability. Pharmacol Res. 1994;30:187-228.

8 Fall PJ, Szerlip HM. Lactic acidosis: From sour milk to septic shock. J Intensive Care Med. 2005;20:255–71.

9 Glucophage (metformin hydrochloride) and Glucophage XR (extended-release) prescribing information. Princeton, NJ: Bristol-Myers Squibb; 2018.

10 Lalau JD. Lactic acidosis induced by metformin incidence, management and prevention. Drug Saf. 2010;33(9):727-40.

11 Noinual J, Tunprayoon S, Case Report: Metformin-associated Lactic Acidosis. J Health Sci2021;16(4):403-9.(in Thai)

12 Siangtrong W, Iamrerksiri B, Yimrattanabowon P, Chindavech N, Prajonsan J, U. K. Risk factors related to mortality of metformin associated lactic acidosis in patients with type 2 diabetes mellitus of Buriram Hospital, Thailand. J Health Sci2019;28(5):1066-1067.(in Thai)

13 Doenyas-Barak K, Beberashvili I, Marcus R, Efrati S. Lactic acidosis and severe septic shock in metformin users: a cohort study. Crit Care 2016;20(10):1-6.
14 Lalau JD. Lactic acidosis induced by metformin: incidence, management and prevention. Drug Saf 2010;33(9):727-740.
15 Kim MJ, Han JY, Shin JY, et al. Metformin-associated lactic acidosis: predisposing factors and outcome. Endocrinol Metab (Seoul). 2015;30(1):78-83.
16 Moioli A, Maresca B, Manzione A, et al. Metformin associated lactic acidosis (MALA): clinical profiling and management. J Nephrol. 2016;29(6):783-9.
17 Prikis M, Mesler EL, Hood VL, Weise WJ. When a friend can become an enemy! Recognition and management of metformin-associated lactic acidosis. Kidney Inter. 2007;72(9):1157-60.
18 National Center for Biotechnology Information. PubChem compound summary for CID 4091, metformin. (Accessed on Jun. 30, 2021, at https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Metformin)
19 Wang DS, Jonker JW, Kato Y, Kusuhara H, Schinkel AH, Sugiyama Y. Involvement of organic cation transporter 1 in hepatic and intestinal distribution of metformin. J Pharmacol Exp Ther. 2002;302(2):510-5.
20 Siangtrong W, Iamrerksiri B, Yimrattanabowon P, Chindavech N, Prajonsan J, Kumpila U. Risk factors related to mortality of metformin associated lactic acidosis in patients with type 2 diabetes mellitus of Buriram Hospital, Thailand. J Health Sci. 2019;28(5):1066-7. (in Thai)
21 Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD work group. KDIGO 2020 clinical practice guideline for diabetes management in chronic kidney disease. Kidney Inter. 2020;98(4s):S1-S115.
22 DeFronzo R, Fleming GA, Chen K, Bicsak TA. Metformin-associated lactic acidosis: Current perspectives on causes and risk. Metabolism. 2016;65(2):20-9.
23 Donnan K, Segar L. SGLT2 inhibitors and metformin: Dual antihyperglycemic therapy and the risk of metabolic acidosis in type 2 diabetes. Eur J Pharmacol. 2019;846:23-9.
24 อติพล คล้ายปักษี, และคมสัน อาษา. ผลของการพัฒนาระบบแจ้งเตือนการใช้ยาในผู้ป่วยไตบกพร่องวัดผลในยาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการใช้ยาสมเหตุผล. วารสารเภสัชกรรมคลินิก.2563;26(1);20-30.

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

ณรงค์ศักดิ์ วันดี[1], มยุรี หมั่นคิด[2]
[1,2]งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง

บทคัดย่อ

การส่งต่อผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันไปรับการรักษาในโรงพยาบาลปลายทางที่มีศักยภาพอย่างปลอดภัยจำเป็นต้องมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจน การวิจัยเชิงพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและศึกษาผลของใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2566 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล จำนวน 16 คน และผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน กลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล จำนวนกลุ่มละ 15 คน ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติประยุกต์จากแนวคิดหลักการของหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ ตรวจสอบความถูกต้องของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 คน ประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยเครื่องมือ AGREE II รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และแบบบันทึกผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Chi-square test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีขั้นตอนจำนวน 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ทีมการดูแล และทรัพยากรที่จำเป็นก่อนการส่งต่อ 2) การประเมินผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้าย 3) การประเมินผู้ป่วยและการปฏิบัติทางการพยาบาลขณะส่งต่อ 4) การประเมินผู้ป่วยและการปฏิบัติทางการพยาบาลกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินระหว่างการส่งต่อ และ 5) การส่งมอบผู้ป่วย กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีระดับความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก หลังมีการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลระยะเวลารวมการได้รับการส่งต่อลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ความครบถ้วนของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น และไม่พบอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลันมีเหมาะสมในการนำไปใช้ในการปฏิบัติจริง จึงควรมีการส่งเสริมให้มีการนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วย หายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for Interfacility Transfer Acute Respiratory Failure Patient, Wiang Chiang Rung Hospital, Chiang Rai Province

Narongsak Wandee[1], Mayuree Munkid[1]
Accident and Emergency Unit, Wiang Chiang Rung Hospital

ABSTRACT

Safe interfacility transfer of patients with acute respiratory failure to definitive care. Clear clinical nursing practice guidelines are necessary to prevent this condition. This developmental research aimed to develop and evaluate the outcomes of implementing a clinical nursing practice guideline for interfacility transfer of acute respiratory failure patients, Wiang Chiang Rung Hospital, Chiang Rai Province, between October 2023 and March 2024. The sample included 16 registered nurses who implemented the clinical practice guideline, and two groups of patients with acute respiratory failure before and after the implementation of the guideline (15 patients each). The development process was based on the evidence-base practice model of Soukup as a conceptual framework. The developed guideline was validated by four experts and its quality was assessed using the AGREE II instrument. Data were collected using personal information questionnaires, opinion assessment forms on the nursing guideline, and outcome recording forms. The data were analyzed by using descriptive statistics. Chi-square test, and Independent t-test.

The results showed that the developed clinical nursing practice guideline consisted of five steps; 1) preparation of the patient, care team, and necessary resources prior to transfer 2) patient assessment before transport 3) patient assessment and nursing actions during transfer 4) emergency assessment and nursing interventions during unexpected events en route; and 5) handover of the patient. Nurses reported a high level of satisfaction with the clinical nursing practice guideline. After implementation, total transfer time was significantly reduced ($p < 0.05$), completeness of nursing activities improved, and no adverse event occurred during the interfacility transfer process.

The findings suggest that the developed clinical nursing practice guideline is appropriate for setting and should be promoted for ongoing use to enhance patient care outcomes during interfacility transfer.

Keywords: Clinical Nursing Practice Guideline, Interfacility Transfer, Acute Respiratory Failure

บทนำ

ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นภาวะที่ระบบการหายใจไม่สามารถทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยอาจทำให้เกิดการลดลงของระดับออกซิเจนในเลือดแดง (Hypoxemia, PaO_2 < 60 mmHg) หรือมีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (Hypercapnia, $PaCO_2$, >50 mmHg)[1]หรือทั้งสองแบบร่วมกันได้โดยภาวะนี้เกิดขึ้นในระยะเวลาอันรวดเร็วเป็นชั่วโมงหรือวัน

ผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บมีภาวะหายใจล้มเหลวจะมาเข้ารับการรักษา ณ ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการหยุดหายใจ หรือหายใจเหนื่อยหอบ และ/หรือมีริมฝีปาก เล็บมือเขียวคล้ำ หลังได้รับการรักษาพยาบาลภาวะคุมคามชีวิตด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ (Intubation tube) จำเป็นต้องส่งต่อไปรับการรักษาพยาบาลยังหน่วยดูแลผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจง เช่น หอผู้ป่วยวิกฤตทางเดินหายใจ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ เป็นต้น อีกทั้งยังมีความจำเป็นต้องส่งต่อไปรับการรักษาโรงพยาบาลในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ มีเครื่องมือ อุปกรณ์ที่พร้อมในการดูแลผู้ป่วย

โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ที่มีศักยภาพสามารถให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันในระยะแรกได้ และยังมีความจำเป็นต้องส่งผู้ป่วยไปรับการดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์อันเนื่องจากศักยภาพของโรงพยาบาล และความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย จากสถิติการให้บริการส่งต่อของโรงพยาบาลที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2563-2565 พบมีจำนวน 2,939, 2,953 และ 2,563 ราย ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อโดยใช้รถพยาบาล จำนวน 485, 497 และ 471 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน จำนวน 30, 23 และ 18 ราย ตามลำดับ[2]

การส่งต่อผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันไปรับการรักษาในโรงพยาบาลปลายทางที่มีศักยภาพประกอบไปด้วยการดูแลก่อน ระหว่าง และหลังการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล ซึ่งกระทำโดยพยาบาลวิชาชีพ ในสถานการณ์ปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ วิชาการความรู้ที่เป็นปัจจุบันมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย[3] แต่จากผลการดำเนินงานที่ผ่าน มายังพบอุบัติการณ์ของความไม่ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ได้รับการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาคุกคามชีวิตด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจแล้วทำการส่งต่อ ยังพบอุบัติการณ์ทรุดลงระหว่างส่งต่อ มีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการส่งต่อ มีอุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของอุปกรณ์ เครื่องมือในระหว่างการส่งต่อ ความผิดพลาดในการสื่อสารในระหว่างส่งต่อ เป็นต้น แม้ว่าทีมพัฒนาคุณภาพการส่งต่อจะดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว แต่ก็ยังพบอุบัติการณ์ซ้ำ ๆ ในประเด็นปัญหาดังกล่าวอยู่

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยได้เล็งเห็นว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลันในโรงพยาบาลชุมชน ที่อ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีความทันสมัย เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน จะสามารถช่วยให้พยาบาลผู้ทำการส่งต่อสามารถใช้เป็นแนวทางการในดูแลผู้ป่วยให้มีมาตรฐานเดียวกัน พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีความพึงพอใจ ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตจากสาเหตุดังกล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) นี้ใช้หลักการของหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ [4] มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะค้นหาปัญหา (Evidence trigger phase) 2) ระยะค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence-supported phase) 3) ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและการทดสอบความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ (Evidence-observed phase) และ 4) ระยะนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ (Evidence-based phase)

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มบุคลากร เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่มารับบริการในโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มบุคลากร เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย จำนวน 16 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย และมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย คือ ย้ายหน่วยงาน หรือลาออกระหว่างการวิจัย หรือขอถอนตัว หรือขอออกจากการวิจัย

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 – มีนาคม พ.ศ. 2567 ประมาณค่าสัดส่วนของประชากรและกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* power กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.80 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล กลุ่มละ 15 คน คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมงานวิจัย (Inclusion criteria)

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน
3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. เสียชีวิตระหว่างการรักษา
2. ขอย้ายสถานบริการที่รักษาพยาบาล หรือปฏิเสธการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1) เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ที่ได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล จำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามแบบให้ลำดับคะแนน โดยแบ่งระดับความคิดเห็นต่อการใช้แนวทางปฏิบัติ เป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

2.3 แบบรวบรวมผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ประกอบด้วย ความครบถ้วนของการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ทีมการดูแล และทรัพยากรที่จำเป็นก่อนการส่งต่อ การประเมินผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้าย การประเมินผู้ป่วยและการปฏิบัติทางการพยาบาลขณะส่งต่อ การประเมินผู้ป่วยและการปฏิบัติทางการพยาบาลกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินระหว่างการส่งต่อ และการส่งมอบผู้ป่วย ระยะเวลาการได้รับการส่งต่อ และอุบัติการณ์ความปลอดภัยของการส่งต่อผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ประกอบไปด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน จำนวน 2 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน โดยใช้เครื่องมือ AGREE II ฉบับภาษาไทย[5] ผลการประเมินคะแนนภาพรวมคุณค่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเท่ากับร้อยละ 97.10

วิธีรวบรวมข้อมูล

1) จัดทำร่างแนวทางในการดำเนินงานวิจัยและร่างโครงร่างวิจัยพร้อมทั้งทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

2) ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยพร้อมเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

3) เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยประชุมเตรียมการทีมงาน เพื่อวางแผนดำเนินการ ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำหนังสือชี้แจงในการดำเนินงานวิจัย และรวบรวมข้อมูลวิจัย

3.2 ประชุมเตรียมการคณะทำงาน เพื่อเตรียมการจัดเก็บข้อมูลวิจัย และวิเคราะห์ข้อมูล

4) ดำเนินการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ตามแนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ 4 ระยะ ดังนี้

4.1 ระยะค้นหาปัญหา (Evidence trigger phase) ได้ข้อมูลปัญหาจากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ ปัญหาที่พบในระหว่างปฏิบัติงาน คือ หน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลันใช้ในหน่วยงาน และจากแหล่งความรู้พบมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลันได้

4.2 ระยะค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence-supported phase) เพื่อให้ได้หลักฐานสนับสนุนการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ ผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นอย่างเป็นระบบ โดยกรอบการสืบค้น PICO ได้คำหลักในการสืบค้น คือ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน, แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วย, Interfacility Transfer, Acute Respiratory Failure Patient ที่

เผยแพร่ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2013- 2023 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้เอกสารและงานวิจัยที่คัดเลือกเพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทั้งหมด 15 เรื่อง ประกอบไปด้วย เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ 5 เรื่อง แนวปฏิบัติ 6 เรื่อง แผนการดูแลผู้ป่วย 1 เรื่อง และข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ 3 เรื่อง หลังจากได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดที่ได้จากการสืบค้น นำมาประเมินระดับของหลักฐานเพื่อประกอบการจัดทำแนวปฏิบัติ

4.3 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและการทดสอบความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ (Evidence-observed phase) ผู้วิจัยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้งหมดมาทำการสังเคราะห์ และสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลันพร้อมยกร่างแนวปฏิบัติ และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากนั้นปรับปรุงเนื้อหา และนำไปทดสอบความเป็นไปได้ในการใช้จริงโดยทดลองใช้เป็นระยะเวลา 1 เดือน โดยประชุมชี้แจงวิธีการใช้แนวปฏิบัติกับพยาบาลผู้ใช้แนวทาง หลังจากนั้นสรุปผลการทดลองใช้ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

4.4 ระยะนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ (Evidence-based phase) นำไปใช้จริงกับกลุ่มผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันเป็นระยะเวลา 3 เดือน และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ

5) นำข้อมูลที่รวบรวมแล้วมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลและแปรผลข้อมูล สรุปและอภิปรายผล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Chi-square test และ Independent t-test

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง CRPPHO No. 122/2566 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

1.1 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงรายที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ทีมการดูแล และทรัพยากรที่จำเป็นก่อนการส่งต่อ 2) การประเมินผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้าย 3) การประเมินผู้ป่วยและการปฏิบัติทางการพยาบาลขณะส่งต่อ 4) การประเมินผู้ป่วยและการปฏิบัติทางการพยาบาลกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินระหว่างการส่งต่อ และ 5) การส่งมอบผู้ป่วย

1.2 ผลการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้ AGREE II ของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ให้คะแนนภาพรวมของคุณภาพแนวปฏิบัติ ร้อยละ 97.10 โดยมีคะแนนแยกรายหมวด ดังนี้ ขอบเขตและวัตถุประสงค์ ร้อยละ 97.22 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร้อยละ 97.22 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ ร้อยละ 98.96 ความชัดเจนในการนำเสนอ ร้อยละ 94.44 การนำไปใช้ ร้อยละ 97.92 และความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ ร้อยละ 91.67

2. ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

2.1 กลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.75 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 21–30 ปี ร้อยละ 56.25 มีอายุเฉลี่ย 31.81 ปี (S.D.=7.32) จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 56.25 มีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาล เฉลี่ย 6.25 ปี (S.D.=5.69) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล (n = 16)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	6.25
หญิง	15	93.75
อายุ (ปี) ($\bar{x}$ = 31.81, S.D. = 7.32)		
21-30	9	56.25
31-40	4	25.00
41-50	3	18.75
ระดับการศึกษา		
อนุปริญญา	0	0.00
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	16	100.00
ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล (ปี) ($\bar{x}$ = 6.25, S.D. = 5.69)		
1 – 5	9	56.25
6 – 10	3	18.75
10 - 15	2	12.50
16 – 20	2	12.50

2.2 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล พบว่ามีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในด้านความง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีความสะดวกในการใช้ มีความชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้ สามารถใช้ได้ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย และมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง และมีระดับความคิดเห็นภาพรวมเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย (n=16)

หัวข้อที่ประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความคิดเห็น
1. แนวปฏิบัติฯ มีความง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน	3.88	0.81	มาก
2. แนวปฏิบัติฯ มีความสะดวกในการใช้	4.31	0.48	มาก
3. แนวปฏิบัติฯ มีความชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้	4.31	0.60	มาก
4. แนวปฏิบัติฯ สามารถใช้ได้ในการดูแลผู้ป่วย	4.50	0.52	มาก
5. แนวปฏิบัติฯ ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย	4.06	0.77	มาก
6. แนวปฏิบัติฯ มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง	4.44	0.63	มาก
7. ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติฯ	4.31	0.70	มาก
ภาพรวม	**4.26**	**0.67**	**มาก**

3. ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

3.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย กลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p>0.05$) ทั้งในเรื่องเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย กลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n=15)		กลุ่มหลังใช้แนวทางปฏิบัติ (n=15)		*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	9	60.00	9	60.00	1.000
หญิง	6	40.00	6	40.00	
อายุ (ปี)	($\bar{x}$ = 60.33, S.D. = 15.88)		($\bar{x}$ = 62.53, S.D. = 18.09)		0.443
31-40	2	13.33	3	20.00	
41-50	3	20.00	2	13.33	
51-60	0	0.00	0	0.00	
61-70	6	40.00	3	20.00	
71-80	2	13.33	6	40.00	
81 ปีขึ้นไป	2	13.33	1	6.67	
สถานภาพสมรส					0.368
โสด	1	6.67	0	0.00	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n=15)		กลุ่มหลังใช้แนวทางปฏิบัติ (n=15)		*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
คู่	14	93.33	14	93.33	
หม้าย	0	0.00	1	6.67	
ระดับการศึกษา					0.577
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0.00	1	6.67	
ประถมศึกษา	7	46.67	8	53.33	
มัธยมศึกษาตอนต้น	0	0.00	1	6.67	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	46.67	4	26.67	
ปริญญาตรี	1	6.67	1	6.67	
อาชีพ					0.621
ไม่ได้ทำงาน	6	40.00	8	53.33	
รับจ้าง	5	33.33	5	33.33	
เกษตรกร	4	26.67	2	13.33	
โรคประจำตัว					0.309
ไม่มี	0	0.00	1	6.67	
มี	15	100.00	14	93.33	

3.2 ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ด้านระยะเวลา พบว่า ระยะเวลารวมการได้รับการส่งต่อลดลง โดยกลุ่มก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล มีระยะเวลาเฉลี่ย 67.27 นาที (S.D. = 37.09) กลุ่มหลังมีการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีระยะเวลาเฉลี่ย 42.67 นาที (S.D. = 14.99) เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ด้านระยะเวลาของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย	ก่อนใช้ (n= 15)		หลังใช้ (n= 15)		*p*-value
	เฉลี่ย	S.D	เฉลี่ย	S.D	
ระยะเวลาการได้รับการส่งต่อ	67.27	37.09	42.67	14.99	0.024

3.3 ผลลัพธ์ด้านความครบถ้วนของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย พบว่า หลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ทีมการดูแล และทรัพยากรที่จำเป็นก่อนการส่งต่อ การประเมินผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้าย การประเมินผู้ป่วยและการปฏิบัติทางการพยาบาลขณะส่งต่อ การประเมินผู้ป่วยและการปฏิบัติทางการพยาบาลกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินระหว่างการส่งต่อ และการส่งมอบผู้ป่วย มีการปฏิบัติครบถ้วนเพิ่มมากขึ้นจากก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในเรื่องการประเมินผู้ป่วยและการปฏิบัติทางการพยาบาลขณะส่งต่อ และการส่งมอบผู้ป่วย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์ด้านความครบถ้วนของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย กลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ความครบถ้วนของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	ก่อนใช้ (n= 15)		หลังใช้ (n= 15)		*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ทีมการดูแลและทรัพยากรที่จำเป็นก่อนการส่งต่อ	13	86.67	15	100.00	0.143
การประเมินผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้าย	13	86.67	15	100.00	0.143
การประเมินผู้ป่วยและการปฏิบัติทางการพยาบาลขณะส่งต่อ	3	20.00	15	100.00	0.000
การประเมินผู้ป่วยและการปฏิบัติทางการพยาบาลกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินระหว่างการส่งต่อ	14	93.33	15	100.00	0.309
การส่งมอบผู้ป่วย	10	66.67	15	100.00	0.000

3.4 ผลลัพธ์ด้านอุบัติการณ์ความปลอดภัยของการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย พบว่า หลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ไม่พบอุบัติการณ์ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดลดลง ภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างการส่งต่อและการเสียชีวิตของผู้ป่วยขณะส่งต่อ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลลัพธ์ด้านอุบัติการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วย กลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

อุบัติการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วย	ก่อนใช้ (n= 15)		หลังใช้ (n= 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดลดลง	2	13.33	0	0.00
ภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างการส่งต่อ	0	0.00	0	0.00
เสียชีวิตขณะส่งต่อ	0	0.00	0	0.00

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงรายขึ้น โดยสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน เกิดขึ้นจากการนำหลักการของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์[4] ที่มีลำดับขั้นตอนในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เข้าใจได้ง่าย มีความชัดเจน และเป็นหลักการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล ส่งผลให้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ได้รับการส่งต่อ นอกจากนี้แล้วแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลดังกล่าว ยังได้ผ่านกระบวนการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ โดยใช้เครื่องมือมาตรฐานในการประเมินคุณค่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาล[5] โดยพบคะแนนภาพรวมคุณค่าแนวปฏิบัติถึงร้อยละ 97.10 แสดงให้เห็นได้ว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยส่งต่อได้จริง และในการทดลองนำไปใช้กับผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ได้รับการส่งต่อเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล พบว่าพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติมีระดับความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในด้านความง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน ความสะดวกในการใช้ ความชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้ แนวปฏิบัติสามารถใช้ได้ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย และมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง อยู่ในระดับมาก และมีระดับความคิดเห็นภาพรวมเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในระดับมากเช่นกัน จะเห็นได้ว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นอย่างมีลำดับขั้นตอนโดยการอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ทำให้ผู้ใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลมีความมั่นใจที่จะนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลันเพื่อส่งผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชาญยุทธ ชนะจน[6] ที่ศึกษาพบว่าการใช้แนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินช่วยเพิ่มความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ และการศึกษาของศรีทุม คำดา, นิลินธร วัฒนลักษณ์, ถาวร ล่อกา, และกัญญ์ณพัชญ์ ศรีทอง[7] ที่พัฒนารูปแบบบริการพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉินจากโรงพยาบาลทั่วไปไปยังโรงพยาบาลศักยภาพสูงกว่าพบว่าบุคลากรทางการพยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากเช่นกัน

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย พบว่า หลังมีการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลระยะเวลารวมการได้รับการส่งต่อลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ความครบถ้วนของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ทีมการดูแล และทรัพยากรที่จำเป็นก่อนการส่งต่อ การประเมินผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้าย การประเมินผู้ป่วยและการปฏิบัติทางการพยาบาลขณะส่งต่อ การประเมินผู้ป่วยและการปฏิบัติทางการพยาบาลกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินระหว่างการส่งต่อ และการส่งมอบผู้ป่วย มีการปฏิบัติครบถ้วนเพิ่มมากขึ้นจากก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล โดยพบว่าการประเมินผู้ป่วยและการปฏิบัติทางการพยาบาลขณะส่งต่อ และการส่งมอบผู้ป่วย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลไม่พบอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดลดลง ภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างการส่งต่อ และการเสียชีวิตของผู้ป่วยขณะส่งต่อ จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าระยะเวลาการได้รับการส่งต่อที่ลดลงส่งผลให้ไม่เกิดอุบัติการณ์การเสียชีวิตผู้ป่วยขณะส่งต่อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ เนตรแสงศรี[8] ที่หลังการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทำให้ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะส่งต่อ และไม่พบการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะส่งต่อเช่นกัน แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์นี้นำมาสู่การปฏิบัติการพยาบาลเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยทั้งด้านระยะเวลาและการปฏิบัติ

กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนการส่งต่อ ระหว่างการส่งต่อ และหลังการส่งต่อ สอดคล้องกับผลการศึกษาของวาสิทธิ์ นงนุช[9] ที่พัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาลทำให้การส่งต่อไม่เหมาะสมลดลง และการศึกษาของสุภาวดี สุทธิอาจ และสุบรรณ อาจสมัย[10] ที่พบว่ารูปแบบแนวปฏิบัติที่มีขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยที่ครอบคลุมส่งผลให้มีการดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อที่เหมาะสมตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล บุคลากรในกลุ่มงานการพยาบาล พนักงานขับรถพยาบาลโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้งทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนในการทำการวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาเครื่องมือวิจัย ตลอดจนผู้รับบริการที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยเป็นอย่างดี ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอในการนำไปใช้ประโยชน์

1. ควรนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลันขณะส่งต่อ
2. ควรส่งเสริมให้มีการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลันทั้งในโรงพยาบาล และขยายผลการใช้ไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน
3. ควรมีการพัฒนาสมรรถนะ และองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลันระหว่างการส่งต่ออย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โดยศึกษาผลลัพธ์ในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น และผลลัพธ์ด้านอื่นที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

เอกสารอ้างอิง

1. Belda FJ, Soro M, Ferrando C. Pathophysiology of respiratory failure. Trends in Anaesthesia and Critical Care. 2013;3(5):265-9.
2. งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง. รายงานประจำปี พ.ศ. 2565. เชียงราย: โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. กัญญ์ณพัชญ์ ศรีทอง, นันทนลิน นาคะกุล, เสาวนุช สมศรี, ณรงค์ศักดิ์ วันดี. การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตระหว่างสถานพยาบาล. ศิริอร สินธุ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล; 2565.
4. Soukup, M. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model. Nurs clin North America. 2000; 35:301-309.
5. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล ฉบับภาษาไทย (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.

6. ชาญยุทธ ชนะจน. ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข. 2567; 2(2):213-224.
7. ศรีทุม คำดา, นิลินธร วัฒนลักษณ์, ถาวร ล่อกา, กัญญ์ณพัชรญ์ ศรีทอง. การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติและฉุกเฉินจากโรงพยาบาลทั่วไปไปยังโรงพยาบาลศักยภาพสูงกว่า. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2567; 4(3):1-16.
8. พรทิพย์ เนตรแสงศรี. ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลนาแห้ว จังหวัดเลย [อินเตอร์เน็ต]. เลย.สำนักงานเขตสุขภาพ ที่ 10; 2565 ที่มา: https://healthregion10.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/12/ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลนาแห้ว จังหวัดเลย.pdf
9. วาสิทธิ์ นงนุช, วิศิษฎ์ ทองคำ, วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล. การพัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล โรงพยาบาลเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560; 10(2):49-57.
10. สุภาวดี สุทธิอาจ, สุบรรณ อาจสมัย. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติแผนก อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี [อินเตอร์เน็ต]. อุดรธานี: สำนักงานสาธารสุขจังหวัดอุดรธานี; 2566. ที่มา: https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=MTU1

ผลงานวิชาการ
ประเภทงานวิจัย ด้วยวาจา กลุ่มที่ 2

ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย ปีงบประมาณ 2568

จินตนา โสภา[1] และ สุดารัตน์ ทาลมดี[2]
[1,2]กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาและมารับบริการในคลินิกพิเศษ (คลินิกให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี) ของโรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย ในระหว่างเดือน มกราคม - พฤษภาคม 2568 จำนวน 60 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้า เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบทีอิสระและใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียววัดซ้ำ

ผลการวิจัยพบว่า เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วง 3 เวลา ได้แก่ ก่อนทดลอง ภายหลังทดลองทันที และภายหลังติดตาม 8 สัปดาห์ พบว่า มีความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองภายหลังทดลองทันที และภายหลังติดตาม 8 สัปดาห์ สูงกว่าอย่างเห็นได้ชัดก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และพบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงเวลา ก่อนทดลอง ภายหลังทดลองทันที และภายหลังติดตาม 8 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้น จึงควรเผยแพร่โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกทุกรายและควรศึกษาวิจัยผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว โดยการติดตามค่า CD4 และ Viral load ของผู้ป่วย เพื่อยืนยันผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อไป รวมทั้งควรนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี ขยายผลไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ, ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

Effect of Health Promotion Program on Knowledge, and Health care Behaviors among HIV Patients in Khuntan hospital, Chiang Ria Province

Jintana Soha[1], Sudarai Thalomdi[2]
[1,2]Primary and Holistic care Department, **Khun Tan Hospital, Chiang Rai Province**

Abstract

The purposed of this quasi- experimental research design aimed to examine the effects of a health promotion program on knowledge and health care behaviors among HIV patients at Khun Tan Hospital, Chiang Rai Province. The sample consisted of 60 HIV- positive patients who were receiving treatment and follow- up care at the hospital's special clinic between January and May 2025. Participants were purposively selected and divided equally into an experimental group and a control group, with 30 participants in each group. The research instruments included the health promotion program, a health knowledge questionnaire, and a health care behavior questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation), independent t-tests, and repeated measures one-way ANOVA.

The results revealed that the mean scores for health knowledge in the experimental group significantly increased after the intervention and at the 8-week follow-up compared to the pre- intervention scores, with statistical significance at $p < .01$. Additionally, there were statistically significant differences in the mean scores of health care behavior between the experimental and control groups at all three measurement points— pre- intervention, immediately post-intervention, and at the 8-week follow-up ($p < .01$).

In conclusion, the health promotion program effectively improved both health knowledge and health care behaviors among HIV patients. Therefore, it is recommended that this program be disseminated and implemented among all newly diagnosed patient living with HIV.

Keyword: HIV patients**,** health promotion program**,** Health Knowledge, Health Care Behaviors

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวี (HIV : Human immunodeficiency cells) เป็นเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง รวมทั้งโรคเอดส์ (AIDS : Acquired immunodeficiency syndrome) คือระยะท้ายของการติดเชื้อเอชไอวีที่มีภูมิคุ้มกันต่ำและมีโรคแทรกซ้อน โดยเชื้อเอชไอวีจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่งที่เรียกว่า CD4 ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายลดต่ำลงทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสต่าง ๆ เช่น วัณโรค ปอดบวม เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เป็นต้น รวมทั้งพบมะเร็งบางชนิดได้มากกว่าคนปกติ ซึ่งอาการอาจจะรุนแรงมากกว่าคนทั่วไปและอาจเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต อย่างไรก็ตามผู้ที่ติดเชื้อ HIV ที่ยังมีภูมิคุ้มกันโรคที่ดีพอสมควรจะเรียกว่า “ผู้ติดเชื้อเอชไอวี” และผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภูมิคุ้มกันโรคต่ำลงจนกระทั่งมีภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือเกิดอาการเจ็บป่วยด้วยโรคฉวยโอกาสจะเรียกว่า “ผู้ป่วยเอดส์” [1] จากข้อมูล HIV INFO HUB พบว่า ปี 2566 มี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ 580,000 ราย กำลังรับยาต้านไวรัส 474,675 ราย ผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 12,000 ราย ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,100 ราย[2] ปัญหาเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีถือเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขไทย มีแนวโน้มพบผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2579 ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ แผนงานที่ 3 การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการที่ 7 ควบคุมโรคติดต่อ มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราและการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ประเทศไทยได้ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. 2560 – 2573 มีเป้าหมายหลัก 3 ประการ คือ ไม่ติด ไม่ตาย ไม่ตีตรา โดยมีเป้าหมายลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ไม่เกิน 1,000 รายต่อปี ลดการเสียชีวิตจากเอดส์ไม่เกิน 4,000 รายต่อปี และลดการตีตราและเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศสภาวะลงไม่เกินร้อยละ 10 ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับยารักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเพิ่มของปริมาณเชื้อเอชไอวีในร่างกายและลดการติดเชื้อฉวยโอกาส[3]

จากข้อมูลสถิติจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลขุนตาล พบมีการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยในแต่ละปี โดยในปี พ.ศ.2565 -2567 มีจำนวนผู้ป่วย 203, 197 ราย และ 200 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ ในปี พ.ศ.2567 มีจำนวนผู้ป่วยที่กำลังรับยาต้านไวรัสอยู่ 200 ราย พบปัญหาผู้ป่วยไม่ได้รับยาต้านไวรัสครบทุกราย อันเนื่องมาจากปัญหาเรื่องการขาดนัดและไม่มารักษาของผู้ป่วย โดยจากสถิติในปี พ.ศ. 2566 จำนวนผู้ป่วยที่ขาดนัดรับยา มีภาวะแทรกซ้อน 4 ราย พ.ศ. 2567 ผู้ป่วยที่ขาดนัดรับยา มีภาวะแทรกซ้อน 2 ราย[4] ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีต้นทุนในการดูแลรักษาต่อรายสูง หากการรักษาไม่ได้ผลไม่ว่าจะเกิดจากภาวะโรค หรือพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ไม่ดี จะส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นใดได้ ส่งผลให้เกิดการเชื้อดื้อยา หรือเกิดการแพร่กระจายของโรคเป็นวงกว้าง เมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นส่งผลให้ประเทศต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรในประเทศเพิ่มสูงขึ้น การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสบางชนิด เช่น วัณโรคปอด ส่งผลกระทบต่อชุมชนและสังคมโดยเกิดการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค มีผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข เพิ่มภาระการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ ก่อให้เกิดปัญหาครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และปัญหาอื่น ๆ ตามมามากมาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่มีการป้องกันถ่ายการทอดเชื้อหรือรับเชื้อเพิ่ม ทำให้ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น จนเป็นสาเหตุให้การรักษาล้มเหลว หรือป่วยด้วยโรค ฉวยโอกาส[5] ซึ่งผู้ป่วยเอดส์ ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี อย่างสม่ำเสมอ จะมีสุขภาพแข็งแรงและไม่เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส[2]

การให้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาล มีเป้าหมายให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยได้รับการบริการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ได้แก่ การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ตรงเวลา การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มาตรวจรักษาตามนัด มีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม และมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย จะมีผลดีต่อสุขภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดการเกิดเชื้อดื้อยา[6]

จากการให้บริการในคลินิกพิเศษ ดูแลผู้ป่วยเอชไอวี พบว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัวแตกต่างกันไป บางรายให้ความร่วมมือในการรักษาดีส่งผลให้ร่างกายแข็งแรง สามารถกดเชื้อไวรัสได้ บางรายให้ความร่วมมือได้ไม่ดีเท่าที่ควรส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอและไม่สามารถกดเชื้อไวรัสได้ ซึ่งพบสาเหตุของปัญหาแตกต่างกันออกไป บุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการมีหน้าที่ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ อำนวยความสะดวก สนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ถูกต้อง ผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลตามนัด หรือตัดสินใจมาโรงพยาบาลเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น แต่การปฏิบัติยังมีความหลากหลาย ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน จึงยังคงพบว่าผู้ป่วยยังคงขาดความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บกพร่อง ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และพบปัญหาการดื้อยาเพิ่มขึ้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะสนับสนุนให้การรักษาได้ผล ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีความสุข[6]

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ผู้รับบริการที่ติดเชื้อเอชไววีที่มารับบริการมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และนำไปพัฒนาให้เหมาะสมในการปรับใช้งานในแผนกและส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการต่อไป จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของผู้วิจัยพบว่า หากผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีนั้นจะมีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วย ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพดีจะทำให้สุขภาพแข็งแรง มีค่า CD4 ที่สูง และสามารถกดเชื้อไวรัสได้ ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีทำให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดูแลตนเองและครอบครัวได้ มีสุขภาพจิตที่ดี ลดการดูแลจากญาติครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ลดภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ไม่ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดคนในครอบครัวจึงสามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้ตามปกติไม่ต้องหยุดงาน สูญเสียรายได้เพื่อมาดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนักส่งผลให้มีสภาพคล่องทางเศรษฐกิจในครอบครัว ลดการรังเกียจและการตีตราจากสังคม ลดการแพร่กระจายจากการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น วัณโรคปอดสู่ชุมชนที่อยู่อาศัย ลดความถี่ในการมารักษาตัวในโรงพยาบาล ลดวันนอนรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงลดภาระค่าใช้จ่ายเรื่องค่ารักษาหรือด้านสุขภาพของประชากรในประเทศได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพก่อนและหลังทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพก่อนและหลังทดลอง

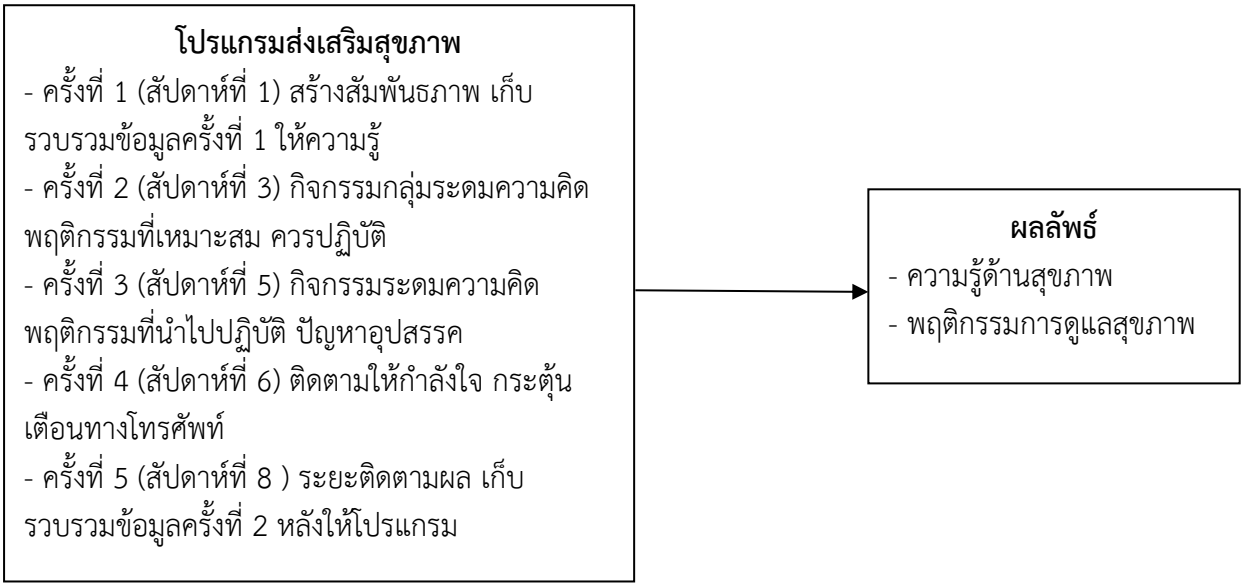
สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มขึ้นหลังการทดลองและแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นหลังการทดลองและแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและนำแนวคิดพัฒนาขึ้นจากบางส่วนของแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของแพนเดอร์ [7] ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ มาประยุกต์เป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ การใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผ่านกระบวนการกลุ่ม ในการทำกิจกรรม มีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม 5 ครั้ง เสนอเป็นแสดงกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดซ้ำก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม ถึง เดือน พฤษภาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาและมารับบริการในคลินิกพิเศษตามนัด ของโรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย คำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power analysis ใช้ family test เลือก t-test, Statistic test เลือก Mean : differences between two independent means (Two groups) กำหนดอิทธิพลขนาดกลาง (effect size) = 0.8 และค่า Power = 0.80 ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) = 0.05 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 52 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มแทนการสูญหาย (drop out) อีกร้อยละ 15 [8] ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเลือก

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยกำหนดกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ผ่านกระบวนการกลุ่ม และใช้สื่อการทำกิจกรรมภาพพลิกความรู้ด้านการดูแลรักษาเพื่อส่งเสริมการกินยาอย่างต่อเนื่องและสุขภาพที่ดีสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Treatment literacy flipchart to promote treatment adherence and healthy life for people living with HIV) กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดย ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข[9] ประกอบในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี ค่าไวรัสในเลือด ระดับ CD4

2.2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดย สิทธิพล บุญมั่น[10] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ เลือกคำตอบที่ถูกต้องจากตัวเลือก 3 ตัวเลือก (ใช่, ไม่ใช่, ไม่ทราบ) ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ประยุกต์จากแบบประเมินความรอบรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สร้างขึ้นโดย สิทธิพล บุญมั่น[10] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม จำนวน 26 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบจาก 5 ตัวเลือกใช้แบบประมาณค่า (Rating

scale) มี 5 ระดับ คือปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) ถึง ไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) โดยให้เลือกข้อที่ตรงกับที่ปฏิบัติ หรือคาดว่าจะปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (content validity) และ ประเมินโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี เกี่ยวกับความเป็นไปได้ ความยากง่ายในการดำเนินกิจกรรม โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ใหญ่ และระเบียบวิธีวิจัย 1 ท่าน นักสาธารณสุข 1 ท่าน และ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญหรือปฏิบัติการขั้นสูง (APN) 1 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับกรอบการวัด (Item –Objective Congruence Index: IOC) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ .90 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เท่ากับ .90 จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปปรับแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้นและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้ง แล้วนำมาตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับกรอบการวัด (Item –Objective Congruence Index: IOC) ซ้ำอีกครั้ง ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ .95 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เท่ากับ .97 และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ .78 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เท่ากับ .83

วิธีรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย ปีงบประมาณ 2568 มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กล่าวทักทาย สร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ (เก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 1) โดยให้ตอบแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หลังจากนั้นจึงให้ความรู้โดยใช้สื่อ ภาพพลิกความรู้ด้านการดูแลรักษาเพื่อส่งเสริมการกินยาอย่างต่อเนื่องและสุขภาพที่ดีสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Treatment literacy flipchart to promote treatment adherence and healthy life for people living with HIV) ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดย ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข[9] สรุปประเด็นเนื้อหา ซักถามข้อสงสัยและตอบปัญหา เพื่อให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3) ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา ทำกิจกรรมกลุ่มโดยแบ่งกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดมความคิดเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ควรปฏิบัติ ข้อตกลงในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 5) ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา ทำกิจกรรมกลุ่มเล่าประสบการณ์ ระดมความคิดเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่นำไปปฏิบัติจริง ปัญหาอุปสรรคที่พบ และระดมความคิดหาแนวทางแก้ไขปัญหา พูดคุยซักถาม และให้กำลังใจผู้ติดเชื้อเอชไอวี ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6) การติดตาม ให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ พูดคุยสอบถามเรื่องการดูแลสุขภาพ ระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัย ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาทีต่อคน

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) เก็บรวบรวบข้อมูลหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ (เก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 2) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ระยะติดตาม เก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพแล้วเป็นเวลา 8 สัปดาห์ (เก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 3) แจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่าสิ้นสุดการศึกษา และกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบทีอิสระ (independent t-test) วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพใช้สถิติทดสอบทีอิสระ (independent t-test) และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียววัดซ้ำ (repeated measures one-way ANOVA)

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง CRPPHO 151/2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 30 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันในด้านลักษณะประชากรดังนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 53.37 ปี (SD = 9.40) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 52.97 ปี (SD = 10.44) ส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรส คู่/สมรส/อยู่ด้วยกัน มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้าง รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน สิทธิด้านการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า 10 ปี กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยไวรัสในเลือด (Viral load) 6.80 copies/ml (SD = 12.90) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยไวรัสในเลือด (Viral load) 5.33 copy/ml. (SD = 10.64) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี4 (CD4) 626.10 cell/cu.mm. (SD = 250.33) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี4 (CD4) 662.48 cell/cu.mm. (SD = 263.42) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square test) และสถิติทดสอบทีอิสระ (independent t-test) ไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (*n*=60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	ค่าสถิติ
เพศ			0.602 ns
- ชาย	12 (40)	14 (46.7)	
- หญิง	18 (60)	16 (53.3)	
สถานภาพ			0.492 ns
- โสด	10 (33.3)	6 (20)	
- คู่/สมรส/อยู่ด้วยกัน	14 (46.7)	16 (53.3)	
- หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	6 (20)	8 (26.7)	
ระดับการศึกษา			0.550 ns
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	0 (0)	1 (3.3)	
- ประถมศึกษา	20 (66.7)	15 (50)	
- มัธยมศึกตอนต้น/ปวช.	4 (13.3)	8 (26.7)	
- มัธยมตอนปลาย/ปวส.	5 (16.7)	5 (16.7)	
- ปริญญาตรี	1 (3.3)	1 (3.3)	
อาชีพ			0.435 ns
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3 (10)	6 (20)	
- เกษตรกร	8 (26.7)	8 (26.7)	
- รับจ้าง	13 (43.3)	10 (33.3)	
- พนักงานบริษัท/พนักงานโรงงานอุตสาหกรรม	2 (6.7)	0 (0)	
- ค้าขาย/กิจการส่วนตัว	4 (13.3)	6 (20)	
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน			0.453 ns
- ต่ำกว่า 5,000	21 (70)	21 (70)	
- 5,000–10,000	7 (23.3)	5 (16.7)	
- 10,001–15,000	1 (3.3)	2 (6.7)	
- 15,001-20,000	1 (3.3)	2 (6.7)	
- 20,001-25,000	0 (0)	0 (0)	

ns = not significant, * Chi-square

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	ค่าสถิติ
สิทธิการรักษาพยาบาล			0.295 ns
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1 (3.3)	2 (6.7)	
ประกันสังคม	1 (3.3)	4 (13.3)	
บัตรประกันสุขภาพ	28 (93.3)	24 (80)	
ระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวี			0.708 ns
น้อยกว่า 1 ปี	1 (3.3)	3 (10)	
1–5 ปี	2 (6.7)	3 (10)	
6-10 ปี	2 (6.7)	2 (6.7)	
มากกว่า 10 ปี	25 (83.3)	22 (73.3)	

ns = not significant, Chi-square

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นข้อมูลมาตรวัดอัตราส่วน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม *M* (SD)	กลุ่มทดลอง *M* (SD)	*t*	*P*-value
อายุ (ปี)	53.37 (9.40)	52.97 (10.44)	-2.93 ns	0.771
ค่า Viral load	6.80 (12.90)	5.33 (10.64)	-1.063 ns	0.292
ค่า CD4	626.10 (250.33)	662.48 (263.42)	1.065 ns	0.291

ns = not significant, t-test for independent, df = 58

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในช่วงก่อนทำการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์สถิติทีอิสระ (independent t-test) เพื่อให้มั่นใจว่าความแตกต่างที่เกิดขึ้นภายหลังการทดลองเป็นผลจากการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่ใช่เพราะความแตกต่างกัน ของตัวแปรก่อนทำการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในช่วงก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)

รายการ	ก่อนได้รับความรู้		t	P-value
	กลุ่มทดลอง $\bar{X}$ (SD)	กลุ่มควบคุม $\bar{X}$ (SD)		
ความรู้ด้านสุขภาพ	7.73 (3.65)	8.93 (2.94)	-1.40ns	0.166ns
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	104.70 (6.94)	101.13 (7.51)	1.91ns	0.061ns

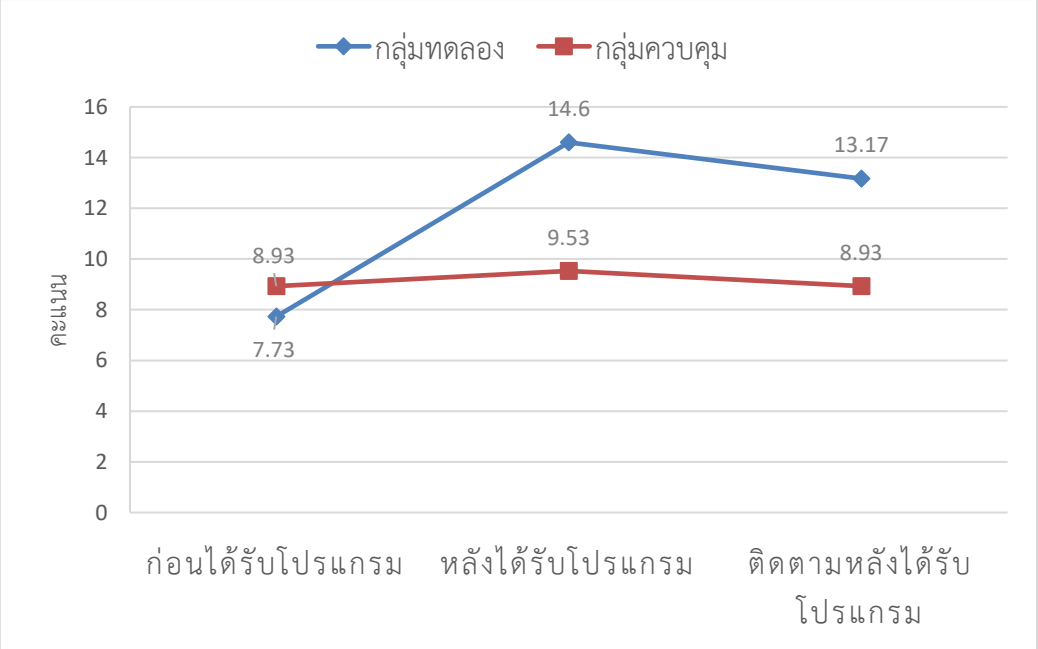
$p > .05$, ns = not significant

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใน 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนทดลอง ภายหลังทดลองทันทีทันที และภายหลังติดตาม 8 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Repeated measures one way ANOVA) พบว่า มีความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ภายหลังทดลองทันที และภายหลังติดตาม 8 สัปดาห์ สูงกว่าอย่างเห็นได้ชัดก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และพบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงเวลา ก่อนทดลอง ภายหลังทดลองทันที และภายหลังติดตาม 8 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 4 และภาพที่ 2, ภาพที่ 3

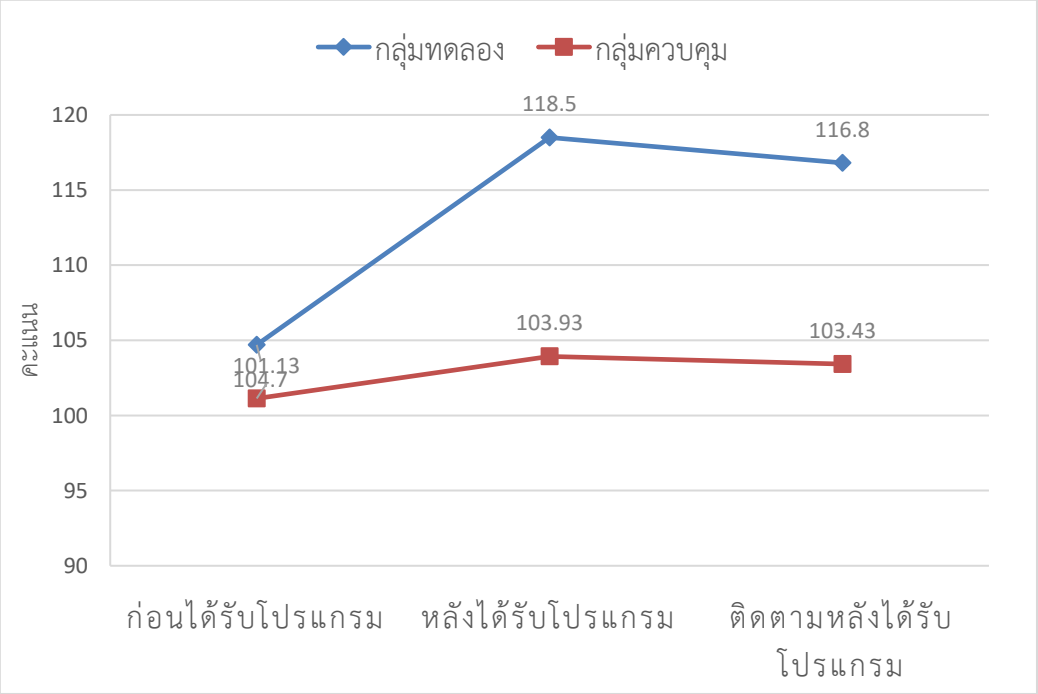
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง ภายหลังทดลองทันที และภายหลังติดตาม 8 สัปดาห์ โดยการวิเคราะห์สถิติ Repeated measures ANOVA (n=60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		*t*	*p*-value	ANOVA Test			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			Variable & Efect	MSF	F	*p*-value
ความรู้ด้านสุขภาพ										
ก่อนทดลอง	7.33	3.65	8.93	2.94	-1.40	0.166	ระหว่างกลุ่ม	328.05	24.14	.000**
หลังทดลองทันที	14.60	1.75	9.53	2.05	10.30	0.000	ภายในกลุ่ม	221.41	41.47	.000**
หลังติดตาม 8 wk.	13.17	3.02	8.93	2.38	6.04	0.000	กลุ่ม * เวลา	173.71	41.45	.000**
พฤติกรรมดูแลสุขภาพ										
ก่อนทดลอง	104.70	6.94	101.13	7.51	1.91	.061	ระหว่างกลุ่ม	2530.8	229.05	.000**
หลังทดลองทันที	118.50	4.86	103.93	6.64	9.42	.000	ภายในกลุ่ม	2476.22	137.78	.000**
หลังติดตาม 8 wks.	116.80	5.68	103.43	6.64	8.38	.000	กลุ่ม * เวลา	173.72	41.45	.000**

** $p < .01$



ภาพที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ



ภาพที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีความรู้ในการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหลังการทดลอง รวมถึงระยะติดตาม 8 สัปดาห์ สูงมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ที่พัฒนาขึ้นจากแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[7] เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ผ่านกิจกรรมการ

จัดการอบรมร่วมกับการใช้กิจกรรมกลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง นอกจากนี้ยังมีการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพควรอาศัยสื่อการสอนต่าง ๆ ทำให้กลุ่มทดลองเข้าใจตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ สามารถเปลี่ยนประสบการณ์จากนามธรรมเป็นรูปธรรมทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[11,12] ในการให้ความรู้ผู้วิจัยใช้สื่อการสอนประเภทภาพพลิกที่มีลำดับการนำเสนอของเนื้อหา และมีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน เพื่อช่วยดึงดูดและกระตุ้นความสนใจ ง่ายต่อการทบทวน ประกอบการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ข้อดีของการใช้ภาพพลิกคือใช้ง่าย ทำให้เห็นความสัมพันธ์ของเนื้อหา ช่วยแสดงลำดับขั้นตอนของเนื้อหา หากกลุ่มทดลองสงสัยหรือสนใจตอนใดตอนหนึ่งสามารถพลิกกลับมาอธิบายได้ใหม่และเหมาะสำหรับการเรียนในกลุ่มขนาดเล็ก

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีนี้ ยังใช้กระบวนการกลุ่มในการเพิ่มทักษะความรู้ในการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม การระดมความคิดพฤติกรรมที่เหมาะสม พฤติกรรมที่นำไปปฏิบัติ แลกเปลี่ยนปัญหาและอุปสรรค รวมถึงร่วมกันจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่พบ กระบวนการกลุ่มสามารถช่วยกระตุ้นการคิด การมีส่วนร่วมส่งเสริมให้เกิดผลสำเร็จในการทำกิจกรรม การให้ความรู้เป็นรายกลุ่มทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดทักษะในการใช้ความคิดจากการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน รวมทั้งสมาชิกในกลุ่มสามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ ความรู้ แนวคิดและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพซึ่งกันและกันได้ สอดคล้องกับผลการวิจัย ซึ่งใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อให้นักศึกษาสถาบันการพลศึกษา มีคะแนนพฤติกรรมการใช้หลักธรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยรวมทั้ง 4 ด้านเพิ่มมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์[13] ซึ่งสนับสนุนให้เห็นว่ากิจกรรมกลุ่มมีส่วนช่วยให้เกิดความรู้และความสำเร็จของพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสม ในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีกระบวนการของการติดตามให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ เพื่อให้คำปรึกษาต่อกลุ่มตัวอย่างเมื่อเกิดปัญหาข้อสงสัย และยังเป็นการส่งเสริมให้กำลังและกระตุ้นเตือนให้เกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างตลอดการให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลลัพธ์ที่ดีกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพนั่นเอง[14,15,16]

นอกจากนั้นผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับกลุ่มตัวอย่าง เอาใจใส่ทุกคนเท่าเทียมกัน ใช้ภาษาท้องถิ่นและไม่ใช้ศัพท์แพทย์เกินความจำเป็น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกผ่อนคลาย มีความเข้าใจที่ถูกต้อง ชัดเจน และกล้าซักถามข้อสงสัย การศึกษาในครั้งนี้มีการติดตามทั้งสิ้นจำนวน 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และติดตามเมื่อครบ 8 สัปดาห์หลังการทดลอง เพื่อติดตามความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงของความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การศึกษาที่มีระยะติดตามสามารถช่วยพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมให้กับผู้รับบริการเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และมีประสิทธิภาพ ผลการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสนับสนุนให้เกิดความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษา[14] ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีกลุ่มอาการเมแทบอลิก พบว่า ผลของการให้ความรู้ต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการทดลอง เพื่อให้เกิดความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพคงอยู่

อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าการติดตามผลลัพธ์ที่ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงและเกิดความมั่นใจในโปรแกรมที่จัดทำขึ้นนั่นเอง [15,16,17,18]

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลขุนตาล หัวหน้าและบุคลากรของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลขุนตาลทุกท่าน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราณี ปัญญาปิน สำนักวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านและคณาจารย์จากกลุ่มนวัตกรรมวิจัยและศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้สามารถดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

ควรเผยแพร่โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกทุกราย และควรศึกษาวิจัยผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว โดยการติดตามค่า CD4 และ Viral load ของผู้ป่วย เพื่อยืนยันผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อไป รวมทั้งควรนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี ขยายผลไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีแก่ผู้รับบริการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. รพีพรรณ รัตนวงศ์นรา. ทำความรู้จักกับเอชไอวี. นิตยาสารวาไรตี้เพื่อสุขภาพ; 39, เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2567. เข้าถึง ได้จาก https://www.rama.mahidol.ac.th/atrama/issue039/health-station

2. ศูนย์รวบรวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีแห่งประเทศไทย. การระบาด. เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2567. เข้าถึง
ได้จาก https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php

3. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565. กรุงเทพ ฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์, 2565.

4. งานคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลขุนตาล. สถิติผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปี 2566 – 2567. โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย.

5. ปาจรีย์ หนูอินทร์. ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย, 2564, 62-73.

6. จีราภรณ์ ฉิมแก้ว, ยุวยงค์ จันทรวิจิตร, และสมบูรณ์ ตันสุภสวัสดิกุล. (2561). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่กลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 12(ฉบับพิเศษ), 86-96.

7. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 6th ed. Boston: Pearson; 2011.

8. Polit, D. F. Statistics and data analysis for nursing research (2nd ed.). New Jersey: Pearson; 2010.

9. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข.
ชุดความรู้สำหรับผู้ให้บริการ. กรุงเทพ ฯ: เจ.เอส.การพิมพ์; 2565.

10. สิทธิพล บุญมั่น. การพัฒนาเครื่องมือและแบบประเมินความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี. ดุษฎีนิพนธ์ สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2562.

11. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราตุลย์, วรณิช พัวไพโรจน์, กนกพร แจ่มสมบูรณ์, ลัดดาวัลย์ เตชางกูร, ยุพา อยู่ยืน. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. ม.ค. - มิ.ย. 2558;(1):119-132.

12. ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์, (2561). แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 38(2), 132-141.

13. พนมไพร ไชยยงค์, ศิริวรรณ คำบัวพรสวรรค์, สระภักดิ์สุรางค์ กิจกวรรณ. ผลของกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการใช้หลักธรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของนักศึกษาสถาบันการพลศึกษา. สถาบันการพลศึกษา. วิทยาเขตสุพรรณบุรี; 2554.

14. อภิสรา ตามวงค์, วราภรณ์ บุญเชียง, เดชา ทำดี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีกลุ่มอาการเมแทบอลิก. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 2561; 48(2): 232-243.

15. กนกวรรณ ไชยภาพ, สุนีย์ ละกำปั่น, นฤมล เอื้อมมณีกูล. ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาหญิงที่มีอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ. วารสารสภาการพยาบาล, 2560; 32(4): 107-119.

16. จำลองลักษณ์ ซาสังข์. ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดสุรา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.

17. จิราภรณ์ บุตรทอง, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, อุไร หัถกิจ. (2552). ผลของโปรแกรมการจัดการความเหนื่อยล้าร่วมกับโยคะต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. วารสารสภาการพยาบาล, 24(4), 29-42.

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะวิกฤต โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

พิมพา วีระคำ
โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะวิกฤต โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลแม่สาย ระหว่างเดือนมีนาคม 2568 ถึง เดือนมิถุนายน 2568 โดยเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น จำนวน 8 สัปดาห์ และติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด สถิติที่ใช้ ได้แก่ Paired t-test เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะวิกฤต ก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x}$=94.00,SD=0.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยที่ ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิคและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิคหลังเข้าร่วมโปแกรม 134.84 มิลลิเมตรปรอท (SD=21.45) และ 86.49 มิลลิเมตรปรอท (SD=14.95) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิคและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิคลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ทั้งสองค่า และผลการประเมินภาวะวิกฤตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลและป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะวิกฤต หลังคลอดบุตร ไม่พบอัตราการเกิดภาวะวิกฤตหลังคลอด ร้อยละ 100

คำสำคัญ: โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง, หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง, ภาวะวิกฤต

The Effect of a Self-Management Support Program on Hypertension Care Behaviors in Pregnant Women to Prevent Hypertensive Crises at Mae Sai Hospital, Chiang Rai Province.

Phimpha Weerakam
Mae Sai Hospital, Chiang Rai Province

ABSTRACT

This research is a quasi-experimental study using a one-group pretest-posttest design. The objective was to study the effect of a self-management support program on hypertension care behaviors in pregnant women to prevent hypertensive crisis at Mae Sai Hospital, Chiang Rai Province. The study was conducted among pregnant women with hypertension who attended antenatal care at Mae Sai Hospital between March and June 2025. Participants joined the program for 8 weeks, and postpartum complications were followed up.

The statistical method used was the paired t-test to analyze differences in hypertension care behaviors before and after participating in the program. The results showed that after participating in the program, the average score of self-management behaviors was significantly higher than before (Mean = 94.00, SD = 0.65, $p < .001$). The average systolic and diastolic blood pressure after the program were 134.84 mmHg (SD = 21.45) and 86.49 mmHg (SD = 14.95), respectively. Both systolic and diastolic blood pressure levels significantly decreased compared to before participating in the program ($p < .001$).

In addition, postpartum assessment found that none of the participants developed a hypertensive crisis after childbirth, representing a 100 percent percentage success rate in preventing postpartum complications.

Keywords: Self-management support program, Pregnant women with hypertension, Hypertensive crisis

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์อย่างมีนัยสำคัญ ภาวะนี้เป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษระยะชัก ภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง รกลอกตัวก่อนกำหนด น้ำท่วมปอด ตกเลือดหลังคลอด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ [1] ในระดับโลก ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ได้รับการระบุว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องการการจัดการอย่างเร่งด่วน เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคอ้วน และอายุของมารดาที่เพิ่มสูงขึ้น[2] ทั้งนี้ ในประเทศไทย สถานการณ์ความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ยังคงเป็นปัญหาที่พบได้อย่างแพร่หลายในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะในภาคเหนือที่มีลักษณะประชากรและบริบททางสังคมที่เฉพาะเจาะจง [3]

การป้องกันและจัดการภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของหญิงตั้งครรภ์เองในการดูแลตนเอง [4] กิจกรรมการจัดการตนเองในกรณีนี้รวมถึงการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ การพัฒนาทักษะเหล่านี้สามารถช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งของมารดาและทารกในครรภ์[2]

การจัดการตนเองมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์จำนวนมากยังคงเผชิญอุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้การปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทำได้ยาก[4] ในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท เช่น จังหวัดเชียงราย ความท้าทายเหล่านี้อาจรุนแรงยิ่งขึ้นเนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรและความแตกต่างทางวัฒนธรรม [3] การจัดการตนเอง(Self-Management Theory) พัฒนาโดย Creer และคณะ[5] อธิบายว่าการจัดการตนเองประกอบด้วยการดูแลทางร่างกาย การปรับเปลี่ยนบทบาทในชีวิตประจำวัน และการจัดการอารมณ์ ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว และ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) ซึ่งพัฒนาโดย Bandura [6,7] อธิบายถึงกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากการสังเกต การเลียนแบบ และการพัฒนาความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) โดยมีปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ได้แก่การรับรู้ความสามารถตนเอง ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม และการกำกับตนเอง

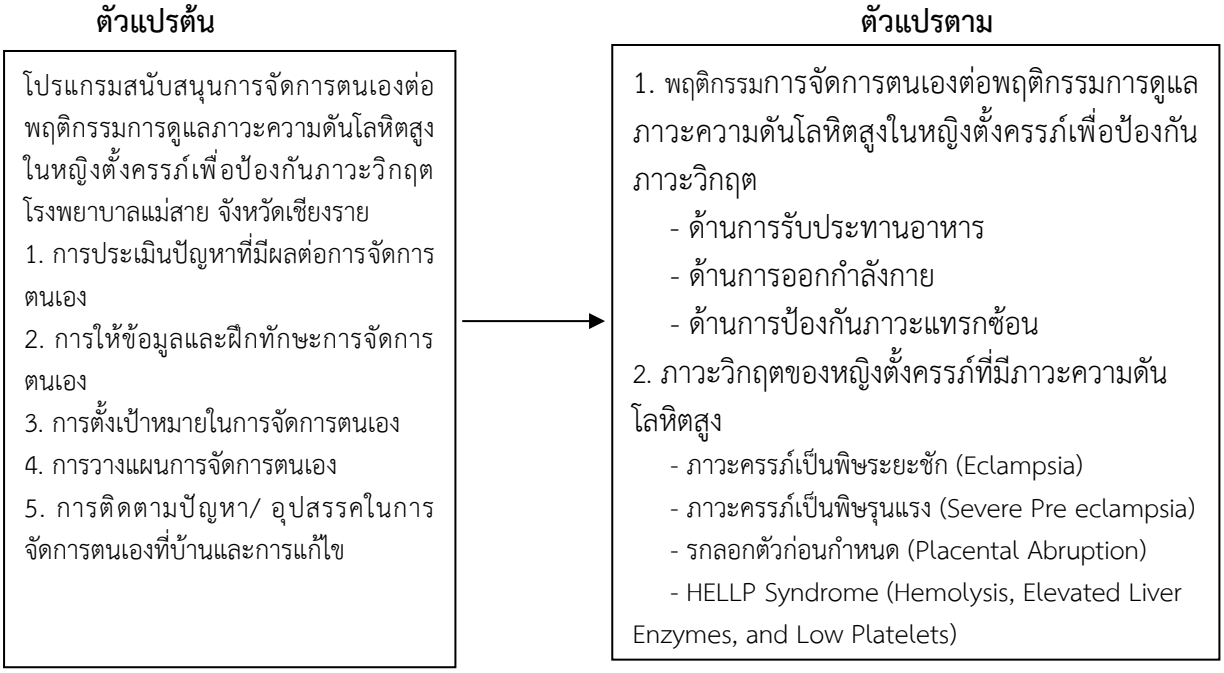
โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (Middle-level Hospital: M) ขนาด 156 เตียง ตั้งอยู่ในเขตอำเภอแม่สาย ซึ่งเป็นพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนติดกับเมียนมา ลักษณะพื้นที่ชายแดนทำให้โรงพยาบาลต้องให้บริการประชากรหลากหลายชาติพันธุ์[8] รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ ในปี พ.ศ. 2567 โรงพยาบาลให้บริการหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 373 ราย[9] พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จำนวน 37 ราย โดยในกลุ่มนี้เกิดภาวะวิกฤตหลังคลอด ได้แก่ (1) ครรภ์เป็นพิษรุนแรง จำนวน 41 ราย (2) รกลอกตัวก่อนกำหนด จำนวน 3 ราย (3) ตกเลือดหลังคลอด จำนวน 22 ราย ทั้งนี้ มีผู้ป่วย 12 รายที่ได้รับการรักษาด้วยแมกนีเซียมซัลเฟต (Magnesium Sulfate) เพื่อป้องกันและรักษาภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและป้องกันการชัก[10]สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความซับซ้อนของการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ชายแดนซึ่งต้องรับมือกับความหลากหลายทางชาติพันธุ์ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management Theory) พัฒนาโดย Creer และคณะ[5] และ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) [6,7] มาพัฒนาความรู้(Knowledge), ทักษะ (Skills), และการสนับสนุนที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเอง เพื่อช่วยลดอัตรา

ภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ในระยะยาว[1] และเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตโดย คาดหวังให้ผลการวิจัยเป็นแนวทางพัฒนาโปรแกรมสุขภาพที่ปรับใช้ได้กับพื้นที่อื่นในประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะความดันโลหิตสูง ในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะวิกฤต โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะวิกฤต โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนมีนาคม 2568 ถึง เดือนพฤษภาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้คือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม 2568 โดยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตรงเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์และคลอดบุตรกับโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

2) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง

3) สุขภาพทารกในครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ

4) การรับรู้ปกติ สามารถอ่าน ฟัง เขียน พูดและสื่อสารภาษาไทยได้ดี

5) ยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะครรภ์เป็นพิษ ตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรก

2) มีปัญหาบกพร่องด้านสติปัญญาและความคิด เช่น ปัญญาอ่อน ภาวะสมองเสื่อม

3) ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การถอนกลุ่มตัวอย่าง ออกจากโครงการวิจัย (Discontinuation criteria)

1) กลุ่มตัวอย่างประสงค์ที่จะถอนตัวในขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย

2) เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับฟังการชี้แจงรายละเอียดของโครงการแล้วไม่ประสงค์ที่จะให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1.โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะวิกฤต โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยพัฒนามาจากการทบทวนทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management Theory) พัฒนาโดย Creer และคณะ[5] และ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) ซึ่งพัฒนาโดย Bandura[6,7] ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วยการประเมินปัญหาที่มีผลต่อการจัดการตนเอง การให้ข้อมูลและฝึกทักษะการจัดการตนเอง การตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง การวางแผนการจัดการตนเอง การติดตามปัญหา อุปสรรคในการจัดการตนเองที่บ้านและการแก้ไข

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน ข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อได้รับการวินิจฉัย และดัชนีมวลกาย

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลและป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะวิกฤต ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management Theory) พัฒนาโดย Creer และคณะ[5] และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 25 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ[11]

2.3 แบบบันทึกการตรวจสุขภาพประกอบด้วย ความดันโลหิตของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะวิกฤต โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

2.4 ภาวะวิกฤตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ภาวะครรภ์เป็นพิษระยะชัก (Eclampsia) ภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง (Severe Pre eclampsia) รกลอกตัวก่อนกำหนด (Placental Abruption) HELLP Syndrome (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low

Platelets) น้ำท่วมปอด (Pulmonary Edema) ตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage) และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Coagulopathy)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิได้แก่ สูตินรีแพทย์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 3 ท่าน พบว่าค่า IOC ค่าอยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1 การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่า 0.83 และการหาค่า CVI (Content Validity Index) ในโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลและป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะวิกฤตโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย มีค่า CVI คือ 0.92

วิธีรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวและขออนุญาตในการเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สาย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ในระหว่างที่มารับบริการคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลแม่สายโดยการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายการเข้าร่วมโปแกรม การตอบแบบสอบถาม และชี้แจ้งเพิ่มเติมในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เข้าร่วมโปรแกรมตามระยะเวลา และปฏิบัติกิจกรรมตามโปแกรมที่ได้กำหนด ติดตามกลุ่มตัวอย่างจนถึงระยะคลอด เพื่อประเมินภาวะวิกฤตของหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้องของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะวิกฤต ก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะวิกฤต โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง CRPPHO 032/2568 วันที่รับรอง 3 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุ 20 – 29 ปี และ 30 – 39 ปี ร้อยละ 40 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 33.33 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 26.70 มีประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 73.30 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 20 รายได้เฉลี่ย 12,800 บาท ข้อมูลด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าร่วมโปรแกรมเมื่ออายุครรภ์ 26–30 สัปดาห์ โดยมีอายุครรภ์เฉลี่ย 27.60 สัปดาห์ ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 53.34 อายุครรภ์เมื่อได้รับการวินิจฉัย อายุครรภ์เฉลี่ย 20.80 สัปดาห์ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ น้ำหนักปกติ และอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 26.70

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะวิกฤต หลังเข้าร่วมโปแกรม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 ($\bar{X}$= 94.00 ,S.D= 0.65) โดยมีคะแนนรวมพฤติกรรมการจัดการตนเองต่ำสุดอยู่ที่ 93 คะแนน และคะแนนสูงสุดอยู่ที่ 95 คะแนน

เมื่อจำแนกตามระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะวิกฤต จำแนกรายด้าน หลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้านการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 99.16 (S.D=1.21) ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 82.29(S.D=1.52) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 100.00 (S.D=0.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ทุกด้าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะวิกฤต ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (ร้อยละ)			หลังเข้าร่วมโปรแกรม (ร้อยละ)			p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
ด้านการรับประทานอาหาร	40.00	60.00	-	-	-	100.00	<.001*
($\bar{X}$± S.D.)		51.50 ± 3.87			99.16 ± 1.21		
ด้านการออกกำลังกาย	-	73.30	26.70	-	-	100.00	<.001*
($\bar{X}$± S.D.)		40.00 ± 8.77			82.29 ± 1.52		
ด้านการป้องกันภาวะ แทรกซ้อน	-	6.70	93.30	-	-	100.00	<.001*
($\bar{X}$± S.D.)		80.48 ± 2.97			100.00 ± 0.00		

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลและป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะวิกฤต เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปแกรม โดยใช้สถิติทดสอบ Paired sample t-test พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$=94.00,SD=0.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปแกรม โดยใช้สถิติทดสอบ Paired sample t-test พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยที่ ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิคและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิคก่อนเข้าร่วมโปแกรม 157 มิลลิเมตรปรอท (SD=13.66) และ 99.27 มิลลิเมตรปรอท (SD=12.41) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิคและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิคหลังเข้าร่วมโปแกรม 134.84 มิลลิเมตรปรอท (SD=21.45) และ 86.49 มิลลิเมตรปรอท (SD=14.95) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิคและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิคลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ทั้งสองค่า ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลและป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะวิกฤต

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง	55.93	3.82	94.00	0.65	<.001*
ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิค	157	13.66	134.84	21.45	<.001*
ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิค	99.27	12.41	86.49	14.95	0.005

ส่วนที่ 4 ผลการประเมินภาวะวิกฤตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ผลการประเมินภาวะวิกฤตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลและป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะวิกฤต หลังคลอดบุตร ไม่พบอัตราการเกิดภาวะวิกฤตหลังคลอด ได้แก่ ภาวะครรภ์เป็นพิษระยะชัก (Eclampsia) ภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง (Severe Pre-eclampsia) รกลอกตัวก่อนกำหนด (Placental Abruption) น้ำท่วมปอด (Pulmonary Edema) ตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage) และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Coagulopathy) ร้อยละ 100.00

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20–39 ปี ซึ่งเป็นวัยเจริญพันธุ์และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertensive disorders of pregnancy) ได้มากกว่าวัยอื่น โดยเฉพาะหากมีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์หรืออ้วน ซึ่งพบในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26.70 ทั้งนี้ การมีสถานภาพสมรสทั้งหมดในกลุ่มตัวอย่าง อาจสะท้อนถึงระบบสนับสนุนทางครอบครัวที่ดี ซึ่งมีส่วนช่วยส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม[12] ด้านรายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับต่ำอาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและโภชนาการที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม อาชีพรับจ้างและค้าขายซึ่งพบมากในกลุ่มตัวอย่าง อาจมีความยืดหยุ่นในเวลาการทำงาน ทำให้สามารถเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง[13]

ในด้านข้อมูลสุขภาพพบว่า สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เข้าร่วมโปรแกรมในช่วงอายุครรภ์ประมาณ 26–30 สัปดาห์ ซึ่งยังอยู่ในช่วงที่สามารถให้การดูแลเชิงป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเริ่มต้นโปรแกรมในช่วงนี้สอดคล้องกับแนวทางการเฝ้าระวังความดันโลหิตในหญิงตั้งครรภ์ ที่แนะนำให้เริ่มการประเมินและดูแลตั้งแต่ไตรมาสที่สองเป็นต้นไป[14] เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก (Primigravida) คิดเป็นร้อยละ 53.34 จึงมีความจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูงหลังคลอด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะวิกฤตและการเสียชีวิตของมารดา[15] ดังนั้น ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองจึงมีความเหมาะสมกับลักษณะกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงทั้งในด้านอายุ ดัชนีมวลกาย รายได้ และการตั้งครรภ์ครั้งแรก โดยโปรแกรมสามารถใช้เป็นแนวทางเสริมสร้างศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะวิกฤต จำแนกรายด้าน หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับสูงร้อยละ 100.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 99.16 (S.D=1.21) บ่งชี้ว่าโปรแกรมสามารถส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมมีการปรับพฤติกรรมด้านโภชนาการได้อย่างชัดเจนและทั่วถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมความดันโลหิตในหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการจำกัดโซเดียม รับประทานผัก ผลไม้ และแหล่งโปรตีนไขมันต่ำ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของแนวทางโภชนาการ DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) ที่ได้รับการยอมรับว่าช่วยควบคุมความดันโลหิตทั้งในหญิงตั้งครรภ์และประชากรทั่วไป[16] สอดคล้องกับการศึกษาของ Sun J. และคณะ (2024) พบว่า โปรแกรมโภชนาการร่วมกับกิจกรรมพฤติกรรมสุขภาพช่วยลดความดันโลหิตในระยะยาวของหญิงตั้งครรภ์ได้ หลังการเข้าร่วมโปแกรม 6 เดือน พฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูงร้อยละ 100 คะแนนเฉลี่ย 99.16 (S.D=1.21) การจัดการความดันโลหิตด้วยตนเองช่วยให้ระดับความดันลดลงอย่างมีนัยสำคัญ[17]

ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 82.29 (S.D=1.52) สะท้อนให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับช่วงตั้งครรภ์ ซึ่งถือเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อการควบคุมความดันโลหิตและลดความเสี่ยงภาวะวิกฤต เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ(pre-eclampsia) และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (gestational hypertension) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sun J และคณะ (2024) ที่ทำการทดลองแบบสุ่มควบคุม (RCT) โดยเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายแบบ High-intensity interval training (HIIT) กับกลุ่มควบคุมในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า โปรแกรม HIIT สามารถช่วยรักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ในช่วงปกติได้ และยังช่วยเพิ่มสมรรถภาพหัวใจและปอดได้มากกว่าการออกกำลังกายแบบทั่วไป ซึ่งบ่งชี้การออกกำลังกายที่มีการควบคุมและสนับสนุนด้วยองค์ความรู้สามารถส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกอย่างยั่งยืนในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์[17] นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Nascimento et al. (2012) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในระหว่างตั้งครรภ์ช่วยลดความเสี่ยงการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ซึ่งเน้นว่าการสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์มีทักษะในการจัดการตนเองจะช่วยให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ต่อเนื่องแม้อยู่ในสถานการณ์ท้าทาย[18] ดังนั้นการออกแบบโปรแกรมที่มุ่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์

ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 100.00 (S.D=0.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ทุกด้าน สะท้อนให้เห็นว่ามารดาตั้งครรภ์ให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นพฤติกรรมสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงอันตราย เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) การเฝ้าสังเกตความดันโลหิตเอง (self-monitoring blood pressure: SMBP) และการรายงานอาการผิดปกติในหญิงตั้งครรภ์สามารถนำไปสู่การลดภาวะแทรกซ้อน ทั้งในมารดาและทารก สอดคล้องกับแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูง (HDP) American Heart Association (AHA) และ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ได้แนะนำให้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงในระหว่างตั้งครรภ์ (hypertensive disorders of pregnancy – HDP) ด้วยแนวทางสำคัญคือการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด (Close Monitoring) โดยเฉพาะอาการเตือนของภาวะแทรกซ้อน เช่น ปวดศีรษะรุนแรง เห็นแสงวูบวาบเจ็บลิ้นปี่ ซึ่งมักเป็นสัญญาณเตือนของ pre-eclampsia หรือ eclampsia การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำทางการ

แพทย์ (Adherence to management plans) เช่น การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน (อาหาร ออกกำลังกาย การพักผ่อน)[19]

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลและป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะวิกฤต การศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปแกรม โดยใช้สถิติทดสอบ Paired sample t-test พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$=94.00,SD=0.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ผลลัพธ์สะท้อนว่าโปรแกรมให้ความรู้และกระตุ้นพฤติกรรม (เช่น การวัดความดัน การปรับพฤติกรรมสุขภาพ) ส่งผลการจัดการตนเองดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ulloa Sabogal IM. (2025) ที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมให้ความรู้ “EducaTHE” ในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อภาวะความดันสูง ที่รายงานการเพิ่มของพฤติกรรม self-care โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัย (77 เทียบกับ 69; p < 0.001)[20]

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปแกรม โดยใช้สถิติทดสอบ Paired sample t-test พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยที่ ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิคและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิคก่อนเข้าร่วมโปแกรม 157 มิลลิเมตรปรอท (SD=13.66) และ 99.27 มิลลิเมตรปรอท (SD=12.41) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิคและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิคหลังเข้าร่วมโปแกรม 134.84 มิลลิเมตรปรอท (SD=21.45) และ 86.49 มิลลิเมตรปรอท (SD=14.95) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิคและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิคลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ทั้งสองค่า ค่าความดันโลหิตมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังเข้าร่วมโปรแกรม สะท้อนให้เห็นว่าการเข้าร่วมโปแกรม มีประสิทธิภาพในการช่วยควบคุมความดันโลหิตในหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดได้ ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยกลไกที่อาจส่งผลให้ความดันลดลง ได้แก่ ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตัวเองเพิ่มขึ้น เช่น การวัดความดันโลหิตที่บ้าน, การควบคุมอาหาร, การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ช่วยเพิ่มความตระหนักและลดความวิตกกังวลซึ่งเป็นปัจจัยทางอารมณ์ที่กระตุ้นให้ความดันสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Estahban Study. (2022) ในโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันสูงแบบกึ่งทดลองผลลัพธ์: SBP ลดลงจาก 145.2 เป็น128.7 mmHg (p < .001), DBP ลดลงเช่นกัน[21]

ส่วนที่ 4 ผลการประเมินภาวะวิกฤตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลและป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะวิกฤต หลังคลอดบุตร ไม่พบอัตราการเกิดภาวะวิกฤตหลังคลอด ได้แก่ ภาวะครรภ์เป็นพิษระยะชัก (Eclampsia) ภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง (Severe Pre-eclampsia) รกลอกตัวก่อนกำหนด (Placental Abruption) น้ำท่วมปอด (Pulmonary Edema) ตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage) และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Coagulopathy) ร้อยละ 100.00 การประเมินภาวะเสี่ยงและการประเมินสัญญาณเตือนของภาวะความดันโลหิตสูงตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ทำให้สามารถดักจับสัญญาณอันตรายและช่วยเหลือได้ทันท่วงที ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะวิกฤต ซึ่งบ่งชี้ว่าการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลและป้องกันภาวะความดันโลหิต

สูงหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะวิกฤต สามารถลดอัตราการเกิดภาวะวิกฤตหลังคลอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sakontarat Pakdeechot. (2015) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลพยาบาล (nursing care model) เพื่อป้องกันวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่โรงพยาบาลสกลนคร พบว่าการใช้แบบประเมินความเสี่ยงเพื่อป้องกันการตกเลือดของหญิงตั้งครรภ์ สามารถป้องกันการเกิดภาวการณ์ตกเลือดได้[22] และสอดคล้องกับการศึกษาของWattanaluangarun, Chantrapitak, Kajang & Onlaor. (2017) พบว่า การประเมินความเสี่ยงร่วมกับแนวทางการดูแลทางคลินิก สามารถ ป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดช่วงต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ[23]

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยได้รับความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สาย ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาและเผยแพร่งานวิจัย เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ช่วยให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี สุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัว เพื่อร่วมงานทุกท่าน ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจสำคัญในการทำการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งถัดไป ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความแม่นยำและความเชื่อมั่นทางสถิติมากขึ้น รวมทั้งสามารถวิเคราะห์ผลลัพธ์ได้ครอบคลุมหลากหลายด้าน รวมถึงขยายระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีเวลาในการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนและยั่งยืนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in pregnancy. [Internet]. 2020 [cited 2024 December 15] Available from: https://www.acog.org

2. World Health Organization. Guidelines for the management of hypertensive disorders in pregnancy. [Internet]. 2020 [cited 2024 December 15] Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240008793?utm_source=chatgpt.com

3. กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์สุขภาพแม่และเด็กในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2567] จาก https://hp.anamai.moph.go.th/th/mch-emag

4. Smith, R., Jones, L., & Taylor, H. Self-management support in hypertensive disorders of pregnancy: A systematic review. Journal of Maternal Health 2021; 35(4), 567–579.

5. Creer, T. L., Holroyd, K. A., Glasgow, R. E., & Smith, T. W. Health psychology. In M. Hersen, D. L. Segal, & M. Hilsenroth (Eds.), Comprehensive handbook of psychological assessment, Volume 3: Behavioral assessment; 2004.p. 353–374.

6. Bandura, A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice Hall; 1986.

7. Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control. W. H. Freeman; 1997.

8. โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย. ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลแม่สาย. [อินเตอร์เน็ต]. เชียงราย: สำนักงาน 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2567] จาก https://maesaihospital.com/maesai/

9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ. [อินเตอร์เน็ต]. เชียงราย: สำนักงาน 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2567] จาก https://cri.hdc.moph.go.th/hdc

10. โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย. สถิติผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. เชียงราย: งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลแม่สาย; 2567.

11. บุญชุม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7 กรุงเทพฯ สุวีริยาสาส์น; 2545.

12. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016.

13. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in pregnancy. Obstet Gynecol. 2013;122(5):1122–31.

14. Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P; Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy Working Group. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. Pregnancy Hypertens. 2014;4(2):105–45.

15. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014;2(6):e323–33.

16. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Sacks FM, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. N Engl J Med. 1997;336(16):1117–24.

17. Sun J, Radziminski L, Santos-Rocha R, Szumilewicz A. High-intensity interval training is an effective exercise mode to maintain normal blood pressure during pregnancy: a randomized control trial. Sci Rep. 2024 Nov 14;14:27975.

18. Nascimento SL, Surita FG, Cecatti JG. Physical exercise during pregnancy: a systematic review. Curr Opin Obstet Gynecol. 2012;24(6):387–94.

19. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), American Heart Association (AHA). Hypertension in pregnancy. Hypertension. 2022;79(3):e70–e90.

20. Ulloa Sabogal IM, Arias Rojas M. Ibid. Invest Educ Enferm. 2025;43(1):e14.

21. Estahban N, et al. Effect of self-management program on blood pressure in pregnant women with gestational hypertension. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22(1):150.

22. Sakontarat, Pakdeechot, Charenras, Inthisaeng, & Somsripong (2015) Sakontarat T, Pakdeechot W, Charenras C, Inthisaeng N, Somsripong S. Development of nursing care model to prevent crisis in pregnant women with hypertension in Sakon Nakhon Hospital. Thai Journal of Nursing Council. 2015;30(4):74–87.

23. Wattanaluangarun, Chantrapitak, Kajang, & Onlaor (2017) Wattanaluangarun N, Chantrapitak P, Kajang S, Onlaor N. Effectiveness of using risk assessment and clinical nursing practice guideline to reduce early postpartum hemorrhage caused by uterine atony. Thai Journal of Nursing Council. 2017;32(3):96–108.

ผลของการใช้บันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์สำหรับงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย

ศรีวรรณ กันติ๊บ
งานผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแม่จัน

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน ศึกษาบันทึกการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่ป้องกันได้ ได้แก่ **Hospital- acquired pneumonia (HAP), Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI), Bed sore, Fall** และศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ สำหรับงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือน เมษายน 2566 ถึง มีนาคม 2567

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในที่บันทึกด้วยโปรแกรม **Medical record Audit** จำนวน 700 ฉบับ และพยาบาลที่วิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน ปี 2567 จำนวน 68 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) แบบตรวจสอบบันทึกการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่ป้องกันได้ และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ใช้ระบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่าความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน ภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 85.87 ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์มากที่สุด คือการจำหน่ายผู้ป่วย และข้อมูลที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุดคือ การประสานการดูแลต่อเนื่อง และการบันทึกวันเดือนปีเวลาและการลงลายมือชื่อ ในด้านการบันทึกในการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่ป้องกันได้ ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 96.66 และความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์ ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ = 4.17, S.D. = 0.74) จะเห็นได้ว่าการนำบันทึกทางการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ช่วยเพิ่มคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล เวชระเบียนมีความสมบูรณ์และทีมพยาบาลสามารถจัดการกับความเสี่ยงที่ป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาโปรแกรมการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ให้มีความสมบูรณ์และสอดคล้องกับการปฏิบัติงานผู้ป่วยใน

คำสำคัญ: บันทึกทางการพยาบาล, ระบบอิเล็กทรอนิกส์, ผู้ป่วยใน

The Effectiveness of the Electronic Nursing Record System for patients in Mae Chan Hospital, Chiang Rai Province

Sriwan Khuntip
Registed Nurse at Maechan Hospital, Department of Inpatient Nursing

ABSTRACT

This aimed to assess the completeness of inpatient medical records, documentation of preventable risk surveillance—including hospital-acquired pneumonia (HAP), catheter-associated urinary tract infection (CAUTI), pressure ulcers, and patient falls—as well as nurse satisfaction with the electronic nursing documentation system.

The study was conducted at Mae Chan Hospital, Chiang Rai Province, Thailand, from April 2023 to March 2024. A total of 700 inpatient medical records recorded using the Medical Record Audit program were reviewed. In addition, 68 registered nurses working in inpatient wards during 2024 were surveyed. Research instruments included (1) the Inpatient Medical Record Quality Assessment Tool by the Health Service Standard and Quality Control Bureau, National Health Security Office of Thailand; (2) the Preventable Risk Surveillance Documentation Checklist; and (3) a nurse satisfaction questionnaire on the electronic nursing documentation system. Descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) were used for data analysis.

Overall completeness of inpatient medical records was rated good (85.87%). The most complete records were related to patient discharge documentation, while the least complete were in continuity of care coordination and date/time/signature fields. Documentation of preventable risk surveillance was at a very good level (96.66%). Nurse satisfaction with the electronic documentation system was also rated very good (mean = 4.17, SD = 0.74).

The implementation of an electronic nursing documentation system improved the quality and completeness of nursing records in accordance with professional standards. It also enhanced risk management and contributed to safe and high-quality patient care. Continuous development of the system is recommended to further support effective inpatient nursing documentation.

บทนำ

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมสำคัญสำหรับเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล และเป็นสิ่งสะท้อนถึงคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล[1] โดยเฉพาะการใช้เป็นหลักฐานบ่งบอกถึงการปฏิบัติการพยาบาลทำให้นำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง[2] และยังใช้เป็นเอกสารสำคัญในการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล[3] ทั้งในด้านกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและมีคุณภาพได้มาตรฐาน รวมทั้งใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายเมื่อถูกฟ้องร้องเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพและกำหนดมาตรฐานค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการทางการพยาบาล การเบิกจ่ายค่าบริการพยาบาล การสอนการวิจัย และเป็นเอกสารทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับการให้บริการทางการพยาบาล[4] ปัจจุบันมีการบันทึกรายละเอียดทางการพยาบาลด้วยระบบคอมพิวเตอร์ในการปรับปรุงและควบคุมกระบวนการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลซึ่งมีประโยชน์หลายด้าน5 เช่น ลดความผิดพลาดในการจัดการข้อมูลผู้ป่วย และการสั่งการรักษาทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการตัดสินใจทางการรักษา อีกทั้งช่วยในการติดตามความเปลี่ยนแปลงในสถานะของผู้ป่วยและให้ข้อมูลที่สำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ รวมถึงช่วยให้สถานพยาบาลสามารถบริหารจัดการทรัพยากรทางการแพทย์และบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสะท้อนความรู้สึกและข้อมูลทางการแพทย์ที่ถูกต้องผ่านระบบบันทึกข้อมูลสามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมสำคัญสำหรับเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล และเป็นสิ่งสะท้อนถึงคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล[1] โดยเฉพาะการใช้เป็นหลักฐานบ่งบอกถึงการปฏิบัติการพยาบาลทำให้นำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง[2] และยังใช้เป็นเอกสารสำคัญในการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล[3] ทั้งในด้านกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและมีคุณภาพได้มาตรฐาน รวมทั้งใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายเมื่อถูกฟ้องร้องเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพและกำหนดมาตรฐานค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการทางการพยาบาล การเบิกจ่ายค่าบริการพยาบาล การสอนการวิจัย และเป็นเอกสารทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับการให้บริการทางการพยาบาล[4] ปัจจุบันมีการบันทึกรายละเอียดทางการพยาบาลด้วยระบบคอมพิวเตอร์ในการปรับปรุงและควบคุมกระบวนการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลซึ่งมีประโยชน์หลายด้าน[5] เช่น ลดความผิดพลาดในการจัดการข้อมูลผู้ป่วย และการสั่งการรักษาทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการตัดสินใจทางการรักษา อีกทั้งช่วยในการติดตามความเปลี่ยนแปลงในสถานะของผู้ป่วยและให้ข้อมูลที่สำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ รวมถึงช่วยให้สถานพยาบาลสามารถบริหารจัดการทรัพยากรทางการแพทย์และบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสะท้อนความรู้สึกและข้อมูลทางการแพทย์ที่ถูกต้องผ่านระบบบันทึกข้อมูลสามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์

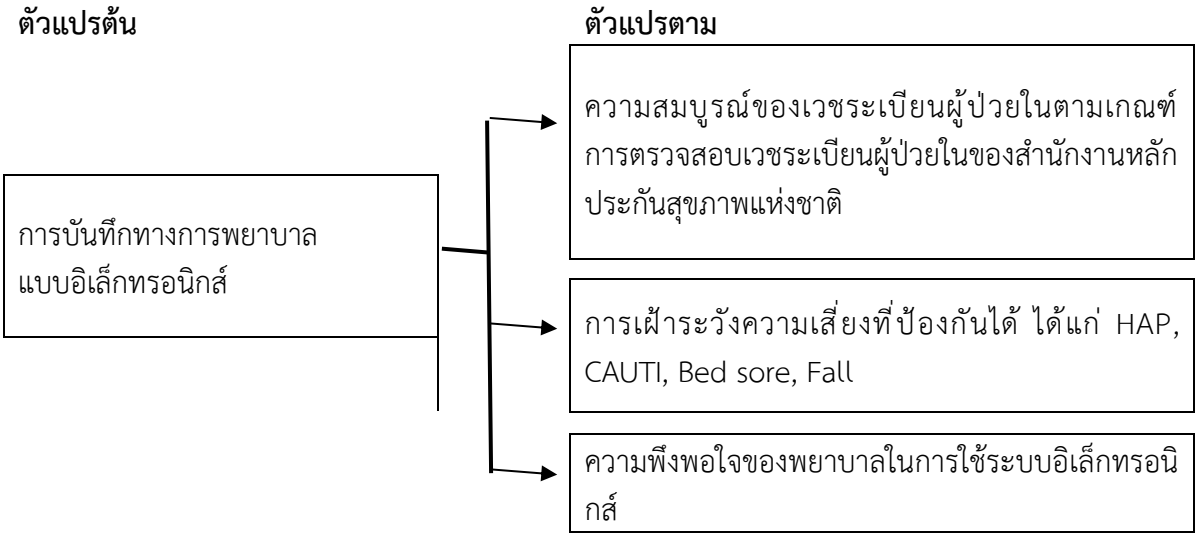
โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย ได้นำระบบการบันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ ตั้งแต่ 1 เมษายน 2566 ซึ่งจากผลจากการตรวจสอบเวชระเบียน โดยทีมเวชระเบียน ของโรงพยาบาลแม่จัน พบประเด็นปัญหา[6] ดังนี้ 1) การตอบสนองการรักษาพยาบาล ระบุการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล การรักษาของแพทย์ การบริหารยาในกลุ่มเสี่ยง หัตถการที่สำคัญและการให้เลือด มีการเว้นช่องว่าง การประเมินผลไม่ตรงปัญหา 2) การซักประวัติไม่ครอบคลุม การประเมินไม่ชัดเจน ใบเซ็นยินยอมไม่ถูกต้อง การบันทึกในใบ D - method ไม่ครอบคลุมตามกลุ่มโรค และจากการนิเทศติดตามตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลโดยหัวหน้างาน หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลตรวจการพบว่า ขาดการบันทึกการพยาบาลแบบองค์รวมและการติดตามประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละระยะของการดูแลผู้ป่วย 3) ขาดการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วย เช่น HAP ในปี 2564, 2565,

2566 พบ 0.94, 0.06, 0.20 ต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ, CAUTI ในปี 2564, 2565, 2566 พบ 0.84, 0.76, 0.96 ต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับFall ในปี 2564 , 2565 , 2566, พบ 1, 2, 6 ครั้ง ตามลำดับ Bed sore ในปี 2565, 2566 พบ 0.0185 , 0.23 ต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของ การใช้บันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์สำหรับงานผู้ป่วยใน เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลและความสมบูรณ์ของเวชระเบียน โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศทางการพยาบาลให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสมบูรณ์การบันทึกทางการพยาบาลในระบบอิเล็กทรอนิกส์
2. เพื่อศึกษาการบันทึกในการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่ป้องกันได้ ได้แก่ HAP,CAUTI, Bed sore, Fall
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ การวิจัยแบบ Cross-sectional study and Retrospective study โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน เมษายน 2566 ถึงมีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลที่วิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแม่จัน และเวชระเบียนผู้รับบริการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน

กลุ่มตัวอย่าง คือ

1. พยาบาลที่วิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน ปี 2567 ทั้งหมด จำนวน 68 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

2. เวชระเบียนผู้รับบริการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน จำนวน 700 ฉบับ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากร้อยละ 5 ของจำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายในช่วงวันที่ 1 เมษายน 2566 ถึง 31 มีนาคม 2567 ทั้งหมด 13,471 ราย โดยใช้เกณฑ์การสุ่มตรวจเวชระเบียนของสำนักหลักประกันสุขภาพ และเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก (simple random sampling)อกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก (simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (Medical record Audit Form) ของสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[7] โดยใช้แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในนำคะแนนที่ได้บันทึกและวิเคราะห์ผลตามโปรแกรม Medical record Audit : MRA สำหรับบันทึกทางการพยาบาล (Nurses' note) มีเกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ) เรื่องที่ต้องประเมินทุกราย 9 เรื่อง ได้แก่ 1) การประเมินแรกรับ 2) การระบุปัญหาทางการพยาบาล 3) กิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention) 4) การประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล 5) การให้ข้อมูลระหว่างการรักษาพยาบาล 6) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Discharge plan) 7) การประสานการดูแลต่อเนื่อง 8) การจำหน่าย และ 9) การบันทึกวันเดือนปี เวลา และการลงลายมือชื่อ

การแปลผล ผลรวมคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (Sum score) แต่ละ content รวมคะแนนในส่วนของคะแนนเต็ม (Full score) และคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบทุก content ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวม ตามการใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในการกำหนดเกณฑ์ ในการประเมินระดับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามระดับร้อยละของการบันทึก ดังนี้ ร้อยละ87.50 - 100.00 ระดับคุณภาพของเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ร้อยละ 75.00 - 87.49 อยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 62.50 - 74.99 อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ร้อยละ 50.00 - 62.49 อยู่ในเกณฑ์ต่ำและร้อยละ 00.00 - 49.99 อยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก

ส่วนที่ 2 การตรวจสอบบันทึกการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่ป้องกันได้ ได้แก่ HAP, CAUTI, Bed sore, Fall โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การตรวจสอบดังนี้ ถ้ามีบันทึกการเฝ้าระวังให้ 1 คะแนน ไม่ทำการบันทึกให้ 0 คะแนน และกำหนดเกณฑ์การประเมินการเฝ้าระวังความเสี่ยงตามระดับค่าเฉลี่ยคะแนนการเฝ้าระวัง ดังนี้ คะแนน 0.89-1 ระดับการเฝ้าระวังอยู่ในเกณฑ์ดีมาก คะแนน 0.76-0.88 อยู่ในเกณฑ์ดี คะแนน 0.63-0.75 อยู่ในเกณฑ์ดีปานกลาง คะแนน 0.50-0.62 อยู่ในเกณฑ์ต่ำ และคะแนน 0.00-0.49 อยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก

ส่วนที 3 แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ใช้ระบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์โดยผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบประเมินการบันทึกคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลของฉันทนา กรุงสูงเนิน[8]

ซึ่งได้ผ่านการรับรองคุณภาพเครื่องมือการวิจัยทางด้านความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยมีความสอดคล้องกับคำถามงานวิจัย วัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Index of Item-Objective Congruence : IOC) เท่ากับ 0.82 และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) จากการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาร์ค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.89

สำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อายุงาน และหน่วยงาน ซึ่งลักษณะข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความลงในช่องว่าง (Open end) และส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ โดยแบ่งเป็น 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านนโยบาย (ข้อคำถาม 4 ข้อ) 2) ด้านการรับรู้คุณคาของระบบบันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (ข้อคำถาม 8 ข้อ) 3) ด้านการจัดสรรอัตรากำลัง (ข้อคำถาม 2 ข้อ) 4) การจัดระบบการนิเทศ (ข้อคำถาม 4 ข้อ) 5) ด้านการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการบันทึก (ข้อคำถาม 4 ข้อ) 6) ด้านความยากง่ายต่อการใช้งาน (ข้อคำถาม 4 ข้อ) 7) ปัจจัยสนับสนุน (ข้อคำถาม 3 ข้อ) และ 8) การยอมรับการบันทึกทางการพยาบาลระบบอิเล็กทรอนิกส์ (ข้อคำถาม 4 ข้อ) วัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประยุกต์มาจากมาตร การวัดของลิเคิร์ท โดยมีคำตอบให้ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน เห็นด้วยมาก 4 คะแนน เห็นด้วย ปานกลาง 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุด 1 คะแนน และมีเกณฑ์การแปลความหมายของระดับความพึงพอใจ ที่มีต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบ Paperless แบ่งระดับโดยอิงกลุ่ม ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับไม่ดีอย่างมาก คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 อยู่ในระดับไม่ดีมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 อยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 อยู่ในระดับดีมากที่สุด

วิธีรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดทำหนังสือเพื่อขออนุญาตศึกษาวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่จัน รวมถึงชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ ละขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย และหลังจากได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายแล้ว ผู้วิจัยมีวิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ประชุมเพื่อชี้แจงกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการ ทำวิจัย โดยใช้แนวทางจากเอกสารชี้แจง แนะนำข้อมูล (Information Sheet) และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัย และลงนามการเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจก่อนทำการเก็บข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร

2. ชี้แจงขั้นตอนการประเมินและตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์โดยการทวนสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแม่จันที่บันทึกข้อมูลระหว่าง 1 เมษายน 2566 – 31 มีนาคม 2567 ตามแบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (Medical record Audit Form) ของสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

3. เก็บรวบรวมข้อมูลผลการเฝ้าระวังและการดูแลผู้ป่วยในความเสี่ยงที่ป้องกันได้ ได้แก่ HAP, CAUTI, Bed sore, Fall

4. ประเมินความพึงพอใจผู้ใช้ระบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์

5. ประชุมเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล โดยพิจารณาร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพถึงผลที่ได้จากการใช้การบันทึกทางการพยาบาลในระบบอิเล็กทรอนิกส์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่ 1) ความสมบูรณ์การบันทึกทางการพยาบาลในระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยตรวจสอบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ด้วยโปรแกรม Medical Record Audit (MRA) 2) ผลลัพธ์ในการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่ป้องกันได้ ได้แก่ HAP,CAUTI, Bed sore, Fall และ 3) ผลประเมินความพึงพอใจผู้ใช้ระบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์
สถิติที่ใช้ในงานวิจัยนี้ คือ สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistic) เพื่อบรรยายลักษณะของประชากร และทำการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ (Percentage) ในกรณีเป็นข้อมูลแจงนับ ส่วนกรณีข้อมูลต่อเนื่องจะนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation ; SD)

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง 38/2567 วันที่รับรอง 3 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

แสดงผลการวิเคราะห์เป็นจำนวน ระดับ ร้อยละหรือค่าเฉลี่ย กับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์ ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน (Medical record Audit Form) โรงพยาบาลแม่จัน จากเวชระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน 700 ฉบับ พบดังนี้

1.1 คุณลักษณะทั่วไปของเวชระเบียน พบว่า เวชระเบียนผู้ป่วยในส่วนใหญ่ เป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยเพศหญิง 389 คน (ร้อยละ 56.85) และเพศชาย 311 คน (ร้อยละ 43.15) ส่วนใหญ่อายุ 50 – 60 ปี (ร้อยละ 41) รองลงมาคืออายุ 30 - 40 ปี อายุน้อยที่สด 5 เดือน และอายุมากที่สุด 88 ปี

1.2 ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน ภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 85.87 และเมื่อพิจารณาในรายการที่ต้องประเมินทุกราย ตามเกณฑ์การประเมิน 9 ข้อ พบว่า ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ในระดับดีมาก คือ การจำหน่ายผู้ป่วย ร้อยละ 94.54 รองลงมาคือการให้ข้อมูลระหว่างการรักษาพยาบาล ร้อยละ 89.30 และการประเมินแรกรับ ร้อยละ 87.71 ตามลำดับ สำหรับข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ในระดับดี ได้แก่ 1) กิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention) ร้อยละ 85.37 รองลงมาคือการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย พิมพ์สมการที่นี่ เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Discharge plan) ร้อยละ 84.75 ถัดมาคือการระบุปัญหาทางการพยาบาล ร้อยละ 84.09 การประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล ร้อยละ 83.52 การประสานการดูแลต่อเนื่อง และการบันทึกวันเดือนปีเวลาและการลงลายมือชื่อ ร้อยละ 78.03 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้บันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (n=700)

ความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์	ร้อยละ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. การประเมินแรกรับ	87.71	0.89	0.12	ดีมาก
2. การระบุปัญหาทางการพยาบาล	84.09	0.84	0.11	ดี
3. กิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention)	85.37	0.94	0.17	ดี
4. การประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล	83.52	0.86	0.13	ดี
5. การให้ข้อมูลระหว่างการรักษาพยาบาล	89.30	1.87	0.21	ดีมาก
6. การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน(Discharge plan)	84.75	0.95	0.18	ดี
7. การประสานการดูแลต่อเนื่อง	78.03	0.78	0.17	ดี
8. การจำหน่าย	94.54	2.95	0.18	ดีมาก
9. การบันทึกวันเดือนปี เวลา และการลงลายมือชื่อ	78.03	0.78	0.17	ดี
รวม	**85.87**	**1.21**	**0.16**	**ดี**

$\bar{x}$ = *ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน*

ส่วนที่ 2 การเฝ้าระวังความเสี่ยงของการเกิด HAP, CAUTI infection, Bed Sore และ Fall ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแม่จัน

การบันทึกในการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่ป้องกันได้ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 96.66 เมื่อจัดลำดับการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้ป่วย พบว่ามีการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม (fall) มากที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมาคือ การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย (Bed sore) ร้อยละ 96.15 ถัดมาคือ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่เกี่ยวข้องกับสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ร้อยละ 96.04 และการเกิดโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาล (Hospital- acquired pneumonia : HAP) ร้อยละ 94.44 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเฝ้าระวังความเสี่ยงของการเกิด HAP, CAUTI infection, Bed Sore และ Fall ในผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแม่จัน(n=700)

การเฝ้าระวังความเสี่ยง	ร้อยละ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. Hospital- acquired pneumonia (HAP)	94.44	0.94	0.52	ดีมาก
2. Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI)	96.04	0.96	0.11	ดีมาก
3. Bed sore	96.15	0.96	0.12	ดีมาก
4. fall	100	1	0.10	ดีมาก
รวม	**96.66**	**0.97**	**0.21**	**ดีมาก**

$\bar{x}$ = *ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน*

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้ระบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์

พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 68 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.05 มีอายุเฉลี่ย 36.55 + 2.25 ปี อยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 52.94 มีอายุงานต่ำกว่า 5 ปี และมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 41.17 สังกัดหน่วยงานศัลยกรรมทั่วไป/ศัลยกรรมกระดูกมากที่สุด ร้อยละ 17.66 รองลงมา คือสังกัดงานอายุรกรรมหญิง ร้อยละ 16.17 และอายุรกรรมชายและกุมารเวชกรรม/จักษุ ร้อยละ 14.70 ตามลำดับ พบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ = 4.17, S.D. = 0.74) เมื่อจัดลำดับชั้น พบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจที่มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านนโยบาย ($\bar{x}$ = 4.45, S.D. = 0.62) รองลงมาคือ ด้านการยอมรับการบันทึกทางการพยาบาลระบบอิเล็กทรอนิกส์ ($\bar{x}$ = 4.32, S.D. = 0.64) และด้านการจัดระบบการนิเทศ ($\bar{x}$ = 4.30, S.D. = 0.67) ตามลำดับ สำหรับค่าเฉลี่ยความพึงพอใจที่น้อยที่สุดคือ ด้านการจัดสรรอัตรากำลัง ($\bar{x}$ = 3.82, S.D. = 0.89) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์แยกรายด้าน (n = 68)

ความพึงพอใจการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์	Mean	S.D.	ระดับ
1. ด้านนโยบาย	4.45	0.62	ดีมากที่สุด
2. ด้านการรับรู้คุณค่าของระบบบันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์	4.21	0.70	ดีมาก
3. ด้านการจัดสรรอัตรากำลัง	3.82	0.89	ดีมาก
4. การจัดระบบการนิเทศ	4.30	0.67	ดีมากที่สุด
5. ด้านการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการบันทึก	4.08	0.82	ดีมาก
6. ด้านความยากง่ายต่อการใช้งาน	4.19	0.78	ดีมาก
7. ปัจจัยสนับสนุน	3.99	0.78	ดีมาก
8. การยอมรับการบันทึกทางการพยาบาลระบบอิเล็กทรอนิกส์	4.32	0.64	ดีมากที่สุด
ภาพรวม	**4.17**	**0.74**	**ดีมาก**

$\bar{x}$ = *ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน*

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของการใช้บันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์สำหรับงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยพบดังนี้

(1) ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน ภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 85.87 อธิบายได้ว่า การบันทึกการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์ช่วยเพิ่มคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ช่วยให้การส่งข้อมูลผู้ป่วยและผู้ให้บริการรวดเร็ว การเขียนในใบบันทึกทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและลดความซ้ำซ้อนในการบันทึกได้ สามารถตรวจสอบ (Audit) ย้อนหลังได้สะดวกรวดเร็ว เนื่องจากสามารถเปิดดูข้อมูลผู้ป่วยจากคอมพิวเตอร์ได้ตลอดเวลา การตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์สามารถทำได้ทุกราย และแจ้งผลย้อนกลับให้ผู้บันทึกรับทราบผลเป็นรายบุคคลได้ ซึ่งตอบสนองต่อความต้องการทั้งการบริการและบริหารมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของมาเรอร์และคณะ[9] รวมทั้งการจัดการสารสนเทศอย่างเป็นระบบที่สอดคล้องกับ

แนวคิดของ Eggland Et & Hinemann DS10 ที่ได้กล่าวไว้ว่า ระบบคอมพิวเตอร์มีประโยชน์ในการเพิ่มความรวดเร็วในการสื่อสารช่วยให้สารสนเทศมีความแม่นยำ สามารถรวบรวมข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเมื่อพิจารณาในรายการที่ต้องประเมินทุกราย ตามเกณฑ์การประเมิน 9 ข้อ พบว่า ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์มากที่สุด คือ การจำหน่ายผู้ป่วย ร้อยละ 94.54 กล่าวคือมีการสรุปอาการ อาการแสดงและสัญญาณชีพรวมทั้งผลประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและหรือผู้ดูแลก่อนการจำหน่าย และระบุกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการก่อนการจำหน่าย แสดงให้เห็นว่าการมีระบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์ที่มีมาตรฐานช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในการบันทึกทางการพยาบาล สามารถบันทึกได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ครบถ้วน ครอบคลุมตามกระบวนการทางการพยาบาล[11] สำหรับและข้อมูลที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุดคือ การประสานการดูแลต่อเนื่อง และการบันทึกวันเดือนปีเวลาและการลงลายมือชื่อ ร้อยละ 78.03 อธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพอาจยังมีส่วนขาดในเรื่องสมรรถนะการบันทึกทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม แม้ว่าระบบการบันทึกจะมีแนวทางการบันทึกที่ครบถ้วน เช่นเดียวกับการศึกษาของกับณิภา แสงกิตติไพบูลย์[12] ที่พบปัญหาของระบบการบันทึกทางการพยาบาลด้านการบันทึกโดยรวมว่า ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ และความถูกต้องตามหลักการบันทึกอยู่ในระดับต่ำมาก และด้านประโยชน์ของการบันทึกทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ผู้บริหารควรส่งเสริมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาลทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจและเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญ

(2) การบันทึกในการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่ป้องกันได้ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในด้าน HAP, CAUTI infection, Bed Sore และ Fall ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 96.66 ซึ่งนับเป็นการบันทึกข้อมูลและประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อค้นหาและจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแลรักษา ช่วยให้พยาบาลสามารถติดตามอาการผู้ป่วย, วางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม, และป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ทันท่วงที เมื่อจัดลำดับการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้ป่วย พบว่ามีการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม (fall) มากที่สุด รองลงมาคือการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย (Bed sore) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่เกี่ยวข้องกับสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) และการเกิดโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาล (Hospital- acquired pneumonia : HAP) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของมูดี และคณะ ที่พบว่าพยาบาลกว่าร้อยละ 75 เชื่อว่าการบันทึกทางการพยาบาลด้วยคอมพิวเตอร์ช่วยเพิ่มคุณภาพการบันทึก และพยาบาลกว่าร้อยละ 76 เชื่อว่าการบันทึกทางการพยาบาลด้วยคอมพิวเตอร์ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและได้รับการดูแลดีขึ้น และผู้วิจัยเห็นว่าการบันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มจากปี 66 พบ 6 ครั้ง ปี 67 พบ 4 ครั้ง HAP จากปี66 0.20 ปี 67 0.35 ต่อ 1000 วันนอน CAUTI ปี 66 พบ 0.33 ปี 67พบ 0.18 ต่อ 1000 วันนอน โดยการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนจะช่วยให้ทีมแพทย์และพยาบาลสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการพลัดตกหกล้มและการติดเชื้อ และติดตามผลการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

(3) ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ = 4.17, S.D. = 0.74) สอดคล้องกับการสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้แบบบันทึกทาการพยาบาลด้วยระบบคอมพิวเตอร์ ของโรงพยาบาลศิริราช พบว่า มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในระบบการบันทึกทางการพบาลด้วยระบบคอมพิวเตอร์มากกว่าการบันทึกแบบเดิม อีกทั้งระบบการบันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบคอมพิวเตอร์ยังเป็นประโยชน์ต่อการบันทึกทางการพยาบาล เป็นไปตามที่ศิริรัตน์ พิชิตชัยชาญ[13] ได้เสนอไว้ว่า การที่พยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการบันทึกทางการพยาบาลเป็นการเพิ่มความพึงพอใจ

ในการใช้ระบบ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านนโยบาย ($\bar{x}$ = 4.45, S.D. = 0.62) อธิบายได้ว่าการมีความชัดเจนของนโยบายการสื่อสารนโยบายทั้งภายในองค์กรพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงพยาบาลมีความเข้าใจนโยบายและวิธีการบันทึก ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งโรงพยาบาลแม่จันได้กำหนดนโยบายการใช้ระบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์อย่างมีมาตรฐาน พร้อมจัดตั้งคณะกรรมการและมีการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ระบบเพื่อให้การบันทึกทางการพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์สูงสุดต่อการดูแลผู้ป่วย สำหรับค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ ด้านการจัดสรรอัตรากำลัง ($\bar{x}$ = 3.82, S.D. = 0.89) แสดงถึงจำนวนบุคลากรกับปริมาณงานยังไม่เพียงพอและเอื้อต่อการนำระบบไปใช้ สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อจำนวนผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม ซึ่งหากมีจำนวนพยาบาลตามมาตรฐานที่ยอมรับได้จะป้องกันอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดอุบัติเหตุจากงาน ลดอัตราการย้าย-ลาออก และเพิ่มความพึงพอใจในงานของพยาบาลได้[14] ดังนั้น ผู้บริหารควรส่งเสริมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาลและจัดสรรอัตรากำลังให้เหมาะสมกับปริมาณงานและเอื้อต่อการนำระบบไปใช้ให้มากยิ่งขึ้นพร้อมทั้งปลูกฝังทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลเพื่อเชื่อมโยงให้เห็นความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อช่วยในการพัฒนามาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

จากผลการวิจัย สรุปได้ว่า การบันทึกทางการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์ ช่วยเพิ่มคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลให้ได้มาตรฐานการพยาบาล ช่วยให้การบันทึกถูกต้องครบถ้วนและสมบูรณ์ ช่วยให้การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเป็นไปอย่างรวดเร็ว ถูกต้องและต่อเนื่อง ลดความซ้ำซ้อนในการจดบันทึก บุคลากรมีความพึงพอใจในการใช้ระบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์ และระบบที่มีคุณภาพและครบถ้วน จะช่วยให้ทีมพยาบาลสามารถจัดการกับความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มและการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ เป็นผลดีต่อผู้ป่วยในการการเฝ้าระวังความเสี่ยงจากการพลัดตก หกล้มและการติดเชื้อต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วย เช่น HAP, CAUTI, Bed Sore, และ Fall เป็นต้น อีกทั้ง เป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างสะดวก และใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาโปรแกรมการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความสมบูรณ์และสอดคล้องกับการการปฏิบัติงานผู้ป่วยใน ทันต่อเทคโนโลยี เพื่อส่งเสริมคุณภาพทางการพยาบาลให้มากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่จัน ผู้ตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิจัย บุคลากรทางการพยาบาล งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่จัน ที่ให้ความกรุณาและความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลศึกษาวิจัยจนทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารองคกรควรสนับสนุน ส่งเสริม และพัฒนาในการนำระบบการบันทึกทางพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์กับหน่วยงานและหอผู้ป่วยอื่น และมีการประเมินผลการใช้และพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ใช้ระบบเพื่อให้เหมาะสมกับการใช้งาน และบุคลากรมีความพึงพอใจในการใช้ระบบที่ร่วมกันสร้างขึ้น

2. ผู้บริหารทางการพยาบาล หรือพยาบาลเวรตรวจการทุกคนควรได้รับการอบรมให้มีความรู้ในการนิเทศงานด้านการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและเป็นไปแนวทางเดียวกัน

3. ควรมีการศึกษาการใช้บันทึกทางการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์ ในโรงพยาบาลอื่น และควรมีการศึกษาเปรียบเทียบเพื่อให้เห็นผลลัพธ์ชัดเจน ตลอดจนมีการติดตามผลความคงอยู่และต่อเนื่องของการใช้ระบบ

เอกสารอ้างอิง

1 พรศิริ พันธสี, รัชนี นามจันทรา. การพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล. วารสารสภา การพยาบาล.2549; 21(4)80-93.

2 วรกาภรณ์ ภัทรมงคลเขตต์, พร บุญมี. การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา, 2560; 18(1), 123–136.

3 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. นนทบุรี : สถาบัน, 2564

4 จิดาภา ปิติพัฒน์, รินทร์ลภัส ใสยันต์. การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลภูหลวง จังหวัดเลย. วาสารโรงพยาบาลสกลนคร.2563; 23(1):28-37.

5 เกียรติศรี สำราญเวชพร. ระบบสารสนเทศสำหรับพยาบาล ตอนที่ 11 : ประโยชน์ของสารสนเทศทางพยาบาลในคลินิก. รามาธิบดีพยาบาลสาร.2543; 6(1):68-78

6 โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย. ข้อมูลการบันทึกทางการพยาบาล โรงพยาบาลแม่จัน ปี 2564–2566. เชียงราย. 2566

7 **National Health Security Office. Medical record audit guideline** 2020. **Nonthaburi: Sahamit and Publishing;** 2020. **(in Thai)**

8 ฉันทนา กรุงสูงเนิน. ผลของการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์บันทึกทางการพยาบาลต่อคุณภาพการบันทึกแลควสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน.โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดนครราชสีมา.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ,2566; 41(3): 1-13

9 **Mahler,C.,Ammenwerth,E.,Wagner,A.,Tautz,A.,Happek, T.,Hoppe,B.,et al. Effects Of Computer-based nursing document system on the quality of nursing documentation. Journal of Medical System;** 2007

10 **Eggland ET, Hinemann DS. Nursing Documentation. Philadelphia: J.B. Lippincott;** 1994.

11 **Lyer.P..W., & Camp, N.H. Nursing document: A nursing process approach (2nded.).St. Louis:C.V;**1995

12 ณิภา แสงกิตติไพบูลย์, อารี ชีวเกษมสุข. การพัฒนาระบบการบันทึกทางการพยาบาลด้วยคอมพิวเตอร์สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี. วารสารพยาบาล. ปีที่ 62 ;ฉบับที่ 4 :10-19.

13 ศิริรัตน์ พิชิตชัยชาญ. การพัฒนาระบบบันทึกในการพยาบาลด้วยโปรแกรมประยุกต์. [วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2544

14 มณีรัตน์ ทองดีพันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างภาระงานและการผสมผสานอัตรากำลังกับคุณภาพการพยาบาลในงานผู้ป่วยใน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลระดับ M2. **Nursing Research.** 2562**;** 22-26

ผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

วรัชยา รัตนะ [1] ภัทรี มณีรัตน์[2] และวิไลพรรณ เลขผสม[3]
[1-3]กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมชะลอไตเสื่อม

ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระดับที่ 3 ในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 92 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 46 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมชะลอไตเสื่อมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแนวคิดการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงมิถุนายน 2568 เครื่องมือที่ใช้ คือแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test และ Mann-Whitney U Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($p < 0.001$) พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา ($p < 0.05$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ที่สูงขึ้น ($p = 0.026$) ระดับน้ำตาลในเลือด ($p = 0.041$) และความดันโลหิต ($p < 0.05$) ลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ ควรบูรณาการโปรแกรมนี้เข้ากับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ นำไปปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิและควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมชะลอไตเสื่อม, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง

Effects of a Program to Delay Kidney Failure on Knowledge, Health Behavior, and Clinical Outcomes in Diabetic and Hypertensive Patients : A Study at the Primary Care Unit, Chiang Rai Prachanukroh Hospital.

Waratchaya Rattana[1] Pattaree Maneerat [2] and Wilaipun Lekhpasom[3]
[1-3] Social Medicine Division, Chiangrai Prachanukroh Hospital

ABSTRACT

This study employed a quasi-experimental design with two groups and pretest-posttest measurements. The objective was to compare the mean scores of knowledge, health behaviors, and clinical outcomes between the experimental and control groups before and after participation in a kidney deterioration prevention program.

The participants were 92 patients with diabetes and hypertension diagnosed with stage 3 chronic kidney disease (CKD), receiving care at the family medicine clinic of Chiangrai Prachanukroh Hospital. They were equally divided into an experimental group and a control group (46 participants each). The experimental group received a 12-week kidney deterioration prevention program based on the Protection Motivation Theory (PMT) and self-management concepts. Data collection was conducted from March to June 2025. Research instruments included validated and reliability-tested questionnaires on knowledge and health behaviors, as well as clinical outcome recording forms. Data were analyzed using descriptive statistics and comparisons of group means using the Independent t-test and Mann-Whitney U test, with a statistical significance level set at $p < 0.05$.

The results showed that after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores in knowledge ($p < 0.001$) and health behaviors related to diet, physical activity, stress management, and medication adherence ($p < 0.05$) compared to the control group. Additionally, the experimental group demonstrated significant improvements in clinical outcomes, including increased estimated glomerular filtration rate (eGFR) ($p = 0.026$), and reductions in blood glucose ($p = 0.041$) and blood pressure ($p < 0.05$). Based on these findings, it is recommended that this program be integrated into primary healthcare services and implemented in primary care units, with further long-term follow-up studies to evaluate its sustained impact.

Keywords: Program to Delay Kidney Failure, Diabetes Mellitus, Hypertension

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease : CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย โดยประมาณการว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยประมาณ 850 ล้านคนและยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ ข้อมูลในปี 2562 มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้มากกว่า 3.1 ล้านคน [1] สำหรับประเทศไทยข้อมูลในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1,062,756 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2565 มากถึง 85,064 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 464,420 ราย, ระยะ 4 จำนวน 122,363 ราย และระยะที่ 5 ที่ต้องล้างไตมากถึง 70,474 ราย [2] ภาวะที่ไตสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่กรองของเสียของหน่วยไต หากมีอาการเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดที่นำไปสู่ความรุนแรงหรือทำให้เกิดไตวายเรียกว่าโรคไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney disease) [3] แต่หากมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป อัตราการกรองของไตค่อย ๆ ลดลง อาการผิดปกติจะค่อย ๆ เพิ่มความรุนแรงมากขึ้น จนการทำหน้าที่ของไตสูญเสียอย่างถาวรเรียกว่า “โรคไตวายเรื้อรัง” (Chronic Kidney Disease) ซึ่งวัดได้จากอัตราการกรองของไตโดยประมาณ (Estimated Glomerular Filtration Rate : eGFR) ที่น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ม.^{2} หรืออัตราส่วนอัลบูมินในปัสสาวะต่อครีเอตินิน (Urine Albumin-to-Creatinine Ratio : UACR) 30 มก./ดล. หรือมากกว่า [4] สาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อยเกิดจากโรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง โดยที่ภาวะการเสื่อมของไตจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อัตราการเกิดอยู่ที่มากกว่าร้อยละ 25 และประมาณการว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 40 จะเป็นโรคไตเรื้อรังในช่วงชีวิตที่ป่วย [5] สำหรับโรคความดันโลหิตสูงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประมาณร้อยละ 60 ถึง 90 และเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การกรองของไตที่แย่ลง รวมถึงส่งผลต่อความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากหลอดเลือดและหัวใจที่เพิ่มขึ้น [6] จุดมุ่งหมายสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคไตระยะเริ่มต้นระยะที่ 1 - 3 ซึ่งสามารถเฝ้าระวังและป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนไม่ให้ดำเนินไปสู่โรคไตระยะสุดท้าย [7] ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะเสื่อมของไต ควรควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดโดยตั้งเป้าหมายไว้ให้น้อยกว่า ร้อยละ 7 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรการควบคุมระดับความดันโลหิตที่น้อยกว่า 140/90 mmHg เพื่อลดความเสี่ยงหรือแสดงความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรัง [8] นอกจากนี้ผู้ป่วยควรได้รับการวางแผนการดูแลรักษาด้วยแผนที่ครอบคลุม ด้วยการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเลิกบุหรี่ และน้ำหนักให้เหมาะสม ร่วมกับการบำบัดด้วยยา [5]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการให้โปรแกรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลต่อระดับความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ระดับการทำงานของไตลดลงหรือคงที่ การทำงานของไตเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น [9] ค่าน้ำตาลในเลือดลดลงเป็น 137.73 mg/dl เช่นเดียวกับค่าน้ำตาลสะสมลดลงเป็นร้อยละ 7.69 รวมถึงค่าดัชนีมวลกายลดลง 0.99 กก./ม^2 ผลลัพธ์ทางคลินิกมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น [10] และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิต ต่ำกว่า 140/90 mmHg. ร้อยละ 66.67 ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยลดลงเป็น 130/85 mmHg. [11] นอกจากนี้การออกแบบโปรแกรมยังมีการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการชะลอความเสื่อมของไต โดยที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนการจัดการตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วย [12]

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการเขตอำเภอเมือง จำนวน 187,216 คน จำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งหมด 30,637 คน ในจำนวนนี้มีกลุ่มผู้ป่วยไตเสื่อมระยะที่ 3 -5 จำนวน 1,290 ราย [13] ซึ่งได้รับการดูแลตามเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัว (NPCU) จำนวน 7 แห่ง สำหรับเขตเทศบาลนครเชียงราย มี 3 NPCU ภายใต้การดูแลของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โดยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 3,394 คน มีกลุ่มไตเสื่อมระยะที่ 3 จำนวน 192 คน ซึ่งในบริบทของการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิฯ จะให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น (1-3) หากมีผู้ป่วยในระยะที่ 4 ขึ้นไปจะได้รับการส่งตัวไปยังคลินิกชะลอไตเสื่อมหน่วยไตเทียม ของโรงพยาบาล ข้อมูลในปี 2565-2567 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 จำนวน 175 คน, 162 คน และ 192 คน ตามลำดับ ระยะที่ 4 และ 5 ที่ได้รับการส่งตัวไปยังคลินิกชะลอไตเสื่อม จำนวน 25 คน, 14 คน และ 14 คน ตามลำดับ [13] จากสถิติแสดงให้เห็นว่าแนวโน้มของการเกิดภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 มีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น แม้แนวโน้มของผู้ป่วยผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4- 5 มีแนวโน้มที่ลดลงและคงที่ แต่เมื่อพิจารณาประกอบกับข้อมูลจากการสำรวจข้อมูลรายงานความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มดังกล่าว พบว่ามีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 60.00 และ 28.00 ตามลำดับ พฤติกรรมสุขภาพ การบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.20 การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการใช้ยาอย่างเหมาะสม ในระดับสูงที่ร้อยละ 55.70, 71.70,68.90 และ 68.90 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายส่วนใหญ่มีระดับต่ำ ร้อยละ 41.50 นอกจากนี้การสำรวจข้อมูลในกลุ่มดังกล่าวพบว่ามีค่าดัชชีมวลกายมากกว่ามาตรฐาน (>23.00 kg/m^2) ที่ร้อยละ 72.38 อีกทั้งในกลุ่มนี้มีผู้เกณฑ์อ้วน (25.00-29.90 kg/m^2) ร้อยละ 36.19 และอ้วนมาก (>30 kg/m^2ขึ้นไป) ร้อยละ 15.24 [14] แสดงให้เห็นว่าภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 มีภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อมระยะสุดท้าย รวมถึงการมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางและต่ำ ซึ่งอาจส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้

จากหลักการและเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้างานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน มีหน้าที่ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงาน บริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพของงาน รวมถึงบทบาทการส่งเสริมสุขภาพป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้ศึกษาโปรแกรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจในการชะลอการเสื่อมของไต สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งจัดการภาวะสุขภาพ เพื่อชะลอหรือป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจนนำไปสู่การเกิดโรคไตระยะสุดท้าย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงการพัฒนารูปแบบในการให้บริการ ให้มีประสิทธิภาพในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมชะลอไตเสื่อม

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการได้รับโปรแกรมชะลอไตเสื่อม คะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เป็นรูปแบบที่จัดกิจกรรมที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง ใช้ระยะเวลาการดำเนินการ 12 สัปดาห์

ตัวแปรตาม ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อม 2) พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหาร, การออกกำลังกาย,การจัดการความเครียด,การสูบบุหรี่, การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการใช้ยาอย่างเหมาะสม 3) ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย, รอบเอว, ค่าอัตราการกรองของไต, ค่าซีรั่มครีเอตินิน, ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง, ค่าฮีโมโกลบินเอวันซี และระดับความดันโลหิต

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนเมษายน- มิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระดับที่ 3 ที่รับบริการในคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ปี 2567 จำนวน 192 คน โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ด้วยการทดสอบเป็น Two Sample Comparison of proportion กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (alpha=0.05), อำนาจการทดสอบร้อยละ 80 (Power=0.8) อัตราส่วน 1:1 ใช้การทดสอบ one – sided test ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 46 ราย รวมทั้งสิ้น 92 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมในโครงการวิจัย ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระดับที่ 3 2) อายุระหว่าง 30 – 59 ปี 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไต (จากการวินิจฉัยของแพทย์) 4) ได้รับการรับรองจากแพทย์ว่าสามารถออกกำลังกายได้ 5) ไม่มีปัญหาในการพูด ฟัง มีสติสัมปชัญญะเป็นปกติ 6) สามารถอ่าน เขียนและพูดคุยสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ 7) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถเชื่อมต่ออินเตอร์เน็ตและสามารถใช้แอพพลิเคชันไลน์ได้ดี และ 8) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และมีเกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน หรือภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง เป็นเหตุให้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลมากกว่า 1 สัปดาห์หรือมีอาการอื่นๆ จนไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ และผู้ที่ขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาและการประกอบอาชีพ 2) ความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อม เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ 3) พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) จำนวน 18 ข้อ โดยประยุกต์ใช้ข้อคำถามและค่าการแปลผลของแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขศึกษา [15] เป็นแบบประเมินมาตราส่วน 5 ระดับวัดความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ระดับไม่เคยปฏิบัติจนถึงปฏิบัติทุกวัน กรณีข้อคำถามเชิงบวก ค่าคะแนนเท่ากับ 5 – 1 กรณีข้อคำถามเชิงลบ ค่าคะแนนเท่ากับ 1 – 5 จากนั้นนำมาเกณฑ์ให้คะแนนจำแนกพฤติกรรมสุขภาพเป็นการบริโภคอาหาร, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้ยาอย่างเหมาะสม และ 4) ผลลัพธ์ทางคลินิก จำนวน 8 รายการ ได้แก่ น้ำหนัก, ส่วนสูง, รอบเอว,ค่าอัตรา

การกรองของไต (eGFR), ค่าซีรั่มครีเอตินิน, น้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง, ฮีโมโกลบินเอวันซี และระดับความดันโลหิต

2.เครื่องมือที่ใช้ทดลอง ได้แก่ โปรแกรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เป็นรูปแบบที่จัดกิจกรรมที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) [16] ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management concept) [12] ใช้ระยะเวลาการดำเนินการ 12 สัปดาห์ ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธ์และประเมินความเสี่ยง ระยะเวลา 2 ชั่วโมง 45 นาที ประกอบด้วย การชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและการขอความยินยอม, ประเมินก่อนทดลอง, ประเมินร่างกายและผู้วิจัยคืนค่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งล่าสุดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม, แปรผลข้อมูลทางด้านสุขภาพให้กลุ่มตัวอย่างรายบุคคล และนัดหมายเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงสู่การตั้งเป้าหมาย ระยะเวลา 4 ชั่วโมง ประกอบด้วยการให้ความรู้โรคไตเรื้อรัง (1ชั่วโมง) การให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การจัดการปริมาณเกลือโซเดียม การลดหวาน มัน เค็ม การออกกำลังกาย เทคนิคการจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่ การดื่มสุราและการรับประทานยาให้ถูกต้องและเหมาะสม ผ่านการบรรยาย สาธิต และสาธิตย้อนกลับ (1 ชั่วโมง) การตั้งเป้าหมายส่วนบุคคล (30 นาที) การแบ่งกลุ่มร่วมอธิบายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (1 ชั่วโมง) สรุปผลการเรียนรู้ในภาพรวม และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งถัดไป (30 นาที) สัปดาห์ที่ 3- 5 ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามแผนการตั้งเป้าหมายส่วนบุคคล และบันทึกผลการปฏิบัติในคู่มือการจัดการตนเองที่บ้าน สัปดาห์ที่ 6 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อตรวจสอบผลการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ แลกเปลี่ยนปัญหา อุปสรรคที่พบ และให้คำแนะนำรายบุคคล ณ สถานบริการ (30 นาทีต่อราย) สัปดาห์ที่ 7-8 ติดตามเยี่ยมบ้าน เสริมกำลังใจ โดยทบทวนการจัดการตนเอง และผู้วิจัยให้ความรู้ผู้ดูแลหลักค้นหาปัญหาในการจัดการตนเองในระดับครอบครัวที่สามารถวางแผนแก้ไขร่วมกัน (1 ชั่วโมงต่อราย) สัปดาห์ที่ 9-11 ผู้วิจัยติดตามการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างผ่านทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 15 นาที สัปดาห์ที่ 12 สรุปและประเมินผลโปรแกรมกิจกรรมกลุ่ม ณ สถานบริการ และตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (Post-test) ผู้วิจัยประเมินทักษะการปฏิบัติตัวตามสมุดบันทึกพฤติกรรม และตรวจร่างกายกลุ่มตัวอย่างภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (3ชั่วโมง)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านและนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้เท่ากับ 0.98 และการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เครื่องมือที่ใช้จัดเก็บข้อมูล ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อม ที่มีข้อคำถามแบบเลือกตอบให้คะแนน และในส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ที่มีข้อคำถามมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) นำไปเก็บข้อมูลนำร่อง (Try Out) กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 30 รายและจะนำมาคำนวณหาอำนาจจำแนกโดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder – Richardson ได้เท่ากับ 0.83 และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.86 ในส่วนของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเมื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

วิธีรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยเบื้องต้นจากรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระดับที่ 3 ที่รับบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ปี 2567 โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่ได้กำหนด และผู้วิจัยได้ แบ่งศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุม ได้แก่ ผู้ที่พักอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของทีมหมอครอบครัว ทีม 1 และทีม 2 ซึ่งได้นัดหมายให้มารับบริการในวันจันทร์และวันอังคาร เป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ที่พักอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของทีมหมอครอบครัวทีม 3 และทีม 4 ซึ่งได้นัดหมายให้มารับบริการในวันพุธและวันพฤหัสบดี โดยได้รับโปรแกรมชะลอไตเสื่อมฯ ที่มีกิจกรรมระยะเวลา 12 สัปดาห์ เมื่อครบระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก ของทั้งสองกลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์และนำเสนอต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่, ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก สถิติทดสอบ ได้แก่ การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Exact probability test และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้, พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลโดยใช้สถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test เมื่อพบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติจะใช้สถิติทดสอบได้แก่ สถิติการทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test) และรายงานเป็นค่า t และ P-value หากกรณีข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติจะใช้สถิติ Mann-Whitney U Test แทน โดยรายงานเป็นค่า U และ P-value โดยกำหนดให้ระดับนัยสำคัญมากกว่าร้อยละ 95 (P-value<0.05)

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ หมายเลขการรับรอง ชร 0033.102/วิจัย/EC.68-263 ลงวันที่ 31 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง จำนวน 46 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 26 คน (ร้อยละ 56.52) ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 44 คน (ร้อยละ95.65) อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 57.35 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 36 คน (ร้อยละ 78.26) ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 21 คน (ร้อยละ45.65) ,มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 21.47) ที่เหลือคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป มีอาชีพใช้แรงงาน จำนวน 16 คน (ร้อยละ 34.78), ค้าขาย จำนวน 9 คน (ร้อยละ 19.57) , ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 17.39) และที่เหลือเป็นอาชีพอื่นๆ ส่วนกลุ่มควบคุม จำนวน 46 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 26 คน (ร้อยละ 56.52) ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 40 คน (ร้อยละ 86.96) อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 55.46 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 33 คน (ร้อยละ 71.74) ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 10 คน (ร้อยละ21.74) ,มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 26.09) ที่เหลือคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป มีอาชีพใช้แรงงาน จำนวน 17 คน (ร้อยละ 36.96), ค้าขาย จำนวน 9 คน (ร้อยละ 19.57), ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 14 คน (ร้อยละ 30.43) และที่เหลือเป็น

อาชีพอื่นๆ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (12.37±1.89 เทียบกับ 6.48±1.62, U = 21.00, p < 0.001) ขณะที่ก่อนการทดลองไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (U = 1013.00, p = 0.796) ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าหลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ได้แก่ การบริโภคอาหาร (21.26±4.53 เทียบกับ 17.11±4.53, U = 575.50, p < 0.001), การออกกำลังกาย (6.43±1.76 เทียบกับ 3.37±1.36, U = 203.50, p < 0.001), การจัดการความเครียด (7.85±1.03 เทียบกับ 7.21±1.36, U = 782.00, p = 0.019) และการใช้ยาอย่างเหมาะสม (20.96±3.09 เทียบกับ 17.02±1.78, U = 313.00, p < 0.001) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (U = 912.50, p = 0.196) และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (U = 959.50, p = 0.422) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายการ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t/U	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
ความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อม						
- ก่อนได้รับโปรแกรม	6.11	±1.68	6.02	±1.54	1013.00[b]	0.796
- หลังได้รับโปรแกรม	12.37	±1.89	6.48	±1.62	21.00[b]	<0.001***
พฤติกรรมสุขภาพ						
การบริโภคอาหาร						
- ก่อนได้รับโปรแกรม	17.86	±6.19	17.00	±4.61	961.50[b]	0.450
- หลังได้รับโปรแกรม	21.26	±4.53	17.11	±4.53	575.50[b]	<0.001***
การออกกำลังกาย						
- ก่อนได้รับโปรแกรม	4.63	±2.30	3.24	±1.98	668.00[b]	0.002**
- หลังได้รับโปรแกรม	6.43	±1.76	3.37	±1.36	203.50[b]	<0.001***
การจัดการความเครียด						
- ก่อนได้รับโปรแกรม	7.28	±1.83	7.21	±1.36	969.50[b]	0.463
- หลังได้รับโปรแกรม	7.85	±1.03	7.21	±1.36	782.00[b]	0.019*
การสูบบุหรี่						
- ก่อนได้รับโปรแกรม	8.47	±2.71	8.02	±3.27	992.00[b]	0.526
- หลังได้รับโปรแกรม	7.07	±3.85	8.07	±3.14	912.50[b]	0.196
การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์						
- ก่อนได้รับโปรแกรม	3.89	±1.30	3.54	±1.42	918.50[b]	0.247
- หลังได้รับโปรแกรม	3.20	±1.76	3.52	±1.41	959.50[b]	0.422
การใช้ยาอย่างเหมาะสม						

รายการ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t/U	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
- ก่อนได้รับโปรแกรม	16.28	±2.17	16.74	±1.47	997.00[b]	0.626
- หลังได้รับโปรแกรม	20.96	±3.09	17.02	±1.78	313.00[b]	<0.001***

[b]สถิติทดสอบ Mann-Whitney U Test * p-value < 0.05 ,** p-value < 0.01 ,*** p-value < 0.001

3. ผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่า eGFR เฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (48.48 mL/min/1.73m^2 ±11.29 mL/min/1.73m^2 เทียบกับ 43.89 mL/min/1.73m^2±9.92 mL/min/1.73m^2, U = 772.50, p = 0.026) และมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (111.13 มก./ดล.± 21.00 มก./ดล. เทียบกับ 135.63 มก./ดล. ±54.40 มก./ดล., U = 796.00, p = 0.041) ความดันโลหิต กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตตัวบน (SBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (131.54 มม.ปรอท±10.01 มม.ปรอท เทียบกับ 137.63 มม.ปรอท±15.34 มม.ปรอท, t = -2.25, p = 0.027) และความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ลดลงเช่นเดียวกัน (69.11 มม.ปรอท±8.95 มม.ปรอท เทียบกับ 75.83 มม.ปรอท±9.10 มม.ปรอท, t = -3.57, p = 0.001) ส่วนตัวแปรทางคลินิกอื่น ได้แก่ ดัชนีมวลกาย รอบเอว ค่าซีรั่มครีเอตินิน และค่า HbA1c ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการได้รับโปรแกรม แสดงได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์ทางคลินิก	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t/U	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
ดัชนีมวลกาย (กก./ม^2)						
- ก่อนได้รับโปรแกรม	26.44	±4.77	26.20	±5.56	1009.00[b]	0.702
- หลังได้รับโปรแกรม	26.14	±5.01	26.45	±5.86	1021.00[b]	0.773
รอบเอว (เซนติเมตร)						
- ก่อนได้รับโปรแกรม	92.15	±11.97	90.20	±12.00	267.50[b]	0.479
- หลังได้รับโปรแกรม	90.61	±12.17	90.48	±12.02	1048.00[b]	0.938
ค่าอัตราการกรองของไต eGFR (mL/min/1.73m^2)						
- ก่อนได้รับโปรแกรม	45.65	±8.90	45.43	±8.66	1044.50[b]	0.916
- หลังได้รับโปรแกรม	48.48	±11.29	43.89	±9.92	772.50[b]	0.026*
ค่าซีรั่มครีเอตินิน (มก./ดล.)						
- ก่อนได้รับโปรแกรม	1.45	±0.25	1.48	±0.35	1024.50[b]	0.794
- หลังได้รับโปรแกรม	1.44	±0.32	1.47	±0.39	1023.50[b]	0.788
น้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (มก./ดล.)						
- ก่อนได้รับโปรแกรม	120.59	±36.01	125.33	±39.76	965.50[b]	0.470
- หลังได้รับโปรแกรม	111.13	±21.00	135.63	±54.40	796.00[b]	0.041*
ฮีโมโกลบินเอวันซี (%)						
- ก่อนได้รับโปรแกรม	6.84	±0.99	6.89	±1.37	1035.00[b]	0.857

ผลลัพธ์ทางคลินิก	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t/U	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
- หลังได้รับโปรแกรม ระดับความดันโลหิตตัวบน (มม.ปรอท)	6.63	±0.92	7.07	±1.40	855.50[b]	0.113
- ก่อนได้รับโปรแกรม	141.71	±16.47	138.48	±18.06	0.90[a]	0.371
- หลังได้รับโปรแกรม ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (มม.ปรอท)	131.54	±10.01	137.63	±15.34	-2.25[a]	0.027*
- ก่อนได้รับโปรแกรม	73.11	±11.24	74.39	±13.87	-0.49[a]	0.627
- หลังได้รับโปรแกรม	69.11	±8.95	75.83	±9.10	-3.57[a]	0.001**

[a]สถิติทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test),[b]สถิติทดสอบ Mann-Whitney U Test ,* p-value < 0.05 ,** p-value < 0.01

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค [16] ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง[12] มีประสิทธิผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการเพิ่มระดับความรู้ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ในด้านความรู้ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าเนื้อหาและวิธีการจัดกิจกรรมในโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการถ่ายทอดความรู้และกระตุ้นการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วม โปรแกรมมีการบูรณาการสาระความรู้เกี่ยวกับการดูแลไต การควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูง และการประเมินความเสี่ยงไตเสื่อม พร้อมทั้งจัดกิจกรรมกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน และการติดตามรายบุคคล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและตระหนักถึงความเสี่ยงของโรคมากยิ่งขึ้น ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การใช้ยา การจัดการความเครียด และการควบคุมความดันโลหิตที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค ที่เน้นการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค [16] และความสามารถในการจัดการตนเอง[12] โดยกลไกของการกระตุ้นแรงจูงใจผ่านข้อมูล ความเชื่อ และการสนับสนุนจากทีมสุขภาพมีส่วนสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะสั้น อย่างไรก็ตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ อาจเนื่องจากพฤติกรรมดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่ต้องการเวลาและแรงจูงใจมากเป็นพิเศษในการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจจะต้องใช้วิธีการบำบัดเพิ่มเติมในผู้ที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่ากลุ่มทดลองมีค่า eGFR เพิ่มขึ้น ($p = 0.026$) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลง ($p = 0.041$) และความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.027$ และ $p = 0.001$ ตามลำดับ) สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อการควบคุมโรคและชะลอความเสื่อมของไต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการจัดการตนเองที่ดีสามารถลดอัตราการเสื่อมของไตในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังได้ [17] และในส่วนผลลัพธ์ในตัวแปรคลินิกอื่น เช่น ดัชนีมวลกาย รอบเอว ซีรั่มครีเอตินิน และ HbA1c ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามยังอยู่ในแนวโน้มที่ดีขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากระยะเวลาในการติดตามยังไม่เพียงพอที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ที่เด่นชัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังมานาน ทั้งนี้ผลลัพธ์ของการศึกษาด้วยการใช้โปรแกรมในภาพรวม

สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการให้โปรแกรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลต่อระดับความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ระดับการทำงานของไตลดลงหรือคงที่ การทำงานของไตเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น [9] ผลลัพธ์ทางคลินิก ค่าน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตเฉลี่ยลดลง [12-13]

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านไปได้ด้วยดีผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ รองผู้อำนวยการฝ่ายปฐมภูมิ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม ผู้เชียวชาญด้านโรคไตและ กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย

ข้อเสนอแนะ

เชิงนโยบายควรส่งเสริมการบูรณาการโปรแกรมชะลอไตเสื่อมฯ เข้ากับการดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาวและลดภาระค่าใช้จ่ายของระบบสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรนำโปรแกรมชะลอไตเสื่อมไปใช้การกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยใช้แนวทางกลุ่มสนับสนุน การเยี่ยมบ้าน และเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อเสริมแรงและติดตามพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาในอนาคตควรดำเนินการวิจัยแบบติดตามระยะยาว เพื่อติดตามผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก ในระยะ 6 เดือน – 1 ปี

เอกสารอ้างอิง

1. Francis A, Harhay MN, Ong ACM, et al. Chronic kidney disease and the global public health agenda: an international consensus. Nat Rev Nephrol. 2024;20(7):473-485. doi:10.1038/s41581-024-00820-6
2. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (สสพ.), กรมควบคุมโรค. รณรงค์ “วันไตโลก” 2567 ขับเคลื่อนการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ประชาชน มุ่งเน้นการเข้าถึงการบริการที่เท่าเทียม [Internet]. 2567 [cited 2025 Jun 17]. Available from: https://datariskcom-ddc.moph.go.th/download/กรมควบคุมโรค-รณรงค์-วัน/
3. นุชพร ดุมใหม่,ปณิชา พลพินิจ, สายฝน ม่วงคุ้ม และเขมารดีมาสิงบุญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมชะลอความเสื่อมของไตในผู้ที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 1-3. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2565;17(3):378–85.
4. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: กลุ่มพัฒนานโยบายระดับประชากร กองควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
5. de Boer IH, Khunti K, Sadusky T, et al. Diabetes Management in Chronic Kidney Disease: A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Diabetes Care. 2022;45(12):3075-3090. doi:10.2337/dci22-0027
6. Samal L, Kilgallon JL, Lipsitz S, et al. Clinical Decision Support for Hypertension Management in Chronic Kidney Disease: A Randomized Clinical Trial [published correction

appears in JAMA Intern Med. 2024 Aug 1;184(8):992. doi: 10.1001/jamainternmed.2024.2589.]. JAMA Intern Med. 2024;184(5):484-492. doi:10.1001/jamainternmed.2023.8315

7. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. ข้อแนะนำเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2565.
8. ElSayed NA, Bannuru RR, Bakris G, et al. Diabetic Kidney Disease Prevention Care Model Development. Clin Diabetes. 2024;42(2):274-294. doi:10.2337/cd23-0063
9. ชลาภัทร คำพิมาน, พัฒนชัย รัชอินทร์. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1 ถึง 3 ตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2560;3(1):42–9.
10. สุวิมล เหลืองศิริ, และคณะ. โรงพยาบาลหนองคาย [Internet]. 2566 [cited 2025 Jun 17]. Available from: https://nkhospital.moph.go.th/doc/journal/73.pdf
11. ชัญญาน์ภัช สิทธิ, อรอนงค์ สมนันท์. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี [Internet]. 2567 [cited 2025 Jun 17]. Available from: https://sro.moph.go.th/file/051120241009071_24case%20study%20(ชัญญาน์ภัช%20สิทธิ)%204-9-67.pdf
12. สำราญ พูลทอง, สุปราณี เมืองโคตร, วิลาวัลย์ หลักเขต. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2562;7(1):91–104.
13. โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อม. เชียงราย: กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์; 2567.
14. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือและโปรแกรมประเมิน HL และ HB [Internet]. 2567 [cited 2025 Jun 17]. Available from: https://hed.hss.moph.go.th/tool-hlhb/
15. จินดาพร จันทร์เทศ. ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.
16. Moktan S, Leelacharas S, Prapaipanich W. Knowledge, Self-Efficacy, Self-Management Behavior of the Patients With Predialysis Chronic Kidney Disease. Rama Med J [internet]. 2019 Jun. 28 [cited 2025 Jun. 17];42(2):38-4. available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ramajournal/article/view/119901

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่สรวย

รุ่งธิวา แก้ววงค์[1], วิภารัตน์ เครือวัลย์[2]
[1,2] งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สรวย

บทคัดย่อ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะคุกคามชีวิตที่เกิดจากร่างกายไม่สามารถควบคุมการติดเชื้อได้ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่สรวย ตั้งแต่วันที่ 6 ธันวาคม 2567 ถึง 6 มิถุนายน 2568 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 12 คน และผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับบริการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่สรวย กลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด รวบรวมข้อมูลจากแบบรวมรวมผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติทางกากรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Chi-square test และ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ระยะเวลาที่ได้รับการประเมินเพื่อวินิจฉัย และระยะเวลารวมตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดถึงรับไว้นอนในโรงพยาบาลหรือส่งต่อ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) การได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอใน 1 ชั่วโมงแรก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$) การเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับมาก

จากผลการวิจัยดังกล่าวเห็นควรให้มีการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

Effect of Using Clinical Nursing Practice Guidelines for sepsis patients in Emergency Unit, Maesuai Hospital

Rungthiwa Kaewwong [1], Wipharat Kurewan[2]
[1] Accident and Emergency Unit, Maesuai Hospital, Chiang Rai Province

ABSTRACT

Sepsis is a life-threatening condition in which the body fails to control an infection. This quasi-experimental research aimed to effects of implementing clinical nursing practice guidelines for sepsis patients and satisfaction of professional nurses with the use of clinical nursing practice guidelines, In accident and emergency unit, Maesuai Hospital, Chiang Rai Province from 6 December 2024 to 6 June 2025. The participants included 12 professional nurses and 60 sepsis patients, divided into pre-implementation and post-implementation groups (30 patients each). The research instruments included the clinical nursing practice guidelines for sepsis patients, a clinical outcome record form, and a satisfaction assessment form were use. Data were analyzed using descriptive statistics. Chi-square test, and Independent t-test.

The results showed that after using clinical nursing practice guidelines for sepsis patients, the time to initial assessment for diagnosis and the total time from diagnosis to hospital admission or referral were significantly reduced ($p < 0.001$). The proportion of patients receiving adequate fluid resuscitation within the first hour significantly increased ($p < 0.05$). Although the rates of blood culture collection before antibiotic administration and antibiotic administration within one hour of diagnosis also increased, these changes were not statistically significant. Nurses reported a high level of satisfaction with the clinical practice guideline implementation.

These findings support the ongoing promotion and application of the nursing practice guideline for sepsis care in emergency settings to enhance patient outcomes and nursing efficiency.

Keywords: Nursing Practice Guidelines, Sepsis, Emergency Unit

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมการติดเชื้อได้ เกิดต่อเนื่องจากภาวะติดเชื้อ (Infection) และระยะอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic Inflammatory Response Syndrome: SIRS) ส่งผลให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุให้เกิดการทำหน้าที่บกพร่องของอวัยวะ ได้แก่ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ ไต ตับ ระบบประสาท และระบบการแข็งตัวของเลือด อาจรุนแรงถึงขั้นเกิดภาวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple Organs Dysfunction) และเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว จากสถิติขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2565 พบว่าประชากรทั่วโลกมีภาวะเจ็บป่วยด้วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ประมาณ 50 ล้านคน และเสียชีวิตถึง 11 ล้านคน[1] ในประเทศไทยภาวะพิษเหตุติดเชื้อก็เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล-และอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าประเทศไทย มีผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และมีผู้ป่วยเสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี[2]

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้ โดยการให้การรักษาพยาบาลตั้งแต่ระยะก่อนภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ ระยะอาการบ่งชี้หรือสงสัยภาวะติดเชื้อ และระยะอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย หากเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดขึ้นแล้วการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานได้ทันเวลาภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของอวัยวะสำคัญ โดยเฉพาะระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ และระบบไตสามารถกลับมาทำงานดีขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง ช่วยให้อัตราการเสียชีวิตลดลง เป้าหมายการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจึงเน้นการเฝ้าระวัง ตระหนักถึงอาการบ่งชี้ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อนำผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็วหรือระยะแรก (Early Recognition) แนวทางการรักษาพยาบาลที่สามารถจำกัดหรือแก้ไขภาวะบกพร่องการทำหน้าที่ของอวัยวะสำคัญและลดอัตราการเสียชีวิต ประกอบด้วย หลักการคงความพอดีของปริมาณเลือดและออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ อวัยวะและเซลล์ การให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมเพื่อควบคุมปริมาณและพิษจากจุลินทรีย์ภายในหนึ่งชั่วโมง และการกำจัดแหล่งติดเชื้อที่เร็วที่สุด[3]

โรงพยาบาลแม่สรวย เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขนาด 60 เตียง ที่มีศักยภาพสามารถให้การดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ในระยะแรกซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะสามารถป้องกันการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ จากสถิติการให้บริการที่ผ่านมาพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในปี 2564-2566 ร้อยละ 22.14, 7.77 และ 15.20 ตามลำดับ[4] ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นปัญหาที่พบจากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุดคือการประเมินแรกรับในผู้ป่วยที่สงสัยภาวะพิษเหตุติดเชื้อล่าช้า อีกทั้งยังพบว่าปัจจุบันยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนบุคลากรปฏิบัติหลากหลายในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อผลลัพธ์ตัวชี้วัดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

จากข้อมูลดังกล่าว หากมีการนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมาใช้อย่างเต็มรูปแบบ จะส่งผลให้บุคลากรที่ทำการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดปฏิบัติได้อย่างครอบคลุม ผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการประเมินคัดกรองภาวะอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เข้าถึงการรักษาได้รวดเร็ว สามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมาใช้ในหน่วยงาน เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยต่อไป

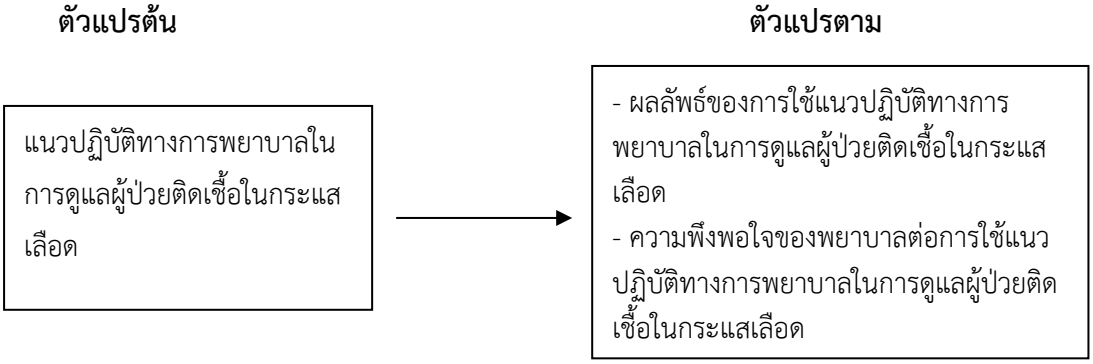
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่สรวย

2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่สรวย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental Research) เพื่อศึกษาผลระหว่างตัวแปรต้น ได้แก่ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่สรวย และตัวแปรตาม เป็นผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่สรวย โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 6 ธันวาคม 2567 ถึง 6 มิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มบุคลากร เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มบุคลากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย จำนวน 12 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานการ

พยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และยินดีเข้าร่วมวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถปฏิบัติงานในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา หรือขอออกจากการศึกษา

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด คัดเลือกตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ขอออกจากการศึกษา หรือขอย้ายสถานที่รักษาพยาบาล หรือปฏิเสธการรักษา คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยประมาณค่าสัดส่วนของประชากรและกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* power กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.80 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.85 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ประยุกต์จากแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน ของณรงค์ศักดิ์ วันดี[5]

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. แบบรวมรวมผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
3. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแนวคิดของ Likert มี 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยในแต่ละข้อกำหนดค่าน้ำหนักของคะแนนดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด
คะแนน 4 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก
คะแนน 3 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง
คะแนน 2 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย
คะแนน 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

ซึ่งสามารถแปลความหมายระดับคะแนนของความคิดเห็น ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด
ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก
ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

- แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องด้านความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ 0.91 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.97

- แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ได้ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.89

วิธีรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยเพื่อจัดทำร่างแนวทางในการดำเนินงานวิจัยและโครงร่างวิจัย

2. เสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

3. เมื่อได้รับอนุญาตดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยประชุมวางแผนดำเนินการวิจัย ชี้แจงการดำเนินงานวิจัย และวิธีการรวบรวมข้อมูลวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้ โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 3 เดือนโดยใช้แบบรวบรวมข้อมูล

5. ดำเนินการวิจัยโดย

5.1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้แก่พยาบาลในหน่วยงาน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความจำเป็นที่ต้องนำแนวปฏิบัติดังกล่าวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงาน

5.2 นำเสนอแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด อธิบายขั้นตอนการปฏิบัติ ฝึกทักษะในการใช้แนวปฏิบัติ กำหนดบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติของแต่ละคน กำหนดการติดตามประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ

5.3 เผยแพร่แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดให้เข้าถึงได้ง่าย พร้อมจัดทำผังขั้นตอนแนวทางอย่างย่อเพื่อเตือนความจำในขั้นตอนต่าง ๆ และสามารถทบทวนและทำความเข้าใจได้

5.4 ดำเนินการกำกับ ติดตาม การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 เดือน โดยการใช้กลยุทธ์การนิเทศทางการพยาบาล การสอน การสาธิตข้างเตียง การสุ่มสังเกตการปฏิบัติในหน้างานจริง และชี้แจงผลลัพธ์ระหว่างการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล

6. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

7. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นระยะเวลา 3 เดือน

8. นำข้อมูลที่จัดเก็บแล้วมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลและแปรผลข้อมูล สรุปและอภิปรายผล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Chi-square test และ Independent t-test

3. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจ

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง CRPPHO No. 152/2567 ลงวันที่ 6 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 เพศชาย ร้อยละ 16.67 มีอายุระหว่าง 21–30 ปี และ 31-40 ปี ร้อยละ 33.33 อายุเฉลี่ย 38.17 ปี (S.D.= 10.21) จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 มีประสบการณ์การทำงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อยู่ในช่วง 1-5 ปี และ 6–10 ปี ร้อยละ 33.33 มีประสบการณ์ทำงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉลี่ย 11.67 ปี (S.D.= 8.38) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (n = 12)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	16.67
หญิง	10	83.33
อายุ (ปี) ($\bar{x}$ = 38.17, S.D. = 10.21)		
21-30	4	33.33
31-40	4	33.33
41-50	3	25.00
51-60	1	8.34
ระดับการศึกษา		
อนุปริญญา	0	0.00
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	12	100.00
ประสบการณ์การทำงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ปี) ($\bar{x}$ = 11.67, S.D. = 8.38)		
1 – 5	4	33.33
6 – 10	4	33.33
10 - 15	1	8.34
16 – 20	1	8.34
> 20	2	16.66

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำนวน 60 คน เป็นกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 30 คน และกลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 30 คน โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p>.05) ทั้งในเรื่องเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ตำแหน่งการติดเชื้อ และวิธีการเข้ารับการรักษา รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย กลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ตำแหน่งการติดเชื้อ และวิธีการเข้ารับการรักษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n=30)		กลุ่มหลังใช้แนวทางปฏิบัติ (n=30)		*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.297
ชาย	15	50.00	19	63.33	
หญิง	15	50.00	11	36.67	
อายุ (ปี)	($\bar{x}$ = 65.57, S.D. = 14.82)		($\bar{x}$ = 66.53, S.D. = 13.83)		0.989
31-40	2	6.67	1	3.33	
41-50	3	10.00	4	13.33	
51-60	6	20.00	5	16.67	
61-70	8	26.67	8	26.67	
71-80	8	26.67	8	26.67	
81-90	1	3.33	2	6.67	
91 ปีขึ้นไป	2	6.67	2	6.67	
สถานภาพสมรส					0.162
โสด	3	10.00	1	3.33	
คู่	15	50.00	22	73.33	
หม้าย	12	40.00	7	23.33	
ระดับการศึกษา					0.844
ไม่ได้เรียนหนังสือ	10	33.33	8	26.67	
ประถมศึกษา	15	50.00	17	56.67	
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	6.67	1	3.33	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	10.00	4	13.33	
อาชีพ					0.430
ไม่ได้ทำงาน	15	50.00	13	43.33	
รับจ้าง	7	23.33	4	13.33	
เกษตรกร	8	26.67	12	40.00	
ค้าขาย	0	0.00	1	3.33	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n=30)		กลุ่มหลังใช้แนวทางปฏิบัติ (n=30)		*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรคประจำตัว					0.787
ไม่มี	10	33.33	11	36.67	
มี	20	66.67	19	63.33	
ตำแหน่งการติดเชื้อ					0.289
ระบบทางเดินหายใจ	6	20.00	14	46.67	
ระบบทางเดินปัสสาวะ	8	26.67	6	20.00	
ระบบทางเดินอาหาร	8	26.67	5	16.67	
ระบบผิวหนัง	4	13.33	2	6.67	
หลายระบบร่วมกัน	4	13.33	3	10.00	
วิธีการเข้ารับการรักษา					0.117
มาเอง	26	86.67	21	70.00	
EMS	4	13.33	9	30.00	

2. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ด้านระยะเวลา พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการประเมินเพื่อวินิจฉัย และระยะเวลารวมตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดถึงรับไว้นอนในโรงพยาบาลหรือส่งต่อลดลง โดยกลุ่มก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล ระยะเวลาที่ได้รับการประเมินเพื่อวินิจฉัย มีระยะเวลาเฉลี่ย 48.03 นาที (S.D. = 39.83) กลุ่มหลังมีการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีระยะเวลาเฉลี่ย 16.23 นาที (S.D. = 6.24) ระยะเวลารวมตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดถึงรับไว้นอนในโรงพยาบาลหรือส่งต่อ กลุ่มก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล มีระยะเวลาเฉลี่ย 117.30 นาที (S.D. = 49.99) กลุ่มหลังมีการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีระยะเวลาเฉลี่ย 75.53 นาที (S.D. = 22.38) เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ด้านระยะเวลาของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย	ก่อนใช้ (n= 30)		หลังใช้ (n= 30)		*p*-value
	เฉลี่ย	S.D	เฉลี่ย	S.D	
ระยะเวลาที่ได้รับการประเมินเพื่อวินิจฉัย	48.03	39.83	16.23	6.24	0.0001
ระยะเวลารวมตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดถึงรับไว้นอนในโรงพยาบาลหรือส่งต่อ	117.30	49.99	75.53	22.38	0.0001

ผลลัพธ์การใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อนกระแสเลือด มีการเจาะเลือดเพื่อส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย และการได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอใน 1

ชั่วโมงแรก เพิ่มขึ้น โดยกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มีการเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 90.00 กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 100.00 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p=0.076) ส่วนการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ปฏิบัติได้ร้อยละ 96.67 กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 100.00 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p=0.313) และการได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอใน 1 ชั่วโมงแรก พบว่า กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ปฏิบัติได้ ร้อยละ 86.67 กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 100.00 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.038) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย	ก่อนใช้ (n= 30)		หลังใช้ (n= 30)		*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ	27	90.00	30	100.00	0.076
การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย	29	96.67	30	100.00	0.313
การได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอใน 1 ชั่วโมงแรก	26	86.67	30.00	100.00	0.038

3. ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่สรวย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean= 4.12, S.D = 0.70) โดยพบระดับความพึงพอใจรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด แนวปฏิบัติทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (mean = 4.58, S.D. = 0.51) รองลงมาอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก แนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่องานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (mean= 4.50, S.D. = 0.52) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่สรวย (n=12)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ
1. มีความง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน	3.92	0.79	มาก
2. มีความสะดวกในการใช้	3.75	0.87	มาก
3. สามารถนำไปปฏิบัติได้	3.83	0.72	มาก
4. ทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	4.58	0.51	มากที่สุด
5. มีประโยชน์ต่องานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	4.50	0.52	มาก
6. สามารถนำไปใช้ได้อย่างต่อเนื่อง	4.17	0.58	มาก
7. ความพึงพอใจภาพรวมต่อการใช้แนวทางฯ	4.08	0.51	มาก
ภาพรวม	4.12	0.70	**มาก**

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า หลังมีการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่สรวย มีระยะเวลาที่ได้รับการประเมินเพื่อวินิจฉัย และระยะเวลารวมตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดถึงรับไว้นอนในโรงพยาบาลหรือส่งต่อ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ระยะเวลาที่ลดลงนี้เป็นผลจากแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลที่กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งส่งผลต่อผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาที่รวดเร็วและทันเวลา สามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตลงได้ การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มีประสิทธิภาพในการลดระยะเวลาในการวินิจฉัยและดูแลผู้ป่วย ส่งผลทางบวกต่อกระบวนการดูแลที่มีคุณภาพดีขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเนตรญา วิโรจวานิช[6] ที่พบว่าหลังมีการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร มีค่าสัดส่วนของการดักจับอาการของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้ทันเวลา และการศึกษาของศศิธร นนทภา[7] ที่ประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลยโสธร ก็พบว่าระยะเวลาที่ได้รับการคัดกรองเข้า Sepsis fast track ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะมีระยะเวลาที่ลดลงหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้

อีกทั้งผลการวิจัยยังพบว่า การได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอใน 1 ชั่วโมงแรก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$) การเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยเพิ่มขึ้น แม้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติก็จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานที่เพิ่มขึ้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิภาภรณ์ พรหมประสิทธิ์[8] ที่พบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในแผนกฉุกเฉิน มีการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น ผลการปฏิบัติการพยาบาลที่เพิ่มขึ้นแสดงให้เห็นว่าแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่นำมาใช้สามารถส่งเสริมให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

ผลการวิจัยระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับมาก เป็นผลจากการที่หน่วยงานได้นำเอาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีความเหมาะสม สามารถใช้ได้ดีกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนมาใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนาตยา บุญสุข[9] ที่ศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลเกาะสมุย พบว่าหลังการใช้พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติเช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของอรอุมา มะกรูดทอง และจินตนา ดำเกลี้ยง[10] ที่พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีความกระชับถูกนำไปบูรณาการกับแบบบันทึกของพยาบาลห้องฉุกเฉิน จะทำให้สะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติงานส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นในระดับสูงที่แนวปฏิบัติทางการพยาบาลลักษณะนี้จะสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล บุคลากรในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่สรวยทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยเป็นอย่างดี จนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้อย่างต่อเนื่อง โดยสามารถปรับให้เข้ากับบริบทหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด รวมทั้งมีการติดตามและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติฯอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

2. ควรมีการติดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดสากล (Surviving Sepsis Campaign Guidelines) อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาปรับปรุงแนวทางปฏิบัติฯ ให้มีความเหมาะสมและทันสมัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในระยะยาวเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการเสียชีวิต ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล สถานภาพผู้ป่วยหลังการจำหน่าย คุณภาพชีวิตผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [Internet]. Geneva: Organization; 2022. Sepsis. [cited 2024 Oct 20]. Available from: https://www.who.int/health-topics/sepsis#tab=tab_1
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2565. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. ปฏิพร บุณยพัฒน์กุล. ประสิทธิผลของระบบการบริการสุขภาพฉุกเฉินต่ออาการทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2560; 21:135-147.
4. งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่สรวย. รายงานประจำปี พ.ศ. 2566. เชียงราย: โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
5. ณรงค์ศักดิ์ วันดี. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน. ใน: อนุพงษ์ พูลพร, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการนำเสนอผลงานและนวัตกรรม บุคลากรสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ครั้งที่ 9 ประจำปี 2567; 21 ส.ค. 2567; เชียงราย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย; 2567.91-101.
6. เนตรญา วิโรจวานิช. ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2561; 12(1):84-94.
7. ศศิธร นนทภา. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลยโสธร. ยโสธรเวชสาร. 2566; 25:69-85.
8. นิภาภรณ์ พรหมประสิทธิ์. ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา. วารสารวิชาการพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและการสาธารณสุข. 2566; 1(2):31-42.
9. นาตยา บุญสุข. ผลการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลเกาะสมุย. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 2566; 10(7):286-296.

10. อรอุมา มะกรูดทอง และจินตนา ดำเกลี้ยง. ผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2564; 41(3):60-73.

ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังรังระยะที่ 3 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

ถนอม มงคลผิวทอง[1] สารภี นพคุณ[2]
[1,2] ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองแม่จัน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลแม่จัน

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi–experimental research) โดยมีรูปแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบวัดก่อน-หลังการทดลอง วัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อ เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม รวมทั้ง เปรียบเทียบอัตราการกรองของไต ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดของโมเดลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(Transtheoretical Model: TTM) ร่วมกับเทคนิคการสัมภาษณ์แบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test แบบอิสระและแบบจับคู่

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น ได้แก่ การรับประทานอาหารและยา การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม อัตราการกรองของไตในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจาก 47.88 ± 6.68 เป็น 56.37 ± 10.53 ขณะที่กลุ่มควบคุมลดลง ($p < 0.001$) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของกลุ่มทดลองลดลง ($p < 0.001$) และความดันโลหิตของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง TTM ร่วมกับ MI มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ เสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเอง และส่งผลดีต่อภาวะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงควรส่งเสริมการนำไปประยุกต์ใช้ในระดับชุมชนเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในกลุ่มเสี่ยง

คำสำคัญ : โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, การชะลอการเสื่อมของไต

THE EFFECT OF A HEALTH BEHAVIOR DEVELOPMENT PROGRAM ON SLOWING KIDNEY FUNCTION DECLINE IN PATIENTS WITH DIABETES AND HYPERTENSION WITH STAGE 3 CHRONIC KIDNEY DISEASE AT MAE CHAN COMMUNITY HEALTH CENTER, MAE CHAN DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE

Tanom Mongkolpiewtong[1] Sarapee nopakul[2]

Abstract

This quasi-experimental study (Non-equivalent control group pretest-posttest design). The study aimed to compare health knowledge, health behaviors, estimated glomerular filtration (GFR), fasting blood sugar (FBS), and blood pressure between an experimental and control groups before and after participating in an intervention program.

The participants consisted of 60 patients diagnosed with diabetes and hypertension with stage 3 chronic kidney disease, divided into an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30). The program was designed to slow kidney deterioration, was developed based on the Transtheoretical Model of behavior change (TTM) combined with Motivational Interviewing techniques (MI).data were analyzed using both independent and paired t-tests.

The experimental group demonstrated significantly higher knowledge of chronic kidney disease scores ($p < 0.001$) and improved self-care behavior in terms of including adherence to diet and medication, exercise, and stress reduction ($p < 0.001$) compared to the control group. The experimental group's GFR increased from 47.88±6.68 to 56.37±10.53, while the control group's GFR decreased ($p < 0.001$). Furthermore, the experimental group exhibited a significant reduction in FBS ($p < 0.001$), and both systolic and diastolic blood pressure ($p < 0.001$) In Conclusion, the health behavior development program integrating TTM with MI, is effective in enhancing knowledge, promoting self-care behavior, and yielding positive clinical outcomes for patients with chronic kidney diseases. Therefore, its application in community settings should be encouraged to slow kidney deterioration in at-risk populations.

Keywords: Health behaviors development program, slowing progression in patients with chronic kidney disease

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทุกประเทศเผชิญและกำลังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและระบบการดูแลสุขภาพของชาติ[1] สถานการณ์ของโรคไตเรื้อรังในประชากรไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว นับเป็นปัญหาสาธารณสุขและมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ คาดว่ามีจำนวนมากกว่า 8 ล้านคนทั่วประเทศ ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง จากอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันไม่ให้ เกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย[2] จากข้อมูล Service Plan สาขาไต เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดเชียงราย ปี 2566 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 32,645 ราย จำแนกเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 4,260 ราย (ร้อยละ 13.05) ระยะที่ 2 7,802 ราย (ร้อยละ 23.90) ระยะที่3 14,362 ราย (ร้อยละ 43.99) ระยะที่ 4 4,051 ราย (ร้อยละ 12.03) และระยะที่ 5 2,162 ราย (ร้อยละ 6.62) ตามลำดับ โรงพยาบาลแม่จัน มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1,826 ราย จำแนกเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-5 ร้อยละ 6.51, 15.72, 49.16, 19.94 และ 8.64[3] ตามลำดับ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองแม่จัน มีประชากร 11,475 คน มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 623 คน ความดันโลหิตสูง 1,573 คน มีโรคไตเรื้อรังร่วมทั้งหมด 256 คน ในแต่ละปีพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้น ในปี 2564-2566 ร้อยละ 3.99, 5.33 และ 6.13 ตามลำดับ[3] ภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบมากที่สุดถึงร้อยละ 50[3] จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ไม่มีอาการผิดปกติที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญ ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง ประกอบกับมีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดร้อยละ 21.73 รับประทานหวานร้อยละ 12.23 ขาดการออกกำลังกายร้อยละ 23.30[4] ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เป็นการให้บริการเป็นเพียงแค่ให้ความรู้และคำแนะนำให้ปรับพฤติกรรมการกิน ลด หวาน มัน เค็ม ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตเท่านั้น ซึ่งไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การประเมินปัญหาด้านสุขภาพ การให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างเฉพาะเจาะจงเจาะจง ยังไม่สอดคล้องกับปัญหาของและบุคคลที่มีความพร้อมของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่แตกต่างกัน[5] ยังขาดรูปแบบการดูแลอย่างเป็นระบบ ซึ่งหากไม่ได้รับซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขอาจส่งกระทบในระยะยาว จะมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4, 5 เพิ่มขึ้น ทำให้ความต้องการบำบัดทดแทนไตมีจำนวนสูงขึ้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก จึงได้นำตามแนวคิดทฤษฎี TTM และเทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (motivation interviewing: MI)[6] สร้างโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองแม่จัน มุ่งให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ ช่วยยืดระยะเวลาการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 จะช่วยลดค่าใช้จ่าย ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้ และพฤติกรรมการสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกรองของไตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

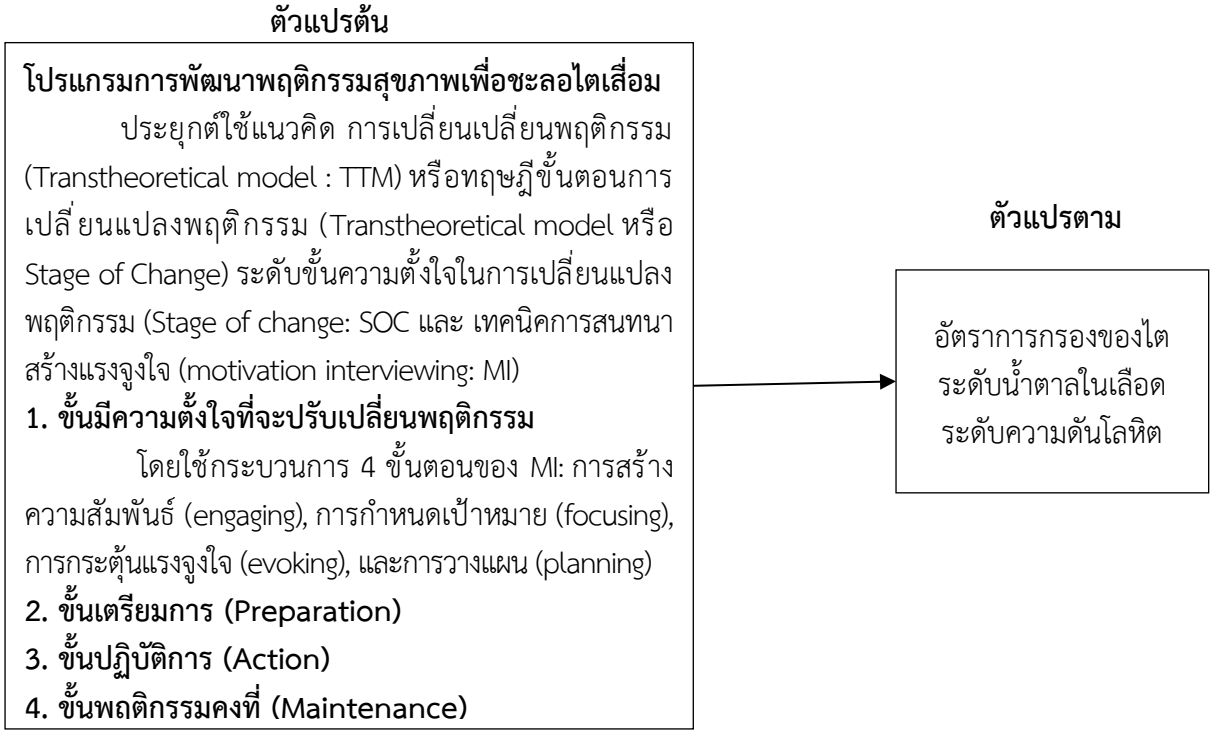
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม กลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi–experimental research) โดยมีรูปแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบวัดก่อน-หลังการทดลอง (Quasi-experimental study pretest and posttest design with non-equivalent group) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - ถึงกุมภาพันธ์ 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงมีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่รักษาและรับยาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองแม่จัน 2 ปีขึ้นไปจำนวน 256 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มารักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองแม่จัน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ อายุ 30 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ที่ 30.00-59.99 (stages 3) ก่อนเข้าร่วมโครงการ โดยค่าอัตราการกรองของไตอยู่ในห้วงเวลา 6 เดือนก่อนเข้าโปรแกรม เป็นผู้ป่วยที่รักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองแม่จันต่อเนื่องติดต่อกันไม่น้อยกว่า 2 ปี ไม่มีความบกพร่องทางสติสัมปชัญญะสามารถอ่านออก เขียนได้เข้าใจภาษาไทยได้ดี เป็นผู้ยินยอม สมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่เจ็บป่วยรุนแรง หรือป่วยเป็นโรคติดต่อไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 2 ครั้งขึ้นไป ย้ายที่อยู่หรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยพัฒนาจากการทบทวนแนวคิดการเปลี่ยนเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical model: TTM) และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 4 ระยะ คือ ระยะมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ระยะเตรียมการ ระยะปฏิบัติการ และระยะพฤติกรรมคงที่

2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการตรวจเลือดหาค่าอัตราการกรองของไตในรอบ 1 ปี และผลการตรวจค่าอัตราการกรองของไต

3) แบบประเมินความรู้เรื่องสุขภาพ เรื่อง โรคไตเรื้อรัง โดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นจากการทบทวนวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจำนวน 10 ข้อ มี 3 ตัวเลือก ถูก ผิด และไม่แน่ใจ

4) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยาและการใช้ยา การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด

การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ค่า IOC เท่ากับ 0.84 การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) มาวิเคราะห์หาความเที่ยง ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability) ได้ค่า KR21 ของแบบสอบถามความรู้เรื้อรังไต เท่ากับ 0.79 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม เท่ากับ 0.86

5) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ระดับความดันโลหิต ค่าอัตราการกรองของไต และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง

6) เครื่องมือทางการแพทย์ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือดซึ่ง ผ่านการสอบเทียบ (calibrate) ประจำปีของโรงพยาบาลแม่จัน เครื่องตรวจค่าครีอะตินิน เพื่อคำนวณค่า eGFR ผ่านการตรวจสอบของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

วิธีรวบรวมข้อมูล

ระยะก่อนทดลอง

1) หลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลองเพื่อแนะนำตัวเองชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ ลงนามตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

2) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าโปรแกรม ทำแบบสอบถาม pre test ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้โรคไตเรื้อรัง และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต รอบเอว เจาะเลือดค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าอัตราการกรองของไต

ระยะทดลอง ใช้ระยะเวลาในการทดลอง จำนวน 8 สัปดาห์ โดยทำกิจกรรมดังนี้

1. ขั้นมีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (สัปดาห์ที่ 1)

1.1 สร้างสัมพันธภาพ/ ตกลงบริการและสร้างแรงจูงใจ กระบวนการการเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นกระบวนการสนทนา ที่เพื่อช่วยแก้ไขความลังเลใจ โดยสร้างแรงจูงใจภายในและกระตุ้นให้เกิด ความมุ่งมั่น มีพันธะสัญญาที่จะทำการการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

1.2 เมื่อกลุ่มทดลองเกิดแรงจูงใจและมีความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้วางเป้าหมายร่วมกัน

1.3 ให้ความรู้โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง อาการ การปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อมและภาวะแทรกซ้อนโดยไม่ชี้นำ

1.4 สร้างความตระหนักรู้สถานะสุขภาพ สร้างความตระหนักถึงผลกระทบของโรคไตเรื้อรังในระยะยาว

1.5 แลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติตนเพื่อชะลอไตเสื่อมในเรื่องการรับประทานอาหารและยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการผ่อนคลายความเครียด และให้กลุ่มทดลองสรุปการวางแผนการจัดการตัวเอง

1.6 มอบสมุดบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และแนะนำการลงบันทึกในสมุดบันทึกฯ

2. ขั้นเตรียมการ (สัปดาห์ที่ 2)

2.1 ทบทวนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

2.2 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลดีของการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม ผลเสียถ้าละเลยการปฏิบัติตัว ชมวิดิทัศน์ ไขข้อข้องใจโรคไตเรื้อรัง

2.3 ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางหน้าท้อง เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดความตระหนัก คิดจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.4 กิจกรรมออกกำลังกาย เพิ่มการเคลื่อนไหว สาธิตการออกกำลังกาย ออกกำลังกายด้วยยางยืด

2.5 ติดตามการจดบันทึกในสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ให้กำลังใจกลุ่มทดลอง

3. ขั้นปฏิบัติการ (สัปดาห์ที่ 3-4)

3.1 ให้ความรู้ เรื่องจัดการอาหาร การเลือกสัดส่วนอาหาร

3.2 สาธิตการปรุงอาหาร การลดการใช้เครื่องปรุง การปรับใช้เครื่องปรุงจากธรรมชาติ

3.3 ฝึกปฏิบัติการอ่านฉลากโภชนาการ

3.4 ติดตามการจดบันทึกในสมุดฯ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมนำแบบบันทึกพฤติกรรมมาทบทวน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3.5 กระตุ้นเตือนทางกลุ่มไลน์ โทรศัพท์.

3.6 ส่งเสริมให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและบันทึกพฤติกรรมสุขภาพในสมุดฯ

4. ขั้นพฤติกรรมคงที่ (สัปดาห์ที่ 5-8)

4.1 แลกเปลี่ยนเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยา การออกกำลังกายการเพิ่มการเคลื่อนไหว การพักผ่อน การผ่อนคลายความเครียด

4.2 ทบทวนผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผ่านมา ชี้ให้กลุ่มทดลองเห็นว่าตนเองมีความสามารถในการปรับพฤติกรรมของตนเองได้และเสริมแรงให้ในทางบวก แลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำองค์ความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติ โดยการติดตามพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอไตเสื่อมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มที่ประสบความสำเร็จและในกลุ่มที่มีปัญหา ถอดบทเรียนเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัว เพื่อชะลอไตเสื่อมในกลุ่มที่ประสบความสำเร็จและสรุปปัญหาและอุปสรรคในกลุ่มที่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมได้ ติดตามการลงบันทึกพฤติกรรมสุขภาพในสมุดบันทึกสุขภาพ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด (Max) และค่าต่ำสุด (Min) สำหรับข้อมูลคุณลักษณะประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมสุขภาพ อัตราการกรองของไต ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

2. สถิติเชิงอนุมาน การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมสุขภาพ อัตราการกรองของไต ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด ภายในกลุ่ม (ก่อนและหลัง) โดยใช้ สถิติ Paired t-test ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังโปรแกรม โดยใช้ สถิติ Independent t-test เพื่อประเมินความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างกลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ CRPPHO 2342/2566 วันที่ 8 ธันวาคม 2566 – 7 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.7 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 90 ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30.0 มีโรคประจำตัวได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 56.7 ด้านกลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.7 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 83.3 ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 63.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา/ ทำสวน /ทำไร่ ร้อยละ 30.0 มีโรคประจำตัวได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 53.3

2. เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ไม่มีความแตกต่างกัน (t=1.591, P-Value=0.117) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 10.60 ± 1.83และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 9.80 ± 2.02 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (t=13.165, P-Value=<0.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 18.20 ± 1.61 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 11.80 ± 1.82

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ความรู้	ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (Mean ± SD)	กลุ่มควบคุม (Mean ± SD)	t	df	p-value
ความรู้	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	10.60 ± 1.83	9.80 ± 2.02	1.59	58	0.117
	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	18.20 ± 1.61	11.80 ± 1.82	13.17	58	<0.001*

*significant <0.05

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกรายด้าน ดังนี้ ด้านการรับประทานอาหารก่อนเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานอาหารของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.336) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 3.24±0.31 หลังเข้าร่วมโปรแกรม: คะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานอาหารของกลุ่มทดลอง (3.00±0.10) และกลุ่มควบคุม (3.15±0.30) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001*)

ด้านการออกกำลังกายก่อนเข้าร่วมโปรแกรม: คะแนนเฉลี่ยด้านการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001*) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 2.24±0.38 หลังเข้าร่วมโปรแกรม: คะแนนเฉลี่ยด้านการออกกำลังกายของกลุ่มทดลอง (3.81±0.26) และกลุ่มควบคุม (2.72±0.54) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001*)

ด้านการรับประทานยาและการใช้ยาก่อนเข้าร่วมโปรแกรม: คะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานยาและการใช้ยาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.40) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ที่ 2.89±0.22 หลังเข้าร่วมโปรแกรม: คะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานยาและการใช้ยาของกลุ่มทดลอง (4.98±0.10) และกลุ่มควบคุม (2.94±0.18) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001*)

ด้านการผ่อนคลายความเครียดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม: คะแนนเฉลี่ยด้านการผ่อนคลายความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001*) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 3.00±0.23 หลังเข้าร่วมโปรแกรม: คะแนนเฉลี่ยด้านการผ่อนคลายความเครียดของกลุ่มทดลอง (4.69±0.30) และกลุ่มควบคุม (3.26±0.24) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001*)

จะเห็นได้ว่าหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานยาและการใช้ยา และการผ่อนคลายความเครียดที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ในขณะที่ด้านการรับประทานอาหารยังคงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนของกลุ่มทดลองกลับลดลงเล็กน้อยหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกรายด้าน

พฤติกรรมการสุขภาพ	ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (Mean ± SD)	กลุ่มควบคุม (Mean ± SD)	t	df	p-value
1.ด้านการรับประทานอาหาร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.24±0.31	3.23±0.31	0.98	29	0.336
	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.00±0.10	3.15±0.30	4.48	29	<0.001*

พฤติกรรมการสุขภาพ	ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (Mean ± SD)	กลุ่มควบคุม (Mean ± SD)	t	df	p-value
2. ด้านการออกกำลังกาย	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.24±0.38	2.24±0.38	-3.81	29	<0.001*
	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.81±0.26	2.72±0.54	-19.55	29	<0.001*
3. ด้านการรับประทานยาและการใช้ยา	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.89±0.22	2.89±0.22	-0.86	29	0.396
	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.98±0.10	2.94±0.18	-49.49	29	<0.001*
4. ด้านการผ่อนคลายความเครียด	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.00±0.23	3.00±0.23	-4.68	29	<0.001*
	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.69±0.30	3.26±0.24	-22.07	29	<0.001*

*significant <0.05

4. เปรียบเทียบอัตราการกรองของไตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม จากผลการวิเคราะห์ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อัตราการกรองของไต (eGFR) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.037) โดยกลุ่มทดลองมีค่า eGFR เฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่า eGFR เพิ่มขึ้น (เฉลี่ย 56.37 ± 10.53) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ (เฉลี่ย 43.51 ± 5.76) ซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่ม (p < 0.001)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการกรองของไตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลทางคลินิก	ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง Mean ± S.D.	กลุ่มควบคุม Mean ± S.D.	t	p-value
อัตราการกรองของไต (eGFR)	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	47.88 ± 6.68	44.55 ± 5.32	2.14	0.037*
	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	56.37 ± 10.53	43.51 ± 5.76	-6.09	<0.001*

*significant <0.05

5. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.122) แต่หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับ FBS ลดลงอย่างชัดเจน (เฉลี่ยลดจาก 134.80 เป็น 115.83) ขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงมีค่าสูงใกล้เคียงเดิม (ประมาณ 148 mg/dL) ซึ่งมี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001)ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าความดันโลหิตตัวบนและตัว

ล่างลดลง(เฉลี่ยลดจาก146/82 เป็น129/72mmHg) ส่วนกลุ่มควบคุมค่าความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างลดลงเล็กน้อย ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-Value <0.001)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลลัพธ์คลินิก	ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง Mean ± S.D.	กลุ่มควบคุม Mean ± S.D.	t	p-value
ระดับน้ำตาลในเลือด	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	134.80 ± 40.01	148.60 ±26.60	-1.57	0.122
(FBS)	หลังร่วมโปรแกรม	115.83 ± 26.02	148.03± 25.47	4.70	<0.001*
ความดันโลหิตตัวบน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	146.77 ± 10.03	147.20 ± 8.43	-0.18	0.858
(SBP)	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	129.27 ± 7.04	142.27 ± 6.43	7.31	<0.001*
ความดันโลหิตตัวล่าง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	82.90 ± 8.72	83.90 ± 8.71	-0.45	0.658
(DBP)	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	72.83 ± 8.52	79.73 ± 6.92	3.48	<0.001*

*significant <0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะพื้นฐานที่ใกล้เคียงกันในด้านเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และโรคร่วม ส่งผลให้การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มมีความน่าเชื่อถือ และเหมาะสมในการวิเคราะห์ความแตกต่างของผลลัพธ์

ผลด้านความรู้สุขภาพ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งสองกลุ่มมีระดับความรู้ใกล้เคียงกัน แต่หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการส่งเสริมการเรียนรู้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Prochaska & Velicer (1997)[7] ที่ระบุว่า การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผ่านกระบวนการตาม TTM สามารถเพิ่มการมีส่วนร่วมและพัฒนาความรู้ได้อย่างยั่งยืน

ผลด้านพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองดีขึ้นอย่างชัดเจนในทุกมิติ โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกาย การใช้ยา และการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับแนวคิดของ Miller & Rollnick (2013)[8] และงานวิจัยของ Arunsangsod & Songwathana (2023)[9] ที่ยืนยันว่า MI มีส่วนช่วยในการสร้างแรงจูงใจภายใน ลดแรงต้าน และส่งเสริมการเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ทางคลินิก กลุ่มทดลองมีอัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลง แสดงว่าโปรแกรมมีส่วนช่วยในการชะลอไตเสื่อม นอกจากนี้ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และความดันโลหิต (ทั้ง SBP และ DBP) ของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chen et al. (2020)[10] และ Suvamat et al. (2023)[11] ที่ระบุว่าการให้ความรู้ควบคู่กับการสร้างแรงจูงใจสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางเชิงทฤษฎี Transtheoretical Model (TTM) และ MI ทำหน้าที่ร่วมกันอย่างเสริมพลัง TTM ช่วยประเมินและวางแผนการสนับสนุนตามระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่วน MI เสริมสร้างความตระหนักรู้ภายใน ลดแรงกดดันภายนอก และเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยได้รับความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่จัน ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาและเผยแพร่งานวิจัย เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ช่วยให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี สุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัว เพื่อร่วมงานทุกท่าน ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจสำคัญในการทำการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น รวมทั้งเพิ่มระยะเวลาการศึกษา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถาวรและยั่งยืน รวมทั้งปรับกิจกรรมในโปรแกรมฯ และนำไปทดลองใช้กับเป้าหมาย

2. ควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการทำวิจัยเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เอกสารอ้างอิง

1 กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. (2565). ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. [ม.ป.ท.] [เข้าถึงเมื่อ 3 ต.ค. 2566] สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1308820220905025852.pdf

2 คณะอนุกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2566). ข้อแนะนำเวชปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมือง การพิมพ์ จำกัด [เข้าถึงเมื่อ 3 ต.ค. 2566] สืบค้นจาก : CKD-guideline_-draft_5-เพิ่มเติม-2565-.pdf (nephrothai.org)

3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. ข้อมูลสุขภาพ Health Data Center; 2566. [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2566] สืบค้นจาก https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php

4 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองแม่จัน โรงพยาบาลแม่จัน.(2566). สรุปผลงานสาธารณสุขประจำปี 2566.

5 จิราพร ศรีพิบูลย์, ทมาภรณ์ สุขสวรรค์, และธีริศา สินาคม. (2563). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อค่าระดับน้ำตาล และน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสาร การพยาบาลและการศึกษา, 13(2), 47-60. [เข้าถึงเมื่อ 3 ต.ค. 2566] เข้าถึงได้จาก : https://he01.tcithaijo.org/index.php/JNAE/article/view/243563/165663

6 กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2559). หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึกษา ในพระบรมราชูปถัมภ์.

7 Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. Journal of Clinical Psychology, 67(2), 143–154. https://doi.org/10.1002/jclp.20758

8 Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). Motivational Interviewing: Preparing People to Change (2nd ed.). Guilford Press.

9 Arunsangsod, K., & Songwathana, P. Effects of a Brief Motivational Interviewing Program on Self Care Motivation, Self Care Behaviors, and Glomerular Filtration Rate

among Patients with Chronic Kidney Disease. Journal of Thai Nurse Midwife Council, 38(1), 52–66. https://doi.org/10.60099/jtnmc.v38i01.259676

10 Chen, Y., Chen, J., Zhang, H., Zhang, X., & Wang, Y. Lifestyle interventions for chronic kidney disease patients: A systematic review and meta-analysis. BMC Nephrology, 21(1), 381. https://doi.org/10.1186/s12882-020-02106-0

11 Suvamat J, Powwattana A, Thaingtham W, Pichayapinyo P, Boonlue S. Effectiveness of program to slow progression of chronic kidney disease among T2DM with HT with CKD 3 in the community: a randomized controlled trial. J Prim Care Community Health. 2023;14 :21501319231210619. doi:10.1177/21501319231210619

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

วิจิตรา มูลตรี
โรงพยาบาลดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดอยหลวง จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนมกราคม -เมษายน 2568 โดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและแบบสอบถาม มีค่า IOC เท่ากับ 0.85 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช เท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ Paired t-test และสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic และความดันโลหิต Diastolic ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม และลดลงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังนั้น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถนำไปช่วยในการส่งเสริมการปรับพฤติกรรมการบริโภคในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ การบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูง

The Effect of a Family Participatory Empowerment Program on Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet Among new hypertensive patients in Doi Luang District, Chiang Rai Province

Wichittra Moontree
Doi Luang Hospital, Chiang Rai Province

ABSTRACT

This quasi-experimental research employed a two-group pretest-posttest design. The study aimed to investigate the effect of an information provision intervention utilizing a family participatory empowerment program on Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet Among patients with new-onset hypertension in Doi Luang District, Chiang Rai Province

The study sample consisted of 60 newly diagnosed hypertensive patients receiving treatment at Doi Luang Hospital in Chiang Rai Province between January - April 2025. They were purposively selected, totaling 60 people, divided into a control group and an experimental group, 30 people per group. The tools used consisted the family participatory empowerment program and a questionnaire. The tools demonstrated an IOC value was 0.85 and the Cronbach's alpha coefficient was 0.82. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-test and independent t-test.

The research results found that after participating in program, The experimental group had a higher mean score of dietary adherences than the control group and higher than pre-intervention. The mean systolic and diastolic blood pressure levels were lower than the control group and lower than pre-intervention at a statistical significance level of .05. Therefore, the empowerment program can effectively be utilized to promote dietary behavior modification in patients with hypertension.

Keywords: Empowerment Program, DASH Diet, hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรครวมถึงภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยสูงเกือบ 1 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 คาดว่าความชุกของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน(1) ในประเทศไทย ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.0 หรือคนไทย 1 ใน 4 คน เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในเพศชายความชุกเพิ่มจากร้อยละ 18.10 เป็นร้อยละ 25.6 เพศหญิงเพิ่มจากร้อยละ 15.9 เป็นร้อยละ 23.9 โดยความชุกของโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น[(2)] ในปี 2564 -2566 จังหวัดเชียงราย มีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตรายใหม่ เป็น 1,192.6, 1,103.1 และ 1,187.4 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และจากการวิเคราะห์ข้อมูลในพื้นที่อำเภอดอยหลวงย้อนหลัง 3 ปี พบมีอัตราป่วยของโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ในปี พ.ศ.2564 ถึง พ.ศ. 2566 เท่ากับ 924.7, 680.89 และ 740.1 ต่อแสนประชากรตามลำดับ[(3)]

โรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ร้อยละ 90-95 เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ อีกทั้งการรักษาต้องใช้เวลานาน หรืออาจต้องรักษาตลอดชีวิต นอกจากนั้นยังมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้หลายอย่าง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดแดงในตาเสื่อม เป็นต้น[(1)] ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตมาจากหลายปัจจัย เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การบริโภคโซเดียมในปริมาณสูง รับประทานอาหารไขมันอิ่มตัวสูง มีแคลเซี่ยมและโปแตสเซี่ยมปริมาณน้อย การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การมีน้ำหนักตัวเกิน ขาดการออกกำลังกายและความเครียด(4) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวนไม่น้อยมักไม่แสดงอาการจึงยังคงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในระยะยาวเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันโรค จากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 ให้คำแนะนำควรมีการปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นประจำ การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการจำกัดปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์([(2)]

โรคความดันโลหิตสูงมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เพราะการบริโภคอาหารมีผลโดยตรงต่อระดับความดันโลหิต[(5)] และจากการสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียม ประชากรไทยได้รับปริมาณโซเดียมเฉลี่ยมากถึง 3,194 มิลลิกรัมต่อวันต่อคน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคนไทยได้รับโซเดียมในปริมาณที่มากกว่าปริมาณที่แนะนำต่อวันเกือบ 2 เท่า[(6)] จึงได้มีการนำโปรแกรมอาหารควบคุมความดันโลหิตสูง ที่เรียกว่า Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) เป็นหลักการการบริโภคอาหารเพื่อรักษาหรือป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง คือ ลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม ไขมันอิ่มตัว ไขมันรวมและคอเรสเตอรอลลง และเพิ่มการรับประทานใยอาหาร โปรตีน แคลเซียม แร่ธาตุต่าง ๆ(7) โดยการบริโภคแบบ DASH สามารถลดค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ได้ 3.2 มิลลิเมตรปรอท (95% CI: −4.2, −2.3, $P < 0.001$) และ 2.5 มิลลิเมตรปรอท (95% CI: −3.5, −1.5, $P < 0.001$)(8)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นวิธีที่มุ่งเน้นให้บุคคลสามารถค้นพบปัญหาด้วยตนเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน หรือชี้แนะส่งเสริมพัฒนาทักษะที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง จากนั้นผู้ป่วยจะเกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในการปฏิบัติอย่างยั่งยืน[(9)] ซึ่งการที่จะปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย บุคคลในครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลอย่างต่อเนื่อง (10) และการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้สามารถควบคุมโรคได้ จากการศึกษาผล

ของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี ผลการวิจัยพบว่า ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (11) จึงได้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson) (9) ที่ประกอบ 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบสภาพจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติและการคงไว้ และแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของเซเบิร์น (Sebern)[12] เพื่อช่วยในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจประสบผลสำเร็จมากยิ่งขึ้น

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นและจากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการปรับพฤติกรรมโดยการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) ยังพบได้น้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจจัดทำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ โดยนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson)[9] ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของเซเบิร์น (Sebern)[12] มาใช้ในการสร้างโปรแกรมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัว สามารถมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม มีภาวะสุขภาพที่ดี อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

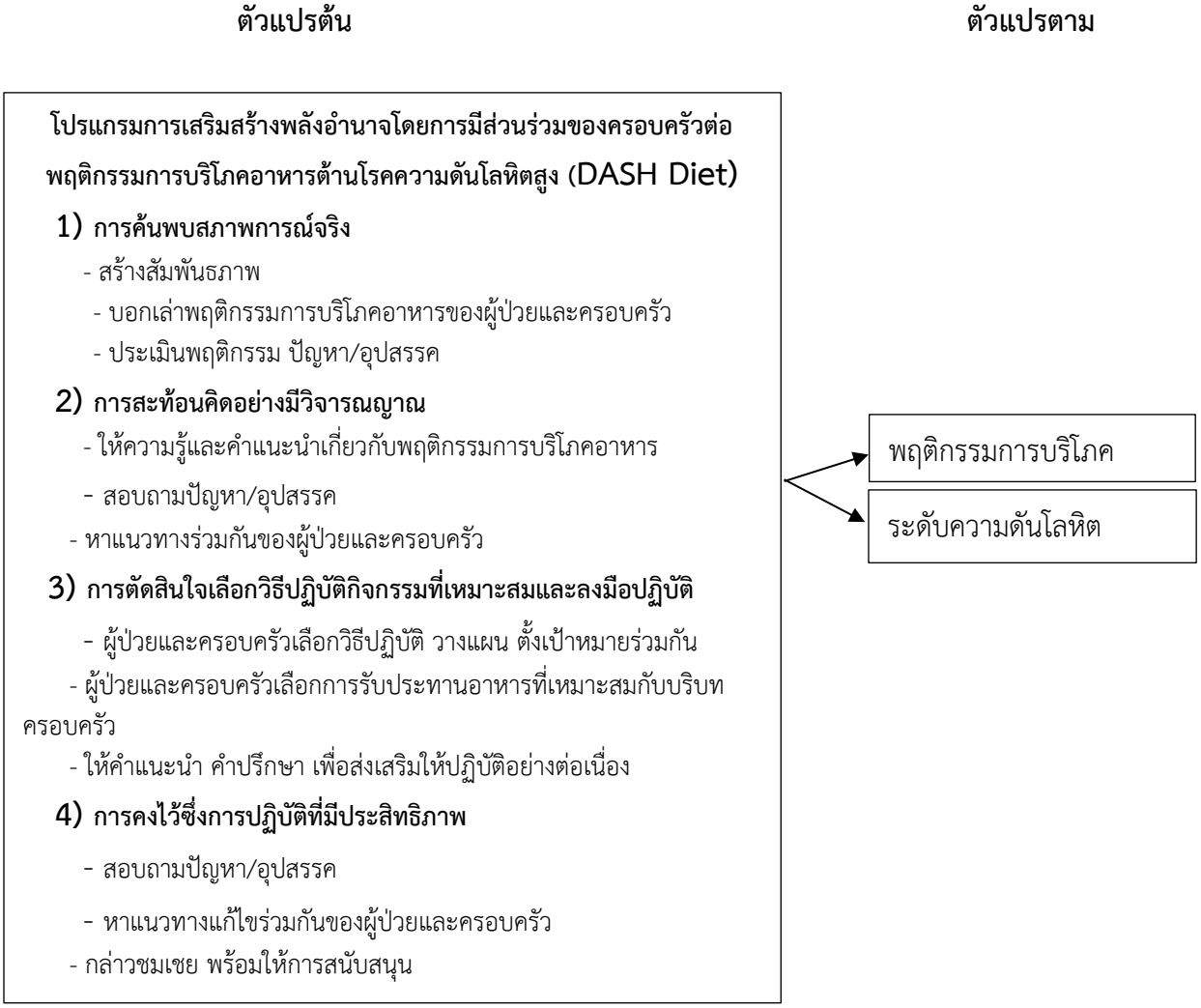
สมมุติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson)[9] ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของเซเบิร์น (Sebern)[12] มาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) จึงได้กรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเมษายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดอยหลวง อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD10 โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 โดยกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.80(13) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.8 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน ดังนั้นป้องกันการสูญหาย (Drop out) ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ10 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลาก เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ มีอายุตั้งแต่ 20 – 60 ปี สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมโปรแกรมด้วยความสมัครใจและมีการลงนามอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์การคัดออก คือ มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว หรือมีการเปลี่ยนแปลงการรักษาจากแพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้วิจัยได้นำแนวคิดจากทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิ๊บสัน (Gibson)[9] ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของเซเบิร์น (Sebern) [12] มาประยุกต์ พร้อมทั้งนำโปรแกรมอาหารควบคุมความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension [DASH])[7] มาเป็นหลักในการเลือกบริโภคอาหารของผู้ป่วย จึงพัฒนาเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย ใช้ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม 12 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ การสูบบุหรี่ ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูงของคนในครอบครัว น้ำหนัก ส่วนสูง และระดับความดันโลหิต

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) ประกอบด้วยคำถามทางบวกและทางลบ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน)

การแปลผลระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ ดังต่อไปนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 ระดับพฤติกรรมมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 ระดับพฤติกรรมมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61 -

3.40 ระดับพฤติกรรมปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 ระดับพฤติกรรมน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 ระดับพฤติกรรมน้อยที่สุด

วิธีรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนการทดลอง ภายหลังจากที่ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมทางการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยดำเนินการสำรวจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 60 คน เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างความมั่นใจและสร้างบรรยากาศเตรียมความพร้อมก่อนทดลอง พร้อมทั้งจับสลากเลือกกลุ่ม ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่างเมื่อให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งนัดหมายวันและเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2 การทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำไปพร้อมกัน แต่ป้องกันการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยได้แยกวันที่จะเข้าพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีการเก็บข้อมูล ดังนี้

1) กลุ่มควบคุม (control group) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Pre-test) หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่

2) กลุ่มทดลอง (case group) ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) (Pre-test) หลังจากนั้นจะพบกลุ่มทดลอง เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมในการดูแล พร้อมแจกคู่มือให้แก่ญาติ

ครั้งที่ 2 - 5 การติดตามเยี่ยม

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อขอความร่วมมือกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Post test) พร้อมทั้งมอบคู่มือสำหรับญาติผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความดันโลหิต ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ใช้วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความดันโลหิต ภายในกลุ่มโดยสถิติทดสอบค่าที (Paired t-test) และระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง REC N0. 130/2567 วันที่ 8 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อายุ 56 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.3 อายุเฉลี่ย 55.35 ปี (S.D. ±11.79) จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.7 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 66.7 รายได้เฉลี่ย 6,636.67 บาท (S.D. ±5,245.19) ส่วนใหญ่ไม่มีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 73.3 มีประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูงของคนในครอบครัว ร้อยละ 50.0 มีดัชนีมวลกาย 23 ขึ้นไป ร้อยละ 56.6 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.07 (S.D. ±5.53) และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic และความดันโลหิต Diastolic ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมากกว่า 140/90 mmHg ร้อยละ 100.0 และ 83.3 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อายุ 56 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.4 อายุเฉลี่ย 55.10 ปี (S.D. ±11.04) จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 72.4 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.3 มีรายได้ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 46.7 รายได้เฉลี่ย 9,366.67 บาท (S.D. ±5,665.89) ส่วนใหญ่ไม่มีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 80.0 คนในครอบครัวไม่มีประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.0 และมีดัชนีมวลกาย 23 ขึ้นไป ร้อยละ 76.7 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.57 (S.D. ±5.23) และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic และความดันโลหิต Diastolic ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมากกว่า 140/90 mmHg ร้อยละ 100.0 และ 83.3 ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความดันโลหิตกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

กลุ่มทดลอง	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		95% CI	p-value
	M	SD	*M*	SD		
- พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	3.17	0.38	3.62	0.21	0.26 – 0.62	< 0.001*
- Systolic	161.40	18.78	125.50	11.01	29.93 – 41.87	< 0.001*
- Diastolic	100.10	9.75	78.60	9.09	17.72 - 25.27	< 0.001*

*p-value < 0.01

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (M= 3.62, SD = 0.21) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (M= 3.17, SD = 0.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic (M= 125.50, SD = 11.01) และความดันโลหิต Diastolic (M= 78.60, SD = 9.09) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วม (M= 161.40, SD = 18.78, M= 100.10, SD = 9.75 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม

หลังการเข้าร่วม	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		95% CI	p-value
	M	SD	*M*	SD		
- พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	3.03	0.28	3.62	0.21	0.45 – 0.71	<0.001*
- Systolic	136.47	12.50	125.50	11.01	4.88 – 17.05	0.001*
- Diastolic	85.17	7.38	78.60	9.09	2.29 – 10.84	0.003*

*p-value < 0.01

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (M= 3.62, SD = 0.21) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M= 3.03, SD = 0.28) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic (M= 125.5, SD = 11.01) และความดันโลหิต Diastolic (M= 78.6, SD = 9.09) ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม (M= 136.47, SD = 12.50, M= 85.17, SD = 7.38 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย อภิปรายผลการศึกษาวิจัยให้สอดคล้องตามสมมุติฐานการศึกษา ได้ดังต่อไปนี้

สมมุติฐานที่ 1 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ และทั้ง 2 กลุ่ม มีพฤติกรรมการงดดื่มแอลกอฮอล์มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด แต่พฤติกรรมการรับประทานธัญพืชไม่ขัดสี การรับประทานผลไม้ และการดื่มนมไขมันต่ำยังน้อย อาจเป็นเพราะโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จะเห็นได้ว่ากลุ่มทดลองที่ปฏิบัติตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอานาจของกิบสัน (Gibson) [9] ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของเซเบิร์น Sebern[12] สามารถค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพร้อมทั้งการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยมีครอบครัวสนับสนุน ให้กำลังใจ และมีการร่วมตัดสินใจในแนวทางการบริโภค พร้อมทั้งมีการสนับสนุนจากคู่มือการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) และคำแนะนำของผู้วิจัย ทำให้กลุ่มทดลองสามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคได้เหมาะสม แต่เนื่องจากดอยหลวงเป็นอำเภอเล็กๆ ประชาชนมีอาชีพกรีดยาง ซึ่งทำงานไม่เป็นเวลา จึงนิยมซื้ออาหารปรุงสุกมารับประทาน ทำให้การเลือกทานอาหารจำพวกธัญพืชไม่ขัดสีน้อย อีกทั้งไม่นิยมทานข้าวกล้องทำให้การเปลี่ยนพฤติกรรมจึงยาก และการรับประทานผลไม้และการดื่มนมไขมันต่ำก็เช่นกัน ซึ่งกลุ่มควบคุมจะได้รับการให้ข้อมูลในการดูแลตนเองตามปกติ คือ มีการให้ข้อมูลการบริโภคทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

[14] พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการทดลอง (p <.05) อีกทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง(13) เป็นการศึกษาเน้นกิจกรรมให้ความรู้การบริโภคอาหาร และสัดส่วนอาหารตามแนวทางของ DASH พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p < .05)

สมมุติฐานที่ 2 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic และความดันโลหิต Diastolic ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ และภายในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic และความดันโลหิต Diastolic ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อาจเป็นเพราะจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีการได้เริ่มทานยาพร้อมกัน ทำให้ทั้ง 2 กลุ่มสามารถลดระดับความดันโลหิตสูงได้ โดยกลุ่มทดลองสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ แต่ในกลุ่มควบคุมยังมีระดับความดันเสี่ยงสูงอยู่ และจากการมีพฤติกรรมในการทานที่เหมาะสมจึงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ สอดคล้องกับผลของโปรแกรมส่งเสริมด้านอาหารตามแนวทางของ DASH[15] พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอยหลวง ทีมบุคลากรโรงพยาบาลดอยหลวง ที่ช่วยสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยและ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูล และมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานสาธารณสุขควรมีบทบาทในการสนับสนุนและส่งเสริมการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพในราคาที่เหมาะสม โดยเฉพาะกลุ่มธัญพืชไม่ขัดสีและอาหารสดจากธรรมชาติ

2. ควรมีการเพิ่มกิจกรรมการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ เช่น การสาธิตการปรุงอาหาร DASH การอ่านฉลากโภชนาการ และการวางแผนเมนูอาหารรายสัปดาห์

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิดา แก้วทา. รายงานสถานการณ์ โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.

2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่: ทริคธิงค์; 2562.

3. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 9 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=29eec762c9591d1f8092da14c7462361

4. อัมภากร หาญณรงค์, ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, สมสมัย รัตนกรีฑากุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560;25(3):52-65.

5. ฐิติยา อธิคมานนท์, พัชราภรณ์ ชูแก้ว, ดุษณีย์ สุวรรณคง, ตั้ม บุญรอด, วิชชาดา สิมลา, กาญจนาภรณ์ ไกรนรา. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการเรียนรู้แบบกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2567;33(3):430-440.

6. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2563). คนไทยบริโภคโซเดียมสูงกว่า **WHO** กำหนด 2 เท่า. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 9 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก **https://www.thaihealth.or.th/**คนไทยบริโภคโซเดียมสูงก/

7. กรมการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แดชไดเอทบำบัดโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี : กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข; 2563.

8. **Filippou CD, Tsioufis CP, Thomopoulos CG, Mihas CC, Dimitriadis KS, Sotiropoulou LI, et al. Dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet and blood pressure reduction in adults with and without hypertension: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Adv Nutr.** 2020;11(5):1150-1160.

9. **Gibson C.H. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. J Adv Nurs.** 1995;21:1201-1210.

10. วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร. กรุงเทพฯ: เอ็นพี เพรส; 2552.

11. น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม และยุวดี รอดจากภัย. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2560;24(2):46-58.

12. **Sebern M. Shared Care, elder and family member skills used to manage burden. Journal of Advance Nursing.** 2005;52(2):170-179.

13. นริศรา คงแก้ว, อนุธิดา ชัยขันธ์, ดุษณีย์ สุวรรณคง และตั้ม บุญรอด. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ **DASH** ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(6):1008-1018.

14. ศิริรัตน์ ธะประวัติ, ชุภาศิริ อภินันท์เดชา และศิริวิทย์ หลิ่มโตประเสริฐ. ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 2564;18(2):290-303.

15. ปรียา ลี้สกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมด้านอาหารตามแนวทางของ **DASH** ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2566.

ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่มีต่อความเข้มแข็งทางใจ ภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ในพื้นที่อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

อมรรัตน์ ปินคำ[1] นริฌา สายยืด[2]
[1,2]โรงพยาบาลพญาเม็งราย

บทคัดย่อ

การวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่มีต่อความเข้มแข็งทางใจ ภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงรายนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่มีต่อความเข้มแข็งทางใจ ภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพญาเม็งราย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ที่ศึกษาในโรงเรียนมัธยมเขตพื้นที่อำเภอพญาเม็งรายจังหวัดเชียงราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 ราย กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ดำเนินการ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2567 – มีนาคม 2568 การวิจัยเริ่มจากประเมินภาวะซึมเศร้า ประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย และประเมินความเข้มแข็งทางใจในเด็ก 13-18 ปี จากนั้นดำเนินการตามโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ให้ ความรู้ 4 กิจกรรม: การคิดเชิงบวก การจัดการอารมณ์ พัฒนาความสัมพันธ์ และการตั้งเป้าหมายในชีวิต ใช้ระยะเวลา 4 เดือน จึงวัดความเข้มแข็งทางใจซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ความถี่ ค่าร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากการถอดบทเรียน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โปรแกรมสร้างความเข้มแข็งทางใจจึงมีประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน

คำสำคัญ: โปรแกรมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย

EFFECTIVENESS OF THE MENTAL STRENGTH BUILDING PROGRAM ON RESILIENCE, DEPESSION AND SUICIDAL IDEATION IN DEPRESSED TEENAGERS IN PHAYAMENG RAI DISTRICT.CHIANG RAI PROVINCE

Amornrat Pinkham [1] Naritsa Saiyut [2]
PHAYAMENGRAI DISTRICT.CHIANG RAI PROVINCE

ABSTRACT

This research on the effectiveness of a mental toughness program on mental toughness, depression and suicidal ideation in depressed adolescents in Phaya Mengrai District, Chiang Rai Province was a quasi-experimental research. The objective was to study the effects of a mental toughness program on mental toughness, depression and suicidal ideation in depressed adolescents receiving treatment at the psychiatric and drug clinic, Phaya Mengrai Hospital.

The sample group of 30 secondary school students studying in secondary schools in Phaya Mengrai District, Chiang Rai Province, was divided into an experimental group of 15 and a control group of 15. The sample group was purposively selected and conducted between October 2024 and March 2025. The research began with an assessment of depression, an assessment of suicide risk, and an assessment of mental toughness in children aged 13-18 years. Then, the researcher implemented a mental toughness-building program developed by the researcher using the framework of the mental toughness-building program, consisting of 4 knowledge-providing activities: positive thinking, emotional management, relationship development, and life goal setting. The study was conducted for 4 months before measuring mental toughness again. Quantitative data were analyzed using frequency and percentage. Qualitative data were analyzed using content analysis from lesson debriefings.

The results of the research found that the experimental group had increased mental toughness and had significantly reduced depression and suicidal thoughts when compared before and after participating in the program compared to the control group. Therefore, the mental toughness program was clearly effective in promoting the mental health of depressed adolescents.

Keywords: Mental Strengthening Program, Depression, Suicidal Ideation

บทนำ

จากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยการสำรวจข้อมูลกลุ่มเด็กและวัยรุ่น อายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 360,069 ราย ของกรมสุขภาพจิต ผ่านแอปพลิเคชั่น Mental Health Check-in ระหว่างวันที่ 12 ก.พ.65 - 27 ก.พ.67 พบเสี่ยงซึมเศร้าถึง 39,105 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.86 เสี่ยงฆ่าตัวตาย จำนวน 65,951 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.12 สอดคล้องกับการสำรวจในเขตสุขภาพที่ 1 (8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน) จำนวน 20,562 ราย พบมีภาวะเสี่ยงซึมเศร้ามากที่สุด จำนวน 2,219 ราย และเสี่ยงฆ่าตัวตาย 3,931 ราย(เจาะลึกระบบสุขภาพสำนักข่าว Hfocus,ปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น 2567)

จากสถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ปีงบประมาณ 2562-2565 พบว่ามีผู้ป่วยซึมเศร้าวัยรุ่นจำนวน 29, 49, 55 และ62 ราย ตามลำดับ (สถิติผู้มารับบริการรพ.พญาเม็งราย) มีเด็กวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 15 รายและฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 2 ราย (จากรายงาน DS506 ผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ รพ.พญาเม็งราย, 2567) จะเห็นว่าสถานการณ์โรคซึมเศร้าในวัยรุ่นทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ รูปแบบการทำงานเดิมเป็นแบบเชิงรับ เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จพบว่าเป็นเด็กวัยรุ่นที่ไม่ได้รับการคัดกรองและไม่ได้เข้าถึงการบริการ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นโรงเรียนมัธยมและโรงเรียนขยายโอกาสเขตอำเภอพญาเม็งรายขึ้นในปีงบประมาณ 2566

ผลการศึกษา พบว่า เด็กนักเรียนชั้น ม. 1 - ม .6โรงเรียนมัธยมจำนวน 3 โรง และเด็กนักเรียนชั้น ม. 1 - ม.3 โรงเรียนขยายโอกาสจำนวน 2 โรงของเขตอำเภอพญาเม็งราย รวมนักเรียนทั้งสิ้นจำนวน 1,334 ราย ในปีงบประมาณ 2566 และจำนวน1,291 รายในปีงบประมาณ 2567 ทำการประเมิน PHQA ผ่านลิงค์ พบภาวะซึมเศร้าได้รับการรักษาจำนวน 112 รายและ 30 รายตามลำดับ มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 29 ราย และ9 รายตามลำดับ สถิติผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ปีงบประมาณ 2566และ2567 เพิ่มขึ้นเป็น 222 ราย และ 191 ตามลำดับ (ข้อมูลเวชระเบียนงานจิตเวชและยาเสพติดรพ.พญาเม็งราย, 2567)

จากผลการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นโรงเรียนมัธยมและโรงเรียนขยายโอกาสเขตอำเภอพญาเม็งรายดังกล่าว จะพบว่าวัยรุ่นได้รับการคัดกรองและเข้าถึงการรักษาเพิ่มมากขึ้น แต่ยังพบปัญหาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า มีพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งในปีงบประมาณ 2567 มีวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าพยายามฆ่าตัวตายทั้งสิ้นจำนวน 23 ราย และพยายามฆ่าตัวตายซ้ำจำนวน ราย 8 คิดเป็นร้อยละ 25.81 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด(31 คน) (รายงานDS 506 ผู้พยายามฆ่าตัวตาย รพ.พญาเม็งราย, 2567)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงรายของดวงใจ บุญพัฒน์, อมรรัตน์ ปินคำ (2567) พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอยู่ในระดับสูง ในทุกด้าน แต่ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มี ความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาของเรียม นมรักษ์, วริยา จันทร์ขำ, หทัยชนก บัวเจริญ (2567) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม อยู่ในระดับต่ำ มีความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ผลการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมี

ความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับต่ำกับความแข็งแกร่งในชีวิต

จากการศึกษาของเกวลี ชัยสุวรรณรักษ์, พลิศรา ธรรมโชติ (2563) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ข่มเหงรังแกบนโลกไซเบอร์ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ สภาพแวดล้อมภายในโรงเรียน ระดับความภาคภูมิใจในตนเอง และระดับความช่วยเหลือจากครอบครัว และจากการศึกษาของธีรภัทร์ ลักษณียนาวิน, เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์ (2565) เรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอเมืองชลบุรีจังหวัดชลบุรี พบว่าเพศ ความผูกพันในครอบครัว การติดอินเตอร์เน็ต และความแข็งแกร่งในชีวิต มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น นั่นหมายความว่า เมื่อนักเรียน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้นจะ ทำให้มีภาวะซึมเศร้าลดลง

ความเข้มแข็งทางจิตใจ หรือ Resilience ซึ่งหมายถึงความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นตัวภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก เป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตต่อไปได้ ผู้ที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจสูงจะเป็นผู้ที่มีความสามารถในการยืนหยัดในการเผชิญปัญหาวิกฤติมีความเชื่อมั่น ใช้ความสามารถภายในตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้จะเผชิญกับภาวะคุกคาม (นายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล คู่มือสร้างความเข้มแข็งทางใจสำหรับบุคลากรสาธารณสุข,2551)

ดังนั้นจากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่มีต่อความเข้มแข็งทางใจ ภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

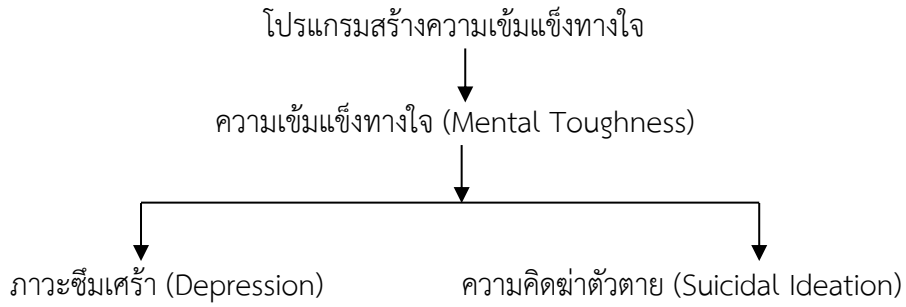
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ต่อความเข้มแข็งทางใจ ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

สมมติฐานการวิจัย

โปรแกรมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถลดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

กรอบแนวคิดการวิจัย



คำอธิบาย:

- **โปรแกรมสร้างความเข้มแข็งทางใจ** ⟶ เป็นตัวแปรต้น (Independent Variable)
- **ความเข้มแข็งทางใจ** ⟶ เป็นตัวแปรส่งผ่าน (Mediating Variable)
- **ภาวะซึมเศร้า และ ความคิดฆ่าตัวตาย** ⟶ เป็นตัวแปรตาม (Dependent Variables)

โดยแนวคิดคือ โปรแกรมจะส่งผลให้ระดับความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

วิธีดำเนินการวิจัย

ออกแบบการวิจัยแบบ Quasi-experimental แบบ pretest-posttest control group กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าใหม่ ประเมินด้วยแบบ PHQ-A, RS-48 และ 8Q

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ที่มารับการรักษาที่งานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลพญาเม็งรายในช่วงเดือนตุลาคม 2567-มีนาคม 2568 เพศชายหรือหญิง จำนวน 15 คน
2. กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ที่มารับการรักษาที่งานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลพญาเม็งรายในช่วงเดือนตุลาคม 2567-มีนาคม 2568 เพศชายหรือหญิง จำนวน 15 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่

สุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2567 ศึกษาในโรงเรียนมัธยมเขตพื้นที่อำเภอพญาเม็งราย สามารถสื่อสารภาษาไทยได้มีภาวะซึมเศร้ารายใหม่โดยการประเมินผ่านแบบทดสอบPHQAมีคะแนนตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไปที่มารับบริการที่งานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลพญาเม็งราย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่

เด็กวัยรุ่นที่มีภาวะสมาธิสั้นADHD กลุ่มที่มีปัญหาการเรียนรู้Leaning Disorder กลุ่มที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท Schizophenia และกลุ่มที่ป่วยด้วยโรคPsychosis

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
2. RS-48 (แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ)
3. PHQ-A (แบบประเมินภาวะซึมเศร้า)
4. 8Q (แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย)

วิธีรวบรวมข้อมูล

คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงรายละเอียดโครงการ เก็บข้อมูลก่อน-หลังโปรแกรมอย่างเป็นระบบ โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมครบถ้วน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

การทำวิจัยครั้งนี้เริ่มดำเนินการเดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือนมีนาคม 2568 ดำเนินการทั้งสิ้น 6 เดือน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพญาเม็งราย และ มีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มทดลองที่สมัครใจเข้ารับการวิจัย ผ่านแบบประเมินคัดกรองซึมเศร้าในวัยรุ่นและแบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ชี้แจงรายละเอียดจุดประสงค์ขั้นตอนการวิจัยทั้งหมด และประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการให้ผู้ร่วมวิจัยทราบ
2. ให้ผู้ร่วมวิจัย ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการทั้งหมดทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจในเด็ก (Resilience Scale RS–48, 13–18 years) ของกรมสุขภาพจิต
3. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมดแก่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นรับทราบ
4. กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จะได้รับการประเมินความเข้มแข็งทางใจในเด็กซ้ำ (post-test) ภายหลังที่กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจครบตามจำนวนครั้งที่ได้วางแผนไว้
5. หลังจากนั้น กลุ่มควบคุม จะได้เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง
6. แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจในเด็ก ของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคน จะไม่ใส่ชื่อ นามสกุล แต่จะใส่ code รหัสของแต่ละคนแทน
7. การแปลผลคะแนนของแต่ละคนเป็นความลับและนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่อ้างอิงข้อมูลรายบุคคล มีหัวหน้าโครงการวิจัยผู้เดียวที่ทราบ และการเก็บแบบประเมินของแต่ละบุคคล ในขณะดำเนินการวิจัยจัดเก็บเอกสารมิดชิด และมีหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นผู้ดูแล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย SD) และ inferential statistics (dependent t-test, independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง CRPPHO 124/2567

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ ระดับชั้น รายได้ และสถานภาพครอบครัว เป็นต้น (ตารางที่ 1 และ 2) โดยสรุปว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 14-15 ปี รายได้ครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ และสถานภาพครอบครัวโดยรวมอยู่ในสภาพอยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองการใช้โปรแกรมความเข้มแข็ง
ทางใจ

ระดับภาวะซึมเศร้า	ก่อน	หลัง
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	-	10
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	-	3
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	7	2
มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก	7	-
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	1	-

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังในกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาด้วยยาและให้คำปรึกษา

ระดับภาวะซึมเศร้า	ก่อน	หลัง
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	-	5
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	1	5
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	6	4
มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก	7	1
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	1	-

การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลองอยู่ที่ 17.1 (±2.64) และหลังทดลองอยู่ที่ 5.5 (±3.03) ในขณะที่กลุ่มควบคุมลดลงจาก 16.2 (±4.12) เป็น 8.8 (±4.17)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความเสี่ยงฆ่าตัวตายก่อนและหลังในกลุ่มทดลองการใช้โปรแกรมความเข้มแข็งทางใจ

ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย	ก่อน	หลัง
ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน	-	10
มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย	9	4
มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง	4	1
มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับรุนแรง	2	-

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความเสี่ยงฆ่าตัวตายในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาด้วยยาและให้คำปรึกษา

ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย	ก่อน	หลัง
ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน	-	9
มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย	9	5
มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง	4	1
มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับรุนแรง	2	-

ด้านความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงจาก 17.1 (±9.64) เป็น 1.2 (±2.25) และกลุ่มควบคุมลดลงจาก 14.0 (±9.34) เป็น 0.8 (±2.53) โดยทั้งสองกลุ่มมีความเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่กลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความเข้มแข็งทางใจก่อนและหลังในกลุ่มทดลองการใช้โปรแกรมความเข้มแข็งทางใจ

ความเข้มแข็งทางใจในเด็ก 13-18 ปี	ก่อน	หลัง
ด้านความสามารถในการดูแลและควบคุมตัวเอง		
ต่ำ	10	-
ปานกลาง	5	12
สูง	-	3
ด้านความสามารถทางสังคม		
ต่ำ	10	-
ปานกลาง	5	10
สูง	-	5
ด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหา		
ต่ำ	10	1
ปานกลาง	5	13
สูง	-	1
ด้านการตั้งจุดมุ่งหมายในชีวิต		
ต่ำ	8	-
ปานกลาง	7	13
สูง	-	2
ความเข้มแข็งทางใจในเด็ก		
ต่ำ	13	-
ปานกลาง	2	14
สูง	-	1

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาด้วยยาและให้คำปรึกษา

ความเข้มแข็งทางใจในเด็ก 13-18 ปี	ก่อน	หลัง
ด้านความสามารถในการดูแลและควบคุมตัวเอง		
ต่ำ	10	3
ปานกลาง	5	12
ด้านความสามารถทางสังคม		
ต่ำ	10	2
ปานกลาง	4	13
สูง	1	-
ด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหา		
ต่ำ	8	1
ปานกลาง	7	12
สูง	-	2
ด้านการตั้งจุดมุ่งหมายในชีวิต		
ต่ำ	3	2
ปานกลาง	11	10
สูง	1	3
ความเข้มแข็งทางใจในเด็ก		
ต่ำ	10	5
ปานกลาง	5	10

ในด้านความเข้มแข็งทางใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนรวมเพิ่มขึ้นจาก 45.6 (±11.20) เป็น 75.1 (±8.86) และกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นจาก 55.2 (±11.57) เป็น 61.1 (±9.68) แสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีผลต่อความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า โปรแกรมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถลดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากกิจกรรมที่ใช้ในโปรแกรมเน้นการพัฒนาทักษะด้านอารมณ์ สังคม และการคิดเชิงบวก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างพลังใจของวัยรุ่น การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าแนวทางที่ใช้ในโปรแกรมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมและอารมณ์ในเชิงบวก สอดคล้องกับแนวคิดของ Grotberg (1995) และหลักการเสริมพลังอำนาจทางจิตใจ นอกจากนี้ การที่คะแนนความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกิจกรรมเชิงประสบการณ์และกระบวนการมีส่วนร่วมที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และตระหนักรู้ในตนเอง ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว ผลที่ได้นี้จึงสนับสนุนข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในโรงเรียนหรือพื้นที่อื่น ๆ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณหน่วยนวัตกรรมวิจัยและศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล (nursing innovation research and resource unit: NIRR unit) สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย โรงพยาบาลพญาเม็งราย คณะครูและนักเรียนโรงเรียนในเขตพื้นที่อำเภอพญาเม็งราย รวมถึงผู้เชี่ยวชาญและทีมงานที่ให้คำปรึกษาและสนับสนุนตลอดกระบวนการดำเนินงานวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

- ควรมีการนำโปรแกรมสร้างความเข้มแข็งทางใจไปใช้กับกลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ในบริบทที่แตกต่างกัน
- ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์หลังสิ้นสุดโปรแกรม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- โรงเรียนควรนำโปรแกรมลักษณะนี้บรรจุในกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน หรือโครงการส่งเสริมสุขภาพจิต
- หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรให้การสนับสนุนการอบรมครูแนะแนวในการนำโปรแกรมไปใช้ในกลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน
- ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อประสิทธิผลของโปรแกรม เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อน

การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ซึ่งควรได้รับความสำคัญและส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
2. ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. คู่มือสร้างความเข้มแข็งทางใจสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; ปีที่ไม่ระบุ.
3. เรียม นมรักษ์, วริยา จันทร์ขำ, หทัยชนก บัวเจริญ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข. 2567.
4. เกวลี ชัยสุวรรณรักษ์, พลิศรา ธรรมโชติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ข่มเหงรังแกบนโลกไซเบอร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2563;65(3):191–204.
5. ดวงใจ บุญพัฒน์, อมรรัตน์ ปินคำ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย. การประชุมวิชาการ “คลังปัญญาเชียงราย”; 2567 พ.ค. 21; เชียงราย. เชียงราย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย.

6. เจาะลึกระบบสุขภาพ. ปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นพุ่ง! เสี่ยงซึมเศร้า 10.86% ด้าน รพ.สวนปรุงขยายบริการ [อินเทอร์เน็ต]. Hfocus.org; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 29 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงจาก: https://www.hfocus.org/content/2024/03/29956
7. ธีรภัทร์ ลักษณียนาวิน, เอมอชัฌา วฒันบุรานนท. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: สำนักพิมพ์ไม่ระบุ; 2565.
8. วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย (Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A). กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์; 2561.

ประเมินผลการใช้โปรแกรมระบบส่งต่อผู้ต้องขังพ้นโทษบริการปลายทาง Discharge Plan Prisoner System(DPPS) ในการติดตามผู้ต้องขังพ้นโทษ จังหวัดเชียงราย

อุมารินทร์ วิลัย [1] ธงชัย ตั้งจิตต์ [2]
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Descriptive cross-sectional study) วัตถุประสงค์เพื่อวัดผลของการใช้โปรแกรมระบบส่งต่อผู้ต้องขังพ้นโทษบริการปลายทาง Discharge Plan Prisoner System(DPPS) ในการติดตามและการส่งต่อผู้ต้องขังพ้นโทษ จังหวัดเชียงรายกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือ กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำกลางจังหวัดเชียงราย อำเภอเมืองเชียงราย และผู้ต้องขังเรือนจำอำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย การส่งต่อข้อมูลผู้ต้องขังโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพ้นโทษ ที่ต้องได้รับการติดตามดูแลรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่องในจังหวัดเชียงราย พบปัญหาการแจ้งการติดตามผู้ต้องขังพ้นโทษเพื่อเข้ารับการรักษาต่อล่าช้า การขาดการติดตามผู้ต้องขังพ้นโทษเข้าระบบการรักษาต่อเนื่อง ไม่มีข้อมูลสถานการณ์การเข้ารับรักษาต่อในผู้ป่วยพ้นโทษ ผู้ต้องขังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคติดต่อ โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรค โรคเอดส์และผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้รับยาต่อเนื่อง ขาดยา อาจแพร่กระจายเชื้อและก่อเหตุความรุนแรงในชุมชน รวมถึงการขาดการบูรณาการทำงานเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงานต่างๆในพื้นที่ ดังนั้นคณะผู้วิจัยได้สนใจศึกษาการประเมินผลการใช้โปรแกรมระบบส่งต่อผู้ต้องขังพ้นโทษบริการปลายทาง Discharge Plan Prisoner System (DPPS) จังหวัดเชียงราย เพื่อใช้ในการติดตามผู้ต้องขังพ้นโทษทั้งหมด 6 กลุ่มโรค คือผู้ต้องขังโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค โรคไม่ติดต่อ (DM,HT) โรคตับอักเสบ จิตเวช และยาเสพติด เพื่อใช้ในการติดตามผู้ป่วยที่ครบกำหนดพ้นโทษ ในการรับเข้ารักษาหรือดูแลต่อเนื่องโดยหน่วยบริการสาธารณสุข โดยมีการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างเรือนจำ โรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ มีขั้นตอนการดำเนินงาน คือ การเตรียมผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยระยะก่อนพ้นโทษ 1 เดือน ในเรื่องชุดความรู้ของโรคที่ตนเองเป็น บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม(โดยเรือนจำ) ประสานพื้นที่(ชุมชน)เพื่อเตรียมตัวรับผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน โปรแกรมแจ้งเตือนการปล่อยตัวผู้ต้องขัง ผู้รับผิดชอบตามคลินิคบริการติดตามผู้ป่วยในพื้นที่เพื่อรับผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข 2 ครั้ง เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ไม่แพร่กระจายเชื้อโรคติดต่อ ในชุมชน และหากเป็นผู้ป่วยจิตเวช(SMIV) ชุมชนจะสามารถเตรียมการรับมือได้อย่างทันท่วงที ป้องกันการก่อเหตุความรุนแรงในชุมชน สถิติที่ใช้ข้อมูลลักษณะทั่วไป การประมวลผลจากโปรแกรม

ผลการใช้โปรแกรมระบบส่งต่อผู้ต้องขังพ้นโทษบริการปลายทาง พบอัตราการติดตามผู้ต้องขังพ้นโทษมีแนวโน้มลดลงร้อยละ 40.64% ในปี 2025 (ข้อมูล ณ 30 มิถุนายน 68) ร้อยละ 53.85% ในปี 2022, เพิ่มขึ้นเป็น 88.68% ในปี 2023, ลดลงมาที่ 67.06% ในปี 2024 แสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพในการติดตามผลมีการผันผวนเนื่องจากข้อมูลการส่งต่อยังไม่ครบ 1 ปี สถานบริการที่มีอัตราการติดตามสูงสม่ำเสมอ คือ รพ.เชียงราย ประชานุเคราะห์ เป็นสถานบริการที่มีการส่งต่อและติดตามได้ในจำนวนที่มากที่สุดในทุกปี รพ.เทิง รพ.พาน มีอัตราการติดตามที่ค่อนข้างดี สถานบริการที่มีอัตราการติดตามต่ำ หรือมีปัญหาการติดตาม ได้แก่ รพ.ป่าแดด, รพ.เวียงแก่น, รพ.แม่ฟ้าหลวง, รพ.แม่ลาว, และรพ.เชียงเชียงรุ้ง มีการส่งต่อแต่ไม่สามารถติดตามได้เลยในบางปี รพ.สมเด็จพระญาณสังวร, รพ.ขุนตาล, รพ.เวียงป่าเป้า, และรพ.แม่สรวย อัตราการติดตามลดลงอย่างมากในปี 2025 คลินิกที่มีการติดตามสูงที่สุดคือคลินิกสุขภาพจิต ปี 2023 มีการติดตามคิดเป็นร้อยละ 100

(ประสิทธิภาพดีเยี่ยม) **ปี 2024** มีการติดตามคิดเป็นร้อยละ 95.26 **ปี 2025** มีการติดตามคิดเป็นร้อยละ **77.63**

ข้อเสนอแนะ อบรมการใช้โปรแกรม สำหรับบุคลากรในเรือนจำ และสถานบริการสาธารณสุข ขยายผลการใช้โปรแกรมไปยังหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น รพ.สวนปรุง, NGO, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และจังหวัดอื่นๆ เพื่อการส่งต่อข้อมูลกันอย่างไร้รอยต่อทั่วประเทศ

คำสำคัญ: ผู้ต้องขัง ผู้ต้องขังพ้นโทษ ผู้ต้องขังที่มีโรคประจำตัว

The evaluation of the Discharge Plan Prisoner System Program in ex-prisoners tracking, Chiang Rai Province.

AUMARIN WILAI [1], THONGCHAI TANGJIT [2]

This study employed a descriptive cross-sectional design with the primary objective of evaluating the effectiveness of the Discharge Plan Prisoner System (DPPS) in facilitating post-release follow-up and referral of inmates in Chiang Rai Province.The study population comprised inmates from two correctional facilities: Chiang Rai Central Prison in Mueang Chiang Rai District, and Thoeng District Prison.

The investigation focused on the referral processes for inmates diagnosed with infectious diseases and chronic non-communicable conditions requiring ongoing care and medication after release.

Background and Rationale: Challenges identified in the current referral system include delayed notifications for follow-up care, insufficient tracking mechanisms, and lack of post-release treatment data. These issues are particularly critical among individuals living with tuberculosis, HIV/AIDS, and psychiatric disorders, who are often released without receiving continuous medication or care. Such gaps in treatment pose risks of disease transmission and increased violence within communities. Furthermore, the absence of cross-sectoral coordination between correctional institutions and public health agencies exacerbates these issues.

Study Objective: To assess the implementation and outcomes of the DPPS program in Chiang Rai Province as a structured mechanism to support the tracking and care coordination of released inmates across six disease categories: HIV/AIDS and sexually transmitted infections (STDs), tuberculosis, non-communicable diseases (diabetes mellitus and hypertension), hepatitis, psychiatric disorders, and substance use disorders.

Methodology: The DPPS program facilitates continuity of care by:

Preparing inmates one month prior to release through disease-specific health education.

Recording clinical information into the DPPS database (administered by prison medical units).

Coordinating with community health centers for reintegration planning.

Notifying relevant health service units of upcoming releases.

Ensuring two follow-up appointments within the community healthcare system post-release.

This integrated approach engages correctional facilities, district hospitals (as referral hubs), and local community hospitals to strengthen health system linkages and prevent disease resurgence and community-level health incidents.

Statistical Analysis: Data analyses included:

Descriptive statistics of general inmate characteristics.

Annual counts of referrals categorized by clinical service and healthcare facility.

Frequency distributions presented as means and percentages.

Yearly comparison of follow-up rates.
Trends in post-release follow-up segmented by service unit and clinic.
Conclusion: The DPPS offers a practical model for supporting public health continuity among vulnerable post-incarceration populations. Its structured design, cross-sectoral collaboration, and disease-specific focus are critical to reducing health risks and enhancing service integration within communities.

Keywords: Prisoner Released Inmates Inmates with Chronic Diseases

บทนำ

จำนวนผู้ต้องขังประเทศไทย สำรวจ ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2567 (ข้อมูลจากกรมราชทัณฑ์ รายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์ http://www.correct.go.th/stathomepage) เพศชาย 261,568 คนเพศหญิง 36,632 คน รวม 298,200 คน แยกตามเขตของเรือนจำ/ทัณฑสถาน เขต5 (เขตสุขภาพที่1) เป็นเพศชาย 21,024 คน เพศหญิง 3,519 คน รวม 319,224 คน ในแต่ละปีมีผู้ต้องขังที่หมุนเวียนผลัดเปลี่ยนกันออกไป สถิติผู้ต้องราชทัณฑ์รับตัว - ปล่อยตัว รายปี สำรวจ ณ วันที่ 25 สิงหาคม 2567 ข้อมูลผู้ต้องขัง พ.ศ.2563 - 2567 รับตัว 209,396, 172,010, 181,760, 191,730, 211,495 คน ปล่อยตัว 215,731, 246,892, 209,908, 178,351, 173,928 คนตามลำดับ ไม่พบข้อมูลปัญหาสุขภาพและการติดตามผู้ต้องขัง ที่มีปัญหาสุขภาพพ้นโทษ เนื่องด้วยเมื่อพ้นโทษไปแล้วบุคคลนั้นจะไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของกรมราชทัณฑ์ จังหวัดเชียงราย(มีเรือนจำ 2 แห่ง) สำรวจ ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2567 (ข้อมูลจากกรมราชทัณฑ์รายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์ http://www.correct.go.th/stathomepage) มีผู้ต้องขังแยกเป็น เรือนจำกลางเชียงราย เพศชาย 3,367 คน เพศหญิง 661 คน เรือนจำอำเภอเทิง เพศชาย 1,012 เพศหญิง 122 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 5,162 คน การศึกษาของ กฤษดา แสวงดี และคณะ (2564) พบว่า ผู้ต้องขังในเรือนจำกลางเชียงรายมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงกว่าประชากรทั่วไปในจังหวัดเชียงราย โดยเฉพาะโรคติดต่อ เช่น วัณโรคและเอชไอวี และมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพเฉพาะทาง

ระบบส่งต่อผู้ต้องขังพ้นโทษเดิมระหว่างเรือนจำและรพ.แม่ข่าย จะเป็นการส่งต่อข้อมูลออกจากเรือนจำโดยการส่งเอกสารการจำหน่ายผู้ต้องขังออกจากเรือนจำ มายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเดือนละ 1 ครั้ง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่งข้อมูลดังกล่าวไปยังรพ.แม่ข่าย หรือรพ.ชุมชนในพื้นที่ เพื่อติดตามผู้ต้องขังที่มีโรคเรื้อรังมาดูแลต่อไป ซึ่งการรายงานแบบเดิมมีความล่าช้า ไม่เป็นปัจจุบัน เมื่อได้รับข้อมูลผู้ป่วยอาจไม่อยู่ในชุมชนแล้ว ทำให้ผู้ต้องขังที่ป่วยบางส่วนขาดการดูแลต่อเนื่องจากหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน ซึ่งส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ และการก่อเหตุการณ์ที่อาจเป็นภัยต่อความปลอดภัยในชุมชน

(อ้างอิง: ผังการปฏิบัติงาน (Flowchart) กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ฯปีงบประมาณ พ.ศ.2568 สสจ.เชียงราย) คณะผู้วิจัยได้สนใจศึกษาผลของการใช้โปรแกรมระบบส่งต่อผู้ต้องขังพ้นโทษบริการปลายทาง Discharge Plan Prisoner System (DPPS) จังหวัดเชียงราย เพื่อใช้ในการติดตามผู้ต้องขังพ้นโทษจำนวน 6 กลุ่มโรค คือผู้ต้องขังโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค โรคไม่ติดต่อ (DM,HT) โรคตับอักเสบ จิตเวช และยาเสพติด โปรแกรม Discharge Plan Prisoner System (DPPS) พัฒนาขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามและส่งต่อผู้ต้องขังพ้นโทษเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ โดยเน้นความสำคัญของการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในจังหวัดเชียงราย อาทิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลชุมชน และเรือนจำ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ต้องขังได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยา และมีการเตรียมความพร้อมของชุมชนในการรับผู้ต้องขังกลับเข้ามาสู่สังคม วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยในครั้งนี้ คือ การประเมินผลของการใช้โปรแกรม Discharge Plan Prisoner System (DPPS) เพื่อให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบติดตามและการส่งต่อ รวมถึงการปรับปรุงการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ต้องขังพ้นโทษอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวัดผลของการใช้โปรแกรมระบบส่งต่อผู้ต้องขังพ้นโทษบริการปลายทาง Discharge Plan Prisoner System(DPPS) ในการติดตามและการส่งต่อผู้ต้องขังพ้นโทษ จังหวัดเชียงราย

วิธีการศึกษา

วัดผลของการใช้โปรแกรมระบบส่งต่อผู้ต้องขังพ้นโทษบริการปลายทาง Discharge Plan Prisoner System (DPPS) จังหวัดเชียงราย โดย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Descriptive cross-sectional study)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาครั้งนี้คือ กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำกลางจังหวัดเชียงราย อำเภอเมืองเชียงราย และผู้ต้องขังเรือนจำอำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1 เกณฑ์การคัดเข้า

1.1 กลุ่มผู้ต้องขังทั้งชายและหญิงมีโรคประจำตัวและได้รับการรักษาต่อเนื่อง

1.2 มีเกณฑ์พ้นโทษในปีงบประมาณ 2568 (ระหว่างวันที่1 ตุลาคม 67-30 กันยายน 2568)

2 เกณฑ์การคัดออก

2.1 กลุ่มผู้ต้องขังที่ไม่มีโรคประจำตัว

หมายเหตุ ใช้เฉพาะข้อมูลที่มีการบันทึกส่งต่อออกมาจากเรือนจำเท่านั้น ไม่ได้สัมภาษณ์จากตัวผู้ต้องขังโดยตรง

วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้ต้องขัง ที่ต้องโทษอยู่ในเรือนจำกลางจังหวัดเชียงราย และเรือนจำอำเภอเทิง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้จะใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างดังนี้

Krejcie & Morgan: $n = X^2Np(1-p) / (e^2(N-1) + X^2p(1-p))$

แทนค่าในสูตร:

เมื่อ:

- N = 5,162 (จำนวนประชากร)
- X^2 = 3.841 (ค่า Chi-square ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%)
- p = 0.5 (สัดส่วนของประชากร)
- e = 0.050 (ความคลาดเคลื่อน)

$n = (3.841 \times 5,162 \times 0.5 \times 0.5) / (0.050^2 \times (5,162 - 1) + 3.841 \times 0.5 \times 0.5)$

$n = 4,956.81 / (12.90 + 0.96)$

$n = 4,956.81 / 13.86$

n = 358.00

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จะต้องเก็บจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 358 ราย เพิ่มความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นจากกระบวนการวิจัย 5 % นั้น ต้องเก็บตัวอย่างทั้งหมด 376 คน

วิธีการเก็บข้อมูล

ประมวลผลจากโปรแกรม DPPS ข้อมูลปีงบประมาณ 2568 เปรียบเทียบกับข้อมูลรายงานตามระบบเดิม ปีงบประมาณ2565-2567 (3 ปีย้อนหลัง) โดยประมวลผลจากโปรแกรม DPPS / หน้าReport ซึ่งจะแสดงผลข้อมูลจำนวนการส่งต่อแยกรายเดือน รายปี รายคลินิกบริการ แยกตามสถานบริการ

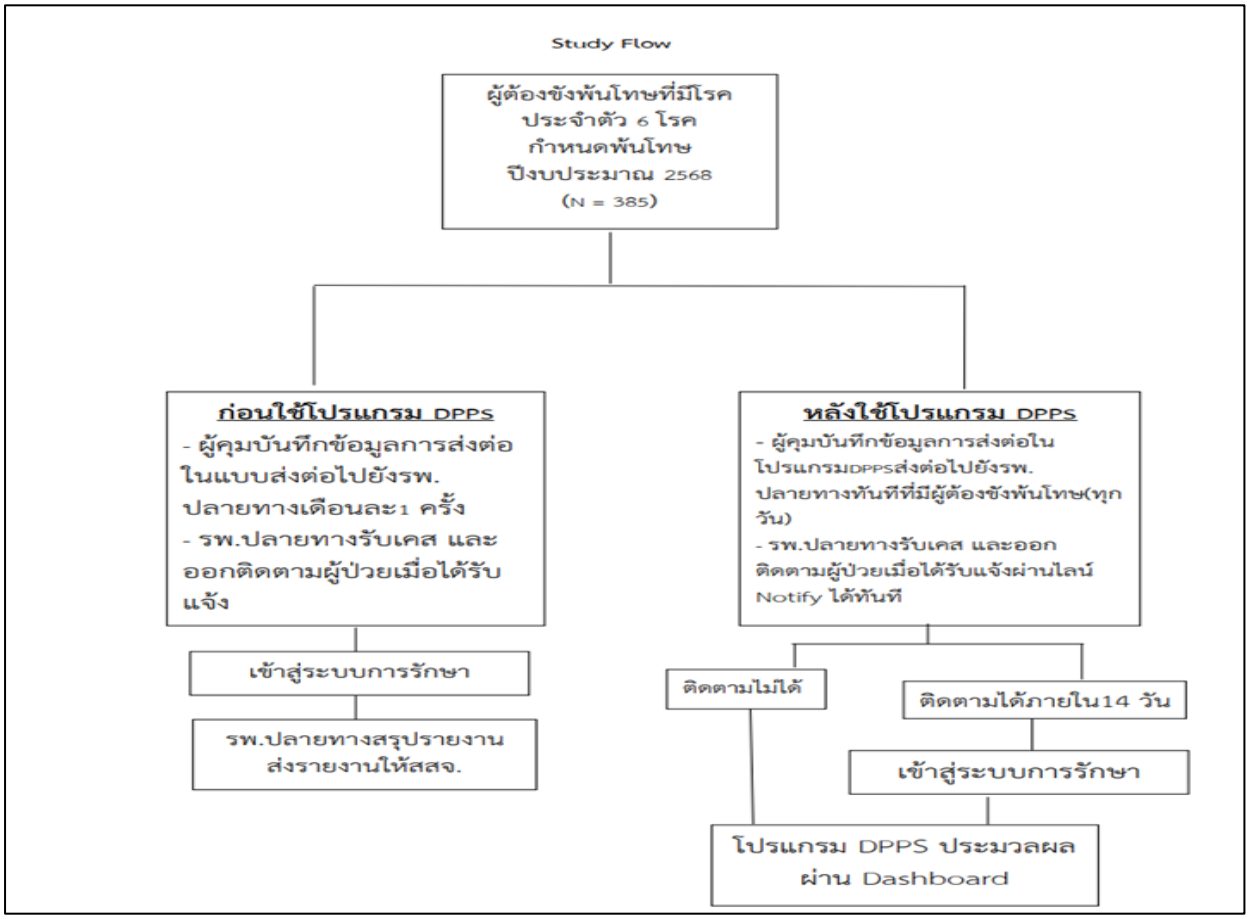
แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมDPPS ประมวลผลข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมายังรพ.แม่ข่าย ข้อมูลจำนวนการส่งต่อแยกรายเดือน รายปี รายคลินิกบริการ แยกตามสถานบริการเพื่อหาความถี่ของข้อมูล เป็นค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ เปรียบเทียบร้อยละของการติดตามผู้ต้องขังพ้นโทษในแต่ละเดือน แนวโน้มจำนวนผู้ต้องขังที่ติดตามได้แยกตามหน่วยบริการ และคลินิกบริการ สถานสุขภาพเมื่อพ้นโทษครบ 1 ปี เปรียบเทียบระหว่างเรือนจำทั้งสองแห่ง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย เพื่อตรวจสอบความแตกต่างในอัตราการติดตามผู้ต้องขังพ้นโทษในแต่ละปี และ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างการติดตามผู้ต้องขังและผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การรักษาต่อเนื่อง โดยใช้สถิติเช่น Pearson's Correlation/Spearman's Rank Correlation ตามความเหมาะสมของข้อมูล

กระบวนการขั้นตอนการวิจัย

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยเพิ่มเติมทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยทั้งหมด รวมถึงการใช้งานโปรแกรมที่ใช้ในแต่ละพื้นที่ของประเทศไทย งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งต่อการรักษาในประเด็นปัญหา
2. ดำเนินการการพัฒนาเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบเก็บข้อมูล
3. ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
4. ดำเนินการดึงข้อมูลทุติยภูมิจากระบบรายงานแบบเก่าและแบบใหม่ โดยทำการสืบค้นจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
5. วิเคราะห์ข้อมูล
6. สรุปผลการวิจัยและจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมDPPS ประมวลผลข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อจากเรือนจำ มายังรพ.แม่ข่าย ข้อมูลจำนวนการส่งต่อแยกรายเดือน รายปี รายคลินิกบริการ แยกตามสถานบริการเพื่อหาความถี่ของข้อมูล เป็นค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ เปรียบเทียบร้อยละของการติดตามผู้ต้องขังพ้นโทษในแต่ละเดือน แนวโน้มจำนวนผู้ต้องขังที่ติดตามได้แยกตามหน่วยบริการ และคลินิกบริการ สถานสุขภาพเมื่อพ้นโทษครบ 1 ปี เปรียบเทียบระหว่างเรือนจำทั้งสองแห่ง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย เพื่อตรวจสอบความแตกต่างในอัตราการติดตามผู้ต้องขังพ้นโทษในแต่ละปี โดยใช้สถิติเช่น Pearson's Correlation/Spearman's Rank Correlation ตามความเหมาะสมของข้อมูล

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง. CRPPHO 120/2567

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาเปรียบเทียบจำนวนผู้ต้องขังที่ติดตามได้แยกตามหน่วยบริการปี 2025 เปรียบเทียบข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง

ตอนที่ 3 ผลการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลจำนวนผู้ต้องขังที่ติดตามได้แยกตามคลินิกบริการ ปี 2025 เปรียบเทียบข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง

ตารางที่ 1 ข้อมูลจำนวนการส่งต่อผู้ต้องขังพ้นโทษปี 2025 เปรียบเทียบ 3 ปีย้อนหลัง แยกรายสถานบริการ

สถานบริการ	ปี2022	ปี2023	ปี2024	ปี2025
เชียงรายประชานุเคราะห์,รพศ.	4	27	62	33
เทิง,รพช.	0	11	20	3
พาน,รพช.	2	2	23	12
ป่าแดด,รพช.	0	1	2	0
แม่จัน,รพช.	3	7	29	12
เชียงแสน,รพ.	0	7	12	4
แม่สาย,รพ.	1	3	14	12
แม่สรวย,รพช.	1	8	41	22
เวียงป่าเป้า,รพช.	0	12	26	23
พญาเม็งราย,รพช.	1	3	16	5
เวียงแก่น,รพช.	1	1	14	7
ขุนตาล,รพช.	0	0	2	2
แม่ฟ้าหลวง,รพช.	0	7	25	12
แม่ลาว,รพช.	0	2	7	7
เวียงเชียงรุ้ง,รพช.	0	1	3	3
เชียงของ,รพร.	0	8	20	8
สมเด็จพระญาณสังวร,รพ.	0	3	10	13
ดอยหลวง,รพ.	0	3	9	9
รพศ.การแพทย์มฟล	0	0	2	0
ผลรวมทั้งหมด	13	106	337	187

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการส่งต่อจากโปรแกรมDPPSของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า **แนวโน้มโดยรวม:** จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าจำนวนครั้งของการส่งต่อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 13 ครั้งในปี 2022 เป็น 106 ครั้งในปี 2023, 337 ครั้งในปี 2024 และ 187 ครั้งในปี 2025 (ข้อมูล ณ 30 มิถุนายน 68) ในขณะที่จำนวนการติดตามได้ก็เพิ่มขึ้นตามไปด้วย

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ต้องขังที่ติดตามได้แยกตามหน่วยบริการปี 2025 เปรียบเทียบ 3 ปี ย้อนหลัง

สถานบริการ	ปี2022			ปี2023			ปี2024			ปี2025		
	ส่งต่อ	ติดตามได้	คิดเป็นร้อยละ	ส่งต่อ	ติดตามได้	คิดเป็นร้อยละ	ส่งต่อ	ติดตามได้	คิดเป็นร้อยละ	ส่งต่อ	ติดตามได้	คิดเป็นร้อยละ
เชียงรายประชานุเคราะห์	4	4	100	27	26	96.30	62	49	79.03	33	23	69.70
เทิง,รพช.	0	0	0	11	11	100	20	18	90.00	3	2	66.67
พาน,รพช.	2	0	0	2	2	100	23	21	91.30	12	7	58.33
ป่าแดด,รพช.	0	0	0	1	1	100	2	1	50.00	0	0	0.00
แม่จัน,รพช.	3	2	66.67	7	4	57.14	29	25	86.21	12	10	83.33
เชียงแสน,รพ.	0	0	0	7	7	100	12	12	100.00	4	1	25.00
แม่สาย,รพ.	1	0	0	3	0	0.00	14	4	28.57	12	3	25.00
แม่สรวย,รพช.	1	1	100	8	8	100	41	25	60.98	22	6	27.27
เวียงป่าเป้า,รพช.	0	0	0	12	10	83.33	26	18	69.23	23	3	13.04
พญาเม็งราย,รพช.	1	0	0	3	3	100	16	13	81.25	5	3	60.00
เวียงแก่น,รพช.	1	0	0	1	1	100	14	1	7.14	7	2	28.57
ขุนตาล,รพช.	0	0	0	0	0	0.00	2	1	50.00	2	1	50.00
แม่ฟ้าหลวง,รพช.	0	0	0	7	7	100	25	10	40.00	12	4	33.33
แม่ลาว,รพช.	0	0	0	2	1	50	7	0	0.00	7	0	0.00
เวียงเชียงรุ้ง,รพช.	0	0	0	1	1	100	3	0	0.00	3	1	33.33
เชียงของ,รพร.	0	0	0	8	7	87.50	20	16	80.00	8	2	25.00
สมเด็จพระญาณสังวร,รพ.	0	0	0	3	2	66.67	10	5	50.00	13	4	30.77
ดอยหลวง,รพ.	0	0	0	3	3	100	9	7	77.78	9	4	44.44
รพศ.การแพทย์มฟล	0	0	0	0	0	0.00	2	0	0.00	0	0	0.00
ผลรวมทั้งหมด	13	7	53.85	106	94	88.68	337	226	67.06	187	76	40.64

จากตารางที่ 2 อัตราการติดตาม (คิดเป็นร้อยละ): อัตราการติดตามได้รวมทั้งหมดมีการเปลี่ยนแปลง โดยอยู่ที่ 53.85% ในปี 2022, เพิ่มขึ้นเป็น 88.68% ในปี 2023, ลดลงมาที่ 67.06% ในปี 2024 และลดลงอีกเป็น 40.64% ในปี 2025 (ข้อมูล ณ 30 มิถุนายน 68) แสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพในการติดตามผลมีการผันผวนและมีแนวโน้มลดลงในช่วงปี 2024-2025

การวิเคราะห์รายสถานบริการ

สถานบริการที่มีอัตราการติดตามสูงสม่ำเสมอ:

- **รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์:** เป็นสถานบริการที่มีการส่งต่อและติดตามได้ในจำนวนที่มากที่สุดในทุกปี อย่างไรก็ตาม อัตราการติดตามได้ลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 100% ในปี 2022 เป็น 69.70% ในปี 2025
- **รพ.เทิง :** มีอัตราการติดตามได้ 100% ในปี 2023 และ 90.00% ในปี 2024 ซึ่งถือว่าสูง
- **รพ.พาน:** มีอัตราการติดตามที่ค่อนข้างดี โดยเฉพาะปี 2024 ที่ 91.30%

สถานบริการที่มีอัตราการติดตามต่ำ หรือมีปัญหาการติดตาม:

- **รพ.ป่าแดด:** มีการส่งต่อแต่ไม่สามารถติดตามได้เลยในบางปี (เช่น ปี 2024 ที่ส่งต่อ 2 แต่ติดตามได้ 1 (50%) และปี 2025 ที่ยังไม่มีการส่งต่อ)
- **รพ.แม่จัน :** อัตราการติดตามลดลงอย่างมากจาก 57.14% ในปี 2023 เหลือ 25% ในปี 2024 และเพิ่มขึ้นเป็น 83.33% ในปี 2025

- **รพ.เวียงแก่น,และรพ.แม่ฟ้าหลวง:** มีอัตราการติดตามที่ต่ำมากในหลายปีที่ผ่านมา
- **รพ.แม่ลาว, และรพ.เชียงเชียงรุ้ง:** มีการส่งต่อแต่ไม่มีการติดตามได้เลยในบางปี
- **รพ.สมเด็จพระญาณสังวร, รพ.ขุนตาล, รพ.เวียงป่าเป้า, และรพ.แม่สรวย:** อัตราการติดตามลดลงอย่างมากในปี 2025

ตารางที่ 3 ข้อมูลจำนวนผู้ต้องขังที่ติดตามได้แยกตามคลินิกบริการ ปี 2025 เปรียบเทียบข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง

คลินิกบริการ	ปี2022			ปี2023			ปี2024			ปี2025		
	จำนวนส่งต่อ	จำนวนรับ	คิดเป็นร้อยละ	จำนวนส่งต่อ	จำนวนรับ	คิดเป็นร้อยละ	จำนวนส่งต่อ	จำนวนรับ	คิดเป็นร้อยละ	จำนวนส่งต่อ	จำนวนรับ	คิดเป็นร้อยละ
HIV STDs	12	7	58.33	22	18	81.82	28	4	14.29	16	1	6.25
TB	1	0	0	11	3	27.27	10	3	30	14	0	0
HBV HCV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0
NCD	0	0	0	0	0	0	103	38	36.89	66	13	19.70
Psycho	0	0	0	72	72	100	190	181	95.26	76	59	77.63
Drug use	0	0	0	1	1	100	0	0	0	1	0	0
อื่นๆ	0	0	0	0	0	0	6	0	0	10	3	30
	13	7	58.33	106	94	88.68	337	226	67.06	187	76	40.64

จากตารางที่ 3 แนวโน้มโดยรวมของปี 2025: ประสิทธิภาพการติดตามผู้ต้องขังโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากปี 2024 และในปี 2025 อยู่ที่ **40.64%** (ข้อมูล 1 มกราคม -30 มิถุนายน 68) เทียบกับ 67.06% ในปี 2024, 88.68% ในปี 2023 และ 58.33% ในปี 2022

ประสิทธิภาพการติดตามที่ลดลงอย่างมากในหลายคลินิก: โดยเฉพาะ HIV STDs และ NCD ที่เคยมีประสิทธิภาพที่ดีขึ้นในปี 2023-2024 แต่กลับลดลงอย่างมากในปี 2025

การไม่สามารถติดตามได้เลยในคลินิกสำคัญ: TB และ HBV HCV ยังคงมีปัญหาในการติดตามผู้ต้องขังได้ ทำให้ไม่มีข้อมูลการติดตามในปี 2025

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการใช้โปรแกรมระบบส่งต่อผู้ต้องขังพ้นโทษบริการปลายทาง พบอัตราการติดตามผู้ต้องขังพ้นโทษมีแนวโน้มลดลงร้อยละ 40.64% ในปี 2025 (ข้อมูล ณ 30 มิถุนายน 68) ร้อยละ 53.85% ในปี 2022, เพิ่มขึ้นเป็น 88.68% ในปี 2023, ลดลงมาที่ 67.06% ในปี 2024 แสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพในการติดตามผลมีการผันผวนเนื่องจากข้อมูลการส่งต่อยังไม่ครบ 1 ปี สถานบริการที่มีอัตราการติดตามสูงสม่ำเสมอ คือ รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์ เป็นสถานบริการที่มีการส่งต่อและติดตามได้ในจำนวนที่มากที่สุดในทุกปี รพ.เทิง รพ.พาน มีอัตราการติดตามที่ค่อนข้างดี สถานบริการที่มีอัตราการติดตามต่ำ หรือมีปัญหาการติดตาม ได้แก่ รพ.ป่าแดด, รพ.เวียงแก่น, รพ.แม่ฟ้าหลวง, รพ.แม่ลาว, และรพ.เชียงเชียงรุ้ง มีการส่งต่อแต่ไม่สามารถติดตามได้เลยในบางปี รพ.สมเด็จพระญาณสังวร, รพ.ขุนตาล, รพ.เวียงป่าเป้า, และรพ.แม่สรวย อัตราการติดตามลดลงอย่างมากในปี 2025 คลินิกที่มีการติดตามสูงที่สุดคือคลินิกสุขภาพจิต **ปี 2023** มีการติดตามคิดเป็นร้อยละ 100 (ประสิทธิภาพดีเยี่ยม) **ปี 2024** มีการติดตามคิดเป็นร้อยละ 95.26 **ปี 2025** มีการติดตามคิดเป็นร้อยละ **77.63**

โปรแกรมระบบส่งต่อผู้ต้องขังพ้นโทษบริการปลายทางทำให้ทราบว่ามีผู้ต้องขังพ้นโทษออกมาจากเรือนจำ ที่ต้องได้รับการติดตามเป็นจำนวนเท่าไหร่ โปรแกรมจะแจ้งเตือนการพ้นโทษเพื่อการติดตามเท่านั้น แต่ระบบการติดตามเพื่อเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของแต่ละหน่วยบริการ ยังเป็นไปตามบริบทของพื้นที่

ความท้าทายในการรักษาประสิทธิภาพของการติดตาม คุณภาพของข้อมูลที่ใช้ในการติดตาม (เช่น เบอร์โทรศัพท์, ที่อยู่) ตลอดจนการวางแผนปรับปรุงอย่างเป็นระบบ เป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของการติดตามผู้ต้องขังพ้นโทษในอนาคต รวมถึงการศึกษาจากสถานบริการที่ยังคงมีประสิทธิภาพดี หรือเคยมีประสิทธิภาพดี เช่น รพ.แม่จัน, (ในปี 2025) หรือรพ.เชียงแสน, รพ.แม่สรวย (ในปี 2023-2024) เพื่อถอดบทเรียนและนำมาปรับใช้เป็นต้นแบบต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง ประเมินผลการใช้โปรแกรมระบบส่งต่อผู้ต้องขังพ้นโทษบริการปลายทาง Discharge Plan Prisoner System(DPPS) ในการติดตามผู้ต้องขังพ้นโทษ จังหวัดเชียงราย สามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างดียิ่งจาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ผู้บัญชาการเรือนจำกลางจังหวัดเชียงราย ผู้บัญชาการเรือนจำอำเภอเทิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พีรดนย์ ศรีจันทร์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ความรู้ ข้อคิดข้อแนะนำ และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และขอขอบคุณ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านๆ ที่มีส่วนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อยด้วยดี คณะผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ขยายผลการใช้โปรแกรม **DPPS** ให้ผู้รับผิดชอบงานราชทัณฑ์ปันสุข ฯ ทุกๆจังหวัดนำไปใช้ เพื่อการส่งต่อข้อมูลกันอย่างไร้รอยต่อทั่วประเทศ
2. อบรมให้ความรู้การใช้โปรแกรม สำหรับบุคลากรในเรือนจำ และสถานบริการสาธารณสุขทุกๆปี
3. ขยายผลการใช้โปรแกรมไปยังหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น รพ.สวนปรุง, **NGO,** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดเชียงรายเท่านั้น แต่การติดตามผู้ต้องขังพ้นโทษมีการดำเนินการในทุก ๆ จังหวัด ดังนั้นควรนำโปรแกรม DPPS ไปใช้ทั่วประเทศ เพื่อการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ
2. การวิจัยนี้เป็นการศึกษาในส่วนของการแจ้งเตือนการพ้นโทษเพื่อการติดตามเท่านั้น แต่ระบบการติดตามเพื่อเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของแต่ละหน่วยบริการ ยังเป็นไปตามบริบทของพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1 กรมราชทัณฑ์ รายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์(อินเตอร์เน็ต) (เข้าถึงเมื่อ11 มกราคม 2568)เข้าถึงได้จาก http://www.correct.go.th/stathomepage/

2 พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลพ.ศ. 2562 หน้าที่ 52 เล่ม ๑๓๖ ตอนที่ ๖๙ ก ราชกิจจานุเบกษา 27 พฤษภาคม 2562(อินเตอร์เน็ต) (เข้าถึงเมื่อ11 มกราคม 2568)เข้าถึงได้จาก https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/069/T_0052.PDF

3 ,แนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ(ฉบับปรับปรุง)กรุงเทพฯ: (2565)

4 กรมราชทัณฑ์. (2559). บันทึกประวัติศาสตร์ 5 ก้าวย่างแห่งการเปลี่ยนแปลงราชทัณฑ์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ราชทัณฑ์.
5 พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พุทธศักราช 2560. (2560, 18 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 134 ตอนที่ 21 ก, หน้า 1-24.
6 กรมราชทัณฑ์. สถิติผู้ต้องขังราชทัณฑ์ รท. 103. กรุงเทพฯ: กรมราชทัณฑ์; 2559.
7 กองแผนงาน ก. แผนการพัฒนาบุคคล. กรุงเทพฯ: กองแผนงาน กรมราชทัณฑ์; 2550.
8 หทัยชนก พรรคเจริญ. เทคนิคการสุ่มตัวอย่างและการประมาณค่า. กรุงเทพฯ : สำนักนโยบายและวิชาการสถิติแห่งชาติ; 2554.
9 Ngamjarus C, Pattanittum P. n4Studies: application for sample size calculation in health science research. Version 2.3. App store; 2024.
10 Wayne W., D. (1995). Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences (6th ed.). John Wiley & Sons, Inc., 180.
11 Ngamjarus C. Sample size calculation for health science research. 1st ed. Khon Kaen, Thailand: Khon Kaen University Printing House; 2021.
12 แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565 (Inspection Guideline) ประเด็นที่ 1 : โครงการพระราชดำริ : โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ประเด็น : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ต้องขังในเรือนจ า ตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์
13 มาตรฐานการรักษาในหน่วยงานปฐมภูมิ,งานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสนับสนุนเครือข่ายโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์,ปรับปรุงครั้งที่15,กุมภาพันธ์ 2566
14 มาตรฐานการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดระบบต้องโทษในเรือนจำ /ทัณฑสถาน, กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 1 2560
15 คู่มือแนวทางการส่งต่อข้อมูลผู้ต้องขังพ้นโทษติดเชื้อเอชไอวีป่วยเอดส์ วัณโรค และผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด
16 กระทรวงสาธารณสุข. (2560). บันทึกข้อตกลงความร่วมมือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
17 กระทรวงสาธารณสุข. (2565). นโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบไร้รอยต่อ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
18 กฤษดา แสวงดี และคณะ. (2564). การศึกษาสถานการณ์สุขภาพของผู้ต้องขังในเรือนจำกลางเชียงราย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 15(2), 175-188.
19 ชุติมา มาลัย และคณะ. (2563). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามแนวคิด Chronic Care Model ในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(3), 456-470.
20 ธนพล วิชัยเดช. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ต้องขังพ้นโทษ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(5), 820-834.
21 ธีระ กลิ่นคำหอม และคณะ. (2564). การศึกษาความต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรังของผู้ต้องขังพ้นโทษ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 15(4), 410-423.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีอายุ 30-60 ปีในเขตพื้นที่ โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

ชยุตา สาตราคม[1] ประภาศรี ทิพย์อุทัย[2]
[1-2]กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองสองกลุ่มวัดผลก่อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีอายุ 30–60 ปี ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบสัดส่วนของสตรีที่ส่งสิ่งส่งตรวจคัดกรองจากการเก็บด้วยตนเองภายหลังการทดลอง

ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ และแบบสอบถามวัดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ที่ได้รับการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล, สถิติที, สถิติแมน-วิทนีย์ยู และความแตกต่างของสัดส่วนโดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความเชื่อสุขภาพหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการตรวจและอุปสรรคในการตรวจ ($p < 0.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้กลุ่มทดลองมีสัดส่วนการส่งสิ่งส่งตรวจร้อยละ 90.00 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ร้อยละ 46.67 อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.001$) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายควรสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาที่ได้จากการศึกษา ส่งเสริมการเข้าถึงการตรวจด้วยตนเองผ่านชุดตรวจด้วยตนเอง ควรนำโปรแกรมไปใช้ในทางปฏิบัติ และการวิจัยในอนาคตควรติดตามผลระยะยาว รวมถึงวิเคราะห์เชิงคุณภาพเพิ่มเติม

คำสำคัญ: การคัดกรองด้วยตนเอง, มะเร็งปากมดลูก, ความเชื่อด้านสุขภาพ

The Effect of a Self-Screening Cervical Cancer Promotion Program on Health Belief Perception Among Women Aged 30-60 Years in Wiang Chiang Rung Hospital, Chiang Rai Province

Chayuta SatraKhom[1], Prapasri Tiputai
[1,2] Primary and Holistic care Department, Wiang Chiang Rung Hospital

ABSTRACT

This quasi-experimental research employed a two-group pretest-posttest design to examine the effect of a self-sampling cervical cancer screening promotion program on health belief perceptions among women aged 30–60 years in the service area of Wiang Chiang Rung Hospital, Chiang Rai Province. The study aimed to compare the mean scores of health belief perceptions before and after the intervention between the experimental and control groups, as well as to compare the proportion of women who submitted self-collected screening samples after the intervention.

The study involved 60 participants, divided equally into an experimental group and a control group (30 each), selected through purposive sampling based on predefined criteria. The intervention was a four-week program developed based on the Health Belief Model (HBM), and the data collection tool was a 20-item health belief questionnaire, validated for content and reliability. Data were analyzed using descriptive statistics, One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test, independent t-tests, Mann–Whitney U tests, and exact probability tests. The level of statistical significance was set at $p < 0.05$.

The results revealed that the experimental group showed statistically significant increases in all domains of health belief perception after the intervention—including perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, and perceived barriers—compared to the control group ($p < 0.001$). Additionally, 90.00% of participants in the experimental group submitted self-collected screening samples, compared to only 46.67% in the control group, with a statistically significant difference ($p = 0.001$). Policy recommendations include promoting the development and implementation of health education programs based on the HBM to increase access to cervical cancer screening through self-sampling kits. It is also recommended to integrate the program into primary care practice. Future research should focus on long-term follow-up and incorporate qualitative methods to explore underlying factors influencing screening behaviors.

Keywords: Self-Screening, Cervical Cancer, Health Belief Perception

บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer) คือ การเจริญเติบโตของเซลล์ที่ผิดปกติที่เกิดภายในเยื่อบุปากมดลูก มักจะเติบโตอย่างช้าๆ เมื่อเวลาผ่านไป ถ้าหากเซลล์ที่ผิดปกติไม่ถูกทำลายหรือเอาออกไป จะกลายเป็นเซลล์มะเร็งจนลุกลามจนแพร่กระจายเข้าไปในปากมดลูกและบริเวณรอบ ๆ[1] มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 4 ในกลุ่มประชากรเพศหญิง และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของผู้หญิงในประเทศกำลังพัฒนา ในแต่ละปีมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่มากกว่า 5 แสนราย ทำให้มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 250,000 รายทั่วโลก[2] สาเหตุหลักของการเกิดมะเร็งปากมดลูกมักเกิดจากการติดเชื้อไวรัส Human papillomavirus (HPV) อย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้รับจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะเชื้อ HPV สายพันธุ์ 16 และ18[3] สำหรับประเทศไทย มะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับที่ 2 รองจากมะเร็งเต้านม โดยมีอุบัติการณ์ประมาณ 24.5 ต่อประชากรสตรี 1 แสนคนต่อปี ในแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 10,000 คน และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 5,200 คน[4] การตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพราะการรักษาในระยะก่อนเป็นมะเร็ง (Precancerous) จะทำให้มีโอกาสหายขาดได้สูง ในขณะที่การรักษาระยะลุกลามจะรักษายากและทำให้มีโอกาสเสียชีวิตมากขึ้น[5] องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า ถ้ากลุ่มสตรีได้รับการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 90.00 จะสามารถลดอัตราการตายด้วยมะเร็งปากมดลูกได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากได้รับการตรวจคัดกรองทุก 5 ปี ก็จะสามารถรอดชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 70.00 และลดอัตราการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 55.00[6] สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30 - 60 ปี) ให้ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ซึ่งเป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ ที่เป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจคือเก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านในส่งตรวจ ซึ่งมีทั้งแบบตรวจด้วยตนเองและตรวจโดยบุคคลากรทางการแพทย์ โดยมีความแม่นยำถึงร้อยละ 100 เมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ (ผลลบ ,Negative) จะแนะนำการตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก 5 ปี[7] โดยกำหนดเป้าหมายให้ครอบคลุมร้อยละ 60 ของสตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30 - 60 ปี) หาร 5 โดยผลการคัดกรองในปี 2566-2567 พบว่าประชากรกลุ่มดังกล่าวได้รับการคัดกรองร้อยละ 46.77 และร้อยละ 57.98 ตามลำดับ ซึ่งถือว่ามีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นแต่ยังน้อยกว่ากลุ่มเป้าหมายที่ตั้งไว้[8] สาเหตุของการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่า 1) ความอายที่จะเปิดเผยอวัยวะส่วนลับให้ผู้ตรวจดู 2) ความกลัวกระบวนการตรวจ และกลัวและรับไม่ได้ถ้าตนเองมีผลผิดปกติ 3) การขาดรายได้เมื่อมาตรวจ 4) มีภาระต้องดูแลคนในครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ 5) ครอบครัวไม่สนับสนุน และ6) ไม่ว่าง ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ 1) การขาดความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก 2) ภาระงานและความรับผิดชอบต่อหน้าที่ไม่สะดวกในการเดินทาง 3) ด้านการบริการของโรงพยาบาล ได้แก่ การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ทั้งเชิงรับและเชิงรุกไม่ทั่วถึง เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการไม่มีการอธิบายขั้นตอนและการปฏิบัติตัว และการบริการล่าช้า[9] การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตัวเอง (HPV Self-screening Test) จึงเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยแก้ปัญหาสำหรับสตรีที่ไม่มารับการตรวจภายใน (non-attends) หรือสตรีที่มีความคิดว่าจะไม่มารับการตรวจคัดกรองไม่ว่ากรณีใดก็ตาม (hard-to-screen women) ให้มีโอกาสได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยการเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตัวเอง สามารถเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตัวเองที่บ้านแล้วส่งไปรษณีย์ไปที่ห้องปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลเพื่อตรวจหาเชื้อ HPV และรายงานผลการตรวจไปให้ที่บ้าน[10] ซึ่งสามารถลดการมาโรงพยาบาลของผู้รับบริการ และภาระของเจ้าหน้าที่รวมถึงเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งของประชาชนที่ไม่มาตรวจโดยวิธีปกติให้ได้รับการคัดกรองมากยิ่งขึ้น[11]

โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ที่ให้บริการประชาชนในเขตอำเภอเวียงเชียงรุ้งและอำเภอใกล้เคียง และมีหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม จำนวน 7 หมู่บ้าน จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าในปี 2565-2567 ได้มีการตั้งเป้าหมายในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีอายุ 30 -60 ปี จำนวน 728 คน ,953 คน และ 953 คน ตามลำดับ ซึ่งผลการดำเนินงานมีสตรีที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองจำนวน 453 คน, 360 คน และ 700 คน คิดเป็นร้อยละ 62.23, 37.78 และ 73.45 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ยังไม่ครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 80 ของเป้าหมายที่ตั้งไว้ รวมถึงในช่วงปี 2566 เป็นต้นมา ทางโรงพยาบาลได้รับการจัดสรรชุดตรวจด้วยตนเอง (HPV DNA Self-screening Test) ซึ่งผลการดำเนินงานกลับพบว่าได้รับการตรวจคัดกรองด้วยชุดตรวจด้วยตนเอง เพียงร้อยละ 30.00 และร้อยละ 13.48 เท่านั้น นอกจากนี้การดำเนินการโดยใช้ชุดตรวจดังกล่าว เมื่อพยาบาลประจำคลินิกกระจายชุดตรวจไปยังชุมชนกลับพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้รับชุดตรวจ ไม่มีการส่งชุดตรวจกลับมายังโรงพยาบาล สะท้อนให้เห็นปัญหาของความรู้ ความเข้าใจในการใช้ชุดตรวจ และปัญหาในด้านของการเห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ [12] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกได้มีการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่อธิบายถึงพฤติกรรมทางสุขภาพเกิดขึ้นมาจากพื้นฐานความเชื่อของบุคคล การเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนกระทำ โดยจะต้องมีความเชื่อว่าตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น แล้วเมื่อเกิดเป็นโรคขึ้น จะทำให้เกิดความรุนแรง รวมทั้งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต จะนำไปสู่พฤติกรรมที่แสดงออก ในการป้องกันโรค หรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้นได้ โดยมีองค์ประกอบสำคัญได้แก่ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค [13] มาใช้ในการออกแบบโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) [14] คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นในทุกด้าน จำนวนผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [15] แสดงว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้จากทฤษฎีดังกล่าวสามารถเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากหลักการและเหตุผลข้างต้นที่กล่าวมา ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี มีหน้าที่กำกับระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ประสานความร่วมมือกับบุคลากรในทีมสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจ รวมทั้งให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ทั้งในระบบบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ ได้เล็งเห็นความสำคัญของการแก้ปัญหาดังกล่าว จึงมีแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงรายขึ้น เพื่อส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30 - 60 ปี) ในพื้นที่ ให้สามารถป้องกันและเฝ้าระวังโรคได้ด้วยตนเอง รวมถึงสามารถถ่ายทอดการรับรู้ไปยังสตรีกลุ่มเป้าหมายคนอื่นๆ ให้ได้รับการคัดกรองได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการลดอัตราการเสียชีวิตจากการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบสัดส่วนของสตรีในการส่งสิ่งส่งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการเก็บด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ในกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้น แตกต่างจากกลุ่มควบคุม และสัดส่วนของสตรีในการส่งสิ่งส่งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการเก็บด้วยตนเอง ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

- ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง
- ตัวแปรตาม ได้แก่ คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง และสัดส่วนของสตรีในการส่งสิ่งส่งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการเก็บด้วยตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบโดยเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนเมษายน- มิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง ที่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปี พ.ศ.2562-2567 จำนวน 130 คน กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้ G* power กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 และ Power of test 0.8 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม คำนวณแล้วได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลในระหว่างการศึกษา จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 รวมเป็นกลุ่มละ 30 คน ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จะใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ 1) เป็นสตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง 2) ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ ปี พ.ศ.2562-2567 3) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก หรือเคยส่งตรวจชิ้นเนื้อเพื่อวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก 4) สามารถอ่าน เขียน พูดคุย สื่อสารภาษาไทยได้ 5) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถเชื่อมต่ออินเตอร์เน็ตได้ 6) สมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษา และมีเกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ หรือภาวะเจ็บป่วย หรือย้ายที่อยู่ระหว่างเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย เป็นรูปแบบที่จัดกิจกรรมที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) [13] ใช้ระยะเวลาการดำเนินการ 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้ <u>สัปดาห์ที่ 1</u> เสริมสร้างการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก (3 ชั่วโมง 55 นาที) ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์และประเมินการรับรู้ (45 นาที), กิจกรรมที่ 2 รับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค (1 ชั่วโมง) โดยให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย สถานการณ์ของโรค ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการของโรค (20 นาที) ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง จากนั้นอธิบายและแปรผลความเสี่ยงให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบ (20 นาที) และบรรยายให้ความรู้เรื่องความรุนแรงของการเกิดโรค วิธีการรักษา ให้ชมวีดีทัศน์ตัวอย่างกรณีศึกษา และเล่าถึงประสบการณ์การคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านมา (20นาที) กิจกรรมที่ 3 ประโยชน์ อุปสรรคและเป้าหมายการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (1 ชั่วโมง 40 นาที) บรรยายให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ประโยชน์ของการคัดกรอง รูปแบบและวิธีการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ข้อดีของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง (20 นาที) จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มเป็น 5 กลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์การคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการคัดกรองที่ผ่านมา (30 นาที) ให้กลุ่มตัวอย่างดูวีดีโอสาธิตการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ด้วยชุดตรวจ HPV Self Sampling Test และสาธิตกับหุ่นจำลอง (30 นาที) และให้กลุ่มตัวอย่างจับคู่บัดดี้ และร่วมกันตั้งเป้าหมายการคัดกรอง (20 นาที) และกิจกรรมที่ 4 ทบทวนเป้าหมาย และกระจายการตรวจ (30 นาที) โดยทบทวนการตั้งเป้าหมายการเก็บสิ่งส่งตรวจ นัดหมายวันและเวลาการนำชุดตรวจมาส่งที่โรงพยาบาล วิธีการนำส่ง เช่น มาส่งด้วยตนเอง ฝากบัดดี้หรือ อสม.มาส่งที่โรงพยาบาล และแจกชุดตรวจให้กลุ่มตัวอย่างไปเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเองที่บ้าน <u>สัปดาห์ที่ 2</u> ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามแผนการตั้งเป้าหมายและเก็บสิ่งส่งตรวจตามนัด <u>สัปดาห์ที่ 3</u> ติดตามผลส่งสิ่งส่งตรวจเพื่อคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก โดยตรวจสอบจำนวนผู้ที่ส่งสิ่งส่งตรวจ และผู้ที่ไม่ส่งสิ่งส่งตรวจ โดยที่ผู้ที่ไม่ส่งสิ่งส่งตรวจผู้วิจัยจะดำเนินการได้แก่ ติดตามผ่านทางโทรศัพท์ และ Line Application และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น (ระยะเวลาประมาณ 10-20 นาทีต่อราย) <u>สัปดาห์ที่ 4</u> สรุปและประเมินผลโปรแกรม นัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างอภิปรายกลุ่ม สรุปประโยชน์สิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม และตั้งเป้าหมายการคัดกรองร่วมกันในอนาคต (1ชั่วโมง) และประเมินการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลอง (Post-test)

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบเก็บข้อมูลจำนวน 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ประวัติการตั้งครรภ์ และอาการผิดปกติ ส่วนที่ 2 การรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรค และการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองโรค รวมข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเลือกตอบแบบมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) 5 ระดับ และนำมาแปรผลคะแนน โดยเก็บข้อมูลจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนทดลอง และภายหลังการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ใช้การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ทดลองและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านและนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ จากนั้นนำมาคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ และคำนวณหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index :CVI) แบบรวมรวมข้อมูลได้เท่ากับ 0.97,เครื่องมือทดลอง ได้เท่ากับ 1 และการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเมื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ส่วนเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนที่ 2 ที่มีข้อคำถามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) จะนำไปเก็บข้อมูลนำร่อง (Try Out) กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 30 รายและจะนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.82

วิธีรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง ในการวิจัยและขอความอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดขึ้น ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม (กลุ่มควบคุมใช้ชุมชนเขตที่1 และกลุ่มทดลองใช้ชุมชนเขตที่ 2) และได้ทำหนังสือชี้แจงการเข้าร่วมโครงการวิจัยและเอกสารยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างศึกษา และซักถามรายละเอียด ขอความยินยอมโดยให้เข้าร่วมวิจัยลงชื่อในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ทำแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-Test) โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองที่มีอยู่เดิม จากกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และกลุ่มทดลองได้รับเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่พัฒนาขึ้น ระยะเวลา 4 สัปดาห์ และภายหลังผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมจนครบระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำแบบสอบถามหลังได้รับการใช้โปรแกรม (Post-Test) และนำไปวิเคราะห์และนำเสนอต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่, ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง และการส่งสิ่งส่งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการเก็บด้วยตนเอง สถิติทดสอบได้แก่ สถิติ Exact probability test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่างและสัดส่วนการส่งสิ่งส่งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการเก็บด้วยตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพฯ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลโดยใช้สถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test เมื่อพบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติจะใช้สถิติทดสอบได้แก่ สถิติการทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test) และรายงานเป็นค่า t และ P-value หากกรณีข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติจะใช้สถิติ Mann-Whitney U Test แทน โดยรายงานเป็นค่า U และ P-value ซึ่งกำหนดให้ระดับนัยสำคัญมากกว่าร้อยละ 95 (P-value<0.05)

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง CRPPHO REC No. 027/2568 ลงวันที่ 3 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง อายุ 30-39 ปี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.00), 40-49 ปี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.33) และ 50-59 ปี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.67) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ที่มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.33) รองลงมาเป็นประถมศึกษา จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.33) ที่เหลือคือระดับปริญญาตรีขึ้นไป การประกอบอาชีพ เกษตรกร จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.67), รับจ้าง จำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.33), ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.67), รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.67) และไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.67) สถานภาพส่วนใหญ่สมรส จำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.33), โสด จำนวน 4 คน (ร้อยละ 13.33) และหม้าย/หย่า/แยก จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.33) ส่วนใหญ่เคยตั้งครรภ์ จำนวน 24 คน (ร้อยละ 80.00) และส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์ จำนวน 24 คน (ร้อยละ 80.00) ส่วนในกลุ่มควบคุมอายุ 30-39 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.67), 40-49 ปี จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.33) และ 50-59 ปี จำนวน 6 คน (ร้อยละ 20.00) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.33) รองลงมาเป็นประถมศึกษา จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.00) ที่เหลือคือระดับปริญญาตรีขึ้นไป การประกอบอาชีพ เกษตรกร จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.67), รับจ้าง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 10.00), ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย จำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.67), รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 10.00) และไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 10.00) สถานภาพส่วนใหญ่สมรส จำนวน 21 คน (ร้อยละ 70.00), โสด จำนวน 6 คน (ร้อยละ 20.00) และหม้าย/หย่า/แยก จำนวน 3 คน (ร้อยละ 10.00) ส่วนใหญ่เคยตั้งครรภ์ จำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.33) และส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์ จำนวน 27 คน (ร้อยละ 90.00) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็น 18.37 ± 2.91 จากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่มีค่าเฉลี่ย 17.33 ± 3.25 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย (17.70 ± 1.93 เป็น 17.86 ± 2.42) โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการทดลอง ($U = 107.50$, $p < 0.001$), การรับรู้ความรุนแรงของโรค กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 18.87 ± 2.66 เป็น 21.43 ± 2.56 ซึ่งต่างจากกลุ่มควบคุมที่คะแนนลดลงเล็กน้อย (18.20 ± 2.66 เป็น 18.13 ± 2.39) โดยความแตกต่างหลังการทดลองมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$), ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรค กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 17.73 ± 1.76 เป็น 21.53 ± 2.01 ขณะที่กลุ่มควบคุมเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย (15.77 ± 3.08 เป็น 16.07 ± 2.52) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งก่อนและหลังการทดลอง ($U = 278.00$, $p = 0.010$ และ $U = 40.50$, $p < 0.001$ ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองโรค พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มจาก 18.37 ± 2.91 เป็น 22.30 ± 2.78 ในขณะที่กลุ่มควบคุมเพิ่มเล็กน้อยจาก 17.87 ± 2.42 เป็น 18.97 ± 2.28 โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญหลังการทดลอง ($U = 134.50$, $p < 0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายการ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		U	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค						
- ก่อนได้รับโปรแกรม	17.33	±3.25	17.70	±1.93	370.50	0.235
- หลังได้รับโปรแกรม	18.37	±2.91	17.86	±2.42	107.50	<0.001*
การรับรู้ความรุนแรงของโรค						
- ก่อนได้รับโปรแกรม	18.87	±2.66	18.20	±2.66	379.00	0.290
- หลังได้รับโปรแกรม	21.43	±2.56	18.13	±2.39	154.00	<0.001*
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรค						
- ก่อนได้รับโปรแกรม	17.73	±1.76	15.77	±3.08	278.00	0.010*
- หลังได้รับโปรแกรม	21.53	±2.01	16.07	±2.52	40.50	<0.001*
การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองโรค						
- ก่อนได้รับโปรแกรม	18.37	±2.91	17.87	±2.42	415.50	0.605
- หลังได้รับโปรแกรม	22.30	±2.78	18.97	±2.28	134.50	<0.001*

สถิติทดสอบ Mann-Whitney U Test, * p-value < 0.05

3. สัดส่วนของสตรีที่ส่งสิ่งส่งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากการเก็บด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีสตรีที่ส่งสิ่งส่งตรวจจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีเพียง 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Exact Probability Test พบว่าความแตกต่างของสัดส่วนระหว่างสองกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสัดส่วนของสตรีในการส่งสิ่งส่งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการเก็บด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง

การส่งสิ่งส่งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากการเก็บด้วยตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
-ส่งสิ่งส่งตรวจ	27	90.00	14	46.67	0.001
-ไม่ได้ส่งสิ่งส่งตรวจ	3	10.00	16	54.33	

สถิติทดสอบ Exact probability test, * p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีอายุ 30-60 ปีในเขตพื้นที่โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ที่พัฒนาขึ้นโดยจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)[13] แสดงให้เห็นว่ามีประสิทธิผลในการเพิ่มระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มทดลองในหลายด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก รวมถึงส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งสิ่งส่งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม การเพิ่มขึ้นของคะแนนการรับรู้ในด้านต่าง ๆ หลังได้รับโปรแกรมสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูล ความรู้ และประสบการณ์ตรงที่มีส่งผลต่อการ

ปรับเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพที่ชี้ว่าพฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ถึงความเสี่ยง ความรุนแรง และตระหนักถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัตินั้น ๆ พร้อมทั้งสามารถลดอุปสรรคได้ [13] รวมถึงการสะท้อนเนื้อหาของโปรแกรมในครั้งนี้ ที่มีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เช่น การชมวิดีทัศน์ การสาธิตด้วยหุ่นจำลอง การตั้งเป้าหมายร่วมกับ “บัดดี้” และการให้โอกาสผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้ การมีระบบติดตามและให้คำปรึกษารายบุคคลผ่านโทรศัพท์และแอปพลิเคชัน Line ในสัปดาห์ที่ 3 ของโปรแกรม ยังช่วยลดอุปสรรคด้านเวลา การเดินทาง และความกังวลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจ ซึ่งส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการส่งสิ่งส่งตรวจกลับมายังโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงในระดับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริงหลังได้รับโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลวิภาวดี [14] และการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา [15] โดยมีการใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและพบผลลัพธ์เชิงบวกในด้านการรับรู้และพฤติกรรมในการตรวจมะเร็งปากมดลูกเช่นเดียวกัน การศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าว เพื่อพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาในบริบทของชุมชนมีความเหมาะสมที่จะเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ซึ่งส่งผลต่อการลดอัตราการเสียชีวิตจากการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ได้อย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ได้รับความกรุณาจาก ผศ. อัยย์ชาร์ สุขเกษม อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย และอาจารย์นาตยา พแดนนอก อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่ได้กรุณาให้แนวคิด ข้อเสนอแนะในงานวิจัยฉบับนี้ ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง ผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิจัย เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ตลอดจนผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายในพื้นที่ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี คุณค่าและประโยชน์ของการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาขอมอบเป็นเครื่องบูชาบุพการี บูรพาคณาจารย์ และผู้ที่มีอุปการคุณทุกท่าน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรส่งเสริมการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง (HPV Self-sampling) และจัดสรรงบประมาณสำหรับสนับสนุนการกระจายชุดตรวจด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยลดข้อจำกัดในการเข้ารับบริการและเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้มากขึ้น ในด้านการปฏิบัติในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรนำโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมที่ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นฐานแนวคิดไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ โดยเน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการติดตามเชิงรุก ควรกำหนดกลยุทธ์ “จับคู่บัดดี้” หรือใช้ อสม. และผู้นำชุมชน เป็น

ผู้สนับสนุนเชิงสังคม เพื่อกระตุ้นและติดตามการตรวจคัดกรองโดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจหรือไม่พร้อมเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศหรือแอปพลิเคชันสุขภาพ ในการติดตามการส่งชุดตรวจ พร้อมให้คำปรึกษาและแจ้งผลเบื้องต้นอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ในด้านการศึกษาวิจัยในอนาคต ควรมีการติดตามผลระยะยาว (Follow-up) เพื่อตรวจสอบความต่อเนื่องของพฤติกรรมการตรวจคัดกรอง และการเข้ารับการดูแลรักษาในกลุ่มที่ตรวจพบความผิดปกติ และควรพัฒนา เครื่องมือประเมินเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อเข้าใจแรงจูงใจหรืออุปสรรคที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นของสตรีที่ไม่ตอบสนองต่อโปรแกรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. นพเมศฐ์ ศรีจารุสิทธิ์. มะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer) เกิดจากอะไร? [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://www.princsuvarnabhumi.com/articles/content-cervical-cancer-screening
2. Reza S, et al. Public health concern-driven insights and response of low- and middle-income nations to the World health Organization call for cervical cancer risk eradication. Gynecol Oncol Rep. 2024;54(1):1–9.
3. Golfetto L, et al. PCR-RFLP assay as an option for primary HPV test. Braz J Med Biol Res. 2018;51(1):70–98.
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก. กรุงเทพฯ: โฆษิตการพิมพ์; 2561.
5. ศุลีพร แสงกระจ่าง. การใช้ HPV DNA test ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับประชากรในไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2562.
6. World Health Organization. Cervical cancer [อินเทอร์เน็ต]. 2023 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer#tab=tab_1
7. กระทรวงสาธารณสุข. แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: กองแผนงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
8. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบฐานข้อมูล HDC ข้อมูล HPV-DNA Test จากระบบของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ประมวลผลข้อมูลวันที่ 25 พฤศจิกายน 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=c0cb85481f434d563be6ec98a01cbb92
9. พรรณี ปิ่นนาค. เหตุผลและปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก: กรณีศึกษาสตรีอายุ 30–60 ปีในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2563;3(2):118–31.
10. สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย. การเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตัวเองเพื่อตรวจหาเชื้อ HPV (Self-Collected HPV Testing). กรุงเทพฯ: สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย; 2565.
11. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). โครงการของขวัญปีใหม่ ประจำปี 2565 การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง (HPV Self Sampling) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงจาก:

https://rayong.nhso.go.th/files/userfiles/file/650401_board_5x5/3_1%20ความก้าวหน้าการจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก.pdf
12. โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง. รายงานผลการดำเนินงานคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก. เชียงราย: โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง; 2567.
13. Becker MH, Maiman LA. The health belief model and personal health behavior. Health Educ Monogr. 1975;2(4):324–508.
14. ชนกพร ปี้บ้านท่า. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30–60 ปี เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลวิภาวดี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565;5(2):101–14.
15. จิรศักดิ์ จิรากูลสวัสดิ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. พุทธชินราชเวชสาร. 2564;38(2):130–40.

ผลงานวิชาการ
ประเภทงานประจำสู่งานวิจัย
ด้วยวาจา

การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน: การวิจัยเชิงปฏิบัติการในเครือข่ายสุขภาพอำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

นางสาวรักษณา ข่ายสุวรรณ [1] นางสาวนิศารัตน์ เชียงมี[2]
[1,2]งานเวชกกรมฟื้นฟู โรงพยาบาลแม่ลาว

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ที่เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในบริบทของเครือข่ายสุขภาพอำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย และประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาต่อความต่อเนื่องในการดูแล และสมรรถภาพของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยระยะกลาง 36 ราย ที่ได้รับการดูแลในระบบ IMC โรงพยาบาลแม่ลาว ภายใต้ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบ Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วย 12 ราย (33.33%) สามารถฟื้นฟูจนได้คะแนน Barthel Index ครบ 20 ก่อนครบ 6 เดือน โดยได้รับการเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 5.08 ครั้ง ขณะที่ผู้ป่วยอีก 24 ราย (66.67%) ได้รับการเยี่ยมบ้านจนครบ 6 เดือน โดยมีค่าเฉลี่ยการเยี่ยมบ้าน 11.71 ครั้ง ค่าเฉลี่ยคะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นจาก 8.19 เป็น 15.81 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) และผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจต่อบริการในระดับมากที่สุด (เฉลี่ย 4.68 จาก 5 คะแนน) ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ระบบ IMC ช่วยให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำ และเสริมสร้างบทบาทของเครือข่ายชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

การศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า รูปแบบ IMC ที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้างสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลาง เพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล และได้รับการยอมรับจากผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพในพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: การฟื้นฟูสมรรถภาพ, การดูแลต่อเนื่อง, ผู้ป่วยระยะกลาง, Intermediate Care

Development of an Intermediate Care (IMC) Model from Hospital to Community: An Action Research in the Maelao District Health Network, Chiang Rai Province

Raksana Khaysuwan [1] Nisarat Chiangmee[2]
[1,2]Maelao Hospital

ABSTRACT

This action research aimed to develop and evaluate an Intermediate Care (IMC) model linking hospital-based care to community-based rehabilitation in the Maelao District Health Network, Chiang Rai Province. The study focused on improving continuity of care and patient functional outcomes. The sample consisted of 36 intermediate patients under the care of Maelao Hospital and its multidisciplinary and community health network. Both quantitative and qualitative data were collected and analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and thematic content analysis.

The results showed that 12 patients (33.33%) achieved full recovery with a Barthel Index (BI) score of 20 within 6 months, with an average of 5.08 home visits. The remaining 24 patients (66.67%) received home visits for the full 6-month period, averaging 11.71 visits. The BI score significantly increased from 8.19 to 15.81 ($p < 0.0001$). Patient and caregiver satisfaction was rated at the highest level (average 4.68 out of 5). Qualitative findings indicated that the IMC model facilitated seamless continuity of care, reduced readmissions, and empowered community health networks.

In conclusion, the developed IMC model effectively enhanced patient functional capacity, strengthened care continuity, and was well accepted by patients, families, and healthcare teams within the community.

Keywords: Rehabilitation, Continuity of Care, Intermediate Patients, Intermediate Care

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยอยู่ในช่วงของการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพครอบคลุมและยั่งยืน ตาม ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี โดยมุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพมีความยั่งยืน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ "การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)" ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ 4 Excellence เพื่อยกระดับคุณภาพบริการอย่างทั่วถึง โดยหนึ่งในแผนงานสำคัญคือ การจัดตั้งและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง หรือ Intermediate Care; IMC [(1)]

การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC) เป็นการบริบาลฟื้นสภาพสำหรับผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤตและมีอาการคงที่ แต่อาจยังมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและจิตใจโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน เพื่อส่งเสริมให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกลุ่มเป้าหมายหลักประกอบด้วยผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke), การบาดเจ็บทางสมอง (Traumatic Brain Injury), การบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal Cord Injury) และ กระดูกสะโพกหักจากภาวะเปราะบาง (Fragility Hip Fracture)[(2)]

ข้อมูลจากสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 รายงานว่ามีผู้ป่วย IMC ในระบบ มีจำนวนมากถึง 210,820 ราย[(3)] และมีแนวโน้มมากขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลย้อนหลังในช่วงปีงบประมาณ 2564 – 2567 ของโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย มีผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ IMC จำนวน 95 ราย 108 ราย 120 และ 123 รายตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยโรงพยาบาลแม่ลาวเป็นโรงพยาบาลระดับ F2 ที่ได้รับการถ่ายโอนผู้ป่วยในกลุ่ม Intermediate care จากโรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยได้ดำเนินการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางมาอย่างต่อเนื่อง ให้บริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และเยี่ยมบ้าน[(4)]

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีปรับปรุงการดำเนินการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางมาอย่างต่อเนื่อง ยังพบข้อจำกัดหลายประการ เช่น การขาดการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลแม่ลาว การขาดความต่อเนื่องของการดูแลหลังจำหน่าย การขาดระบบติดตามฟื้นฟูต่อเนื่องในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้เต็มที่ เสียโอกาสในการฟื้นตัว และเกิดภาวะทุพพลภาพหรือแทรกซ้อน เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว คณะกรรมการฟื้นบริบาลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC), ทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีม PCT ของโรงพยาบาลแม่ลาว ได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนารูปแบบการฟื้นบริบาลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ อาทิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อสม. อปท. และครอบครัวของผู้ป่วย ในการดูแลต่อเนื่องถึงระดับชุมชน

การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นบริบาลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ที่เหมาะสมกับบริบทของเครือข่ายสุขภาพอำเภอแม่ลาว และศึกษาผลของรูปแบบที่พัฒนาต่อความต่อเนื่องของการดูแลและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย โดยใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งเน้นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน การปรับปรุงการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสร้างระบบบริการสุขภาพที่ยั่งยืนในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นบริบาลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care; IMC) ที่เชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในบริบทของอำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการฟื้นบริบาลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care; IMC) ที่พัฒนาขึ้นต่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย และ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
3. เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามรูปแบบการฟื้นบริบาลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC)

สมมติฐานการวิจัย

1. รูปแบบการฟื้นบริบาลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ที่พัฒนาขึ้นจะช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบ การฟื้นบริบาลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ที่พัฒนาขึ้น จะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทีมสหวิชาชีพ
3. ทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายสุขภาพ จะมีระดับความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมในระดับสูงต่อรูปแบบ การฟื้นบริบาลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดหลักในการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งเน้นกระบวนการวางแผน ดำเนินการ สังเกตผล และสะท้อนผล เพื่อพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

วิเคราะห์สถานการณ์

↓

วางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

↓

ทดลองใช้รูปแบบการฟื้นฟูใหม่

↓

เก็บข้อมูล - สังเกตผล - ประเมิน

↓

สะท้อนผล – ปรับปรุงรูปแบบ – ขยายผล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการฟื้นบริบาลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care; IMC) จากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน โรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่

- ระยะที่ 1 (สิงหาคม 2567 - ตุลาคม 2567) การวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (IMC)
- ระยะที่ 2 (ตุลาคม 2567 – มีนาคม 2568) การทดลองใช้รูปแบบ การเก็บข้อมูล และการประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนา

การดำเนินงานของการวิจัยอิงตามวงจรการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Learning Cycle) กระบวนการพัฒนาได้เป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. **การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis)**

- เก็บข้อมูลเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วย IMC เดิม
- สัมภาษณ์ทีมดูแล, รวบรวมปัญหาและอุปสรรค เช่น การส่งต่อข้อมูลไม่ครบ ผู้ป่วยขาดการดูแลต่อเนื่อง

2. **การวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (Participatory Planning)**

- จัดประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ รพ.สต. อสม. อปท. และครอบครัว ออกแบบแนวทางใหม่ในการดูแลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชน
- พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชน

3. **ทดลองใช้รูปแบบการฟื้นฟูใหม่ (Implementation)**

- ทดลองใช้รูปแบบ IMC ใหม่กับกลุ่มตัวอย่าง 36 ราย

4. **การเก็บข้อมูล สังเกต และประเมินผล (Monitoring & Evaluation)**

- **แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย** บันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ และโรคที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยในระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care: IMC)
- **แบบบันทึกกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน** บันทึกประเภทของกิจกรรมฟื้นฟูที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงจำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ภายในระยะเวลา 6 เดือน
- **แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน** ใช้แบบประเมิน Barthel ADL Index เพื่อประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน
- **แบบสอบถามความพึงพอใจ** ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต่อการบริการ โดยใช้ระดับมาตร (Likert Scale)
- **แบบบันทึกการระดมความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพ** ใช้สำหรับบันทึกข้อเสนอแนะ มุมมอง และผลสะท้อนจากการประชุมหรือเวทีระดมความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพ

5. **การสะท้อนผลปรับปรุงและขยายผล (Reflection & Refinement)**

- จัดเวทีสะท้อนผลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
- วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ข้อเสนอแนะ
- ปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทเพื่อการขยายผลในเครือข่ายอื่นในอนาคต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยระยะกลางใน 4 กลุ่มโรค ที่เข้ารับบริการในระบบบริบาลฟื้น

สภาพระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ของโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง มีนาคม 2568 โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในกลุ่มโรคที่เหมาะสมสำหรับระบบ Intermediate Care ได้แก่

1. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
2. การบาดเจ็บทางสมอง (Traumatic Brain Injury)
3. การบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal Cord Injury)
4. กระดูกสะโพกหักจากภาวะเปราะบาง (Fragility Hip Fracture)

ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกจะต้องผ่านเกณฑ์การจำหน่ายจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และเข้าสู่ระบบ IMC ของโรงพยาบาลแม่ลาว พร้อมทั้งได้รับการดูแลแบบต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงบ้านและชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพอย่างครบวงจร จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 36 คน ซึ่งเป็นผู้ที่เข้าเกณฑ์ตามเงื่อนไขของการวิจัย และเป็นกลุ่มทดลองหลักในการศึกษาครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเอง และไม่มีผู้ดูแลที่สามารถให้ความยินยอมแทนได้
2. ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการหรือขอถอนตัวระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลงานวิจัย

1.แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ และโรคที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยในระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care: IMC)

2. แบบบันทึกกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน บันทึกประเภทของกิจกรรมฟื้นฟูที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงจำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ภายในระยะเวลา 6 เดือน

3. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index ฉบับภาษาไทย) ใช้ประเมินสมรรถภาพของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน 10 กิจกรรม เช่น การลุกนั่ง การเดิน การรับประทานอาหาร และการใช้ห้องน้ำ มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ประเมินก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

4. แบบสอบถามความพึงพอใจ ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต่อการบริการ แบ่งเป็นระดับคะแนน Likert scale 5 ระดับ เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจต่อการรับบริการในระบบ IMC ใน 3 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การบริการที่ดี และการดูแลที่ต่อเนื่อง

5. แบบบันทึกการระดมความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นแบบบันทึกเวทีระดมความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพ ใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงานของรูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (IMC) ที่พัฒนาขึ้น ทั้งในด้านความสำเร็จ อุปสรรค ปัจจัยสนับสนุน และข้อเสนอแนะเชิงระบบ โดยมีผู้เข้าร่วมประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลแม่ลาว (IMC Team) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และตัวแทนภาคีเครือข่ายในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองงานวิจัย

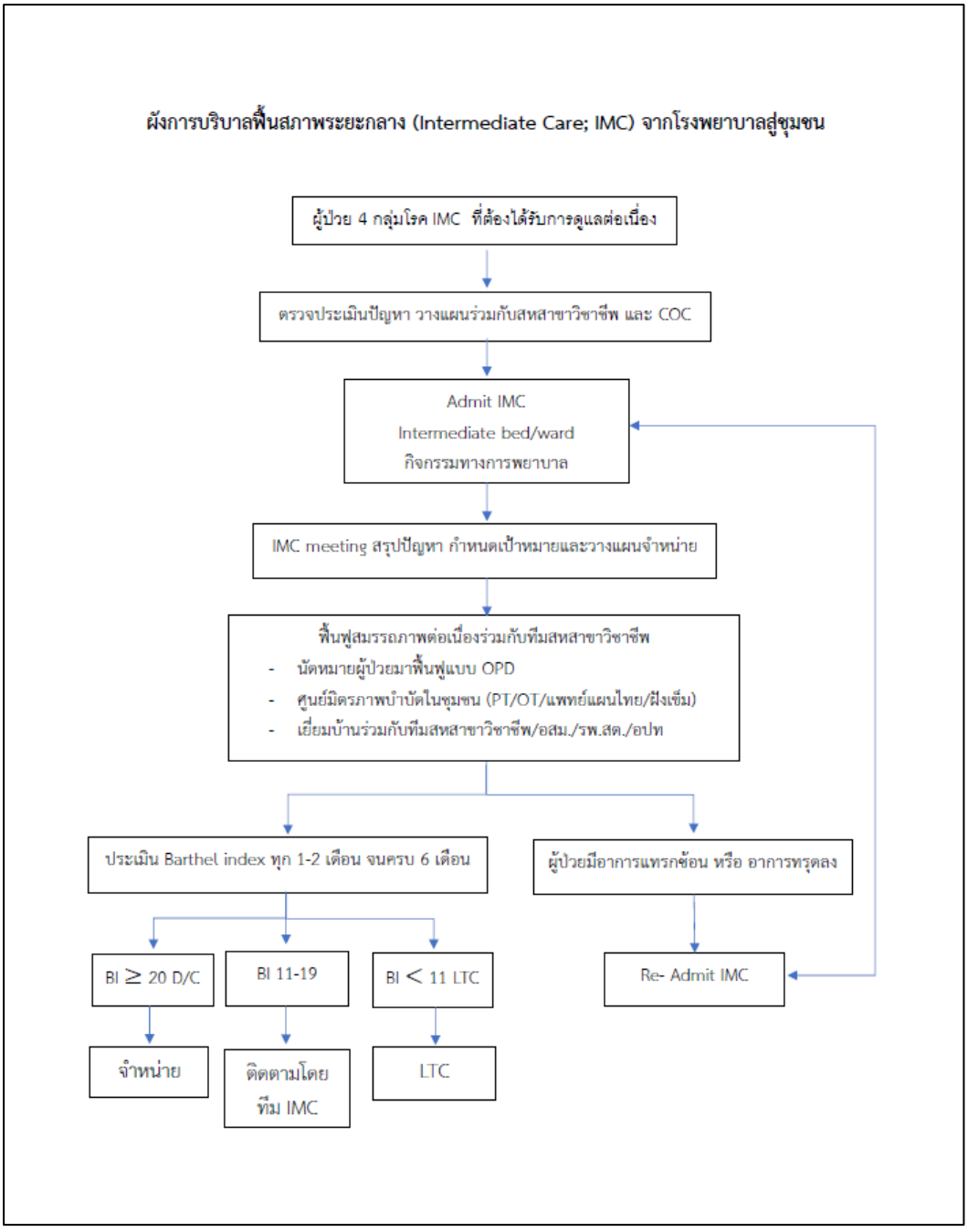
1.รูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC) เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นภายใต้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ ดังผังการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC) ภาพที่ 1 โดยให้การดูแลฟื้นฟูต่อเนื่องด้วยรูปแบบดังต่อไปนี้

การบริการแบบผู้ป่วยใน

- ให้บริการแบบ Intermediate bed เป็นการให้บริการ IPD rehab program ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วัน/สัปดาห์ หรือ 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care)

การบริการแบบผู้ป่วยนอก

- การนัดหมายเพื่อรับบริการฟื้นฟูที่ รพ.แม่ลาว ผู้ป่วยจะได้รับการนัดหมายเข้ารับบริการฟื้นฟูที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง กิจกรรมที่ให้บริการ ได้แก่ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด นวด ประคบสมุนไพร และฝังเข็ม
- การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้บริการเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่าง นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด แพทย์แผนไทย และแพทย์แผนจีน ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ระหว่างเวลา 08.00 น. – 12.00 น.
- การเยี่ยมบ้านร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ ดำเนินการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ อาทิ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ และงานดูแลต่อเนื่อง (COC) อสม. รพ.สต. และ อปท. ในพื้นที่ ให้บริการทุกวันพฤหัสบดีและวันศุกร์ของสัปดาห์ เวลา 13.00 น. – 16.00 น.
- ให้การฟื้นฟูในศูนย์มิตรภาพบำบัดในชุมชนทั้ง 12 ศูนย์ กิจกรรมที่ให้บริการ ได้แก่ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด นวด ประคบสมุนไพร ฝังเข็ม และงานจิตเวช



ภาพที่ 1 ผังการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC)

วิธีรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ตามลำดับขั้นของการดำเนินงาน ได้แก่

ระยะที่ 1: การวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนารูปแบบ (สิงหาคม – ตุลาคม 2567)

ระยะที่ 2: การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ (ตุลาคม 2567 – มีนาคม 2568)

การรวบรวมข้อมูลหลักจะดำเนินการในระยะที่ 2 โดยใช้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากกลุ่มผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. **เก็บข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย** ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ และโรคที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยในระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care: IMC)
2. **เก็บข้อมูลกิจกรรมการเยี่ยมบ้านที่ผู้ป่วยได้รับ** ผู้วิจัยบันทึกกิจกรรมการฟื้นฟูที่ผู้ป่วยได้รับ และจำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ภายในระยะเวลา 6 เดือน
3. **ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ก่อน-หลัง)** ผู้ป่วยได้รับการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้ แบบประเมิน Barthel ADL Index ฉบับภาษาไทย ก่อนและหลัง เข้าร่วมการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลง
4. **ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ** ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ หลังสิ้นสุดกระบวนการฟื้นฟู
5. **จัดเวทีระดมความคิดเห็นและวิเคราะห์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ** ดำเนินการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และระดมความคิดเห็นร่วมกับบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ IMC ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่รพ.สต. และ อสม.ข้อมูลที่ได้ถูกรวบรวมด้วย แบบบันทึกเวทีระดมความคิดเห็น เพื่อใช้ในการวิเคราะห์เชิงคุณภาพสำหรับปรับปรุงพัฒนารูปแบบ IMC ที่เหมาะสมกับบริบทของเครือข่ายสุขภาพอำเภอแม่ลาว
6. **การสะท้อนผลปรับปรุงและขยายผล (Reflection & Refinement)**

- จัดเวทีสะท้อนผลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
- วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ข้อเสนอแนะ
- ปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทเพื่อการขยายผลในเครือข่ายอื่นในอนาคต

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและสรุปผลข้อมูลพื้นฐาน โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด (Minimum – Maximum)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้เพื่อทดสอบความแตกต่างของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก่อนและหลัง เข้าร่วมการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) โดยใช้แบบประเมิน Barthel Index ในการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test แบบจับคู่ (Paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน Barthel ADL Index ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Analysis) ใช้วิเคราะห์ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และแนวทางการพัฒนารูปแบบ IMC ที่เหมาะสมกับบริบทของเครือข่ายสุขภาพอำเภอแม่ลาว

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะกลางที่เข้าร่วมโครงการจำนวนทั้งหมด 36 คน พบว่าเป็นเพศชายจำนวน 14 คน (คิดเป็น 38.89%) เพศหญิง จำนวน 22 คน (คิดเป็น 61.11%) ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67 การบาดเจ็บทางสมอง (Traumatic Brain Injury) 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.56 และกระดูกสะโพกหักจากภาวะเปราะบาง (Fragility Hip Fracture) 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.78 อายุของผู้ป่วยมีช่วงตั้งแต่ 27 ปี ถึง 90 ปี โดยมี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 66.44 ปี (SD = 15.29) วิเคราะห์

แจกแจงความถี่ตามช่วงอายุ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 71–80 ปี มีจำนวนมากที่สุด คือ 15 คน (คิดเป็น 41.7%) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 61–70 ปี จำนวน 8 คน (คิดเป็น 22.2%) กลุ่มผู้สูงอายุช่วงปลาย (81–90 ปี) มีจำนวน 4 คน (คิดเป็น 11.1%) อายุ 51–60 ปี: 3 คน (คิดเป็น 8.33%) และต่ำกว่า 50 ปี 6 คน (คิดเป็น 16.67%) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 (ข้อมูลทั่วไป)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	38.89
หญิง	22	61.11
การวินิจฉัย		
Stroke	24	66.67
Traumatic Brain Injury	2	5.56
Fragility Hip Fracture	10	27.78
อายุ		
71–80 ปี	15	41.70
61–70 ปี	8	22.20
81–90 ปี	4	11.10
51–60 ปี	3	8.33
ต่ำกว่า 50 ปี	6	16.67

สถิติจำนวนการฟื้นฟูและเยี่ยมบ้านผู้ป่วย IMC จากผู้ป่วยในการวิจัย จำนวน 36 ราย พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 12 ราย (คิดเป็นร้อยละ 33.33) ที่สามารถฟื้นคืนสภาพจนมีคะแนน Barthel Index (BI) ครบ 20 คะแนน ก่อนครบระยะเวลา 6 เดือน โดยได้รับการเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 5.08 ครั้ง ส่วนผู้ป่วย IMC อีก 24 ราย (คิดเป็นร้อยละ 66.67) ได้รับการเยี่ยมบ้านจนครบระยะเวลา 6 เดือน โดยมีจำนวนการเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 11.71 ครั้ง ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 (สถิติจำนวนการฟื้นฟูและเยี่ยมบ้านผู้ป่วย IMC)

กลุ่มผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวนครั้งเยี่ยมบ้าน (เฉลี่ย)
BI ครบ 20 ก่อน 6 เดือน	12	33.33	5.08
ได้รับการเยี่ยมครบ 6 เดือน (BI ไม่ครบ)	24	66.67	11.71

ผลการวิเคราะห์คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน Barthel Index ก่อนและหลัง เข้าร่วมการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 8.19 (SD = 5.18) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 15.81 (SD = 5.00) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการทดสอบด้วยสถิติ t-test แบบจับคู่ (Paired t-test) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างชัดเจน ($t = 6.34$, $df = 70$, $p < 0.0001$) โดยมีช่วงความเชื่อมั่น 95% ของความแตกต่างอยู่ระหว่าง −10.00 ถึง −5.22 คะแนน แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC) ที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยเพิ่มสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 (การเปรียบเทียบผลคะแนน Barthel index ด้วยสถิติ paired t-test)

คะแนน	ได้รับการดูแล IMC จากรพ.สู่ชุมชน		ค่าเฉลี่ย	Paired	p-value
	ค่าเฉลี่ยก่อน	ค่าเฉลี่ยหลัง	(ก่อน-หลัง)	t-test	
Barthel index	8.19 ± 5.18	15.81 ± 5.00	10.00 ± 5.22	6.34	0.001*

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ จำนวน 36 คน ต่อรูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (IMC) ใน 3 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การบริการที่ดี และการดูแลที่ต่อเนื่อง พบว่าระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม 4.68 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 (ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ จำนวน 36 คน ต่อรูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ
1.การเข้าถึงบริการ	4.43	มากที่สุด
2.การบริการที่ดี	4.43	มากที่สุด
3.การดูแลที่ต่อเนื่อง	4.39	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	**4.68**	มากที่สุด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากเวทีระดมความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพ การจัดเวทีระดมความคิดเห็นร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลแม่ลาว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อสม. และภาคีเครือข่ายชุมชน เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงานของรูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) พบประเด็นสำคัญ 4 ด้าน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 (ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากเวทีระดมความคิดเห็นแนวทางการพัฒนารูปแบบ IMC เครือข่ายสุขภาพอำเภอแม่ลาว)

ประเด็น	สาระสำคัญที่ได้จากเวทีระดมความคิดเห็น
1. ความสำเร็จของการดำเนินงาน	- ระบบ IMC ช่วยเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนได้จริง - ผู้ป่วยได้รับการติดตามต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ รพ.สต. และ อสม. - ความต่อเนื่องของการดูแลหลังจำหน่ายช่วยลดการกลับเข้ารักษาซ้ำ - ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. อุปสรรคที่พบ	- การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. ยังไม่ชัดเจนในบางพื้นที่ - ระบบส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลแม่ข่ายถึง รพ.สต. ยังไม่ครบถ้วน - ความต่อเนื่องของการติดตามในบางพื้นที่ยังไม่สม่ำเสมอ
3. ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จ	- มีนโนบายระดับประเทศสนับสนุนระบบ IMC - มี รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์ เป็นแม่ข่าย และสนับสนุนวิชาการ เสริมพลัง - มีสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย สนับสนุนการสร้างเครือข่าย - มีผู้บริหาร รพ.แม่ลาว และผู้บริหารในระดับอำเภอ/จังหวัด เห็นความสำคัญในการจัดบริการระบบ IMC - มีทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันอย่างดีเยี่ยม - บุคลากรมีศักยภาพด้านการดูแล - มีการนำเทคโนโลยีต่างๆ เข้าใช้ในระบบ IMC เช่น แอพพลิเคชั่นแบบฟอร์มติดตามผู้ป่วย แอพพลิเคชั่น Line ทีมสหสาขาวิชาชีพ
4. ข้อเสนอแนะเชิงระบบ	- พัฒนาระบบประสานงาน เช่น การประชุมร่วมรายเดือน หรือการประชุมผ่าน ZOOM - พัฒนาการระบบการดูแลต่อเนื่องโดยชุมชน

ประเด็น	สาระสำคัญที่ได้จากเวทีระดมความคิดเห็น
	- พัฒนาองค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะกลางได้อย่างมีประสิทธิภาพ - พัฒนาศักยภาพบุคลากรทีสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ที่เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในบริบทของอำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย โดยใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน ผลการดำเนินงานจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 12 ราย (คิดเป็นร้อยละ 33.33) สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพจนได้คะแนน Barthel Index (BI) ครบ 20 ก่อนครบระยะเวลา 6 เดือน โดยได้รับการเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 5.08 ครั้ง ผู้ป่วยอีก 24 ราย (คิดเป็นร้อยละ 66.67) ได้รับการเยี่ยมบ้านจนครบระยะเวลา 6 เดือน โดยมีจำนวนครั้งเฉลี่ยในการเยี่ยมบ้าน 11.71 ครั้ง ผลดังกล่าวสะท้อนความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดให้ผู้ป่วย Intermediate Care (แบบผู้ป่วยนอก) ได้รับบริการฟื้นฟูอย่างน้อย 6 ครั้ง ภายใน 6 เดือน

ผลการวิเคราะห์คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟู พบว่า ค่าเฉลี่ย BI ก่อนฟื้นฟูอยู่ที่ 8.19 คะแนน (SD = 5.18) หลังการฟื้นฟูเพิ่มเป็น 15.81 คะแนน (SD = 5.00) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ารูปแบบ IMC ที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งผลเชิงบวกต่อสมรรถภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะด้านการฟื้นคืนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้เนื่องจากมีการจัดบริการแบบผสมผสานทั้งการดูแลในโรงพยาบาล การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ และการสนับสนุนจากเครือข่ายในชุมชน

ในด้านความพึงพอใจ พบว่าผู้ป่วยและญาติประเมินความพึงพอใจอยู่ในระดับ "มากที่สุด" โดยเฉพาะในประเด็น การเข้าถึงบริการ และ การบริการที่ดี แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมั่นในระบบการดูแล IMC ที่เชื่อมโยงทั้งหน่วยบริการและชุมชนอย่างเป็นระบบ

นอกจากนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากเวทีระดมความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพ ยังยืนยันว่าระบบ IMC ช่วยลดช่องว่างของการส่งต่อ ช่วยให้เกิดการดูแลต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน ทั้งยังมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน เช่น การพัฒนาระบบประสานงาน การใช้เทคโนโลยีสื่อสาร และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในเครือข่าย

สรุปภาพรวมรูปแบบ IMC ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในบริบทของชุมชนชนบท โดยส่งผลดีต่อสมรรถภาพของผู้ป่วย ความพึงพอใจของครอบครัว และการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ นำไปสู่ระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวมที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการและกิจกรรมต่างของงาน IMC อันเป็นส่วนหนึ่งในการวิจัยครั้งนี้ รวมถึง โรงพยาบาลแม่ลาว และ เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอแม่ลาว ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินการตามรูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) นอกจากนี้

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ทีมสหวิชาชีพ และ ครอบครัวของผู้ป่วย ที่เข้าร่วมให้ข้อมูล แสดงความคิดเห็น และเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีคุณภาพ เหมาะสมกับบริบทของชุมชนในพื้นที่ และทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ที่เชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล ส่งผลดีต่อสมรรถภาพของผู้ป่วย และได้รับความพึงพอใจจากผู้เกี่ยวข้องในระดับสูง จึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

- ควรขยายการดำเนินงานของรูปแบบ IMC ไปยังเครือข่ายบริการสุขภาพอื่น โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชนในการวางแผนการดูแล ร่วมติดตาม และประเมินผลการฟื้นฟูของผู้ป่วย
- พัฒนาและจัดให้มีระบบเยี่ยมบ้านที่มีแผนชัดเจนและสม่ำเสมอ โดยประสานการทำงานระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. อสม. และ อปท.

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- ควรมีการสนับสนุนงบประมาณและบุคลากรเพิ่มเติม เพื่อรองรับการดำเนินงาน IMC อย่างทั่วถึงในระดับอำเภอ
- ส่งเสริมให้มีการจัดตั้ง “Intermediate Ward” และจัดอบรมบุคลากรด้านการฟื้นฟูโดยเฉพาะ เช่น พยาบาลฟื้นฟู หรือ Care Manager

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

- ควรศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาวของการดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบ IMC ต่อคุณภาพชีวิต และการลดภาระของผู้ดูแล
- ควรพัฒนาและทดสอบเทคโนโลยีสนับสนุน เช่น แอปพลิเคชันติดตามผู้ป่วย เครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ และระบบฐานข้อมูลร่วมในระดับชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้านของกระทรวงสาธารณสุข: Prevention & Promotion Excellence, Service Excellence, People Excellence และ Governance Excellence [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560 [อ้างถึง 18 มิ.ย. 2568]. มีอยู่ที่: เว็บไซต์สารสนเทศกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ

2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. KPI Template ตัวชี้วัดกระทรวง ประจำปีงบประมาณ 2567 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566 [อ้างถึง 18 มิ.ย. 2568]. มีอยู่ที่: https://spd.moph.go.th/kpi-template-2567/ snmri.go.th+10

3. สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพ. แนวทางการพัฒนาระบบบริการ Intermediate Care (IMC) สำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มเปราะบาง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [อ้างถึง 18 มิ.ย. 2568]. มีอยู่ที่: https://imc.moph.go.th/

4. โรงพยาบาลแม่ลาว. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) [รหัส: PCT-CPG-000]. เชียงราย: โรงพยาบาลแม่ลาว; 2566.

พัฒนาระบบการตรวจ Glucose Challenge Test (GCT) และ Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) เพื่อวินิจฉัยเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ ของโรงพยาบาลแม่สรวย จ.เชียงราย ปี 2568-2569

นงคราญ กระธง
งานห้องปฏิบัติงาน โรงพยาบาลแม่สรวย

บทคัดย่อ

พัฒนาระบบการตรวจ Glucose Challenge Test (GCT) และ Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) เพื่อวินิจฉัยเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ ของโรงพยาบาลแม่สรวย จ.เชียงราย ปี 2568-2569 เป็นงานวิจัย R2R และวัตถุประสงค์เพื่อหาแนวทางการตรวจ GCT และ OGTT แบบใหม่เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยในการวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus หรือ GDM) ของโรงพยาบาลแม่สรวย และเพื่อทดสอบความถูกต้อง แม่นยำ ของสมการค่าเทียบเคียง Fasting Plasma Glucose หรือ FPG และนำผลวิจัยไปวิเคราะห์เพื่ออ้างอิงในการจัดทำแนวทางใหม่ในการวินิจฉัยโรค GDM ของโรงพยาบาลแม่สรวย

งานวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์กับโรงพยาบาลแม่สรวย และเข้าเกณฑ์ต้องทำการตรวจวินิจฉัยโรค GDM และสำหรับการตรวจ GCT และ OGTT ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 123 คน และใช้เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว 2 ยี่ห้อ เทียบกับค่าน้ำตาลจากเส้นเลือดดำโดยเครื่องอัตโนมัติ ในเดือนกุมภาพันธ์ 2568 - กันยายน 2569 จากนั้นใช้ค่าสถิติ kappa score, ค่าความจำเพาะ, ค่าความไว, ค่าทำนายโรคผลบวก, ค่าทำนายโรคผลลบ และค่าความแม่นยำเพื่อวิเคราะห์ผล

ผลการวิจัยพบว่า GCT ในการตรวจน้ำตาลจากปลายนิ้วควรใช้ค่าเทียบเคียง FPG เนื่องจากข้อมูลทางสถิติพบว่าค่าความไวสูงเหมาะกับการตรวจคัดกรอง โดยวิเคราะห์จากค่าสถิติ kappa score (0.7–0.8), Specificity (83–98%), Sensitivity (64–100%), PPV (72–93%), NPV (85–100%) สำหรับ OGTT ไม่จำเป็นต้องใช้ค่าเทียบเคียง FPG เนื่องจากจะทำให้เกิด false positive โดยวิเคราะห์จากค่าสถิติ kappa score (0.5–0.7), Specificity (69–99%), Sensitivity (50–100%), PPV (46–93%), NPV (88–100%), Accuracy (75–89%) ดังนั้นสามารถใช้ BGM ในการตรวจ GCT และ OGTT ในหญิงตั้งครรภ์ได้ แต่หากใช้เครื่องที่แตกต่างจากการวิจัยนี้ควรทำการตรวจสอบความใช้ได้ หรือ validation

คำสำคัญ: แนวทางการตรวจ GCT และ OGTT, วิธีตรวจระดับน้ำตาลจากปลายนิ้ว

Development of the Glucose Challenge Test (GCT) and Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) system for diagnosing Gestational Diabetes Mellitus (GDM) at Mae Suai Hospital, Chiang Rai Province, 2025–2026

Nongkran Krathong

ABSTRACT

Development of the Glucose Challenge Test (GCT) and Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) System for diagnosing Gestational Diabetes Mellitus (GDM) at Mae Suai Hospital, Chiang Rai Province, 2025–2026: An R2R Research Study. This research aims to develop a new approach for conducting GCT and OGTT to improve the diagnostic service system for gestational diabetes mellitus (GDM) at Mae Suai Hospital. Another objective is to test the Accuracy and precision of estimated Fasting Plasma Glucose (FPG) equations and use the findings to develop a new diagnostic guideline for GDM at the hospital. And population includes pregnant women who received antenatal care at Mae Suai Hospital and met the criteria for GDM screening. A total of 123 participants underwent both GCT and OGTT. Two brands of blood glucose meters (BGM) using finger-prick capillary blood were compared against venous plasma glucose measured by an automated analyzer. Data collection was conducted from February 2025 to September 2026. Statistical analysis included the kappa score, Specificity, Sensitivity, Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), and Accuracy. The research findings suggest that, for GCT, using estimated FPG values from finger-prick tests is appropriate due to high Sensitivity, making it suitable for screening purposes. Statistical analysis showed values in the following ranges: kappa score (0.7–0.8), Specificity (83–98%), Sensitivity (64–100%), PPV (72–93%), NPV (85–100%), and Accuracy (86–93%). However, for OGTT, using estimated FPG is not recommended as it may lead to false positive screening results. Statistical analysis for OGTT showed: kappa score (0.5–0.7), Specificity (69–99%), Sensitivity (50–100%), PPV (46–93%), NPV (88–100%), and Accuracy (75–89%). In conclusion, blood glucose meters (BGM) can be used for both GCT and OGTT in pregnant women. However, if devices different from those used in this study are employed, their validity should be verified before implementation.

Keywords: Glucose Challenge Test (GCT), Oral Glucose Tolerance Test (OGTT)

บทนำ

โรคเบาหวานที่พบในหญิงมีครรภ์แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ โรคเบาหวานที่พบก่อนการตั้งครรภ์ (pre-gestational diabetes) และโรคเบาหวานที่พบครั้งแรกหรือที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes,)[1,2] โรงพยาบาลแม่สรวย มีการตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้แนวทางการปฏิบัติงานตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566[3] การวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ปัจจุบันมีการใช้อยู่หลายเกณฑ์ด้วยกัน เกณฑ์ที่ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยแนะนำให้ใช้ในปัจจุบัน มี 2 เกณฑ์คือ เกณฑ์ของ Carpenter และ Coustan และเกณฑ์ของ International Diabetes Federation (IDF) โดยโรงพยาบาลแม่สรวยใช้เกณฑ์ของ Carpenter และ Coustan โดยมีแนวทางการตรวจคัดกรองแนะนำไว้ทำเวลาใดก็ได้โดยไม่ต้องอดอาหารโดยให้หญิงตั้งครรภ์ดื่มกลูโคสจำนวน 50 mg% (50 gm Glucose Challenge test หรือ GCT) หลังดื่ม 1 ชั่วโมงเจาะเก็บเลือดจากเส้นเลือดดำ ทำการวัด Plasma glucose ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 mg% ถือว่าผิดปกติ ให้ทำการทดสอบต่อด้วย Oral Glucose Tolerance Test หรือ OGTT โดยให้หญิงตั้งครรภ์ดื่มน้ำที่ละลายน้ำตาลกลูโคส 100 กรัม และเจาะเก็บเลือดจากหลอดเส้นดำตรวจระดับน้ำตาล 4 จุด โดยให้เจาะเลือดก่อนดื่มน้ำตาลและหลังดื่มน้ำตาลชั่วโมงที่ 1, 2 และ 3 ถ้ามีค่าน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 105, 190, 165 และ 145 มก./ดล. ตั้งแต่ 2 ค่าขึ้นไป จะถือว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

การตรวจวัดหาค่าน้ำตาลในเลือดสามารถตรวจได้ 2 แบบ ได้แก่ Fasting Plasma Glucose (FPG) และ Blood Glucose Meter (BGM) โดย FPG เป็นการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้การเจาะเก็บเลือดจากเส้นเลือดดำ ส่วน BGM เป็นการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้การเจาะเลือดจากเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว ซึ่งค่าที่ได้จาก FPG โดยวิธีมาตรฐานจากห้องปฏิบัติการ จะมีค่าสูงกว่าค่าที่ได้จากเจาะเลือดจากเส้นเลือดฝอย BGM [4] สามารถรายงานน้ำตาลจาก BGM เป็นค่าเทียบเคียง FPG โดยสหพันธ์เคมีคลินิกนานาชาติ (International Federation of Clinical Chemistry หรือ IFCC) ได้เสนอให้รายงานเป็นค่าเทียบเคียงพลาสม่ากูลโคส โดยนำค่าน้ำตาลจาก BGM ที่วัดได้จากเส้นเลือดฝอยคูณด้วย correction factor 1.11 ดังสมการ ค่าเทียบเคียง FPG = BGM x 1.11

การตรวจหาระดับน้ำตาลแบบ BGM มีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลให้การตรวจวัดคลาดเคลื่อน ได้แก่ แถบทดสอบ อุณหภูมิ ความสูงของน้ำทะเล ความเข้มข้นของเลือด สารชีวเคมีต่างๆเช่น Triglyceride น้ำตาลชนิดต่างๆ เช่น Icodextrin ที่ใช้ฟอกไตทางหน้าท้องทำให้ค่าน้ำตาลสูงขึ้น

การเทียบเคียงระดับน้ำตาลระหว่าง FPG กับ BGM ในหญิงตั้งครรภ์ยังไม่พบว่ามีการเปรียบเทียบว่าเป็นไปตามสมการเทียบเคียงพลาสม่ากูลโคสหรือไม่ โครงการวิจัยนี้จึงจะทำการเทียบเคียงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าสามารถใช้ correction factor 1.11 ในหญิงตั้งครรภ์ได้หรือไม่ และในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย

(diagnostic test) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความแม่นยำ (Accuracy) ของการตรวจวินิจฉัยแบบใหม่ ซึ่งเป็นการ ประเมินความแม่นยำของการตรวจวินิจฉัยจะพิจารณาจากค่าความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity)[6-8] ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ในการประมาณค่าความไวหรือความจำเพาะเป็นค่าคงที่ ไม่เกิน10% และPrevalence of disease (ความชุกของภาวะ Gestational Diabetes Mellitus หรือ GDM ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่มาตรวจคัดกรอง) โดยจากเอกสารอ้างอิงเท่ากับ 60%[5] สิ่งหนึ่งที่สำคัญที่ต้องพิจารณาอย่างระมัดระวังคือ ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาต้องมีมากเพียงพอ จึงจะนำไปสู่การประมาณค่าดังกล่าวข้างต้นที่มีความน่าเชื่อถือ[9-10] และเนื่องจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างมีหลายสูตร ในการพิจารณาเลือกใช้สูตรใดนั้นขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การวิเคราะห์เชิงสถิติ (statistical analysis) ที่จะใช้และรูปแบบ

การศึกษา (study design) โดยการศึกษาวิจัยนี้ได้อ้างอิงตามหลักสถิติข้างต้น หากงานวิจัยนี้สามารถพิสูจน์ได้ว่า การเจาะเลือดจากปลายนิ้ว สามารถใช้ทดแทนการเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำโดยไม่มีผลกระทบกับค่าวินิจฉัยของแพทย์ได้จริง จะสามารถนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลแม่สรวยหรือโรงพยาบาลอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาหาแนวทางการตรวจ GCT และ OGTT แบบใหม่เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยในการวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลแม่สรวย

2. เพื่อทดสอบความถูกต้อง แม่นยำ ของสมการค่าเทียบเคียงพลาสม่ากลูโคส (ค่าเทียบเคียง FPG) = BGM x 1.11 ระหว่างเจาะเก็บโดยใช้ Fasting Plasma Glucose (FPG) และ Blood Glucose Meter (BGM) ในหญิงตั้งครรภ์ที่รับประทานน้ำตาล Dextrose ขนาด 50 mg% กับ 100 mg% ในโรงพยาบาลแม่สรวย เพื่อนำไปอ้างอิงในการจัดทำแนวทางใหม่ในการให้บริการผู้ป่วยในการวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลแม่สรวย

กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการตรวจระดับน้ำตาลทั้งจากปลายนิ้วและเส้นเลือดดำ มีค่าระดับน้ำตาลที่ได้สอดคล้องกัน และสามารถนำวิธีการตรวจระดับน้ำตาลทั้งจากปลายนิ้วนำมาใช้งานจริงได้

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์กับทางโรงพยาบาลแม่สรวย และเข้าเกณฑ์ต้องทำการตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2568 - กันยายน 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์กับทางโรงพยาบาลแม่สรวย และเข้าเกณฑ์ต้องทำการตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยเลือกใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการประเมินค่าความไวและความจำเพาะ และได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างคือ 123 ราย ซึ่งใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการประมาณค่าความไวคือ

$$Nse = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \times Se1\ (1-Se)}{D^2 x P}$$

สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการประมาณค่าความจำเพาะคือ

$$Nsp = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \times Sp1\ (1-Sp)}{D^2 x (1-P)}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์สารเคมีแบบอัตโนมัติ (Mindray รุ่น BS-620M) เพื่อตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่เจาะเก็บจากเส้นเลือดดำหรือ Fasting Plasma Glucose (FPG) และใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลปลายนิ้วหรือ Blood Glucose Meter (BGM) จำนวน 2 ยี่ห้อ ได้แก่ Uright และ On call sure เพื่อตรวจวัด

ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้ทำการตรวจวัดระดับน้ำตาลโดยการเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำและเจาะเลือดปลายนิ้วควบคู่กัน

วิธีรวบรวมข้อมูล

1. ออกแบบการเก็บข้อมูล ร่วมกับงานฝากครรภ์ของโรงพยาบาลแม่สรวย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ กลุ่มที่คนที่รับประทานน้ำตาล Dextrose 50 mg% จำนวน 123 ราย และรับประทานน้ำตาล Dextrose 100 mg% จำนวน 123 ราย โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2568– 30 กันยายน 2569 ในการเก็บข้อมูลและการนำไปทดลองใช้

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และมีการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคเบาหวานทุกราย ห้องปฏิบัติการทำการเจาะเก็บเลือดจากปลายนิ้ว (ตรวจระดับน้ำตาลโดยใช้ Glucometer หรือเครื่องตรวจวัดน้ำตาลจากปลายนิ้ว) และเจาะเก็บเลือดจากเส้นเลือดดำใส่หลอด NaF (ตรวจวัดระดับน้ำตาลโดยใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์สารเคมีแบบอัตโนมัติ) ทำการบันทึกค่าน้ำตาลปลายนิ้วและจากเส้นเลือดดำที่ตรวจวัดได้ไว้ในตารางสำหรับ GCT และตารางสำหรับ OGTT โดยเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติและเครื่อง BGM ได้รับการควบคุมคุณภาพจนผ่านมาตรฐานทุกครั้งก่อนนำมาทำการตรวจวิเคราะห์ และมีควบคุมปัจจัยที่อาจมีผลต่อค่าที่ตรวจวิเคราะห์

3. หลังจากเก็บข้อมูลครบทั้งหมด 123 ราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยนำค่า BGM คูณ factor 1.11 บันทึกผลในตาราง แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาความสัมพันธ์ทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. Cohen's kappa statistic หรือ kappa score เป็นค่าสัมประสิทธิ์ตัวชี้วัดทางสถิติ ใช้ทดสอบความสอดคล้อง (Consistency) กันของข้อมูล 2 กลุ่ม โดยวิเคราะห์ค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ตรวจวัดโดยใช้ BGM จากการตรวจวัดด้วยเครื่องวัดจากปลายนิ้ว มีความสอดคล้องกับค่าระดับน้ำตาลที่ตรวจวัดโดยใช้ FPG จากการวัดด้วยเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ

ภาพที่ 1 สูตรคำนวณ Kappa score

$$\text{สถิติ} \quad K = \frac{nD - \Sigma t_i U_i}{n^2 - \Sigma t_i U_i}$$

เมื่อ n = จำนวนความถี่ทั้งหมดในตาราง

D = ผลรวมความถี่ในเส้นทแยงมุมของตาราง

t_i = ผลรวมความถี่ใน row i

U_i = ผลรวมความถี่ใน column ที่ i

2. การคำนวณ Sensitivity, Specificity, Accuracy, Positive Predictive Value (PPV) และ Negative Predictive Value (NPV) โดยการใช้สูตรในการคำนวณ

ตารางที่ 1 ตารางข้อมูลใช้คำนวณค่าสถิติ Specificity, Sensitivity, Accuracy, Positive Predictive Value (PPV) และ Negative Predictive Value (NPV)

		วิธีตรวจวัดจากเส้นเลือดดำ	
		Positive (ค่าน้ำตาลผิดปกติ)	Negative (ค่าน้ำตาลปกติ)
วิธีตรวจวัดจากปลายนิ้ว	Positive (ค่าน้ำตาลผิดปกติ)	a True positive	b False positive
	Negative (ค่าน้ำตาลปกติ)	c False negative	d True negative

- ความไว หรือ Sensitivity เป็นคุณลักษณะของการตรวจวินิจฉัยที่แสดงถึงสัดส่วนของผลการทดสอบที่ให้ผลเป็นบวกในผู้ป่วยที่เป็นโรค สำหรับวิธีการทดสอบที่มีความไวสูงจะมีโอกาสผิดพลาดน้อยมากในการค้นหาผู้ป่วยที่เป็นโรค ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยแยกโรคออกไป (rule out) แต่อย่างไรก็ตาม วิธีการทดสอบที่มีความไวสูง ก็ยังมีโอกาสที่จะมีคนที่ไม่เป็นโรคปนเข้ามาได้ด้วย (false negative) ดังนั้น วิธีการทดสอบที่มีความไวสูงจึงเหมาะสำหรับการตรวจคัดกรองผู้ป่วย (screening test) โดยสามารถคำนวณได้ดังนี้

Sensitivity = a / a + c = TP / TP + FN

- ความจำเพาะ หรือ Specificity เป็นคุณลักษณะของการตรวจวินิจฉัยที่แสดงถึงสัดส่วนของผลการทดสอบที่ให้ผลเป็นลบในผู้ที่ไม่เป็นโรค สำหรับวิธีการทดสอบที่มีความจำเพาะสูงจะมีโอกาสผิดพลาดน้อยมากในการวินิจฉัยผู้ที่ไม่เป็นโรคว่าป่วยเป็นโรค หรือหมายถึงโอกาสการเกิด false positive มีน้อย และความจำเพาะสูงจะมีประโยชน์ในการยืนยันการเป็นโรค (confirm) หรือ rule in ดังนั้น การวินิจฉัยโรคที่มีผลกระทบร้ายแรงเช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์และโรคทางจิตเวช จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใช้วิธีการทดสอบที่มีความจำเพาะสูง โดยสามารถคำนวณได้ดังนี้

Specificity = d / d + b = TN / TN + FP

- ความแม่นยำ หรือ Accuracy เป็นค่าความแม่นยำของการตรวจที่บอกจำนวนที่เป็นโรคแน่นอนเมื่อได้ผลบวกและบอกจำนวนไม่เป็นโรคแน่นอนเมื่อได้ผลลบ จำนวนเหล่านั้นเป็นสัดส่วนเท่าใดของประชากรที่นำมาตรวจ สามารถคำนวณได้ดังนี้

Accuracy = [a + d] / [a + b + c + d]

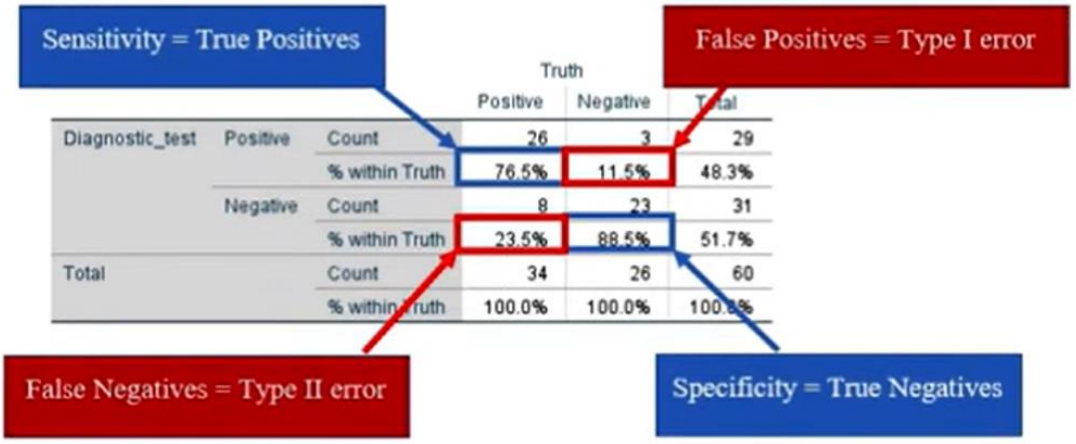
- ค่าทำนายโรคเมื่อผลการทดสอบเป็นบวก (Positive Predictive Value: PPV) หรือความน่าจะเป็นของการเป็นโรค ถ้าผลการทดสอบเป็นบวก โดยสามารถคำนวณได้ดังนี้

Positive Predictive Value = a / a + b = TP / TP + FP

- ค่าทำนายโรคเมื่อผลการทดสอบเป็นลบ (Negative Predictive Value: NPV) หรือความน่าจะเป็นของการไม่เป็นโรค ถ้าผลการทดสอบเป็นลบ โดยสามารถคำนวณได้ดังนี้

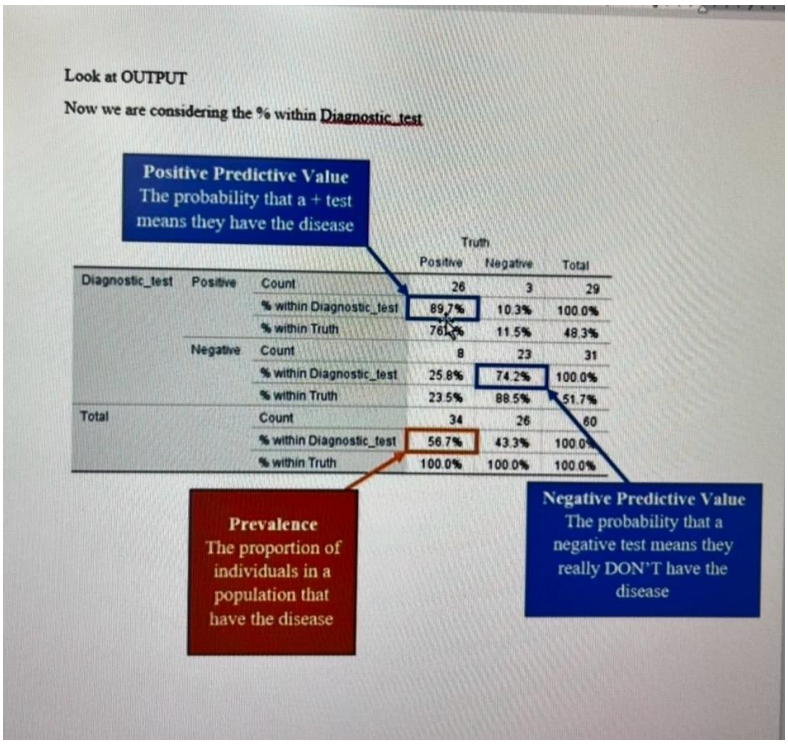
Negative Predictive Value = d / d + c = TN / TN + FN

3. การคำนวณ Sensitivity, Specificity, Accuracy, Positive Predictive Value (PPV) และ Negative Predictive Value (NPV) โดยการใช้โปรแกรม IBSS



			Truth Positive	Negative	Total
Diagnostic_test	Positive	Count	26	3	29
		% within Truth	76.5%	11.5%	48.3%
	Negative	Count	8	23	31
		% within Truth	23.5%	88.5%	51.7%
Total		Count	34	26	60
		% within Truth	100.0%	100.0%	100.0%

ภาพที่ 2 การแปลผลจากโปรแกรม IBSS เพื่อหาค่า Sensitivity และ Specificity



			Truth Positive	Negative	Total
Diagnostic_test	Positive	Count	26	3	29
		% within Diagnostic_test	89.7%	10.3%	100.0%
		% within Truth	76.5%	11.5%	48.3%
	Negative	Count	8	23	31
		% within Diagnostic_test	25.8%	74.2%	100.0%
		% within Truth	23.5%	88.5%	51.7%
Total		Count	34	26	60
		% within Diagnostic_test	56.7%	43.3%	100.0%
		% within Truth	100.0%	100.0%	100.0%

ภาพที่ 3 การแปลผลจากโปรแกรม IBSS เพื่อหาค่า PPV และ NPV

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ให้การรับรองยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตราฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP หมายเลขการรับรอง CRPPHO 174/2567

ผลการวิจัย

ตาราง สรุปค่าสถิติ

	GCT				OGTT			
	Uright		On call sure		Uright		On call sure	
	ไม่มีการคูณค่า factor	มีการคูณค่า factor *1.1	ไม่มีการคูณค่า factor	มีการคูณค่า factor *1.1	ไม่มีการคูณค่า factor	มีการคูณค่า factor *1.1	ไม่มีการคูณค่า factor	มีการคูณค่า factor *1.1
Kappa	0.673	0.703	0.834	0.776	0.589	0.649	0.659	0.486
Sensitivity	64.1	92.3	92.3	100.0	50.0	84.6	73.1	100.0
Specificity	97.6	83.3	92.9	84.5	99.0	87.6	92.8	69.1
PPV	92.6	72.0	85.7	75.0	92.9	64.7	73.1	46.4
NPV	85.4	95.9	96.3	100.0	88.1	95.5	92.8	100.0
Acuracy	86.9	86.0	92.6	89.0	88.6	86.9	88.0	75.0

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลแม่สรวย จำนวน 123 ตัวอย่าง เพื่อศึกษาค่าน้ำตาลในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์กับทางโรงพยาบาลแม่สรวย และเข้าเกณฑ์ต้องทำการตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งจะมีการตรวจ GCT และ OGTT เป็นการตรวจค่าน้ำตาลด้วยวิธีตรวจระดับน้ำตาลจากปลายนิ้วและวิธีตรวจระดับน้ำตาลจากเส้นเลือดดำ เมื่อนำผลการศึกษามาวิเคราะห์ด้วยค่าทางสถิติพบว่า ตัวอย่างที่ด้วยวิธีตรวจระดับน้ำตาลจากปลายนิ้วและวิธีตรวจระดับน้ำตาลจากเส้นเลือดดำให้ผลข้อมูลสอดคล้องกันจากการคำนวณด้วยค่า Kappa score ซึ่งได้ค่าในช่วง 0.5-0.9 (ระดับปานกลางถึงดีมากหรือค่อนข้างสมบูรณ์) และเมื่อคำนวณค่าทางสถิติ Specificity, Sensitivity, Accuracy, Positive Predictive Value (PPV) และ Negative Predictive Value (NPV) ได้ค่าในช่วง 50-100 และเพื่อประเมินประสิทธิภาพการทดสอบจึงมีการเลือกใช้ค่า factor (1.11) มาร่วมวิเคราะห์ผล จึงได้ข้อสรุปว่าการตรวจคัดกรอง GCT ควรใช้วิธีการที่คูณค่า factor เพื่อให้ได้ค่า Sensitivity ที่สูงและมีค่าสถิติที่เหลืออยู่ในช่วงยอมรับได้ เพื่อเหมาะกับการตรวจคัดกรอง และการตรวจวินิจฉัย OGTT ควรใช้วิธีการที่ไม่คูณ factor เพื่อได้ค่า Specificity ที่สูง และค่าสถิติที่เหลืออยู่ในช่วงรับได้ ถึงแม้ว่า Sensitivity จะมีค่าต่ำ แต่การตรวจ OGTT เป็นการตรวจวินิจฉัยหลังการตรวจคัดกรองในการตรวจ GCT และการตรวจด้วยวิธีตรวจระดับน้ำตาลจากปลายนิ้วสามารถเป็นแนวทางการตรวจ GCT และ OGTT แบบใหม่ เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยในการวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลแม่สรวย และได้ผ่านการศึกษาค่าความสัมพันธ์ของสมการค่า FPG = BGM x 1.11 เรียบร้อยแล้ว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณความกรุณาจากเพื่อนร่วมงานในห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลแม่สรวยและพยาบาลงานรับฝากครรภ์ของโรงพยาบาลที่ช่วยให้การเก็บข้อมูลเป็นไปด้วยความสะดวก เรียบร้อย ครบถ้วน และขอขอบคุณ ดร.พญ.พัชรา เรืองวงศ์โรจน์ จากโรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์ ที่ให้คำปรึกษาแนวทางการวิจัยทุกขั้นตอน และขอขอบคุณ นางสาวณัฐภัทร กระธง บุตรสาวของผู้วิจัยที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านสถิติ และสุดท้ายนี้ ขอขอบคุณครอบครัวของผู้วิจัยที่เป็นกำลังใจในการทำวิจัยจนสำเร็จ

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้สามารถนำไปปรับใช้ในการตรวจ GCT และ OGTT ในทุกโรงพยาบาลเนื่องจากช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการตรวจวิเคราะห์ ลดระยะเวลารอคอยผลการตรวจ และลดความกลัวในการเจาะเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำหลายครั้ง โดยโรงพยาบาลอื่นๆที่จะนำไปใช้ในเครื่องตรวจ BGM ที่ต่างชนิดจากเครื่องที่ผู้วิจัยทำการวิจัยควรทำการ Validate ระหว่างเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบแล้วด้วย เพื่อความมั่นใจในผลการวินิจฉัยมากขึ้นโดยวิเคราะห์ร่วมกับ prevalence ในแต่ละพื้นที่และสามารถพัฒนาไปใช้ในพื้นที่ห่างไกลได้โดยสามารถให้หญิงตั้งครรภ์ตรวจได้ด้วยตนเองในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์. ใน: วรรณี นิธิยานันท์, สาธิต วรรณแสง, ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, บรรณาธิการ. สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย 2550. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย; 2550.

2. International Diabetes Federation Clinical Guidelines Task Force. Global guideline on pregnancy and diabetes. Brussels: International Diabetes Federation; 2009.

3. คณะอนุกรรมการมาตรวิชาชีพ พ.ศ. 2565–2567. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลสตรีตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูติแพทย์แห่งประเทศไทย; ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์.

4. สริการ ขุนศรี, บรรณาธิการ. คู่มือตรวจน้ำตาลปลายนิ้วแบบพกพา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2556. หน้า 12.

5. นฤมล สุดใจ. การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการแพทย์. 2563;27(2):174.

6. Petrie A, Sabin C. Medical statistics at a glance. 3rd ed. West Sussex: Wiley Blackwell; 2009. p. 115–7.

7. Portney LG, Watkins MP. Foundations of clinical research: Applications to practice. 3rd ed. New Jersey: Julie Levin Alexander; 2009. p. 619–58.

8. Antonisamy B, Premkumar PS, Christopher S. Principles and practice of biostatistics. 1st ed. New Delhi: Elsevier; 2017. p. 213–26.

9. Jones S, Carley S, Harrison M. An introduction to power and sample size estimation. Emerg Med J. 2003;20(5):453–8.

10. Peat J, Barton B, Elliott E. Statistics workbook for evidence-based health care. 1 st ed. West Sussex: Wiley Blackwell; 2008. p. 147–53.

การศึกษาความสอดคล้องของการตรวจวิเคราะห์ตะกอนปัสสาวะด้วยวิธี Manual และวิธี Automated ในผู้ป่วยที่มีการส่งตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะของโรงพยาบาลแม่สรวย

วิมลรัตน์ สร้อยสุด[1] ต่อศักดิ์ ตาวงค์[2] นุสรา จันทร์มะโน[3] นงคราญ กระธง[4]
[1,2,3,4] กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลแม่สรวย จ.เชียงราย

บทคัดย่อ

การตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ (Urinalysis) เป็นการทดสอบทางห้องปฏิบัติที่สำคัญและมีบทบาททางการแพทย์อย่างมาก ซึ่งการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะในปัจจุบัน มี 2 วิธี คือ วิธี Manual และวิธี Automated การตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะด้วยวิธี Manual เป็นวิธีที่ใช้อย่างแพร่หลาย แต่มีข้อเสีย คือ ใช้จำนวนบุคลากรมากและอาจใช้เวลานาน เพราะปัจจุบันมีปริมาณตัวอย่างที่เพิ่มมากขึ้น และเนื่องจากจำนวนของบุคคลากรที่มีอย่างจำกัด จึงได้นำการตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธี Automated มาใช้ในงานประจำวันทดแทนการตรวจแบบ Manual ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ Turnaround time เฉลี่ย ระหว่างวิธี Manual และวิธี Automated โดยเริ่มต้นจากการรวบรวมข้อมูล คัดเลือกข้อมูลแบบสุ่มจำนวน 378 ตัวอย่าง หาระยะเวลา Turnaround time เฉลี่ยและเปรียบเทียบกัน ถัดมาทำการเปรียบเทียบความสอดคล้องผลการตรวจตะกอนปัสสาวะจากการตรวจแบบวิธี Manual และ Automated จำนวน 60 ตัวอย่าง โดยใช้ค่าสถิติ Cohen's Kappa (P-value <0.05) และ Concordance rate ในการประเมินร่วมกัน

ผลการศึกษาพบว่าผลการตรวจวิเคราะห์ตะกอนปัสสาวะ จากทั้ง 2 วิธี มีความสอดคล้องกันในระดับที่ดีถึงดีมาก อีกทั้งในการศึกษาเปรียบเทียบ turnaround time เฉลี่ย จากการตรวจวิเคราะห์ทั้ง 2 วิธี พบว่าการตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธี Automated ทำให้ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยลดลง ร้อยละ 23.8 นำผลการศึกษาที่ได้มาช่วยในการตัดสินใจนำการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะด้วยวิธี Automated มาช่วยแบ่งเบาภาระงานในงานประจำได้ ช่วยลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย และลดระยะเวลาการตรวจวิเคราะห์ โดยลดขั้นตอนการทำงาน

คำสำคัญ : Urinalysis, Automated, Manual, Turnaround time, Concordance rate

A comparative study of Manual and Automated Urinalysis at Maesuai Hospital

Wimonrat Soisud[1] Torsak Tawong[2] Nudsara Chanmano[3] Nongkarn Kratong[4]

Abstract

Urinalysis is a test of urine to screen and detect disorders. There are two methods of urinalysis: manual and automated. Manual urinalysis is a widely used method, but its disadvantages are that it requires many personnel and takes a long time to analyze. Nowadays, there is an increasing number of samples and limited personnel. Therefore, automated analysis methods have been used to replace manual method in routine. In this study aimed to compare the average turnaround time between the manual and automated methods in 378 patients. The data were then analyzed using the Excel program and the results showed that the automated method has decreased turnaround time by 23.8 percent. Then, the comparison of urine sediment test results in manual and automated methods of 60 samples, using Cohen's Kappa statistic (P-value <0.05) and concordance rate. The results showed that the manual and automated method has a good or perfect agreement. The data obtained from this study is beneficial for further analysis. It can also be used as information for the laboratory to consider using the automated method in routine to lean the process of work and reduce turnaround time.

Keywords: Urinalysis, Automated, Manual, Turnaround time, Concordance rate

บทนำ

การตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ (Urinalysis) เป็นการทดสอบทางห้องปฏิบัติที่สำคัญและมีบทบาทางการแพทย์อย่างมาก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยในการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น ช่วยในการวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวกับไต โรคตับ โรคระบบทางเดินปัสสาวะ เช่นภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ หรือโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงทางปัสสาวะ เป็นต้น อีกทั้งยังช่วยตรวจติดตามผลของการรักษาและการดำเนินของโรค [1, 2] โดยอาศัยการตรวจคุณสมบัติทางกายภาพ คุณสมบัติทางเคมี และการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ ซึ่งการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะในปัจจุบัน มี 2 วิธี คือ 1. วิธี Manual และ 2. วิธี Automated (การตรวจโดยใช้เครื่องวิเคราะห์-อัตโนมัติ)

การตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะแบบวิธี Manual จะเป็นการตรวจวิเคราะห์คุณสมบัติทางกายภาพเพื่อดูลักษณะสี ความขุ่นของปัสสาวะ ตรวจวิเคราะห์ด้านเคมีโดยใช้แผ่นตรวจปัสสาวะ (Urine strip) วัดจากความเข้มและสีของแถบตรวจ และนำปัสสาวะไปปั่น เทส่วนใสด้านบนทิ้งไป นำปัสสาวะส่วนที่เหลือไปตรวจดูตะกอนปัสสาวะภายใต้กล้องจุลทรรศน์ ซึ่งวิธีการตรวจแบบ Manual เป็นวิธีที่ใช้อย่างแพร่หลาย แต่มีข้อเสียคือ 1) ใช้จำนวนบุคลากรมากและต้องใช้ระยะเวลาในการเตรียมตัวอย่าง หากล่าช้าอาจส่งผลต่อคุณภาพของตัวอย่างได้ เช่น เม็ดเลือดแดงสลายตัว ค่า pH เปลี่ยนแปลงเนื่องจากการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย2) การตรวจวิเคราะห์อาจใช้เวลานาน โดยระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจจะขึ้นอยู่กับจำนวนตัวอย่าง ความชำนาญ และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน 3) อาจเกิดความแปรปรวนของผลตรวจที่เกิดจากความชำนาญของผู้ตรวจ เช่น การตรวจคุณสมบัติทางกายภาพ เช่น สี และความขุ่น อาจขึ้นอยู่กับการประเมินด้วยสายตาซึ่งแตกต่างกันไปตามบุคคล, การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ต้องอาศัยทักษะในการระบุเซลล์ แบคทีเรีย และตะกอนในปัสสาวะ ซึ่งผู้ที่มีประสบการณ์น้อยอาจให้ผลที่ผิดพลาด เช่น การแยกเม็ดเลือดขาว (WBCs) ออกจากเซลล์เยื่อบุผิว (Epithelial cells) การจำแนก Crystal และ Cast บางชนิดอาจแยกแยะได้ยาก ทำให้เกิดการรายงานผลผิดพลาดได้ [3, 4]

การตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะแบบวิธี Automated เพื่อเพิ่มความสะดวกและรวดเร็วในการปฏิบัติงาน โดยจำลองขั้นตอนการทำงานของกล้องจุลทรรศน์ ภาพถ่ายอัตโนมัติระบุชนิดของตะกอนที่เกิดขึ้นในปัสสาวะ และตรวจวิเคราะห์คุณสมบัติด้านกายภาพและเคมีโดยใช้แถบทดสอบปัสสาวะในเวลาเดียวกัน ซึ่งการตรวจวิเคราะห์แบบวิธี Automated มีข้อดี คือ ช่วยลดขั้นตอน ลดระยะเวลาในการตรวจวิเคราะห์ และลดความ-ผิดพลาดจากผู้ปฏิบัติงาน (human error) ข้อเสีย คือ ค่าใช้จ่ายในการตรวจวิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติ อาจมีราคาค่อนข้างสูงและต้องอาศัยบุคคลากรที่มีความรู้ด้านเทคนิค อีกทั้งยังต้องสอบเทียบเครื่องมือ (Calibration) อย่างสม่ำเสมอเพื่อความถูกต้องและแม่นยำของข้อมูล[3, 5]

ห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลแม่สรวย เดิมมีการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะด้วยวิธี Manual เพียงอย่างเดียว แต่เนื่องด้วยปริมาณตัวอย่างที่เพิ่มมากขึ้นและจำนวนของบุคคลากรที่มีอย่างจำกัด จึงได้ตัดสินใจนำการตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธี Automated มาใช้ในงานประจำวัน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อต้องการเปรียบเทียบระยะเวลารอคอย ความสอดคล้องของผลการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะระหว่างวิธี Manual และวิธี Automated จากนั้นนำผลการศึกษาที่ได้ มาช่วยในการตัดสินใจนำการตรวจวิเคราะห์แบบ Automated มาใช้ทดแทน เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาการออกผลล่าช้า เป็นการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจวิเคราะห์มากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

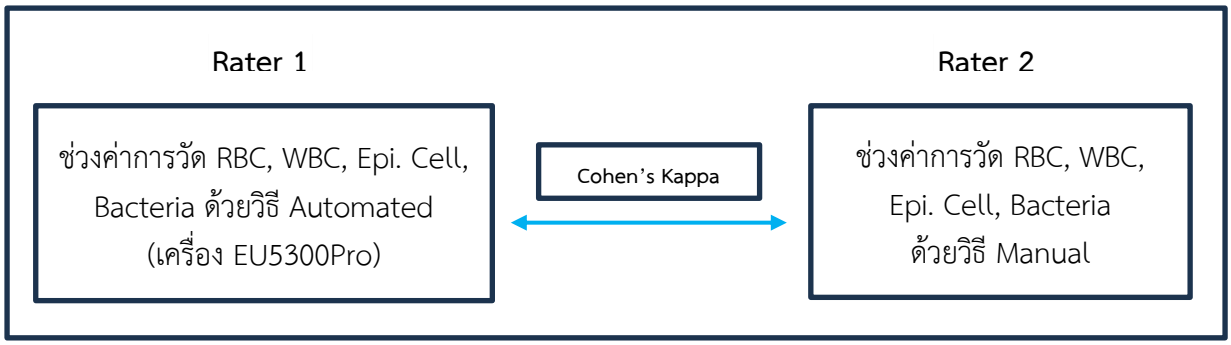
1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลารอคอย ระหว่างการตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธี Manual และ Automated
2. เพื่อศึกษาความสอดคล้องของผลการวิเคราะห์ ระหว่างการตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธี Manual และ Automated

สมมุติฐานการวิจัย

1. ระยะเวลารอคอย (TAT) การตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธีตรวจแบบ Automated น้อยกว่าวิธี Manual
2. ข้อมูลการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะด้วยวิธี Automated สอดคล้องกับวิธี Manual ในระดับดีมาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเรื่องการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ (Urinalysis) ทั้ง 2 วิธี ได้แก่ การตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธี Manual และ Automated นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัย R2R โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนกรกฎาคม 2567 ถึง เดือนมีนาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. การศึกษาด้านระยะเวลาการตรวจวิเคราะห์ เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มีการส่งตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะทั้งหมด จำนวน 7,023 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสูตร Taro Yamane's คือ $n = N / (1 + Ne^2)$ ค่าความคลาดเคลื่อน คือ 0.05 ขนาดกลุ่มตัวอย่างคิดเป็น 378 คน

2. การศึกษาด้านวิธีการตรวจวิเคราะห์ เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มีการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ (Urinalysis) ของโรงพยาบาลแม่สรวย จ.เชียงราย จำนวน 60 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้โปรแกรม i-link, Automatic Urinalysis System, Excel และ SPSS

วิธีรวบรวมข้อมูล

- เก็บรวบรวมข้อมูลที่ต้องการศึกษาโดยใช้โปรแกรม i-link, Automatic Urinalysis System
- นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากโปรแกรม i-link มาหาระยะเวลา Turnaround time เฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะด้วยวิธี Manual และ Automated โดยคัดเลือกข้อมูลแบบสุ่ม จำนวน 378 คน จากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะทั้งหมด

- นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากโปรแกรม Automatic Urinalysis System และการบันทึกมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS และ Microsoft Excel เพื่อหาความสอดคล้องของข้อมูล โดยหาความ-สอดคล้องของข้อมูลการตรวจวัด RBC, WBC, Epithelial cell และ Bacteria ที่ตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธี Automated และ Manual ตามลำดับ โดยใช้ค่าสถิติ Cohen's Kappa

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- สถิติ Cohen's Kappa, การคำนวณ Concordance rate
- การแปลผล Cohen's Kappa (Landis & Koch, 1977)

Kappa Statistic	Strength of the Agreement	% of Data that are reliable
< 0.00	Poor Agreement	0 – 4%
0.00 - 0.20	Slight Agreement	4 - 15%
0.21 - 0.40	Fair Agreement	15 - 35%
0.41 - 0.60	Moderate Agreement	35 - 63%
0.61 - 0.80	Substantial Agreement	64 - 81%
0.81 - 1.00	Almost perfect Agreement	82 - 100%

ที่มาตาราง : https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3900052/

ผลการวิจัย

1. **ผลการศึกษาด้านระยะเวลาการตรวจวิเคราะห์**

ค่าเฉลี่ย Turnaround time ของผู้ป่วยที่ตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะด้วยวิธี Manual มีค่าเท่ากับ 21 นาที และค่าเฉลี่ย Turnaround time ที่ตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธี Automated มีค่าเท่ากับ 16 นาที ซึ่งลดลงจากการตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธี Manual ร้อยละ 23.8

ตารางที่ 1 แสดง Turnaround time เฉลี่ยของผู้ป่วยที่ตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะด้วยวิธี Manual และวิธี Automated จากผู้ป่วยจำนวน 378 คน

	วิธี Manual	**วิธี Automated**
Turnaround time เฉลี่ย (mins)	21	16

2. **ผลการศึกษาด้านวิธีการตรวจวิเคราะห์**

ผลการเปรียบเทียบการตรวจ RBC ระหว่างวิธี Manual และ Automated โดยใช้ค่าสถิติ Cohen's Kappa และ Concordance rate (อัตราความตรงกัน) พบว่า Concordance rate อยู่ที่ 96.67% และมีค่าสัมประสิทธิ์ Cohen's Kappa เท่ากับ 0.95 พบว่ามีความแตกต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.05) แสดงว่าผลการตรวจเซลล์เม็ดเลือดแดงในตะกอนปัสสาวะ ระหว่างวิธี Manual และวิธี Automated มีความสอดคล้องกันในระดับดีมาก (อยู่ในช่วง 0.81-1.00; Landis & Koch, 1977)

ผลการเปรียบเทียบการตรวจ WBC ระหว่างวิธี Manual และ Automated โดยใช้ค่าสถิติ Cohen's Kappa และ Concordance rate พบว่า Concordance rate อยู่ที่ 83.33% และมีค่าสัมประสิทธิ์ Cohen's Kappa เท่ากับ 0.81 พบว่ามีความแตกต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.05) แสดงว่าผลการตรวจเซลล์เม็ดเลือดขาวในตะกอนปัสสาวะ ระหว่างวิธี Manual และวิธี Automated มีความสอดคล้องกันในระดับดีมาก (อยู่ในช่วง 0.81-1.00; Landis & Koch, 1977)

ผลการเปรียบเทียบการตรวจ WBC ระหว่างวิธี Manual และ Automated โดยใช้ค่าสถิติ Cohen's Kappa และ Concordance rate พบว่า Concordance rate อยู่ที่ 78.33% และมีค่าสัมประสิทธิ์ Cohen's Kappa เท่ากับ 0.71 พบว่ามีความแตกต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.05) แสดงว่าผลการตรวจเซลล์เยื่อบุผิวในตะกอนปัสสาวะ ระหว่างวิธี Manual และวิธี Automated มีความสอดคล้องกันในระดับดี (อยู่ในช่วง 0.61-0.80; Landis & Koch, 1977)

ผลการเปรียบเทียบการตรวจ WBC ระหว่างวิธี Manual และ Automated โดยใช้ค่าสถิติ Cohen's Kappa และ Concordance rate พบว่า Concordance rate อยู่ที่ 86.67% และมีค่าสัมประสิทธิ์ Cohen's Kappa เท่ากับ 0.61 พบว่ามีความแตกต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.05) แสดงว่าผลการตรวจเซลล์แบคทีเรียในตะกอนปัสสาวะ ระหว่างวิธี Manual และวิธี Automated มีความสอดคล้องกันในระดับดี (อยู่ในช่วง 0.61-0.80; Landis & Koch, 1977)

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบการตรวจ RBC ระหว่างวิธี Manual และ Automated โดยใช้ค่าสถิติ Cohen's Kappa และ Concordance rate

RBC	Manual										
EU5300Pro		0-1	1-2	2-3	3-5	5-10	10-20	20-30	30-50	50-100	>100	
	0-1	35										
	1-2		4									
	2-3			2								
	3-5				3							K = 0.95 (P-value <0.05)
	5-10					3	1					
	10-20						3					
	20-30			1				2				
	30-50											
	50-100									2		
	>100										4	
Concordance rate (%) = 96.67												

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบการตรวจ WBC ระหว่างวิธี Manual และ Automated โดยใช้ค่าสถิติ Cohen's Kappa และ Concordance rate

WBC	Manual										
EU5300Pro		0-1	1-2	2-3	3-5	5-10	10-20	20-30	30-50	50-100	>100	
	0-1	11										
	1-2		4									
	2-3		1	3	1							
	3-5				7		1					K = 0.81 (P-value <0.05)
	5-10				2	10						
	10-20						4					
	20-30						1	4				
	30-50							1	1			
	50-100								1	1	1	
	>100									1	5	
Concordance rate (%) = 83.33												

ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบการตรวจ Epithelial cell ระหว่างวิธี Manual และ Automated โดยใช้ค่าสถิติ Cohen's Kappa และ Concordance rate

Epi. cell	Manual										
EU5300Pro		0-1	1-2	2-3	3-5	5-10	10-20	20-30	30-50	50-100	>100
	0-1	26	1								
	1-2		7	2							
	2-3			3	3	1					
	3-5				4						
	5-10			1	1	5					
	10-20					2	2				
	20-30					1					
	30-50						1				
	50-100										
	>100										

K = 0.71 (P-value <0.05)

Concordance rate (%) = 78.33

ตารางที่ 5 แสดงผลการเปรียบเทียบการตรวจ Bacteria ระหว่างวิธี Manual และ Automated โดยใช้ค่าสถิติ Cohen's Kappa และ Concordance rate

Bacteria	Manual			
EU5300Pro		few	moderate	many
	few	44	6	1
	moderate	1	6	
	many			2

K = 0.61 (P-value <0.05)

Concordance rate (%) = 86.67

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบ Turnaround time ของผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วย 378 คนจากการคัดเลือกข้อมูลแบบสุ่ม โดยการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะด้วยวิธี Manual ได้ค่า Turnaround Time เฉลี่ย 21 นาที เทียบกับ Turnaround Time ของผู้ป่วยที่ตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธี Automated มีค่าเฉลี่ย 16 นาที พบว่าการตรวจด้วยวิธี Automated ทำให้มี Turnaround Time ลดลง ร้อยละ 23.8 เมื่อเทียบกับการตรวจด้วยวิธี Manual

ผลการเปรียบเทียบการตรวจเซลล์เม็ดเลือดแดง (RBCs) ในตะกอนปัสสาวะด้วยวิธี Automated กับวิธี Manual มีค่า Kappa = 0.95 จัดอยู่ในระดับสอดคล้องดีมาก (อยู่ในช่วง 0.81-1.00; Landis & Koch, 1977) และร้อยละ 96.67 ให้ผลในช่วงค่าเดียวกัน (Concordance rate) ผลการเปรียบเทียบการตรวจเซลล์เม็ดเลือดขาว (WBCs) ในตะกอนปัสสาวะด้วยวิธี Automated กับวิธี Manual มีค่า Kappa = 0.81 จัดอยู่ในระดับสอดคล้องดีมาก (อยู่ในช่วง 0.81-1.00; Landis & Koch, 1977) และร้อยละ 83.33 ให้ผล

ในช่วงค่าเดียวกัน ผลการเปรียบเทียบการตรวจเซลล์เยื่อบุผิว (Epithelial cell) ในตะกอนปัสสาวะด้วยวิธี Automated กับวิธี Manual มีค่า Kappa = 0.71 จัดอยู่ในระดับสอดคล้องดี (อยู่ในช่วง 0.61-0.80; Landis & Koch, 1977) และร้อยละ 78.33 ให้ผลในช่วงค่าเดียวกัน และผลการเปรียบเทียบการตรวจแบคทีเรีย (Bacteria) ในตะกอนปัสสาวะด้วยวิธี Automated กับวิธี Manual มีค่า Kappa = 0.61 จัดอยู่ในระดับสอดคล้องดี (อยู่ในช่วง 0.61-0.80; Landis & Koch, 1977) และร้อยละ 86.67 ให้ผลในช่วงค่าเดียวกัน

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และเปรียบเทียบ Turnaround time ของผู้ป่วยที่มีการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะด้วยวิธี Manual และ Automated จำนวน 378 คน ผ่านโปรแกรม Excel พบว่าการตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธี Automated ใช้ระยะเวลาลดลง คิดเป็นร้อยละ 23.8 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะด้วยวิธี Automated ช่วยลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยจริง

ถัดมาได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบการตรวจ RBC, WBC, Epithelial cell และ Bacteria จากวิธีการตรวจแบบ Manual และ Automated ในตัวอย่างจำนวน 60 ตัวอย่าง โดยใช้ค่าสถิติ Cohen's Kappa (P-value <0.05) และ Concordance rate ในการประเมินร่วมกัน พบว่าความสอดคล้องของข้อมูลในการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะด้วยวิธี Manual และ Automated มีความสอดคล้องกันในระดับดีถึงดีมาก

ในการศึกษาครั้งนี้ การศึกษาด้านระยะเวลาการตรวจวิเคราะห์ เป็นเพียงการศึกษาในพื้นที่อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงรายเท่านั้น โดยเจ้าหน้าที่ที่ทำการตรวจวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลแม่สรวย มีอยู่อย่างจำกัด เมื่อเทียบกับปริมาณตัวอย่างที่เพิ่มสูงขึ้นในปัจจุบันนี้ การนำวิธี Automated มาช่วยในการตรวจวิเคราะห์ อาจทำให้ Turnaround Time ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ผลการเปรียบเทียบ Turnaround Time ระหว่างวิธี Automated และวิธี Manual อาจแตกต่างกัน ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ที่ทำการศึกษา และการศึกษาด้านวิธีการตรวจวิเคราะห์ เป็นเพียงการศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับความสอดคล้องของข้อมูลจากการตรวจวิเคราะห์ตะกอนในปัสสาวะที่สำคัญ ๆ เพียง 4 ชนิดเท่านั้น ได้แก่ RBC, WBC, Epithelial cell และ Bacteria แต่ยังไม่ครอบคลุมทั้งกระบวนการตรวจวิเคราะห์ด้วยปัสสาวะอย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้ในการศึกษาครั้งนี้จะช่วยในการตัดสินใจในการนำวิธี Automated มาช่วยตรวจวิเคราะห์ในงานประจำวันได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาความสอดคล้องของการตรวจวิเคราะห์ตะกอนปัสสาวะด้วยวิธี Manual และวิธี Automated ในผู้ป่วยของโรงพยาบาลแม่สรวย ครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สรวย จ.เชียงราย ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงาน คุณนงคราญ กระธง ที่ได้อนุญาตให้มีสิทธิ์เข้าถึงฐานข้อมูลรายงาน Turnaround time ของผู้ป่วยที่มีการส่งตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะผ่านระบบ LIS และนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณคุณต่อศักดิ์ ตาวงค์ นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ ขอขอบคุณคุณนุสรา จันทร์มะโน นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และคำแนะนำที่สำคัญในการทำวิจัย อีกทั้งขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้คอยให้คำปรึกษา ตลอดจนให้ความช่วยเหลือในการศึกษาครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอในการนำไปใช้ประโยชน์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสอดคล้องของข้อมูลการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะด้วยวิธี Manual และ Automated ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผลการตรวจวิเคราะห์ตะกอนปัสสาวะจากทั้ง 2 วิธีมีความสอดคล้องกันในระดับที่ดีถึงดีมาก อีกทั้งในการศึกษาเปรียบเทียบ turnaround time จากการตรวจวิเคราะห์ทั้ง 2 วิธี พบว่าการตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธี Automated ทำให้ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยลดลง ร้อยละ 23.8 ดังนั้นการนำการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะด้วยวิธี Automated มาช่วยในงานประจำจะช่วยลดระยะเวลารอคอย ลดระยะเวลาการตรวจวิเคราะห์โดยลดขั้นตอนการทำงาน และเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเพียงการศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับความสอดคล้องของข้อมูลจากการตรวจวิเคราะห์ตะกอนในปัสสาวะที่สำคัญ ๆ เพียง 4 ชนิดเท่านั้น ได้แก่ RBC, WBC, Epithelial cell และ Bacteria แต่ในการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ ยังมีอีกหลายพารามิเตอร์ที่สำคัญที่ช่วยในการบ่งชี้ถึงการเกิดโรค เช่น Cast, Crystal รวมถึงมีการตรวจวิเคราะห์ทางเคมีผ่านแถบตรวจปัสสาวะ ซึ่งหากต้องการศึกษาเพื่อให้ครอบคลุมทั้งกระบวนการตรวจวิเคราะห์ ควรมีการนำการตรวจที่ได้กล่าวไปในข้างต้นมาพิจารณาในการศึกษาครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Thomas Kampfrath PhD, DABCC, FAACC. Urinalysis (UA Test) 2022 [cited 2025 30/03]. Available from: https://www.testing.com/tests/urinalysis/.
2. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. การตรวจปัสสาวะ (Urinalysis) [cited 2025 30/03]. Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/th/manual/Project/pdf/Urinalysis.pdf.
3. สุริยะ เครือจันต๊ะ, สลิล ศิริอุดมภาส. ผลของการเตรียมตะกอนปัสสาวะต่อการตรวจวิเคราะห์ทางจุลทรรศนศาสตร์คลินิกที่ใช้ในห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี. 2023;4.
4. มงคล โชตยาภรณ์. การตรวจปัสสาวะและสารน้ำในร่างกาย ภาควิชาเทคนิคการแพทย์ คณะเทคนิค-การแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 31/03/2025.
5. Gyamfi NKA, Osei GN, Brenyah RC, Agyemang LD, Ampomah P, Darkwah KO, Toboh E, Ephraim RKD. Assessing Concordance of Results: A Comparative Study of the Manual and Automated Urinalysis Methods. Biomed Res Int. 2024 Apr 20;2024
6. เบญจวรรณ อุ้ยมา, มงคล คุณากร, รมณีย์ โฆษิตนิธิกุล, ศศิร์อร กองอาษา, สุรศักดิ์ พันธุสุวรรณกุล และสิรินทร ทรงงาม. การเปรียบเทียบเครื่องตรวจตะกอนปัสสาวะอัตโนมัติด้วยหลักการ flow cytometry และ Digital Image-base กับวิธีการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์. วารสารเทคนิคการแพทย์. 2022;50.
7. McHugh ML. Interrater reliability: the kappa statistic. Biochem Med (Zagreb). 2012;22(3):276-82. PMID: 23092060; PMCID: PMC3900052.

ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งเสริมการเลิกบุหรี่เบ็ดเสร็จในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

อำไพ ป้องคำ[1] ปรีชา มะโนยศ[2]
[1]งานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก [2]คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเทิง

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่แบบเบ็ดเสร็จในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม เพื่อส่งเสริมความสามารถในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยและสนับสนุนการจัดบริการแบบครบวงจรในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน คัดเลือกด้วยวิธีการแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มทดลองได้รับแนวปฏิบัติใหม่ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้ทฤษฎีของโอเรมร่วมกับบริการแบบ One Stop Service และสมุนไพรช่วยเลิกบุหรี่ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับแนวปฏิบัติเก่า เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามทั่วไป แบบประเมินการติดนิโคติน (FTND) แบบติดตามประเมินการเลิกสูบบุหรี่ แบบประเมินความรู้และความสามารถในการเลิกบุหรี่ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) สถิติที (t-test) และไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จที่ระยะเวลา 6-7 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 80 เทียบกับ 56.67; p = 0.047) ระดับความรู้และความสามารถในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นก่อนและหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 66.66 เทียบกับ 33.33

p= 0.009) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลอยู่ในระดับ “มาก” ทุกด้าน จาการศึกษานี้ พบว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเรมสามารถเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยในการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิผล ข้อเสนอแนะจากการวิจัยควรนำแนวปฏิบัตินี้ ไปประยุกต์ใช้ในคลินิกอื่นเช่น คลินิกผู้ป่วยนอก วัณโรค เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างยั่งยืนและลดภาระโรคเรื้อรังในระยะยาว

คำสำคัญ การเลิกบุหรี่เบ็ดเสร็จ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ABSTRACT

This study employed a quasi-experimental research design to examine the effects of developing a nursing practice guideline for comprehensive smoking cessation among patients with non-communicable diseases (NCDs), based on Orem's Self-Care Theory. The objective was to enhance patients' ability to quit smoking and support the implementation of a one-stop service model in the NCD clinic at Thoeng Hospital, Chiang Rai Province.

The sample included 60 NCD patients who smoked, selected through purposive sampling and divided equally into experimental and control groups (30 each). The experimental group received a newly developed nursing guideline that integrated Orem's theory, one-stop smoking cessation counseling, and Thai herbal support, while the control group received routine care. Data collection tools included a general information questionnaire, the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), Smoking Cessation Follow-Up and Evaluation Form, a knowledge and self-care ability assessment, and satisfaction surveys. Data were analyzed using descriptive statistics, t-tests, and Chi-square tests.

The results showed that the experimental group had a significantly higher smoking cessation success rate at 6–7 months compared to the control group (80% vs. 56.67%; p = 0.047). In addition, the levels of knowledge and self-care ability related to smoking cessation significantly improved in both groups, with the experimental group demonstrating greater improvement (66.66% vs. 33.33%; p = 0.009). Patient and nurse satisfaction was rated as "high" in all aspects. This study suggests that the nursing practice guideline developed by applying Orem's Self-Care Theory effectively enhances patients' self-management capabilities. It is recommended that this guideline be implemented in other healthcare settings such as outpatient clinics or tuberculosis clinics to promote sustainable smoking cessation and reduce the long-term burden of chronic diseases.

Keywords: Comprehensive Smoking, Cessation Orem's Self-Care Theory[6], Non-Communicable Diseases (NCDs)

บทนำ

ปัจจุบันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรทั่วโลก และเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดเรื้อรัง และโรคมะเร็งหลายชนิด[1] ประเทศไทยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมยาสูบ และได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2565–2570) เพื่อผลักดันการดำเนินงานอย่างบูรณาการทั่วประเทศ มุ่งสู่เป้าหมายสังคมไทยปลอดบุหรี่[2] แม้จะมีความพยายามในการลดอัตราการสูบบุหรี่ แต่สถิติยังคงชี้ให้เห็นถึงความท้าทายที่สำคัญ จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2564) พบว่า มีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ประมาณ 9.9 ล้านคน โดยกลุ่มอายุ 25–44 ปีมีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุด นอกจากนี้ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในประเทศไทย กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบได้มีการใช้แนวทางตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกเพื่อให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่สาม พ.ศ. 2565 - 2570 ทั้ง 6 ยุทธศาสตร์ซึ่งยุทธศาสตร์ เรื่องการบำบัดโรคภาวะติดนิโคตินให้อยู่ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ(HA) ฉบับที่ 5 โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ได้กำหนดมาตรฐานและการรับรองคุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาลซึ่งมีการบังคับใช้เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นมาเพื่อเป็นหลักประกันให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน โดยกำหนดให้ ผู้ให้บริการทางการแพทย์ ในสถานพยาบาล ต้องมีการบันทึกประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยทุกคน[4] โดยผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2564 พบว่า จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งสิ้น 57 ล้านคนเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 9.9 ล้านคนพบว่ากลุ่ม อายุ 25 - 44 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ร้อยละ 21.0 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 45 - 59 ปี กลุ่มผู้สูงวัย อายุ 60 ขึ้นไป ร้อยละ 12.7% ถึงแม้ จะมีนโยบายสนับสนุนการเลิกบุหรี่โดยเปิดบริการคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลแต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมาก็พบปัญหาในเรื่องการมีผู้สูบบุหรี่เข้ามารับบริการที่คลินิกอดบุหรี่จำนวนน้อยและการติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัดทำได้ค่อนข้างน้อยทำให้อัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จมีจำนวนไม่มากและยังมีผู้สูบบุหรี่ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อีกเป็นจำนวนมาก

โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีวิสัยทัศน์เป็นโรงพยาบาลคุณธรรม ประชาชนสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข โดยดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์และนโยบายกับแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่สาม เน้นเรื่องการบำบัดโรคภาวะติดนิโคตินมีทั้งโครงการโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ 100% และการรณรงค์ให้ผู้ป่วยทุกคนเลิกสูบบุหรี่เพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อและผลจากการสูบบุหรี่ต่อผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวให้ลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนให้ลดอัตราลงเรื่อย ๆ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อโรงพยาบาลเทิง เป็นหน่วยงานที่มีภารกิจในการให้บริการในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคถุงลมโป่งพอง/หอบหืด โรคไตและกลุ่มผู้ป่วยติดตามนัดประจำปีในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่รับยาต่อเนื่องสถานีอนามัยในเขตอำเภอเทิง ซึ่งจำนวนทั้งหมด 17,955 คน จากสถิติในปี 2566 – 2567 ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลเทิง มีผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จำนวน 1,102 และ 1,057 คนตามลำดับพบสถิติเป็นผู้ป่วยชายมากกว่าผู้ป่วยหญิง โรคที่ยังพบว่าสูบบุหรี่มากที่ สุดคือ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคถุงลมโป่งพอง/หอบหืด และโรคไตตามลำดับ[5] จากการทบทวนแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลให้คำแนะนำผู้ป่วยเลิกบุหรี่แบบเบ็ดเสร็จที่ได้เริ่มทำขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2566 โดยเริ่มที่คลินิกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทางกลุ่มงานการพยาบาลได้มีการเพิ่มทักษะการให้คำแนะนำการเลิกบุหรี่ระยะสั้นโดยมีพยาบาลเข้ารับการอบรมจำนวน 2 ท่าน ภายหลังจากอบรมได้มีการถ่ายทอดความรู้เรื่องการเลิกบุหรี่เบ็ดเสร็จให้แก่พยาบาลประจำคลินิกทุกคนเพื่อปฏิบัติในทิศทางเดียวกันโดยคัดกรองผู้สูบบุหรี่ทุกคนที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกคน ประเมิน

การติดนิโคติน การให้คำแนะนำอย่างง่ายแจกแผ่นพับ หากพบผู้ป่วยที่ต้องการบำบัดด้วยยาจะส่งพบทีมสุขภาพจิตของโรงพยาบาลเทิงจากผลการดำเนินการพบผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 135 คนและ133 คน สามารถเลิกบุหรี่สำเร็จในคลินิกอดบุหรี่ร่วมกับการให้คำแนะนำเลิกแบบเบ็ดเสร็จ จำนวน 70 คนและ 75 คน คิดเป็นร้อยละแค่ 54.10

พบว่าในปี พ.ศ 2567 กลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการตั้งแต่อายุ 12 ปีขึ้นไป มีทั้งหมด 49,878 คนมีการคัดกรองบุหรี่ 20,507 คน พบผู้ที่สูบบุหรี่ 1,057 คนและไม่สูบบุหรี่ 18,930 คน ให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่จำนวน 1,057 คน เข้ารับการรักษาโดยเข้าคลินิกอดบุหรี่และให้คำปรึกษาแบบเบ็ดเสร็จ จำนวน 133 คน มีผู้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จแค่75 คน คิดเป็นร้อยละ 56.39[5] ซึ่งและ 56.39 ตามลำดับเห็นได้ว่า พบอัตราการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นไม่มากอีกทั้งการติดตามผู้ป่วยใช้ระยะเวลาติดตามการเลิกบุหรี่สำเร็จนานมีการประเมินจนกว่าผู้ป่วยจะมารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3-4 เดือนครั้งถัดไป

จากการดำเนินงานโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ของโรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงรายได้ มีนโยบายในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่เปิดบริการคลินิกอดบุหรี่โดยมีรูปแบบบริการคือการให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม ประกาศนโยบายโรงพยาบาลเป็นเขตปลอดบุหรี่ 100% ประชาสัมพันธ์โทษพิษภัยของบุหรี่ให้กับประชาชน หน่วยราชการต่างๆพบว่ามีผู้เข้ารับการบำบัดในคลินิกอดบุหรี่ในปีงบประมาณ 2564 - 2565 คิดเป็นร้อยละ 30.14 ,31.55 และ 40.10 ตามลำดับและเมื่อปี 2566และ 2567 ได้มีการเริ่มให้คำแนะนำการเลิกบุหรี่แบบการดำเนินงาน การให้คำปรึกษาช่วยเลิกแบบการให้บริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (one stop service) ใช้วิธีการให้คำแนะนำแบบง่าย แจกแผ่นพับให้ความรู้ให้ ยาอมมะแว้งหากผู้ป่วยต้องการยาช่วยในการเลิกบุหรี่ส่งพบทีมจิตเวชของโรงพยาบาล ติดตามการเลิกบุหรี่ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3-4 เดือนครั้งถัดไปหลังจากให้คำแนะนำพบมีผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จจำนวนมากแม้จะเกิดพยาธิสภาพของโรคแล้วก็ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม(Orem's Self-Care Theory) อธิบายว่า บุคคลมีความสามารถและความต้องการในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินและส่งเสริมความสามารถนี้ผ่านระบบการพยาบาลที่เหมาะสม การประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะในการจัดการตนเองเพื่อเลิกบุหรี่ได้อย่างยั่งยืน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งเสริมการเลิกบุหรี่เบ็ดเสร็จโดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยคำนึงถึงปัจจัยหลายด้านทั้งด้านความรู้ความเชื่อ แรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคมมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องการการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการเลิกบุหรี่ยังมีการศึกษาค่อนข้างจำกัดในประเทศไทยโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งเสริมการเลิกบุหรี่เบ็ดเสร็จในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมเพื่อติดตามให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งเสริมการเลิกบุหรี่เบ็ดเสร็จในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's Self-Care Theory) ร่วมกับแนวคิดการเลิกบุหรี่แบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive Smoking Cessation) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem) ประกอบด้วย 3 ส่วนหลักคือ[6]
    - ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency)
    - ความต้องการการดูแลตนเอง (Self-care Requisites)
    - การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative Nursing System)
2. แนวคิดการเลิกบุหรี่แบบเบ็ดเสร็จ ประกอบด้วย[9]
    - การประเมินความพร้อม (5A's Approach)
    - การบำบัดทางพฤติกรรม (Behavioral Therapy)
    - การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (Pharmacotherapy)
    - การติดตามและป้องกันการกลับมาสูบซ้ำ (Follow-up and Relapse Prevention)
3. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง[11]

จากกรอบแนวคิดนี้การวิจัยมุ่งเน้นการบูรณาการองค์ความรู้เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงทั้งปัจจัยด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ การผสมผสานแนวคิดการเลิกบุหรี่แบบเบ็ดเสร็จช่วยเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการเลิกบุหรี่[9] และการพัฒนาแนวปฏิบัติตามมาตรฐาน[8] ช่วยให้ได้แนวปฏิบัติที่มีคุณภาพและนำไปใช้ได้จริง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi-experimental design) เปรียบเทียบผลการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลเดิมและกลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติใหม่ที่ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม การศึกษาดำเนินการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงกันยายน 2568

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม

1.พยาบาลวิชาชีพทีปฏิบัติติงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 4 คน

2.ผู้ป่วยคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลเทิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ามารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้องรังโรงพยาบาลเทิง โดยใช้เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 60คน คือกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมตั้งแต่เดือน เดือนตุลาคม พ.ศ.2567ถึงเดือน มกราคม 2568 จำนวน30 คนและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ตั้งแต่ กุมภาพันธ์ 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม 2568 จำนวน 30 คน

เกณฑ์คัดเข้าคือ

1.กลุ่มบุคลากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

2.กลุ่มผู้รับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลเทิง อายุ 18 ปีขึ้นไปที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการไม่มีปัญหาด้านการมองเห็นและการได้ยิน อ่านออก เขียนได้

เกณฑ์ให้เลิกจากการศึกษา

1. เกณฑ์ให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria for the Study)ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่มีการปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมหรือเสียชีวิตในระหว่างการวิจัยกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ (Termination criteria for the Study)

2. เกณฑ์การพิจารณาเลิกกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการหลังทดลองน้อยกว่าร้อยละ 50

เครื่องมือในการวิจัย และวิธีเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1.แนวปฏิบัติทางการพยาบาลใหม่และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

2.แบบประเมินที่ใช้ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2.1 แบบประเมินทั่วไปประกอบด้วย 6 ส่วน ชื่อ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

2.2 การประเมินการติดนิโคติน (Fager storm Test for Nicotine Dependence)เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่นิยมมีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ เกี่ยวกับเวลาที่สูบบุหรี่ จำนวนวันที่สูบ ความยากในการเลิกสูบโดยคำตอบของแต่ละข้อมีคะแนนคือ 0 คะแนนและสูงสุดคือ 3 คะแนน ข้อคำถามใช้ตัวเลือกแบบมาตรวัดประมาณค่าแบบ Likert scale ตัวเลือกมี 4 ระดับ 0,1,2,3 คะแนน โดยเกณฑ์วัดและแปลผล

2.3 แบบประเมินความรู้เรื่องบุหรี่และความสามารถในการเลิกบุหรี่ ประกอบด้วยข้อคำถามในกลุ่มทดลองตอบคำถามในรูปของอัตนัย มีข้อคำถาม 8 ข้อโดยการเติมข้อความ การวัดผลในรูปแบบคะแนน สูง ปานกลาง ต่ำ

3.เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยวันที่ ชื่อ - สกุล HN ระดับนิโคติน

2. เครื่องมือในการทดลอง ประกอบด้วยแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งเสริมการเลิกบุหรี่เบ็ดเสร็จโดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม

มีกิจกรรม 6 ครั้งมีวัตถุประสงค์ กิจกรรม สื่ออุปกรณ์ การประเมินกิจกรรม

4.แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ มีคะแนน 5 ระดับ มาตรวัดประมาณค่าแบบ Likert scale โดยเกณฑ์วัดและแปลผล

5.แบบประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ใช้แนวทางการพัฒนาการเลิกบุหรี่เบ็ดเสร็จโดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมเครื่องหมาย มีคะแนน 5 ระดับ มาตรวัดประมาณค่าแบบ Likert scale โดยเกณฑ์วัดและแปลผล

วิธีรวบรวมข้อมูล

1.ทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยเพื่อจัดทำร่างแนวทางในการดำเนินงานวิจัยและโครงร่างวิจัย

2.ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเทิง โดยผ่านการพิจารณาจากรคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เพื่อขอรวบรวมข้อมูลการวิจัย

3.เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและประเมินผลลัพธ์กลุ่มควบคุมที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมให้ครบตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567ถึงมกราคม 2568 จำนวน 30 ราย

4. ดำเนินการชี้แจงแนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยพัฒนาพร้อมเครื่องมือเพื่อลดความคลาดเคลื่อนโดยมีขั้นตอนทั้งหมด 4 ขั้นตอน คือ 1)การจัดพิมพ์และการเผยแพร่แนวปฏิบัติในคลินิกแก่เจ้าหน้าที่พยาบาลให้คำปรึกษา

กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ

5. การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ชี้แจงในการทดลองใช้แก่พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ การทำความเข้าใจ รวมทั้งเครื่องมือที่ใช้และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติ จำนวนพยาบาล 4 คน

5.ดำเนินการเก็บรวบรวมกลุ่มทดลอง ข้อมูลทั่วไปและประเมินผลลัพธ์กลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์2568 ถึงเดือนพฤษภาคม 2568 จำนวน 30 ราย

6.ประเมินความพึงพอใจกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติแนวใหม่และพยาบาลวิชาชีพ

7.เก็บรวบรวมข้อมูลหลังดำเนินการวิจัยมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลและแปรผลข้อมูล สรุปและอภิปรายผล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความแตกต่างเปรียบเทียบอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จแก่ผู้ป่วย 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและวัดผลคะแนนเฉลี่ยความรู้หรือทักษะเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ใช้สถิติ โดยใช้สถิติไคส์แคว์ (Chi- square test)
3. ความพึงพอใจขอผู้รับบริการและผู้ให้บริการ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองเชิงจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย กระทรวงสาธารณสุข หมายเลขรับรอง CRPPHO 149/2567

ผลการศึกษา

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ (n=30)		กลุ่มควบคุมที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
น้อยกว่า 60 ปี	20	66.7	21	70
มากกว่า 60 ปี	10	33.3	9	30
เพศ				
ชาย	28	93.3	29	96.7
หญิง	2	2.7	1	3.3
การศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	10	33.3	14	46.7
ประถมศึกษา	20	66.7	16	53.3
มัธยมต้น	5	16.7	3	10
อาชีพ				
เกษตรกรรม	15	50	17	56.7
รับจ้าง	7	23.3	8	26.7
ค้าขาย	5	16.7	2	6.7
ไม่ได้ทำงาน	3	10	3	10
โรคประจำตัว				
ความดันโลหิตสูง	19	63.3	20	66.7
เบาหวาน	7	23.3	7	23.3
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	3	10	3	10
ไต	1	3.3	0	
รายได้ต่อเดือน				
น้อยกว่า 5,000	15	50	14	46.7
5,000-7,500	14	46.7	15	50
7,500-10,000	1	3.3	1	3.3

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่และกลุ่มควบคุมที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี โดยกลุ่มทดลองมีผู้ที่อายุน้อยกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.7 (20 คน) และกลุ่มควบคุมมีร้อยละ 70 (21 คน) ทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนเพศชายมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ โดยในกลุ่มทดลองมีเพศชายคิดเป็นร้อยละ 93.3 (28 คน) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีเพศชายคิดเป็นร้อยละ 96.7 (29 คน) ด้านระดับการศึกษา พบว่าในกลุ่มทดลอง ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีสัดส่วนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.7 (20 คน) รองลงมาคือต่ำกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 33.3 (10 คน) และระดับมัธยมต้น ร้อยละ 16.7 (5 คน) ส่วนในกลุ่มควบคุม ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 53.3 (16 คน) ต่ำกว่าประถมศึกษาร้อยละ 46.7 (14 คน) และระดับมัธยมต้นร้อยละ 10 (3 คน) ในด้านการประกอบอาชีพ พบว่า

ทั้งสองกลุ่มมีการประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นสัดส่วนสูงสุด โดยในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 50 (15 คน) และในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 56.7 (17 คน) ด้านโรคประจำตัว พบว่าทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนของผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงใกล้เคียงกัน โดยในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 63.3 (19 คน) และในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 66.7 (20 คน) ส่วนผู้ที่มีโรคเบาหวานพบในสัดส่วนที่เท่ากันทั้งสองกลุ่ม คือร้อยละ 23.3 (7 คน) รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,000-7,500 บาททั้งสองกลุ่ม

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบการติดสารนิโคตินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ (n=30)		กลุ่มควบคุมที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนที่สูบมวนต่อวัน				
1-10	10	33.33	12	40
11-20	14	46.66	15	50
21-30	5	1.66	3	10
31 มวนขึ้นไป	1	0.33	0	0
เวลาที่สูบตอนเช้ามวนแรก				
-น้อยกว่า 30 นาที	11	36.7	8	26.66
-มากกว่า 30 นาที	19	63.3	22	73.33

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบ การติดสารนิโคตินทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีการสูบบุหรี่อยู่ในช่วง 11-20 มวนต่อวัน โดยกลุ่มทดลองมีผู้สูบในช่วงนี้คิดเป็นร้อยละ 46.66 (14 คน) และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 50 (15 คน) รองลงมาคือช่วง 1-10 มวนต่อวัน โดยกลุ่มทดลองมีร้อยละ 33.33 (10 คน) และกลุ่มควบคุมมีร้อยละ 40 (12 คน)สำหรับผู้ที่สูบในปริมาณสูง 21-30 มวนต่อวัน พบว่ากลุ่มทดลองมีสัดส่วนร้อยละ 1.66 (5 คน) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีร้อยละ 10 (3 คน) และมีเพียงกลุ่มทดลองเท่านั้นที่มีผู้สูบบุหรี่มากกว่า 31 มวนต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 0.33 (1 คน)ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนมากกว่า 30 นาที โดยกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 63.3 (19คน) และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 73.33 (22 คน)ส่วนผู้ที่สูบบุหรี่มวนแรกภายในเวลาน้อยกว่า 30 นาทีหลังตื่นนอน พบว่ากลุ่มทดลองมีร้อยละ 36.7 (11 คน) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีร้อยละ 26.66 (8 คน)

ตารางที่ 3 ตารางให้คำปรึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ (n=30)		กลุ่มควบคุมที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
-การให้คำแนะนำแบบเบ็ดเสร็จในแนวปฏิบัติแบบใหม่ร่วมการใช้ยาสมุทรไพรช่วย (Brief advice or counseling combined with Thai herbal medication to help quits Okin+ Promgram Intervention 6 ครั้ง)	30	100		
-การให้คำแนะนำแบบเบ็ดเสร็จ (Brief advice or counseling)			30	100

ตารางที่ 3 แสดงให้คำปรึกษาระหว่างกลุ่มกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ จำนวน 30 คน (ร้อยละ 100) ได้รับการให้คำแนะนำแบบพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งเสริมการเลิกบุหรี่เบ็ดเสร็จ โดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมร่วมกับการใช้ยาสมุนไพรไทยช่วยในการเลิกบุหรี่ (Brief advice or counseling combined with Thai herbal medication to help quit smoking) ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการให้คำปรึกษาและการใช้สมุนไพรเป็นตัวช่วยเสริมร่วมกันการใช้โปรแกรมการให้คำแนะนำทั้งหมด 6 ครั้งในการเลิกบุหรี่สำเร็จ ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม จำนวน 30 คน (ร้อยละ 100) ได้รับเพียงการให้คำแนะนำแบบเบ็ดเสร็จ (Brief advice or counseling) เพียงอย่างเดียว โดยไม่มีการใช้ยาสมุนไพรไทยร่วมด้วย

ตารางที่ 4การใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลการติดตามผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(n=30)

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ (n=30)		กลุ่มควบคุมที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม (n=30)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระยะเวลาติดตาม					
ไม่สูบบุหรี่เลย	11	36.67	NA	-	
7วันแรก	14	46.67	NA	-	
14 วัน	25	83.33	NA	-	
1 เดือน	25	83.33	18	60	
3-4 เดือน	24	80.00	17	56	
6-7 เดือน					
ผลลัพธ์ 3-4 เดือน	25	83.33	18	60	0.039
ไม่สูบเลย	3	10.00	7	23.33	
ลดลง 50 %	1	3.33	3	10.00	
ลดลงมากกว่า50%	1	3.33	2	6.67	
เท่าเดิม					
ผลลัพธ์ในช่วง 6-7 เดือน	24	80	17	56.67	0.047
ไม่สูบเลย	4	13.33	7	23.33	
ลดลง 50 %	1	3.33	4	13.33	
ลดลงมากกว่า50%	1	3.33	2	6.67	

ตารางที่ 4 พบว่า พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน พบว่าในช่วง 7 วันแรกของการเริ่มแนวปฏิบัติใหม่ มีผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.67 และเพิ่มขึ้นเป็น 14 คน (ร้อยละ 46.67) ภายใน 14 วัน หลังจากนั้นจำนวนผู้ที่เลิกบุหรี่ได้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยที่ 1 เดือนหลังเข้าร่วมโครงการ มีจำนวนถึง 25 คน หรือร้อยละ 83.33 ของกลุ่มทดลอง และยังคงรักษาพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องในช่วง 3–4 เดือน โดยจำนวนยังคงอยู่ที่ 25 คน (ร้อยละ 83.33) และลดลงเพียงเล็กน้อยในช่วง 6–7 เดือน เหลือ 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ในทางกลับกัน กลุ่มควบคุมที่ได้รับแนวปฏิบัติปกติมีผู้เลิกบุหรี่ได้เพียง 18 คนในช่วง 3–4 เดือน คิดเป็นร้อยละ 60.00 และลดลงเหลือ 17 คนในช่วง 6–7 เดือน คิดเป็นร้อยละ 56.67 ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างชัดเจน เมื่อพิจารณาผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในช่วง 3–4 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีผู้ที่เลิกบุหรี่ได้อย่างสมบูรณ์จำนวน 25 คน หรือร้อยละ 83.33 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีเพียง 18 คน หรือร้อยละ 60.00 นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีเพียงส่วนน้อยที่ลดการสูบบุหรี่ลง โดยมีผู้ที่ลดลงร้อยละ 50 จำนวน 3 คน (ร้อยละ 10.00) ลดลงมากกว่าร้อยละ 50 จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.33) และคงพฤติกรรมเดิม 1 คน (ร้อยละ 3.33) ส่วนกลุ่มควบคุมมีผู้ที่ลดการสูบลงร้อยละ 50 จำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.33) ลดลงมากกว่าร้อยละ 50 จำนวน 3 คน (ร้อยละ 10.00) และยังคงสูบเท่าเดิม 2 คน (ร้อย

ละ 6.67) โดยผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในช่วงเวลานี้ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.039) ในช่วง 6–7 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองยังสามารถรักษาผลลัพธ์การเลิกบุหรี่ไว้ได้ดี โดยมีผู้ไม่สูบบุหรี่เลยจำนวน 24 คน (ร้อยละ 80.00) ลดลงร้อยละ 50 จำนวน 4 คน (ร้อยละ 13.33) ลดลงมากกว่าร้อยละ 50 จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.33) และคงพฤติกรรมเดิม 1 คน (ร้อยละ 3.33) สำหรับกลุ่มควบคุมมีผู้เลิกบุหรี่ได้ 17 คน (ร้อยละ 56.67) ลดลงร้อยละ 50 จำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.33) ลดลงมากกว่าร้อยละ 50 จำนวน 4 คน (ร้อยละ 13.33) และคงพฤติกรรมเดิม 2 คน (ร้อยละ 6.67) โดยผลการเปรียบเทียบในช่วงเวลาดังกล่าวยังพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.047) และการติดตามโดยใช้โปรแกรมและให้คำแนะนำ 6 ครั้งสอบถามอาการภาวะถอนนิโคตินที่พบมากสุดคือ ปวดศีรษะหงุดหงิดในช่วง 7 แรกที่หยุดสูบ หลังจาก ติดตาม 1 เดือนขึ้นไปพบว่า ผู้ที่จัดการภาวะถอนนิโคตินได้สามารถเลิกบุหรี่ได้โดยให้คำแนะนำและกำลังใจการติดตามจากทีมพยาบาลและญาติ ความสำเร็จในการ

ตารางที่ 5 ตางรางเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของความรู้และความสามารถในการเลิกบุหรี่ ก่อน–หลัง (n=30)

กลุ่ม	ผู้ที่คะแนนเพิ่มขึ้น (คน)	จำนวนทั้งหมด (คน)	ร้อยละ	P-value
กลุ่มทดลอง	20	30	66.66	0.009
กลุ่มควบคุม	10	30	33.33	

ตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลซึ่งพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ร่วมกับบริการเลิกบุหรี่แบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) และการใช้สมุนไพรช่วยเลิกบุหรี่ มีจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความรู้และความสามารถในการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นภายหลังได้รับการดูแลจำนวน 20 คน จากทั้งหมด 30 คน คิดเป็นร้อยละ 66.66 ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับแนวปฏิบัติตามปกติ มีจำนวนผู้ที่มีระดับความรู้และความสามารถเพิ่มขึ้นเพียง 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสองกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 (p = 0.0098)

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการเลิกบุหรี่เบ็ดเสร็จโดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในคลินิกโรคติดต่อไม่เรื้อรังโรงพยาบาลเทิง

ลักษณะที่ศึกษา	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ
1.ความเอาใจใส่ การให้ข้อมูล คำแนะนำชัดเจน	2.6	0.52	มาก
2.ความเหมาะสม เทคนิคการเลิกบุหรี่	2.6	0.52	มาก
3.ความสะดวก การติดต่อสื่อสาร	2.5	0.53	มาก
4.ความมั่นใจในการเลิกบุหรี่กับโปรแกรมนี้	2.5	0.53	มาก
5.คุณจะแนะนำโปรแกรมนี้ให้กับผู้อื่นหรือไม่	2.5	0.53	มาก
6.ความพึงพอใจโดยรวม	2.7	0.48	มาก

ตารางที่ 6 แสดงความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการเลิกบุหรี่เบ็ดเสร็จโดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนของโอเร็มในคลินิกโรคติดต่อไม่เรื้อรังโรงพยาบาลเทิง จากการประเมินความพึงพอใจในด้านต่างๆ 6 ด้าน พบว่ามีความพึงพอใจในระดับ "มาก" ในทุกด้านที่ประเมิน โดยมีรายละเอียดดังนี้ ความพึงพอใจโดยรวมได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด (2.7 ± 0.48) อยู่ในระดับมากความเอาใจการให้ข้อมูล คำแนะนำชัดเจน และความเหมาะสม เทคนิคการเลิกบุหรี่ได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากัน (2.6 ± 0.52) อยู่ในระดับมาก ความสะดวก

การติดต่อสื่อสาร,ความมั่นใจในการเลิกบุหรี่กับโปรแกรมนี้และการแนะนำโปรแกรมนี้ให้กับผู้อื่นได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากัน (2.5±0.53) อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 7 แบบประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ใช้แนวทางการพัฒนาการเลิกบุหรี่เบ็ดเสร็จโดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ลักษณะที่ศึกษา	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ
1.ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (เนื้อหา ความชัดเจน ความครอบคลุม)	2.6	0.52	มาก
2ความสะดวกและง่ายต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย	2.5	0.53	มาก
3.ความเพียงพอของทรัพยากร (เวลา อุปกรณ์ สื่อ) ในการดำเนินการตามแนวปฏิบัติ	2.5	0.53	มาก
4.ประโยชน์และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ	2.6	0.52	มาก
5.ความพึงพอใจโดยรวมต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล	2.6	0.52	มาก

ตารางที่ 7 ผลการประเมินความพึงพอใจจากเจ้าหน้าที่พยาบาลต่อแนวทางการพัฒนาการเลิกบุหรี่เบ็ดเสร็จโดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม พบว่ามีความพึงพอใจในระดับ "มาก" ในทุกด้านที่ประเมิน โดยมีรายละเอียดดังนี้ ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (เนื้อหา ความชัดเจน ความครอบคลุม) ได้คะแนนเฉลี่ย 2.6 (SD=0.52) อยู่ในระดับมากประโยชน์และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติได้คะแนนเฉลี่ย 2.6 (SD=0.52) อยู่ในระดับมากความพึงพอใจโดยรวมต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้คะแนนเฉลี่ย 2.6 (SD=0.52) อยู่ในระดับมากความสะดวกและง่ายต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้คะแนนเฉลี่ย 2.5 (SD=0.53) อยู่ในระดับมาก ความเพียงพอของทรัพยากร (เวลา อุปกรณ์ สื่อ) ในการดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ได้คะแนนเฉลี่ย 2.5 (SD=0.53) อยู่ในระดับมาก

สรุปผลและอธิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่แบบเบ็ดเสร็จในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ซึ่งดำเนินการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย โดยใช้การออกแบบวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับแนวปฏิบัติเก่า กับกลุ่มทดลองที่ได้รับแนวปฏิบัติใหม่ที่พัฒนาแล้ว

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในช่วง 6-7 เดือนหลังจากเริ่มการทดลอง กลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งเลิกได้ร้อยละ 56.67 ($p = 0.047$) นอกจากนี้ ระดับความรู้และความสามารถในการเลิกบุหรี่

ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นก่อนและหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 66.66 เทียบกับ 33.33 p= 0.0098) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลอยู่ในระดับ “มาก” ทุกด้าน จากการศึกษานี้ พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่อยู่ในระดับ “มาก” ในทุกตัวชี้วัด โดยเฉพาะในด้านความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ ประโยชน์ที่ได้รับ และความมั่นใจในการนำแนวทางไปใช้จริง แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้ได้ในบริบทจริงของการพยาบาลในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผลการวิจัยสอดคล้องกับหลักการของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ที่เน้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ การเสริมสร้างแรงจูงใจ รวมถึงการวางแผนเลิกบุหรี่ที่มีขั้นตอนชัดเจนและต่อเนื่อง การให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้ยาสมุนไพรไทยเป็นองค์ประกอบเสริมได้ช่วยเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และความสามารถของผู้ป่วยภายหลังจากได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติใหม่นั้น เป็นผลมาจากการให้ข้อมูลที่ครอบคลุม การติดตามอย่างสม่ำเสมอ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการตัดสินใจเลิกบุหรี่ ซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญตามแนวคิด self-care deficit theory ที่โอเรมเสนอไว้การที่กลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จในระดับสูง และสามารถคงผลการเลิกบุหรี่ได้นานถึง 6-7 เดือน สะท้อนถึงประสิทธิภาพของแนวทางที่ได้รับการพัฒนา ซึ่งไม่เพียงส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยในระยะสั้นเท่านั้น แต่ยังมีแนวโน้มที่จะส่งผลในระยะยาว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในภาพรวม แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเรมสามารถเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยในการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิผล และควรได้รับการส่งเสริมให้ขยายผลสู่หน่วยบริการสุขภาพระดับอื่นเพื่อเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ที่ประสบความสำเร็จในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทิง อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย คณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลเทิงและผู้ ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้คำแนะแนะในการจัดทำวิจัยครั้งนี้ และขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและให้ความ อนุเคราะห์ข้อมูลในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

1.ควรดำเนินการศึกษาในลักษณะการทดลองแบบสุ่มที่มีการควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย และลดความเอนเอียงในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อช่วยให้สรุปผลความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ขยายระยะเวลาการดำเนินโครงการให้นานกว่า 6 เดือน เพื่อประเมินผลการเลิกบุหรี่ในระยะยาวและติดตามผลความต่อเนื่องของพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

3. ควรนำผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการเลิกสูบบุหรี่เบ็ดเสร็จให้กลุ่มผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยเอดส์ และวัณโรคและกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆใช้เพื่อประเมินประสิทธิผลในการใช้อย่างกว้างขวางขึ้นและพัฒนาต่อยอดผู้ป่วยกลุ่มอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ศรีประพา เนตรนิยม. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565–2570. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
2. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2023: Protect people from tobacco smoke. Geneva: WHO; 2023.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2564.
4. กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ. คู่มือบันทึกประวัติการสูบบุหรี่ในสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2566.
5. กลุ่มงานสถิติและข้อมูล โรงพยาบาลเทิง. สรุปรายงานผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2566–2567. เชียงราย: โรงพยาบาลเทิง; 2567.
6. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
7. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. Br J Addict. 1991;86(9):1119–27.
8. Hartmann-Boyce J, Lindson N, Butler AR, McRobbie H, Bullen C, Begh R, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2021;9:CD010216.
9. Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, Arteaga C, Garza D, Tonstad S. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial. Circulation. 2010;121(2):221–9.
10. อรสา พันธ์ภักดี. (2555). แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ : คู่มือการให้คำแนะนำการช่วยเลิกบุหรี่สู่งานประจำ.กรุงเทพมหานคร: อัพทรูยู
11. ประกิต วาทีสาธกกิจ. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการเลิกบุหรี่. วารสารควบคุมยาสูบ. 2566;15(2):45–8.
12. ฉันทนา ฉุยเมี่ยง, อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ, และสุนทรี เจียรวิทยกิจ. (2567). ผลของโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่โดยใช้หลัก 5A's รวมกับเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่และโคติตินในปัสสาวะของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล, 30(2), 194-209

แบบแผนความไวต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อแบคทีเรีย (antibiogram) ปี พ.ศ. 2565-2567 โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย และการนำไปใช้

วัชรพงค์ แสงดาว[1] มัณฑนา บุศย์เมือง[2]
[1,2]กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศและทั่วโลก โดยเฉพาะเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาในกลุ่มยา carbapenems และ beta-lactams ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์แบบแผนความไวต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อแบคทีเรีย ที่พบในโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ระหว่างปี พ.ศ. 2565-2567 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเลือกใช้ยาที่เหมาะสมในการรักษา

การศึกษาดำเนินการในรูปแบบศึกษาข้อมูลย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลผลการเพาะเชื้อและความไวต่อยาแยกตามชนิดเชื้อ นำเสนอในรูปแบบจำนวน และร้อยละที่พบ

ผลการศึกษาพบว่าสิ่งส่งตรวจส่วนใหญ่เป็นปัสสาวะ (ร้อยละ 39.9) รองลงมา ได้แก่ หนอง เสมหะ และเลือด เชื้อที่พบมากที่สุด ได้แก่ E. coli (ร้อยละ 31.0) , K. pneumoniae ร้อยละ 12.5), และ P. aeruginosa (ร้อยละ 9.8) พบเชื้อดื้อยาทั้งในรูปแบบของ ESBL, MDR, CRE, VRE และ MRCoNS เชื้อที่มีอัตราการดื้อยาสูง ได้แก่ A. baumannii มีอัตราการดื้อยาในกลุ่มยา beta-lactams, cephalosporins และ carbapenems E. coli ไวต่อยาในกลุ่มยา carbapenems (มากกว่าร้อยละ 98.0) P. aeruginosa ไวต่อยาในกลุ่มยา carbapenems และ quinolones (มากกว่าร้อยละ 80.0) และไม่พบอัตราดื้อยาที่รุนแรง การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างของรูปแบบความไวต่อยาปฏิชีวนะในแต่ละชนิดเชื้อซึ่งมีปัจจัยเกี่ยวข้องกับชนิดของแบคทีเรีย กลไกการดื้อยา ดังนั้นเพื่อให้มีประสิทธิภาพการรักษาควรเลือกใช้ยาที่มีอัตราความไวต่อเชื้อตั้งแต่ร้อยละ 90.0 ขึ้นไป แต่ถ้าจำเป็นก็สามารถเลือกใช้ยาที่มีประสิทธิภาพรองลงมาได้ นอกจากนี้ยังสามารถนำไปปรับใช้ในการบริหารจัดการการใช้ยาอย่างเป็นระบบ โดยการกำหนดมาตรการแจ้งเตือนเมื่อพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ช่วยให้มีการใช้ยาอย่างเหมาะสม ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ แบบแผนความไวต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อแบคทีเรีย อัตราไวต่อยา

Antibiotic Susceptibility Pattern (Antibiogram) for Bacterial Strains From 2022-2024, Maelao hospital, Chiangrai province, and their application.

Watcharapong Sangdao[1] Muntana Butmuang[1]

ABSTRACT

Antimicrobial resistance is a significant public health issue, both globally and within Thailand. Of particular concern are the continuously increasing resistance trends observed in bacteria against carbapenems and beta-lactam antibiotics. This study aimed to analyze the antimicrobial susceptibility patterns of bacteria isolated at Maelao hospital, Chiangrai province, from 2022 to 2024, to establish a guideline for the appropriate selection of empirical antibiotic therapy.

This study is a retrospective study that was conducted by collecting and analyzing data from bacterial culture and antimicrobial susceptibility tests performed during the specified period. Data were categorized based on the bacterial species isolated and presented as numbers and percentages found.

The majority of clinical specimens were urine (39.9%), followed by pus, sputum, and blood. The most frequently isolated bacteria were E. coli (31.0%), K. pneumoniae (12.5%), and P. aeruginosa (9.8%). Several resistant phenotypes were identified, including ESBL, MDR, CRE, VRE, and MRCoNS. High rates of resistance were observed in A. baumannii against beta-lactams, cephalosporins, and carbapenems. In contrast E. coli demonstrated high susceptibility to carbapenems (>98.0%). P. aeruginosa remained susceptible to carbapenems and quinolones (>80.0%), with no severe resistance patterns noted. In conclusion, this study reveals significant variations in antimicrobial susceptibility patterns, which are dependent on the bacterial species and their underlying resistance mechanisms. For effective treatment, the selection of an antibiotic should be guided by susceptibility data, prioritizing agents with a susceptibility rate of 90% or higher. When necessary, alternative agents with lower efficacy may be considered. These findings are essential for improving antimicrobial stewardship programs. For example, implementing alert systems for patients with drug-resistant infections can promote the appropriate, safe, and effective use of antibiotics.

Keywords : Antimicrobial resistance, Antibiogram, susceptibility rate

บทนำ

เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ (antimicrobial resistance: AMR) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เช่นเดียวกับหลายประเทศทั่วโลก สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล ซึ่งในปัจจุบันยาที่เคยใช้รักษาได้ผลมีแนวโน้มดื้อยามากขึ้น ทำให้ต้องเปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่นที่มีราคาสูงขึ้นส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจตามมา

จากข้อมูลศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ รายงานว่าระหว่างปี พ.ศ. 2543-2561 ประเทศไทยพบเชื้อ Acinetobacter calcoaceticus-baumannii complex ที่ดื้อต่อยา imipenem เพิ่มขึ้นในหอผู้ป่วยใน จากร้อยละ 7.6 เป็น 72.2 หอผู้ป่วยหนักเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.2 เป็น 79.8 นอกจากนี้ยังพบว่าเชื้อ Escherichia coli และ Klebsiella pneumoniae มีการดื้อยากลุ่ม carbapenem และพบการดื้อยาหลายขนานในกลุ่ม quinolones และ cephalosporins ของเชื้อกลุ่ม Enterobacteriaceae เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดื้อยาปฏิชีวนะ ชนิดของเชื้อแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อ และความไวของเชื้อแบคทีเรียต่อยาปฏิชีวนะรายงานในรูปแบบ antibiogram
2. เพื่อนำไปปรับใช้เป็นแนวทางการเลือกใช้ยาในการรักษา

วิธีดำเนินการวิจัย

1.การศึกษาแนวโน้มอุบัติการณ์และการติดเชื้อแบคทีเรีย เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (retrospective medical record) เป็นรายงานผลการเพาะเชื้อและผลทดสอบความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะของผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลแม่ลาวที่มีการเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจเพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษาเป็นรายงานผลการเพาะเชื้อและผลทดสอบความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะของผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลแม่ลาวที่มีการเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจเพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล รายงานผลการตรวจและผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะจากห้องปฏิบัติการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เพศ อายุ และรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ประเภทสิ่งส่งตรวจ ชนิดของเชื้อ

วิธีรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลการสั่งตรวจทางห้องการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล รวบรวมข้อมูลที่มีผลการตรวจตามเกณฑ์ที่กำหนด บันทึกผลลงโปรแกรมMicrosoft excel 2021 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากร จำนวนความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะชนิดของเชื้อที่พบ

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง CRPPHO 031/2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

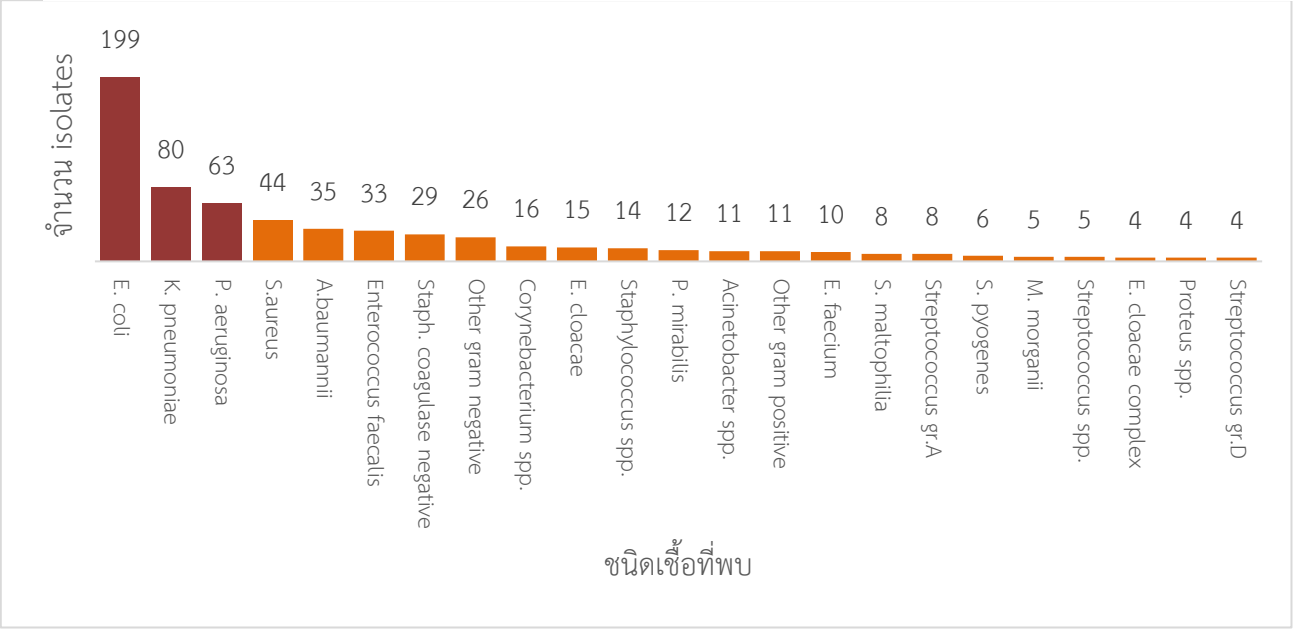
ในปี 2565-2567 สิ่งส่งตรวจที่พบเชื้อแบคทีเรียจำนวน 642 ตัวอย่าง สิ่งส่งตรวจที่พบเชื้อส่วนใหญ่พบเชื้อในปัสสาวะจำนวน 256 ตัวอย่าง (ร้อยละ 39.9) รองลงมาได้แก่ หนอง เสมหะ เลือด น้ำล้างช่องท้องและอื่น ๆ ร้อยละ 22.9, 17.6, 17.3, 0.8 และ 1.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

สิ่งส่งตรวจ	จำนวน isolates (ร้อยละ)
Urine	256 (39.9)
Pus	147 (22.9)
Sputum	113 (17.6)
Blood	111 (17.3)
Other	15 (2.3)
รวม	642 (100.0)

ตารางที่ 1 ชนิดสิ่งส่งตรวจ

ชนิดเชื้อก่อโรคที่พบมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ E.coli 199 isolates (ร้อยละ 31.0), K.pneumoniae 80 isolates (ร้อยละ 12.5), P.aeruginosa 63 isolates (ร้อยละ 9.8) โดยพบเป็นเชื้อดื้อยา ESBL 104 isolates, ดื้อยาหลายขนาน MDR 17 isolates, ดื้อยา CRE 15 isolates, ดื้อยา VRE 3 isolates และดื้อยา MRCoNS 4 isolates (แผนภูมิที่ 1)

แผนภูมิที่ 1 ชนิดเชื้อและจำนวนที่พบ



วิเคราะห์ความไวต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อ

อัตราการดื้อยาของแบคทีเรียหลายชนิด โดยเชื้อแต่ละชนิดมีรูปแบบการตอบสนองต่อยาที่ต่างกัน มีผลการศึกษาในเชื้อที่สำคัญ ดังนี้ (ตารางที่ 2)

ชนิดเชื้อที่พบ เป็นเชื้อดื้อยา ESBL 104 isolates, ดื้อยาหลายขนาน (MDR) 17 isolates, ดื้อยา CRE 15 isolates ดื้อยา VRE 3 isolates และดื้อยา MRCoNS 4 isolates ส่วนใหญ่เป็นเชื้อที่พบในระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบโลหิต ระบบทางเดินหายใจ และแผลติดเชื้อ

Escherichia coli มีอัตราไวต่อยาสูงในกลุ่มยา carbapenems (ertapenem ร้อยละ 99.1, imipenem ร้อยละ 98.3, และ meropenem ร้อยละ 98.4) รองลงมาได้แก่ ยา amikacin, cefoxitin, cefoperazone/sulbactam, piperacillin/tazobactam และ erythromycin แต่พบอัตราไวต่อยาต่ำ ในยา ciprofloxacin, norfloxacin, doxycycline, ampicillin, oxacillin, penicillin และ tetracycline

Klebsiella pneumoniae มีอัตราไวต่อยาสูงในกลุ่มยา carbapenems แต่มีอัตราไวต่อยาต่ำในยา amoxicillin/clavulanic acid, ampicillin, กลุ่มยา cephalosporins และ quinolones

Pseudomonas aeruginosa มีอัตราไวต่อยาสูงในกลุ่มยา carbapenems (imipenem ร้อยละ 96.7, meropenem ร้อยละ 95.7) รองลงมาได้แก่ยา ciprofloxacin, levofloxacin, gentamycin, cefoperazone/sulbactam และ piperacillin/tazobactam

Acinetobacter baumannii มีอัตราไวต่อยาในกลุ่มยา carbapenems ต่ำกว่าแบคทีเรียชนิดอื่น (imipenem ร้อยละ 51.4, meropenem ร้อยละ 50.0) และอัตราไวต่อยา ciprofloxacin และ levofloxacin ก็ต่ำกว่าแบคทีเรียชนิดอื่นเช่นกัน

Acinetobacter spp. มีอัตราไวต่อยาสูงในยา ciprofloxacin และ levofloxacin (ร้อยละ 90.9 และร้อยละ 100.0 ตามลำดับ) และมีอัตราไวต่อยาสูงในกลุ่มยา aminoglycosides เช่นกัน

Enterobacter cloacae มีอัตราไวต่อยาสูงในกลุ่มยา carbapenems (ertapenem ร้อยละ 100.0, imipenem ร้อยละ 100.0, meropenem ร้อยละ 100.0) รองลงมาได้แก่ กลุ่มยา aminoglycosides

Proteus mirabilis มีอัตราไวต่อยาสูงในกลุ่มยา carbapenems (ertapenem ร้อยละ100.0, imipenem ร้อยละ 100.0, meropenem ร้อยละ 100.0) รองลงมาได้แก่ ยา ciprofloxacin, levofloxacin และ amikacin

Proteus spp. มีอัตราไวต่อยาในกลุ่มยา carbapenems และ aminoglycosides (ร้อยละ 100.0 ในทุกรายการ)

Corynebacterium spp. มีอัตราไวต่อยาสูงในยา vancomycin เท่านั้น (ร้อยละ 100.0)

Stenotrophomonas maltophilia มีอัตราไวต่อยาสูงในยา ciprofloxacin เท่านั้น (ร้อยละ 100.0) รองลงมาได้แก่ยา levofloxacin (ร้อยละ 71.4)

Staphylococcus aureus มีอัตราไวต่อยาสูงในยา oxacillin, ciprofloxacin, vancomycin (ร้อยละ 100.0) และยา Gentamycin (ร้อยละ 95.2)

Staphylococcus coagulase negative มีอัตราไวต่อยาสูงในยา vancomycin เท่านั้น (ร้อยละ 100.0)

Streptococcus spp. มีอัตราไวต่อยาสูงในยา penicillin, ampicillin, erythromycin, และยาในกลุ่มยา aminoglycosides (ร้อยละ 100.0)

Enterococcus faecalis มีอัตราไวต่อยาสูงในยา ampicillin, vancomycin และ chloramphenicol (ร้อยละ 100.0)

Enterococcus faecium มีอัตราไวต่อยาสูงในยา chloramphenicol (ร้อยละ 100.0) และมีอัตราไวต่อยาต่ำ ในยา ampicillin (ร้อยละ 12.50)

ตาราง 2 อัตราความไวต่อยาของเชื้อแบคทีเรีย แยกตามชนิดของเชื้อ

Percentage of drug susceptibility of bacteria, 2022-2024, Maelao hospital

	Bacteria name	N	Beta-lactams					Cephalosporin						Carbapenems			Quinolones			Aminoglycosides		Miscellaneous						
			Amoxycillin/ Clavulanic	Ampicillin	Oxacillin	Penicillin	Piperacillin/ Tazobactam	Cefazolin	Cefoperazone/ Sulbactam	Cefotaxime	Cefoxitin	Ceftazidime	Ceftriaxone	Ertapenem	Imipenem	Meropenem	Ciprofloxacin	Levofloxacin	Norfloxacin	Amikacin	Gentamicin	Vancomycin	Chloramphenicol	Clindamycin	Doxycycline	Erythromycin	Tetracycline	Trimethoprim/ Sulfamethoxazole
Gram negative	Escherichia coli	199	82.5	19.4	0.0		94.3	50.9	90.0	89.6	100.0	70.6	53.5	99.1	98.3	98.4	45.1	54.7	40.2	98.2	71.9				43.5	100.0		37.0
	Klebsiella pneumoniae	80	61.5	R	100.0		6.33	43.6	39.1	39.2	100.0	66.7	65.4	78.1	80.8	78.4	54.4	73.1	42.8	80.5	71.8				57.7	50.0	100.0	64.0
	Pseudomonas aeruginosa	63	R	R			9.27		100.0	R		89.8	R	R	84.6	92.3	94.7	95.7	88.9	87.5	97.4		R					R
	Acinetobacter baumannii	35	R	R			50.0	100.0	33.3	10.5	R	38.7	16.7	R	57.6	56.3	51.4	50.0	25.0	59.1	6.25				66.7		0.0	7.27
	Acinetobacter spp.	11					7.27			27.3	0.0	45.5	27.3		7.27	72.7	90.0	100.0		100.0	90.9				100.0			63.6
	Enterobacter cloacae	15	R	R			100.0	R	0.0	100.0	R	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	69.2	100.0	100.0	100.0	100.0				100.0			50.0
	Enterobacter cloacae complex	4	33.3	0.0			100.0			33.3	100.0	66.7	33.3	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	33.3				33.3			33.3
	Corynebacterium spp.	16			53.8	44.4																100.0		35.7		40.0		46.8
	Proteus mirabilis	12	75.0	33.3			100.0	75.0		50.0	100.0	80.0	40.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	60.0	100.0	77.8				20.0			40.0
	Proteus spp.	4	100.0	33.3			100.0	50.0	100.0	66.7	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	66.7	100.0	100.0	100.0	75.0				50.0			50.0
	Stenotrophomonas maltophilia	8	R	R			R			R		20.0	R	R	R	R	100.0	71.4		R	R						R	100.0
	Morganella morganii	5	20.0	0.0			100.0			80.0	20.0	100.0	80.0	100.0	100.0	100.0	80.0	100.0	100.0	100.0	100.0				60.0			80.0
	Other gram negative	28	39.7	6.7		100.0	9.29	50.0	100.0	94.4	88.9	88.4	94.7	100.0	84.7	91.7	83.3	100.0	66.7	80.0	77.8		66.7		54.6	0.0	100.0	89.5
Gram positive	Staphylococcus aureus	44			100.0	22.6											100.0				95.2	100.0	95.2	100.0	81.0	100.0	66.7	100.0
	Staphylococcus coagulase negative	29			71.4	21.7					0.0											100.0		69.0		66.7		
	Staphylococcus spp.	14			57.1	14.3											85.7		100.0		100.0		100.0	66.7	64.3	41.7	53.9	78.6
	Streptococcus grA	8				100.0																		100.0		87.5		
	Streptococcus grD	4				100.0				66.7												100.0	100.0	0.0		0.0	0.0	
	Streptococcus pyogenes	6		100.0		100.0				100.0			100.0					100.0		100.0		100.0	100.0	100.0		100.0	50.0	
	Streptococcus spp.	5				100.0				100.0			100.0					100.0		100.0		100.0	100.0	100.0		100.0	33.3	
	Enterococcus faecalis	33		100.0		54.8	R			R			R				60.0	54.8	41.7	R	R	100.0	100.0	R	46.7	33.3	18.2	R
	Enterococcus faecium	10		12.5		11.1	R	R		R			R				0.0	0.0	0.0	R	R	70.0	100.0	R	60.0	33.3	44.4	R
	Other gram positive	11		50.0	50.0	66.7				100.0			100.0			100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0	100.0	100.0	100.0	50.0	90.0	40.0	100.0

≥90	80-89	70-79	50-69	<50	R Intrinsic resistance	ไม่ได้ทดสอบ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยามีส่วนสำคัญอย่างมาก ช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคติดเชื้อแบคทีเรียได้อย่างถูกต้องและใช้ยารักษาอย่างเหมาะสม การรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียที่ได้ผลดีที่สุดต้องทราบชนิดของเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อและทราบชนิดยาปฏิชีวนะที่สามารถยับยั้งเชื้อที่ก่อโรคได้ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าโรงพยาบาลแม่ลาวมีอุบัติการณ์พบเชื้อดื้อยาในรูปแบบต่าง ๆ ทั้ง ESBL, MDR, CRE, VRE และ MRCoNS ส่วนใหญ่พบการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและระบบทางเดินหายใจ โดยเชื้อแต่ละชนิดมีรูปแบบการตอบสนองต่อยาที่ต่าง ๆ กันไป

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความแตกต่างของอัตราการดื้อยาในแต่ละเชื้อ แบ่งได้เป็น 2 สาเหตุหลัก ได้แก่

1. ปัจจัยเกี่ยวกับเชื้อแบคทีเรีย ได้แก่ ชนิดของแบคทีเรียกลไกการดื้อยาที่แตกต่างกัน บางชนิดมีแนวโน้มดื้อยามากกว่าชนิดอื่น ปริมาณของเชื้อ การติดเชื้อที่มีปริมาณมาก อาจเพิ่มโอกาสในการเกิดการดื้อยา เนื่องจากมีโอกาสที่แบคทีเรียจะกลายพันธุ์และพัฒนาการดื้อยาได้มากขึ้น

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของผู้ป่วย การใช้ยาปฏิชีวนะบ่อยครั้งหรือไม่เหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการดื้อยา การใช้ยาปฏิชีวนะฆ่าเชื้อแบคทีเรียที่ไวต่อยาทำให้เชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยามีโอกาสเจริญเติบโตและแพร่กระจายได้ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย เช่น สภาพอับชื้น หรือบริเวณที่มีการสัมผัสกับสารปนเปื้อน อาจส่งผลต่ออัตราการดื้อยาได้เช่นกัน

แบคทีเรียชนิดเดียวกันที่พบในแต่ละชนิดของสิ่งส่งตรวจที่ต่างกัน อาจให้อัตราไวต่อยาที่แตกต่างกันได้ เช่น E.coli มักพบในปัสสาวะ และเลือด S. aureus มักพบในหนอง P. aeruginosa a มักพบในเสมหะ ซึ่งแบคทีเรียแต่ละชนิดมีอัตราไวต่อยาแตกต่างกัน

ประเด็นสำคัญที่พบในการศึกษานี้ ได้แก่

A. baumannii พบอัตราการดื้อยาสูงในยาทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มยา beta-lactams, cephalosporins, carbapenems และ quinolones

แบคทีเรียแกรมลบ ส่วนใหญ่ยังมีอัตราไวต่อยาสูงในกลุ่มยา cephalosporins, carbapenems, quinolones และ aminoglycosides

K. pneumoniae เริ่มมีแนวโน้มการดื้อยาในกลุ่มยา cephalosporins, quinolones และ carbapenems

ตัวอย่างเลือดมักจะมีอัตราความไวต่อยาสูงกว่าตัวอย่างปัสสาวะ ซึ่งอาจสะท้อนถึงความแตกต่างของชนิดของแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อหรือความแตกต่างในการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดและการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

ดังนั้นอัตราความไวของแบคทีเรียต่อยาปฏิชีวนะมีความแตกต่างกันตามชนิดของตัวอย่าง ซึ่งอาจสะท้อนถึงความแตกต่างของชนิดของแบคทีเรียที่พบในแต่ละชนิดของตัวอย่าง การทำความเข้าใจถึงความแตกต่างนี้มีความสำคัญในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมสำหรับการรักษาการติดเชื้อแบคทีเรีย รวมทั้งการเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำความเข้าใจและจัดการกับปัญหาการดื้อยาอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การนำไปใช้

การศึกษานี้ ได้มีการนำเสนอข้อมูลผ่านคณะกรรมการงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์การติดเชื้อดื้อยา เพื่อให้มีการวางระบบและดำเนินการด้านการควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม (antimicrobial stewardship: AMS) โดยการกำหนดแนวทางการประเมินการให้ยาในโรงพยาบาล (drug use evaluation: DUE) ดังนี้

1. ลดการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นในโรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย
2. ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในโรคติดเชื้อแบคทีเรีย
3. ติดตามและประเมินผลการควบคุมกำกับการใช้ยา

การดำเนินการเหล่านี้จะประสบผลสำเร็จได้ ต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพคอยช่วยเหลือกัน ต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ช่วยเฝ้าระวังการติดเชื้อและการใช้ยาต้องมีการติดตามและให้ข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงให้ระบบดียิ่งขึ้นไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่จากสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ และหน่วยงานอื่นๆ ที่ช่วยเหลือและเอื้อเฟื้อข้อมูลสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ให้ประสบผลสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Cherry Lim Emi Takahashi Maliwan Hongsuwan Vanaporn Wuthiekanun Visanu Thamlikitkul Soawapak Hinjoy Nicholas PJ Day Sharon J Peacock Direk Limmathurotsakul (Ed.). Epidemiology and burden of multidrug-resistant bacterial infection in a developing country. Epidemiology and Global Health(2016).

2. Korakot Chansareewittaya, Ph.D. Sirikarnnapa Krajangcharoensakul, B.Sc. (2021). The occurence of antibiotic resistant bacteria contamination in sub-district health-promoting hospitas in Chian Rai, Thailand. J Health Sci Med Res, 40(4), 459–473.

3. Malee Sunpuwan Sureeporn Punpuing Wipaporn Jaruruengpaisan Heiman Wertheim. (2021). Understanding antibiotic use in the community setting in Thailand: Does communication matter? PLOS ONE.

4. Wantana Paveenkittiporn Meghan Lyman Caitlin Biedron Nora Chea Charatdao Bunthi Amy Kolwaite Noppavan Janejai (Ed.). (2021). Molecular epidemiology of carbapenem-resistant Enterobacterales in Thailand, BMC,2021(Vol. 10, Issue 88).

5. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, ศ. ส. (17 ก.ค. 2567). การจัดทำ antibiogram.

6. จตุพร คำยอง, บุณยานุช ขันไชยวงค์. Antibiogram และแนวโน้มการดื้อยาต้านจุลชีพของเชื้อแบคทีเรียที่พบในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ปี พ.ศ.2561 และ 2562. ผลงานวิจัย Routine to Research ปี 2564(2564):271-311.

7. สุนัย จันทร์ฉาย. (Ed.). สถานการณ์และการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย(2018) (Vol. 36, Issue 3). วารสารแพทย์ เขต 4-5. 105-107.

8. สนธยา ชีช้าง. (2024). แนวโน้มอุบัติการณ์และการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช. R3 Med PHJ, 21(1), 23–30.

9. สุชัญญา บุญสวรรค์. ศึกษาสถานการณ์เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพและพัฒนาแนวทางการรายงานเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (2018), 8(15), 83–91.

10. ภาณุมาศ ภูมาศ ตวงรัตน์ โพธะ วิษณุ ธรรมลิขิตกุล อาทร ริ้วไพบูลย์ ภูษิต ประคองสาย สุพล ลิมวัฒนานนท์. ผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย : การศึกษาเบื้องต้น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข(2555), 6(3), 352–360.

11. ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ. (2024). สถานการณ์การดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย. ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ. https://amrthailand.net

12. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. แผนปฏิบัติการด้านการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2566-2567

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการให้ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยยืนยันป่วยเบาหวานรายใหม่ โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ

อุบล อุทธิยา[1], จาตุรณ ค้าปลาสด[2], ณัฐสุดา พัวอุดมเจริญ[3], มุกดา จันทยานี[4], แสงเดือน หมั่นผดุง[5] และปรีชา มะโนยศ[6]
โรงพยาบาลเทิง, จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการให้ความรู้ผู้ป่วยยืนยันป่วยเบาหวานรายใหม่โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ และเพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวทางดังกล่าว ดำเนินการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือน มกราคมถึงเมษายน 2567 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 55 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานประกอบด้วยโปรแกรมการให้ความรู้โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (พยาบาล, เภสัชกร, โภชนากร, แพทย์แผนไทย) , คู่มือการดูแลตนเอง , และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย ผลการวิจัยพบว่าหลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือน ในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดตามผลครบจำนวน 26 ราย มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงจาก 24.87 (SD=4.17) เป็น 23.11 (SD=3.97) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ ผู้ป่วยจำนวน 26 รายจาก 55 ราย (คิดเป็นร้อยละ 47.27) สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ได้ต่ำกว่าร้อยละ 7 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือควรมีการพัฒนากระบวนการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพให้เป็นระบบมากขึ้นและควรศึกษาวิจัยในระยะเวลาที่ยาวขึ้นเพื่อติดตามผลลัพธ์ที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ, ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่, ทีมสหสาขาวิชาชีพ, การให้ความรู้

DEVELOPMENT OF PRACTICE GUIDELINES FOR EDUCATING NEWLY DIAGNOSED DIABETES MELLITUS PATIENTS THROUGH MULTIDISCIPLINARY TEAM PARTICIPATION

Ubon Utthiya[1], Jaturon Khaplasod[2], Natsuda Phuaudomcharoen[3], Mukda Chanthayanee[4], Sangduen Manpadung[5], and Preecha Manoyot[6]

ABSTRACT

This research and development aimed to develop practice guidelines for educating newly diagnosed diabetes mellitus patients with the participation of a multidisciplinary team and to evaluate the effectiveness of these guidelines. The study was conducted with newly diagnosed diabetic patients at the NCD clinic of Thoeng Hospital, Chiang Rai Province, from January to April 2024. The sample consisted of 55 newly diagnosed diabetic patients who voluntarily participated in the program. The intervention tools included a health education program delivered by a multidisciplinary team (nurse, pharmacist, nutritionist, traditional Thai medicine practitioner) , a self-care manual , and a self-care behavior questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation) and inferential statistics (paired t-test) to compare body mass index (BMI). The results showed that after a 3-month follow-up of 26 participants, the mean BMI significantly decreased from 24.87 (SD=4.17) to 23.11 (SD=3.97) ($p < 0.001$). Furthermore, 26 out of 55 participants (47.27%) achieved a glycated hemoglobin (HbA1C) level below 7%. Recommendations from this research include further developing a more systematic collaborative process for the multidisciplinary team and conducting longer-term studies to monitor sustainable outcomes.

Keywords: Guideline Development, Newly Diagnosed Diabetes Patients, Multidisciplinary Team, Health Education

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและในประเทศไทย โดยมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงเกณฑ์ปกติตั้งแต่ระยะแรกของการวินิจฉัยมีความสำคัญอย่างยิ่งในการชะลอและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง[2,3] เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคไตวาย และภาวะจอประสาทตาผิดปกติ หัวใจสำคัญของการดูแลคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลตนเองในด้านต่างๆ[4]

ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย ในปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 4,492 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 60 ราย และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานถึงร้อยละ 67.34 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้[5] จากการวิเคราะห์พบว่าสาเหตุหลักเกิดจากพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ด้วยเหตุนี้ ทีมผู้วิจัยจึงได้พัฒนา "แนวทางปฏิบัติในการให้ความรู้ผู้ป่วยยืนยันป่วยเบาหวานรายใหม่โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ" ขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

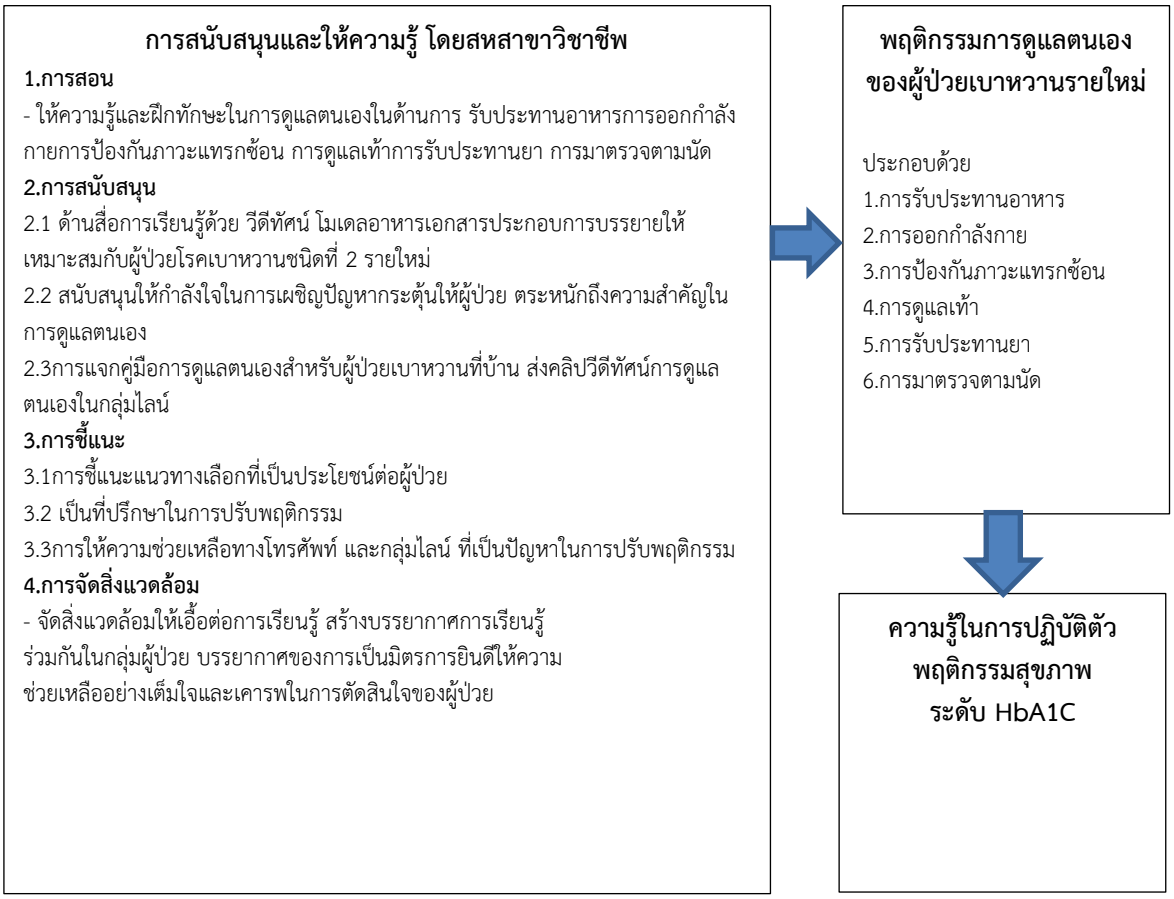
1. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการให้ความรู้ผู้ป่วยยืนยันป่วยเบาหวานรายใหม่โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการให้ความรู้ผู้ป่วยยืนยันป่วยเบาหวานรายใหม่โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดการสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative Nursing System) ของโอเร็มเป็นพื้นฐาน โดยมีตัวแปรต้นคือ

โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การสอน 2) การสนับสนุน 3) การชี้แนะ และ 4) การจัดสิ่งแวดล้อม และมีตัวแปรตามคือ

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งประเมินจากความรู้ในการปฏิบัติตัว , พฤติกรรมการดูแลตนเอง , และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Routine to Research (R2R) เป็นการพัฒนางานประจำให้กลายเป็นงานวิจัย และนำผลจากการวิจัยนั้นมาปรับปรุงพัฒนางาน เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการให้ความรู้ผู้ป่วยยืนยันป่วยเบาหวานรายใหม่โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทั้งหมดที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเทิง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยยืนยันป่วยเบาหวานรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยระหว่างเดือนมกราคม – เมษายน 2567 จำนวน 176 รายได้เข้ารับการอบรม และมีผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมการประเมินผลในโครงการวิจัยจำนวน 55 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน: โปรแกรมการให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการสอน การสนับสนุนด้วยสื่อต่างๆ (วีดิทัศน์ โมเดลอาหาร) การชี้แนะให้คำปรึกษา และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ รวมถึงคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล: แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานของพัชรินทร์ เชื่อมทอง (2562) ซึ่งครอบคลุม 6 ด้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล: ทีมสหสาขาวิชาชีพ (พยาบาล, เภสัชกร, โภชนากร, แพทย์แผนไทย) จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยและมีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) > 126 mg% และ HbA1C > 6.7% หลังการอบรมมีการติดตามประเมินผลด้านพฤติกรรมและตรวจเลือดซ้ำในอีก 3 เดือนถัดไป

การวิเคราะห์ข้อมูล: ใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรม และใช้สถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรม โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินงานแก่ผู้ป่วย และผู้ป่วยทุกคนได้ให้ความยินยอมสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการประเมินผลจำนวน 55 ราย ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 65.45) และส่วนใหญ่มีผู้ดูแลที่บ้าน (ร้อยละ 63.63) ผลการประเมินประสิทธิผลของแนวทางปฏิบัติหลังติดตามครบ 3 เดือน พบผลลัพธ์ที่สำคัญดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางปฏิบัติฯ (n=26)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการให้ความรู้		หลังดำเนินการ		t-test	P-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	24.87	4.17	23.11	3.97	1.449	. <0.001

ที่มา: ข้อมูลจากการวิจัย

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบการติดตามค่าเฉลียชนีมวลกาย ก่อนและหลังเข้าก่อนและหลังการได้รับความรู้ ผลการทดสอบรายละเอียด ภายหลังติดตาม 3 เดือน จำนวน 26 ราย พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 โดยค่าเฉลี่ยตัชนีมวลกายก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย = 24.87, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.17) ลดลงภายหลังติดตาม 3 เดือน (ค่าเฉลี่ย = 23.11, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.05) จะเห็นได้ว่าภายหลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 2 ผลค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) หลังการพัฒนาแนวทางปฏิบัติฯ (n=55)

ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	หลังได้รับโปรแกรมฯ	
	จำนวน	ร้อยละ
ดีขึ้น	26	47.27
อยู่ระหว่างรอผลการติดตาม	29	52.73

ที่มา: ข้อมูลจากการวิจัย

จากตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานพบว่ากลุ่มผู้ป่วยยืนยันป่วยเบาหวานรายใหม่ที่ได้รับการอบรมให้ความรู้ในเรื่องโรคเบาหวานที่มีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่มีค่า HbA1C > 8% จำนวน 55 ราย จากการดำเนินงานติดตามระดับน้ำตาลในเลือด 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีค่าระดับน้ำตาล HbA1C < 7% จำนวน 26

ราย คิดเป็น 47.27 % และยังอยู่ในระหว่างการติดตามระดับน้ำตาล HbA1C จำนวน 29รายคิดเป็น 52.73% แสดงให้เห็นว่าร้อยละ 47.27 ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีขึ้น (HbA1C < 7%)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่โรงพยาบาลเทิงประสบความสำเร็จในการช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ดังเห็นได้จากค่าดัชนีมวลกายที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญและเกือบร้อยละ 50 ของผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นภายใน 3 เดือน ความสำเร็จนี้เกิดจากการบูรณาการความรู้จากหลากหลายสาขาวิชาชีพที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างรอบด้าน

อย่างไรก็ตาม ยังมีอุปสรรคและความท้าทายในการดำเนินงาน ได้แก่ ผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น กลุ่มวัยทำงานและผู้ที่มีอาชีพเฉพาะ ยังมีพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ชีวิตที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมโรค รวมถึงพฤติกรรมการบริโภคข้าวเหนียวที่เป็นอาหารหลักของคนในพื้นที่ นอกจากนี้ เวลาที่จำกัดในการให้คำปรึกษาอาจทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเต็มที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์จาตุรณ ค้าปลาสด, นางณัฐสุดา พัวอุดมเจริญ, นางสาวมุกดา จันทยานี, นางแสงเดือน หมั่นผดุง, นายปรีชา มะโนยศ และทีมบุคลากรงานบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลเทิงทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาและดำเนินงานวิจัยนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

1. **ด้านการปฏิบัติ:** ควรพัฒนาช่องทางการสื่อสารและให้ความรู้ที่หลากหลายมากขึ้นเพื่อให้เข้าถึงผู้ป่วยทุกกลุ่ม และควรจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Self-help group) สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้
2. **ด้านการวิจัย:** ควรมีการวางแผนการวิจัยในระยะยาวขึ้น เพื่อประเมินผลของโปรแกรมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถาวรและผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว และควรพัฒนารูปแบบการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพให้มีความร่วมมือและบูรณาการที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กาญจนา พรหมทองและคณะ. (2563). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการับประทานอาหารโดยใช้ชุมชน เป็นฐานสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 26*(2) : 141-160
2. ดวงเดือน หันทยุงและคณะ. (2559). ผลของการใช้โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเมืองไผ่. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 11*(1) : 36-51
3. เฉลิมพล ตันสกุล และคณะ. (2546). *ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์.* ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : ยุทธรินทร์การพิมพ์.

4. พรพรรณ ลีลาศสง่างาม และคณะ. (2562). รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน ของกลุ่มเสี่ยงจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น, 16*(1) : 274-286
5. โรงพยาบาลเทิง. (2566). *รายงานประจำปี งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเทิง ประจำปี 2566*. เอกสารรายงาน.โรงพยาบาลเทิง: กลุ่มงานการพยาบาล.
6. วิไล แสนยาเจริญกุล.(2561).ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารใน กลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน. *Nursing Science Journal of Thailand, 37*(1) : 60-72
7. อรุณ จิรวัฒน์กุล.(2558*). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 4. วิทยพัฒน์:กรุงเทพฯ

การพัฒนารูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการจำหน่ายจากหอผู้ป่วย ผ่านระบบการให้บริการทางเภสัชกรรมทางไกล โรงพยาบาลเชียงแสน อ.เชียงแสน จ.เชียงราย

ภาวนา ใจระวัง[1]

[1] กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเชียงแสน อ. เชียงแสน จ.เชียงราย

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลเชียงแสน อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย โดยมุ่งเน้นการติดตามการใช้ยาที่บ้านผ่านระบบการสื่อสารทางไกล เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และความพึงพอใจต่อการรับบริการ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 34 ราย ที่ได้รับการดูแลผ่านโปรแกรม Telepharmacy เป็นระยะเวลา 6 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Adherence Scale for Thais: MAST), แบบบันทึกปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา (Drug Related Problems: DRPs) และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าทีแบบจับคู่ (paired t-test)

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนใช้โปรแกรม ค่าเฉลี่ยก่อน = 1.00 และหลัง = 19.23 ($p < 0.001$) พบปัญหา DRPs จำนวน 30 รายการ โดยมากที่สุดคือปัญหาการใช้ยาร่วมไม่เหมาะสมและการไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา นอกจากนี้ ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด ครอบคลุมทุกมิติของการให้บริการ สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรม Telepharmacy สามารถส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา ลดความเสี่ยงด้านการใช้ยาและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยในระยะการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การบริบาลทางเภสัชกรรม การบริการเภสัชกรรมทางไกล โรคหลอดเลือดสมอง ความร่วมมือในการใช้ยา โปรแกรมติดตามผู้ป่วยที่บ้าน

Development of a Continuous Pharmaceutical Care Model for Stroke Patients Discharged from the Inpatient Ward via Telepharmacy Services at Chiang Saen Hospital, Chiang Saen District, Chiang Rai Province

Pawana Jairawang

Abstract

This research study employs a quasi-experimental design to develop a telepharmacy service model for stroke patients discharged from Chiang Saen Hospital in Chiang Saen District, Chiang Rai Province. The focus is on monitoring medication use at home through telecommunication systems to evaluate outcomes related to medication adherence, medication-related problems, and satisfaction with the service. The sample group consisted of 34 patients who received care through the Telepharmacy program for a period of 6 months. The research instruments used included the Medication Adherence Scale for Thais (MAST), the Drug Related Problems (DRPs) recording form, and the patient satisfaction questionnaire. Data was analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The research findings revealed that the cooperation scores in medication use significantly increased after participating in the program compared to the scores before using the program (mean before = 1.00, after = 19.23, $p < 0.001$). A total of 30 DRPs were identified, with the most common being inappropriate drug use and non-adherence to the treatment plan. Additionally, patient satisfaction levels were rated as very high across all dimensions of service delivery. This reflects that the developed Telepharmacy program can effectively promote cooperation in medication use, reduce medication-related risks, and enhance patient satisfaction during the post-discharge continuous care period.

Keywords: Pharmaceutical care, telepharmacy, stroke, medication collaboration, home patient monitoring program

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ตระหนักถึงความสำคัญของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goal) ดังนั้นในจึงได้จัดทำกลยุทธ์ระดับโลกด้านสุขภาพแบบดิจิทัลระหว่างปี พ.ศ. 2563- 2567 (Global strategy on digital health 2020-2024) ซึ่งมีเป้าประสงค์สำคัญ คือการประยุกต์ใช้ดิจิทัลเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อ ให้บรรลุวิสัยทัศน์ระดับโลก คือ สุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for all) หมายถึง การพัฒนาและการใช้ดิจิทัลเทคโนโลยี เพื่อยกระดับสุขภาพของประชากรโลก ทั้งนี้กลยุทธ์ระดับโลกด้านสุขภาพแบบดิจิทัล กำหนดวัตถุประสงค์ เชิงกลยุทธ์ 4 ข้อเพื่อให้แต่ละประเทศกับใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายสุขภาพ (World Health Organization, 2017) ตามบริบทของแต่ละประเทศ

การบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) คือ การบริบาลทางเภสัชกรรมและการบริการที่เกี่ยวเนื่องแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ รวมทั้งการส่งมอบเภสัชภัณฑ์โดยผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารทางไกลไปยังผู้ป่วย ที่อยู่ในสถานที่ที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยจะได้รับยาและการดูแลรักษาทางเภสัชกรรม ภายในสถานที่ที่ปลอดภัยและสะดวกต่อการเข้าถึง ซึ่งครอบคลุมไปถึง การให้คำปรึกษาด้านยา (patient counseling) การจำหน่ายยา (drug selling) การส่งมอบยา (dispensing) และการติดตามการรักษาและผลข้างเคียง(drug therapy monitoring) โดยเป้าหมายของเภสัชกรรมทางไกล เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล ลดความเหลื่อมล้ำ และลดการรอคอยในการเข้าถึงบริการ สนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริการก้าวหน้าโดยขยายการบริการด้านเภสัชกรรมให้ครอบคลุมทางการบริการเภสัชกรรมทางไกล ลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนโดยเฉพาะค่าใช้จ่ายโดยอ้อม และสนับสนุนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอย่างเป็นระบบเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทย เช่น ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายระหว่างการไปโรงพยาบาล ค่าเสียโอกาสในการได้รายได้จากการทำงานเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการและกำลังคนในระบบสาธารณสุขเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพด้านการบริการ ผลักดันการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุขในการใช้ประโยชน์เพื่อรองรับการแพทย์วิถีใหม่ สนับสนุนมาตรการ social distancing (end-to-end) เพื่อควบคุมการระบาดของโรค มุ่งพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อเพิ่มศักยภาพความมั่นคงทางสุขภาพในการจัดการกับโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

ในปัจจุบันการบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) เป็นส่วนหนึ่งของการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth) เป็นระบบบริการที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพในช่วงวิกฤตการณ์ Covid-19 และเกิดเป็นรูปแบบการบริการทางเลือกใหม่เพื่อรองรับการแพทย์วิถีใหม่การสาธารณสุขทางไกลภายหลังวิกฤตการณ์ Covid-19 คลี่คลาย อย่างไรก็ตาม การบริการระบบทางไกลจะช่วยอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย แต่ก็จำเป็นต้องอาศัยอุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวกและระบบเทคโนโลโลยีสมัยใหม่มาใช้ประกอบ ดังนั้นเพื่อให้การบริการเภสัชกรรมทางไกลเป็นไปอย่างเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย และสอดคล้องกับมาตรฐานงานเภสัชกรรมของประเทศไทย เหมาะสมต่อบริบทขององค์กรภายใต้ทรัพยากรจำกัด เหมาะสมต่อบริบทของพื้นที่อำเภอเชียงแสนซึ่งเป็นสังคมกึ่งชนบทและสังคมชนบท การทำงานเชิงรุกร่วมกับสหวิชาชีพทางการแพทย์ในระบบการแพทย์ทางไกลของโรงพยาบาลเชียงแสน จึงเป็นอีกหนึ่งหนทางที่จะช่วยให้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองเป็นไปอย่างราบรื่น การประสานความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ อันได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำจิตอาสาและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ จึงเป็นสิ่งสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคร้ายที่คนทั่วโลกถึง 1 ใน 4 มีความเสี่ยงที่จะเป็นด้วยความรุนแรงของโรคที่ททำให้พิการและเสียชีวิต ทาให้องคกรโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO) กำหนดให้วันที่ 29 ตุลาคมของทุกป เป็นวันหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Day) จากการสำรวจ

ประชากรขององคกรโรคหลอดเลือดสมองโลกพบวา ป พ.ศ.2563 มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกวา 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนตอป 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปขึ้นไป[1]

ในขณะ เดียวกันสถานการณในประเทศไทย ขอมูลยอนหลัง 5 ป ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (ปพ.ศ.2556 - 2560) จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี แนวโนมเพิ่มสูงขึ้นทุกป ป พ.ศ.2560 พบผู้ป่วยจำนวน 304,807 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ปละไมต่ำกวา 30,000 ราย จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทุกปี ส่วนหนึ่งคือคนตระหนักรู้มากขึ้นจึงมาโรงพยาบาลมากขึ้น และการเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย ทำให้ผู้ป่วยมากขึ้น รวมถึงพฤติกรรม การใช้ชีวิตของคนที่เปลี่ยนไป ทำให้ยิ่งมีความเสี่ยงมากขึ้น การรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ ไม่ค่อยออกกำลังกาย และความเครียด ล้วนมีผลต่อโรคนี้ แต่ผู้สูงอายุมีปัจจัยเรื่องความเสื่อมหรือโรคต่าง ๆ จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงของโรคมากที่สุด ส่วนผู้ป่วยในวัยกลางคนที่ใช้ยา สารเสพติดบางชนิด การได้รับอุบัติเหตุที่กระทบกระเทือนศีรษะหรือคอ ก็จะทำให้เป็นโรคนี้ได้ง่ายขึ้น ส่วนผู้ป่วยเด็กจะพบจากเรื่องพันธุกรรมที่เราป้องกันไม่ได้ การเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้ครอบครัวสูญเสียในระยะยาว ตั้งแต่การสูญเสียรายได้จากการไม่ได้ทำงานของผู้ป่วยเอง ญาติพี่น้อง ครอบครัวต้องมาดูแล การจ้างคนดูแล รวมถึงค่ารักษา เพราะค่าใช้จ่ายที่ใช้รักษาระยะยาวที่ต้องได้รับการดูแลตลอดชีวิต จะมีค่าใช้จ่ายราวปีละ 2-3 ล้านบาทต่อคน ซึ่งส่งผลโดยตรงให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งส่วนตัว ครอบครัว และประเทศชาติโดยรวม[2]

จากการทบทวนวรรณกรรม สภาพปญหาของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบวา การดูแลยังไมครอบคลุมป พ.ศ.2563 ได้รับการดูแล (67.62%) การสื่อสารสงตอขอมูล ในทีมสหวิชาชีพและในเครือขายใชโทรศัพทและทางไลนส่วนตัวเฉพาะรายที่ตองการดูแล สวนรายที่ไมซับซอนไมไดรับการสงตอขอมูลในทีมสหวิชาชีพไมได้วางแผนรวมกัน ผู้ป่วยได้รับการดูแลตอเนื่องเพียง 1-3 เดือนหลังจำหนาย (ธนัชญา พูนวศินและเอมอร อาภรณรัตน์; 2566)[3] รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยแนวทางการรับผู้ป่วย วิธีการเยี่ยมบ้าน ทีมสหสาขาวิชาชีพ และการดูแลรักษา ต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.74 ในปี 2559 เป็น ร้อยละ 91.67 ในปี 2560 และการเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาในการฟื้นฟูกับ ADL พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสถิติที่ระดับ 0.05 โดยในช่วงเดือนที่ 1 มีความแตกต่างของ คะแนนสูงที่สุดเท่ากับ 33.33 รองลงมาคือระหว่างเดือนที่ 1 กับเดือนที่ 3 มีความแตกต่างของ คะแนนเท่ากับ 14.07 (ณีรนุช วงค์เจริญ และคณะ; 2563)[4]

การให้บริการเภสัชกรรมทางไกลทั้งในและต่างประเทศ เมื่อนำมาวิเคราะห์และสรุปเพื่อให้เห็นถึงโอกาสทางสุขภาพและความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในระบบเภสัชกรรมทางไกล พบว่าโอกาสทางสุขภาพได้แก่ ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ง่ายขึ้น ลดโอกาสการติดเชื้อ/แพร่กระจายเชื้อ ผู้ป่วยมีความร่วมมือการ ใช้ยาดีขึ้น และการลดความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นต้น แต่ก็มีความเสี่ยงที่ต้องคำนึงถึง เช่น ประสิทธิภาพและประสิทธิผล ของการให้คำปรึกษาทางยา ความปลอดภัยในข้อมูลความลับของผู้ป่วย การสื่อสารที่ไม่สมบูรณ์ การจัดส่งยา การดูแล รักษาอย่างต่อเนื่อง และหลักฐานทางกฎหมายที่อาจจะไม่สมบูรณ์ เป็นต้น มีการเสนอแนะแนวทางและประเด็นที่ควรให้ ความสำคัญ รวมทั้งองค์ประกอบสำคัญที่ควรมีของระบบเภสัชกรรมทางไกลในอนาคตเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและ ประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วย ลดการติดเชื้อหรือการแพร่กระจายของเชื้อโรค และการประหยัดทรัพยากร ซึ่งจะส่งผลให้ ประชากรในประเทศมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าเดิมได้ (ปฐมา เทพชัยศร; 2566)[5] รูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลมีความแตกต่างกัน ตามบริบทและทรัพยากรของแต่ละโรงพยาบาล องค์ประกอบสนับสนุนที่สำคัญ คือ นโยบาย การจัดสรรและพัฒนาบุคลากร การสนับสนุนด้านการเงิน การพัฒนา ระบบสารสนเทศสุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ช่องทางการสื่อสารที่ใช้มากที่สุด คือ แอปพลิเคชัน Line 79.39% (กนกวลี สิงห์รุ่งเรืองกิจ และคณะ 2567)[6] การ

ให้บริการเภสัชกรรมโรคหืดทางไกล ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ ควบคุมอาการของโรคหืด สามารถใช้ยาสูดพ่นได้ถูกวิธี ลดการพบปัญหาที่เกี่ยวกับยา เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาสูดพ่น สำหรับควบคุมอาการ และป้องกันความเสี่ยงในอนาคต ได้แก่ การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ จากการรักษา ทำให้ผลการรักษาเป็นไปตามเป้าหมาย (พัชวไล นวลละออง, 2564)[7] การให้บริการเภสัชกรรมทางไกลสามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาและความสูญเสียด้านการเงินที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยาได้ สำหรับประสิทธิภาพของ การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น การให้บริการเภสัชกรรมทางไกลส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษาโรคเรื้อรังที่ไม่แตกต่างจากการให้บริการ แบบปกติ และยังมีผลเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหืดได้ นอกจากนี้ความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลต่อการให้บริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังจากมีการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลโดยเภสัชกรมากกว่า การไม่มีบริการดังกล่าว (กฤษฎิ์ วัฒนธรรม และคณะ : 2564)[8] ดังนั้น การใช้ประโยชน์จากศาสตร์ทางเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อไปใช้ในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพอย่างสร้างสรรค์ ตอบสนองต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน ซึ่งการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างต่อเนื่องจากหอผู้ป่วยลงสู่บ้าน และชุมชน ด้วยเทคโนโลยี การบริการทางเภสัชกรรมทางไกล จะมีส่วนช่วยในการเพิ่มความปลอดภัย ความสมเหตุผลของการใช้ยา และ คุณภาพการให้บริการ รวมทั้งเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติได้

ในโรงพยาบาลเชียงแสน พบสถิติการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นจำนวน 97, 126 และ 149 ในปีงบประมาณ 2565, 2566 และ 2567 ตามลำดับ โดยได้รับการดูแลตามระบบผู้ป่วยระยะกลาง หรือ Intermediate Care : IMC ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเภสัชกรได้เข้าไปมีบทบาทในการให้ความรู้เรื่องยา แผนการรักษาผู้ป่วย และอาการข้างเคียงจากยาบนหอผู้ป่วย และนำเทคโนโลยีการบริการเภสัชกรรมทางไกลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยเริ่มในเดือน ธันวาคม 2566 ที่ผ่านมา ทางกลุ่มงานเภสัชกรรมได้ทดลองเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมบนหอผู้ป่วย การจำหน่ายจากหอผู้ป่วยได้รับการให้บริบาลทางเภสัชกรรม ตั้งแต่ เดือน 1 เมษายน – 30 มิถุนายน 2567 ที่พบปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา (Drug Related Problems : DRPs) และเข้าเกณฑ์ตามกลุ่มเป้าหมาย ผ่านระบบบริการทางเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) จำนวน 90 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยชาย และหญิง เท่ากัน คือ ประเภทละ 45 ราย (คิดเป็นร้อยละ 50) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ อายุ 61-70 ปี จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.11 และอายุเฉลี่ย 63.08±14.44 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีจำนวนโรคที่ได้รับการวินิจฉัย 1 – 2 โรค จำนวน 37 ราย คิดเป็น ร้อยละ 41.11 และจำนวนโรคที่เป็นเฉลี่ย 2.44±1.17 โรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาคิดเป็นจำนวนรายการยา ที่ผู้ป่วยได้รับ 4-6 รายการ, 7-9 รายการ และ 10-12 รายการ เป็นจำนวน 24 รายเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 26.67 และจำนวนรายการยาที่ได้รับ 8.39±3.68 รายการ นอกจากนี้มีการใช้แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย มาใช้ประเมิน พบว่าก่อนได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยมีคะแนนอยู่ในระดับ 1 – 3 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนต่ำ จำนวน 15 ราย คิดเป็น ร้อยละ 16.67 หลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยได้รับการประเมินผ่านระบบการบริการเภสัชกรรมทางไกล ได้คะแนนอยู่ในระดับ 1 – 3 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนต่ำ จำนวน 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2.22 ส่วนผู้ป่วยที่มีคะแนนอยู่ในระดับ 4 - 6 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนปานกลาง ก่อนได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน 26 ราย คิดเป็น ร้อยละ 28.87 หลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยได้รับการประเมินผ่านระบบการบริการเภสัชกรรมทางไกล ได้คะแนนอยู่ในระดับ 4 - 6 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนปานกลาง จำนวน 3 ราย คิดเป็น ร้อยละ 3.33 และผู้ป่วยที่มีคะแนนอยู่ในระดับ 7 - 8 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนสูง ก่อนได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน 49 ราย คิดเป็น ร้อยละ 54.41 หลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยได้รับการประเมินผ่านระบบการบริการเภสัชกรรมทางไกล ได้คะแนนอยู่ในระดับ

7 – 8 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนปานกลาง จำนวน 85 ราย คิดเป็น ร้อยละ 94.45 และยังพบว่ามีผู้ป่วยยังได้รับการค้นหา ดักจับ แก้ไข และป้องกันหรือลดความรุนแรงของปัญหาได้ผ่านระบบ บริการเภสัชกรรมทางไกล คิดเป็น จำนวน 29 ราย ที่ได้รับการแก้ไขและป้องกันความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ การให้บริการทางเภสัชกรรมทางไกลจึงเป็นอีกหนึ่งนวตกรรมทางการแพทย์ที่จะทำให้เภสัชกรมีโอกาสได้ทวนสอบการใช้ยา และค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยได้มากขึ้น โดยปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาที่ได้รับการบริหารจัดการนั้น พบปัญหามากที่สุดเป็นอันดับที่ 1 พบ 3 ปัญหาคิดเป็นจำนวน 7 ราย คิดเป็น ร้อยละ 24.14 ได้แก่ การไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง ซึ่งอาจมีสาเหตุจาก ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและยาที่ได้รับ ไม่เข้าใจวิธีใช้ ลืมรับประทานยา หรือไม่ใช้ยาด้วยเหตุผลส่วนตัว หรือการไม่ได้ให้ยาแก่ผู้ป่วยของหอผู้ป่วย เป็นต้น (Failure to receive medication) , ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อน (Duplication/ Repeated Drugs) และ ปัญหาที่เกี่ยวกับยาอื่น : การไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ปรับเพิ่ม/ลดหรือหยุดยาเอง (Miscellaneous : Non- Adherence) ปัญหาที่พบเป็นอันดับที่ 2 คือ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ (Untreated Indication) จำนวน 5 ราย คิดเป็น ร้อยละ 17.24 และปัญหาที่พบเป็นอันดับ3 คือ ผู้ป่วยพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reactions : ADRs) จำนวน 3 ราย คิดเป็น ร้อยละ 10.34

ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาวิจัย โดยการใช้ประโยชน์จากจากเทคโนโลยีที่เรียกว่า การบริการทางเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมให้เกิดกการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากหอผู้ป่วยไปจนถึงบ้านของผู้ป่วย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคเรื้อรังมาก่อน และได้รับการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลเชียงแสน และเพื่อค้นหา และแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา (Drug Related Problems: DRPs) ของผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน นำสู่การดูแลตนเองด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการติดตามและประเมินการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยผ่านระบบการบริการเภสัชกรรมทางไกล

สมมติฐานการวิจัย

รูปแบบการให้บริบาลเภสัชกรรมด้วยโปรแกรมการติดตามและประเมินการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยผ่านระบบการบริการเภสัชกรรมทางไกล จะส่งผลให้คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น : โปรแกรมการติดตามและประเมินการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยผ่านระบบการบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy)

ตัวแปรตาม : ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความสัมพันธ์ : โปรแกรมการติดตามและประเมินการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยผ่านระบบการบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้าน

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) ระยะเวลา มกราคม – มิถุนายน 2568 พื้นที่อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

ประชากร/กลุ่มตัวอย่างและขนาด/วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเชียงแสน หรือ ผู้ป่วยใน (IPD) ซึ่งเป็นประชากรที่มีจำนวนแน่นอน ในปี งบประมาณ 2567 จำนวน 6,733 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคหลอดเลือดในสมอง ที่มีโรคเรื้อรังมาก่อน และได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงแสน ในปีงบประมาณ 2567 มีจำนวน 149 ราย

กำหนดขนาดตัวอย่างจากสูตรการคำนวณ กรณีไม่ทราบประชากรที่แน่นอน แต่ทราบสัดส่วนของประชากร กรณีที่ประชากรมีจำนวน ไม่แน่นอน ใช้สูตรอ้างอิงโดย บุญชม ศรีสะอาด,2535:38

โดยใช้สูตร $n = \frac{P\,(1 - P)\,z^2}{e^{\,2}}$

โดย n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

P = สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยกำหนดสุ่ม

โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคหลอดเลือดในสมอง ที่มีโรคเรื้อรังมาก่อน และได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงแสน ในปีงบประมาณ 2567 มีจำนวน 149 รายและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเชียงแสน หรือ ผู้ป่วยใน (IPD) ซึ่งเป็นประชากรที่มีจำนวนแน่นอน ในปี งบประมาณ 2567 จำนวน 6,733 ราย สัดส่วน จึงเท่ากับ 149 ÷ 6733 = 0.0221

Z = ระดับความมั่นใจผู้วิจัยกำหนดไว้ โดย

Z=1.96 ที่ระดับความมั่นใจ 95% (α=0.05)

Z=2.58 ที่ระดับความมั่นใจ 99% (α=0.01)

e = สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ =0.05

เมื่อ P = 149 ÷ 6733 = 0.0221

1 – P = 1 - 0.0221 = 0.9779

z ในระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับระดับนัยสำคัญ = 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ = 0.05

n = 0.0221 x 0.9779 x 1.96 x 1.96/0.05x0.05

n = 0.0216 x 3.8416 /0.0025

n = 33.19

ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่คำนวณได้จึงเท่ากับ 34 ราย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี เจาะจง

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรเป้าหมาย (Inclusion criteria)

- เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีโรคเรื้อรังมาก่อนอย่างน้อย 1 โรค และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงแสน อ.เชียงแสน จ.เชียงราย
- เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเชียงแสน ในลักษณะพร้อมกลับไปใช้ชีวิตประจำวันต่อได้ที่บ้าน
- มีสมาร์ทโฟนที่สามารถเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอเน็ตได้

- สามารถพูด อ่าน เขียนและสื่อสารภาษาไทยได้อย่างดี
- ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือกิจกรรมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกประชากรเป้าหมาย (Exclusion criteria)

- ผู้ป่วยที่มีอาการแย่ลง หรือได้รับการ Refer ไปยังสถานพยาบาลที่สูงกว่า
- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อกลับได้
- ผู้ป่วยที่ไม่สามารสื่อสารได้ และไม่มีญาติดูแล

เกณฑ์ให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

- ประสงค์ขอถอนตัวในขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย
- หลังจากได้รับฟังการชี้แจงรายละเอียดของโครงการแล้ว กลุ่มตัวอย่างไม่ประสงค์ที่จะเข้ารับบริการติดตามและประเมินการใช้ยาที่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล, HN, วัน/เดือน/ปีที่เข้ารับการรักษาใน รพ. และถูกจำหน่าย , โรคที่ป่วย (ได้รับการวินิจฉัย) และรายการยาที่ได้รับขณะจำหน่าย มีจำนวน 6 ข้อ

2. แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย (Medication Adherence Scale for Thais หรือ MAST) จำนวน 8 ข้อ ของ รศ.ดร. สงวน ลือเกียรติบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ส่วนขยาย

3. แบบบันทึกประเภทของปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problem : DRPs) จำนวน 9 ข้อ

4. แบบบันทึกการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา (Drug Related Problem: DRPs) จำนวน 9 ข้อ

5. แบบสอบถามความพึงพอใจการรับบริการเภสัชกรรมทางไกลโดยเภสัชกร จำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) กับกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ด้วยวิธีการหาค่าประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ตามวิธีของครอนบาด (Cronbach) โดยผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ค่า Cronbach’s alpha เท่ากับ 0.885

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ เปอร์เซ็นต์ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานซึ่งจะใช้ในการอธิบายลักษณะของกลุ่มศึกษาต่าง ๆ และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Paired t test ซึ่งจะใช้ในการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของ ความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย (Medication Adherence Scale for Thais หรือ MAST) ก่อนและหลังได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม

วิธีการดำเนินการวิจัย

1.กระบวนการดำเนินงานบนหอผู้ป่วย และ หลังผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากหอผู้ป่วย (ตามปกติ)

1.1 การให้บริบาลเภสัชกรรม ด้วยการค้นหา ดักจับปัญหาจากการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบนหอผู้ป่วยและแก้ไขปัญหา หรือป้องกันหรือลดความรุนแรงของปัญหาที่พบ

1.2 ประเมินผู้ป่วยโดยใช้ แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย (Medication Adherence Scale for Thais หรือ MAST) ก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรมบนหอผู้ป่วย

1.3 ให้ความรู้และและคำแนะนำการใช้ยาบนหอผู้ป่วยขณะให้บริบาลทางเภสัชกรรม

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้ข้อมูลและผู้ป่วยเซ็นชื่อแจ้งความจำนงและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

3. ดำเนินการตามโปรแกรมการติดตามและประเมินการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยผ่านระบบการบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy)

3.1 ชี้แจงการเข้ารับบริการการให้บริการทางเภสัชกรรมทางไกล Telepharmacy

3.2 อธิบายโปรแกรมและการใช้ Line ใน Smart Phone

3.3 การให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่บ้าน ด้วยโปรแกรม Telepharmacy

โปรแกรมการติดตามการใช้ยาผู้ป่วยที่บ้านเป็น 3 ครั้ง คือ

ครั้งที่ 1 ติดตามผู้ป่วย 1-3 วัน หลังได้รับการจำหน่าย

ครั้งที่ 2 ติดตามผู้ป่วย 7 วัน หลังได้รับการจำหน่าย

ครั้งที่ 3 ติดตามผู้ป่วย 14 วันหลังได้รับการจำหน่าย

4. นัดผู้ป่วยตามการติดตามของแพทย์ 14 – 28 วัน เก็บข้อมูลหลังจากได้รับโปรแกรม Telepharmacy โดยการใช้แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย (Medication Adherence Scale for Thais หรือ MAST) แบบบันทึกประเภทของปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problem: DRPs) และแบบประเมินความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วย/ญาติ

5. วิเคราะห์ข้อมูล

6. สรุปผลงานวิจัยและนำเสนอผลงานวิจัย อภิปรายผลพร้อมข้อเสนอแนะ

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขรับรอง CRPPHO 171/2567

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n=34)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ (SD)
เพศ		
ชาย	20	58.82 (0.50)
หญิง	14	51.14 (0.50)
อายุ		
31 – 50 ปี	4	11.76 (13.13)
51 – 70 ปี	19	55.88 (13.13)
> 70 xu	11	32.35 (13.13)
จำนวนโรคที่เป็น		
1 - 2	23	67.65 (1.21)
3 - 4	10	29.41 (1.21)
5 - 6	1	2.94 (1.21)
จำนวนยาที่ได้รับ		
1 - 3	18	52.94 (2.65)
4 - 6	15	44.12 (2.65)
> 6	1	2.94 (2.65)

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาจำแนกตามระดับความร่วมมือในการใช้ยา (n=34)

คะแนนการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (จำนวนการขาดยา)	ก่อนการใช้โปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)	หลังการใช้โปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)
น้อยมาก	10 (29.42)	34 (100)
น้อย	9 (26.47)	0
มีบ้าง	3 (8.82)	0
บ่อย	6 (17.65)	0
บ่อยมาก	6 (17.65)	0

*คะแนนจากแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา: Medication Adherence Scale for Thais; MAST

คะแนน 0 – 8 คือ ขาดยา 1-2 ครั้ง/เดือน : น้อยมาก, 9 – 16 คือ ขาดยา 3-5 ครั้ง/เดือน : น้อย, 17 - 24 คือ ขาดยา 6-9 ครั้ง/เดือน : มีบ้าง, 25 - 36 คือ ขาดยา 10-15 ครั้ง/เดือน : บ่อย, 37 - 40 คือ ขาดยา ≥ 15 ครั้ง/เดือน : บ่อยมาก

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบระดับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการใช้โปรแกรม โดยพิจารณาจากจำนวนครั้งของการขาดยาในช่วงระยะเวลาที่กำหนด พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรม ผู้ป่วยมีระดับความร่วมมือในการใช้ยาที่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมขาดยาในระดับบ่อยมากและบ่อย คิดเป็นร้อยละ 29.42 และ 26.47 ตามลำดับ ในขณะที่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 17.65 เท่านั้นที่ขาดยาน้อยมาก อย่างไรก็ตาม ภายหลังการใช้โปรแกรม ผู้ป่วยทุกคน (ร้อยละ 100) มีระดับคะแนนอยู่ในกลุ่มบ่อยมากซึ่งตามเกณฑ์การให้คะแนนหมายถึงไม่มีการขาดยาเลยในช่วงเวลาที่ประเมิน แสดงให้เห็นว่า

โปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาที่นำมาใช้สามารถเพิ่มระดับความร่วมมือของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (MAST) ก่อนและหลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรม โดยการใช้โปรแกรมการติดตามการใช้ยาที่บ้าน ผ่านระบบการบริการเภสัชกรรมทางไกล TELEPHARMACY (n=34)

รายการ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ค่าความแปรปรวน (Standard Deviation)	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าเฉลี่ย (Std. Error Mean)	t	Sig
MAST ก่อน	1.00	13.91	2.38	7.64	<0.001*
MAST หลัง	19.23				

* P value <0.001*

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา (Drug Related Problems : DRPs) ที่พบขณะใช้โปรแกรมการติดตามการใช้ยาที่บ้าน ผ่านระบบการบริการเภสัชกรรมทางไกล (n=34)

ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา (Drug Related Problems : DRPs)	**จำนวน**	**ร้อยละ**
Additional Drug Therapy	7	23.33
Untreated Indication	3	10.00
Duplication/ Repeated Drugs	1	3.33
Adverse Drug Reactions (ADRs)	6	20.00
High Dose	2	6.67
Low Dose	1	3.33
Miscellaneous: Non-Adherence	6	20.00
Miscellaneous: Medication Error	2	3.67
Miscellaneous: Drug Information Service	2	6.67
รวม	**30**	**100.00**

จากการติดตามการใช้ยาที่บ้านผ่านระบบ Telepharmacy พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (DRPs) ทั้งหมด 30 รายการ โดยปัญหาที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความจำเป็นต้องเพิ่มยาร่วม (Additional Drug Therapy) ร้อยละ 23.33 และ การไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา (Non-Adherence) และ อาการไม่พึงประสงค์จากยา (ADRs) ร้อยละ 20.00 แสดงให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของเภสัชกรในการประเมิน ติดตาม และจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ตารางที่ 5 แสดงระดับความพึงพอใจที่ผู้ป่วยประเมิน หลังได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม โดยใช้โปรแกรมการติดตามการใช้ยาที่บ้าน ผ่านระบบการบริการเภสัชกรรมทางไกล (n=34)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1.รูปแบบการให้บริการ โดยการใช้โปรแกรม เลือกใช้คำว่า โปรแกรม			
1.1 กระบวนการไม่ซับซ้อน ไม่ยุ่งยาก	4.97	0.17	มากที่สุด
1.2 การเข้าถึงง่าย และสะดวกในการใช้บริการ	4.62	0.49	มากที่สุด
1.3ความรวดเร็วในการให้บริการ	4.47	0.56	มากที่สุด
1.4ความต่อเนื่องในการให้บริการ	4.56	0.50	มากที่สุด
1.5 ลดความวิตกกังวลในการใช้ยาที่บ้าน	4.94	0.24	มากที่สุด
2. พฤติกรรมผู้ให้บริการ			
2.1 การสร้างสัมพันธภาพ มนุษยสัมพันธ์ดี	5.00	0.00	มากที่สุด
2.2 การซักถามมีความชัดเจน ครอบคลุม เข้าใจง่าย	4.94	0.24	มากที่สุด
2.3 ความตั้งใจ เอาใจใส่ในการให้บริการ	5.00	0.00	มากที่สุด
2.4 การเตรียมตัวและศึกษาข้อมูลผู้ป่วยมาก่อน	4.76	0.43	มากที่สุด
2.5 การให้คำแนะนำปรึกษาที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง	4.94	0.24	มากที่สุด
3.ระบบการรักษาความลับของข้อมูล/ความปลอดภัยของข้อมูล			
3.1 การเซ็นยินยอมและสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ	4.97	0.17	มากที่สุด
3.2 การเข้าถึงข้อมูลของผู้ให้บริการ	4.53	0.51	มากที่สุด
3.3 การรักษาความลับ หรือการปกปิดข้อมูลการให้บริการ	4.56	0.50	มากที่สุด
3.4 ความเชื่อมั่นในการให้ข้อมูล และสืบค้นข้อมูลของผู้ให้บริการ	4.56	0.50	มากที่สุด
3.5 ระบบการรับฟังและรับเรื่องร้องเรียนของผู้รับบริการ	4.94	0.24	มากที่สุด
ภาพรวม	**4.82**	**0.39**	**มากที่สุด**

ตารางที่ 5 แสดงระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับบริการผ่านโปรแกรม Telepharmacy อยู่ในระดับ มากที่สุดทุกด้าน โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมของผู้ให้บริการ เช่น การสร้างสัมพันธภาพที่ดี และความตั้งใจเอาใจใส่ในการให้บริการ ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด (5.00) และภาพรวมความพึงพอใจอยู่ที่ค่าเฉลี่ย 4.82 (SD = 0.39) สะท้อนถึงความเชื่อมั่นและความพึงพอใจต่อระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล

สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงแสน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2568 ถึง 30 มิถุนายน 2568 และได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน 48 ราย เข้าเกณฑ์คัดออกจำนวน 14 ราย เนื่องจากได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า 1 ราย เสียชีวิต 1 ราย และไม่มีโรคประจำตัวมาก่อน จำนวน 12 ราย จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการจำหน่ายจากหอผู้ป่วย และได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม โดยโปรแกรมการติดตามการใช้ยาที่บ้าน ผ่านระบบการบริการเภสัชกรรมทางไกล (TELEPHARMACY) และเข้าเกณฑ์การคัดเข้า เป็นจำนวน 34 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยชายร้อยละ 58.82 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 41.18, ผู้ป่วยอายุเฉลี่ย 63.71 ปี, จำนวนโรคที่เป็นเฉลี่ย 3.65 โรค, จำนวนยาที่ได้รับ 2.15 รายการ ผู้ป่วยมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (MAST) ก่อนและหลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรม โดยการใช้โปรแกรมการติดตามการใช้ยาที่บ้าน ผ่านระบบการบริการเภสัชกรรมทางไกล

(Telepharmacy) คิดเป็น 19.23±14.35 และ 1.00±1.21 คะแนนตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) นอกจากนี้เภสัชกรยังสามารถค้นหา แก้ไขและป้องกันหรือลดความรุนแรงของปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้าน โดยการใช้โปรแกรมการติดตามการใช้ยาที่บ้านผ่านระบบการบริการเภสัชกรรมทางไกลเป็นจำนวน 30 ครั้ง ซึ่งได้รับการแก้ไขและป้องกันความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกกรณีและผู้ป่วยมีคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม Telepharmacy ในภาพรวมคะแนนเฉลี่ย 4.82±0.39 คะแนน ซึ่งการให้บริการทางเภสัชกรรมทางไกลจึงเป็นอีกหนึ่งนวตกรรมทางการแพทย์ที่จะทำให้เภสัชกรมีโอกาสได้ติดตามและประเมินผลการใช้ยาที่บ้าน ผู้ป่วยได้รับการทวนสอบการใช้ยา และค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

อภิปรายผลการศึกษา

1. ประสิทธิผลของโปรแกรม Telepharmacy ต่อความร่วมมือในการใช้ยา ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Adherence Scale for Thais: MAST) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับบริการผ่านโปรแกรม Telepharmacy ($p < 0.001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ วงค์เจริญ และคณะ (2563) ที่ระบุว่า การให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับการเยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน นอกจากนี้ งานของ กฤษฎิ์ วัฒนธรรม และคณะ (2564) ยังสนับสนุนว่า Telepharmacy ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง และโรคหืด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug Related Problems: DRPs) การใช้โปรแกรม Telepharmacy ในการติดตามที่บ้านช่วยให้เภสัชกรสามารถค้นหาและจัดการ DRPs ได้ถึง 30 กรณี โดยพบมากที่สุดคือปัญหาเรื่องการขาดยา การไม่ใช้ยาอย่างเหมาะสม และอาการไม่พึงประสงค์จากยา ซึ่งสอดคล้องกับงานของ ปฐมา เทพชัยศรี (2565) ที่เน้นว่า การใช้เภสัชกรรมทางไกลช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด DRPs หากไม่มีการติดตามอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการผ่านระบบ Telepharmacy ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจในระดับ มากที่สุดทุกด้าน โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมของผู้ให้บริการมีค่าเฉลี่ย 5.00 สะท้อนถึงคุณภาพการบริการที่ผู้ป่วยรับรู้ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ พัชวไล นวลละออง (2564) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดมีความพึงพอใจในระดับสูงต่อการใช้บริการเภสัชกรรมทางไกล เนื่องจากได้รับคำแนะนำที่เข้าใจง่ายและสามารถปฏิบัติตามได้จริงทั้งนี้ ความสำเร็จในการสร้างความพึงพอใจอาจเกิดจากการออกแบบโปรแกรมที่มีความเรียบง่าย ใช้งานสะดวก และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- การนำโปรแกรมการติดตามการใช้ยาที่บ้าน ผ่านระบบการบริการเภสัชกรรมทางไกล TELEPHARMACY ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย ควรขยายผลการวิจัยนำไปให้บริการในผู้ป่วยทุกราย และการดำเนินการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานต่างๆ อย่างเป็นเครือข่าย เพื่อลดปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยและครอบครัว จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมมากยิ่งขึ้น

- แบบประเมินคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Adherence Scale for Thais: MAST) จะสามารถนำมาใช้ประเมินได้ดีและน่าเชื่อถือแต่อาจจะมีข้อจำกัดที่ต้องใช้กับผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เช่น OPD, NCD เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลผ่าน Telepharmacy กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ เพื่อประเมินประสิทธิผลเชิงเปรียบเทียบของระบบบริการทางไกล โดยเฉพาะในด้านความร่วมมือในการใช้ยาและการลดความเสี่ยงจากการใช้ยา
2. การวิจัยติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม Telepharmacy ต่อการลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ (Readmission) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล
3. การประเมินผลกระทบด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ด้านต้นทุนและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพของการให้บริการ Telepharmacy โดยเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นระหว่างระบบบริการแบบทางไกลกับระบบบริการแบบดั้งเดิม เพื่อให้ข้อมูลสนับสนุนเชิงนโยบายต่อการจัดสรรทรัพยากรในระบบสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จและความร่วมมือจากผู้รับบริการเป็นอย่างดี จึงขอขอบพระคุณผู้สนับสนุนหลักในการให้ความอนุเคราะห์ทำการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงแสน หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค ทีมเภสัชกรโรงพยาบาลเชียงแสน ทีมงานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ป่วยและญาติที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี และ ผศ. ดร.สุนทรี สุรัตน์ อาจารย์ประจำสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการเขียนและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน และผลงานวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. Hfocus. (2020, October 12). *รู้เร็วรอด “หลอดเลือดสมอง” ครองแชมป์สาเหตุผู้สูงอายุพิการ-เสียชีวิต*. Hfocus.org. https://www.hfocus.org/content/2020/10/20381
2. กรมควบคุมโรค. (2019). *กรมควบคุมโรค รณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2562 ให้ประชาชนรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ลดความเสี่ยงเป็นอัมพาต*. กระทรวงสาธารณสุข. https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/133619
3. ธนัชญา พูนวศิน, & คณะ. (2023). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.
4. ณีรนุช วงค์เจริญ, & คณะ. (2020). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(4), 213–225.
5. ปฐมา เทพชัยศรี. (2023). การให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: โอกาสด้านสุขภาพและความเสี่ยง. *วารสารมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง*, 21(1), 115–128. https://doi.org/10.14456/jmu.2023.12

6. กนกวลี ศรีรุ่งเรืองกิจ, & คณะ. (2024). รูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลและองค์ประกอบสนับสนุนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 19(1), 38–50.
7. พัชวไล นวลละออง. (2021). *ผลลัพธ์ของการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลต่อการควบคุมโรคหืด โรงพยาบาลราชบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร).
8. กฤษฎิ์ วัฒนธรรม, & คณะ. (2021). รูปแบบกิจกรรมและผลลัพธ์การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล: บทความปริทัศน์. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 17(3), 345–358.
9. สภาเภสัชกรรม. (2020). *ประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ 56/2563 เรื่อง การกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy).*

การพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มติดสารเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ในศูนย์มินิธัญญารักษ์ (Mini-Thanyarak) โรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

พิกุล ทองรักษ์ , ธนรัชต์ พรสวรรค์
โรงพยาบาลแม่ลาว

บทคัดย่อ

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มติดยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ในศูนย์มินิธัญญารักษ์ (Mini-Thanyarak) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยสารเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรง มีการดูแลแบบผู้ป่วยใน ตลอด 24 ชม และช่วยลดอันตรายจากพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการหยุดใช้สารเสพติด ตลอดจนครบโปรแกรมบำบัด ปลอดภัย ต่อเนื่องจนถึงการติดตาม เป็นรูปแบบการศึกษาเชิงพัฒนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้สารเสพติดที่มาบำบัดที่ศูนย์มินิธัญญารักษ์แม่ลาว จำนวน 20 รุ่น 280 ราย

ผลลัพธ์ คือเกิดรูปแบบใหม่ในการดูแลกลุ่มผู้ติดสารเสพจิด ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรงในมินิธัญญารักษ์ที่ เป็นรูปธรรมชัดเจน ได้รับการดูแลครบตามโปรแกรม ลดอันตรายจากพฤติกรรมเสี่ยงก้าวร้าวรุนแรงป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการหยุดใช้สารเสพติดขณะบำบัด มีการติดตามต่อเนื่อง ในทุกสัปดาห์ ส่งต่อข้อมูลให้พื้นที่ติดตามต่อเนื่อง 1 ปี ดูแลร่วมกับชุมชนแบบ CBTx ผลการดำเนินงานพบพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรงเฉลี่ยลดลงร้อยละ 66.66 และติดตามต่อเนื่อง Retention rate เฉลี่ยร้อยละ 71 การพัฒนารูปแบบป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรง นับเป็นประโยชน์ ช่วยป้องกันเหตุอันตรายรุนแรงต่อตัวผู้บำบัดเอง ผู้บำบัดอื่น และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลในศูนย์บำบัดสารเสพติด รูปแบบที่กำหนดขึ้นช่วยปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมผ่านกระบวนการกิจกรรมกลุ่ม และกลุ่มบำบัด การคงอยู่ครบตามโปรแกรมบำบัด ดูแลต่อเนื่องในชุมชน มีโอกาสเลิกการใช้สารเสพติดได้อย่างถาวร

คำสำคัญ : กลุ่มติดสารเสพติดที่เสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V), ศูนย์มินิธัญญารักษ์ (Mini- Thanyarak)

บทนำ

สถานการณ์ยาเสพติดโลก ข้อมูลรายงาน World Drug Report 2021 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime) พบผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2564 ทั่วโลกมีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 275 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของประชากรโลก ยาเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุดในปี พ.ศ. 2564 คือ กัญชา ประมาณ 200 ล้านคน สถานการณ์การค้าและการแพร่ระบาดยาเสพติดของประเทศไทยยังไม่ลดระดับความรุนแรงลง จากข้อมูลผู้เข้าบำบัดรักษาที่เข้าสู่ระบบจะพบสัดส่วนผู้เสพรายใหม่เพิ่มมากขึ้นถึง ร้อยละ 70.34 ไม่นับรวมผู้เสพจำนวนมากที่ยังไม่เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา หลบซ่อนไม่แสดงตัว จนเกิดภาวะการเสพติดซ้ำ ซึ่งจะส่งผลต่ออาการทางจิตเวช ข้อมูลจากระบบการบำบัดรักษายาเสพติด (บสต.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด 155,500 ราย ปัญหายาเสพติดมีแนวโน้มของความรุนแรง และขยายเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ ยังคงเป็นปัญหาสังคมไทยและสังคมโลก ทุกภาคส่วนต้องมีการดำเนินการแก้ไขอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูเน้นการป้องกันกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และความรุนแรงในชุมชน ลดผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาเสพติด สิ่งสำคัญคือการพัฒนาไปพร้อม ๆ กันทั้งระบบบริการโดยการยกระดับสถานบริการบำบัดรักษายาเสพติดให้สามารถดูแลผู้เสพผู้ติดในภาวะวิกฤติฉุกเฉินก่อนการส่งต่อ และการเยี่ยมติดตามขณะบำบัดและหลังบำบัด ข้อมูลการบำบัดรักษาผู้เสพผู้ติดในสถานบริการภาครัฐระดับประเทศ ในปีงบประมาณ 2567 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในระดับประเทศ จำนวน 205,763 ราย เขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 16,550 ราย และจังหวัดเชียงราย จำนวน 4,665 ราย (แบบรายงาน บสต. กระทรวงสาธารณสุข : 2566) นอกจากนี้ แหล่งช่วยเหลือของรัฐบาลในการบำบัดรักษากลุ่มผู้ใช้สารเสพติดหรือกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง มีไม่กี่แห่งในประเทศและในพื้นที่ภาคเหนือ และผลกระทบจากการใช้สารเสพติดยังก่อเกิดปัญหาที่รุนแรงยุ่งยากซับซ้อนในอนาคต

ปลายปี พ.ศ. 2567 โรงพยาบาลแม่ลาวจึงได้สอดรับนโยบายการในการจัดตั้ง “ศูนย์มินิธัญญารักษ์”เป็นสถานบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรภาพผู้ติดสารเสพติด ตลอดกระบวนการบำบัด ระยะ Intermedite Care พบว่ากลุ่มใช้สารเสพติพมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล พบปัญหาพฤติกรรมเป็นเรื่องที่เสี่ยงก่อความรุนแรงขึ้นในศูนย์มินิธัญญารักษ์ มีหลากหลายพฤติกรรมปัญหา ทั้งเสี่ยงก่อความรุนแรงต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และทำลายข้าวของเสียหาย ในปี พ.ศ. 2567 พบอุบัติการณ์จำนวน 6 ครั้ง พบเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลมีจำนวนจำกัด ขาดประสบการณ์ ขาดทักษะในการดูแลช่วยเหลือ พอเกิดอุบัติการณ์ต้องมีการทบทวน ปรับกลยุทธ์ พัฒนาแนวทางหลากหลายรูปแบบเพื่อสร้างความปลอดภัยให้กับเจ้าหน้าที่และกลุ่มผู้บำบัดเอง ทั้งเรื่องของสถานที่ บุคลากร และกระบวนการบำบัด ประกอบกับผู้ติดสารเสพติดที่เข้าบำบัดเพิ่มจำนวนมากขึ้น บางพฤติกรรมมีอารมณ์เสี่ยงก่อความรุนแรง การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาให้เหมาะสมจึงมีความสำคัญ มุ่งผลลัพธ์ที่เกิดคุณภาพและความปลอดภัยแก่องค์กร

วัตถุประสงค์การวิจัย:

1 เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยสารเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรง ในศูนย์มินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาลชุมชน

2 เพื่อลดอันตรายจากพฤติกรรมเสี่ยงก้าวร้าวรุนแรง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการหยุดใช้สารเสพติดขณะบำบัด ดูแลระยะฟื้นฟู ทางร่างกายและจิตใจ

3.ผู้ใช้สารเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาครบโปรแกรม ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention rate)

การดำเนินงาน

เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (Developmental Research) ศึกษารูปแบบการดูแลกลุ่มติดสารเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V) ในศูนย์มินิธัญญารักษ์ (Mini-Thanyarak) พัฒนาใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอาคารสถานที่ ด้านบุคลากร และด้านระบบบริการ (STRUCTURE, STAFF, SYSTEM) 3 S

ด้านที่ 1 การพัฒนา STRUCTURE

(1) อาคารศูนย์มินิธัญญารักษ์แยกออกเป็นสัดส่วนจากอาคารอื่น ๆ ในโรงพยาบาล ติดลวดตาข่ายล้อมรอบอาคาร จัดห้องนอน ห้องพักผ่อน ห้องกิจกรรม ห้องอาหาร และห้องน้ำ แยกเป็นสัดส่วน เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย ไม่แออัด ห้องเจ้าหน้าที่แยกออกเป็นสัดส่วน มีประตูล็อกเข้าออก

(2) จัดเตรียมของใช้ในศูนย์มินิธัญญารักษ์ไว้ให้ปลอดภัย ไม่มีอาวุธของมีคม หรือวัสดุอุปกรณ์ที่จะนำมาใช้เป็นอาวุธทำร้ายร่างกาย ระบบรักษาความปลอดภัย มีการติดตั้งกล้องวงจรปิดรอบอาคาร

(3) ปรับสถานที่ภูมิทัศน์ล้อมรอบอาคาร แยกเป็นสัดส่วน จากอาคารอื่นและบ้านพักเจ้าหน้าที่ มีลานกิจกรรมกลางแจ้ง บรรยากาศผ่อนคลาย ร่มรื่น

ด้านที่ 2 การพัฒนาบุคลากร STAFF

(1) พัฒนาสมรรถนะและทักษะ สหวิชาชีพผ่านการอบรม พร้อมให้บริการ (Medical Service)

(1.1) แพทย์ อบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติด ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ สบยช. / โรงพยาบาลธัญญารักษ์จังหวัดเชียงใหม่

(1.2) พยาบาลจิตเวช พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ นักจิตวิทยา อบรมหลักสูตรการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดระยะยาว “มินิธัญญารักษ์” หลักสูตร 10 วัน โปรแกรม FAST Model เพื่อให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

(1.3) เภสัชกร อบรมหลักสูตร การบริบาลเภสัชกรรมเฉพาะทางสาขาจิตเวช

(2) เพิ่มความพอเพียงของบุคลากรสาธารณสุขตลอด 24 ชม. และในช่วงถอนพิษยามีเจ้าหน้าที่พยาบาลเฝ้าระวังอาการก่อความรุนแรง และมีการพัฒนาทักษะความรู้ในการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

(3) อบรมเชิงปฏิบัติการ ฝึกทักษะบุคลากรในโรงพยาบาลในเทคนิคการเจรจาต่อรอง และการช่วยล็อกผู้บำบัดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงเข้าระบบการรักษา

(4) เพิ่มเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย (รปภ.) ในโรงพยาบาล ขอความช่วยเหลือได้ทันท่วงทีและช่วยตรวจตราตลอด 24 ชม.

(5) เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองในอำเภอแม่ลาว กองอาสารักษาดินแดน (อส.) มีส่วนร่วมในการดูแลช่วงเวลากลางคืน

ด้านที่ 3 การพัฒนาระบบงาน SYSTEM

(1) จัดเตรียมแนวปฏิบัติรูปแบบใหม่ของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดในศูนย์มินิธัญญารักษ์ตามบริบทของโรงพยาบาลแม่ลาว (Mini Thanyarak) ดูแลตลอด 24 ชม

(2) จัดบริการเป็น One Stop Service มีขั้นตอนการทำงาน Flow Chart เริ่มตั้งแต่ลงทะเบียนรับเข้าบำบัดรูปแบบผู้ป่วยใน (Ward) จนถึงจำหน่ายและติดตามดูแลต่อเนื่องร่วมกับชุมชน

(2.1) เจ้าหน้าที่ รปภ./ตำรวจ ทำการตรวจค้นอาวุธของมีคมก่อนเข้าพักในอาคารศูนย์มินิธัญญารักษ์ และเยี่ยมป้องปรามและตรวจตรา ในศูนย์มินิธัญญารักษ์

(2.2) คัดกรอง/Triage ตามเกณฑ์การรับเข้าบำบัด และเน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์จำแนกดังนี้

SMI-V1 : มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต

SMI-V2 : มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน

SMI-V3 : มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย

SMI-V4 : เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

(2.3) ประเมินพฤติกรรม/อารมณ์ โดยใช้แบบคัดกรอง ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS), แบบคัดกรองโรคจิต, แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q, 9Q, 8Q, ST-5

(2.4) เน้นย้ำกฎระเบียนการใช้ชีวิตในศูนย์มินิธัญญารักษ์ ในกิจกรรมประชุมกลุ่มเช้าทุกวัน โดยเฉพาะ กฎระเบียบ 4 ข้อ ได้แก่ (1) ไม่ใช้ยาเสพติด (2) ไม่ก่อเรื่องทะเลาะวิวาท (3) ไม่ลักขโมย (4) ไม่มีเพศสัมพันธ์

(2.5) จากการทบทวนอุบัติการณ์ เกิดแนวปฏิบัติ **“การเฝ้าระวังความเสี่ยงก่อความรุนแรงในศูนย์มินิธัญญารักษ์”** มีการทบทวนให้เจ้าหน้าที่ซักซ้อมแลปฏิบัติตาม

(2.6) ในขั้นตอนกิจกรรม มีการ**ชี้แจงกฎระเบียบวินัย** การอยู่ร่วมกันในศูนย์มินิธัญญารักษ์ก่อน Admit และในกิจกรรมประชุมกลุ่มเช้าทุกวัน รวมถึงกฎการลงโทษตามขั้นตอน

(2.7) กรณีเกิดเหตุความรุนแรง ให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทาง **“การระงับเหตุความขัดแย้ง”** รายงานผู้บังคับบัญชา และรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้การรักษาและช่วยเหลือ

(2.8) ให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูผู้บำบัด เช่น ครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้นำส่งบำบัดและรับกลับ หน่วยงานสำคัญได้แก่ ปกครอง มี อส. เข้ามาช่วยดูแลในช่วงเวลา 20.00 น.-08.00 น. และตำรวจเยี่ยมตรวจตราตลอดการบำบัด

(3) สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานและติดตามดูแลต่อเนื่อง คืนข้อมูลให้ชุมชนกรณีเกิดปัญหาการบำบัดไม่ครบโปรแกรม และการเฝ้าระวังกรณีเกิดพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน ติดตามเยี่ยมผ่านการบำบัด ทุก 1 อาทิตย์ ร่วมกับ เจ้าหน้าที่ รพสต. แกนนำชุมชน

(4) มีระบบติดตามดูแลผ่านระบบทางไกล Telepsychiatry / การดูแลรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน Homeward ส่งต่อข้อมูลการบำบัดรักษา จัดส่งยาผ่านเจ้าหน้าที่ รพสต. ดูแลต่อเนื่องร่วมกับชุมชนในรูปแบบ CBTx.

(5) ทบทวน ประชุมทีมหลังปฏิบัติงาน After Action Review : AAR ถอดบทเรียน ผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา คือเกิดรูปแบบใหม่ในการดูแลกลุ่มผู้ติดสารเสพติด ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรงในศูนย์มินิธัญญารักษ์ ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ได้เปิดรับบำบัดทั้งหมด 20 รุ่น จำนวน 280 ราย ดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูทางด้านร่างกายจิตใจ ลดอันตรายจากพฤติกรรมเสี่ยงก้าวร้าวรุนแรง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการหยุดใช้สารเสพติดขณะบำบัด (Harm reduction) มีการติดตามต่อเนื่อง ในทุกสัปดาห์หลังจำหน่ายผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน ส่งต่อข้อมูลให้พื้นที่ติดตามต่อเนื่อง 1 ปี ดูแลร่วมกับชุมชนแบบ CBTx. ผลการดำเนินงานพบพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรงลดลง เฉลี่ยลดลงจากเดิมร้อยละ 66.66 และติดตามต่อเนื่อง Retention rate เฉลี่ยร้อยละ 71 การพัฒนารูปแบบป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรง นับเป็นประโยชน์ช่วยป้องกันเหตุอันตรายรุนแรงต่อตัวผู้บำบัดเอง ผู้บำบัดอื่น และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลในศูนย์บำบัดสารเสพติดรูปแบบที่กำหนดขึ้นช่วยปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมผ่านกระบวนการกิจกรรมกลุ่ม และกลุ่มบำบัด การคงอยู่ครบตามโปรแกรมบำบัด ดูแลต่อเนื่องในชุมชน มีโอกาสเลิกการใช้สารเสพติดได้อย่างถาวร ดังแสดงในตาราง

ตารางแสดง ผลการบำบัดรักษา

สารเสพติด	ปี2567 162 ราย	ปี2568 (ต.ค.-เม.ย) 118 ราย
เฮโรอีน	98	87
เฮโรอีน+ยาบ้า	51	23
ยาบ้า	11	8
อื่นๆ (ไอซ์ , กัญชา)	2	-

ผู้บำบัดใช้เฮโรอีนร้อยละ 66.07
เฮโรอีนร่วมกับยาบ้า ร้อยละ 26.42
ยาบ้า ร้อยละ 6.78
สารเสพติดอื่น ๆ

ตัวชี้วัด	2567	2568	ร้อยละ
1 .ผู้บำบัดมีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรงลดลง > ร้อยละ 50	6 คน	2 คน	ลดลง 66.66
2.ผู้รับการบำบัดอยู่ครบโปรแกรมบำบัด	119 (73.45%)	98 (83.05%)	เพิ่มขึ้น 9.6
3.ผู้ผ่านการบำบัดในศูนย์มินิธัญญารักษ์ได้รับการดูแลต่อเนื่อง (Ratention Rate) มากกว่าร้อยละ70	55 %	71%	เพิ่มขึ้น 16

จากตาราง พบว่า ผู้บำบัดเป็นผู้ใช้สารเสพติดเฮโรอีนเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 66.07 และใช้เฮโรอีนร่วมกับยาบ้า คิดเป็น ร้อยละ 26.42 มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรงลดลงจากปี 2567 ร้อยละ 66.66 อยู่ครบบำบัดเพิ่มขึ้น ร้อยละ 9.6 หลังเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ดูแลต่อเนื่องจนถึงการติดตาม Retention rate เพิ่มขึ้นจากปี 2567 คิดเป็นร้อยละ 16

สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

เกิดรูปแบบใหม่ในการดูแลกลุ่มผู้ติดสารเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรงในศูนย์มินิธัญญารักษ์ เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ตามบริบทของโรงพยาบาลแม่ลาว (Mini Thanyarak) ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ทั้งด้านที่เป็นผลลัพธ์ที่พึงพอใจและผลลัพธ์ที่ต้องมีการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ทั้งในเรื่องของอาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ที่มีมาตรฐาน เครื่องมือมีความพร้อมใช้ เพื่อความปลอดภัยสำหรับให้บริการแก่ผู้บำบัดและเจ้าหน้าที่ มีการพัฒนาบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ **(In hos.)** มีทักษะในการเฝ้าระวังเหตุการณ์อันตราย ตรวจสอบประเมินกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง จัดการให้การช่วยเหลือป้องกันเหตุได้ทันท่วงที และมีจำนวนบุคลากรเพียงพอสำหรับให้บริการดูแลช่วยเหลือ รวมถึงเรื่องการพัฒนาระบบงานที่มีความเป็นมาตรฐานมีคุณภาพ ป้องกันปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดแก่ผู้บำบัดได้

ซึ่งผลลัพธ์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มติดสารเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ใน ศูนย์มินิธัญญารักษ์แม่ลาวในครั้งนี้ เป็นผลจากการได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและทีมผู้บริหารโรงพยาบาลแม่ลาวในเรื่องของงบประมาณ สนับสนุนบุคลากร ช่วยแก้ปัญหาข้อบกพร่องต่าง ๆ ของการดำเนินงาน รวมถึงทีมสหวิชาชีพ และความร่วมแรงร่วมใจของบุคลากรในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดที่เปิดโอกาสตัวเองให้ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ก้าวข้ามผ่านความกลัว พัฒนาต่อยอดในเรื่องที่ตัวเองยังไม่เคยทำมาก่อน แม้จะเหน็ดเหนื่อยกับจำนวนบุคลากรที่มีจำกัดจากภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น

ที่สำคัญ คือต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการดูแลช่วยเหลือ การใช้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดเป็นแกนหลักสำคัญในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน CBTx**. (Pre-hos/Post hos.)** ช่วยให้ผู้บำบัดสามารถประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดหรือเลิกใช้สารเสพติดได้ การช่วยเหลือกลุ่มผู้บำบัดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงจากการใช้สารเสติด เป็นความท้าทายของทีมงานที่จะมี Growth mindset ที่ดีและพร้อมที่จะเรียนรู้ไปด้วยกัน

เอกสารอ้างอิง

ข้อมูลรายงาน World Drug Report ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติด และอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime). (2022). สืบค้น22 กรกฎาคม 2567, จาก https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_1.pdf

ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข. (2559-2564). สืบค้น 1 สิงหาคม 2567, จาก https://antidrugnew.moph.go.th/Identity/STS/Forms/Account/Login?ReturnUrl

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2563. สืบค้น 22 กรกฎาคม 2567, จาก https://www.oncb.go.th/Home/PublishingImages/Pages/ProgramsandActivities/

World Drug Campaign – UNODC [Internet]. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). 2020 [cited 1 June 2020]. Available from: https://www.unodc.org/drugs/indexNEW.html

การพยาบาลผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนชนิดสูบ ในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home word) กรณีศึกษา: โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

ภูวสิษฏ์ โปราหา
โรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การศึกษากรณีศึกษา (Case Study) โดยเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยยาบ้า 1 ราย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนและปรับปรุงแนวทางการพยาบาลผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home word) กรณีศึกษา: โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย และเพื่อวางแผนการให้การพยาบาลผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home word) ได้อย่างถูกต้อง

ผู้วิจัยคัดเลือกพื้นที่การศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายขาว อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดที่รับบริการรักษาแบบ Home Ward คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 1 ราย เป็นผู้ป่วยยาบ้าที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจำนวนครั้งเกิน 4 ครั้งต่อปี วิธีดำเนินการวิจัยใช้รูปแบบการศึกษากรณีศึกษา (Case Study)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยได้รับการประเมินคัดกรองความเหมาะสมและความจำเป็นในการเป็นผู้ป่วยที่สามารถดูแลสุขภาพที่บ้าน ทั้งการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม การดูแลประจำวัน และความพร้อมในการดูแลสุขภาพที่บ้านในด้านอื่นๆ เพื่อให้สามารถได้รับ การดูแลได้ อย่างมีประสิทธิผลและปลอดภัย พร้อมทั้งญาติผู้ดูแล ทรัพยากรในชุมชนที่สามารถเข้าถึงได้ รพสต-อสม ในชุมชน การดูแลสุขภาพที่บ้านในแนวทางที่ตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและ สอดคล้องกับแนวทางหรือคำแนะนำขององค์กรวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ที่มีภาวะฉุกเฉินทางยาเสพติด เพิ่มแนวช่องทางการเข้าถึงบริการดูแลเตรียมความ พร้อมร่วมกับครอบครัว และระยะเวลาการบำบัดรักษา พัฒนา patient outcome report และ self report ADR แบบเฝ้าระวังความรุนแรงโดยมี notify แจ้งเตือนใน line application ช่องทางติดต่อ 24 ชั่วโมงรวมถึงเพิ่มระบบประสานการส่งต่อสถานพยาบาลใกล้บ้าน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนล รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home word)

Nursing for methamphetamine drug users in the form of care inpatients at home (Home word) Case study: Mae Lao Hospital Chiang Rai Province

Phuwasit Poraha
Mae Lao Hospital

Abstract

Case Study (Case Study) by selecting a specific case study of 1 methamphetamine patient with the objective of reviewing and improving the nursing guidelines for methamphetamine drug users in the form of home inpatient care (Home word) Case study: Mae Lao Hospital Chiang Rai Province and to plan nursing methamphetamine drug users in the form of home care (Home word) correctly

The researcher selected a specific study area, including the area of responsibility of the Health Promotion Hospital, Sai Khao Subdistrict, Phan District, Chiang Rai Province. The sample group includes drug patients who received Home Ward treatment. Select a specific sample of 1 case is a methamphetamine patient who returned to the hospital for treatment more than 4 times a year. The research method uses a case study model (Case Study).

The results of the study found that the patient was evaluated for the appropriateness and necessity of being a patient who can take care of health at home. Both environmental assessment, daily care and readiness for home health care in other areas in order to be able to receive care effectively and safely with relatives, caregivers, community resources that can be accessed, hospitals-VHVs in the community, home health care in an approach that responds to the health needs of patients comprehensively and consistent with the guidelines or recommendations of professional organizations, suggestions

The potential of personnel should be developed to take care of patients at home with drug emergencies. Increase the channel to access the care service, prepare with the family and the duration of treatment. Develop a patient outcome report and self-report ADR violence surveillance with notify in the line application, 24-hour contact channels, including adding a coordination system for referral to medical facilities near your home.

Keywords: Methamphetamine drug users, inpatient care model (Home word)

บทนำ

ปัญหายาเสพติดนับเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลกมายาวนาน และทวีความรุนแรงมากขึ้นทุกวัน ส่งผลกระทบในหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพทางกายและจิตของผู้เสพ ผลกระทบต่อสังคมและ คนรอบข้าง นอกจากนี้ยังส่งผลไปในด้านการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนความมั่นคงของประเทศ ปัญหายาเสพติด จึงเป็นปัญหาที่มิใช่เฉพาะเนื่องจากการระบาดและการเจ็บป่วยจากโรคเท่านั้น แต่ยังมีความเกี่ยวเนื่องกับปัญหาพื้นฐานของสังคมอีกด้วย จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลกขององค์การสหประชาชาติประจำปี พ.ศ. 2565[1] ของสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Officeon Drugs and Crime: UNODC) พบว่าในปี ค.ศ. 2024 พบเสพติดยาเสพติดประมาณ 265 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้เสพสารเมทแอมเฟตามีน(ยาบ้า)ประมาณ 80 ล้านคน ยาบ้ามีการแพร่ระบาดในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน กลุ่มนักเรียนนักศึกษา และคนว่างงานทั่วประเทศ ปัจจุบันยาบ้าได้ก่อปัญหาทางสังคมมากมายทั้งปัญหาก่ออาชญากรรม ผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ โดยที่มีการลักลอบผลิต นำเข้า และจำหน่าย ดังที่ปรากฏเป็นข่าวตามหน้าหนังสือพิมพ์อยู่บ่อย ๆ ยาบ้า เป็นสารกระตุ้นประสาทในกลุ่ม แอมเฟตามีน ออกฤทธิ์ทำให้ร่างกายตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา และลดความอยากอาหาร มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด คือ เพิ่มความดันโลหิตและทำให้หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ

ในประเทศไทย จากข้อมูลจากระบบการบำบัดรักษายาเสพติด (บสต.) ทั้งประเทศ ปี 2565 - 2567 พบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด 109,974 ราย, 184,321 ราย และ 197,520 ราย ตามลำดับ เมื่อพิจารณากลุ่มอายุของผู้เข้าบำบัดทั้งหมด ส่วนใหญ่ผู้เข้าบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ ร้อยละ 63.61 รองลงมาคือผู้ติด ร้อยละ 31.99 และผู้ใช้ ร้อยละ 4.40 และจากข้อมูลจากระบบการบำบัดรักษายาเสพติด (บสต.) จังหวัดเชียงราย ปี 2565 - 2567 พบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด 3372 ราย, 5095 ราย และ 3864 ราย ตามลำดับ เมื่อพิจารณากลุ่มอายุของผู้เข้าบำบัดทั้งหมด ส่วนใหญ่ผู้เข้าบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้ติด ร้อยละ 42.49 รองลงมาคือผู้เสพ ร้อยละ 52.72และผู้ใช้ร้อยละ3.624 จากข้อมูลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของจังหวัดเชียงราย ปี 2565-2567 พบว่า ผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ1.59, 44 คน คิดเป็นร้อยละ 0.94 และ 195 คน คิดเป็นร้อยละ 5.32 ตามลำดับ[4] ซึ่งเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกกฤทธิ์ต่อจิตประสาทมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น

โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง แก่ประชาชนในเขต อำเภอแม่ลาวและเขตใกล้เคียง ให้บริการครอบคลุม ด้านการพยาบาลการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค มีให้บริการ ทั้งในโรงพยาบาล ในชุมชน และ หน่วยบริการเคลื่อนที่ มีการดำเนินงานตามนโยบายของรัฐบาลในการแก้ไขปัญหายาเสพติด มีการจัดตั้งศูนย์เพื่อการคัดกรองผู้เข้ารับการบำบัด ศูนย์มินิธัญญารักษ์แม่ลาว พบว่า ในปี 2565-2567 มีผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการรักษา จำนวน 149, 196, และ162 คน และปัจจุบันปี 2568 มีจำนวนผู้ป่วยยาเสพติด 214 คน ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น การดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มุ่งเน้นการดูแลผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทางอาญา แก้ไขปัญหาตามสภาพปัญหา ที่แท้จริงของการเสพติด โดยถือว่า “ผู้เสพ ผู้ติด คือ ผู้ป่วย” เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรมและสังคม ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษา เพื่อลด ละ เลิกยาเสพติด และการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) รวมถึงการสงเคราะห์และติดตามดูแลช่วยเหลือ ตั้งแต่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ผ่านการประสานความร่วมมือระหว่า งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อให้เกิดการบูรณาการในการป้องกัน ปราบปรามและแก้ไขปัญหา

ยาเสพติด รวมทั้งการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข ประกอบอาชีพ การศึกษา ได้รับสวัสดิการ และการสงเคราะห์อื่นๆ ตามความจำเป็นและเหมาะสม

โรงพยาบาลแม่ลาวได้นำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน Home ward มาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ วันที่1 ตุลาคม 2567 (ปีงบประมาณ2568) ให้บริการผู้ป่วย 2 กลุ่ม ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน คือ 1) กลุ่มทางกาย 11 กลุ่มโรค 2) กลุ่มสุราและยาเสพติด มีผู้รับบริการรักษาแบบ Home ward ทั้งหมด 553 คน เป็นผู้ป่วย alcohol dependence จำนวน 395 ราย ร้อยละ 71.42 methamphetamine withdrawal จำนวน 80 ราย ร้อยละ 14.47 และ opioid dependence จำนวน 78 ราย ร้อยละ 14.10 Home Ward ยาเสพติด เป็นการบริการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน กลุ่มที่เกิดจากสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เพื่อให้ผู้ติดสารเสพติด เข้าถึงการบำบัดรักษาฟื้นฟู มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง และลดการแออัดในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home word) กรณีศึกษา: โดยเลือกศึกษาในผู้ป่วยยาบ้า ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรม รุนแรงจากการเสพยาบ้า มีปัญหาการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง ขาดการสร้างสัมพันธภาพกับ ครอบครัวและผู้อื่น มองคุณค่าในตนเองต่ำ ใช้ยาบ้าซ้ำเพื่อแก้และหลีกหนีปัญหา ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ พยาบาลจึงต้องสร้างความไว้วางใจ ยอมรับในความเป็นบุคคล เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าให้กับผู้ป่วย ให้ได้ระบาย อารมณ์ความรู้สึกออกมา บอกปัญหาความต้องการ ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยในการสร้างสัมพันธภาพ และอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้สามารถเลิกเสพยาบ้าที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงและใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขและใช้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน(Home Word) ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

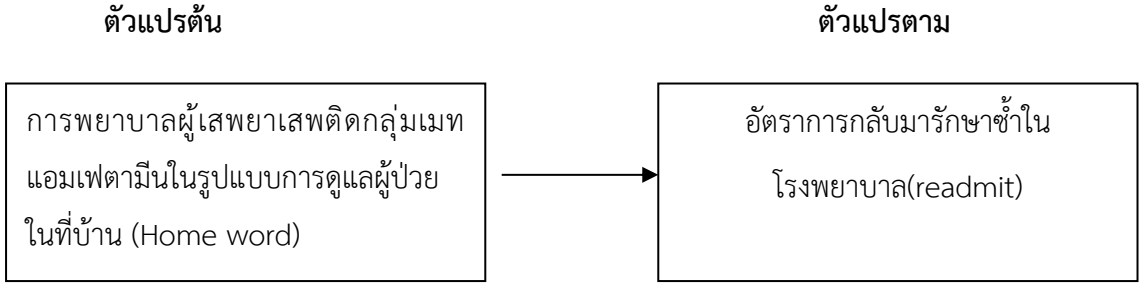
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อทบทวนและปรับปรุงแนวทางการพยาบาลผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home word) กรณีศึกษา: โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อวางแผนการให้การพยาบาลผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home word) ได้อย่างถูกต้อง

สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

1) ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home word) กรณีศึกษา: โรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล(readmit) ลดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษากรณีศึกษา (Case Study) โดยเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยยาบ้า 1 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ระหว่างเดือน 1 มิถุนายน 2568 ถึง 15 มิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดที่รับบริการรักษาแบบ Home Ward ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายขาว อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดที่รับบริการรักษาแบบ Home Ward ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายขาว อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 1 ราย เป็นผู้ป่วยในผู้ป่วยยาบ้า ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรม รุนแรงจากการเสพยาบ้า มีปัญหาการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง ขาดการสร้างสัมพันธภาพกับ ครอบครัวและผู้อื่น มองคุณค่าในตนเองต่ำ ใช้ยาบ้าซ้ำเพื่อแก้และหลีกหนีปัญหา ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจำนวนครั้งเกิน 4 ครั้งต่อปี

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แบบคัดกรองและแบบประเมิน แบบประเมินระบบ DMS home ward โรงพยาบาลแม่ลาว ประกอบด้วย

1) แบบประเมินระดับความรุนแรงของการเสพติด จากแบบคัดกรองกระทรวง. สาธารณสุข (V2)[9]
2) แบบประเมินถอนพิษยาแอมเฟตามีน (AWQV2)
3) แบบประเมินที่ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการถอนแอลกอฮอล์ (Craving)
4) แบบประเมินโรคซึมเศร้า (2Q)
5) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)
6) แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า (PHQ9)
7) แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (PVSS)
8) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)
9) แบบประเมิน Gesell (Gesell Assessment) เป็นชุดเครื่องมือที่ใช้ประเมินพัฒนาการ

วิธีรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกผู้ป่วยเสพติดยาบ้าซึ่งเปนผูปวยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า เกณฑ์คัดออก ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความ ยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา เพื่อทำการศึกษา 1 ราย

2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด สาเหตุของการใช้ยาและสารเสพติด ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งการประเมินสภาพผู้ป่วย ตามแบบประเมินเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์

3. ศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารทางวิชาการ ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับยาบ้า (แอมเฟตามีน) อาการแทรกซ้อนทางจิตเวชจากการใช้ยาและสารเสพติด แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในที่บ้าน

4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ และวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล การพยาบาลผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home word) โดย เน้นการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

5. ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผน

6. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราห์ข้อมูลเน้นที่การศึกษาเชิงลึกของกรณีหรือสถานการณ์เฉพาะเจาะจง เพื่อให้เข้าใจความซับซ้อนของปรากฏการณ์ต่างๆ ในบริบทของผู้ป่วย

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การรวบรวมข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น การประเมินตามเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล การสัมภาษณ์ การสังเกต การวิเคราะห์เอกสาร และแหล่งข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง.

2. การจัดระเบียบข้อมูล จัดระเบียบข้อมูลที่รวบรวมมา เพื่อให้ง่ายต่อการวิเคราะห์.

3. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลที่จัดระเบียบแล้ว เพื่อระบุรูปแบบ ความสัมพันธ์ และข้อมูลเชิงลึก

4. การตีความผลลัพธ์ ตีความผลลัพธ์จากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อสรุปและนำเสนอข้อมูลเชิงลึก.

5. การสรุปและนำเสนอนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลกรณีศึกษา โดยสรุปผลลัพธ์และนำเสนอข้อมูลเชิงลึกที่ได้จากการวิเคราะห์.

ผลการศึกษา

รูปแบบ Home word ยาเสพติดโรงพยาบาลแม่ลาว เริ่มดำเนินการงานมาตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2567 (ปีงบประมาณ2568) ให้บริการผู้ป่วย 2 กลุ่ม ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน คือ 1. กลุ่มทางกาย 11 กลุ่มโรค 2. กลุ่มสุราและยาเสพติด

1.ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

1.1 Alcohol use (F10.0-10.9)

1.2. Opioid drugs (F11.0-F11.9)

1.3 Cannabinoids drugs (F12.0-F12.9)

1.4 Sedatives or hypnotics drugs (F13.0-F13.9)

1.5 Cocaine drugs (F14.0-F14.9)

1.6 Caffeine drugs (F15.0-F15.9)

1.7 Hallucinogens drugs (F16.0-F16.9)

1.8 Tobacco (F17.0-F17.9)

1.9 Volatile solvents drugs (F18.0-F18.9)

1.10 Multiple drug use and use of other psychoactive substance (F19-F19.9)

เกณฑ์พิจารณา Home word

1.ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตจากการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับน้อย (CWA 0-10 หรือ AWS 0 -4) และประเมินอาการทางจิตอยู่ในระดับปานกลางลงมา (CGIS ≤4)

2.ผู้ป่วยมีความผิดปกติจากฝิ่นหรือ อนุพันธ์ของฝิ่นมีอาการถอนพิษยาเล็กน้อย (COWS 0-12)

3.ผู้ป่วยยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ แต่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน

4.ผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงอยู่ใน SMI-V 1-4

5.ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยประเมินBurden of care ได้ไม่เกิน 61 คะแนน

6.ผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะฉุกเฉินทางกาย และอาการโรคเรื้อรังทางกาย สามารถควบคุมได้

กรณีศึกษา

ชายไทย อายุ 32 ปี สถานภาพสมรส ประวัติเสพยาบ้ามานาน 10 ปี เสพทุกวัน วันละ 10 เม็ด เสพครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2568 จำนวน 5 เม็ด เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลแม่ลาว เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2568 อาการแรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง รับรู้วันเวลาสถานที่ปกติดี แสดงสีหน้าวิตกกังวลเล็กน้อย อยู่ไม่นิ่งผุดลุกผุดนั่ง ไม่มีไข้ ไม่มีประสาทหลอน ไม่มีอาการก้าวร้าวหรือเอะอะโวยวาย ไม่มีความคิดทำร้ายตนเองและผู้อื่น ประเมินระดับความรุนแรงของการเสพติดจากแบบคัดกรองกระทรวง. สาธารณสุข (V2) =33 คะแนน ประเมินถอนพิษยาแอมเฟตามีน (AWQV2) = 2 คะแนน ประเมินความรุนแรงของอาการถอนแอลกอฮอล์ (CIWA-Ar) Craving = 0 คะแนน ประเมินโรคซึมเศร้า(2Q) = Neg ประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) = 0 คะแนน ทดสอบภาวะซึมเศร้า PHQ9 = 1 คะแนน ประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale .) PVSS = 1 ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) = 1 คะแนน และประเมินพัฒนาการ Gesell (Gesell Assessment) = Borderline -Mild MR

สรุปแบบแผนสุขภาพที่ผิดปกติ

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยรับรู้ว่ามาบำบัดรักษาเรื่องยาเสพติด รู้รับว่ายาเสพติดมีผลต่อสุขภาพของตัวเอง ทำให้มีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว

แบบแผนที่ 6 สติปัญญา การรับรู้ ผู้ป่วยมี หงุดหงิดง่าย ควบคุมอารมณ์ก้าวร้าวได้ยาก มีอารมณ์ตึงเครียด ทะเลาะกับแม่ยาย

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองใช้ยาเสพติดจนควบคุมตนเองไม่ได้ ต้องเข้ารับการบำบัดรักษา การเสพยาบ้าผู้ป่วยมองว่าระยะแรกที่ใช้สนุก มีความสุข คลายเครียดได้ แต่ต่อมาทำให้ร่างกายทรุดโทรม ทำให้ครอบครัวเสียใจ ผู้ป่วยมีความคิดอยากเลิกใช้ยาเสพติด แต่ไม่สามารถเลิกได้

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับคนในครอบครัว มีปัญหาทะเลาะกับแม่ยายบ่อยครั้ง เนื่องจากเสพยาบ้า

แบบแผนที่ 9 การเผชิญความเครียดและการทนทานต่อความเครียด ผู้ป่วยเป็นคนเงียบเฉย ทุกครั้งที่มีเรื่องไม่สบายใจหรือมีความเครียดจะเก็บไว้คนเดียว ไม่ค่อยพูดคุยให้ใครฟัง แยกตัวคนเดียว เวลามีปัญหามักจะแก้ปัญหาด้วยการไปเสพยาบ้า บอกว่าเสพแล้วหายเครียด สนุกสนานเพลิดเพลิน

ผลการประเมินจากนักจิตวิทยา

ประเมินพัฒนาการ การคัดกรองระดับสติปัญญา ด้วยแบบประ เมิน Gesell Drawing Test (Gesell Developmental Schedules) ด้วยนักจิตวิทยา พบ Borderline -Mild MR ระดับ IQ อยู่ในช่วย 70- 79 แปลผล ความบกพร่องทางสติปัญญา กลุ่มนี้มักจะต้องการความช่วยเหลือพิเศษจึงจะสามารถเรียนรู้ได้

ประวัติสุขภาพ การเจ็บป่วยและการแสวงหาการรักษาในอดีต

ไม่แพ้ยา/อาหาร ไม่เคยผ่าตัด

ประวัติสุขภาพ การเจ็บป่วยและการแสวงหาการรักษาในปัจจุบัน

มีโรคประจำตัวเป็น ไวรัสตับอักเสบซี พึ่งได้รับการวินิจฉัยเมื่อวันที่ 25/10/2567 ปัจจุบัน รับการรักษาที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย กำลังอยู่ระหว่างการรอผล การตรวจเลือดซ้ำ มีนัดฟังผลวันที่ 4/07/2568

ผู้ป่วยเสพยาบ้าครั้งแรก เมื่ออายุ 22 ปี เนื่องจากไปทำงานโรงงาน ต้องทำโอที ไม่ค่อยมีเวลาพักผ่อน จึงมีเพื่อนชักชวนให้ลองสูบยาบ้า เพื่อให้สามารถทำงานให้ทนขึ้น ผู้ป่วยเสพต่อเนื่องมาประมาณ 3 ปี ถูกจับคดีผู้เสพ ยาเสพติด ถูกส่งตัวไปบำบัดที่ค่าย อส. อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ 15 วัน จากนั้นหยุดเสพยาบ้าได้ ประมาณ 2 ปี จากนั้น ย้ายจากจังหวัดเชียงใหม่ มาอยู่กับภรรยา ที่จังหวัดเชียงราย ได้ มีการเปลี่ยนสถานที่ทำงาน มาทำงานอยู่ปางช้าง งานหนัก ต้องเลี้ยงช้าง และตัดต้นไม้ในป่า มาทำเป็นฝืนขาย จึงถูกเพื่อนชักชวนให้กลับมาเสพยาบ้าอีกครั้ง ผู้ป่วยเสพต่อเนื่องมาประมาณ 2 ปี ได้ผันตัวจากผู้เสพมาเป็นผู้ค้า ค้ายาเสพติดได้ประมาณ 1 ปีถูกตำรวจจับ จึงตัดสินใจที่จะเลิกเด็ดขาด จึงหยุดเสพยาบ้าได้ประมาณ 1 ปี จากนั้นโรค Covid-19 ระบาดทำให้ตกงาน จึงมีความเครียด เรื่องหนี้สิ้น จึงกลับมาเสพยาบ้า เสพต่อเนื่องมา 1 ปี สูบ ยาบ้า 10 เม็ด /ครั้ง ทุกวัน ร่วมกับเพื่อนอีก 2 คน เสพครั้งสุดท้าย เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2568 เวลา 08.00 น ปริมาณ 5 เม็ด มีหงุดหงิดง่าย เบื่อ เซ็ง ทะเลาะกับแม่ของภรรยาเรื่องการเสพยาเสพติด ภรรยาจึงพามารักษา

ประวัติสุขภาพ การเจ็บป่วย และพันธุกรรมของคนในครอบครัว

- พ่อมีโรคประจำตัว ตับแข็ง รักษาที่ รพ.เชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ปัจจุบันเสียชีวิตแล้ว
- แม่มีโรคประจำตัว เบาหวาน , โรคจิตเภท รักษาที่ รพ. เชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

ประวัติการ Re-admit ปี 2568 (เดือนตุลาคม 2567 – กันยายน 2568)

ครั้งที่ 1 วันที่ 25 ตุลาคม 2567 สมัครใจมาบำบัดที่ศูนย์มินิธัญญารักษ์ ผล Urine Methamphetamine : Positive , Urine Morphine : Positive

ครั้งที่ 2 วันที่ 15 พฤศจิกายน 2567 นัดติดตามอาการ + ตรวจปัสสาวะ หลังบำบัดที่ศูนย์มินิธัญญารักษ์ 1 สัปดาห์ หลังบำบัด มีพฤติกรรมกลับไปเสพยาบ้า และเฮโรอีนซ้ำ แจ้งกลับไปทำงาน มีเพื่อนในหมู่บ้านชักชวนให้เสพซ้ำ ผล Urine Methamphetamine : Positive , Urine Morphine : Positive สมัครใจเข้ารับการบำบัดครั้งที่2

ครั้งที่ 3 วันที่ 11 ธันวาคม 2567 นัดติดตามอาการ + ตรวจปัสสาวะ หลังบำบัดที่ศูนย์มินิธัญญารักษ์ 1 สัปดาห์ หลังบำบัด มีพฤติกรรมกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ แจ้งทะเลาะกับภรรยา เนื่องจากครอบครัวของภรรยาไม่เข้าใจว่าทำไมเลิกสารเสพติดไม่ได้ จึงเกิดความเครียด ผล Urine Methamphetamine : Positive สมัครใจเข้ารับการบำบัดครั้งที่ 3

ครั้งที่ 4 วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2568 นัดผู้ป่วยมาติดตามอาการ ตรวจปัสสาวะ และรับยาที่ OPD Clinic ยาเสพติด รพ.แม่ลาว มีพฤติกรรมกลับไปเสพยาบ้า และเฮโรอีนซ้ำ พบ ผล Urine Methamphetamine : Positive , Urine Morphine : Positive สอบถามผู้ป่วยแจ้ง เครียดมีปัญหาเรื่องการเงิน ถูกไล่ออกจากงาน และมีปัญหากับครอบครัวของภรรยา ทะเลาะกับแม่ยาย เนื่องจากแม่ยายพบ ว่าผู้ป่วยกลับมาเสพยาจึงจะไล่ออกจากบ้าน แม่ยายแจ้งตำรวจถูกตำรวจจับกุมโดนข้อหา ผู้เสพ ผู้ป่วยจึงสมัครใจการบำบัดครั้งที่ 4

ครั้งที่ 5 วันที่ 6 มีนาคม 2568 นัดติดตามอาการ+ ตรวจปัสสาวะ หลังบำบัดที่ศูนย์มินิธัญญารักษ์ 1 สัปดาห์ หลังบำบัด มีพฤติกรรมกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ แจ้งกลับไปทำงาน มีเพื่อนในหมู่บ้านชักชวนให้เสพซ้ำ

ภรรยาจึงตัดสินใจให้ผู้ป่วยลาออกจากงานมาทำนา ผล Urine Methamphetamine : Positive สมัครใจเข้ารับการบำบัดครั้งที่ 5

ครั้งที่ 6 วันที่ 8 พฤษภาคม 2568 นัดติดตามอาการ + ตรวจปัสสาวะ หลังบำบัดที่ศูนย์มินิธัญญารักษ์ 1 สัปดาห์ หลังบำบัด มีพฤติกรรมกลับไปเสพยาซ้ำ แจ้งหลังกลับไปอยู่ที่บ้าน ภรรยา และแม่ยายไม่ยอมให้ออกจากบ้านไปไหนเลย เนื่องจากกลัวว่าผู้ป่วยจะกลับไปเสพยาซ้ำ มีปัญหาเรื่องหนี้สิน เนื่องจากช่วงที่มาบำบัดผู้ป่วยก็ไม่ได้ทำงาน ผู้ป่วยยอมรับว่ามีคงวามเครียด เนื่องจากครอบครัวฝั่งภรรยาไม่ไว้วางใจ ขู่หากกลับไปเสพซ้ำจะพาหลานไปอยู่บ้านอีกหลังหนึ่ง พบ ผล Urine Methamphetamine : Positive สมัครใจเข้ารับการบำบัดครั้งที่ 6

ครั้งที่ 7 วันที่ 1 มิถุนายน 2568 นัดติดตามอาการ + ตรวจปัสสาวะ หลังบำบัดที่ศูนย์มินิธัญญารักษ์ 1 สัปดาห์ หลังบำบัด มีพฤติกรรมกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ แจ้งเสพไป 10 เม็ด ใช้ยาบ้าครั้งสุดท้าย 30 พฤษภาคม 2568 ผล Urine Methamphetamine : Positive ผู้ป่วยแจ้งเครียดเรื่องหนี้สิน จึงจำเป็นต้องออกไปหางานทำ เนื่องจากทำนาไม่ได้เงินทุกเดือน พอกลับไปทำงานก็กลับไปเจอสังคมเดิม เจอเพื่อนในชุมชนที่เคยเสพเลยกลับมาเสพซ้ำ เพื่อลดความเครียด และมีแรงหาเงินมาจุนเจือครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวฝั่งภรรยายอมรับปฏิเสธการเข้าบำบัดที่ศูนย์มินิธัญญารักษ์ เนื่องจากต้องการทำงานหาเงิน จึงพิจารณา เข้ารับการรักษา แบบ HW ผู้ป่วยจึงสมัครใจเข้ารับการบำบัดครั้งที่ 7 โดยครั้งนี้ได้ประสานงานกับ รพ.สต.ทรายขาวซึ่งเป็น เขตรับผิดชอบในพื้นที่ ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ โดยให้ผู้ป่วยไปรายงานตัว 3 วันแรกที่ รพ.สต.ทรายขาว เพื่อลดการตีตรา จากนั้นจึงใช้เป็นวิธีการติดตามโทรติดตามอาการ และวิดิโอคลอ โดยใช้แบบติดตามอาการผู้ป่วย Home word รพ.แม่ลาว (modify matrix program) ติดตาม อาการจนครับ 14 วัน

ยาที่ใช้ในการบำบัดรักษา

1) ยา Risperidone (2) 1xhs.

Risperidone (ริสเพอริโดน) เป็นยาในกลุ่มรักษาอาการทางจิต (Antipsychotic)

ข้อบ่งใช้ : สำหรับรักษาโรคจิตเภท (schizophrenia) รักษาภาวะมาเนีย (mania) ชนิดเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ (bipolar) รักษาอาการความจำเสื่อม ระดับความรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์

2) ยา Vitamin B complex (วิตามินบีรวม) 1x3 oral pc

วิตามินบีรวม (Vitamin B Complex) เป็นกลุ่มของวิตามินบีที่ใช้รักษาและป้องกันการขาด วิตามินบีชนิดต่าง ๆ เนื่องมาจากทุพภาวะโภชนาการ โรคบางชนิด การติดสุรา หรืออยู่ในช่วงตั้งครรภ์ ซึ่งวิตามินบีจะช่วยเสริมการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายแตกต่างกันออกไปตามคุณสมบัติของวิตามินบีแต่ละชนิด

3) ยา Nortriptyline (25) 1xhs.

Nortriptyline (นอร์ทริปไทลีน) เป็นยาต้านเศร้าในกลุ่มไตรไซคลิก (Tricyclic antidepressants) ใช้รักษาโรคทางจิตเวช

ข้อบ่งใช้ : ใช้รักษาและบรรเทาอาการโรคซึมเศร้าทั้งในผู้ใหญ่ ในเด็ก และในผู้สูงอายุ และใช้รักษาและบรรเทาอาการปัสสาวะรดที่นอนในเด็ก (Nocturnal enuresis)

4) ยา Lorazepam (1) 1xhs

ยาลอราซีแพม (Lorazepam) เป็นยาในกลุ่ม Benzodiazepines ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง

ข้อบ่งใช้ : รักษาโรควิตกกังวล โรคแพนิค โรคเครียด รักษาโรคนอนไม่หลับ ใช้คลายกังวล คลายกล้ามเนื้อ ในกรณีที่ผู้ป่วยอาจมีความเครียด หรือตื่นกลัว เช่น ก่อนผ่าตัด ใช้ร่วมกับยาลดอาการคลื่นไส้ใน

ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด ใช้ในผู้ป่วยโรคลมชัก ใช้บรรเทาอาการกระสับกระส่ายจากการเลิกสุราหรือใช้สารเสพติด

5) ยา Folic acid (5) 1 tab oral OD.pc

กรดโฟลิก (folic acid) และโฟเลต (folate) คือ วิตามินบีชนิดหนึ่ง (Vitamin B6) ที่สามารถละลายน้ำได้ โฟเลตเกิดขึ้นตามธรรมชาติ มีอยู่ในอาหารต่างๆ โดยกรดโฟลิกคือรูปแบบของวิตามินที่ถูกสังเคราะห์ขึ้นมา

ข้อบ่งใช้ : สำหรับผู้ที่ มีภาวะขาด Folic acid, ภาวะโลหิตจางชนิด Megaloblastic anemia, ภาวะโลหิตจางจากการขาด Folic acid, ป้องกนั ภาวะ Neural Tube Defect (NTD) ในหญิงตั้งครรภ์

5) ยา Amlodipine (5) 1 tab oral OD.pc

แอมโลดิพีน (amlodipine) เป็นยาที่ใช้ในการรักษาความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นยากลุ่มยาต้านแคลเซียม ยาสำหรับรับประทานยาเม็ด นิยมทาน 2 ขนาด ประกอบด้วย Amlodipine 5 mg และ Amlodipine 10 mg

ข้อบ่งใช้ : รักษาความดันโลหิตสูง ช่วยควบคุมความดันโลหิตที่สูง ให้ลดลงมาอยู่ระดับปกติ รักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ ช่วยลดอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจขาดเลือด ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจวาย และโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการพยาบาลผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home word)

จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยรายนี้ พบว่าผู้ป่วยเพศชาย มีภาวะติดสารเสพติดชนิดยาบ้า มีพฤติกรรมการใช้ยาบ้า ผู้ป่วยอยากเลิกแต่ล้มเหลวหลายครั้งและไม่มีความพร้อมที่จะบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในเนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองไม่ได้ติดหนักและอยากทำงานหาเงิน เนื่องจากเป็นฤดูเก็บเกี่ยวข้าวและรับจ้างก่อสร้างอยู่ จึงประสานกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทรายขาว เพื่อแนะนำรูปแบบการรักษาการดูแลผู้ติดสารเสพติดและครอบครัว กรณีการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน(home ward) ซึ่งผู้ป่วยจะอยู่ที่บ้านสามารถดำรงชีวิตตามปกติประกอบอาชีพอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้แต่ในกระบวนการรักษาผู้ป่วยจะผ่านการดูแลโดยทีม อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเชื่อมโยงกับ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลแม่ลาว ซึ่งเป็นการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่บ้านที่มีมาตราฐานการดูแลเทียบเคียงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ผู้ศึกษาสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล ของผู้ป่วย ได้ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการหยุดเสพยาบ้า

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า เสพต่อเนื่องมา 10 ปี เสพ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 2-3 เม็ดร่วมกับเพื่อน 2 คน ถ้าไม่ได้เสพ มีหงุดหงิด เบื่อ เซ็ง กลางคืนหลับได้

O : สีหน้าไม่สดชื่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเกิดความไว้วางใจ

2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ความเข้าใจ อาการแทรกซ้อนที่เกิดจากการหยุดเสพยาบ้า เช่น หมด แรง เหนื่อยล้า หงุดหงิด เบื่อ เศร้า นอนไม่หลับ

3. แนะนำญาติให้ดูแลการรับประทานยาให้ต่อเนื่องตรงเวลา, และจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อส่งเสริมให้ ผู้ป่วยได้พักผ่อน

4. แนะนำญาติให้ดูแลเรื่องอาหาร ช่วยจัดอาหารที่มีประโยชน์และอาหารที่ผู้ป่วยชอบรับประทาน เพื่อช่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น

5. แนะนำญาติให้สังเกตอาการใกล้ชิด ถ้ามีอาการรุนแรง เช่น หงุดหงิดมากขึ้นก้าวร้าวให้รีบประสานเจ้าหน้าที่

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติติดตามคำแนะนำได้ ไม่ได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการหยุดเสพสารเสพติด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการใช้ยาบ้าซ้ำเนื่องจากขาดความตระหนักในโทษของพิษภัยยาบ้าและขาดทักษะการปฏิเสธ

ข้อมูลสนับสนุน

S : “เสพยาบ้าเฉพาะเวลาทำงาน มันทำให้มีแรง ทำงานได้นาน ได้เท่าคนอื่น หลังเสพผมไม่มีอาการผิดปกติ อะไร หูไม่แว่ว ไม่โวยวายเหมือนข้างบ้าน” “บางทีก็คิดว่าจะไม่สูบยาบ้า แต่เพื่อนเข้าซื้ก็เลยสูบเหมือนเดิม”

O : Stage of change : Pre-contemplation

- คัดกรอง V2 : 23 คะแนน อนุมานเป็นผู้เสพ
- แบบประเมิน Gesell drawing test : มีระดับเชาวน์ปัญญาอยู่ในช่วง Borderline
- Mild MR

การประเมินผล

ผู้ป่วยบอกข้อดีของการใช้ยาบ้าคือ หลังเสพทำงานได้เร็วขึ้น คล่องขึ้น รับทราบผลกระทบของยาบ้า แต่ ตนเองไม่ได้รับผลกระทบของพิษจากยาบ้า เนื่องจากเสพเฉพาะตอนทำงาน ผู้ป่วยอยู่ในระยะ Precontemplation

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับการใช้ยาบ้าของผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

S : แม่ยายบอกว่า “ก็อยากให้เลิกยาบ้า กินเยอะก็จะเป็นบ้าเหมือนหลานเพื่อนข้างบ้าน”

แม่ยายบอกว่า “ก็จะสังเกตุตลอดเวลา เขาไปรับจ้างทำงานมา ถ้าตาแดงๆ เวลาเราไปนั่งใกล้ๆจะลุกเดิน หนี ไปนั่งอีกที่ เราก็จะรู้เลยแหละว่าเขาไปเสพมาแน่ ๆ อาการมันแสดงออก”

ผู้ป่วยบอกว่า “แม่ยายเคยไล่ออกจากบ้านตอนจับได้ครั้งแรกผู้ป่วยว่า เสพยาบ้า”

O : สังเกตเห็น ย่าสีหน้าไม่สดชื่น

มีประวัติ รับการบำบัดที่ศูนย์บำบัด มินิธัญญารักษ์ รพ.แม่ลาว

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเกิดความไว้วางใจ
2. ประเมินความรู้และความเข้าใจในการ ดูแลผู้ป่วยและสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ป่วยและครอบครัว
3. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับผลกระทบของยาเสพติด เน้น ให้เห็นถึงความรุนแรงต่อตนเอง และครอบครัว หากยังคงใช้ต่อไป
4. อธิบายความสำคัญของครอบครัวในการป้องกันการติดซ้ำ และอธิบายให้ครอบครัวเข้าใจเรื่องการติด ยา เสพติดว่าเป็นโรคชนิดหนึ่งที่รักษาให้หายได้ โดยครอบครัวมีส่วนช่วยเป็นสำคัญ
5. ส่งเสริมครอบครัวและผู้ป่วยร่วมวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และทราบแผนการรักษา 0

6. ให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อเปิดโอกาสได้ระบายปัญหาต่างๆ และตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผน การ ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

การประเมินผล

ผู้ป่วยบอกและครอบครัวครอบครัวมีการวางแผนร่วมกันในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำโดยรูปแบบเหมาะสมกับผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมากขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 สภาพแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้นเสี่ยงและเป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

S : อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีการแพร่ระบาดของยาบ้า

S : คบเพื่อนที่ติดยาบ้าและชักชวนให้เสพยา โดยไม่มีการปฏิเสธ

S : เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจหรือมีความเครียดมักจะไปหาเพื่อน ส่วนมากจะชวนกันใช้ยาเสพติดเวลา ไปประกอบอาชีพ

O: จากประวัติผู้ป่วยเคยหยุดใช้หลายครั้งและกลับมาใช้อีก

O: ประเมินความต้องการในการเปลี่ยนแปลง (Stage of change) อยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองในชุมชนแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

2. สร้างสัมพันธภาพ ให้กำลังใจในการเลิกยาเสพติด แนะนำถึงวิธีการคลายเครียดหรือ การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เช่น การดูหนัง ฟังเพลงหรือปลูกต้นไม้ พูดคุยทำกิจกรรมกับ ครอบครัว

3.กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด เช่น การสำรวจตนเอง การแก้ไขปัญหา การ วางแผน การดำเนินชีวิต

4. ให้ความรู้เรื่องตัวกระตุ้นเสี่ยง การประเมินตัวกระตุ้น วัน เวลา สถานที่ บุคคล สัมพันธภาพและโอกาศอื่นๆที่อาจนำกลับไปสู่การเสพ

5. ให้ผู้ป่วยได้ประเมินระดับความเสี่ยงของแต่ละตัวกระตุ้น ความถี่ ความรุนแรงที่มีผลต่อ การกลับไปเสพซ้ำมากที่สุดเรียงลำดับ และวางแผนหาวิธีในการจัดการด้วยตนเอง

6. ให้ญาติเข้าร่วมวางแผนในการหาวิธีในการจัดการร่วมด้วย รวมถึงวิธีการให้ความ ช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยให้กับ ผู้ป่วย

7. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการหาสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต เช่น ตนเอง คุณปู่ คุณย่า เพื่อเป็น แรงยึดเหนี่ยวและแรงบันดาลใจเป็นพลังให้ตนเองเข้มแข็งในการเลิกยาเสพติด

8. สังเกตพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการตามแบบแผนที่ผู้ป่วยวางไว้ร่วมกับครอบครัว และ ติดตามผล

การประเมินผล

ผู้ป่วยตั้งใจอยู่บำบัดรักษาจนครบกำหนด ในระหว่างบำบัดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ปลอดภัย ควบคู่กับการดูแลร่วมกับญาติได้ สามารถหลี่ยงเลี่ยงตัวกระตุ้นเสี่ยงทางสังคมได้ดีมากขึ้น ไม่ออกไปพบเจอกลุ่ม เสี่ยง ปรับเปลี่ยนแบบแผนการทำงานเพื่อให้ไม่ใกล้ชิดผู้เสพและไม่ต้องใช้แรงเยอะในช่วงที่บำบัดรักษาแบบผู้ป่วย ในที่บ้าน ช่วยงานครอบครัว และยังสามารถบอกถึงวิธีการแก้ปัญหาและการปฏิเสธผู้ป่วยวางแผน การใช้ชีวิตได้ ว่าจะกลับไปอยู่ที่เดิมกับครอบครัวที่ประกอบไปด้วยคุณปู่ คุณย่าช่วยในการคอยดูแลในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ขาดความภูมิใจในชีวิตเนื่องจากรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

S : “ผมติดยาบ้า ครอบครัวของภรรยาเลยไม่ไหวใจผม ไม่อยากให้ผมอาศัยอยู่ด้วย”

O : ขณะพูดคุยแววตาเศร้า ก้มหน้า

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเชิงการบำบัด เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและเป็นกันเองจนเกิดความไว้วางใจ

2. ประเมินทัศนคติ การรับรู้คุณค่าของตนเองของผู้ป่วย เพื่อช่วยเสริมสร้างคุณค่าในตัวเองและให้กาลังใจ ผู้ป่วย

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึก ที่เกิดขึ้นหรือสาเหตุของการมองตนเองด้านลบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก

4. ให้คำปรึกษา และแนะนำแนวทางในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ด้วยการให้พูดคุยระบายความรู้สึกกับเพื่อนที่สนิทหรือเจ้าหน้าที่ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหา

5. ให้ผู้ป่วยฝึกทาสมาธิ ฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เสริมทางบวก ตามความเป็นจริง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และส่งเสริมความภาคภูมิใจ

6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกทางบวก ฝึกการคิด และพฤติกรรมรักตัวเอง การสร้างความหวัง ส่งเสริมการร่วมกิจกรรมกลุ่มที่มีคุณค่าต่อตนเองและผู้อื่น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและรู้สึกถึงการยอมรับ

7. พูดคุยกับคนในครอบครัวของผู้ป่วยในการ ให้กำลังใจ และการดูแลผู้ป่วยที่ บ้าน เช่น การสื่อสารทางบวก ชมเชยเมื่อ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในทางที่ดี ไม่ตำหนิโดยไม่ บอกเหตุผล มอบหน้าที่ให้ผู้ป่วยรับผิดชอบ

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกว่าภูมิใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง motivation ดีขึ้นบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้านได้ ครบตามโปรแกรม และมีแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นคนสำคัญของครอบครัวมีแผนการ ดำเนินชีวิตจะช่วยทำงานหารายได้และช่วยทำงานบ้านแบ่งเบาภาระของครอบครัว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ขาดประสิทธิภาพในการเผชิญความเครียดเนื่องจากขาดความรู้ ทักษะ และ ความสามารถที่เพียงพอ เพื่อรับรู้และจัดการปัญหาและหาทางออกที่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอก เรียนหนังสือไม่เก่งตั้งแต่เด็ก เวลาเรียนมักจะได้เกรด 0 ตลอด

S: ระดับการศึกษาสูงสุดจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

O แบบประเมิน Gesell drawing test : มีระดับเชาวน์ปัญญาอยู่ในช่วง Borderline - Mild MR (ประเมินโดยนักจิตวิทยา)

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเชิงการบำบัด เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและเป็นกันเองจนเกิดความไว้วางใจ

2. ประเมินการใช้ทักษะพื้นฐาน ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการฟัง ทักษะการแสดงออกด้วยอารมณ์ ทักษะสะท้อนกลับ

3. ให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าตัวอย่างปัญหาที่ตนเองเจอในชีวิตประจำวันและสามารถแก้ไขได้ให้ผู้บำบัด

4. ให้คำปรึกษา สะท้อนผลจากการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย

5. ให้ผู้ป่วยฝึกใช้การแก้ไขปัญหาอีกครั้งโดยใช้ทักษะพื้นฐานเบื้องต้น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการฟัง ทักษะการแสดงออกด้วยอารมณ์ ทักษะสะท้อนกลับ

6. แลกเปลี่ยนและสะท้อนผลจากการใช้ทักษะกับการจัดการกับปัญหา และให้ฝึกทำซ้ำๆบ่อยๆครั้งกับ หลายๆสถานการณ์ปัญหา

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกว่าสามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น เข้าใจในทักษะขั้นพื้นฐาน สามารถสะท้อนผลและใช้ทักษะ พื้นฐานได้อย่างเหมาะสม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ครอบครัวพร่องความรู้ในการดูแลช่วยเหลือและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเมื่อที่อยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ดูแลหลักเป็นภรรยา สมาชิกในครอบครัวมีเด็กกับผู้สูงอายุ ไม่ได้รับการดูแลโดยบิดาและมารดา

O : ผู้ดูแลหลักมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ติดสารเสพติดน้อย และไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการเข้าถึงเครื่องมือสื่อสาร ข้อมูลทางการแพทย์ แนวทางการรักา การทานยา การตรวจร่างกายไม่สามารถ ทำได้เต็มศักยภาพ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเชิงการบำบัด เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและเป็นกันเองจนเกิดความไว้วางใจ

2. ประเมินการใช้ทักษะพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การให้ยาการ ตรวจร่างกายรวมถึงการสังเกตุอาการที่ผิดปกติ หากมีการเปลี่ยนแปลงของอาการ

3. ประสานโรงพยาบาล่สงเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ รพสต.ทรายขาว ในการติดตามเยี่ยมและสนับสนุน ทรัพยากรณด้านสุขภาพ เครื่องมือตรวจวัดร่างกาย เป็นเป็นจุดบริการเพื่อให้ติดตามผลอาการจนครบโปรแกรม

4. ประสานโรงพยาบาล่สงเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ รพสต.ทรายขาว ในการติดตามเยี่ยมบ้านและลงให้ ข้อมูลด้านสุขภาพกับครอบครัวและญาติในการดูแลผู้ป่วย การสังเกตอาการและเสริมพลังให้เกิดความมั่นใจในการ ดูแลผู้ป่วย

5. แลกเปลี่ยนและสะท้อนผลจากการร่วมดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านร่วมกับโรงพยาบาล่สงเสริมสุขภาพ ตำบลในพื้นที่ รพสต.ทรายขาว

การประเมินผล

ผลจากการร่วมดูแลญาติมีทักษะและความรู้ความสามารถเพียงพอสำหรับการดูแลเพิ่มมากขึ้น เกิดความ มั่นใจการในดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรด้านสุขภาพที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพ และ เกิดการดูแลร่วมกันกับชุมชนครบโปรแกรมการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

ผลการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยตามระบบ DMS home ward

การทำกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในที่บ้านผ่านระบบ DMS A-Med Home ward และ Line official ward ทั้งหมด 15 ครั้ง ระยะเวลา ตั้งแต่แรกรับ 1 มิถุนายน 2568 ถึง 15 มิถุนายน 2568 วันที่ รวมระยะเวลา 15 วัน ซึ่งการเยี่ยมแต่ละครั้ง พบอาการและการเปลี่ยนแปลง ดังนี้ การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยกรณีศึกษา

ครั้งที่ 1 วันที่ 1 มิ.ย. 2567 เวลา 14:33 น

สูบ ยาบ้า 10 เม็ด /ครั้ง ทุกวัน ร่วมกับเพื่อนอีก 2 คน สูบครั้งสุดท้าย เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2568 เวลา 08.00 น ปริมาณ 5 เม็ด มีหงุดหงิดง่าย เบื่อ เซ็ง ทะเลาะกับแม่ของภรรยาเรื่องการเสพยาเสพติด ภรรยาจึงพามารักษา ที่ โรงพยาบาลแม่ลาว พ่อ แม่ แยกทางตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ 3 ปี ผู้ป่วยอยู่กับปู่ และย่า อาชีพรับจ้างรายวัน เพื่อนกลุ่มผู้เสพ ผู้ค้า PE: WNL

ครั้งที่ 2 วันที่ 2 มิ.ย. 2568 เวลา 14.00 น

จากการติดตามอาการ ข้อมูลจากผู้ป่วยและภรรยา และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้ป่วยให้การยอมรับรูปแบบการ รักษาแบบ home ward บอกคุณภรรยาครั้งนี้จะตั้งใจเลิกให้ได้ พฤติกรรมทั่วไปเหมาะสม พักผ่อนนอนหลับได้ รับประทานอาหารได้ วันนี้ออกไปรับจ้างขุดมัน พูดคุยให้กำลังใจ แนะนำการรับประทานยา การปรับรูปแบบ กิจวัตรประจำวันให้เป็นปกติ เช่น การรับผิดชอบพื้นฐานต่อตนเอง การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การดูแล สุขวิทยาส่วนบุคคลให้ตรงเวลา เพื่อปรับพื้นฐานร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรง วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและภรรยาพรุ่งนี้ ก่อนไปรับทำนา ให้ผู้ไปไปวัดสัญญาณชีพและประเมินอาการที่ รพ.สต.ก่อน เพื่อไม่ให้กระทบกับกับการทำงาน ผู้ป่วยรับทราบ -stage of change = determination

ครั้งที่ 3 วันที่ 3 มิ.ย. 2567 เวลา 14:30 น

ติดตามทางโทรศัพท์และ video call ผู้ป่วย /ภรรยา/เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้ป่วยมาพบเจ้าหน้าช่วงเช้า เนื่องจาก ต้องไปทำนา พูดคุยชมเชยให้กำลังใจ ผู้ป่วยให้ข้อมูลพักผ่อนรับประทานอาหารได้ ได้กำลังใจจากบุคคลใน ครอบครัวและเจ้าหน้าที่รู้สึกดีมีกำลังใจ ให้คำแนะนำ หยุดเสพวันต่อวัน วางแผนระหว่างวันในเรื่องการทำงาน หลังเสร็จงานกลับบ้านไม่ไปหาเพื่อนเพื่อลดตัวกระตุ้น ผู้ป่วยรับฟังจะนำไปปฏิบัติ -รพ.สต.ทรายขาว ขอรายงาน ผู้ป่วย ชื่อ นาย นิรุตติ (นามสมมุติ) อายุ 32 ปี บ้านเลขที่ 157 ม.12 ต.ทรายขาว อ.พาน จังหวัดเชียงราย V/S วันนี้ เวลา 10.00 น. T=37.0 C, R = 20/min, P = 78/min, BP 125/78 mmHg, BW = 76 kg ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สี หน้าสดชื่น ถามตอบรู้เรื่อง ได้อธิบายเรื่องการกินยา ผู้ป่วยและญาติรับทราบ และตอบคำถามได้ถูกต้อง ได้อธิบาย เรื่องอาการขาด หรือภาวะถอนพิษของผู้เสพสารเสพติดกลุ่มแอมเฟสตามีน ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ตอบคำถามได้ ถูกต้อง

ครั้งที่ 4 วันที่ 4 มิ.ย. 2567 เวลา 15.00 น

จากการเยี่ยมบ้าน รพ.สต.ทรายขาว วันที่ 4 มิ.ย. 68 เวลา 11.00 น. ขอรายงานผู้ป่วย ชื่อ นาย นัทพงศ์ (นามสมมุติ)อายุ 20 ปี บ้านเลขที่ 252 ม.11 ต.สะอาด อ.น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น V/S เวลา 10.00 น. T=36.8 C, R = 20/min, P = 84/min, BP 128/75 mmHg, BW =76 kg ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการหงุดหงิด นอนหลับพักผ่อนได้ดี รับประทานอาหารได้ เจ้าหน้าที่จาก รพ.โรงพยาบาลแม่ลาว โทรศัพท์สอบถามอาการผู้ป่วยและภรรยา ผู้ป่วยสามารถหยุดเสพได้ อารมณ์ปกติเหมาะสม พักผ่อน รับประทานอาหารได้ วันนี้จะไปทำนาและรับจ้างตัดกิ่งไม้ ที่ผ่านมาแบ่งเงินให้คุณภรรยาวันละ 300 บาท ชมเชย แนะนำวางแผนเรื่องการเงิน เพราะ เป็นตัวกระตุ้น ผู้ป่วยรับฟังและเข้าใจ

ครั้งที่ 5 วันที่ 5 มิ.ย. 2567 เวลา 14:37 น

ติดตามกำกับดูแลการกินยา นาย นิรุตติ (นามสมมุติ) BP:114/80 mmhg, P:84 bpm จากการสอบถามข้อมูลผู้ป่วยอาการคงที่ปกติอารมณ์ปกติสัมพันธภาพดี ไม่พบความรุนแรงปฏิเสธอาการทางจิตนอนหลับได้เจ็ดถึง 8 ชั่วโมงสามารถทานยาได้อย่างต่อเนื่องไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการทานยา ทำกิจวัตรประจำวันตนเองได้ปกติ

ครั้งที่ 6 วันที่ 6 มิ.ย. 2568 เวลา 15:30 น

ติดตามกำกับดูแลการกินยา นาย นิรุตติ (นามสมมุติ) V/ S T = 36.8 C, R = 18/ min, P 98 /min, BP:128/ 65 mmHg ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน นอนหลับพักผ่อนได้ ทำงานได้ตามปกติ

ครั้งที่ 7 วันที่ 7 มิ.ย. 2568 เวลา 15:30 น

ติดตามกำกับดูแลการกินยา นายนิรุตติ (นามสมมุติ) V/ S T = 37.0 C ,R = 18 / min, P 99/min, BP:124/ 60 mmHg ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน นอนหลับพักผ่อนได้ ทำงานได้ตามปกติ

ครั้งที่ 8 วันที่ 8 มิ.ย. 2568 เวลา 15:00 น

ติดตามกำกับดูแลการกินยา นายนิรุตติ (นามสมมุติ) V/ S T = 37.4 C, R = 18 / min, P 98/min ,BP:124/ 60 mmHg ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน นอนหลับพักผ่อนได้ ทำงานได้ตามปกติ

ชนิดของหัตถการ: Principal procedure

สรุปผลการบำบัด สัปดาห์ที่ 1 สามารถหยุดเสพยาได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยหายจากภาวะถอนพิษยาเสพ เสพติด ไม่พบอาการทางจิต นอนหลับได้ กระฉับกระเฉง แสดงอารมณ์ได้ปกติ

ครั้งที่ 9 วันที่ 9 มิ.ย. 2567 เวลา 15:30 น

อาการโดยทั่วไปคงที่ปกติ สามารถดุแลตนเองได้ดีมากขึ้น ทานยาต่อเนื่องไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จาก การทานยา นอนหลับได้ดี BP:118/67 mmhg, P:88/min, RR 20 /min, T: 36.3 C

- Health education สมองติดยา ผล ผู้ป่วยยังมีกระบวนการรับรู้ที่ไม่เต็มศักยภาพรับฟังการเสพติดและภาวะสมองติดยา ยังไม่เกิดความเข้าใจ

ครั้งที่ 10 วันที่ 10 มิ.ย. 2567 เวลา 15:30 น

อาการโดยทั่วไปคงที่ปกติ พฤติกรรมนิ่งขึ้น ไม่มีหงุดหงิดหรือรบเร้ากลับบ้าน v/s T=37.0 C, R=20/min, P 88 /min BP 114/64 mmHg ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการเยี่ยมดี กินยาถูกต้อง นอนหลับพักผ่อนได้ดี

- Health education การจัดการ craving ผล ผู้ป่วยจัดการความอยากเสพด้วยการหาอะไรทำเพื่อให้ผ่านเวลาที่มีอาการอยากไปโดยส่วนใหญ่เป็นความอยากในรูปแบบความคิดแวบเข้ามาหัวสามารถจัดการได้ ให้คำปรึกษาและเสริมทักษะ Grounding technique, เทคนิคการหยุดความคิด การจัดการกับความเครียดเพิ่มเติม

ครั้งที่ 11 วันที่ 11 มิ.ย.2568 เวลา 15:30 น

อาการโดยทั่วไปคงที่ปกติ พฤติกรรมนิ่งขึ้น สีหน้าสดชื่นขึ้น ถามตอบรู้เรื่อง อาการโดยทั่วไปคงที่ปกติ V/S. T=37.0 C, R=20 /min, P=87/min, BP=112/72 mmHG

- การวิเคราะห์ตัวกระตุ้น ผลการวิเคราะห์ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ตัวกระตุ้นได้ดี สถาพแวดล้อมเป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ ตัวกระตุ้นเสี่ยงอยู่ในชุมชนมีจำนวนมาก การเข้าถึงสิ่งเสพติดสามารถเข้าถึงได้ง่าย สถานที่ที่เสพเวลาเห็นจะมีความอยากรูปแบบความคิดแวบเข้ามา สามารถควบคุมจัดการได้

- เสริมทักษะ Social skills training ทักษะการสื่อสารเบื้องต้น ทักษะการสร้างสัมพันธภาพและการเข้าใจผู้อื่น

ครั้งที่ 12 วันที่ 12 มิถุนายน 2568 เวลา 15:30 น

สีหน้าสดชื่นขึ้น ถามตอบรู้เรื่อง อาการโดยทั่วไปคงที่ปกติ นายนิรุตติ (นามสมมุติ) V/s. T=37 C, R=20 /min, P=80/min,BP112/70mmHg

- การให้การปรึกษาครอบครัว สภาวะครอบครัว: ครอบครัวใหญ่ บิดามารดาแยกทางกัน ปู่-ย่าดูแลเป็นหลัก มีญาติพี่สาวและป้าช่วยดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพต่อครอบครัวดี การสื่อสารภายในครอบครัวดี ประเมิน ความพร้อมครอบครัวอยู่ในระดับความพร้อมมาก 38 คะแนน

ครั้งที่ 13 วันที่ 13 มิ.ย. 2568 เวลา 15:30 น

ติดตามผลการรักษาวันที่ 13 มิถุนายน 2568 สีหน้าสดชื่นขึ้น ถามตอบรู้เรื่อง อาการโดยทั่วไปคงที่ปกติ นายนิรุตติ (นามสมมุติ) V/s. T=36.8 C, R=20 /min, P=78/min, BP110/70 mm.HG จากการให้ติดตามผลผู้ป่วยสามารถทานยาได้อย่างต่อเนื่องไม่มีอาการ ไม่พึงประสงค์จากการทานยาทำงาน ทำกิจวัตรประจำวันตนเองได้ปกติและนอนหลับได้ ญาติให้ข้อมูลว่าอาการดี ขึ้นไม่พบข้อกังวลใจผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น

สรุปสภาพปัญหาความเดือดร้อน: สถาพแวดล้อมเป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ ตัวกระตุ้นเสี่ยงอยู่ใน ชุมชนมีจำนวนมาก การเข้าถึงสิ่งเสพติดสามารถเข้าถึงได้ง่าย

ปัญหาเร่งด่วนระยะสั้น: การจัดการตัวกระตุ้นเสี่ยง ลดความเสี่ยงกลับไปเสพซ้ำ

ปัญหาระยะยาว: การดูแลทานยา และติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง สภาวะกาย จิต สังคม: สภาวะทางร่างกายดีขึ้น ใบหน้าสดชื่น โภชนาการดีขึ้น การเคลื่อนไหวร่างกาย ปกติ สภาวะ ทางจิต แสดงอารมรีได้น้อยโดยบุคลิกภาพเป็นคนเรียบนิ่ง พูดน้อย แรงจูงใจดีให้ความสนใจการติดตาม ผลการรักษาการทานยา และให้ความร่วมมือดี สภาวะทางสังคม สามารถให้ความช่วยเหลือกันได้ดี ญาติและ ครอบครัวให้ความช่วยเหลือเข้าใจในอาการเจ็บป่วย มีวิธีการและเป้าหมายดูแลผู้ป่วยชัดเจน

ครั้งที่ 14 วันที่ 14 มิ.ย. 2568 เวลา 15:30 น

ติดตามผลการรักษา V/S T=36.8 C, P=78/min., R=18/min, BP114/67mmHg ผู้ป่วยกินยาได้ถูกต้องนอน หลับพักผ่อนได้ไม่มีอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยสามารถทานยาได้อย่างต่อเนื่องไม่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการทานยา ทำงาน ทำกิจวัตรประจำวันตนเองได้ปกติและนอนหลับได้ ญาติให้ข้อมูลว่าอาการดีขึ้นไม่พบข้อกังวลใจผู้ป่วยดูแล ตนเองได้ดีมากขึ้น

ครั้งที่ 15 วันที่ 15 มิถุนายน 2568 เวลา 15:30 น

ผู้ป่วยสามารถหยุดได้ต่อเนื่อง ผลตรวจ AMP Negative สีหน้าสดชื่นขึ้น ถามตอบรู้เรื่อง อาการโดยทั่วไปคงที่ปกติ T:37.4 C P:84/min BP: 108/87mmHG อาการโดยทั่วไปคงที่ปกติ ไม่พบข้อกังวลใจสามารถทานยาได้อย่างต่อเนื่อง ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการทานยา สามารถทำกิจวัตรประจำวันตนเองได้ นอนหลับได้ปกติ 7-8 ชั่วโมง/วัน

- สรุปผลการบำบัด สัปดาห์ที่ 2 จำหน่าย Improved amphetamine withdrawal no complications SOC action Plan rehab at OPD F/U มา รพ. 27/06/68 ประเภทการจำหน่าย: With Approval จำหน่าย ออกระบบ HW โดยแพทย์อนุญาต

ผลการกลับมาตรวจตามนัด วันที่ 27 มิถุนายน 2568

ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ที่ รพ.แม่ลาว ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง รับรู้วันเวลาสถานที่ปกติดี ไม่มีอาการทางจิต ไม่มีวิตกกังวล ไม่มีเอะอะโวยวาย หรือก้าวร้าว ไม่มีอารมณ์ซึมเศร้าทำร้ายตนเองและผู้อื่น สีหน้าแจ่มใส ประเมิน คะแนน V2 = 12 คะ แนน ประเมิน AWQ2V2= 0 คะแนน ประเมิน craving= 0 คะแนน ประเมิน 2Q=negative ประเมิน 8Q=0 คะแนน ประเมิน 9Q=0 คะแนน OAS =0 คะแนน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล Urine methamphetamine = negative Urine morphine =negative Urine marijuana =negative จากการติดตามครั้งที่ 1 พบว่าสามารถลดความรุนแรงของการใช้สารเสพติดลงได้โดยอ้างอิงจากแบบประเมิน V2 และพบว่าหลังบำบัดอาการผู้ป่วยสงบดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดปัญหาในครอบครัวจากมาบำบัด และพบว่าผลตรวจสารเสพติดในปัสสาวะผู้ป่วยเป็นลบ จึงไม่ Re-admit ให้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก โดยได้นัดติดตามอาการผู้ป่วยอีก 2 สัปดาห์เพื่อรับยาและติดตามอาการ โดยจะติดตามอาการต่อเนื่องจนครบ 1 ปี

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยบำบัดรักษาในระบบ DMS home ward โรงพยาบาลแม่ลาวในระยะบำบัดยาผู้ป่วยได้รับการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในที่บ้านผ่านระบบ DMS A-Med Home ward และ Line official ward เป็นการบำบัดในระยะที่ 1ระยะบำบัดยา ระยะเวลาตั้งแต่แรกรับ 1 มิถุนายน 2568 ถึง 15 มิถุนายน 2568 วันที่ รวมระยะเวลา 15 วัน เป็นการรักษาอาการขาดยา (Withdrawal symptoms) อาการถอนพิษยา และภาวะแทรกซ้อนทางกายหรือจิตจากการใช้ยาเสพติด เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาพยาบาลจะประเมินความพร้อมก่อนเข้ารับการบำบัดรักษาต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยหัตถการหลัก ได้แก่ Morning Brief , การประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ, รายงานอาการประจำวัน self-Report และ การสอบถามแบบประเมินประจำวัน ซึ่งผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาอย่างดี ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และให้การพยาบาลตามกระบวนการการพยาบาล ตามลำดับได้ดังนี้

1) เสี่ยงต่อการได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการหยุดเสพยาบ้า

2) เสี่ยงต่อการใช้ยาบ้าซ้ำเนื่องจากขาดความตระหนักในโทษของพิษภัยยาบ้าและขาดทักษะการปฏิเสธ

3) ครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับการใช้ยาบ้าของผู้ป่วย

4) สภาพแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้นเสี่ยงและเป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ

5) ขาดความภูมิใจในชีวิตเนื่องจากรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง

6) ขาดประสิทธิภาพในการเผชิญความเครียดเนื่องจากขาดความรู้ ทักษะ และ ความสามารถที่เพียงพอ

เพื่อรับรู้และจัดการปัญหาและหาทางออกที่เหมาะสม

7) ครอบครัวพร่องความรู้ในการดูแลช่วยเหลือและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเมื่อที่อยู่บ้าน

ผู้ป่วยได้รับการวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล การพยาบาลผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home word) โดย เน้นการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ จากการประเมินผลการพยาบาลตามแผน พบว่า ผู้ป่วยสามารถหยุดได้ต่อเนื่อง ผลตรวจ AMP Negative สีหน้าสดชื่นขึ้น ถามตอบรู้เรื่อง ไม่พบข้อกังวลใจ สามารถทานยาได้อย่างต่อเนื่อง ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการทานยา สามารถทำกิจวัตรประจำวันตนเองได้ นอนหลับได้ปกติ 7-8 ชั่วโมง/วัน ผู้ป่วยจึงได้รับการจำหน่าย Improved amphetamine withdrawal no complications SOC action Plan rehab at OPD F/U มา รพ. 27/06/68 ประเภทการจำหน่าย: With Approval จำหน่ายออกระบบ HW โดยแพทย์อนุญาต ผลการกลับมาตรวจตามนัดพบว่า ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง รับรู้วันเวลาสถานที่ปกติดี ไม่มีอาการทางจิต ไม่มีวิตกกังวล ไม่มีเอะอะโวยวาย หรือก้าวร้าว ไม่มีอารมณ์ซึมเศร้าทำร้ายตนเองและผู้อื่น สีหน้าแจ่มใส ระบบ HW สามารถลดความรุนแรงของการใช้สารเสพติดลงได้ โดยอ้างอิงจากแบบประเมิน V2 และพบว่า หลังบำบัดอาการผู้ป่วยสงบดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดปัญหาในครอบครัวจากการบำบัด และพบว่าผลตรวจสารเสพติดในปัสสาวะผู้ป่วยเป็นลบ จึงไม่ Readmit และจะต้องมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในการบำบัดระยะที่ 2: ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (3-4 เดือน) เป็นระยะที่ช่วยให้ผู้ยาเสพติดปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บุคลิกภาพ และพัฒนาจิตใจให้สามารถเรียนรู้วิธีการดำเนินชีวิตใหม่โดยปราศจากยาเสพติดได้ เมื่อบำบัดรักษาจนครบตามระยะเวลา พยาบาลจะประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ระยะที่ 3: ระยะติดตาม (1 ปี) เป็นกระบวนการติดตามและช่วยเหลือผู้ป่วยที่จำหน่ายจากระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ใช้ระยะเวลาในการติตตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี

ข้อวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้บัวยในที่บ้าน Home ward ยาเสพติด เป็นการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเสมือนผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล(IPD) โดยใช้การเปลี่ยนผ่านการบำบัดรักษาจากโรงพยาบาลไปสู่ครอบครัวและชุมชน เป็นการดูแลในรูปแบบ Case Management ในการประเมิน วางแผน จัดการ ให้คำปรึกษา ทำกิจกรรมบำบัด และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องตามระยะการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยตั้งแต่ระยะบำบัดยา,ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และระระยะติดตาม ผู้ป่วยสามารถบริหารจัดการในเรื่องของการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และมีทักษะชีวิตในการป้องกันการเสพซ้ำนอกจากนี้นำครอบครัวมีส่วนร่วม ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน Home ward ยาเสพติดใช้เทคโนโลยี Application DMS Telemedicine เป็นช่องทางการสื่อสารในการติดต่อสำหรับผู้ป่วย แพทย์และทีมสหวิชาชีชาชีพตลอดการรักษา

รูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด จากผลการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้า ในระบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน(Home ward) ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายขาว อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ยังเป็นโอกาสในการพัฒนางานผู้ป่วยในที่บ้าน Home ward หลายด้านเช่น การพัฒนาศักยภาพ บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ที่มีภาวะฉุกเฉินทางยาเสพติด โดยทีการทบทวนความรู้และทักษะ การประเมิน และจัดระดับความรุนแรงตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด การรักษาพยาบาล ภาวะฉุกเฉินทางยาเสพติดตามระดับความรุนแรง ความเร่งด่วนของการเจ็บป่วย จึงสร้างเป็น Solution เพิ่มแนวช่องทางการเข้าถึงบริการดูแลเตรียมความ พร้อมร่วมกับครอบครัว และระยะเวลาการบำบัดรักษา พัฒนา patient outcome report และ self report ADR แบบเฝ้าระวังความรุนแรงโดยมี notify แจ้งเตือนใน line application ช่องทางติดต่อ 24 ชั่วโมงรวมถึงเพิ่มระบบประสานการส่งต่อสถานพยาบาลใกล้บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

การพยาบาลผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home word) กรณีศึกษา: โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากผู้บำบัดเลิกสารเสพติด ที่กรุณาให้ความร่วมมือ เสียสละตลอดจน สนับสนุนเข้าร่วมในการดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่งผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจจริงของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ และขอขอบพระคุณ ทีมงานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยทรายขาว ทีมงานที่เกี่ยวข้อง ในการสนับสนุนการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณในความร่วมมืออย่างดียิ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ขอบคุณพิกุล ทองรักษ์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำปรึกษาตลอดระยะเวลาในการศึกษาครั้งนี้ อนึ่งหวังว่างานกรณีศึกษาฉบับนี้จะมีประโยชน์ ต่อการดำเนินงานการพยาบาลผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home word) ในพื้นที่อื่นๆ ในอนาคตและเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานอื่นๆ และชุมชนที่เกี่ยวข้องอยู่ไม่น้อย จึงขอมอบส่วนที่เป็นคุณประโยชน์จากการศึกษาทั้งหมดนี้ ให้แก่ ทุกๆ ท่าน

ข้อเสนอแนะ

หากจะพัฒนาให้การบำบัดรูปแบบนี้ได้ผลดีอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้การบำบัดควรมีความรู้พื้นฐานในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด ได้แก่ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น ทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจ การประเมินความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่ครอบครัวควรทราบหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่

บ้าน ที่มีภาวะฉุกเฉินทางยาเสพติด เพิ่มแนวช่องทางการเข้าถึงบริการดูแลเตรียมความ พร้อมร่วมกับครอบครัว และระยะเวลาการบำบัดรักษา พัฒนา patient outcome report และ self report ADR แบบเฝ้าระวังความรุนแรงโดยมี notify แจ้งเตือนใน line application ช่องทางติดต่อ 24 ชั่วโมงรวมถึงเพิ่มระบบประสานการส่งต่อสถานพยาบาลใกล้บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2022. [cited 2025 May 2]. Available from: https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_1.pdf
2. กองควบคุมวัตถุเสพติด.ยาบ้า (Metamphetamine)2566. [cited 2025 May 2]. Available from: https://narcotic.fda.moph.go.th/
3. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข.รายงานสำหรับผู้บริหาร. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ncmc.moph.go.th/home/index.php/index/dashboard
4. กระทรวงสาธารณสุข.ระบบข้อมูลการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://antidrug.moph.go.th/administrator/login? continueUrl =%2Fadministrator
5. โรงพยาบาลแม่ลาว.สถิติข้อมูล 2568.
6. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด (ฉบับปรับปรุง). 2567. [เข้าถึงเมื่อ 2567 มีนาคม 20]. เข้าถึงได้จาก: https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/wpnrvtv5buow00088.pdf
7. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) 2565. [เข้าถึงเมื่อ 2567 พ.ค. 2]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Publication/Attach/25650805113031AM_homeward.pdf

ผลงานวิชาการ
ประเภทงานวิจัย ด้วยโปสเตอร์

ผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ในโรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

สุนัน เมืองมูล
โรงพยาบาลเชียงแสน

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดใหม่ราว 15 ล้านรายต่อปี ในจำนวนนี้เสียชีวิตประมาณ 5 ล้านราย ที่เหลือพิการเป็นส่วนใหญ่ ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคนี้เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนารวมถึงประเทศไทยในประเทศพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 1,880 รายต่อแสนราย หรือ ร้อยละ 2 ปัจจุบันถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ในเพศหญิงรองจากอุบัติเหตุและมะเร็ง ดังนั้นจะเห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญของประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งจะพบโรคนี้มากขึ้นเรื่อย ๆ หากประชาชนไม่ได้รับการป้องกันอย่างถูกวิธี จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน พบว่าในผู้ป่วย 100 คนที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ณ วันที่กลับบ้าน จะเสียชีวิตประมาณร้อยละ 5 หายใกล้เคียงปกติ ร้อยละ 25 พิการร้อยละ 70 ซึ่งอัตราความพิการจะน้อยลงตามลำดับเมื่อเวลาผ่านไป นอกจากความพิการทางกายแล้ว ยังส่งผลต่อความคิดการวางแผน ความจำ ทำให้เกิดความจำเสื่อมในระยะต่อมา ซึ่งมักถูกมองข้ามไปในผู้ป่วยส่วนใหญ่[1]

ผู้ป่วยรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความพิการหลงเหลืออยู่ ร้อยละ 50 จะมีความพิการอย่างรุนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างน้อยในระยะ 1 เดือน หลังเกิดอาการส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้เหมือนบุคคลปกติ ต้องเป็นภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วยเป็น ระยะเวลานาน มีผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว สังคมและชุมชน มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อเปรียบเทียบความสามารถการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสู่บ้านของโรงพยาบาลเชียงแสน ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

2.เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสู่บ้านของโรงพยาบาลเชียงแสน หลังใช้โปรแกรม

แนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบกรอบแนวคิดโดยนำตัวแปรมาประยุกต์ร่วมกับการใช้ทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception theory) ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) มาออกแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู

ความสำคัญของทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ: (Health perception theory)

1. **ช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมสุขภาพ:** ทฤษฎีนี้ช่วยให้เข้าใจว่าทำไมบางคนถึงเลือกที่จะดูแลสุขภาพในขณะที่บางคนไม่สนใจ หรือทำไมบางคนถึงปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ในขณะที่บางคนไม่ปฏิบัติตาม
2. **เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ:** ทฤษฎีนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ตรงกับความต้องการและความเชื่อของแต่ละบุคคล
3. **ช่วยให้บุคคลตระหนักถึงสุขภาพของตนเอง:**การทำความเข้าใจทฤษฎีนี้สามารถช่วยให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเอง
4. กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพในระยะยาว

สรุป ทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception theory): เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการทำความเข้าใจและส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดยเน้นที่ความเชื่อและทัศนคติของแต่ละบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเอง

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นทฤษฎีที่เน้นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้ตามความสามารถของตนเอง โดยพยาบาลมีบทบาทในการสนับสนุนและช่วยเหลือเมื่อเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

โดยการสร้างโปรแกรมฯ จำนวน 6 กิจกรรม ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและแหล่งข้อมูลการค้นหา

ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception theory):

- การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility)
- การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)
- การรับรู้ถึงประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Perceived Benefits)
- การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Perceived Barriers)

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ประยุกต์ใช้ในกิจกรรมที่ 2,3,4,5,6

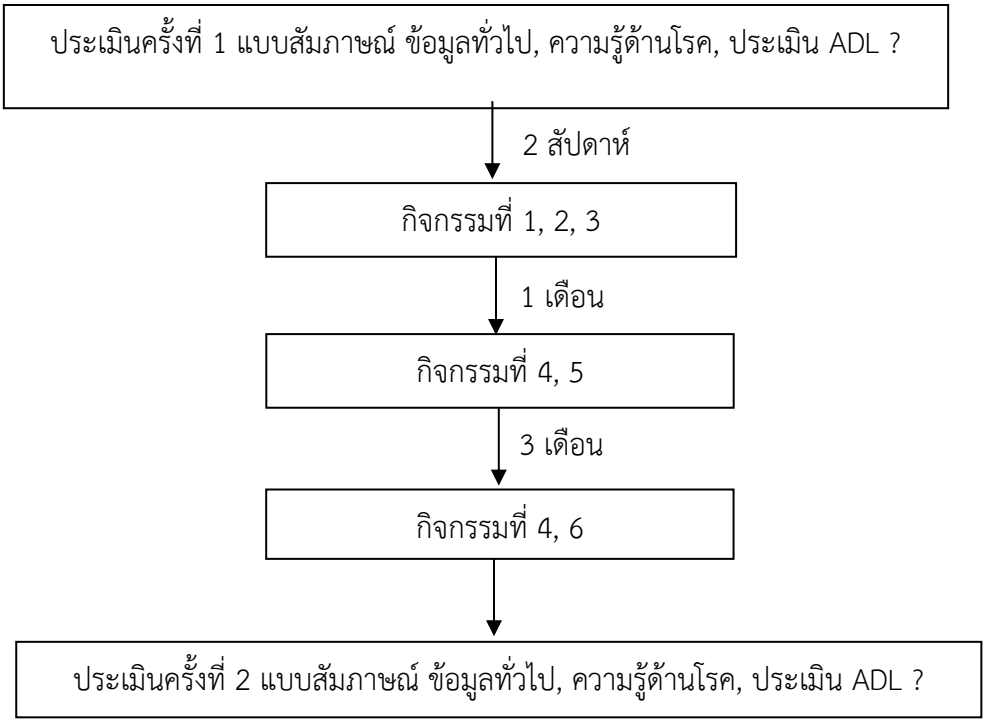
กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้ในการทำกายภาพบำบัด แพทย์ทางเลือกด้านแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนจีน

กิจกรรมที่ 3 การได้รับความรู้เรื่องด้านโภชนากร

กิจกรรมที่ 4 การเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยการจัดทีมสหสาขาวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านร่วมกับแกนนำสุขภาพ

กิจกรรมที่ 5 การเยี่ยมติดตามทางไลน์ เพื่อติตตามในกลุ่มที่มีภาวะวิกฤต

กิจกรรมที่ 6 เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้



ผลการศึกษา

ตารางแสดง 1 การติดตามภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ)

ภาวะแทรกซ้อน	ระยะเวลา			
	หลังจำหน่าย	หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์	หลังจำหน่าย 1 เดือน	หลังจำหน่าย 3 เดือน
ปอดบวม	0	0	1.70	0
ข้อไหล่ติด	0	0	1.70	3.30
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	0	0	46.70	46.70

ตารางแสดง 2 การติดตามการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจำหน่าย หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ หลังจำหน่าย 1 เดือน และ 3 เดือน

ตัวแปร	Mean	S.D.	N	Std.Error Mean
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังจำหน่าย	5.00	0.00	30	0.00
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์	5.00	0.00	30	0.00
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังจำหน่าย 1 เดือน	4.87	0.57	30	0.10
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังจำหน่าย 3 เดือน	4.93	0.25	30	0.05

ตารางแสดง 3 การเปรียบเทียบการติดตามระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ หลังจำหน่าย 1 เดือน และ 3 เดือน

ตัวแปร	Mean	S.D.	ร้อยละ	N	Std.Error Mean
ระดับความพิการ หลังจำหน่าย	3.33	1.65	55.51	30	0.30
ระดับความพิการ หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์	3.07	1.72	51.12	30	0.31
ระดับความพิการ หลังจำหน่าย 1 เดือน	2.97	1.65	49.51	30	0.30
ระดับความพิการ หลังจำหน่าย 3 เดือน	2.87	1.66	47.84	30	0.30

ภาพกิจกรรม

Figure 1 Health perception

Figure 1 Health perception

Figure 2 HEALTH PERCEPTION

Figure 4 HEALTH PERCEPTION

ส่งเสริมให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง สนับสนุนและช่วยเหลือเมื่อเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง

ผลการดูแลผู้ป่วยในการดูแลและต่างชาติ

แนวทางความช่วยเหลือ Case 1

ด้านที่อยู่อาศัย

- ชุมชนอนุญาตให้สร้างบ้านในพื้นที่สาธารณประโยชน์ของหมู่บ้าน
- งบประมาณสนับสนุน: จำนวน 40,000 บาท จากศูนย์บริการผู้พิการ และ กองทุน พชอ.เชียงแสน 5000 บาท และกองทุนเงินบาท กองทุนหมู่บ้าน
- ทีมช่างของเทศบาลลงประเมินสภาพพื้นที่ ออกแบบและคำนวณค่าใช้จ่าย
- ดำเนินการปรับสภาพบ้านตามแผน ภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการช่วยเหลือสนับสนุนทั้งในด้านกำลังคน สิ่งของ และงบประมาณ จากชุมชน หน่วยงานและกองทุนต่างๆ เช่น กองทุน พชอ.เชียงแสน กองทุนเงินบาท กองทุนหมู่บ้าน เป็นต้น

ด้านผู้ดูแล

- น้าชายของผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลหลัก โดยมีชุมชน/ทีม อสม./รพ.สต.แชว และทีมการดูแลต่อเนื่อง รพ.เชียงแสน ร่วมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง กรณีต้องไปโรงพยาบาล จะมีรถของเทศบาลนำส่งผู้ป่วย

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

•ขอรับเป็นครอบครัวอุปการะ: พมจ.เชียงราย และได้รับเงินสนับสนุนจำนวน 5,000 บาทต่อเดือน จำแนกเป็น เงินจำนวน 3,000 บาท สำหรับผู้ดูแล และเงินจำนวน 2,000 บาท เป็นค่าอุปโภค บริโภค สำหรับผู้ป่วย พิจารณาเห็นชอบให้เงินสนับสนุน 1 ปี และสามารถต่ออายุต่อเนื่องได้

•ของบประมาณช่วยเหลือจากกองทุนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เชียงแสน จำนวน 5,000 บาท ดำเนินการให้ความช่วยเหลือตามประเด็น “คนเชียงแสนไม่ทอดทิ้งกัน”

•ขอรับการสนับสนุนงบประมาณการปรับสภาพแวดล้อมบ้านผู้พิการ จากกองทุนฟื้นฟูฯ อบจ.เชียงราย และประสานไปยังกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบ้านแชว เพื่อขอสนับสนุนแพมเพิสและให้ช่วยเหลือตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการบริบาลให้คลอบคลุมและการติดตามฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง (ในกลุ่มผู้ป่วยต่างชาติ)

- **ตัวอย่างที่ 4** ผู้ป่วยชาย สัญชาติจีน อายุ 39 ปี Case Right thalamic stroke
- refer back fore supportive treatment On NG tube,Tracheos tube
- Retained foley’s cath with bag อาการแรกรับ เรียกรู้สึกตัว E2VtM4

ปัญหา 1.การสนทนาให้คำแนะนำ วางแผนการดูแลผู้ป่วย

2.การเดินทางกลับประเทศ

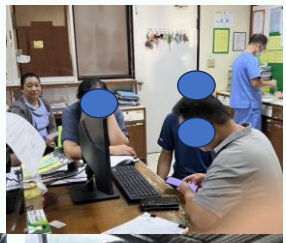
Discharge Planing

1.การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง

ภายในและภายนอกเพื่อส่งผู้ป่วยเดินทางกลับประเทศจีน

2.ให้คำแนะนำด้านอุปกรณ์การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งอาการผิดปกติ

การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย



ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอุปสรรคได้น้อยกว่าก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาการทดลองโปรแกรมฯเพียง 3 เดือน ยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดความพิการและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้น ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อหาวิธีการใหม่ๆ เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้ผู้ป่วย ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาโรคหลอดเลือดสมองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

2. ควรเพิ่มการนำปัญญาประดิษฐ์ (AI) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการใช้ทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception theory) และ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและทันสมัยต่อไป

ผลการติดตามอุณหภูมิในระบบลูกโซ่ความเย็นจากบริษัทขนส่งเอกชนและเครือข่ายสุขภาพ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ณีรนุช ศรีจอมทอง
กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลแม่สาย

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อติดตามอุณหภูมิในระบบลูกโซ่ความเย็นจากบริษัทขนส่งเอกชน การขนส่งวัคซีนจากคลังวัคซีนโรงพยาบาลแม่สายไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และระหว่างการเก็บรักษาวัคซีนในตู้เย็น ซึ่งรูปแบบของการวิจัยจะเป็นแบบการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective study) โดยเก็บข้อมูลการติดตามในช่วงเวลาระบบลูกโซ่ความเย็นหน่วยปฐมภูมิ และในระหว่างการตรวจรับยาที่ต้องควบคุมอุณหภูมิจากการขนส่งของบริษัทเอกชน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน – 30 กันยายน 2567 รวมระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งการเก็บข้อมูลจะใช้แบบเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้น และ Computerized data logger

ผลการวิจัย พบว่า ด้านการติดตามระบบลูกโซ่ความเย็นในเครือข่ายสุขภาพทั้ง 10 แห่ง ใช้ภาชนะบรรจุวัคซีนที่ใช้ในการขนส่งเป็นกระติกวัคซีนตามข้อกำหนดของ WHO ในทุกหน่วยบริการ ระยะทางในการขนส่ง ใกล้ที่สุด 5 กิโลเมตร (รพ.สต.แม่สาย) และไกลที่สุด 23 กิโลเมตร (รพ.สต.บ้านด้าย, รพ.สต.ฮ่องแฮ่) ส่วนระยะเวลาในการขนส่งเร็วที่สุด 10 นาที (รพ.สต.แม่สาย, รพ.สต.โป่งผา) นานที่สุด 40 นาที (รพ.สต.ผาฮี้) อุณหภูมิเฉลี่ยขณะที่จัดเก็บวัคซีนทุกหน่วยบริการมีการความคุมอุณหภูมิในระบบลูกโซ่ความเย็นในสภาวะที่เหมาะสมตามมาตรฐาน (+2°c ถึง +8°c) ด้านการติดตามระบบลูกโซ่ความเย็นของบริษัทขนส่งเอกชน พบว่า มีการตรวจรับยาเย็นจากบริษัทขนส่งทั้งหมด 3 บริษัท รวม 34 รายการ ได้แก่ บริษัทขนส่ง A จำนวน 31 รายการ คิดเป็นร้อยละ 92.1 บริษัทขนส่ง B จำนวน 2 รายการ คิดเป็นร้อยละ 5.3 และบริษัทขนส่ง C จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 2.6 อุณหภูมิของวัคซีนที่บริษัทขนส่งเอกชนเมื่อมาถึงโรงพยาบาลแม่สายเฉลี่ยต่ำสุดในเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ของบริษัทขนส่ง A มีค่า 3°c และมีอุณหภูมิเฉลี่ยสูงสุดในเดือนเมษายนและกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ของบริษัทขนส่ง B มีค่า 5°c ซึ่งบริษัทขนส่งเอกชนทุกบริษัทมีการความคุมอุณหภูมิในระบบลูกโซ่ความเย็นที่เหมาะสมตามมาตรฐาน

การพัฒนาการบริหารจัดการระบบลูกโซ่ความเย็นให้มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในช่วงที่เหมาะสมได้ หากหน่วยบริการมีการจัดการระบบลูกโซ่ความเย็นไม่เหมาะสม อาจเสี่ยงต่อการทำให้วัคซีนสูญเสียความคงตัว จึงจำเป็นจะต้องได้รับการแก้ไขและพัฒนาระบบ Smart Cold Chain System ที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ลดภาระการทำงาน และเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมคุณภาพของวัคซีน

คำสำคัญ: ระบบลูกโซ่ความเย็น (cold chain system), วัคซีน, เครือข่ายในการขนส่งวัคซีน, Computerized data logger, สภาวะที่เหมาะสม

บทนำ

วัคซีนเป็นชีววัตถุที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิทั้งความร้อน ความเย็นจัด ความชื้นและแสง มีผลต่อคุณภาพวัคซีน เพราะทำให้วัคซีนเสื่อมสภาพและอาจเกิดอาการภายหลังการได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันได้ด้วย จึงจำเป็นต้องเก็บ ขนส่งวัคซีนในอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐานและในอุณหภูมิที่เหมาะสมโดยจัดเก็บวัคซีน oral poliovirus vaccine (OPV) ที่ไวต่อความร้อนมากที่สุดไว้ในช่องแช่แข็ง วัคซีนเชื้อเป็นชนิดผงแห้ง ได้แก่ bacillus Chalmette guerin (BCG), measles (M) และ measles, mumps, rubella (MMR) ซึ่งไวต่อความร้อนรองลงมาจากวัคซีน OPV นั้น ไม่จำเป็นต้องเก็บในช่องแช่แข็ง แต่ให้เก็บในอุณหภูมิ +2 ถึง +8 °C ทั้งในระดับคลังและสถานบริการ สำหรับวัคซีนเชื้อตาย ได้แก่ hepatitis B (HB), diphtheria, tetanus, pertussis (DTP), diphtheria, tetanus, pertussis hepatitis B (DTP-HB), diphtheria, tetanus (dT), japanese encephalitis (JE), influenza, rabies และ tetanus toxoids (TT) ให้เก็บในอุณหภูมิ +2 ถึง +8 °C เท่านั้น สำหรับน้ำยาละลายวัคซีนห้ามแช่แข็งเช่นกัน โดยสถานบริการต้องเก็บที่อุณหภูมิ +2 ถึง +8 °C ส่วนในระดับคลังถ้าตู้เย็นช่องธรรมดามีพื้นที่ไม่เพียงพอให้เก็บไว้นอกตู้เย็นได้เมื่อจะนำไปละลายวัคซีนผงแห้งต้องเก็บไว้ในอุณหภูมิ +2 ถึง +8 °C ประมาณ 24 ชั่วโมงก่อนที่จะนำไปใช้[1]

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึงปัจจุบัน ประเทศไทยทำการกระจายวัคซีนด้วยระบบ VMI (Vendor Managed Inventory) ขององค์การเภสัชกรรม (GPO) โดยมีการกระจายวัคซีนจากคลังในส่วนกลางของ GPO ถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) ที่เป็นคลังวัคซีนในระดับอำเภอโดยตรง และกระจายวัคซีนให้หน่วยบริการลูกข่าย ซึ่งในคลังวัคซีนระดับอำเภอและหน่วยบริการก็จะมีการจัดเก็บวัคซีนไว้ในภาชนะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นตู้เย็น หีบเย็นหรือกระติกวัคซีน เป็นต้น ทั้งนี้ ในการพัฒนาโซ่ความเย็นจำเป็นต้องอาศัยเทคโนโลยี ด้านโลจิสติกส์โซ่ความเย็นดิจิทัลเข้ามาช่วยในระบบการติดตาม (Tracking) และตรวจสอบย้อนกลับ (Traceability) เพื่อให้เกิดการควบคุมอุณหภูมิให้คงที่ตลอดทั้งโซ่อุปทาน (+2 ถึง +8°C) จึงจะสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่คุณภาพของวัคซีน[๒] สอดคล้องกับการศึกษาพรสวรรค์ จันทร์ทอง พบว่า ระยะทางในการขนส่งวัคซีนจากคลังโรงพยาบาลถึงคลังหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย 13.08 กิโลเมตร (SD=5.77) ระยะเวลาในการขนส่งเฉลี่ย 19.08 นาที (SD=6.59) อุณหภูมิเฉลี่ยของคลังโรงพยาบาลมีสภาวะอุณหภูมิที่เหมาะสม (+2 ถึง +8°C) การติดตามการขนส่งพบว่าไม่มีเส้นทางใดที่สัมผัสอุณหภูมิต่ำกว่า 0°C[๓] ส่วนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการจัดส่งวัคซีนนั้น ศิริลักษณ์ ทวีรัตน์และคณะได้ระบุว่าคือ กล่องโฟมขนาด 30 x 37 x 35 ซม. อุปกรณ์บันทึกและติดตามอุณหภูมิ (data logger รุ่น TRED 30-7R) แผ่นฟีเจอร์บอร์ด และซองน้ำแข็ง จำนวนและขนาดซองน้ำแข็งที่ใช้นั้นแตกต่างกันในโรงพยาบาลแต่ละแห่งโดยมีปริมาตรซองน้ำแข็งประมาณ 3,123-5,200 ซม^3 ซึ่งสามารถควบคุมอุณหภูมิได้ตลอดระยะเวลาการขนส่งประมาณ 5 ชั่วโมง[๔] เห็นได้ว่า การพัฒนาการบริหารจัดการที่ดีในระบบลูกโซ่ความเย็นให้มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในช่วงที่เหมาะสมได้ (+2 ถึง+8°C) มีประสิทธิผลในการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษาระบบลูกโซ่ความเย็นในประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 40 ของตู้เย็นมีอุณหภูมิอยู่นอกช่วง +2 ถึง +8 °C โรงพยาบาลพบอุณหภูมิต่ำสุด 0.2 °C สูงสุด 14.8 °C ส่วนสถานีอนามัยพบอุณหภูมิอุณหภูมิต่ำสุด -7.1 °C สูงสุด 26.7 °C ระดับความเย็นมีความสัมพันธ์กับอุณหภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมากกว่าครึ่งหนึ่งของเส้นทางของการขนส่ง มีอุณหภูมิอยู่นอกช่วง +2 ถึง +8°C การขนส่งมีความสัมพันธ์กับอุณหภูมิการขนส่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[๕] หากหน่วย บริการมีการจัดการระบบลูกโซ่ความเย็นที่ไม่เหมาะสม อาจเสี่ยงต่อการทำให้วัคซีนสูญเสียความคงตัวได้

โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย ได้มีการพัฒนาระบบขนส่งวัคซีน เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันกับทุกอำเภอในจังหวัดเชียงราย โดยระบบขนส่งวัคซีนที่ได้พัฒนาขึ้นนั้น เป็นระบบขนส่งวัคซีนจากคลังยาโรงพยาบาลแม่สาย ซึ่งเป็นศูนย์กลางไปยังหน่วยบริการปลายทาง รพสต. ทั้ง 10 แห่ง โดยมีเภสัชกรเป็นผู้ควบคุมคุณภาพตั้งแต่การจัดเก็บวัคซีน จนถึงกระบวนการขนส่งวัคซีนไปยังหน่วยบริการฯ (Vaccine quality assurance and logistics) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ 1) หน่วยบริการทำการกรอกแบบฟอร์ม เพื่อเบิกวัคซีนตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ 2) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคคือ เจ้าพนักงานเภสัชกรรมทำการจัดวัคซีนตามใบเบิก 3) เจ้าพนักงานเภสัชกรรมตรวจสอบ เบิกวัคซีนออกจากคลัง ตรวจสอบการจัดวัคซีนเตรียมการขนส่งวัคซีน 4) เภสัชกรทวนสอบ (Double check) พร้อมส่งมอบวัคซีนให้กับเครือข่ายต่อไป

จากงานวิจัยหลายๆ เรื่องที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการขนส่งวัคซีนในประเทศไทยพบว่า การจัดส่งวัคซีนไปยังหน่วยบริการยังไม่ได้มาตรฐาน ปัจจุบันข้อมูลการติดตามอุณหภูมิการขนส่ง และการเก็บรักษาวัคซีนในคลังวัคซีนในเขตอำเภอแม่สาย ยังไม่ได้มีการศึกษาว่าอยู่ในช่วงอุณหภูมิที่เหมาะสมหรือไม่ ผู้ศึกษาในฐานะเป็นเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ซึ่งได้รับมอบหมายจากเภสัชกรให้มีหน้าที่ในการดูแล ระบบลูกโซ่ความเย็นขนส่งวัคซีน ได้ร่วมกับเภสัชกรในการพัฒนาประกันคุณภาพวัคซีนตั้งแต่ระบบการจัดเก็บวัคซีน โดยมีระบบแจ้งเตือนผ่านทางแอพพลิเคชั่นไลน์ เมื่ออุณหภูมิตู้เย็นวัคซีนอยู่นอกช่วงที่เหมาะสม การประกันความถูกต้องผ่านกระบวนการตรวจสอบการจัดวัคซีนและการทวนสอบโดยผู้รับวัคซีน ณ หน่วยบริการฯ การประกันคุณภาพระบบการขนส่งโดยการใช้กระติกวัคซีนที่ได้มาตรฐาน การเตรียมซองน้ำแข็ง (Ice-pack) ให้ได้อุณหภูมิที่เหมาะสมและการตรวจสอบอุณหภูมิกระติกวัคซีนก่อนบรรจุวัคซีน ขณะขนส่งวัคซีน และการเก็บข้อมูลอุณหภูมิ ตลอดการขนส่งวัคซีนด้วย data logger รวมถึงยังมีการประเมินคุณภาพในการจัดเก็บวัคซีนในขณะขนส่ง จากบริษัทขนส่งเอกชนในยาที่จะต้องควบคุมอุณหภูมิในอยู่ในมาตรฐานที่กำหนด

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการติดตามอุณหภูมิจากบริษัทขนส่งเอกชน การขนส่งวัคซีนจากคลังวัคซีนโรงพยาบาลแม่สายไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และในระหว่างการเก็บรักษาวัคซีนในตู้เย็นว่าอยู่ช่วงอุณหภูมิที่เหมาะสมหรือไม่ ซึ่งคาดว่าผลการศึกษาในครั้งนี้ จะใช้เป็นข้อมูลเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางาน เพื่อการบริหารจัดการวัคซีนที่ดีในระบบลูกโซ่ความเย็น ในเขตอำเภอแม่สายให้มีคุณภาพและเกิดประสิทธิผลที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการจัดเก็บอุณหภูมิวัคซีนในระหว่างการจัดส่งของบริษัทขนส่งมายังโรงพยาบาลแม่สาย
2. เพื่อศึกษาอุณหภูมิการจัดเก็บวัคซีนในตู้เย็นของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (*รพ.สต.*)
3. เพื่อศึกษาการเก็บอุณหภูมิของวัคซีนในขณะขนส่งวัคซีนจากโรงพยาบาลแม่สาย ไปยังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (*รพ.สต.*)

นิยามศัพท์เฉพาะ

ระบบลูกโซ่ความเย็น (cold chain system) หมายถึง ระบบการออกแบบและจัดการที่จะทำให้วัคซีนอยู่ในอุณหภูมิที่ถูกต้องเหมาะสมตลอดเวลาทั้งในขณะจัดเก็บ ขณะขนส่งวัคซีน และจนกระทั่งถึงหน่วยที่ให้บริการ รวมถึงขั้นตอนในขณะให้บริการที่จะต้องนำวัคซีนที่มีอยู่ในสภาพที่เหมาะสมเข้าสู่ร่างกายผู้รับบริการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดของวัคซีน

วัคซีน หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากสิ่งที่มีชีวิต หรือที่ได้จากการสังเคราะห์หรือกระบวนการอื่นๆ ใดก็ตาม ที่นำมาใช้ในการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันโรคของมนุษย์เพื่อ ป้องกัน รักษา หรือลดความรุนแรงของโรค การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาวัคซีนที่อยู่ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของโปรแกรมกระทรวงสาธารณสุข (Expanded Program on Immunization; EPI)

เครือข่ายในการขนส่งวัคซีน หมายถึง บริษัทขนส่งเอกชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

Computerized data logger หมายถึง อุปกรณ์ที่ใช้ในการบันทึกอุณหภูมิในระหว่างการขนส่ง การจัดเก็บ โดยมี sensor ที่ใช้วัดและบันทึกอุณหภูมิในช่วง -40 ถึง +85 ºC และมีโปรแกรมที่กำหนดการทำงาน โดยสามารถตั้งค่าการทำงานให้บันทึกอุณหภูมิได้ทุกวินาที/นาที/ชั่วโมง และสามารถบันทึกอุณหภูมิได้หลายพันหรือหมื่นครั้งแล้วแต่รุ่น แสดงผลกราฟวัน/เวลา และอุณหภูมิที่บันทึก รวมถึงข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และค่าเฉลี่ย โดยควบคุมให้อยู่ในสภาวะอุณหภูมิเทียบเท่ากับตู้เย็นในช่องธรรมดาโดยจะอยู่ในช่วง +2 ถึง +8 ºC และในช่องแช่แข็งจะอยู่ในช่วง -10 ถึง -15 ºC

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective study) โดยเก็บข้อมูลของการดำเนินงานระบบลูกโซ่ความเย็น ด้านเอกสารการบันทึกผลการประเมินในแต่ละขั้นตอนทั้งในขณะจัดเก็บวัคซีน ขณะขนส่งวัคซีน และจนกระทั่งถึงหน่วยที่ให้บริการ และวิธีการเก็บข้อมูลจะใช้แบบเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้น

กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ บริษัทขนส่งเอกชน 3 แห่ง (บริษัท A, B, C) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ทั้ง 10 แห่ง (แม่สาย, ห้วยไคร้, โป่งผา, โป่งงาม, บ้านฮ่องแฮ่, บ้านถ้ำ, ศรีเมืองชุม, เกาะช้าง, บ้านด้าย, ผาฮี้)

ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่เดือนเมษายน – กันยายน พ.ศ. 2567 (6 เดือน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินการบริหารจัดการวัคซีน และระบบลูกโซ่ความเย็น งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันด้วยวัคซีน โดยใช้แบบประเมินสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [๖] มีลักษณะเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นในระดับหน่วยบริการ โดยแบ่งเป็นแบบสอบถามเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบบันทึกการติดตามช่วงเวลาระบบลูกโซ่ความเย็นหน่วยปฐมภูมิ จำนวน 2 ข้อ

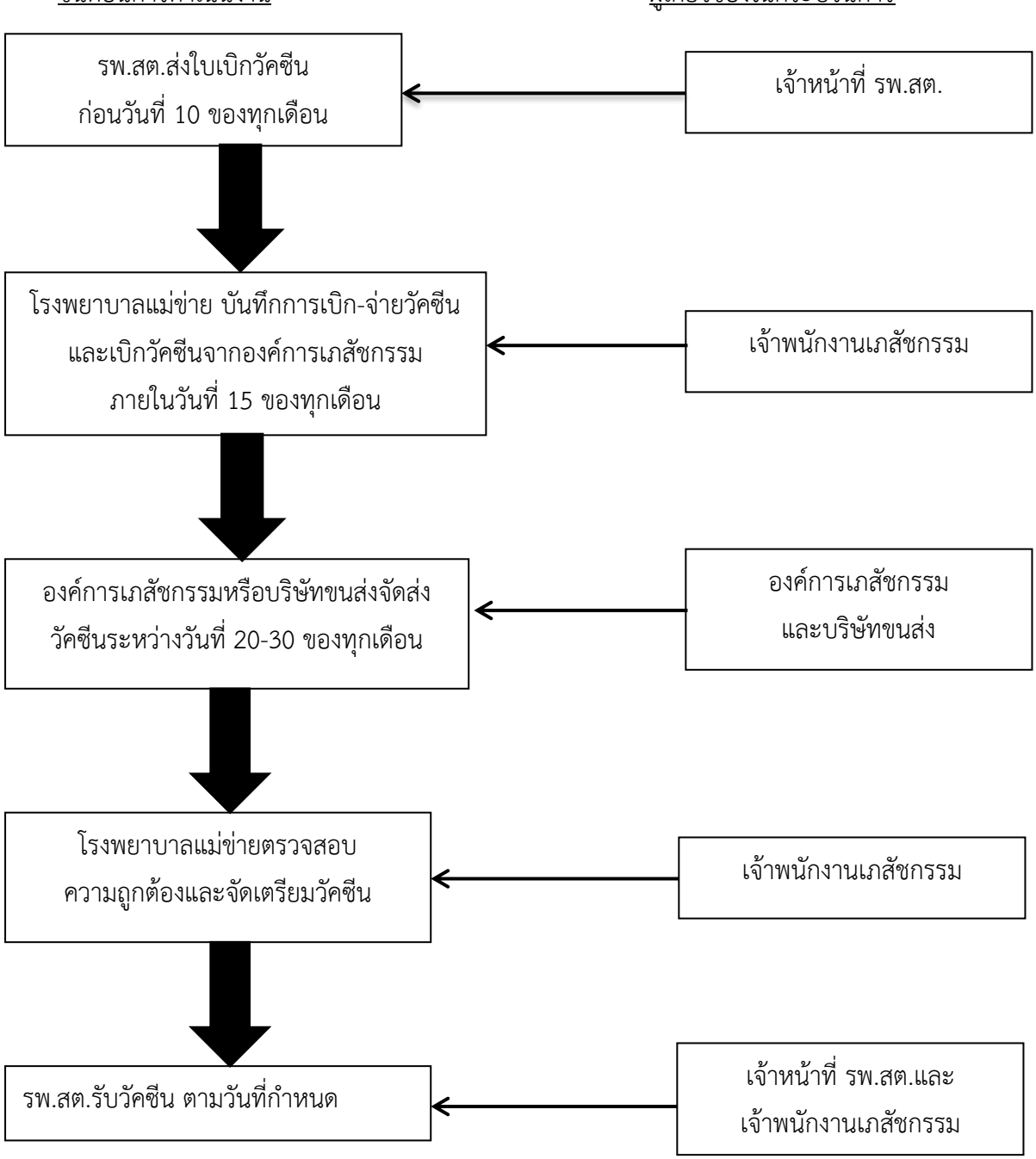
ตอนที่ 2 แบบบันทึกการตรวจรับยาเย็นจากการขนส่งของบริษัทเอกชน จำนวน 6 ข้อ

ข้อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยในครั้งนี้ จัดเป็นประเภทที่ไม่ต้องผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคน เพราะเป็นการเก็บข้อมูลภายในหน่วยงานที่จัดทำขึ้นและเพื่อการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลแม่สายเท่านั้น และเป็นการสืบค้นข้อมูลในวารสาร การทบทวนวรรณกรรม (Searches of existing literature) นอกจากนี้ ยังไม่ได้เก็บข้อมูลผ่านตัวบุคคล เป็นการประเมินกิจกรรมที่แสดงถึงประสิทธิภาพของระบบในการปฏิบัติงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบลูกโซ่ความเย็น รวมทั้งกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานการบริหารวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอแม่สาย แผนผังดังนี้



2. ดำเนินการเก็บข้อมูลเดือนละ 1 ครั้ง ในวันที่หน่วยบริการปฐมภูมิมารับวัคซีน โดยใช้แบบบันทึกการติดตามช่วงเวลาระบบลูกโซ่ความเย็นหน่วยบริการ มีลักษณะดังนี้

2.1 การเตรียมวัคซีน

1) ตรวจสอบความถูกต้องของใบเบิกวัคซีน

2) บันทึกเลขรุ่นและวันหมดอายุของวัคซีนแต่ละชนิด

3) จัดวัคซีนบรรจุในซองซิปใสหรือสีชาขึ้นอยู่กับชนิดของวัคซีน (เช่น MMR และ JE บรรจุในซองซิปสีชา) เขียนชื่อ รพ.สต.ไว้บนหน้าซองซิปที่บรรจุวัคซีน

4) จากนั้นเก็บไว้ในตู้เย็นเพื่อรอจ่าย

2.2 การเตรียมภาชนะบรรจุวัคซีน

1) นำซองน้ำแข็ง (ice pack) ออกจากช่องแช่แข็งเพื่อทำให้เริ่มละลาย (conditioning icepack) ก่อนบรรจุ (เขย่าซองน้ำแข็งแล้วได้ยินเสียงน้ำ)

2) วางแผ่นพลาสติกลูกฟูกด้านล่างกล่องด้านในกระติก

3) วางซองน้ำแข็ง (ice pack) บริเวณด้านข้างรอบกระติก 4 ด้าน แล้วกั้นด้วยแผ่นพลาสติกลูกฟูกหรือแผ่นฟิวเจอร์บอร์ดหรือแผ่นโฟมก็ได้

4) วางเทอร์โมมิเตอร์สำหรับใช้วัดอุณหภูมิ

5) ตรวจสอบอุณหภูมิในกระติกให้อยู่ในช่วงมาตรฐานก่อนที่จะบรรจุวัคซีนที่จัดเตรียมไว้ แล้วปิดด้านบนด้วยแผ่นพลาสติกลูกฟูก จากนั้นปิดฝากล่อง

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลทุกครั้งที่บริษัทขนส่งมาส่งยาที่ควบคุมอุณหภูมิ +2°c ถึง +8°c โดยใช้แบบบันทึกการตรวจรับยาเย็นจากการขนส่ง มีลักษณะดังนี้

1) ลักษณะรถที่ใช้ในการขนส่ง เช่น ลักษณะหลังคา, การบันทึกอุณหภูมิ เป็นต้น

2) การขนส่งถึงโรงพยาบาล เช่น การบันทึกเวลาในการบรรจุและส่งมอบวัคซีน เป็นต้น

3) สภาพภาชนะที่บรรจุวัคซีน

4) ลักษณะซองน้ำแข็ง (ice pack)

5) ความครบถ้วน สมบูรณ์ของวัคซีนที่จัดส่งตามใบนำส่ง

6) ความรู้ของพนักงานขนส่ง

4. ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบบันทึกข้อมูลทั้งหมด

5. การสรุปและประเมินผลการติดตามระบบลูกโซ่ความเย็นในเครือข่ายสุขภาพ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่เดือน เมษายน - กันยายน พ.ศ. 2567 เพื่อนำไปสู่การพัฒนางานต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เป็นต้น

ผลการวิจัย

การติดตามระบบลูกโซ่ความเย็นของบริษัทขนส่งเอกชน และเครือข่ายสุขภาพ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยระยะเวลาตั้งแต่เดือน เมษายน – กันยายน พ.ศ. 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ คำนวณค่าเฉลี่ย นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตาราง โดยแบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

1. การติดตามช่วงเวลาระบบลูกโซ่ความเย็นหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานระบบลูกโซ่ความเย็นของหน่วยปฐมภูมิ

หน่วยปฐมภูมิ	ภาชนะบรรจุวัคซีนในการขนส่ง	ระยะทางในการขนส่งจากรพ.ไปยัง รพ.สต.	ระยะเวลาในการขนส่งจากรพ.ไปยัง รพ.สต.
รพ.สต.ห้วยไคร้	กระติกวัคซีนตามข้อกำหนดของ WHO	18	20
รพ.สต.โป่งงาม	กระติกวัคซีนตามข้อกำหนดของ WHO	15	15
รพ.สต.โป่งผา	กระติกวัคซีนตามข้อกำหนดของ WHO	8	10
รพ.สต.บ้านถ้ำ	กระติกวัคซีนตามข้อกำหนดของ WHO	13	15
รพ.สต.ฮ่องแฮ่	กระติกวัคซีนตามข้อกำหนดของ WHO	23	25
รพ.สต.แม่สาย	กระติกวัคซีนตามข้อกำหนดของ WHO	5	10
รพ.สต.เกาะช้าง	กระติกวัคซีนตามข้อกำหนดของ WHO	11	20
รพ.สต.ศรีเมืองชุม	กระติกวัคซีนตามข้อกำหนดของ WHO	12	15
รพ.สต.บ้านด้าย	กระติกวัคซีนตามข้อกำหนดของ WHO	23	30
รพ.สต.ผาฮี้	กระติกวัคซีนตามข้อกำหนดของ WHO	16	40

จากตารางที่ 1 พบว่า ภาชนะบรรจุวัคซีนที่ใช้ในการขนส่งเป็นกระติกวัคซีนตามข้อกำหนดของ WHO ทุกหน่วยบริการ ระยะทางในการขนส่งจาก รพ.ไปยังรพ.สต.ใกล้สุด 5 กม. คือ รพ.สต.แม่สาย ไกลสุด 23 กม. คือ รพ.สต.บ้านด้ายและรพ.สต.ฮ่องแฮ่ ส่วนระยะเวลาในการขนส่งจาก รพ.ไปยังรพ.สต. เร็วที่สุด 10 นาที คือ รพ.สต.แม่สาย และรพ.สต.โป่งผา นานที่สุด 40 นาที คือ รพ.สต.ผาฮี้

ตารางที่ 2 อุณหภูมิของภาชนะบรรจุวัคซีนเมื่อมาถึงโรงพยาบาล

หน่วยปฐมภูมิ	อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)						
	เม.ย.67	พ.ค.67	มิ.ย.67	ก.ค.67	ส.ค.67	ก.ย.67	เฉลี่ย
รพ.สต.ห้วยไคร้	6	0	3	2	4	2	3
รพ.สต.โป่งงาม	4	4	5	4	4	2	4
รพ.สต.โป่งผา	0	2	6	4	2	2	3
รพ.สต.บ้านถ้ำ	4	2	2	2	2	2	2
รพ.สต.ฮ่องแฮ่	4	2	4	4	2	2	3
รพ.สต.แม่สาย	3.5	4	4	2	2	3.5	3.2
รพ.สต.เกาะช้าง	4.3	5.3	4.2	5	2	2.3	3.9
รพ.สต.ศรีเมืองชุม	6	2	2	2	4	4	3
รพ.สต.บ้านด้าย	2	3	4	2	2	2	3
รพ.สต.ผาฮี้	2	2	-2	4	2	0	1.3

จากตารางที่ 2 พบว่า อุณหภูมิของภาชนะบรรจุวัคซีนเมื่อมาถึงโรงพยาบาลเฉลี่ยต่ำสุดมีอุณหภูมิ 1.3°c และเฉลี่ยสูงสุดมีอุณหภูมิ 4°c โดยมีอุณหภูมิต่ำสุดที่ รพ.สต.ผาฮี้ มีอุณหภูมิ -2°c และมีอุณหภูมิสูงสุดที่ รพ.สต.ห้วยไคร้ รพ.สต.โป่งผาและรพ.สต.ศรีเมืองชุม มีอุณหภูมิ 6°c

ตารางที่ 3 อุณหภูมิขณะจัดเก็บวัคซีนในระบบลูกโซ่ความเย็นของหน่วยบริการปฐมภูมิ

หน่วยปฐมภูมิ	อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)						
	เม.ย.67	พ.ค.67	มิ.ย.67	ก.ค.67	ส.ค.67	ก.ย.67	เฉลี่ย
รพ.สต.ห้วยไคร้	6	2	10	4	6	2	5
รพ.สต.โป่งงาม	4	2	4	4	4	2	3
รพ.สต.โป่งผา	4	4	2	4	4	4	4
รพ.สต.บ้านถ้ำ	6	4	0	4	6	6	4
รพ.สต.ฮ่องแฮ่	4	2	6	4	2	6	4
รพ.สต.แม่สาย	3	4	4	2	2	5.5	3.4
รพ.สต.เกาะช้าง	4	4.5	3.5	6	3	4	4.2
รพ.สต.ศรีเมืองชุม	2	4	4	2	4	8	4
รพ.สต.บ้านด้าย	4	4	4	4	2	4	4
รพ.สต.ผาฮี้	4	2	4	4	4	6	4

จากตารางที่ 3 พบว่า อุณหภูมิขณะการจัดเก็บวัคซีน เฉลี่ยต่ำสุดมีค่า 3°c และเฉลี่ยสูงสุดมีค่า 5°c โดยมีอุณหภูมิต่ำสุดอยู่ที่ รพ.สต.บ้านถ้ำ มีค่า 0°c และอุณหภูมิสูงสุดอยู่ที่ รพ.สต.ห้วยไคร้ มีค่า 10°c

2. การตรวจรับยาที่ต้องควบคุมอุณหภูมิจากการขนส่งของบริษัทเอกชน

ตารางที่ 4 จำนวนรายการที่ตรวจรับยาเย็นจากบริษัทขนส่ง

เดือนที่ตรวจรับ	จำนวนที่ตรวจรับยา (รายการ)		
	บริษัทขนส่ง A	บริษัทขนส่ง B	บริษัทขนส่ง C
เมษายน 2567	6	1	-
พฤษภาคม 2567	5	-	-
มิถุนายน 2567	4	-	1
กรกฎาคม 2567	4	1	-
สิงหาคม 2567	10	-	-
กันยายน 2567	2	-	-
รวม	31	2	1

จากตารางที่ 4 พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่เดือน เมษายน – กันยายน พ.ศ. 2567 มีการตรวจรับยาเย็นจากบริษัทขนส่งทั้งหมด 34 รายการ ได้แก่ บริษัทขนส่ง A จำนวน 31 รายการคิดเป็นร้อยละ 92.1 บริษัทขนส่ง B จำนวน 2 รายการคิดเป็นร้อยละ 5.3 และบริษัทขนส่ง C จำนวน 1 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 2.6

ตารางที่ 5 อุณหภูมิของวัคซีนเมื่อบริษัทขนส่งเอกชนมาถึงโรงพยาบาล

เดือนที่ตรวจรับ	อุณหภูมิเฉลี่ย (องศาเซลเซียส)		
	บริษัทขนส่ง A	บริษัทขนส่ง B	บริษัทขนส่ง C
เมษายน 2567	3.4	5	-
พฤษภาคม 2567	3.7	-	-
มิถุนายน 2567	4.5	-	4
กรกฎาคม 2567	3.8	5	-
สิงหาคม 2567	4.6	-	-
กันยายน 2567	3	-	-

จากตารางที่ 5 พบว่า อุณหภูมิของวัคซีนเมื่อมาถึงโรงพยาบาลแม่สาย มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในเดือน กันยายน พ.ศ. 2567 ของบริษัทขนส่ง A มีค่า 3°c และมีอุณหภูมิเฉลี่ยสูงที่สุดในเดือน เมษายน พ.ศ. 2567 และเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ของบริษัทขนส่ง B มีค่า 5°c

ตารางที่ 6 จำนวนและค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไปของรถขนส่งยาที่ควบคุมอุณหภูมิของบริษัทเอกชน

กระบวนการ	การสังเกต	จำนวน	ร้อยละ
1. รถขนส่งวัคซีน			
หลังคารถ	มีหลังคา	34	100
	ไม่มีหลังคา	0	0
การขนส่งวัคซีน	แยกขนส่งเฉพาะวัคซีน	6	18
	ขนส่งรวมกับพัสดุอื่น	28	82
การวางภาชนะบรรจุ	วางซ้อนไม่เกิน 3 ชั้น	23	68
	วางซ้อนเกิน 3 ชั้น	11	32
อุปกรณ์ตรวจวัดอุณหภูมิ	มีอุปกรณ์ตรวจวัดอุณหภูมิ	34	100
	ไม่มีอุปกรณ์ตรวจวัดอุณหภูมิ	0	0
การบันทึกอุณหภูมิ	มีการบันทึกอุณหภูมิ	34	100
	ไม่มีการบันทึกอุณหภูมิ	0	0
2. การขนส่งถึงโรงพยาบาล			
การบันทึกเวลาในการบรรจุวัคซีน	มี	34	100
	ไม่มี	0	0
การบันทึกเวลาในการส่งมอบวัคซีน	มี	34	100
	ไม่มี	0	0
ความทันเวลาในการส่งมอบ	ทันเวลา	33	97
	ล่าช้า	1	3
3. สภาพภาชนะที่บรรจุวัคซีน			
ประเภทและจำนวนของภาชนะบรรจุ	กล่องโฟม	51	100
ลักษณะภายนอกที่สังเกต	เรียบร้อยดี	51	100
	ปิดไม่เรียบร้อย	0	0
	ภาชนะมีความเสียหาย	0	0
4. ไอซ์แพค/เจลแพค ให้ความเย็น			
ลักษณะภายนอกที่สังเกต	ยังไม่ละลาย	14	27
	ละลายบางส่วน	37	73
	ละลายทั้งหมด	0	0

ตารางที่ 6 จำนวนและค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไปของรถขนส่งยาที่ควบคุมอุณหภูมิของบริษัทเอกชน (ต่อ)

กระบวนการ	การสังเกต	จำนวน	ร้อยละ
5. วัคซีนที่จัดส่งตามใบนำส่ง			
จำนวนวัคซีน	ครบถ้วน	51	100
	ขาด	0	0
	เกิน	0	0
	ผิดชนิด	0	0
สภาพกล่อง/ขวดวัคซีนที่รับ	ปกติ	51	100
	ขวดแตก	0	0
	กล่องเปียกน้ำ/เสียหาย	0	0
	วัคซีนสัมผัสความเย็นโดยตรง	0	0
6. ความรู้ของพนักงานขนส่ง			
ประเภทพัสดุที่จัดส่ง	ทราบ	34	100
	ไม่ทราบ	0	0
เวลาในการขนส่งถึงโรงพยาบาล	ทราบ	34	100
	ไม่ทราบ	0	0
ความสำคัญของอุณหภูมิกับวัคซีน	ทราบ	34	100
	ไม่ทราบ	0	0
การป้องกันการปนเปื้อนของวัคซีน	ทราบ	34	100
	ไม่ทราบ	0	0

จากตารางที่ 6 พบว่า ยานพาหนะที่ใช้ในการขนส่งวัคซีนมีหลังคาทั้งหมด พร้อมกับอุปกรณ์ตรวจวัดอุณหภูมิและมีการบันทึกอุณหภูมิทุกครั้ง ส่วนการขนส่งแยกเฉพาะวัคซีน คิดเป็นร้อยละ 18 และขนส่งวัคซีนรวมกับพัสดุอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 82 วางภาชนะบรรจุซ้อนไม่เกิน 3 ชั้น คิดเป็นร้อยละ 68 วางซ้อนเกิน 3 ชั้น คิดเป็นร้อยละ 32 การขนส่งถึงโรงพยาบาลมีการบันทึกเวลาในการบรรจุและส่งมอบวัคซีนทุกครั้ง การส่งมอบวัคซีนให้ตรงระยะเวลาที่กำหนด คิดเป็นร้อยละ 97 ความล่าช้าในการส่งมอบ คิดเป็นร้อยละ 3 ภาชนะที่ใช้ในการบรรจุวัคซีนจากบริษัทขนส่งเป็นกล่องโฟมทั้งหมด โดยมีการใช้เทปกาวติดระหว่างตัวฝากับตัวกล่องโฟมมาอย่างดี เพื่อไม่ให้เกิดความเสียหายระหว่างขนส่ง เมื่อตรวจสอบลักษณะภายนอกของไอซ์แพค/เจลแพคให้ความเย็น พบว่า ยังไม่ละลายเลย คิดเป็นร้อยละ 27 ละลายบางส่วน คิดเป็นร้อยละ 73 และได้รับจำนวนวัคซีนครบถ้วนตามใบส่งสินค้า สภาพขวดวัคซีนไม่มีแตกเสียหาย ส่วนพนักงานขนส่งทุกคนมีความรู้เกี่ยวกับประเภทพัสดุที่จัดส่ง ระยะเวลาในการขนส่ง การป้องกันการปนเปื้อนของวัคซีน และความสำคัญของอุณหภูมิกับวัคซีนให้อยู่ในมาตรฐาน (+2°c ถึง +8°c)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการติดตามอุณหภูมิในระบบลูกโซ่ความเย็นของบริษัทขนส่งเอกชน และเครือข่ายสุขภาพ ในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ระยะเวลาตั้งแต่เดือน เมษายน – กันยายน พ.ศ. 2567 มีประเด็นสำคัญสรุปได้ดังนี้

1. การติดตามระบบลูกโซ่ความเย็นในเครือข่ายสุขภาพ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ทั้งหมด 10 แห่ง พบว่า ภาชนะบรรจุวัคซีนที่ใช้ในการขนส่งเป็นกระติกวัคซีนตามข้อกำหนดของ WHO ในทุกหน่วยบริการครอบคลุม 100% ระยะทางในการขนส่งจาก รพ.แม่สายไปยัง รพ.สต.ใกล้ที่สุด 5 กม. คือ รพ.สต.แม่สาย ไกลที่สุด 23 กม. คือ รพ.สต.บ้านด้าย และรพ.สต.ฮ่องแฮ่ ส่วนระยะเวลาในการขนส่งจาก รพ.ไปยังรพ.สต. เร็วที่สุด 10 นาที คือ รพ.สต.แม่สาย และรพ.สต.โป่งผา นานที่สุด 40 นาที คือ รพ.สต.ผาฮี้ เนื่องจากระยะทางและอุปสรรคในการขนส่งแต่ละหน่วยบริการมีความแตกต่างกัน อาจส่งผลต่ออุณหภูมิของภาชนะบรรจุวัคซีนเมื่อมาถึงโรงพยาบาลได้ ส่วนอุณหภูมิเฉลี่ยขณะที่จัดเก็บวัคซีนทุกหน่วยบริการมีการความคุมอุณหภูมิในระบบลูกโซ่ความเย็นที่เหมาะสมตามมาตรฐาน (+2°c ถึง +8°c) แต่ยังพบอุณหภูมิที่ไม่เหมาะสมต่ำสุดที่ รพ.สต.บ้านถ้ำ มีค่า 0°c และอุณหภูมิสูงสุดที่ รพ.สต.ห้วยไคร้ มีค่า 10°c เนื่องจากเมื่อบรรจุวัคซีนลงในกระติกเสร็จแล้วไม่ได้ปิดด้านบนด้วยแผ่นพลาสติกลูกฟูกก่อนปิดฝากล่องและขณะบรรจุวัคซีนลงกระติกไม่ได้นำซองน้ำแข็ง (ice pack) ออกจากช่องแช่แข็งเพื่อทำให้เริ่มละลาย (conditioning icepack) ก่อนบรรจุทำให้ค่าอุณหภูมิที่ได้ไม่อยู่ในช่วงมาตรฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของพรสวรรค์ จันทร์ทอง พบว่า ระยะทางในการขนส่งวัคซีนจากคลังโรงพยาบาลไปถึงคลังหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย 13.08 กิโลเมตร (SD=5.77) ระยะเวลาในการขนส่งเฉลี่ย 19.08 นาที (SD=6.59) อุณหภูมิเฉลี่ยของคลังโรงพยาบาลมีสภาวะอุณหภูมิที่เหมาะสม การติดตามการขนส่ง พบว่า ไม่มีเส้นทางใดที่สัมผัสอุณหภูมิต่ำกว่า 0°C[๓] ในส่วนของวัสดุที่ใช้ในการบรรจุวัคซีนของโรงพยาบาลแม่สายนั้น ได้ให้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับศิริลักษณ์ ทวีรัตน์และคณะ คือใช้กล่องโฟม อุปกรณ์บันทึกและติดตามอุณหภูมิ (data logger รุ่น TRED 30-7R) แผ่นฟีเจอร์บอร์ด และซองน้ำแข็ง จำนวนและขนาดซองน้ำแข็งที่ใช้นั้นมีปริมาตรซองน้ำแข็งประมาณ 3,123 - 5,200 ซม^3 ซึ่งสามารถควบคุมอุณหภูมิได้ตลอดระยะเวลาการขนส่งประมาณ 5 ชั่วโมง[๔] สรุปได้ว่า การพัฒนาการบริหารจัดการที่ดีในระบบลูกโซ่ความเย็นให้มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในช่วงที่เหมาะสมได้ (+2 ถึง+8°C) มีประสิทธิผลในการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การติดตามระบบลูกโซ่ความเย็นของบริษัทขนส่งเอกชน พบว่า มีการตรวจรับยาเย็นจากบริษัทขนส่ง ทั้งหมด 3 บริษัท รวม 34 รายการ ได้แก่ บริษัทขนส่ง A จำนวน 31 รายการ คิดเป็นร้อยละ 92.1 บริษัทขนส่ง B จำนวน 2 รายการ คิดเป็นร้อยละ 5.3 และบริษัทขนส่ง C จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 2.6 อุณหภูมิของวัคซีนเมื่อมาถึงโรงพยาบาลเฉลี่ยต่ำสุดในเดือนกันยายน 2567 ของบริษัทขนส่ง A มีค่า 3°c และมีอุณหภูมิเฉลี่ยสูงสุดในเดือนเมษายนและกรกฎาคม 2567 ของบริษัทขนส่ง B มีค่า 5°c ซึ่งบริษัทขนส่งเอกชนทุกบริษัทมีการความคุมอุณหภูมิในระบบลูกโซ่ความเย็นที่เหมาะสมตามมาตรฐาน ยานพาหนะที่ใช้ในการขนส่งวัคซีนมีหลังคาทั้งหมด พร้อมกับอุปกรณ์ตรวจวัดอุณหภูมิและมีการบันทึกอุณหภูมิทุกครั้ง แต่ยังพบการขนส่งวัคซีนรวมกับพัสดุอื่น คิดเป็นร้อยละ 82 เนื่องจากกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลแม่สายมีการจัดซื้อเวชภัณฑ์เป็นจำนวนมาก ทำให้บริษัทขนส่งบรรจุเวชภัณฑ์มาส่งแต่ละครั้งมีปริมาณมากเช่นกัน การส่งมอบวัคซีนให้ตรงระยะเวลาที่กำหนดคิดเป็นร้อยละ 97 และได้รับจำนวนวัคซีนครบถ้วนตามใบส่งของ สภาพขวดวัคซีนไม่มีแตกเสียหาย ส่วนพนักงานขนส่งทุกคนมีความรู้เกี่ยวกับประเภทพัสดุที่จัดส่ง ระยะเวลาในการขนส่ง การป้องกันการปนเปื้อนของวัคซีน และความสำคัญของอุณหภูมิกับวัคซีนให้อยู่ในมาตรฐาน

ปัญหาอุปสรรคของการวิจัย

1. การเตรียมภาชนะบรรจุวัคซีนของหน่วยบริการยังพบว่ามีการนำซองน้ำแข็ง (ice pack) ออกจากช่องแช่แข็งแล้วบรรจุลงในกระติกวัคซีนทันทีไม่ทำให้เริ่มละลาย (conditioning icepack) ก่อนบรรจุ (เขย่าซองน้ำแข็งแล้วได้ยินเสียงน้ำ) จึงได้ค่าอุณหภูมิที่คลาดเคลื่อน

2. บางหน่วยบริการไม่มีการบรรจุเทอร์โมมิเตอร์สำหรับใช้วัดอุณหภูมิมาในกระติกวัคซีนตั้งแต่ รพสต. ทำให้เมื่อมาถึงโรงพยาบาลต้องบรรจุเทอร์โมมิเตอร์แล้วรอเวลา 10-15 นาที จึงตรวจสอบอุณหภูมิในกระติกให้อยู่ในช่วงมาตรฐาน (+2°c ถึง +8°c) ก่อนบรรจุวัคซีนที่จัดเตรียมไว้

ข้อเสนอแนะ

1. ต้องมีการสอบเทียบเทอร์โมมิเตอร์ (Calibration) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อประสิทธิภาพในการอ่านค่าอุณหภูมิ

2. การจัดทำแผนปฏิบัติการ ใช้เทคนิคการสนทนาแบบมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการปฏิบัติงานจะได้แผนปฏิบัติการที่ดี ครอบคลุมเป้าหมายที่วางไว้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง

3. รูปแบบการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ จึงต้องมีการพัฒนาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์ต่อผู้มารับบริการอย่างสูงสุด และปลอดภัย

4. ควรที่จะศึกษาความพึงพอใจทั้งผู้มารับบริการ และผู้ให้บริการ ในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคควบคู่กันไปด้วยเพื่อเป็นการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพ เกิดความพึงพอใจกันทั้ง 2 ฝ่าย

บรรณานุกรม

1 สถาบันวัคซีนแห่งชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี. หลักสูตรเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค. ใน: อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ และคณะ, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เลคแอนด์ฟาวด์เท่น พริ้นติ้ง; 2555.

2 กองยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบโลจิสติกส์ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ. การจัดการโซ่ความเย็น (Cold chain management). จดหมายข่าวโลจิสติกส์: NEWSLETTER. 2564;4(1):1-18.

3 พรสวรรค์ จันทร์ทอง. การติดตามอุณหภูมิระบบลูกโซ่ความเย็นในคลังวัคซีน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2773 -9007 (Online). 2565;2(1):1-17.

4 ศิริลักษณ์ ทวีรัตน์, บุญญลิป คะหาวงษ์, เกศแก้ว บุญแสง, สามารถ แสนโคตร, ณัฐพร อยู่ปาน, ลลิตา วีระเสถียร, สมหญิง พุ่มทอง. การพัฒนาวิธีจัดส่งวัคซีนของโรงพยาบาลในจังหวัดนครนายก. วารสารสำนักป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2561;25(2):103-114

5 กรกมล รุกขพันธ์, พิชญา นวลได้ศรี, วีรศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. การติดตามอุณหภูมิระบบลูกโซ่ความเย็นในคลังความเย็นระดับอำเภอและระดับตำบล. (ฉบับอิเล็กทรอนิกส์). สาขาสังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์, หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทย์ศาสตร์. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2554.

6 สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ตำราวัคซีน และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ. 2550;33-6.

ภาคผนวก

รูปที่ 1 การเตรียมวัคซีน บรรจุวัคซีนในซองซิปใสหรือสีชาขึ้นอยู่กับชนิดของวัคซีนแล้วเขียนชื่อ รพ.สต.ไว้บนหน้าซองซิปที่บรรจุวัคซีน จากนั้นเก็บไว้ในตู้เย็นเพื่อรอจ่าย

รูปที่ 2 การเตรียมภาชนะบรรจุวัคซีน การวางซองน้ำแข็ง (ice pack) บริเวณด้านข้างรอบกระติก 4 ด้านแล้วกั้นด้วยแผ่นพลาสติกลูกฟูก

รูปที่ 3 การตรวจสอบอุณหภูมิในกระติกให้อยู่ในช่วงมาตรฐาน (+2°c ถึง +8°c) ก่อนบรรจุวัคซีนที่จัดเตรียมไว้ แล้วปิดด้านบนด้วยแผ่นพลาสติกลูกฟูก จากนั้นปิดฝากล่องพร้อมกับส่งมอบวัคซีน

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน

อิสรีย์ ช่างบุ
หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน

บทคัดย่อ

การถอนพิษสุราเป็นปัญหาที่พบบ่อยในโรงพยาบาล การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ใน หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน

โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาความรู้และทัศนคติของพยาบาลก่อนและหลังการอบรมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ประกอบด้วย หลักการรักษาภาวะถอนพิษสุรา “5S” ได้แก่ Sedation Symptomatic Relief Supplement Supportive environment และ Standard care การประเมินผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราโดยแบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale, AWS) การบริหารยา การผูกมัดผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา การให้ความรู้เรื่องโทษจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้ป่วยและญาติ และการดูแลส่งต่อและติดตาม กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเชียงแสน จำนวน 30 คน ส่วนระยะที่ 2 ศึกษาคะแนน AWS ของผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลในระยะที่ 1 จำนวน 36 รายเปรียบเทียบกับกลุ่มควบควบคุมที่เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน 1 ปีจำนวน 36 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired Sample t-test and T-test for independent sample ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองพยาบาลวิชาชีพมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และทัศนคติสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value<0.001 และ P-value<0.01 ตามลำดับ และคะแนน AWS ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.05)

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราสามารถลดความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา ดังนั้นควรนำไปใช้ในการควบคุมอาการถอนพิษสุรา

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา

The Effect Clinical Practice Guideline of Alcohol withdrawal Patient for Nursing in ward Chiangsaen Hospital

Isaree Changbu

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine effects of a clinical practice guideline (CPG) of alcohol withdrawal patient for Nursing in ward Chiangsaen Hospital. Divided into 2 phases, Phrase 1 is comparing between the knowledge and attitude of nurses before and after training on clinical practice guideline of alcohol withdrawal patient including of "5S" concept's treatment for alcohol withdrawal are Sedation Symptomatic Relief Supplement Supportive environment and Standard care. Assessment of patients with alcohol withdrawal by the Alcohol Withdrawal Scale (AWS) drug administration, Restraining. Providing knowledge about the dangers of drinking alcohol to patients and care giver, referral and follow-up. Sample group in this study consisted of 30 nurses. Phrase 2 is comparing between AWS score mean of 36 alcohol withdrawal patients who receiving care from nurses in Phase 1. Data were collected from medical records for the past 1 year for 36 control group, data analyzed to test research hypothesis by Paired Sample t-test and T-test for independent sample. The result showed that knowledge and attitude score mean of nurse after training was significantly higher than before (p-value<0.001, p-value<0.01, respectively). and AWS score mean after receiving the CPG by nurse who trained in phrase 1 was significantly lower than that of patient received usual care (P-value <0.05). Results of this study indicate that a CPG of alcohol withdrawal patient for Nursing could reduce severity of alcohol withdrawal**.** Therefore, this CPG should be used as a method for controlling alcohol withdrawal symptom.

Keywords: Clinical Practice Guideline Alcohol withdrawal

บทนำ

สถานการณ์และแนวโน้มของผู้ดื่มสุราเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่องทั่วโลกส่งผลทำให้ผู้ป่วยถอนพิษสุราที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก กลุ่มอาการเนื่องจากการขาดสุรา (Alcohol withdrawal syndrome) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับ การเปลี่ยนแปลง ในหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง เกิดขึ้นในผู้ที่หยุดดื่มหรือลดการดื่มสุราลงกระทันหัน หลังจากที่ดื่มติดต่อกันมานาน เป็นระยะเวลาหนึ่ง อาการเหล่านี้เกิดขึ้นได้หลังจากดื่มวิสกี้ปริมาณ 16 ออนซ์ หรือ 2/3 ขวดต่อวันติดต่อกันเป็นเวลานาน 14-21 วัน (คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล, 2020) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรง ทำให้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานเป็นสองเท่า และมีภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการชัก เพ้อคลั่ง อาจเกิดอัตราความรุนแรงสูง ต้องได้รับการตรวจพบแต่เนิ่น ๆ ถ้าได้รับการรักษาที่เหมาะสม จะทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลง และการดูแลรักษาทันที หรือไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนอาจส่งผลให้อาการเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนเกิดภาวะ Alcohol withdrawal delirium ซึ่งเป็นอาการถอนพิษที่รุนแรงร่วมกับอาการเพ้อคลั่งสั่น ระดับสติสัมปชัญญะและความรู้สึกตัว ความคิด ความจำ การรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคลเสียไป มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หรืออาจเกิดอาการชัก ที่เกิดจากภาวะพิษสุรา จนกลายเป็นภาวะความจำเสื่อมและสมองถูกทำลายอย่างถาวร (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2564) จากสถิติข้อมูลของโรงพยาบาลเชียงแสนในระบบ Hosxp จากหอผู้ป่วยจำนวน 2 ย้อนหลัง 5 ปี คือตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ถึง ปี 2566 พบว่าจำนวนผู้ป่วยจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรามีจำนวน 49, 98, 162, 145 และ163 ตามลำดับ จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลคือ 155, 373, 572, 630 และ 802 ตามลำดับ และมีค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนถึง 255, 497 642,472 1,123,120 1,427,654 และ1,589,671 ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลเชียงแสน, 2566) และส่วนใหญ่ในกลุ่มผู้ป่วยถอนพิษสุรามีความเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บจากการผูกยึด พลัดตกหกล้ม หนีออกนอกตึก เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุรารุนแรง ทำให้ต้องมีการใช้อุปกรณ์ผูกยึดเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย การดูแลรักษาจะยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าการที่ผู้ป่วยตั้งใจมาบำบัดรักษาเพื่อการหยุดดื่ม และความมั่นใจในการให้ยาระงับประสาทของพยาบาลผู้ดูแลมีความแตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง แต่ทั้งนี้ยังพบว่าแนวปฏิบัติที่มียังไม่ชัดเจน และการปฏิบัติการพยาบาลยังต้องการการพัฒนา ดังจากสถิติจากการเก็บข้อมูลเบื้องต้นในผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา พบว่าร้อยละ 20 ผู้ป่วยได้รับยา diazepam ไม่เหมาะสมและผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุราระดับรุนแรงยาวนาน

ผู้วิจัยจึงสนใจปรับปรุงและพัฒนาแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราโดยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมตามงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง มาปรับเพื่อให้เข้ากลับบริบท โรงพยาบาลชุมชนเชียงแสน การดูแลในทีมงานทางการพยาบาล การรายงานแพทย์ การผสามทีมสหสาขา มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุรา ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และการลดหรือป้องกันภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงยาวนานจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดการนอนโรงพยาบาลได้ โดยแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะ Alcohol withdrawal จะครอบคลุมในประเด็น ดังนี้ 1) การประเมินผู้ป่วยระยะ Alcohol withdrawal โดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน Alcohol withdrawal scale (AWS) เพื่อเฝ้าติดตามระดับความรุนแรงของการอย่างต่อเนื่อง 2) ทัศนคติและทักษะการบริหารยาของพยาบาล 3) การผูกมัดผู้ป่วยระยะ Alcohol withdrawal มีการขออนุญาตญาติผู้ดูแลใกล้ชิด โดยอธิบายเหตุผลความจำเป็นในการผูกมัด มีการเซ็นยินยอม (Informed Consent) ในการผูกมัดทุกราย เพื่อป้องกันการร้องเรียนจากการผูกมัด 4) ให้ความรู้เรื่องโทษจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยและญาติ และ 5) การดูแลส่งต่อและติดตาม (follow up) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ใน หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาล

เชียงแสนเพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาเป็นคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยถอนพิษสุราในโรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงแสน

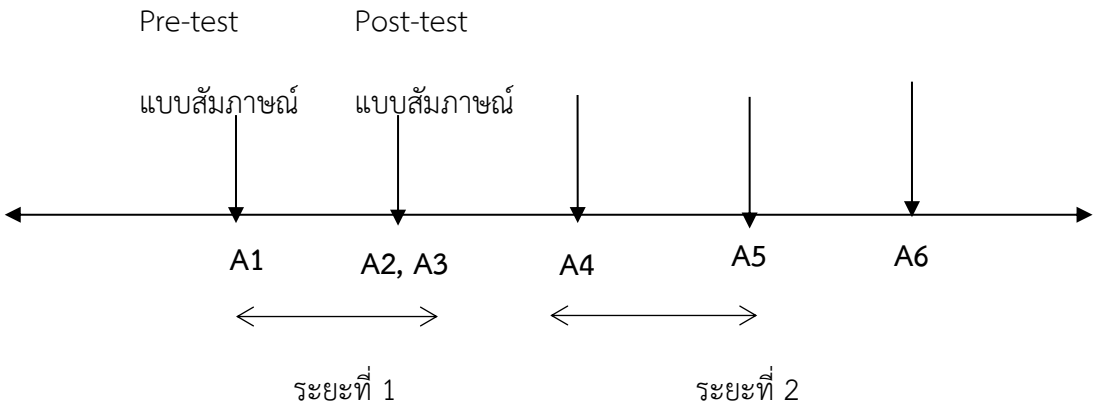
รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 ศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นด้านความรู้และทัศนคติของพยาบาลภายหลังการอบรมการใช้แนวปฏิบัติแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษ โดยใช้การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) ระยะที่ 2 ศึกษาคะแนน AWS ของผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลในระยะที่ 1 จำนวน 36 ราย ศึกษาแบบ แบบสองกลุ่มวัดก่อนกลัง (two groups and post test)เปรียบเทียบกับกลุ่มควบควบคุมที่เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน 1 ปีจำนวน 36 คน ทั้ง 2 ระยะดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน พฤษจิกายน 2566 – มกราคม พ.ศ.2567

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นด้านความรู้ และทัศนคติของพยาบาลภายหลังการอบรมการใช้แนวปฏิบัติแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษ โดยใช้การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน พฤษจิกายน 2566 – มกราคม พ.ศ.2567



A1 หมายถึง กิจกรรมที่ 1 ประเมินความรู้และทัศนคติ ในกลุ่มทดลองของพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุราถอนพิษสุราด้งนี้ โดยใช้แบบสอบถามเป็น Pre-test

A2 หมายถึง กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้แก่พยาบาล เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุรา” โดยการประชุมเสวนาเป็นกลุ่มเล็กๆ หรือประชุมอบรม 1 วัน 2-3รุ่น ด้งนี้

-ประเมินผู้ป่วยระยะ Alcohol withdrawal โดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน Alcohol withdrawal scale (AWS)

-การบริหารยาของพยาบาลการรักษา Symptom Trigger Regimen แบบผู้ป่วยใน คือการให้ยาตามระดับประเภทผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินภาวะถอนพิษสุรา(AWS)

-การผูกมัดผู้ป่วยระยะ Alcohol withdrawal เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

-ให้ความรู้เรื่องโทษจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยและญาติ

A3 หมายถึง กิจกรรมที่ 3 ประเมินผลความรู้และทัศนคติ ในกลุ่มทดลองของพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุราถอนพิษสุราด้งนี้ โดยใช้แบบสอบถามเป็น Post-test

A4 หมายถึง กิจกรรมที่ 4 นำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

A5 หมายถึง กิจกรรมที่ 5 เก็บข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูล

A6 หมายถึง กิจกรรมที่ 6 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ระยะที่ 2 ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ จำนวนการให้ยา และคะแนน AWS ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental study) แบบสองกลุ่มวัดก่อนกลัง (two groups and post test)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน พฤษจิกายน 2566 – มกราคม พ.ศ.2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ กลุ่ม 1 พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเชียงแสนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยถอนพิษสุรา กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเชียงแสนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยถอนพิษสุราจำนวน 30 คน กลุ่ม 2 คือ ประชากรคือผู้ป่วยถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเชียงแสน

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ Alcohol withdrawal ที่นอนพักรักษา ในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสนระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2566 – กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 36 คน กำหนดคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ Alcohol withdrawal Syndrome และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีโรคร่วมภาวะทางจิตประสาทและทางสมองอย่างอื่นเรื้อรัง 2) ขอถอนตัวขณะเข้าร่วมการวิจัย 3) เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ กลุ่มควบคุมที่เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ Alcohol withdrawal ที่นอนพักรักษา ในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสนย้อนหลังจากเวชระเบียน 1 ปีจำนวน 36 คน จากนั้นจับคู่กลุ่มทดลองให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด (pair matching) ในเรื่องอายุ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ โดยใช้โปรแกรม G*power โดยอาศัยอำนาจทดสอบ (power of test) ที่ .80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 และในการวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) เท่ากับ .60 ซึ่งในการวิจัยทางการพยาบาลนั้นขนาดของความสัมพันธ์ที่ต้องการศึกษาควรอยู่ในระดับ .40 - .60 (Burns & Grove, 2005) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ใน หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน

กิจกรรมที่ 1 ประเมินความรู้และทัศนคติ ในกลุ่มทดลองของพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุราถอนพิษสุราด้งนี้ โดยใช้แบบสอบถามเป็น Pre-test การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ใน หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน ประกอบด้วย

1) ประเมินความรู้และทัศนคติ ในกลุ่มทดลองของพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุราถอนพิษสุราด้งนี้ โดยใช้แบบสอบถามเป็น Pre-test

2) ให้ความรู้แก่กลุ่มทดลองโดยการประชุมอบรม 1 วัน จำนวน 3 รุ่น ในเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุราถอนพิษสุรา เรื่องการประเมินผู้ป่วยระยะ Alcohol withdrawal โดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน Alcohol withdrawal scale (AWS) การบริหารยาของพยาบาลการรักษา Symptom Trigger Regimen แบบผู้ป่วยใน คือการให้ยาตามระดับประเภทผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินภาวะถอนพิษสุรา (AWS) การผูกมัดผู้ป่วยระยะ Alcohol withdrawal เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ให้ความรู้เรื่องโทษจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยและญาติ หลังจากนั้นประเมินผลความรู้และทัศนคติ ในกลุ่มทดลองของพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุราถอนพิษสุราด้งนี้ โดยใช้แบบสอบถามเป็น Post-test และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลสำหรับพยาบาลที่เข้าอบรมการแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ของพยาบาลผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่าง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ระยะถอนพิษสุรา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติด้านการดูแลผู้ระยะถอนพิษสุรา โดยเครื่องมือส่วนที่ 2 และ 3 ผู้วิจัยจะพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามปลายปิด คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณ ค่า 5 ระดับ โดยคะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด และคะแนน 5 หมายถึงเห็นด้วยมากที่สุด

2) แบบบันทึกข้อมูลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกระยะเวลาการเกิดอาการถอนพิษสุราระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยถอนพิษสุรา โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ เกิด-ไม่เกิด ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หลังจากนั้นตรวจสอบคุณภาพโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประกอบด้วยแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนพิษสุรา 1 ท่าน ด้านอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านด้านการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนพิษสุรา 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุรามากกว่า 10 ปี 1 ท่าน จากนั้นหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามหรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ หรือเนื้อหา (IOC : Index of item objective congruence) โดยค่าที่ยอมรับได้คือ 1.00 และนำไปใช้ (Try-out) กับกลุ่มที่มีคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น

(Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของของครอนบาค (alpha cronbach's coefficient) เท่ากับ 0.90

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุราถอนพิษสุราโดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการประชุมระดมสมองจากทีมการพยาบาลและสหวิชาชีพ จากนั้นกลุ่มอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แล้วทดสอบข้อสอบวัดความรู้ในการดูแลผู้ระยะถอนพิษสุรา ประเมินทัศนคติด้านการดูแลผู้ระยะถอนพิษสุรา ก่อนและหลังเข้ารับการอบรมการแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการดำเนินการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้และทัศนคติด้านการดูแลผู้ระยะถอนพิษสุราของพยาบาลภายหลังทดสอบการกระจายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov one sample test พบว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติใช้สถิติ Paired T-Test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยนคะแนน AWS ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง T-test for independent sample

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบ จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เชียงราย เอกสารรับรองเลขที่ CRPPHO 169/2566 ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 เพื่อพิจารณาอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วย ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ การขอความยินยอมในการให้ตอบแบบสอบถามของกลุ่มทดลอง นักวิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยและขั้นตอนในการตอบแบบสอบถามผู้ร่วมได้เข้าใจ และพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ตัดสินใจในการอนุญาตให้ข้อมูล หลังจากผู้ป่วยยินยอมให้ข้อมูลจึงจะให้เซ็นต์ใบยินยอม (Inform Consent) การตอบแบบสอบถามของพยาบาลที่เข้าร่วมวิจัยจะไม่มีการจด ชื่อ-สกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือข้อมูลใดๆที่จะระบุให้ทราบว่าพยาบาลคือใคร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะเป็นความลับ และใช้เฉพาะงานวิจัยเท่านั้น การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะเป็นการวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวมของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด จะไม่มีการนำเสนอข้อมูลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลสำหรับพยาบาลที่ไม่ยินยอมให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะจัดทำเอกสารเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องสำหรับการทำการปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา

ผลการศึกษาวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพ มีสัดส่วนของเพศหญิง (93.33%) มากกว่าเพศชาย (6.67%) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-45 ปี (46.70%) ($\overline{X}$ =36.6, S.D.=8.873, Max=55, Min=23) จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (100%) ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช(46.70%) ใกล้เคียงกันกับการพยาบาลผู้ป่วยใน (53.30%) ระยะเวลาการปฏิบัติงานทั้งหมดและระยะเวลาการปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลเชียงแสน ระหว่าง 6-20 ปี (46.70%)

ด้านความรู้

ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ประกอบด้วย การใช้เครื่องมือการประเมินผู้ป่วยถอนพิษสุรา การประเมินภาวะถอนพิษสุรา การการบริหารยาผู้ป่วยถอนพิษสุรา การพยาบาลผู้ป่วยถอนพิษสุรา ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองพยาบาลวิชาชีพมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value<0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา จำแนกรายด้าน เปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง

ความรู้	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
1. การใช้เครื่องมือการประเมินผู้ป่วยถอนพิษสุรา	2.46	0.416	2.95	0.115	-6.201	58	<0.001
2. การประเมินภาวะถอนพิษสุรา	2.13	0.484	2.86	0.241	-7.424	58	<0.001
3. การการบริหารยาผู้ป่วยถอนพิษสุรา	2.35	0.381	2.90	0.202	-7.424	58	<0.001
ภาพรวมด้านความรู้	2.32	0.341	2.91	0.132	-8.784	58	<0.001

ด้านทัศนคติ

ทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ประกอบด้วย การประเมินภาวะถอนพิษสุราและการให้ยา ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยถอนพิษสุรา การวางแผนจำหน่าย การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองพยาบาลวิชาชีพค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.01) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา จำแนกรายด้าน เปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง

ทัศนคติ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
1. การประเมินภาวะถอนพิษสุราและการให้ยา	4.026	0.486	4.446	0.483	-3.525	58	<0.001
2. ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยถอนพิษสุรา	4.383	0.582	4.535	.453	-1.855	58	<0.069
3. การวางแผนจำหน่าย	4.433	0.561	4.688	0.428	-1.982	58	<0.004
ภาพรวมทัศนคติ	4.22	0.379	4.556	0.414	-3.284	58	<0.002

การเปรียบเทียบตัวแปรกลุ่มผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาล น้อยกว่าเมื่อเทียบกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) มีคะแนน AWS ของผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย (P-value<0.049) น้อยกว่าเมื่อเทียบกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.049) การให้ยา จำนวนการให้ยาLorazepam 1mg oral มากว่าเมื่อเทียบกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.031) แสดงถึงการบริหารยา มีมากกว่าสัมพันธ์กับคะแนน AWS ที่ลดลง จำนวนการให้ยา Diazepam10mg iv ไม่ค่อยแตกต่างกัน หากวิเคราะห์กับ คะแนนAWS ใน

กลุ่มควบคุมที่มาก การให้ยา จึงวิเคราะห์ได้ว่า การให้ยาที่มากกว่า สงผลให้ คะแนน AWS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ในเรื่องของภาวะแทรกซ้อนที่พบ แผลกดทับ มีน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 5อย่างมีนัยสำคัญ (P-value <0.0156) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบตัวแปรกลุ่มผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

รายด้าน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
จำนวนวันนอน	5.61	1.793	4.14	1.807	3.470	70	<0.001
คะแนน AWS	2.56	2.134	3.72	2.760	1.999	71	<0.049
จำนวนการให้ยาLorazepam 1mg oral	19.72	14.878	12.89	11.148	-2.205	70	<0.031
จำนวนการให้ยา Diazepam10mg iv	8.97	15.541	8.94	8.747	-009	7	<0.993
แผลกดทับ	1.00	1.00	1.06	0.232	1.435	70	<0.0156

อภิปรายผล

การศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงแสน ผลการศึกษาอภิปรายตามสมมติฐานได้ดังนี้

1.การอบรมการใช้แนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรามีผลต่อ ความรู้และทัศนคติของพยาบาลพบว่า ภายหลังการทดลองพยาบาลวิชาชีพมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และทัศนคติสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P value <0.001 และ P value <0.01 ตามลำดับ

2. การดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรามีผลต่ออาการถอนพิษสุรา พบว่า คะแนน AWS ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value <0.05) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา โดยประยุกต์รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) การค้นหาประเด็นปัญหาจากตัวกระตุ้นที่มาจากการปฏิบัติงานและจากแหล่งความรู้ 2) การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์และพัฒนาแนวคิดปฏิบัติการพยาบาล 3) นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงานทำให้ได้แนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในหน่วยงาน เป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจนมีประสิทธิผล ร่วมกับหลักการรักษาภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ “5S” ของ Elliott & Dolores (2019) ได้แก่ 1) Sedation การทำให้อาการสงบด้วยยาในกลุ่ม benzodiazepines 2)Symptomatic Relief การบรรเทาอาการทางกาย 3) Supplement การเสริมด้วยยาวิตามินและเกลือแร่ที่จำเป็น 4) Supportive environmentการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัยให้กับผู้ป่วย และ 5) Standard care การดูแลรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ เพื่อค้นหาภาวะโรค แทรกซ้อนอื่นๆ ทั้งทางกายและทางจิตเวช และรีบแก้ไข หลังจากนั้นอบรมใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราให้กับพยาบาลผู้ดูแล ทำให้พยาบาลมีความรู้เรื่องการใช้เครื่องมือการประเมินผู้ป่วยถอนพิษสุรา การประเมินภาวะถอนพิษสุรา การการบริหารยาผู้ป่วยถอนพิษสุรา การพยาบาลผู้ป่วยถอนพิษสุรา เพิ่มขึ้นและมีทัศนคติเรื่อง การประเมินภาวะถอนพิษสุรา และการให้ยา ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยถอนพิษสุรา การวางแผนจำหน่าย การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราไปในเชิงบวกมากขึ้น ดังการศึกษาของ Berl,

Collins, Melson, Mooney, Muffley, & Wright-Glover (2015) ที่ศึกษาการนำแนวปฏิบัติสำหรับการจัดการอาการถอนพิษสุรามุ่งเน้นในการประเมินคัดกรองและการรักษาแก่พยาบาลพบว่า ภายหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้พยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่ถอนแอลกอฮอล์มากขึ้น เมื่อในแนวปฏิบัติ ที่ชัดเจนย่อมส่งผลพยาบาลมีมั่นใจในการบริหารยา ทำให้ผู้ป่วยได้รับยากลุ่มระงับประสาทตามมาตรฐานได้อย่างทันท่วงที ดังจากข้อมูลจากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มทดลองได้รับยา Lorazepam มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.05 จนส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุราลดลงในที่สุด

ผลการศึกษาครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของกนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, อัมพร สีลากุล, วิมาลา เจริญชัย. (2564) ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอลิในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์พบว่า ภายหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไม่มีอาการถอนพิษสุราในช่วงนอนโรงพยาบาลร้อยละ 95.5 และคล้ายคลึงกับการศึกษาของอรรถวุฒิ ธรรมชาติ (2567) ที่ศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณพบว่า หลังจากมีการปรับแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยมีระยะเวลาที่เกิดอาการถอนพิษระดับรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value =0.004) และผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการถอนพิษสุราให้สงบภายในเวลา 5 วันได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.001)

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีโดยได้รับความกรุณาจากผู้บริหารของโรงพยาบาลและผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับความกรุณาจากอาจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ให้คำปรึกษาและคำแนะนำเพื่อนำมาใช้ในการดำเนินงานวิจัยรวมทั้งให้การสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือแก้ไขจุดบกพร่องต่างๆตลอดระยะเวลาในการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยขอบพระคุณในความกรุณาเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ พร้อมทั้งขอขอบคุณพยาบาลประจำการที่ให้ความช่วยเหลือในการดำเนินกิจกรรม

ขอขอบพระคุณท่านผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจความถูกต้องของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงข้อคำถามวิจัยให้มีความชัดเจน ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้แนวคิด ข้อเสนอแนะ ในการนำมาปรับปรุงงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์และถูกต้องตามระเบียบวิธีวิจัย

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณบุพการีและสมาชิกในครอบครัวของข้าพเจ้า ที่ได้ให้การสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณ เวลาและกำลังใจ จนข้าพเจ้าสามารถดำเนินการจัดทำวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราไปใช้ควบคุมอาการถอนพิษสุรา ส่งผลต่อความมั่นใจ และทัศคติที่ดีต่อการให้การบริหารยาของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย จากเดิม เพราะความกังวลผลจากการให้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น ผู้บริหารของโรงพยาบาลเชียงแสน สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายในการจัดทำมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โรงพยาบาลชุมชน และเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยทางด้านจิตเวชต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราไปใช้ควบคุมอาการถอนพิษสุรา ส่งผลต่อความมั่นใจ และทัศคติที่ดีต่อการให้การบริหารยาของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย จากเดิม เพราะความกังวลผลจากการให้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น ผู้บริหารของโรงพยาบาลเชียงแสน สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายในการจัดทำมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โรงพยาบาลชุมชน และเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยทางด้านจิตเวชต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาวิจัยติดตามผลของแนวปฏิบัติในระยะยาวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

เอกสารอ้างอิง

กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, อัมพร สีลากุล, วิมาลา เจริญชัย. (2564). การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. **วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จเจ้าพระยา. 15**(1). 29-48.

คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล.(2020). กลุ่มอาการเนื่องจากการขาดแอกลอฮอล์และการรักษาในปัจจุบัน (Alcohol withdrawal syndromes). สืบค้นเมื่อ 20/3/2563 จาก https://med.mahidol.ac.th/ramamental/psychiatristknowledge/generalpsychiatrist/08062014-0911.

นิภาภัคร์ คงเกียรติพันธุ์. (2563). การพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ตึกผู้ป่วยใน ชาย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. **วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 5**(2). 60-69.

มาริษฎา พิทักษ์ธรรม. (2562). ผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาดูน. **วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 9**(2). 207-222.

พัชรินทร์ อดิสรณกุล. (2563) . การศึกษารายกรณี ผู้ป่วยโรคติดสุรา หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธ์. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 13** (1). 268-278.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2564). **แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดแอลกอฮอล์**. บริษัท เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด , นนทบุรี

สุดาดวง พัฒนสาร มะลิวรรณ อังคณิตย์ และอภิญญา วงศ์พิริยโยธา. (2564) . การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 39**(3). 71-80.

สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2552). **การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์เชียงใหม่: . แผนงานการพัฒนาระบบรูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)**

แววตา อินชุม นันทาวดี ศิริจันทรา และรุ่งระวี ถนอมทรัพย์. (2564). ปัจจัยสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยกระดูกหักที่ดื่มสุราแบบเสี่ยงโรงพยาบาลอุดรธานี. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 39**(1). 78-87

งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลเชียงแสน. (2566). สถิติผู้รับบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงแสน. ปี 2564-2566. เชียงราย: โรงพยาบาลเชียงแสน.

อรรถวุฒิ ธรรมชาติ. (2567). ผลการดูแลผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ. **วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 18** (1). 61-71.

American Society of Addition Medicine. (2020). The ASAM clinical practice guideline on alcohol withdrawal management. **Journal of Addiction Medicine, 14**(35), 1–71. From https://sitefinitystorage.blob.core.windows.net/sitefinity-productionblobs/docs/default-source/quality-science/the_asam_clinical_practice_guideline_on_alcohol-1.pdf?sfvrsn=ba255c2_0

Berl, K., Collins, M. L., Melson, J., Mooney, R., Muffley, C., & Wright-Glover, A. (2015). Improving Nursing Knowledge of Alcohol Withdrawal: Second Generation Education Strategies. **Journal for nurses in professional development, 31**(6), 328–332. https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000176

Bradley M, Kiser TH, Mueller SW, Reynolds PM, MacLaren R. (2023). Correlation Between and Nursing Satisfaction With CIWA-Ar, mMINDS, and SEWS Scoring Tools for the Assessment of Severe Alcohol Withdrawal Syndrome in ICU Patients. **Annals of Pharmacotherapy. 57**(2). 175-183. doi:10.1177/10600280221102562

Burns, N, & Grove, S.K. (2005). **The practice of nursing research**. Philadelphia: Saunders.

Elliott, Dolores Y.. (2019) Caring for hospitalized patients with alcohol withdrawal syndrome. **Nursing Critical Care 14**(5). 18-30 DOI: 10.1097/01.CCN.0000578828.37034.c2

Kattimani, S., & Bharadwaj, B. (2013). Clinical management of alcohol withdrawal: A systematic review. **Industrial psychiatry journal, 22**(2), 100–108. https://doi.org/10.4103/0972-6748.132914

Soukup S. M. (2000). The Center for Advanced Nursing Practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. The Nursing clinics of North America, 35(2), 301–309.

ประสิทธิผลของโปรแกรม KRAP ความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

กิตติมศักดิ์ กาบจันทร์[1] พัณณิตา เนื้อนุ้ย[2] นุสรา สุราวุธ[3] เกวลิน บัวมาศ[4]
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

จากรายงานสำรวจสถานการณ์ด้านความรอบรู้สุขภาพและความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปยังพบว่าคนไทยส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดความดันโลหิตสูงจากสถานการณ์ของความดันโลหิตสูงซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเข้าร่วมโครงการวิจัยในประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง มุ่งเน้นทำให้ประชากรในแม่ลาวมีความรู้ด้านสุขภาพและการให้ความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิตสูง

งานวิจัยนี้ใช้การออกแบบกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental design) โดยการเก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามและการเลือกตัวอย่างเพื่อเข้าโครงการการใช้การสุ่มอย่างง่าย จากประชากรในชุมชนแม่ลาวที่เข้าร่วมศึกษาวิจัย50 คน โดยแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม: การทดลองกลุ่ม 25 คน ในเกณฑ์การคัดเลือก คือ ทำการทดสอบผลคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 70 และกลุ่มควบคุมจำนวน 25 คนในเกณฑ์การคัดเลือก คือ ทำการทดสอบด้วยคะแนนมากกว่าร้อยละ 70

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างในคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมนั้นพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยที่สูงขึ้นในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ทักษะการรับรู้ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารทักษะ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ พฤติกรรมสุขภาพ และทักษะการตัดสินใจมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง ประชากรกลุ่มเสี่ยง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

The Effective of the KRAP Program of Health Literacy in High Risk Group of Hypertension in Mae Lao District, Chiang Rai Province

kittimasak kapchan[1] phunnita naunai[2] nusara nurawut[3] kewalin buamat[4]
[1-4]Mae Fah Luang District Public Health Office, Chiang Rai Province

ABSTRACT

Background: The report surveys the situation of health literacy and the importance of controlling high blood pressure. Health behavior of people aged 15 years and up also found that most Thai people still have risky behaviors that may cause high blood pressure from the situation of high blood pressure, which is becoming more severe. In this project, the researcher aims to study the results of participating in a research project in a population at risk and at high risk of developing high blood pressure, focusing on making the population in the Mae Lao community knowledgeable about health. And the importance of controlling high blood pressure

Methods: This research uses a quasi-experimental design (Quasi-Experimental design) by collecting data through questionnaires and selecting samples to enter the project using simple random sampling. From the Mae Lao community population participating in the research study, 50 people were divided into two groups: an experimental group of 25 and a control group of 25. The selection criteria were as follows: The test performance was below the criteria for 70 percent of the test, and the control group of 25 people in the selection criteria took the test with a passing score of 70 percent.

Results: From the table, when comparing the average scores, standard deviations, and the differences in the average scores of health literacy after the experiment between the experimental group and the control group, it was found that the experimental group had significantly higher average scores in health literacy, including cognitive skills, information access skills, communication skills, self-management skills, media literacy skills, and decision-making skills, than the control group at a statistical significance level of 0.05.

Keywords: Hypertension, At-risk population, Health literacy Hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคนหรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมดจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลกพบว่ามีจำนวนเกือบถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามจะอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาและมีการคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 1.56พันล้านในปี พ.ศ.2568 จากรายงานการสำรวจสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปยังพบว่าประชาชนไทยส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงตามมา จากสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นจากสมาพันธ์ความดันโลหิตสูงโลกและสมาคมโรคความดันโลหิตสูงนานาชาติ จึงได้ให้ความสำคัญในการเพิ่มการคัดกรองและยืนยันการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงเพื่อสร้างความตระหนักต่อสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง สถานการณ์ของประเทศไทย พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการป่วยสูงที่สุด รองลงมาคือโรคเบาหวาน จากข้อมูล พ.ศ. 2550 – 2557 อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ.2550 มีอัตราป่วย 1,025.44 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ.2557 เพิ่มเป็น 1,710.89 ต่อแสนประชากร ในอำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงรายพบว่าสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน เนื่องจากปัจจุบันในอำเภอแม่ลาวโรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นอันดับหนึ่งของสาเหตุเจ็บป่วยและคาดว่าจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยปัจจัยเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มาจาก พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหารเค็ม รับประทานผักผลไม้ไม่เพียงพอ ภาวะน้ำหนักเกิน การขาดการออกกกำลังกาย ความเครียด สูบบุหรี่ ดื่มสุรา รวมถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการวิจัยที่พบ พบว่าการเป็นความเสี่ยงในโรคความดันโลหิตสูงจากประชากรทั้งหมดที่ได้รับการตรวจคัดกรอง คนที่มีความเสี่ยงสูงมักไม่ทราบว่าตนเองกำลังจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนหนึ่งเป็นเพราะไม่มีอาการและคนส่วนใหญ่ไม่ใส่ใจเมื่อมีอาการ ขาดความรอบรู้หรือภาวะแทรกซ้อนเริ่มปรากฏขึ้นความสนใจและการรักษาจะเริ่มขึ้น บางครั้งอาจไม่ได้ตระหนักถึงการควบคุมความดันโลหิตเป็นประจำ(เอื้อจิต,2022)

โดยสรุป ด้านคุณลักษณะทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับโปรแกรมการเข้าร่วมศึกษาวิจัยและการวางแผนความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาสามารถเข้าถึงความรอบรู้ ความเสี่ยง ความเข้าใจสุขภาพ การสื่อสาร เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน และความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนช่วยให้ผู้เข้าร่วมมีความเชื่อ ความมั่นใจ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง

โปรแกรม KRAP คือ โปรแกรมการวิจัยนี้ที่รวบรวมทักษะในด้านต่างๆที่จะมีการพัฒนาหลังผู้วิจัยได้รับการแทรกแซงโดยมีความหมายดังนี้ K- Knowledge คือ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการด้านสุขภาพให้ข้อมูล(การเข้าถึงข้อมูลและการรู้เท่าทันสื่อ) R- Remember คือ เรียนรู้ที่จะจดจำความเข้าใจและการพัฒนา(ความรู้ความเข้าใจ) A- Applied คือ ลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยง(การจัดการตนเอง) P- Propagate คือ การตัดสินใจที่ถูกต้องหรือสามารถใช้ทางเลือกในการตัดสินใจเหล่านี้เพื่อส่งเสริม และรักษาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทักษะการตัดสินใจและทักษะการสื่อสาร)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นการรู้ให้ทันท่วงทีก่อนที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูงกับบุคคลนั้นๆ เพื่อลดความเสี่ยงและภาวะความดันโลหิตสูงได้ (รุ่งนภา,2019) การศึกษางานวิจัยพบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำาตาลในเลือดลดลง รวมทั้งการติดตามทางโทรศัพท์ผ่านระบบ

ไลน์กลุ่ม เกิดการกระตุ้นเตือนกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุทัย เจริญจิตต์(2561) (ธนพร บึงมุม, สงกรานต์ กลั่นด้วง, 2023)

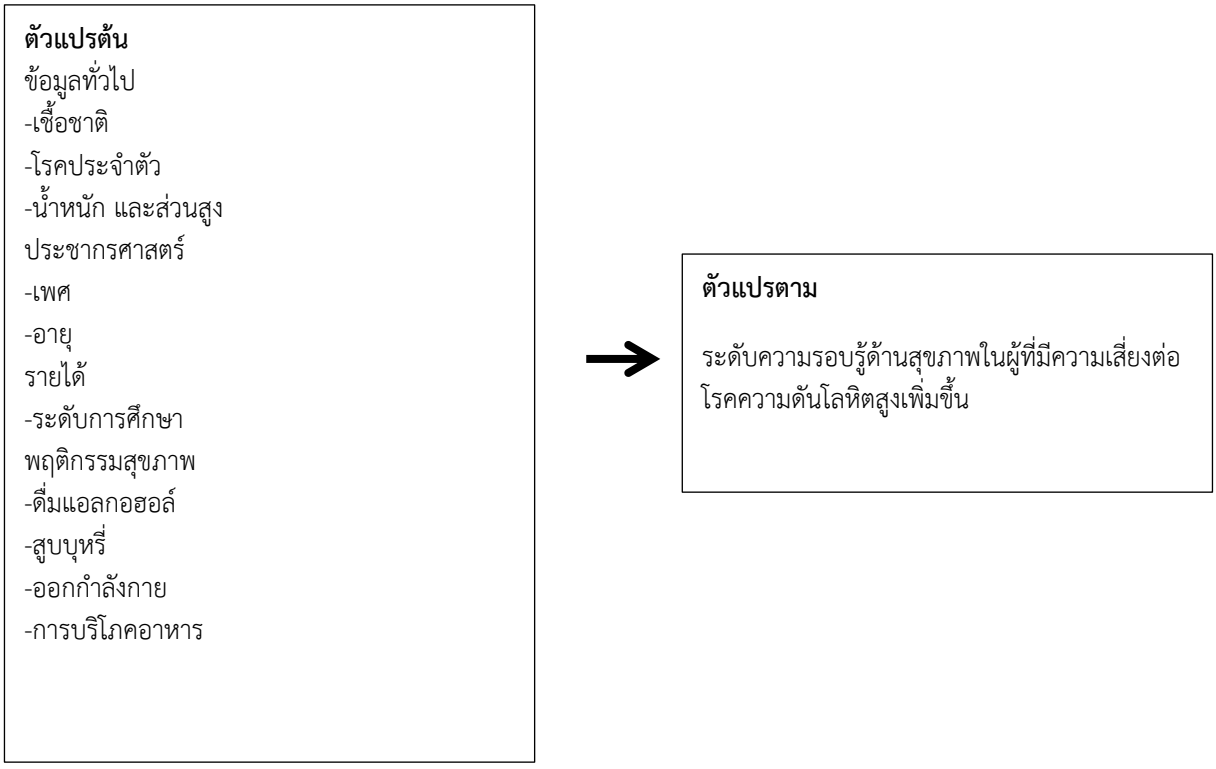
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม KRAP ในประชากรที่ความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม KRAP ไม่มีความรอบรู้เรื่องความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม KRAP
2. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม KRAP มีความรอบรู้เรื่องความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimentaldeigns) โดยจะเก็บข้อมูลผ่านการตอบแบบสอบถามและทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าโครงการโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จากประชากรในชุมชนแม่ลาวที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยทั้งหมด 50 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มจำนวน 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน ในเกณฑ์การคัดเลือกคือ การทำแบบทดสอบได้ผลคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 70 ของแบบทดสอบ และกลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน ในเกณฑ์การคัดเลือกคือ การทำแบบทดสอบได้ผลคะแนนมากกว่า ร้อยละ 70 ของแบบทดสอบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ที่เข้าคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ได้เข้ามาคัดกรองความเสี่ยงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย จำนวน 50 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าโครงการโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรม G-power 3.1.9.4 โดยใช้ค่าเฉลี่ย ความแตกต่างระหว่าง 2 ตัวแปรอิสระ(สองกลุ่ม) โดยให้ค่าพาวเวอร์1-เบต้า กำหนดค่าขนาดเอฟเฟกต์ระดับใหญ่ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้ในการศึกษาเท่ากับ 0.8 ระดับนัยสำคัญเท่ากับ0.05 และค่าอำนาจการทดสอบทางสถิติเท่ากับ 0.80 เปิดตารางได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 42 คน คำนวณเพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วนร้อยละ 20 เท่ากับ 8 จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน และมีการให้ผู้เข้าร่วมได้ทำแบบทดสอบก่อนเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และมีการทำแบบทดสอบหลังเข้าร่วม เพื่อวัดความรู้ของผู้เข้าร่วม

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ผลการทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือเก็บข้อมูลและเครื่องมือวิธีการเช่นการทดสอบและแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 ตรวจคัดกรองความเสี่ยงความดันโลหิตสูง มี 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 ทดความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบการรู้เท่าทันสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3A 2S จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 5 ส่วนต่างๆ ดังนี้ ส่วนที่ 1 มีข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม (5 คำถาม)

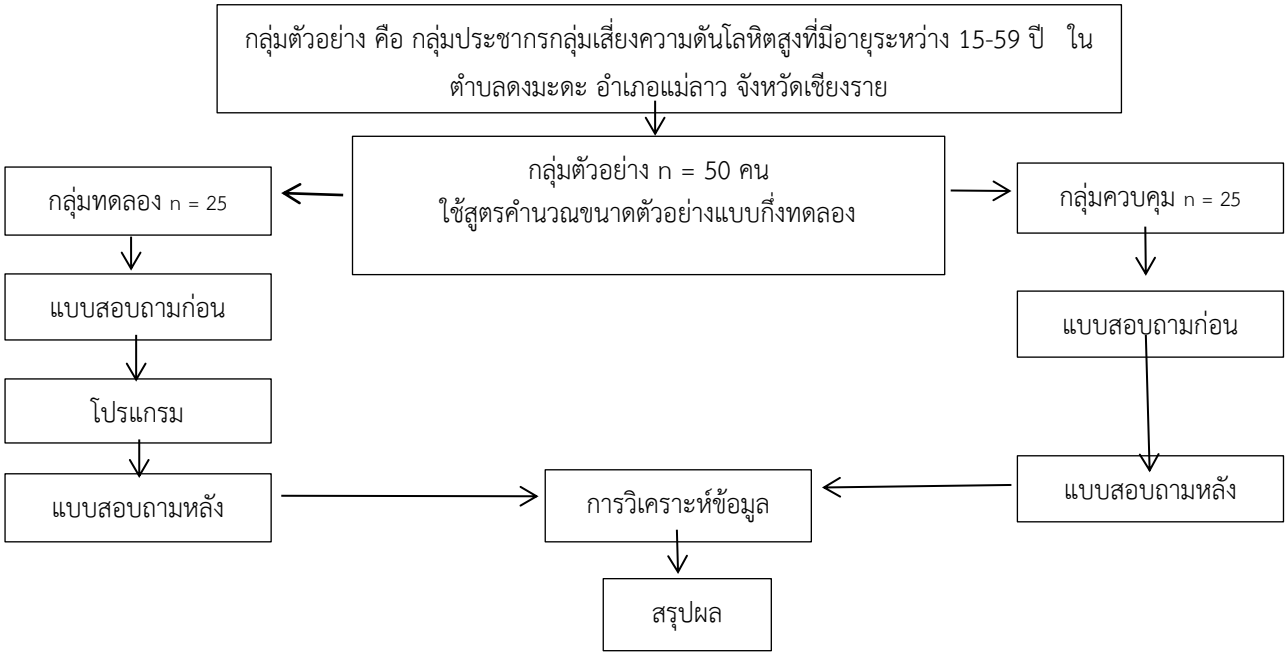
ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ตามข้อ 3A 2S (6 ข้อ)

ส่วนที่ 3 การเข้าถึงสารสนเทศ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรับรู้สื่อตามข้อ 3A 2S (10 รายการ)

ส่วนที่ 4 การตัดสินใจเลือกที่ถูกต้องตาม 3A 2S (3 รายการ)

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพตาม 3A 2S (6 ข้อ)

วิธีรวบรวมข้อมูล



เกณฑ์การคัดเลือก

- ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องมีอายุระหว่าง 15-59 ปี
- ผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับความดันโลหิตที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง 130/85-139/89 มิลลิเมตรปรอทสองครั้งติดต่อกัน
- ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย
- ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถพูด ฟัง อ่าน เขียน สื่อสารภาษาไทยได้
- ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่มีความพิการหรือทุพพลภาพ
- ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มีโรคร้ายแรง
- ผู้เข้าศึกษาวิจัยต้องจบโปรแกรมตามที่กำหนด

เกณฑ์การยกเว้น

- ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน/โรคร้ายแรง
- ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่ม ตัวอย่างการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มแทรกแซง ได้แก่ การกระจายความถี่ เปอร์เซ็นต์ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน: ใช้สถิติการทดสอบทีแบบจับคู่เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในเลือดเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความดันและระดับความดันโลหิตเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ จะเป็นการเปรียบเทียบความรู้เฉลี่ยในกลุ่มเดียวกัน

3. สถิติเชิงอนุมาน: ใช้การทดสอบทีแบบไม่จับคู่เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของความดันโลหิตสูงคะแนนและระดับความดันโลหิตเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโปรแกรม

ซึ่งจะเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรู้หนังสือระหว่างกลุ่มแทรกแซงและกลุ่มควบคุมสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา และ/หรือ สถิติเชิงวิเคราะห์รวมทั้งกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หมาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง หมายเลขการรับรอง EC 23264-18

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้เข้าร่วม

ลักษณะทางประชากร	กลุ่ม		X^2	p-value
	กลุ่มทดลอง n(%)	กลุ่มควบคุม n(%)		
เพศ				
ชาย	17(68.0)	15(60.0)	0.35	0.556
หญิง	8(32.0)	10(40.0)		
อายุ				
15-29	7(28.0)	6(24.0)	0.44*	0.853
30-44	4(16.0)	3(12.0)		
45-59	14(56.0)	16(64.0)		
สถานะ				
โสด	9(36.0)	10(40.0)	2.89*	1.00
สมรส	1(4.0)	14(56.0)		
หย่า	1(4.0)	0(0)		
หม่าย	0(0)	0(0)		
แยกกันอยู่	0(0)	1(4.0)		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	2(8.0)	0(0)	7.23*	0.173
ปฐมศึกษา	8(32.0)	9(36.0)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	4(16.0)	1(4.0)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4(16.0)	10(40.0)		
อนุปริญญา/เทียบเท่า	1(4.0)	2(8.0)		
ปริญญาตรี	6(24.0)	3(12.0)		

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้เข้าร่วม (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่ม		X^2	p-value
	กลุ่มทดลอง n(%)	กลุ่มควบคุม n(%)		
อาชีพ				
ว่างงาน	8(32.0)	6(24.0)	8.31*	0.167
รับจ้างทั่วไป	3(12.0)	9(36.0)		
ข้าราชการ	1(4.0)	0(0)		
เกษตรกร	3(12.0)	1(4.0)		
ลูกจ้าง	3(12.0)	1(4.0)		
ค้าขาย	7(28.0)	3(12.0)		
รายได้				
น้อยกว่า 5,000	12(48.0)	12(48.0)	1.81*	0.909
5,001-10,000	9(36.0)	11(44.0)		
10,001-15,000	2(8.0)	1(4.0)		
15,001-20,000	1(4.0)	1(4.0)		
มากกว่า 50,000	1(4.0)	0(0)		
ประวัติครอบครัว				
มี	9(36.0)	10(40.0)	0.85	0.771
ไม่มี	16(64.0)	15(60.0)		
สูบบุหรี่				
สูบ	5(8.0)	3(12.0)	0.60	0.440
ไม่สูบ	23(92.0)	22(88.0)		
แอลกอฮอล์				
ดื่ม	8(32.0)	8(32.0)	<0.01	1.00
ไม่ดื่ม	17(68.0)	17(68.0)		
BMI				
ปกติ	11(44.0)	17(68.0)	0.76	0.382
เกินเกณฑ์	14(56.0)	8(32.0)		

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 64.0 รองลงมา เป็นเพศชาย จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0 คน อยู่ในช่วงอายุ 45-59 ปี มากที่สุด 30 คน คิดเป็นร้อยละ 64.0 รองลงมาคือ อายุ 15-29 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 26.0 และอายุ 30-44 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 14.0 สถานะสมรส 28 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0 รองลงมาคือสถานะโสด 19 คน คิดเป็นร้อยละ 38.0 สถานะหย่าร้าง เป็นหม้าย แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 2.0 ตามลำดับ ระดับประถมศึกษา 17 คน คิดเป็นร้อยละ 38.0 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนปลาย 14 คน คิดเป็นร้อยละ 34.0 มัธยมศึกษาตอนต้น 5 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 ปริญญาตรี 9 คน คิดเป็นร้อยละ 12.0 อนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 6.0 และ ไม่ได้เรียน คิดเป็นร้อยละ 4.0 ตามลำดับ จำนวนผู้ไม่มีงานทำ/ว่างงาน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0 อาชีพค้าขาย จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

อาชีพเกษตรกร จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 18.0 อาชีพลูกจ้าง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0 และข้าราชการ 1 คิดเป็นร้อยละ 2.0 ตามลำดับ มีรายได้ต่อเดือนสูงสุดไม่ถึง 5,000 บาท 24 คน คิดเป็นร้อยละ 48.0 รองลงมาคือ 5,001-10,000 บาท 20 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 รายได้ 10,001-15,000 บาท 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.0 รายได้ 15,001-20,000 บาท 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0 และมากกว่า 50,001,1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ตามลำดับ พบว่า คนในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิต 31 คน คิดเป็นร้อยคนละ 62.0 คน และสมาชิกในครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูง 19 คน คิดเป็นร้อยละ 38.0 ตามลำดับ พบว่าไม่สูบบุหรี่มี 45 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0 และ สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 10.0 ตามลำดับ พบว่า ไม่ดื่มสุรา 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.0 และดื่มสุรา 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.0 ตามลำดับ มีค่าดัชนีมวลกายปกติ 28 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0 และมีดัชนีมวลกายสูงกว่าปกติ 22 คน คิดเป็นร้อยละ 44.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (n=50)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง					
	ก่อน			หลัง		
	Mean	S.D.	Result	Mean	S.D.	Result
1. ทักษะการรู้คิด	3.44	1.19	Inadequate	4.88	1.01	Excellent
2. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล	7.24	1.83	Sufficient	9.08	1.44	Excellent
3. ทักษะการสื่อสาร	9.60	2.23	Problematic	11.96	2.35	Sufficient
4. ทักษะการจัดการตัวเอง	10.12	2.58	Problematic	12.08	2.27	Excellent
5. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	7.04	1.61	Sufficient	8.64	1.31	Excellent
6. ทักษะการตัดสินใจ	10.50	2.30	Excellent	11.33	1.92	Excellent
7. พฤติกรรมสุขภาพ	20.76	6.24	Problematic	23.0	5.39	Sufficient

จากตารางที่ 2 ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มี ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่มีปัญหา ได้แก่ ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Mean = 9.60, SD = 2.23) ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต (ค่าเฉลี่ย = 10.12, SD = 2.58) และ พฤติกรรมสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย = 20.76, SD = 2.6.24) รองลงมาคือ ความรู้ในระดับที่เพียงพอ ได้แก่ ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง (ค่าเฉลี่ย = 7.24, SD = 1.83) และทักษะความรู้เดียวกันสื่อเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง (ค่าเฉลี่ย = 7.04, SD = 1.61) รองลงมาคือระดับที่ไม่เพียงพอเป็นทักษะ สำหรับการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง (ค่าเฉลี่ย = 3.44, SD = 1.19) และทักษะระดับดีเยี่ยมคือทักษะการตัดสินใจควบคุมระดับความดันโลหิต (ค่าเฉลี่ย = 10.50, SD = 2.30) หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ สวนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีเยี่ยม ได้แก่ ทักษะความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง (ค่าเฉลี่ย = 4.88, SD = 1.01) และทักษะในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (ค่าเฉลี่ย = 9.08, SD = 1.44) ทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต (ค่าเฉลี่ย = 12.08, SD = 2.27) ทักษะการอ่านออกเขียนได้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง (ค่าเฉลี่ย = 8.63, SD = 1.31), ทักษะการตัดสินใจใน การควบคุมระดับความดันโลหิต เลือด (ค่าเฉลี่ย = 11.33, SD = 1.92) ตามด้วยระดับที่เพียงพอ รวมถึงทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง (ค่าเฉลี่ย = 11.96, SD = 2.35) และพฤติกรรมสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย = 23.0, SD = 5.39)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (n=50)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มควบคุม					
	ก่อน			หลัง		
	Mean	S.D.	Result	Mean	S.D.	Result
1. ทักษะการรู้คิด	3.08	0.99	Inadequate	2.96	1.05	Inadequate
2. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล	6.76	1.64	Problematic	7.08	1.63	Sufficient
3. ทักษะการสื่อสาร	8.60	2.41	Inadequate	8.92	2.01	Inadequate
4. ทักษะการจัดการตัวเอง	9.88	1.83	Problematic	9.64	2.21	Problematic
5. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	6.68	1.28	Problematic	6.84	1.43	Problematic
6. ทักษะการตัดสินใจ	8.48	3.88	Excellent	8.32	3.98	Excellent
7. พฤติกรรมสุขภาพ	21.36	4.20	Sufficient	20.72	3.66	Problematic

ตารางที่ 3 ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยในระดับที่มีปัญหา ได้แก่ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง (ค่าเฉลี่ย = 7.08, SD = 1.63) และทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต (ค่าเฉลี่ย = 9.88, SD = 1.38) นอกจากนี้ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (ค่าเฉลี่ย = 6.68, SD = 1.28) รองลงมาคือ ระดับที่ไม่เพียงพอ ได้แก่ ทักษะความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง (Mean = 3.08, SD = 0.99) และทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง (Mean = 8.60, SD = 2.41) รองลงมาคือระดับที่เพียงพอ คือ พฤติกรรมสุขภาพ (Mean = 21.36, SD = 4.20) และระดับสุดท้ายดีเยี่ยม คือ ทักษะการตัดสินใจในการควบคุมระดับความดันโลหิต (Mean = 8.48, SD = 3.88) ขณะที่กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่มีปัญหา ได้แก่ ทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต (ค่าเฉลี่ย = 99.64, SD = 2.21), ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง (ค่าเฉลี่ย = 6.84, SD = 1.43) และพฤติกรรมสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย = 20.72, SD = 3.66) รองลงมาคือ ระดับไม่เพียงพอ, ได้แก่ ทักษะการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Mean = 2.96, SD = 1.05) และทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Mean = 8.92, SD = 2.01) รองลงมาคือระดับทักษะที่เพียงพอในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง (Mean = 7.08, SD = 1.63) และระดับสุดท้ายดีเยี่ยม คือ ซึ่งเป็นทักษะการตัดสินใจในการควบคุมระดับความดันโลหิต (ค่าเฉลี่ย = 8.32, SD = 3.98)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลองโดยใช้ dependent t-test (n=25)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง				t-test	P-value
	ก่อน		หลัง			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. ทักษะการรู้คิด	3.44	1.19	4.88	1.01	5.43	<0.01
2. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล	7.24	1.83	9.08	1.44	5.85	<0.01
3. ทักษะการสื่อสาร	9.60	2.23	11.96	2.35	5.56	<0.01
4. ทักษะการจัดการตัวเอง	10.12	2.58	12.08	2.27	3.71	0.001
5. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	7.04	1.61	8.64	1.31	5.65	<0.01
6. ทักษะการตัดสินใจ	10.50	2.30	11.33	1.92	2.46	0.02
7. พฤติกรรมสุขภาพ	20.76	6.24	23.0	5.39	3.37	0.003

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ทักษะการรับรู้ (ก่อนค่าเฉลี่ย = 3.44, SD = 1.19, หลังค่าเฉลี่ย = 4.88, SD = 1.01), ทักษะการเข้าถึงข้อมูล (ก่อนค่าเฉลี่ย = 7.24, SD = 1.83, หลังค่าเฉลี่ย = 9.08, SD = 1.44) ทักษะการสื่อสาร (ก่อนค่าเฉลี่ย = 9.60, SD = 2.23, หลังค่าเฉลี่ย = 11.96, SD = 2.35) ทักษะการจัดการตนเอง (ก่อนค่าเฉลี่ย = 10.12, SD = 2.58, หลังค่าเฉลี่ย = 12.08, SD = 2.27), ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (ก่อนค่าเฉลี่ย = 7.04, SD = 1.61 หลังค่าเฉลี่ย = 8.64, SD = 1.31) และพฤติกรรมสุขภาพ (ก่อนค่าเฉลี่ย = 20.76, SD = 6.24 หลังค่าเฉลี่ย = 23.0, SD = 3.37) มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับทักษะการตัดสินใจ (ก่อน Mean = 10.50, SD = 2.30, หลัง Mean = 11.33, SD = 2.46) คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการทดลองโดยใช้ dependent t-test (n=25)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มควบคุม				t-test	P-value
	ก่อน		หลัง			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. ทักษะการรู้คิด	3.08	0.99	2.96	1.05	0.72	0.47
2. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล	6.76	1.64	7.08	1.63	0.79	0.43
3. ทักษะการสื่อสาร	8.60	2.41	8.92	2.01	0.77	0.44
4. ทักษะการจัดการตัวเอง	9.88	1.83	9.64	2.21	0.55	0.58
5. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	6.68	1.28	6.84	1.43	0.50	0.61
6. ทักษะการตัดสินใจ	8.48	3.88	8.32	3.98	0.73	0.57
7. พฤติกรรมสุขภาพ	21.36	4.20	20.72	3.66	-1.17	0.20

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุม พบว่า ทักษะการรับรู้ (ก่อนค่าเฉลี่ย = 3.08, SD = 0.99, หลังค่าเฉลี่ย = 2.96, SD = 1.05), ทักษะการเข้าถึงข้อมูล (ก่อนค่าเฉลี่ย = 6.76, SD = 1.64, หลังค่าเฉลี่ย =

7.08, SD = 1.63) ทักษะการสื่อสาร (ก่อนค่าเฉลี่ย = 8.60, SD = 2.41, หลังค่าเฉลี่ย = 8.92, SD = 2.01) ทักษะการจัดการตนเอง (ก่อนค่าเฉลี่ย = 9.88, SD = 1.83, หลังค่าเฉลี่ย = 9.64, SD = 2.21), ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (ก่อนค่าเฉลี่ย = 6.68, SD = 1.28 หลังค่าเฉลี่ย = 6.68, SD = 1.43), ทักษะการตัดสินใจ (ก่อนค่าเฉลี่ย = 8.48, SD = 3.88 หลังค่าเฉลี่ย = 8.32, SD = 3.98) และพฤติกรรมสุขภาพ (ก่อนค่าเฉลี่ย = 21.36, SD = 4.20 หลังค่าเฉลี่ย = 20.72, SD = 3.66) มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ independent t-test

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean	S.D.	Mean difference	t-test	P-value
1. ทักษะการรู้คิด					
กลุ่มทดลอง	4.88	1.01	1.92	6.54	<0.01
กลุ่มควบคุม	2.96	1.05			
2. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล					
กลุ่มทดลอง	9.08	1.44	2.00	4.59	<0.01
กลุ่มควบคุม	7.08	1.63			
3. ทักษะการสื่อสาร					
กลุ่มทดลอง	11.96	2.35	3.04	0.32	<0.01
กลุ่มควบคุม	8.92	2.01			
4. ทักษะการจัดการตัวเอง					
กลุ่มทดลอง	12.08	2.27	0.24	3.84	<0.01
กลุ่มควบคุม	9.64	2.21			
5. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ					
กลุ่มทดลอง	8.64	1.31	1.80	4.61	<0.01
กลุ่มควบคุม	6.84	1.43			
6. ทักษะการตัดสินใจ					
กลุ่มทดลอง	11.36	1.89	3.04	3.44	0.01
กลุ่มควบคุม	8.32	3.98			
7. พฤติกรรมสุขภาพ					
กลุ่มทดลอง	23.00	5.39	2.28	1.74	0.88
กลุ่มควบคุม	20.72	3.66			

ตารางที่ 6 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าหลังจากการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงทักษะการรับรู้ด้วย การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 7 ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ใช้ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนเฉลี่ย

ระดับความดันโลหิต	ก่อน				หลัง			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
1. Systolic blood pressure	146.80	15.13	144.20	12.51	143.48	11.45	145.16	11.19
2. Diastolic blood pressure	92.72	10.30	91.88	12.05	89.32	4.58	89.84	4.62

จากตารางที่ 7 ก่อนการทดสอบ ระดับเฉลี่ยของความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองคือ 146.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 15.13 ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมคือ 144.20 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 12.51 ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตตัวล่างของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 92.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 10.30 ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 91.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 12.05 และเมื่อเปรียบเทียบหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวล่าง เฉลี่ย เท่ากับ 143.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 11.45, ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 145.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.19 ระดับความดันโลหิตล่างเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 89.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.58 สำหรับกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 89.84 และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 4.62

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษายืนยันว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมในโครงการ KRAP มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าในด้านความรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง รวมถึงทักษะการตัดสินใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ ทักษะเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม อาจเป็นเพราะโปรแกรม KRAP ใช้แนวคิดของ Nutbeam แนวทางการส่งเสริมสุขภาพนี้รวมเอาองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาทักษะทั้ง 6 ประการเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีของแต่ละบุคคล ผู้วิจัยใช้แนวคิดนี้เพื่อสร้างกิจกรรมและสื่อการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและติดตามผู้เข้าร่วมโครงการอย่างใกล้ชิด

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม KRAP ความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรม KRAP เพิ่มความรู้ด้านสุขภาพและความตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ โปรแกรมยังส่งเสริมการดำเนินการป้องกันและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นประโยชน์ เช่น การตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำ ลดการบริโภคเกลือ และออกกำลังกายเป็นประจำ โดยการเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการวัดผลลัพธ์ก่อนและหลังการแทรกแซง ผลปรากฏว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการแทรกแซงมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

กิตติกรรมประกาศ

เราขอแสดงความขอบคุณอย่างจริงใจต่อบุคคลและกลุ่มต่อไปนี้สำหรับการสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กลุ่มเสี่ยงในการตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงมะดะ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหมู่ที่ 1, 4 และ 19 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงมะดะ ที่ให้ความช่วยเหลือในการรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ อาจารย์ ดร.พิษณุรักษ์ กันทวี ที่ปรึกษาการวิจัยของเรา ที่ให้แนวทางและข้อเสนอแนะในการ ปรับปรุงและแก้ไขงานวิจัยในด้านต่างๆ

การมีส่วนร่วมของคุณมีความสำคัญต่อความสำเร็จของการศึกษาวิจัยนี้ และเราขอขอบคุณสำหรับความช่วยเหลือและความร่วมมือของทุกท่านในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดทำ โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงให้เกิดความครอบคลุมอย่างต่อเนื่องทั้งในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วย เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วย
2. โปรแกรมนี้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักวิชาการสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ควรได้รับการอบรมและเข้าใจในเรื่องของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสามารถถ่ายทอดความรู้ได้อย่างครอบคลุมในทุกทักษะ

เอกสารอ้างอิง

1. *DSpace*. (n.d.). https://repository.li.mahidol.ac.th/entities/publication/a9ef331a-650f-4b19-8508-5d86fb72bd7b
2. *Effectiveness of Health Risk Behaviors Related to Complementary Careers Prevention Programs for Students Applying Health Belief Models and Social Support Watkhaopanomnang School, Suphan Buri Province*. (n.d.).
3. *View of health literacy and health outcomes in hypertensive patients*. (n.d.). https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/243809/165725
4. *View of The Effect of Health Literacy Program According to the 3E 2S Principle on Health Literacy, Preventive Behaviors, and Blood Pressure Levels among People in Hypertensive Risk Group*. (n.d.). https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/article/view/260356/180277
5. แก้วโภคา, น. (2560, January 1). *การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชนแขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร*. https://thaidj.org/index.php/phcdj/article/view/2695
6. นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าชัย อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย, อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, & อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. (n.d.). ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลท่าชัย อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย. *ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลท่าชัย อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย*.

7. อินทร กำแหง, ร. ดร. อ. & สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (n.d.). (Creating and Developing of Thailand Health Literacy Scales). *การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย (Creating and Developing of Thailand Health Literacy Scales)*.
8. บุญมั่น, ท. (2566, January 1). ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2 ส. ของประชาชน อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย. https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/1229

ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 บนหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน

พัชรี มณีวงศ์
งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน จำนวน 30 คน โดยการใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ระยะเวลาทดลองใช้ 4 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมุติฐานการวิจัยเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง ใช้สถิติ Independent t- test

ผลการวิจัยพบว่า การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) ผลการศึกษาโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อลดระดับน้ำตาลและเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน

คำสำคัญ: ประสิทธิผล โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Effectiveness of meditation (SKT) therapy to reduce blood sugar level in Type 2 Diabetes Mellitus in Chiang Saen hospital

Patcharee maneewong
In pateint department Chiang Saen Hospital, Chiang Rai Province

ABSTRACT

This Quasi-experimental research aimed to study effectiveness of meditation (SKT) therapy to reduce blood sugar level in Type 2 Diabetes Mellitus in Chiangsaen hospital.

The samples included 30 inpatients with type 2 diabetes mellitus at Chiang Saen Hospital, obtained by purposive sampling as follow criteria. Meditation Therapy Program (SKT) for lower blood sugar level among inpatients with type 2 diabetes mellitus at Chiang Saen Hospital composed of three activities take time experiment four months. An interview form was used for data collection. An independent t-test was used for data analysis in terms of hypothesis testing to compare the pre- and post-experimental phases.

The findings revealed as follows. For the comparison of health literacy based on the principles of 3E 2S among inpatients with type 2 diabetes mellitus, it was found that their health literacy in the post-experimental phase was significantly higher ($p < 0.001$). The study of the Meditation Therapy Program (SKT) for lower blood sugar level among inpatients with type 2 diabetes at Chiang Saen Hospital, Chiang Rai Province can be applied to take care of inpatients with type 2 diabetes to reduce blood sugar level and improve their better quality of life.

Keywords: Effectiveness, Meditation Therapy Program (SKT) ,Type 2 diabetes

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากมีความผิดปกติของการหลั่งของอินซูลิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของร่างกาย การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมักพบภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจในด้านการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (เชียงรายเวชสาร,2564)

โดยสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคน และคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุก ๆ 5 วินาที (โรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค ,2565) จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย พบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี (โรคไม่ติดต่อ /สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค ,2565) เบาหวานเป็น 1 ใน 5 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือประมาณ 320,000 คนต่อปีและทุก 1 ชั่วโมงมีผู้เสียชีวิต 37 ราย ซึ่งการเสียชีวิตมักเกิดจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะโรคไตวาย (Singburi Hospital Journal,2565)

สถานการณ์จำนวนผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลเชียงแสน พบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน พ.ศ. 2564-2566 เท่ากับ 6,934, 7,402, 4,249 (6 เดือน) ราย ตามลำดับ จากตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ต้องมากกว่าร้อยละ 40 จากการดำเนินงาน พบว่าร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ในปี 2564-2566 ยังไม่ผ่านเกณฑ์และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลพบสาเหตุจากผู้ป่วยโรคเบาหวานยังขาดความตระหนัก ขาดความรู้และความเข้าใจ มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่คุมอาหาร ไม่ออกกำลังกาย รับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง มีภาวะเครียด

จะเห็นได้ว่าแนวโน้มการป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งในปัจจุบันทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ มีเพียงการรับประทานยาตามแพทย์สั่งเท่านั้น ยังไม่มีทางเลือกในการรักษาทางอื่นๆให้แก่ผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเอง โปรแกรมสมาธิบำบัดแบบ SKT เป็นความเชื่อมโยงของการปฏิบัติสมาธิกับการทำงาน ของระบบประสาท จากงานวิจัยเกี่ยวกับสมาธิ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า การทำสมาธิแบบสมถะ หายใจเข้า พุทธ หายใจออก โธ นั้น สามารถช่วยให้คลายเครียดได้ดี แต่ถ้าสามารถควบคุมการฝึกประสาทสัมผัสทั้ง 6 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้นการสัมผัส และการเคลื่อนไหว ได้ด้วยก็จะทำให้การทำสมาธินั้นมีผลดี ต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบอารมณ์ และพฤติกรรม ระบบภูมิต้านทานของ ร่างกาย ระบบไหลเวียนเลือด และระบบอื่น ๆ ในร่างกายได้เป็นอย่างดี จึงได้มีการพัฒนาเป็นรูปแบบสมาธิบำบัดที่ช่วยเยียวยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น โดยการฝึกสมาธิวันละ 2 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ (สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี และสิริพิชญ์ เตรียมชัยศรี, 2554)

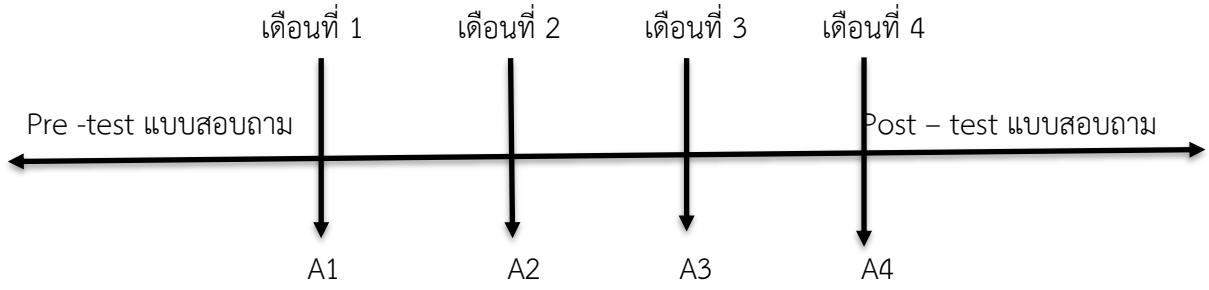
ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญ จึงได้นำเอาโปรแกรมการใช้สมาธิบำบัด SKT มาใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โดยประยุกต์ใช้ในการแนะนำผู้ป่วย ให้มีความรู้ใช้ในการดูแลสุขภาพ เพื่อช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด และเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบาบัด SKT
2. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบาบัด SKT

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้



A1 หมายถึง กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้ ความเข้าใจและความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน บันทึกระดับน้ำตาล ครั้งที่ 1 ก่อนการฝึกปฏิบัติ สาธิตการทาสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1,3 และฝึกปฏิบัติ

A2 หมายถึง กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการให้กลุ่มตัวอย่าง ทำสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1,3 และบันทึกลงในแบบบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างทุกคน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นให้ปฏิบัติ และลงบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติ

A3, A4 หมายถึง กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการติดตาม และประเมินผล นัดผู้ป่วยมาตรวจระดับน้ำตาลในเลือด Post test แบบสัมภาษณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) วิจัยระหว่างเดือนมกราคม - เดือนเมษายน พ.ศ.2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน การสุ่มตัวอย่างจะใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับวินิจฉัยโดยแพทย์ 2) มีสติสัมปชัญญะดี 3) ไม่เคยปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT มาก่อน 4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เข้าร่วมกิจกรรมตามวันเวลาที่กำหนด ติดต่อกันได้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยเบาหวานที่สื่อสารไม่ได้ 2) ผู้ป่วยเบาหวานที่เจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 3) ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการจนครบ 4) ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. โปรแกรมทดลองคือ โปรแกรมสมาธิบาบัด SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย จำนวน 3 กิจกรรม
2. แบบสัมภาษณ์ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ส่วนสูง น้าหนัก รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ดูแล โรคประจำตัวอื่น

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส ประกอบด้วยด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ 2ส ด้านการสื่อสารทางสุขภาพตาม 3อ 2ส ด้านการจัดการตนเอง ตาม 3อ 2ส ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ตาม 3อ 2ส ด้านการตัดสินใจ ตาม 3อ 2ส ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน ตามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ด โดยใช้ระดับการวัด ข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ลักษณะคำถามแบบวัดความรู้ ค่า 3 ระดับคือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ

วิธีรวบรวมข้อมูล

โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน มีขั้นตอนการทดลอง ดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ด้วยการให้กลุ่มทดลองทำแบบสัมภาษณ์คุณลักษณะส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส แบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน หลังจากดำเนินกิจกรรมครบ 3 กิจกรรม แล้วผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลหลังทดลองเช่นเดียวกับก่อนทดลอง

2. การทดลอง

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ ความเข้าใจและความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน บันทึกระดับน้ำตาล ครั้งที่ 1 ก่อนการฝึกปฏิบัติ สาธิตการทำสมาธิบาบัด SKT ท่าที่ 1,3 และฝึกปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 2 ให้กลุ่มตัวอย่าง ทำสมาธิบาบัด SKT ท่าที่ 1,3 และบันทึกลงในแบบบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างทุกคน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นให้ปฏิบัติ และลงบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 3 ระยะติดตามและประเมินผล นัดผู้ป่วยมาตรวจระดับน้ำตาลในเลือด Post test แบบสัมภาษณ์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Independent t-test โดยพิจารณาค่า P-value ที่มีค่าน้อยกว่า 0.05 หรือมีนัยสำคัญทางสถิติ (Significantly และรายงานผลเป็นค่า Mean differences, P-value และ 95% Confidence Interval (CI)

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง CRPPHO No. 254/2566 ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน เป็นเพศชาย (51.60%) เพศหญิง(48.40%) มีอายุระหว่าง 51-66 ปี (63.33%) (Mean = 1.9667, S.D.=.61495, Min =1 Max =3) มีสถานภาพโสด (73.33%) และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (56.67%) อาชีพเกษตรกรรม (56.67%) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงแสน

คุณลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	16	51.60
	หญิง	14	48.40
อายุ (ปี)			
	< 50	6	20
	51 – 66	19	63.33
	>= 67	5	16.67
	Mean = 1.9667, S.D.=.61495, Min =1 Max =3		
สถานภาพสมรส			
	โสด	6	20
	สมรส/คู่/อยู่ด้วยกัน	22	73.33
	หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่,คู่สมรสถึงแก่กรรม	2	6.66
ระดับการศึกษาสูงสุด			
	ไม่ได้ศึกษา	3	10
	ประถมศึกษา	17	56.67
	มัธยมศึกษา/ปวช.	10	33.33
อาชีพ			
	ว่างงาน/ไม่มีอาชีพ	1	3.33
	เกษตรกรรม	17	56.67
	ค้าขาย/เจ้าของกิจการ	2	6.67
	รับจ้างทั่วไป	10	33.33

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.000, t=-7.588) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ 2ส	2.32	0.47	1.38	0.48	7.58	58	0.000
ด้านการสื่อสารทางสุขภาพตาม 3อ 2ส	2.20	0.31	1.30	0.32	10.96	58	0.000
ด้านการจัดการตนเอง ตาม 3อ 2ส	2.29	0.39	1.40	0.46	7.87	58	0.000
ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ตาม 3อ 2ส	1.66	0.26	1.53	0.08	2.56	58	0.013
ด้านการตัดสินใจ ตาม 3อ 2ส	2.32	0.42	1.37	0.37	9.09	58	0.000

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.000, t = 5.431) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	2.59	0.42	2.04	0.36	5.43	58	0.000

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส ในด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ 2ส ด้านการสื่อสารทางสุขภาพตาม 3อ 2ส ด้านการจัดการตนเอง ตาม 3อ 2ส ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ตาม 3อ 2ส ด้านการตัดสินใจ ตาม 3อ 2ส และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) เสนอกรอบแนวคิดในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยอธิบายความเชื่อมโยงของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การให้การศึกษา (education) การสร้างความเคลื่อนไหวทางสังคม (social mobilization) การชี้แนะสาธารณะ (advocacy)

ฯลฯ ทำให้เกิด ผลลัพธ์จากการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) การกระทำและอิทธิพลทางสังคม (social action & influence) และนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพและแนวทางปฏิบัติขององค์กร (healthy public policy & organizational practice) องค์ประกอบทั้ง 3 ส่วนทำให้เกิดผลดีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะกลาง ได้แก่ วิถีชีวิตที่มีสุขภาวะ (healthy lifestyles) บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (effective health services) และสภาวะแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ (healthy environment) นำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพ (health outcomes) และผลลัพธ์ทางสังคม (social outcomes) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ต้องการและเป็นเป้าหมายของสำคัญของการพัฒนา

ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ โสมนัส นามโพธิ์ชัย, อรสุดา ศรีพรม พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) ครบกำหนดตามเกณฑ์จำนวน 47 คน และปฏิบัติไม่ครบกำหนด จำนวน 14 คน ผลการศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้ 1) การฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) ครบกำหนดตามเกณฑ์ ค่าฮีโมโกลบินเอวันซีก่อนฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.37 (S.D = 1.76) และหลังฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.07 (S.D = 1.95) ระดับความสัมพันธ์ระหว่างก่อนและหลังฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) มีค่าเท่ากับ 0.840 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติ (P-value<0.001) ค่า t มีค่าเท่ากับ 1.87, df = 44 ซึ่งค่า t เป็นบวกหมายความว่าฮีโมโกลบินเอวันซีหลังฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3 มีค่าน้อยกว่า ก่อนฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) ทำให้สรุปได้ว่าค่าฮีโมโกลบินเอวันซีก่อนและหลังฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) มีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) (95%CI-=-0.022, 0.617) 2) การฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) ไม่ครบกำหนดตามเกณฑ์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) ไม่ถึง 30นาที ต่อครั้ง หรือไม่ได้ทำทุกวัน ขาดความสม่ำเสมอ ผลพบว่าค่าฮีโมโกลบินเอวันซีก่อนฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) มีค่าเฉลี่ย 8.60 (S.D = 2.08) และหลังฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) มีค่าเฉลี่ย 7.04 (S.D = 1.98) ระดับความสัมพันธ์ระหว่างก่อนและหลังฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) มีค่าเท่ากับ 0.843 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทางสถิติ (P-value<0.001) ค่า t มีค่าเท่ากับ -1.32, df = 13 ซึ่งหากค่า t ติดลบ หมายความว่าค่าฮีโมโกลบินเอวันซีหลังฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) มีค่าทางสถิติที่มากกว่า ทำให้สรุปได้ว่าค่าฮีโมโกลบินเอวันซีก่อนและหลังฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) มีค่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value > 0.001) (95% CI=-1.687, 0.2545)

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจาก ผศ.ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยตระหนักถึง ความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์ และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเชียงแสน หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมตาม โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส และมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น และสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดังนั้น ผู้บริหารของโรงพยาบาลเชียงแสน สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลเชียงแสนได้

เอกสารอ้างอิง

ธีรพล มโนศักดิ์เสรี. (2564). ผลของสมาธิบาบัด SKT ต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน. วารสาร Mental Health.

ยุวรัตน์ ม่วงเงิน. (2562). คู่มือการพยาบาลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในผู้ใหญ่ที่มีภาวะก่อนเกิดโรคเบาหวาน ชนิดที่2 .พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพ:คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

รุจิรางค์ วรรณ์ธนาทัศน์. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต.

โรงพยาบาลเชียงแสน งานเวชระเบียนและสถิติ .(2566). รายงานสถิติประจาปี 2566. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลเชียงแสน.

วรัญญากรณ์ โนใจและคณะ. (2561). ผลของการปฏิบัติสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบ SKT ต่อระดับน้ำตาลใน เลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน. วารสารพยาบาลทหารบก.

วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี. (2561).โรคเบาหวานชนิดที่2 การป้องกันและการสนับสนุนการจัดการตนเอง. กรุงเทพ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมพร กันทรดุษฎีเตรียมชัยศรี. (2550) . การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยา พิมพ์ครั้งที่ 9. นนทบุรี : สานักพิมพ์โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.

สำรวย กัลยณี และศศิวรรณ ทัศนเอี่ยม .(2562). ผลของการประยุกต์ใช้หลัก 3อ. 2ส.ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงรายใหม่.วารสารราชพฤกษ์.

การพัฒนารูปแบบสนับสนุนการจัดการสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ โรงพยาบาลพาน

เรวดี โค้วจิริยะพันธุ์[1], อิสริยา ราชคม[2], ปุณญณิน เขื่อนเพ็ชร์[3]
โรงพยาบาลพาน

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบสนับสนุนการจัดการสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ โรงพยาบาลพานและศึกษาผลลัพธ์รูปแบบสนับสนุนการจัดการสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ โรงพยาบาลพาน ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน 36 ราย ที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง และผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

ขั้นตอนการดำเนินการ คือ (1) การวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพ (2) พัฒนารูปแบบสนับสนุนการจัดการสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ โรงพยาบาลพาน บูรณาการร่วมกับแนวคิดสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) ของ Kanfer & Gaelick-Buys (1991) และจัดทำโปรแกรม “สุขภาพดี ออกแบบได้ ด้วยตนเอง” โดยมีองค์ประกอบ 2 ส่วน คือ 1) แนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) 6 ด้าน ได้แก่ อาหารและโภชนาการ, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การนอนหลับที่มีคุณภาพ, การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด (บุหรี่/แอลกอฮอล์), ความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก และ 2) การสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง การเสริมแรงตนเอง ผู้วิจัยให้คำแนะนำทางโทรศัพท์และนัดติดตามในโรงพยาบาล โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองภายใต้การสนับสนุนจากทีมสุขภาพ และ (3) การประเมินผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติการทดสอบ เปรียบเทียบผลก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 16

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคาเฉลี่ยน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในเลือด และคาเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด (FBS) หลังอดอาหาร ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) มีพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีผู้ป่วยจำนวน 6 ราย (ร้อยละ16.67) ควบคุมระดับน้ำตาลได้โดยไม่ต้องใช้ยา ผู้ป่วยจำนวน 19 ราย (ร้อยละ 52.78) ควบคุมระดับน้ำตาลได้โดยไม่ต้องปรับเพิ่มยา ในขณะที่ ผู้ป่วยจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 8.33) ลดยาเบาหวานได้ และผู้ป่วย จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 11.11) หยุดยาเบาหวานได้ อย่างไรก็ตาม พบผู้ป่วย จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 11.11) จำเป็นต้องปรับเพิ่มยา เนื่องจากไม่สามารถควบคุมค่าน้ำตาลในเลือด (FBS) ได้ โดยมีปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรม ได้แก่ การบริโภคสุรา การรับประทานข้าวเหนียว การควบคุมอาหารไม่สม่ำเสมอ ต้องได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ได้ สามารถนำไปขยายผลในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆต่อไป

คำสำคัญ: เวชศาสตร์วิถีชีวิต, เบาหวานรายใหม่, พฤติกรรมสุขภาพ

ผลงานวิชาการ
ประเภทงานประจำสู่งานวิจัย
ด้วยโปสเตอร์

ผลของนวัตกรรมกระเป๋าใส่ถุงปัสสาวะสะดวกดี ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ

รักษณา ข่ายสุวรรณ
โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของนวัตกรรม “กระเป๋าใส่ถุงปัสสาวะสะดวกดี” ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสาย (Foley Catheter) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจำนวน 12 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 6 ราย และกลุ่มทดลอง 6 ราย กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามแนวทางปกติของโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำร่วมกับการใช้นวัตกรรมดังกล่าว มีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามความพึงพอใจ

ผลการวิเคราะห์พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 8.83 เป็น 18.00 คะแนน (Δ = +9.17, p = 0.016) และกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นจาก 12.00 เป็น 14.83 คะแนน (Δ = +2.83, p = 0.019) โดยค่าผลต่างระหว่างกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.005) แสดงให้เห็นว่านวัตกรรมช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมในระดับ “มากที่สุด” (ค่าเฉลี่ยรวม 4.63 จาก 5.00 คะแนน) และจากข้อมูลปลายเปิดพบว่า นวัตกรรมช่วยเพิ่มความมั่นใจ ความสะดวกในการเคลื่อนไหว และลดความรู้สึกเขินอายของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

คำสำคัญ: นวัตกรรม, การดูแลตนเอง, สายสวนปัสสาวะ, การฟื้นฟูสมรรถภาพ, ความพึงพอใจ

The Effect of “Convenient Urinary Bag Holder” Innovation on Self-Care Behaviors among Patients with Indwelling Urinary Catheters

Raksana Khaysuwan
Maelao Hospital

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to investigate the effect of the “Convenient Urinary Bag Holder” innovation on self-care behavior among patients with indwelling Foley catheters. The sample consisted of 12 patients, divided into a control group (n = 6) and an experimental group (n = 6). The control group received standard self-care guidance, while the experimental group received the same guidance along with the innovation. Data were collected before and after the intervention using a self-care behavior assessment and a satisfaction questionnaire.

The results showed that the experimental group’s self-care behavior score increased from 8.83 to 18.00 points (Δ = +9.17, p = 0.016), while the control group’s score increased from 12.00 to 14.83 points (Δ = +2.83, p = 0.019). The difference in improvement between groups was statistically significant (p = 0.005), indicating that the innovation effectively enhanced self-care behavior.

Furthermore, the experimental group reported a very high level of satisfaction (mean score 4.63 out of 5.00). Open-ended feedback indicated that the innovation increased confidence, convenience during movement, and reduced embarrassment in patients.

Keywords: innovation, self-care, urinary catheter, rehabilitation, satisfaction

บทนำ

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection: UTI) เป็นหนึ่งในโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสาย (Indwelling Catheter) อย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยอัมพาต ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้สายสวนปัสสาวะ (Catheter-Associated Urinary Tract Infection: CAUTI)(1) ภาวะนี้นอกจากจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ และเพิ่มภาระในการดูแลรักษาของระบบบริการสุขภาพ[2]

จากข้อมูลของโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ระหว่างปี พ.ศ. 2563–2567 พบว่า UTI เป็นหนึ่งใน 5 อันดับโรคที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยใน (Inpatient Department: IPD) โดยในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย UTI รวม 118 ราย และยังมีรายงานว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่กลับบ้านพร้อมสายสวน มีจำนวนหนึ่งที่ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำจากภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ[7] นอกจากนี้ ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพยังคงพบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น วางถุงปัสสาวะบนพื้น ถือสายตลอดเวลา หรือปล่อยให้สายงอหรือตึง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อ CAUTI(2)(6)

แนวทางป้องกันการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การจัดตำแหน่งถุงปัสสาวะให้ถูกต้อง การรักษาความสะอาด และการไม่สัมผัสสิ่งสกปรก[6] อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติจริง ผู้ป่วยบางรายอาจมีข้อจำกัดด้านการเรียนรู้ การเคลื่อนไหว หรือความเข้าใจ ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามแนวทางที่แนะนำอย่างต่อเนื่อง[3]

จากปัญหาดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนานวัตกรรม “กระเป๋าใส่ถุงปัสสาวะสะดวกดี” ขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดวางถุงปัสสาวะได้ในตำแหน่งที่เหมาะสม ลดการสัมผัสสิ่งปนเปื้อน และเคลื่อนไหวระหว่างทำกิจกรรมฟื้นฟู เช่น ยืน เดิน หรือออกกำลังกาย ได้อย่างมั่นใจ ปลอดภัย และส่งเสริมการปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามหลักสุขอนามัย ซึ่งจากการทดลองเบื้องต้นกับผู้ป่วย 4 ราย พบว่าไม่มีรายใดเกิด CAUTI และมีระดับความพึงพอใจสูงมากทั้งในกลุ่มผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล

เพื่อประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมนี้อย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยจึงออกแบบการศึกษาแบบกึ่งทดลอง โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับเพียงคำแนะนำการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่ใส่สายสวนปัสสาวะ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะของ รพ.แม่ลาว[7] กับกลุ่มทดลองที่ได้รับคำแนะนำพร้อมใช้นวัตกรรม “กระเป๋าใส่ถุงปัสสาวะสะดวกดี” เพื่อศึกษาผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะก่อนและหลังได้รับการแทรกแซงภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะหลังได้รับการแทรกแซงระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในการใช้นวัตกรรม “กระเป๋าใส่ถุงปัสสาวะสะดวกดี” ในกลุ่มทดลอง

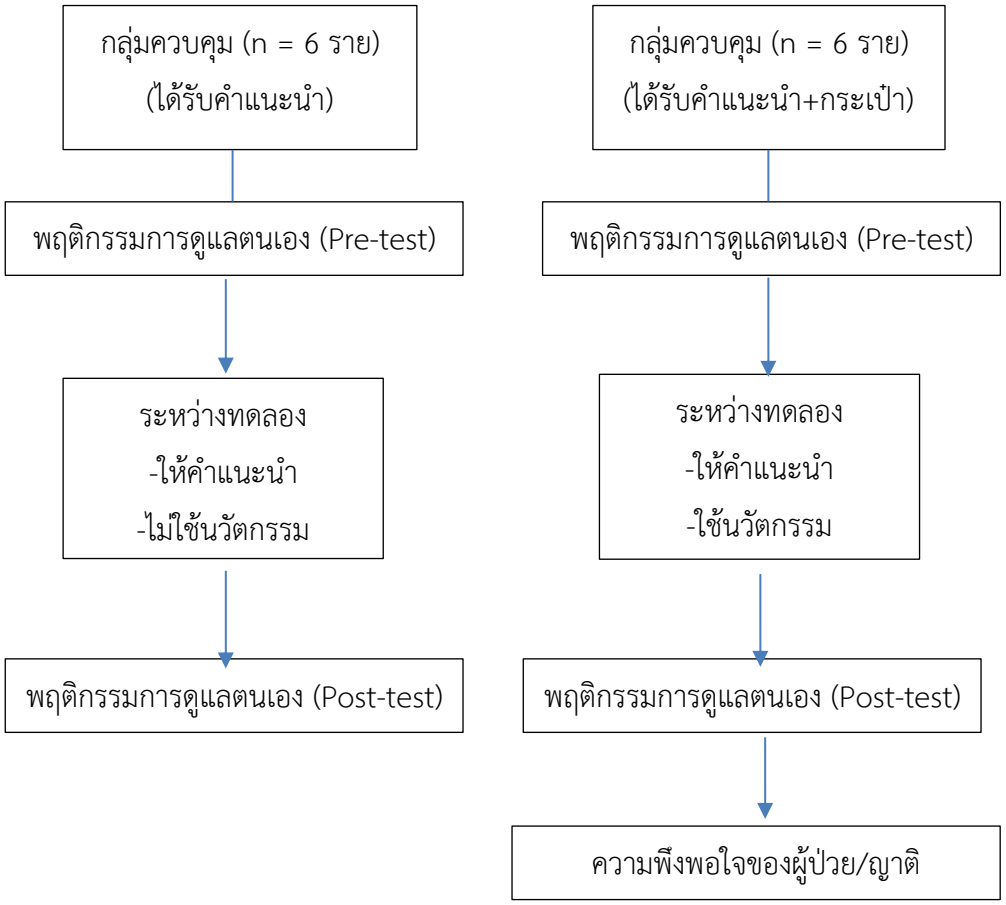
สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับการแทรกแซงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการแทรกแซง
2. ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับการแทรกแซงสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ผู้ป่วยและญาติในกลุ่มทดลองจะมีความพึงพอใจในระดับสูงต่อการใช้นวัตกรรม “กระเป๋าใส่ถุงปัสสาวะสะดวกดี”

กรอบแนวคิดการวิจัย

ประเภทตัวแปร	รายละเอียด
ตัวแปรต้น	1. การให้คำแนะนำ + การใช้นวัตกรรมกระเป๋าสะพายถุงปัสสาวะ (เฉพาะกลุ่มทดลอง) 2. การให้คำแนะนำทั่วไป (กลุ่มควบคุม)
ตัวแปรตาม	1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2. ความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม (เฉพาะกลุ่มทดลอง)
ตัวแปรควบคุม	อายุ เพศ ความเข้าใจเบื้องต้นก่อนการทดลอง

แผนภาพกรอบแนวคิด



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบ มีกลุ่มควบคุม (Controlled Trial) มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test/Post-test Design) เพื่อศึกษาผลของนวัตกรรม “กระเป๋าใส่ถุงปัสสาวะสะดวกดี” ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสาย (Foley Catheter)

การวิจัยดำเนินขึ้นระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- กลุ่มทดลอง จำนวน 6 ราย ได้รับคำแนะนำการดูแลตนเอง ร่วมกับ การใช้นวัตกรรมกระเป๋าใส่ถุงปัสสาวะสะดวกดี
- กลุ่มควบคุม จำนวน 6 ราย ได้รับคำแนะนำการดูแลตนเองตามแนวทางปกติของโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะทางท่อ (Foley Catheter) อย่างต่อเนื่องมากกว่า 7 วัน และได้รับบริการจากโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ทั้งในแผนกผู้ป่วยใน (IPD) แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) และกลุ่มผู้ป่วยในชุมชนที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) โดยงานเวชกรรมฟื้นฟูและงานการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

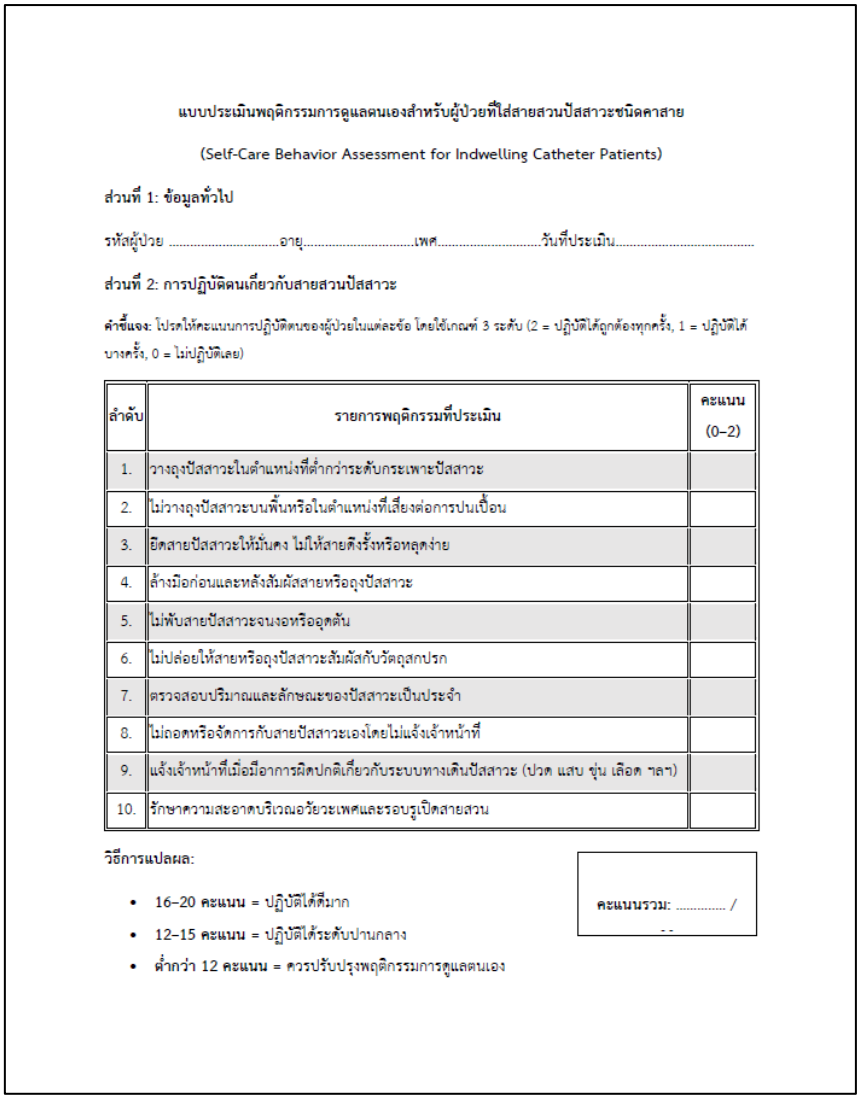
1. ผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสาย (Foley Catheter) ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา มากกว่า 7 วัน
2. เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน (IPD) แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) และกลุ่มผู้ป่วยในชุมชนที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) โดยงานเวชกรรมฟื้นฟูและงานการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC)
3. สามารถให้ข้อมูล และประเมินตนเองได้ หรือมีผู้ดูแลช่วยสื่อสารข้อมูล
4. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย

1. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสาย เป็นแบบประเมินตนเองที่ผู้ป่วยสามารถประเมินพฤติกรรมของตนเองได้ จำนวนข้อ: 10 ข้อ ลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (2 = ปฏิบัติสม่ำเสมอ 1 = บางครั้ง 0 = ไม่เคยปฏิบัติ) คะแนนรวมสูงสุด 20 คะแนน การแปลผลดังนี้

- 16–20 คะแนน = ปฏิบัติได้ดีมาก
- 12–15 คะแนน = ปฏิบัติได้ระดับปานกลาง
- ต่ำกว่า 12 คะแนน = ควรปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังภาพที่ 1



แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสาย

(Self-Care Behavior Assessment for Indwelling Catheter Patients)

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป

รหัสผู้ป่วย .....อายุ.....เพศ.....วันที่ประเมิน.....

ส่วนที่ 2: การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสายสวนปัสสาวะ

คำชี้แจง: โปรดให้คะแนนการปฏิบัติตนของผู้ป่วยในแต่ละข้อ โดยใช้เกณฑ์ 3 ระดับ (2 = ปฏิบัติได้ถูกต้องทุกครั้ง, 1 = ปฏิบัติได้บางครั้ง, 0 = ไม่ปฏิบัติเลย)

ลำดับ	รายการพฤติกรรมที่ประเมิน	คะแนน (0–2)
1.	วางถุงปัสสาวะในตำแหน่งที่ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะ	
2.	ไม่วางถุงปัสสาวะบนพื้นหรือในตำแหน่งที่เสี่ยงต่อการปนเปื้อน	
3.	ยึดสายปัสสาวะให้มั่นคง ไม่ให้สายดึงรั้งหรือหลุดง่าย	
4.	ล้างมือก่อนและหลังสัมผัสสายหรือถุงปัสสาวะ	
5.	ไม่พับสายปัสสาวะจนงอหรืออุดตัน	
6.	ไม่ปล่อยให้สายหรือถุงปัสสาวะสัมผัสกับวัตถุสกปรก	
7.	ตรวจสอบปริมาณและลักษณะของปัสสาวะเป็นประจำ	
8.	ไม่ถอดหรือจัดการกับสายปัสสาวะเองโดยไม่แจ้งเจ้าหน้าที่	
9.	แจ้งเจ้าหน้าที่เมื่อมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะ (ปวด แสบ ขุ่น เลือด ฯลฯ)	
10.	รักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะเพศและรอบรูเปิดสายสวน	

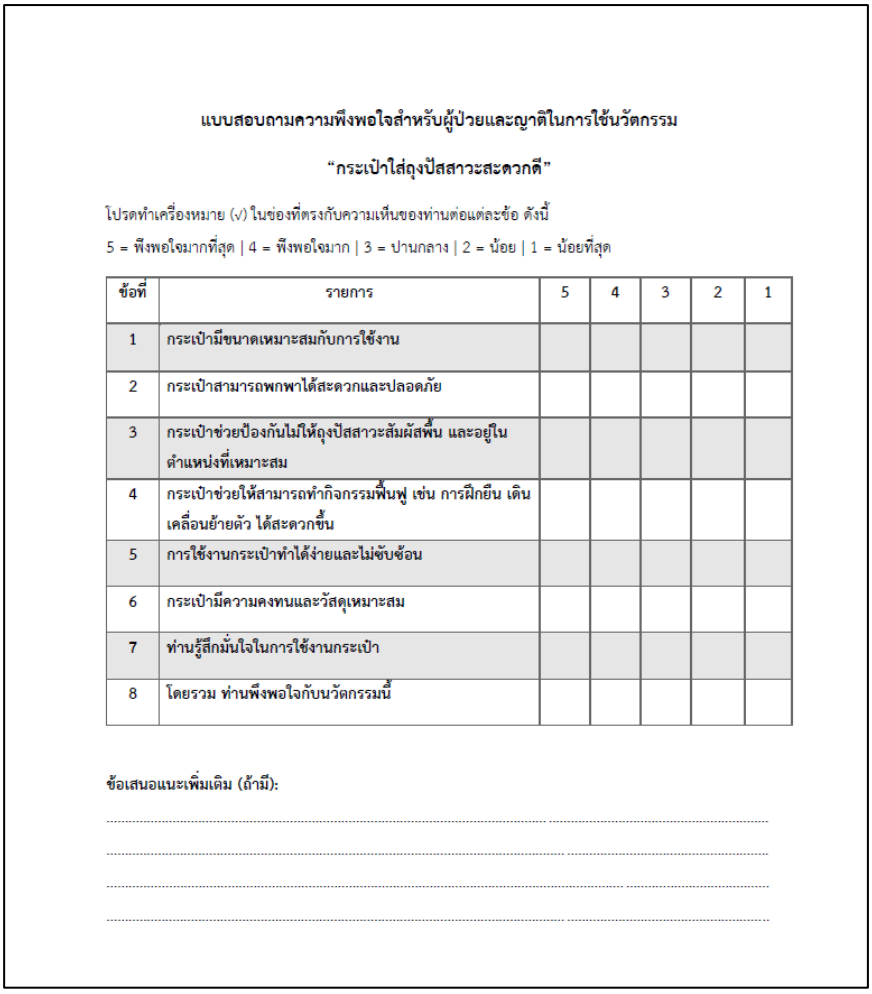
วิธีการแปลผล:

- 16–20 **คะแนน** = ปฏิบัติได้ดีมาก
- 12–15 **คะแนน** = ปฏิบัติได้ระดับปานกลาง
- ต่ำกว่า 12 **คะแนน** = ควรปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเอง

คะแนนรวม: ..... / --

ภาพที่ 1 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสาย

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในการใช้นวัตกรรม จำนวนข้อ: 8 ข้อ ลักษณะคำถามแบบมาตราส่วน Likert 5 ระดับ (5 = มากที่สุด, 1 = น้อยที่สุด) และมีคำถามปลายเปิด 1 ข้อ สำหรับเสนอแนะหรือให้ความคิดเห็น ดังภาพที่ 2



แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยและญาติในการใช้นวัตกรรม

“กระเป๋าใส่ถุงปัสสาวะสะดวกดี”

โปรดทำเครื่องหมาย (√) ในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านต่อแต่ละข้อ ดังนี้

5 = พึงพอใจมากที่สุด | 4 = พึงพอใจมาก | 3 = ปานกลาง | 2 = น้อย | 1 = น้อยที่สุด

ข้อที่	รายการ	5	4	3	2	1
1	กระเป๋ามีขนาดเหมาะสมกับการใช้งาน					
2	กระเป๋าสามารถพกพาได้สะดวกและปลอดภัย					
3	กระเป๋าช่วยป้องกันไม่ให้ถุงปัสสาวะสัมผัสพื้น และอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม					
4	กระเป๋าช่วยให้สามารถทำกิจกรรมฟื้นฟู เช่น การฝึกยืน เดิน เคลื่อนย้ายตัว ได้สะดวกขึ้น					
5	การใช้งานกระเป๋าทำได้ง่ายและไม่ซับซ้อน					
6	กระเป๋ามีความคงทนและวัสดุเหมาะสม					
7	ท่านรู้สึกมั่นใจในการใช้งานกระเป๋า					
8	โดยรวม ท่านพึงพอใจกับนวัตกรรมนี้					

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม (ถ้ามี):

.....

.....

.....

.....

ภาพที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในการใช้นวัตกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

นวัตกรรมที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ คือ “กระเป๋าใส่ถุงปัสสาวะสะดวกดี” ซึ่งได้รับการออกแบบและพัฒนาเพื่อเพิ่มความสะดวกในการพกพาถุงปัสสาวะ ลดความเสี่ยงในการดึงสายปัสสาวะ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัย โดยมีลักษณะและคุณสมบัติดังนี้

1. วัสดุกระเป๋า ผลิตจากผ้าที่มีความหนาและแข็งแรง ตัวกระเป๋ามีโครงสร้างอยู่ทรง สามารถรับน้ำหนักของถุงปัสสาวะได้โดยไม่ย้วยหรือเสียรูปทรงระหว่างการใช้งาน

2.ขนาดกระเป๋า มีความยาว 28 เซนติเมตร และความกว้าง 20 เซนติเมตร ซึ่งสามารถบรรจุถุงปัสสาวะขนาด 1,000 มิลลิลิตรได้อย่างพอดี ไม่แน่นหรือหลวมจนเกินไป

3.สายสะพาย เป็นสายสะพายพาดบ่าที่สามารถปรับระดับความยาวได้ เพื่อให้ตำแหน่งของถุงปัสสาวะอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะตามหลักการทางการแพทย์ และช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องใช้มือหิ้วถุงขณะเดิน

4.สายรัดต้นขา มีสายรัดถุงปัสสาวะจำนวน 2 เส้น ใช้ยึดถุงปัสสาวะเข้ากับต้นขาของผู้ป่วย โดยสามารถปรับระดับได้ตามขนาดรอบขา และยึดด้วยตีนตุ๊กแก เพื่อความกระชับ ไม่หลุดหรือเคลื่อนตัวขณะผู้ป่วยยืน เดิน หรือทำกิจกรรมอื่น ๆ ทั้งยังช่วยลดการแกว่งของถุง

5.ช่องระบายปัสสาวะ มีช่องสำหรับเปิดรูระบายปัสสาวะที่ออกแบบให้ใช้งานสะดวก โดยไม่ต้องถอดถุงออกจากกระเป๋า

ภาพที่ 3 ภาพนวัตกรรม “กระเป๋าใส่ถุงปัสสาวะสะดวกดี”

วิธีรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ก่อนการทดลอง (Pre-test) ผู้วิจัยดำเนินการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบประเมินที่แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสาย

2. ระหว่างการทดลอง

- กลุ่มทดลองได้รับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง พร้อมการ สาธิตและฝึกปฏิบัติการใช้นวัตกรรมกระเป๋าสะพายถุงปัสสาวะ

- กลุ่มควบคุมได้รับเพียงการให้คำแนะนำตามแนวทางปฏิบัติมาตรฐานของโรงพยาบาล โดยไม่มีการใช้นวัตกรรม

3. หลังการทดลอง (Post-test)

ผู้วิจัยดำเนินการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอีกครั้ง โดยใช้แบบประเมินชุดเดิมกับที่ใช้ในช่วงก่อนทดลองนอกจากนี้ กลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมกระเป๋าสะพายถุงปัสสาวะโดยใช้แบบสอบถามแบบมาตราส่วน Likert 5 ระดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้สำหรับอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น
   - ค่าความถี่ (Frequency)
   - ร้อยละ (Percentage)
   - ค่าเฉลี่ย (Mean)
   - ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัด (กลุ่มละ 6 คน) จึงเลือกใช้ สถิติที่ไม่เป็นพารามิเตอร์ (Non-parametric Statistics) ดังนี้

- การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลอง ใช้ Wilcoxon Signed-Rank Test สำหรับการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม (ก่อน-หลัง) ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
- การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้ Mann-Whitney U Test สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอิสระ
- การวิเคราะห์ความพึงพอใจของกลุ่มทดลองต่อการใช้นวัตกรรมด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยประกอบด้วยผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสาย จำนวน 12 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 6 ราย โดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 69.2 ปี เป็นเพศชาย 5 ราย และเพศหญิง 1 ราย ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 67.2 ปี เป็นเพศชาย 4 ราย และเพศหญิง 2 ราย ซึ่งถือว่ามีคุณลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 (ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง n = 12)

กลุ่ม	n	อายุเฉลี่ย (ปี)	เพศชาย	เพศหญิง
ควบคุม	6	69.2	5	1
ทดลอง	6	67.2	4	2

2. ผลการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ก่อนการทดลอง

จากการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสาย จำนวน 12 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 6 ราย พบว่า กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลองเท่ากับ 12.00 คะแนน (SD = 2.83) มัธยฐาน 11.5 คะแนน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับ “ควรปรับปรุง” จำนวน 3 ราย (50.0%) ระดับ “ปานกลาง” จำนวน 2 ราย (33.3%) และระดับ “ดีมาก” จำนวน 1 ราย (16.7%) กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองอยู่ที่ 8.83 คะแนน (SD = 2.40) มัธยฐาน 9.0 คะแนน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (5 ราย หรือ 83.3%) อยู่ในระดับ “ควรปรับปรุง” และมีเพียง 1 ราย (16.7%) ที่อยู่ในระดับ “ปานกลาง” โดยไม่มีผู้ใดอยู่ในระดับ “ดีมาก” ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 (ตารางสถิติเชิงพรรณนาเปรียบเทียบก่อนทดลอง)

ตัวชี้วัด	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
ค่าเฉลี่ย	12.00	8.83
SD	2.83	2.40
ค่าต่ำ-สุด / สูง-สุด	9 / 17	6 / 13
มัธยฐาน	11.5	9.0
สัดส่วน “ดีมาก”	1 คน (16.7 %)	0
สัดส่วน “ปานกลาง”	2 คน (33.3 %)	1 คน (16.7 %)
สัดส่วน “ควรปรับปรุง”	3.คน (50.0 %)	5.คน (83.3 %)

หลังการทดลอง

ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 14.83 คะแนน (SD = 1.47) เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองเฉลี่ย 2.83 คะแนน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับ “ปานกลาง” และ “ดีมาก” อย่างละ 3 ราย (50.0%) กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 18.00 คะแนน (SD = 0.63) เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองเฉลี่ย 9.17 คะแนน โดยผู้ป่วยทุกคน (100%) อยู่ในระดับ “ดีมาก” สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงในทางบวกอย่างชัดเจน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 (ตารางสถิติเชิงพรรณนาเปรียบเทียบหลังทดลอง)

ตัวชี้วัด	กลุ่มควบคุม (n = 6)	กลุ่มทดลอง (n = 6)
ก่อนทดลอง	12.00 ± 2.83	8.83 ± 2.40
หลังทดลอง	14.83 ± 1.47	18.00 ± 0.63
Δ (หลัง-ก่อน)	**+2.83 ± 1.47**	**+9.17 ± 2.14**

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน พบว่า ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองต่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.019 และ p = 0.016 ตามลำดับ) หลังได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสายสวนปัสสาวะ นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนระหว่างกลุ่มด้วย Mann-Whitney U test พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการพัฒนาที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.005) แสดงให้เห็นว่านวัตกรรม “กระเป๋าใส่ถุงปัสสาวะสะดวกดี” มีผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างชัดเจน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 (ตารางสถิติเชิงอนุมาน)

การทดสอบ	ค่า p	ข้อสรุป
Wilcoxon Signed-Rank (กลุ่มควบคุม)	0.019	คะแนนหลัง > ก่อน อย่างมีนัยสำคัญ
Wilcoxon Signed-Rank (กลุ่มทดลอง)	0.016	คะแนนหลัง > ก่อน อย่างมีนัยสำคัญ
Mann-Whitney U (Δ ระหว่างกลุ่ม)	0.005	กลุ่มทดลองพัฒนามากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ

3. ผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มทดลอง

ผลความพึงพอใจของกลุ่มทดลองจากรายการประเมิน จำนวน 8 ข้อ

ผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มทดลองที่ใช้นวัตกรรม “กระเป๋าใส่ถุงปัสสาวะสะดวกดี” (n= 6) พบว่า คะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ที่ 4.63 จาก 5.00 คะแนน แสดงถึงระดับความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์ “มากที่สุด” รายการที่ได้รับคะแนนสูงสุดคือ “ความพึงพอใจโดยรวม” (เฉลี่ย 5.00 คะแนน) รองลงมาคือด้านการใช้งานง่าย ความสะดวกในการฟื้นฟู และความสามารถในการป้องกันถุงปัสสาวะจากการสัมผัสพื้น (เฉลี่ย 4.83

คะแนน เท่ากัน) ส่วนรายการที่ได้คะแนนต่ำที่สุดคือ “ความคงทนและวัสดุของกระเป๋า” ซึ่งยังอยู่ในระดับดี (เฉลี่ย 3.83 คะแนน) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มทดลอง (n = 6)

ลำดับ	รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับความพึงพอใจ
1	กระเป๋ามีขนาดเหมาะสมกับการใช้งาน	4.67	0.52	มากที่สุด
2	กระเป๋าสามารถพกพาได้สะดวกและปลอดภัย	4.67	0.52	มากที่สุด
3	กระเป๋าช่วยป้องกันไม่ให้ถุงปัสสาวะสัมผัสพื้น และอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม	4.83	0.41	มากที่สุด
4	กระเป๋าช่วยให้สามารถทำกิจกรรมฟื้นฟูได้สะดวกขึ้น (ยืน เดิน เคลื่อนย้ายตัว)	4.83	0.41	มากที่สุด
5	การใช้งานกระเป๋าทำได้ง่ายและไม่ซับซ้อน	4.83	0.41	มากที่สุด
6	กระเป๋ามีความคงทนและวัสดุเหมาะสม	3.83	0.41	มาก
7	ท่านรู้สึกมั่นใจในการใช้งานกระเป๋า	4.33	0.52	มากที่สุด
8	โดยรวม ท่านพึงพอใจกับนวัตกรรมนี้	5.00	0.00	มากที่สุด
	คะแนนเฉลี่ยรวมทุกข้อ	4.63	–	มากที่สุด

ผลความพึงพอใจของกลุ่มทดลองจากคำถามปลายเปิด

นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์คำถามปลายเปิดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ใช้นวัตกรรม “กระเป๋าใส่ถุงปัสสาวะสะดวกดี” จำนวน 6 ราย พบว่า มีความคิดเห็นในเชิงบวกและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 3 ประเด็นหลักดังนี้

1. ด้านความสะดวกในการใช้งาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่านวัตกรรมมีประโยชน์ในการใช้งานจริงในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหวและความปลอดภัย “ใช้สะดวกกว่าถุงธรรมดามาก ไม่เกะกะเวลาลุกเดิน” “พอมีสายสะพาย ทำให้ไม่ต้องถือถุงตลอด รู้สึกปลอดภัยขึ้น”

2. ด้านความมั่นใจและการฟื้นฟูสมรรถภาพ นวัตกรรมช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้าทำกิจกรรมมากขึ้นและรู้สึกมั่นใจต่อภาพลักษณ์ของตนเองขณะใช้งาน “รู้สึกมั่นใจเวลามีญาติหรือคนมาเยี่ยม ไม่อายเหมือนเมื่อก่อน” “สามารถเดินในห้องกายภาพได้สะดวก ไม่ต้องกลัวถุงหลุดหรือโดนพื้น” “พกไปไหนก็สะดวก ไม่ต้องถือถุงให้คนอื่นเห็น” “ไปทำธุระข้างนอกแล้วรู้สึกไม่อาย เพราะเหมือนกระเป๋าธรรมดา”

3. ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง แม้ภาพรวมจะสะท้อนความพึงพอใจในระดับสูง แต่ผู้ป่วยบางรายมีข้อเสนอแนะเชิงสร้างสรรค์เพื่อพัฒนานวัตกรรมให้ดียิ่งขึ้น เช่น “กระเป๋าสีขาวเปื้อนง่าย เลอะง่าย อยากให้มีสีเข้มหรือมีลวดลายบ้าง” “ถ้าทำสายรัดให้ปรับได้มากกว่านี้จะดี” “อยากให้มีกระเป๋าช่องเล็ก ๆ ใส่ของหรือกระดาษทิชชู่ด้วย”

สรุปผลการวิเคราะห์คำตอบปลายเปิดชี้ให้เห็นว่า นวัตกรรมสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ดีในด้าน การใช้งาน ความมั่นใจ และภาพลักษณ์ อีกทั้งยังได้รับข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาในเวอร์ชันถัดไป ทั้งในด้านฟังก์ชันและรูปลักษณ์

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของนวัตกรรม "กระเป๋าใส่ถุงปัสสาวะสะดวกดี" ที่พัฒนาขึ้น เพื่อช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสาย โดยใช้การออกแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พร้อมวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับคำแนะนำ แต่กลุ่มทดลองซึ่งได้รับการใช้นวัตกรรมควบคู่กับคำแนะนำ มีพัฒนาการที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นถึง 9.17 คะแนน ($p = 0.016$) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเพิ่มขึ้น 2.83 คะแนน ($p = 0.019$) การเปรียบเทียบค่าผลต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้ Mann-Whitney U test พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.005$) แสดงให้เห็นว่านวัตกรรมดังกล่าวมีส่วนช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มทดลอง ($n = 6$) ยังพบว่า คะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับ "มากที่สุด" (4.63 จาก 5.00 คะแนน) โดยผู้ป่วยให้คะแนนสูงในด้านความสะดวก ความมั่นใจในการใช้งาน และความสามารถในการทำกิจกรรมฟื้นฟูได้อย่างคล่องตัว นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอแนะเชิงสร้างสรรค์ที่ผู้วิจัยสามารถนำไปปรับปรุงนวัตกรรมต่อได้ เช่น สีของกระเป๋า วัสดุ ความสามารถในการรองรับน้ำหนัก และการเพิ่มช่องใส่ของ

เมื่อพิจารณาร่วมกับความคิดเห็นเชิงคุณภาพจากคำถามปลายเปิด จะเห็นได้ว่านวัตกรรมสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านกายภาพและด้านจิตสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเข้าสังคมมากขึ้น ลดความรู้สึกเขินอายและเพิ่มการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และหลักการของ Orem ในเรื่องการดูแลตนเอง (Self-care theory)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่านวัตกรรม "กระเป๋าใส่ถุงปัสสาวะสะดวกดี" เป็นเครื่องมือที่สามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับการนำไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีสายสวนปัสสาวะแบบคาสาย ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ลาว และทีมงานกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูที่ให้การสนับสนุนตลอดการดำเนินโครงการวิจัยฉบับนี้ รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในแผนกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และทีมเยี่ยมบ้าน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณผู้ป่วยและญาติทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างเต็มใจ และมีส่วนสำคัญในการทำให้งานวิจัยครั้งนี้บรรลุเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

โรงพยาบาลสามารถนำ “กระเป๋าใส่ถุงปัสสาวะสะดวกดี” ไปใช้ในงานฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสาย เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะเชิงวิจัย

1. ควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่าง และศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น การเกิด CAUTI หรือคุณภาพชีวิตหลังการใช้

2. ควรประเมินการใช้ในกลุ่มเฉพาะ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยอัมพาต หรือกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. Catheter-associated urinary tract infections (CAUTI). [Internet]. 2022 [cited 2025 Jun 24]. Available from: https://www.cdc.gov/hai/ca_uti/
2. รัตนาภรณ์ จันทร์เจริญ. การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากสายสวนปัสสาวะ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565;23(1):67–74.
3. Orem DE. Nursing: Concepts of Practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
4. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328–35.
5. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
6. หน่วยสารสนเทศมะเร็ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. การดูแลตนเองเมื่อใส่สายสวนปัสสาวะ [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [อ้างถึง 26 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://medinfo2.psu.ac.th/cancer/db/news_showpic.php?newsID=68&tyep_ID=2
7. งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลแม่ลาว. Work Instruction เรื่อง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ. โรงพยาบาลแม่ลาว. 2566. 1–1 น.

วิเคราะห์ NCD remission service ของโรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ปี พ. ศ. 2567

ธรรมพาวุฒิ ธรรมสิทธิ์
โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์และระดับการปรับใช้นโยบาย "NCD remissions" (ภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสงบ) ที่โรงพยาบาลแม่ลาว เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบต่อสุขภาพกาย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย NCDs ที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดนี้ และเพื่อระบุ ปัจจัยสนับสนุน ข้อจำกัด และอุปสรรค ในการดำเนินงาน รวมถึงนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางการปฏิบัติ เพื่อส่งเสริม NCD remissions อย่างยั่งยืน การวิจัยนี้จัดเป็น Mixed Methods Research ซึ่งเป็นการผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ

โดยทำการศึกษา NCD remission service สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่โรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ในช่วงเดือน มีนาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และผู้บริหารสถานพยาบาล การสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยและญาติ และการทบทวนเอกสารและข้อมูลสถิติสุขภาพ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ Descriptive Statistics ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ Content Analysis และ Thematic Analysis และมีการบูรณาการข้อมูล (Triangulation) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ

ผลการศึกษาพบว่าการนำแนวคิด NCD remissions มาใช้ที่โรงพยาบาลแม่ลาว ในลักษณะโครงการนำร่อง DM remission service ส่งผลดีต่อ สุขภาพกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยช่วยให้ลดหรือหยุดยาได้ และทำให้ค่าทางห้องปฏิบัติการ (HbA1c, BP, BMI) ดีขึ้นอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจ เป็นอิสระ และมีส่วนร่วมในสังคมมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังคงมี ข้อจำกัดในด้าน ความรู้ความเข้าใจที่ไม่ทั่วถึง การถอนตัวของผู้ป่วย และความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ จึงควรเน้นให้มีการศึกษาติดตามผลระยะยาว การศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผล การวิจัยเชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยที่ถอนตัว และการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสงบ (NCD remissions) นโยบาย NCD remissions สุขภาพกายของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

Analysis of Mae Lao Hospital's NCD Remission Service, Mae Lao District, Chiang Rai Province, 2024

Thammarawut Thammasit

ABSTRACT

Non-Communicable Diseases (NCDs) pose a significant public health challenge in Thailand. This research aims to evaluate the current status and implementation level of "NCD remissions" policies at Mae Lao Hospital. It also seeks to analyze the impact on the physical health and quality of life of NCD patients receiving care under this concept, identify supporting factors, limitations, and obstacles in its operation, and ultimately propose policy recommendations and practices to promote sustainable NCD remissions. This study employs a Mixed Methods Research approach, combining both qualitative and quantitative methodologies.

The study was conducted on the NCD remission service for patients with type 2 diabetes at Mae Lao Hospital, Mae Lao District, Chiang Rai Province, from March to October 2024. Data was collected using in-depth interviews with medical staff, patients, and hospital administrators, focus group discussions with patients and their relatives, and a review of documents and health statistics. Descriptive Statistics were used for the quantitative data analysis, while Content Analysis and Thematic Analysis were used for the qualitative data. Data triangulation was employed to enhance the credibility of the findings.

The study found that the implementation of the NCD remissions concept at Mae Lao Hospital, specifically through the pilot DM remission service project, had a positive impact on the physical health of patients with type 2 diabetes. It helped them reduce or discontinue medication and significantly improved laboratory values (HbA1c, BP, BMI). Furthermore, it positively affected quality of life, making patients feel proud, independent, and more engaged in society. However, the project faced limitations related to a lack of widespread understanding, patient withdrawal, and the sustainability of healthy behaviors. Therefore, future efforts should focus on long-term follow-up studies, cost-effectiveness analyses, in-depth research on patients who withdraw, and the development of an efficient monitoring and evaluation system.

Keywords: Non-Communicable Diseases (NCDs), NCD remissions, NCD remissions policy, Physical health, Quality of life

บทนำ

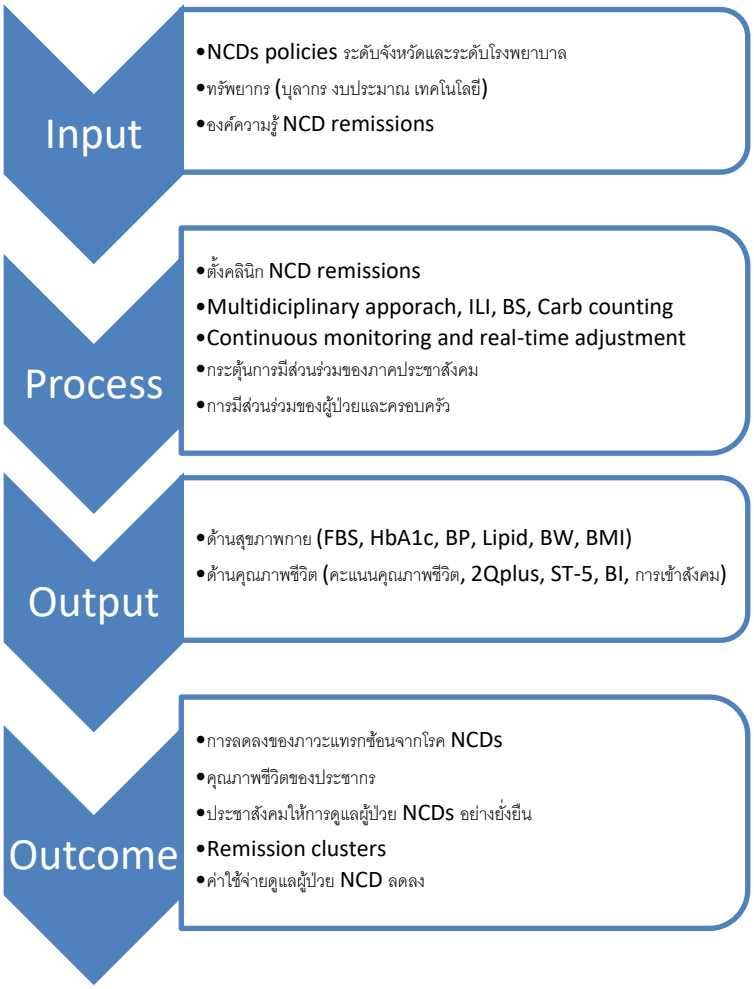
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) อาทิ เบาหวานประเภท 2, ความดันโลหิตสูง, โรคอ้วน, และไขมันในเลือดสูง ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย ปัจจุบัน NCDs ไม่เพียงบั่นทอนสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว แต่ยังสร้างภาระมหาศาลต่อระบบบริการสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศ โดยทั่วไป การจัดการ NCDs มักเน้นการควบคุมอาการและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้วยการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่การพึ่งพายาตลอดชีวิตและลดทอนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม แนวคิด “NCD remissions" (ภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสงบ) ได้รับความสนใจอย่างมากในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา แนวคิดนี้มุ่งเน้นการทำให้โรคสงบลงจนผู้ป่วยสามารถลดหรือหยุดยาได้ และกลับมามีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงปกติผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มข้น (Intensive Lifestyle Intervention: ILI) เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการน้ำหนัก การนำแนวคิด NCD remissions มาประยุกต์ใช้ในบริบทของประเทศไทย จึงเป็นความหวังใหม่ในการยกระดับการดูแลผู้ป่วย NCDs และลดภาระโรคในระยะยาว ซึ่งจะส่งผลดีต่อภาพรวมของสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินสถานการณ์และระดับการปรับใช้นโยบายหรือแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับ NCD remissions ของโรงพยาบาลแม่ลาว
2. เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อ สุขภาพกาย ของผู้ป่วย NCDs ที่ได้รับการดูแลตามแนวคิด NCD remissions ของโรงพยาบาลแม่ลาว
3. เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อ คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย NCDs ที่ได้รับการดูแลตามแนวคิด NCD remissions ของโรงพยาบาลแม่ลาว
4. เพื่อระบุปัจจัยสนับสนุน ข้อจำกัด และอุปสรรค ในการดำเนินงาน NCD remissions service ของโรงพยาบาลแม่ลาว
5. เพื่อนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางการปฏิบัติในการส่งเสริม NCD remissions service อย่างยั่งยืน ทั้งของโรงพยาบาลแม่ลาวและหน่วยงานด้านสุขภาพของจังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดนี้จะวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า (Input), กระบวนการ (Process), ผลลัพธ์ (Output), และผลกระทบ (Outcome) ของการปรับใช้นโยบาย NCD remissions ต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย NCDs โรงพยาบาลแม่ลาว ดังแผนภาพด้านล่าง:



ปัจจัยนำเข้า (Input):

นโยบายและแนวปฏิบัติของภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับ NCDs และการส่งเสริมสุขภาพ

ทรัพยากร (งบประมาณ, บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ, เทคโนโลยี)

องค์ความรู้ทางวิชาการและงานวิจัยเกี่ยวกับ NCD remissions

กระบวนการ (Process):

การดำเนินงานตามนโยบาย NCD remissions (เช่น การจัดตั้งคลินิก NCD remissions, โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มข้น, การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย)

กำหนดกิจกรรมที่จะทำในคลินิก NCD remissions ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการน้ำหนัก การนับคาร์โบไฮเดรต การให้คำแนะนำปรึกษาการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร (Bariatric surgery) รวมถึงการใช้เทคโนโลยีและระบบจัดการข้อมูลสารสนเทศ เพื่อออกแบบการปรับเปลี่ยน ควบคุม ติดตาม รวมถึงการประเมินผลลัพธ์การดูแลต่อเนื่อง ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และ/หรือการดูแลทางการแพทย์ให้เหมาะสมจำเพาะแก่บุคคล (Intensive Lifestyle Intervention: ILI)

การเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนในผู้ป่วยคลินิก NCD remissions โดยการตอบสนองตามเวลาจริง การให้ความรู้และการสื่อสารแก่ผู้ป่วยและสาธารณะ

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ (ภาครัฐ, เอกชน, ชุมชน)

ผลลัพธ์ (Output):

ด้านสุขภาพกาย:

อัตราการลดปริมาณยาหรือหยุดยา NCDs

อัตราการเข้าสู่ภาวะ Remission (เช่น FBS, HbA1c, BP, Lipid อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยไม่ใช้ยา)

การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวและดัชนีมวลกาย (BMI)

ด้านคุณภาพชีวิต:

คะแนนคุณภาพชีวิต (วัดจากแบบสอบถามมาตรฐาน)

การลดลงของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย NCDs

การเพิ่มขึ้นของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

การเพิ่มขึ้นของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

ผลกระทบ (Outcome):

การลดลงของภาวะแทรกซ้อนจากโรค NCDs ในภาพรวมของอำเภอแม่ลาว

การยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรอำเภอแม่ลาว

การเพิ่มขึ้นของการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมในการดูแลผู้ป่วย NCDs อย่างยั่งยืน

การต่อยอดขยายผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วย NCDs เพื่อหวังผลเข้าสู่ภาวะ NCD remissions ลงสู่ระดับตำบลอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพและมีการปรับปรุงพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย NCDs ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง (Remission clusters)

การลดภาระค่าใช้จ่ายของระบบสาธารณสุขอำเภอแม่ลาวในระยะยาว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์นี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ ผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยเน้นการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อให้ได้ภาพรวมที่ครอบคลุมและลึกซึ้งเกี่ยวกับสถานการณ์ NCD remissions ของโรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ในช่วง เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567 จนถึง เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมด 15 ราย ผู้บริหารสถานพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลแม่ลาว

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และผู้บริหารสถานพยาบาล การสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยและญาติ และการทบทวนเอกสารนโยบาย แนวปฏิบัติ และข้อมูลสถิติสุขภาพ

วิธีรวบรวมข้อมูล

การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews): ดำเนินการสัมภาษณ์ บุคลากรทางการแพทย์ และผู้บริหาร/ผู้กำหนดนโยบาย ของโรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย เพื่อเก็บข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับนโยบาย แนวปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน NCD remissionsดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้ป่วย NCDs ที่เข้าร่วมโครงการที่มุ่งเน้นการส่งเสริม NCD remissions โรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย เพื่อสอบถามประสบการณ์ตรง เกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยขณะ/หลังเข้าร่วมกิจกรมดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร, มีความวิตกกังวลในการใช้ยา ลดยา หยุดยา ขณะ/

หลังจากเข้าร่วมโครงการลดลง หรือไม่ อย่างไร, มีความมั่นใจในการดูแลตนเองตามแนวทางจากโครงการการส่งเสริม NCD remissions เพิ่มขึ้นขณะ/หลังจากเข้าร่วมโครงการ หรือไม่ อย่างไร, มีความรู้ ความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นที่บ้านและชุมชนขณะ/หลังจากเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นหรือไม่ อย่างไร และมีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน และมีส่วนร่วมในสังคม ขณะ/หลังจากเข้าร่วมโครงการได้หรือไม่ อย่างไร ผ่านการใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion): จัดสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ป่วย NCDs และญาติ เพื่อสำรวจความคิดเห็น ทัศนคติ และมุมมองที่มีต่อนโยบายและผลลัพธ์ของ NCD remissions รวมถึงปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคในการรักษาพฤติกรรมสุขภาพ การทบทวนเอกสาร (Document Review): รวบรวมและศึกษาเอกสารนโยบาย รายงานโครงการ และข้อมูลสถิติสุขภาพ เพื่อทำความเข้าใจบริบท การดำเนินงาน และผลลัพธ์เชิงปริมาณที่เกี่ยวข้องของโครงการและแนวปฏิบัติที่มุ่งเน้น NCD remissions ตั้งแต่ เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567 จนถึง เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567 ของโรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ: ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และ การวิเคราะห์แก่นสาร (Thematic Analysis) สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เพื่อระบุประเด็นสำคัญ รูปแบบ แนวโน้ม และข้อค้นพบที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับสถานการณ์การปรับใช้นโยบาย ผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยสนับสนุน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (เบื้องต้น) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อนำเสนอภาพรวมของข้อมูลสถิติสุขภาพที่รวบรวมได้ เช่น สัดส่วนของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะโรคสงบ, ค่าเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลง HbA1c, ความดันโลหิต และน้ำหนักตัวก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ NCD remissions ตั้งแต่ เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567 จนถึง เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567 ของโรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย การบูรณาการข้อมูล (Triangulation) นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพและเชิงปริมาณมาเปรียบเทียบ เชื่อมโยง และบูรณาการเข้าด้วยกัน เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่สมบูรณ์และมีความน่าเชื่อถือสูงขึ้น

ผลการศึกษา

ความตระหนักและการรับรู้: บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์และนักโภชนาการในระดับโรงพยาบาล ได้รับรู้และเข้าใจแนวคิด NCD remissions เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องผ่านการอบรมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อย่างไรก็ตาม ระดับความเข้าใจและการนำไปปฏิบัติยังในระดับบริการยังเป็นรูปแบบโครงการนำร่อง ซึ่งนโยบายระดับชาติกำหนดให้มี Clinic NCD remissions ที่มีทรัพยากรด้านสาถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์สำหรับการดูแลแบบผู้ป่วยนอกที่มีเวลาทำการที่ชัดเจน ยังไม่มีการระบุนโยบายที่มุ่งเน้นการเกิด NCD remissions โดยตรงเป็นเป้าหมายหลักเชิงยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล แต่มีการส่งเสริมแนวทางที่เอื้อต่อการบรรลุภาวะโรคสงบ เช่น การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การลดหวาน มัน เค็ม และการออกกำลังกาย และมีเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วย NCDs มีค่าตรวจวัดทางห้องปฏิบัติการส่งเสริมการบรรลุภาวะโรคสงบของผู้ป่วย NCDs การริเริ่มโครงการนำร่อง: โรงพยาบาลแม่ลาวได้ริเริ่มโครงการนำร่อง โดยใช้แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (DM remission service) โดยเน้นการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการติดตามผลอย่างใกล้ชิด แต่การดำเนินงานยังอยู่ในระยะนำร่องในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการเชิงรับที่โรงพยาลเป็นหลัก ยังไม่มีบริการคลินิก NCD remissions ที่ครอบคลุมทั่วทั้งอำเภอแม่ลาว และยังขาด

การบูรณาการเข้ากับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและภาคประชาสังคมของอำเภอแม่ลาวอย่างสมบูรณ์

การลดหรือหยุดยา: ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการนำร่อง DM remission service มีแนวโน้มสูงที่จะสามารถ ลดปริมาณยา หรือสามารถหยุดยาควบคุมโรคเบาหวานบางชนิดได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 5 ปี, ได้รับยาเบาหวานชนิดรับประทานเท่านั้น, มีค่า HbA1c เฉลี่ยไม่เกิน 7%, ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน และมีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) เกิน 27.5 Kgs/m^2 เบาหวาน: จากผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 13 ราย มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงหลังเข้าร่วมโครงการลดลงจนอยู่ในเกณฑควบคุมโรคได้ (HbA1c < 7%) ทั้งหมด 9 ราย (ร้อยละ 60), มีผู้ที่มีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ของผู้ป่วยลดลงจนอยู่ในระยะโรคสงบหลังจากเข้าร่วมโครงการ (HbA1c < 6.5%) จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 26.67), สามารถลดยาเบาหวานลงได้หลังจากเข้าร่วมโครงการ จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 26.67) และยังไม่มีผู้ที่เข้าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่ระยะโรคสงบโดยสามารถหยุดยาเบาหวานได้หลังจากเข้าร่วมโครงการความดันโลหิตสูง: ค่าความดันโลหิตลดลงและอยู่ในเกณฑ์ปกติหลังจากเข้าร่วมโครงการ (BP < 140/90 mmHg) อยู่ที่ 12 คน (ร้อยละ 92.3) โดยที่ความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure: SBP) ลดลงหลังเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 13 ราย (ร้อยละ 100) เฉลี่ยลดลง 17.15 มิลลิเมตรปรอท ส่วนความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure: DBP) ลดลงหลังเข้าร่วมโครงการ 9 ราย (ร้อยละ 69.23) เฉลี่ยลดลง 7.23 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่มีการบันทึกข้อมูลว่าสามารถใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงในปริมาณน้อยลงหรือสามารถหยุดยาได้กี่ราย ไขมันในเลือดและ CVD risk: ยังไม่มีการเก็บข้อมูลไขมันในเลือดสูงและการลดลงของ CVD risk ในผู้ที่เข้าโครงการเพื่อมุ่งเน้น Dyslipidemia remission การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักและดัชนีมวลกาย: การมีน้ำหนัดตัวและค่าดัชนีมวลกายที่เป็นปกติ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้โรคสงบและลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีน้ำหนักตัวลดลงหลังเข้าร่วมโครงการรวมกันทั้งหมด 47.5 กิโลกรัม โดยมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการที่มีน้ำหนักตัวลดลง 10 ราย (ร้อยละ 76.92) เฉลี่ยน้ำหนักตัวลดลง 3.54 กิโลกรัม ส่งผลให้ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) หลังจากเข้าร่วมโครงการ ลดลงเฉลี่ย 1.32 Kgs/m^2 และลดลงจนทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่มีภาวะอ้วน (BMI 18.5-22.9 Kgs/m^2) มีจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 30.77)

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ: ยังไม่มีการเก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการเกิด NCD remission เช่น จำนวนก้าวเดินต่อสัปดาห์ จำนวนนาทีที่ออกกำลังกายความเหนื่อยปานกลางต่อสัปดาห์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราลดลงลดลง ผ่านแบบสอบถาม AUDIT และ FTND เป็นต้น

ตารางที่ 1 ตารางแสดงผลการวัดเชิงปริมาณของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังร่วมโครงการ

No.	FPG (mg/dL)		HbA1c (%)		SBP (mmHg)		DBP (mmHg)		BW (Kgs)		BMI (Kgs/m^2)	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1	215	161	9.7	9.1	138	129	74	81	97	95	39.86	39.04
2	106	125	6	6.2	132	114	87	68	62	61	25.81	25.39
3	107	129	6.1	6.9	130	110	97	75	86	84	28.08	27.43
4	141	136	6.9	7.3	129	122	72	74	50	48	22.52	21.62
5	156	166	6.3	6.6	138	122	74	59	61	59	22.68	21.94
6	83	N/A	4.7	N/A	177	135	105	87	56	54	23.01	22.19
7	248	128	5.5	5	165	126	96	89	54	51	24.00	22.67
8	120	135	6.7	6.6	135	128	83	69	65	66	30.49	30.96
9	103	96	7.8	5.5	121	108	68	59	95	70	35.32	26.03
10	144	153	6.3	7.3	133	123	70	78	113	107	36.90	34.94
11	117	133	6.3	6.9	129	125	74	64	72	75	27.43	28.58
12	201	195	9.9	9.9	146	139	86	85	79	79	30.86	30.86
13	156	142	6.7	6.8	148	117	87	91	105	100	39.04	37.18

ภาวะจิตใจที่ดีขึ้น: ผู้ป่วยที่สามารถลดหรือหยุดยา และควบคุมโรคได้ดี แสดงออกถึง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในการดูแลสุขภาพ มีความมั่นใจในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน โดยให้ความเห็นว่ามีความกังวลเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างเข้มข้น (Intensive Lifestyle Intervention: ILI) ลดลงได้เป็นอย่างมาก ซึ่งไม่ยากอย่างที่คิดไว้ก่อนเข้าร่วมโครงการ และมีความหวังมากขึ้นว่าโครงการนี้จะสามารถลดโอกาสการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ในอนาคตความเป็นอิสระและพึ่งพาตนเอง: การลดการพึ่งพายาและมีสุขภาพกายที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโครงการรู้สึกเป็นอิสระจากการต้องกินยาปริมาณมากเป็นประจำ สามารถตัดสินใจและควบคุมสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น

การมีส่วนร่วมในสังคมและกิจกรรม: ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโครงการรู้สึกมีพลังงานและสุขภาพกายที่ดีขึ้น สามารถกลับไปทำกิจกรรมทางสังคม งานอดิเรก หรือประกอบอาชีพได้อย่างเต็มที่มากขึ้น ไม่เป็นภาระของครอบครัวหรือสังคม ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ: ผู้ที่เข้าร่วมโครงการมีการลดปริมาณยาหรือหยุดยา แต่ด้วยการทำโครงการเป็นระยะริเริ่ม จึงยังไม่ได้มีการคำนวณค่ายา และค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่ลดลง รวมถึงอัตราการลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในบทวิเคราะห์นี้

คุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น: ผู้ป่วยดยาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโครงการ บางรายรายงานว่ามีการนอนหลับที่มีคุณภาพดีขึ้น และมีพลังงานในการทำกิจกรรมประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ข้อจำกัดด้านทรัพยากร: ทีมบุคลากรต้องการความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มุ่งเน้นการเข้าสู่ระยะโรคสงบเพิ่มเติม เช่น การให้ความรู้ ดูแล ติดตามด้านโภชนาการและการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างเข้มข้น (Intensive Lifestyle Intervention: ILI)

การขาดความเข้าใจที่ทั่วถึง: จากการประชาสัมพันธ์โครงการ NCD remission service ของโรงพยาบาลแม่ลาวให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชินที่ 2 ทั้งหมด 45 ราย มีผู้สนใจเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 15 ราย ทั้งนี้เกิดจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยที่เข้าใจรูปแบบการดูแลผู้ป่วย NCDs ว่ายังคุ้นชินกับการรักษาปรับยาเชิงตั้งรับเป็นหลัก และยังไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับ NCD remission ที่ครบถ้วนถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยกลัวว่า

หากลดยาแล้วจะทำให้ระดับน้ำตาลและค่าทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ และทำให้เจ้าหน้าที่หน้างานไม่มั่นใจในการโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญต่อการทำ NCD remission และเข้าร่วมโครงการได้

การถอนตัวของผู้เข้าร่วมโครงการ: ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ 2 รายจาก 15 ราย ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการต่อ จากการสอบถามผู้ป่วยให้เหตุผลว่า ต้องทำงานต่างจังหวัด ต้องย้ายที่ทำงานหลายที่ จึงไม่สะดวกให้ทางทีมดูแลติดตามการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบเข้มข้น (Intensive Lifestyle Intervention: ILI)

ความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ: จากการขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความหมายของการที่โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะโรคสงบ และความคาดหวังที่ไม่ถูกต้องในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโครงการบางราย อีกทั้งการรักษาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่องเป็นความท้าทายสำหรับผู้ป่วยและทีมดูแลของ NCD remission service ในระยะยาว ต้องการการสนับสนุน การติดตามผล การเสริมแรงอย่างสม่ำเสมอ และการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม

ระบบข้อมูลและกลไกการติดตาม: การขาดระบบฐานข้อมูลกลางที่สามารถบันทึก ติดตาม และประเมินผลข้อมูลและตัวชี้วัดเฉพาะของ NCD remission service ของผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ ทำให้การประเมินผลในภาพรวมของจังหวัดเชียงรายทำได้ยาก ไม่มีข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาล (Benchmarking) จึงทำให้มีความยากในการทำการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ (Knowledge Management: KM) เพื่อพัฒนาเครือข่ายในการทำ NCD remission service

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิเคราะห์ ผลการวิเคราะห์ยืนยันว่า การปรับใช้นโยบายหรือแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับ NCD remission service ของโรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ได้ส่งผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาพกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย NCDs โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างชัดเจน แม้จะยังอยู่ในระยะเริ่มต้นและเป็นโครงการนำร่อง ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดนี้มีโอกาสสูงที่จะลดหรือหยุดยาควบคุมโรค จากผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 13 ราย พบว่ามีค่าทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เช่น มีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงหลังเข้าร่วมโครงการลดลงจนอยู่ในเกณฑควบคุมโรคได้ (HbA1c < 7%) ร้อยละ 60, ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงจนอยู่ในระยะโรคสงบ (HbA1c < 6.5%) ร้อยละ 26.67, สามารถลดยาเบาหวานลงได้ ร้อยละ 26.67, มีค่าความดันโลหิตลดลงและอยู่ในเกณฑ์ปกติหลังจากเข้าร่วมโครงการ (BP < 140/90 mmHg) ร้อยละ 92.3 โดยความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure: SBP) และ ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure: DBP) ลดลงเฉลี่ย 17.15 มิลลิเมตรปรอท และ 7.23 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ อีกทั้งยังทำให้น้ำหนักตัวลดลงหลังเข้าร่วมโครงการรวมกันทั้งหมด 47.5 กิโลกรัม ส่งผลให้ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) หลังจากเข้าร่วมโครงการ ลดลงเฉลี่ย 1.32 Kgs/m^2 และลดลงจนทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่มีภาวะอ้วน (BMI 18.5-22.9 Kgs/m^2) ได้ถึงร้อยละ 30.77

นอกจากผลประโยชน์ด้านสุขภาพกายแล้ว โครงการที่มุ่งเน้น NCD remission service ของโรงพยาบาลแม่ลาว ยังทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมโครงการให้ความเห็นว่า ทำให้มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพ รู้สึกเป็นอิสระจากการต้องกินยาปริมาณมากเป็นประจำ รู้สึกว่าการควบคุมสุขภาพของตนเองได้ไม่ใช้เรื่องยากอย่างที่เคยเข้าใจ บางรายรู้สึกว่าคุณภาพในการนอนหลับดีขึ้นหลังเข้าร่วมกิจกรรม และส่วนใหญ่มีความหวังว่าในอนาคตจะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจาก NCDs ในอนาคต

สิ่งนี้ตอกย้ำว่า NCD remissions ไม่ใช่เพียงแค่แนวคิดทางวิชาการ แต่สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อสร้างผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมและยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

อภิปรายผลการวิเคราะห์: ผลการวิเคราะห์สอดคล้องกับวรรณกรรมจากต่างประเทศ และผลการดำเนินงาน NCD remission service โรงพยาบาลต้นแบบของประเทศไทย ที่ชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของ NCD remissions โดยเฉพาะในกลุ่มเบาหวานประเภท 2 โรคความดันโลหิต และโรคอ้วน การที่ผู้ป่วยสามารถลดการพึ่งพายาได้นั้นเป็นผลมาจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มข้น ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อกลไกทางสรีรวิทยาของโรค อย่างไรก็ตาม การดำเนินงาน NCD remission service ของโรงพยาบาลแม่ลาว ยังคงเผชิญกับความท้าทายหลายประการ โดยเฉพาะเรื่องความรู้ความเข้าใจอย่างพียงพอของทีมดูแลสหสาขาวิชาชีพ ความต่อเนื่องในการติดตามผู้ป่วย และขาดความร่วมมือจากภาคส่วนประชาสังคม จึงทำให้การขยายผลและสร้างความยั่งยืนเป็นไปได้ค่อนข้างยาก ความสำเร็จที่พบส่วนใหญ่จึงจำกัดอยู่ในวงแคบของโครงการนำร่องที่มักมีทรัพยากรบุคลากรที่มีความรู้มากกว่า นอกจากนี้ยังขาดระบบการติดตามผลที่เป็นมาตรฐานและทันสมัย ทำให้เจ้าหน้าที่หน้างานเห็น NCD remission service เป็นงานที่เป็นภาระเพิ่มเติม บูรณาการกับงานที่ทำประจำได้ยาก และไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ในภาพรวมระดับประเทศได้อย่างแม่นยำ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบายขนาดใหญ่

กิตติกรรมประกาศ

ผลงานวิเคราะห์ระบบ NCD remissions โรงพยาบาลแม่ลาว สำเร็จได้ด้วยตัวอย่างที่ผู้เขียนรายงานได้ศึกษารูปแบบการเขียนบทวิเคราะห์ และคำแนะนำเกี่ยวกับระบบ NCD remissions จาก นายแพทย์คงศักดิ์ ชัยชนะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ลาว และเป็นแบบอย่างที่ดีในฐานะแพทย์ผู้ผลักดันระบบ NCD remissions ให้เกิดขึ้นได้ในระดับโรงพยาบาลชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ผู้เขียนใคร่ขอขอบคุณ นางสาวณิชาภา มณีรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้รับผิดชอบหลักคลินิก NCD remissions โรงพยาบาลแม่ลาว และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่ลาวในทุกระดับที่ช่วยเข้าใจ และร่วมมือปฏิบัติกันตามแผนที่วางเอาไว้ แม้จะเป็นระบบงานที่เกิดขึ้นใหม่ในโรงพยาบาล แต่ก็สามารถปรับตัวให้เข้ากับระบบงานที่ทำประจำประจำจนเกิดผลสัมฤทธิ์ที่พึงประสงค์ ตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรังในเขตอำเภอแม่ลาวให้ดีขึ้น และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่ลาวที่ทำงานอยู่เบื้องหลังทั้งหลายซึ่งผู้เขียนรายงานไม่อาจกล่าวชื่อได้ทั้งหมด ที่คอยตอบสนองการดำเนินงานทำบทวิเคราะห์ในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วง

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาติดตามผลระยะยาว: ควรมีการศึกษาติดตามผลผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ NCD remissions ในระยะยาว (มากกว่า 2-5 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของภาวะโรคสงบ และผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนจาก NCDs

การศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผล: ดำเนินการศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness) ของการดำเนินงาน NCD remissions อย่างน้อยที่สุด ในบริบทของ NCD remission Clinic ของโรงพยาบาลเป็นต้นไป เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการลงทุนด้านสุขภาพในระยะยาว และขยายผลต่อไปในภาคประชาสังคม

การวิจัยเชิงคุณภาพเชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ: ศึกษาเชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถบรรลุภาวะ NCD remissions เพื่อทำความเข้าใจถึงอุปสรรคและปัจจัยที่ไม่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติ NCD remission service ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล: วิจัยและพัฒนาระบบฐานข้อมูลและตัวชี้วัดที่เหมาะสม สะดวก ปลอดภัย เป็นเอกภาพ และทันสมัยสำหรับการติดตามและประเมินผล NCD remissions ในทุกระดับ ระดับ เพื่อให้สามารถพัฒนาระบบบริการสุภาพที่คุณภาพได้อย่าง ต่อเนื่อง เป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1 American Diabetes Association. (2024). Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care, 47(Supplement 1), S1-S301.

2 Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Jr., Collins, K. J., Himmelfarb, C. J., ... & Wright, J. T., Jr. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Journal of the American College of Cardiology, 71(19), e127-e248.

3 Mach, F., Baigent, C., Catapano, A. L., Koskinas, K. C., Pedersen, A. M., Amarenco, G., ... & Windecker, S. (2020). 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. European Heart Journal, 41(1), 111-188.

4 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2566). แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ พ.ศ. 2566. กระทรวงสาธารณสุข.

5 Lim, E. L., Hollingsworth, K. G., Aribisala, B. S., Chen, M. J., Cope, J. H., Rivera, J. C., & Taylor, R. (2011). Reversal of type 2 diabetes: normalisation of beta cell function in association with decreased pancreas and liver fat. Diabetologia, 54(4), 681-686.

6 Taylor, R. (2012). Type 2 diabetes: an obesogenic and reversible disease. Diabetes Care, 35(5), 1025-1033.

7 Taylor, R. (2019). Pathogenesis of type 2 diabetes: Triggers and reversal. Current Diabetes Reports, 19(3), 10.

8 Look AHEAD Research Group. (2013). Intensive Lifestyle Intervention for Weight Loss in Adults with Type 2 Diabetes: The Look AHEAD Trial. Diabetes Care, 36(6), 1547–1554.

9 Steven, S., Hollingsworth, K. G., Small, P. K., Allison, D., & Taylor, R. (2016). Reversal of Type 2 Diabetes after Bariatric Surgery Is Associated with the Remission of Pancreatic Steatosis. Diabetes Care, 39(6), 1152-1154.

10 สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ. รู้จักนับคาร์บ: การจัดการอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานด้วยการนับคาร์โบไฮเดรต.

11 Lean, M. E. J., Leslie, W. S., Barnes, A. C., Brosnahan, N., Thom, G., McCombie, L., ... & Taylor, R. (2018). Primary care-led weight management for remission of type 2

diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. The Lancet, 391(10120), 541-551.

12 Qaseem, A., Wilt, T. J., Kansagara, D., & Forciea, M. A. (2017). Pharmacologic Treatment of Hypertension in Adults Aged 60 Years or Older: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. Annals of Internal Medicine, 166(11), 779-791.

13 Centers for Disease Control and Prevention. (2022, June 3). Physical Activity Basics. Retrieved from ttps://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/index.htm

14 Paluch, A. E., Bajpai, S., Bassett, D. R., Carnethon, M. R., Ekelund, U., Evenson, K. R., ... & Omura, J. D. (2022). Daily steps and all-cause mortality: a meta-analysis of 15 international cohorts. The Lancet Public Health, 7(3), e219-e228.

15 Heidenreich, P. A., Bozkurt, B., Aguilar, D., Allen, L. A., Byun, J., Colvin, M. M., ... & Yancy, C. W. (2022). 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Journal of the American College of Cardiology, 79(17), e263-e421.

16 สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2566.

17 Taheri, S., Zaghlouleh, H., Khaldi, T. M. K., Amin, T., Al-Sulaiti, H., Yasin, J., ... & Lean, M. E. J. (2020). Effect of intensive lifestyle intervention on bodyweight and glycaemia in early type 2 diabetes (DIADEM-I): an open-label, parallel-group, randomised controlled trial. The Lancet Diabetes & Endocrinology, 8(7), 601-609.

18 Albosta, M., & Bakke, J. (2021). Intermittent Fasting: A User-Friendly Method for Type 2 Diabetes Mellitus. American Journal of Lifestyle Medicine, 15(6), 666-673. https://doi.org/10.1177/15598276211019010

19 Ramezani-Jolfaie, N., Razavi, M., Ziai, S. A., & Ramezani-Jolfaie, M. (2022). Ketogenic Diet and Multiple Health Outcomes: An Umbrella Review of Meta-Analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(21), 13917. https://doi.org/10.3390/ijerph192113917

20 สมาคมศัลยแพทย์เพื่อการรักษาโรคอ้วนและเมตาบอลิกแห่งประเทศไทย. TSMBS. สืบค้นเมื่อ 9 มิถุนายน 2568, จาก http://tsmbs.or.th/about-tsmbs/

21 McCombie, L., Leslie, W. S., Barnes, A. C., Brosnahan, N., Hopkins, N. J., Lean, M. E. J., ... & Briggs, A. D. M. (2021). Two-year within-trial and lifetime-horizon cost-effectiveness of the Diabetes Remission Clinical Trial (DiRECT). Diabetic Medicine, 38(2), e14402. https://doi.org/10.1111/dme.14402

22 กรมควบคุมโรค. (2566). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2566-2570. กระทรวงสาธารณสุข.

23 งานประชุมวิชาการ การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission). (2568). งานนำเสนอเรื่อง "แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระดับอำเภอ" โดย พญ.ชนัดดา สมคง จากโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. สืบค้นเมื่อ 9 มิถุนายน 2568, จาก https://www.youtube.com/watch?v=Otcf0UGilCY

ผลของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ระบบบริการ 3S (Self health Evaluation, Staff Rider Education, Smart Sytem)

นางสาวกรรณิการ์ เรืองดี[1], นายกิตติชัย ปัญญาวรรณ[2], นายบรรจง กาวิละมูล[3] ,นายธนกร จันทร์ทิม[4]
[1-4]กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลพาน

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิต โดยใช้ระบบบริการ 3S ได้แก่ (1) Self Health Evaluation การให้ความรู้สุขภาพแก่ผู้ป่วยเพื่อดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (2) Staff Rider Education การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่จัดส่งยาให้ผู้ป่วย และ (3) Smart System ระบบติดตามผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการ ลดภาระงานเจ้าหน้าที่ และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย โดยดำเนินการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพม่วงคำ กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย

การดำเนินการวิจัย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลม่วงคำ จำนวน 342 ราย ระยะเวลาดำเนินงาน เดือน พฤศจิกายน 2567 – พฤษภาคม 2568 โดยมีกิจกรรมหลัก ได้แก่ (1) การคัดกรองความต้องการรับบริการผ่านระบบ Telemedicine เพื่อประเมินความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยในการใช้บริการทางไกล (2) การอบรมผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านการควบคุมโรค ความเข้าใจในการใช้เทคโนโลยีและการดูแลตนเอง (3) การจัดส่งยาโดย Health Rider เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงยาอย่างต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงในการเดินทางมารับยา (3) การติดตามข้อมูลสุขภาพผ่าน Google Form และระบบไลน์กลุ่ม เพื่อติดตามผลสุขภาพ ความต่อเนื่องของการดูแล และความพึงพอใจของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบก่อน-หลังการดำเนินงาน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยได้รับบริการตามระบบ 3S เพิ่มขึ้น เฉลี่ยร้อยละ 96.33 มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 91.40 ค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยลดลงร้อยละ 85.71 รายได้ของสถานบริการเพิ่มขึ้น จำนวน 71,220 บาท และส่งผลให้เกิดรายได้ในชุมชน 35,610 บาท อีกทั้งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานได้ร้อยละ 75.30 จากผลลัพธ์ดังกล่าวเสนอแนะให้ขยายผลการใช้ระบบบริการ 3S ไปยังกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่ออื่น ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ลดภาระงานของบุคลากร และส่งเสริมระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง, ระบบบริการ 3S, Telemedicine

ผลของโปรแกรมให้ความรู้โรคมะเร็งปากมดลูกต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในกลุ่มวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

กิตติชัย ปัญญาวรรณ์
โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

เชื้อไวรัส Human Papillomavirus (HPV) เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งปากมดลูก อัตราการติดเชื้อ HPV พบได้สูงสุดในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนที่มีเพศสัมพันธ์อายุน้อยกว่า 25 ปี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้โรคมะเร็งปากมดลูกโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในกลุ่มวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 35 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2568 กระบวนการแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน (1) ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยและทีมสุขภาพออกแบบและพัฒนารูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร่วมกับพัฒนาสื่อการสอนโรคมะเร็งปากมดลูก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ความรู้โรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน และแรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก (2) ระยะปฏิบัติการ จัดโครงการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง และ (3) การประเมินผล โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการให้ความรู้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P< 0.001$) และมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้งในภาพรวมและในแต่ละองค์ประกอบ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P< 0.001$) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างเหมาะสม และป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มวัยรุ่นในอนาคต

คำสำคัญ: มะเร็งปากมดลูก, ความเชื่อด้านสุขภาพ, นักเรียนมัธยมศึกษา

บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก[1] พบว่า มะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของผู้หญิงทั่วโลก และในประเทศไทยมีผู้หญิงเสียชีวิตจากโรคนี้กว่า 2,000 รายต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้หากมีการตรวจคัดกรองและได้รับความรู้ที่ถูกต้องตั้งแต่วัยรุ่น

การเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศรวมถึงโรคมะเร็งปากมดลูก ในกลุ่มวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ยังมีจำกัดทั้งที่เป็นช่วงวัยที่เริ่มมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยขาดความรู้ การไม่ใช้ถุงยางอนามัย และการไม่รู้จักวิธีป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์[2] การสร้างความตระหนักผ่านแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จึงเป็นสิ่งจำเป็น

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Rosenstock (1974)[3] เป็นกรอบแนวคิดที่เหมาะสมในการพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมสุขศึกษา โดยเน้นการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ความเชื่อในความรุนแรงของโรค ความไวต่อความเสี่ยง และผลดีของการป้องกันโรค ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ยังพบว่า กลุ่มวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่เพียงพอ และขาดความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการป้องกันและตรวจคัดกรองเบื้องต้น[4] ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงในอนาคต การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้โรคมะเร็งปากมดลูกต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอพาน ซึ่งจะช่วยวางแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาเชิงรุก และสามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

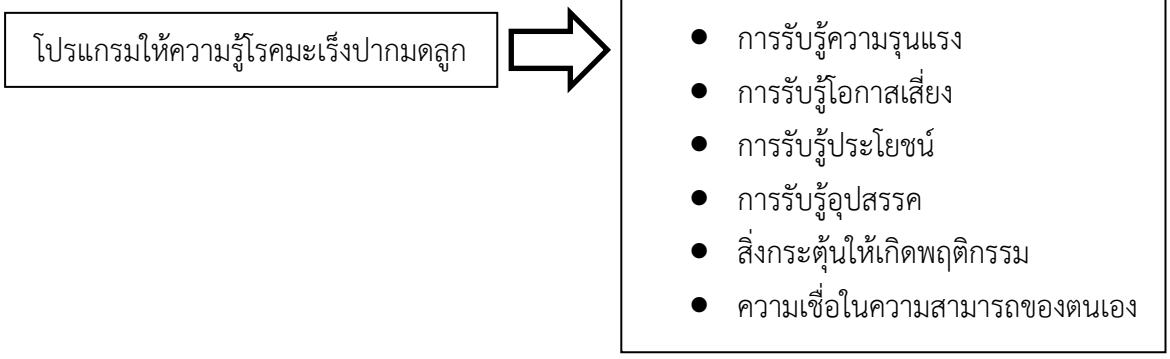
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้โรคมะเร็งปากมดลูกต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนความรู้และระดับความเชื่อด้านสุขภาพหลังให้โปรแกรมให้ความรู้โรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้อิงแนวคิด แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Rosenstock (1974) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้านที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ได้แก่



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึง มีนาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 35 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) เพศหญิง อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

2) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทย/เขียน อ่านภาษาไทยได้

3) ไม่เคยรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

4) ยินดีเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย เป็นโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามแบบสอบถามการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

วิธีรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นก่อนดำเนินการทดลอง

1.1 ก่อนดำเนินกิจกรรมประยุกต์แบบแผนความเชื่อต่อความรู้โรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มวัยรุ่นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้อำนวยการสถานศึกษา ครูผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษา ชี้แจงรายละเอียดกิจกรรม เนื้อหา วัตถุประสงค์ รูปแบบวิธีการ รวมทั้งการติดตาม ประเมินผลหลังโครงการ

1.2 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการดำเนินโครงการ โดยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ และความรู้โรคมะเร็งปากมดลูก

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามแผนการจัดกิจกรรมประยุกต์แบบแผนความเชื่อต่อความรู้โรคมะเร็งปากมดลูก โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมอบรม โดยการบรรยายให้ความรู้ การรับชมสื่อ วีดีทัศน์ การสาธิต และการทำกิจกรรมกลุ่มซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้านที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ได้แก่

1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ได้แก่ การรับรู้ถึงอันตรายหรือผลกระทบจากโรคมะเร็งปากมดลูก

2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) ได้แก่ การตระหนักว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก

3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน (Perceived Benefits) ได้แก่ การเห็นถึงประโยชน์ของการป้องกัน เช่น การฉีดวัคซีน HPV หรือการตรวจคัดกรอง

4) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) ได้แก่ การรับรู้ถึงอุปสรรคที่ขัดขวางการป้องกัน เช่น ความกลัว เขินอาย ขาดความรู้

5) สิ่งกระตุ้นหรือแรงกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม (Cues to Action) ได้แก่ สื่อสุขภาพ การให้ความรู้ หรือคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด

6) ความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ได้แก่ ความมั่นใจของวัยรุ่นในการป้องกันตนเองจากโรค

3. ขั้นหลังการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดการติดตามและประเมินผลภายหลังของโปรแกรมให้ความรู้โรคมะเร็งปากมดลูกต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในระยะเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังโดยได้ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ และความรู้โรคมะเร็งปากมดลูก

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 17 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ประวัติการการเจ็บป่วยโรคประจำตัว ร้อยละ 100 ปฏิเสธโรคประจำตัว
2. ผลคะแนนความรู้โรคมะเร็งปากมดลูกโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) หลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลคะแนนความรู้โรคมะเร็งปากมดลูกโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในกลุ่มวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย (n=35)

ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก	Mean $\overline{X}$	Std. Deviation SD	P-value
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	7.83	0.82	< 0.001
หลังได้รับโปรแกรมฯ	9.57	0.65	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. ผลคะแนนเฉลี่ยระดับความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู่ความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันมะเร็งปากมดลูก มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรูความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูกการรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันมะเร็งปากมดลูก (n=35)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ $\overline{X}$ (SD)	หลังได้รับโปรแกรมฯ $\overline{X}$ (SD)	P-value
1.การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	15.94 (±2.23)	20.11 (±1.59)	< 0.001
2.การรับรู้ความเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก	15.46 (±1.54)	20.14 (±1.93)	< 0.001
3.การรับรู้ถึงอุปสรรคการป้องกันและคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก	15.40 (±2.91)	18.68 (±1.55)	< 0.001
4.การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก	17.03 (±3.25)	22.69 (±1.90)	< 0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า หลังกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมให้ความรู้โรคมะเร็งปากมดลูกโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อสุขภาพ ความรู้โรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน และแรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ทั้งนี้อาจเนื่องจากโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Rosenstock มากำหนดเป็นกิจกรรมให้ความรู้ มีกิจกรรมดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ ประโยชน์ของการป้องกัน และการรับรู้อุปสรรค กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้ สาธิตการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยชุดตรวจด้วยตนเอง

จากผลการวิจัยดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถช่วยเพิ่มการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้กิจกรรมตามโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้เอาแนวคิดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ มาเป็นกรอบวิจัยในการพัฒนาโปรแกรมการประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถช่วยเพิ่มการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกได้โดยโปรแกรม

ครอบคลุมด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ด้านการรับรู้ความรุนแรงโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกัน และการรับรู้ต่ออุปสรรค

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ ต่อระดับความรู้เรื่องโรคและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30–60 ปี ในเขตอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด[5] เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 50 ของคะแนนเต็มทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ของสตรีกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมมีระดับคะแนนความรู้เรื่องโรค และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยของขอบคุณโรงพยาบาลพาน ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานการจัดโครงการ คณะครูและนักเรียน โรงเรียนพานพิทยาคม และโรงเรียนพานพิเศษพิทยา ที่สนับสนุนการทำวิจัยและให้ความร่วมมือในการจัดทำโครงการ ตลอดจนอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานทุกขั้นตอนอย่างดียิ่ง จนการวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้เรื่องโรคและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรีที่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และควรทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ระหว่างกลุ่ม เพื่อให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือมากขึ้น รวมทั้งทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Health. Adolescent health report 2023. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. Thai.
2. World Health Organization. Cervical cancer [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Jul 4]. Available from: https://www.who.int
3. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328–35.
4. Chantasopheepun P, Suwan N, Phianmongkhon Y, Srisomboon J. Knowledge and risky behaviors related to HPV and cervical cancer among female students: suggestions for sex education and health policy. J Thai Nurse Midwifery Counc [Internet]. 2012 Sep 14 [cited 2025 Jul 4];26(3):48. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/2725

5. Sripho-un S, Sriwongchai L, Thaninthitiphong P. Effect of a knowledge promotion program on cervical cancer knowledge and screening behavior among women aged 30–60 in Selaphum district, Roi Et province. RHPC9J [Internet]. 2023 May 24 [cited 2025 Jul 4];17(2):766–7. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/262029

ผลของการรับส่งเวรแบบ ISBAR ต่อการป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลแม่สรวย

นันทิยา สุขพันธ์[1], กันยา อ้อยลี[2], โยธกา ดอนทอง[3]
[1-3]โรงพยาบาลแม่สรวย

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบหนึ่งกลุ่มเดียววัดหลังการทดลอง (One-Group Posttest-Only Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการรับส่งเวรแบบ ISBAR ต่อการป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลแม่สรวย และศึกษาผลของการใช้แนวทางการรับส่งเวรแบบ ISBAR ต่อการป้องกันการติดเชื้อรวมถึงความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางดังกล่าว

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลแม่สรวย จำนวน 8 คน ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เดือนพฤษภาคม 2568 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวทางการรับส่งเวรแบบ ISBAR แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคุณภาพการรับส่งเวรแบบ ISBAR แบบประเมินพฤติกรรมการส่งเวร และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับส่งเวรแบบ ISBAR วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่ามีแนวทางการรับส่งเวรแบบ ISBAR ต่อการป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลแม่สรวย คุณภาพการรับส่งเวรของพยาบาลวิชาชีพครบถ้วนภาพรวมร้อยละ 74.29 หัวข้อการส่งเวรที่มีคุณภาพมากที่สุด คือ Identification และ Background คิดเป็นร้อยละ 96.43 และ 82.14 ตามลำดับ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับส่งเวรแบบ ISBAR ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจด้านการสื่อสารที่ทำให้มีข้อมูลมีประโยชน์ต่อการนำไปป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลอยู่ในระดับมากเช่นกัน

สรุปได้ว่าการรับส่งเวรแบบ ISBAR ช่วยเพิ่มคุณภาพการสื่อสารข้อมูลแก่ทีมพยาบาลและควรนำมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล

คำสำคัญ: การรับส่งเวรแบบ ISBAR, งานหอผู้ป่วยใน, การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

Effects of ISBAR Handoff Communication on Infection Prevention in Male In Patient Department, MaeSuai Hospital

Nantiya Sukapan[1], Kanya Aoylee[2], Yothaka Donthong[3]
[1-3]MaeSuai Hospital

Abstract

This study was a quasi-experimental study using a one-group posttest-only design. The objectives were to develop ISBAR handover guidelines for infection prevention in the male In Patient Department at MaeSuai Hospital, and to examine the effects of implementing ISBAR handover guidelines on infection prevention as well as nursing staff satisfaction with the implementation of these guidelines.

The study sample consisted of 8 professional nurses working in the male In Patient Department at MaeSuai Hospital. The research was conducted from May 2025 to June 2025. The research instruments included ISBAR handover guidelines, a general information questionnaire, an ISBAR handover quality assessment form, a handover behavior assessment form, and a nursing staff satisfaction assessment form regarding ISBAR handover implementation. Data were analyzed using descriptive statistics.

The study results showed that ISBAR handover guidelines for infection prevention in the male In Patient Department at MaeSuai Hospital were successfully developed. The overall quality of nursing handovers was 74.29% complete. The handover topics with the highest quality were Identification and Background, accounting for 96.43% and 82.14% respectively. Nursing staff satisfaction with ISBAR handover was at a high level overall. Professional nurses showed high satisfaction with communication aspects that provided useful information for hospital infection prevention.

In conclusion, ISBAR handover implementation enhanced the quality of information communication among nursing teams and should be adopted to improve the effectiveness of nursing handover procedures.

Keywords: ISBAR, In Patient Department, Infection prevention

บทนำ

การสื่อสารเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการส่งต่อข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยจากพยาบาลผู้ดูแลเดิมไปยังพยาบาลผู้รับผิดชอบเวรถัดไป กระบวนการนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและปลอดภัย ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้[1] การส่งต่อข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนเป็นรากฐานของการวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นสำหรับผู้ป่วย ในบริบทของหอผู้ป่วยใน ซึ่งมีการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง การส่งเวรจึงเป็นกิจกรรมทางการพยาบาลที่ปฏิบัติเป็นประจำหลายครั้งต่อวัน เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา การส่งเวรทางการพยาบาลไม่ใช่เพียงแค่การถ่ายทอดข้อมูล แต่เป็นการถ่ายโอนความรับผิดชอบและความรับผิดชอบทางกฎหมายในการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลเวรหนึ่งไปยังอีกเวรหนึ่งอย่างสมบูรณ์[2] การส่งเวรที่มีประสิทธิภาพช่วยให้พยาบาลผู้รับเวรได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบันเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบัน ภูมิหลัง การประเมิน และแผนการดูแลของผู้ป่วย[3] ข้อมูลที่ครบถ้วนนี้เป็นรากฐานสำคัญในการวางแผนการพยาบาลที่ต่อเนื่องและครอบคลุมปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วย ทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีและเหมาะสมตามแผนการรักษาที่วางไว้ การส่งต่อข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้องเป็นสาเหตุหลักที่นำไปสู่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น ปัญหาผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไขทันเวลา การได้รับการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง หรือการเกิดความเข้าใจผิดพลาดในการทำงานต่อเนื่อง การส่งเวรที่ไม่มีประสิทธิผลส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่อง ไม่ครอบคลุมปัญหาที่เกิดขึ้น และข้อมูลสำคัญไม่ได้รับการส่งต่อ ทำให้คุณภาพการพยาบาลลดลง[4-5]

การจัดการการส่งเวรอย่างเป็นระบบจะส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยลดความเสี่ยงจากการสื่อสารที่คลาดเคลื่อน และลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำเครื่องมือ ISBAR (Identify,Situation, Background, Assessment, Recommendation) เป็นรูปแบบการสื่อสารที่ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อจัดระเบียบข้อมูลให้ชัดเจนและกระชับ เพื่ออำนวยความสะดวกในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ [3] เดิมพัฒนาโดยกองทัพเรือสหรัฐฯ เพื่อการส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ และต่อมาได้นำมาปรับใช้ในวงการสาธารณสุขเพื่อลดข้อผิดพลาดในการสื่อสารและป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นจากรูปแบบการสื่อสารที่แตกต่างกันในทีมดูแลสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย[6-7] การนำ ISBAR มาใช้สะท้อนถึงการเรียนรู้และปรับใช้แนวปฏิบัติที่ดี โดยเน้นความสำคัญของการสื่อสารที่แม่นยำและเป็นระบบในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง นอกจากนี้ ISBAR สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น การรับส่งข้อมูลระหว่างพยาบาลเปลี่ยนเวร, การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย, การสื่อสารระหว่างแพทย์และพยาบาล, การรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย, และการส่งต่อผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล[8] รวมทั้งยังช่วยแก้ไขปัญหาที่พบบ่อยในการส่งเวร เช่น การส่งรายละเอียดเกินความจำเป็น การสื่อสารไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ข้อมูลซ้ำซ้อน และการเตรียมข้อมูลไม่ครบถ้วน โดยการกำหนดกรอบที่ชัดเจนในการนำเสนอข้อมูล การมีโครงสร้างที่ชัดเจนช่วยลดสิ่งรบกวนและทำให้การส่งเวรมีประสิทธิภาพมากขึ้น แม้ในสถานการณ์ที่เร่งรีบและมีข้อมูลจำนวนมาก ทำให้ข้อมูลที่สำคัญได้รับการส่งต่ออย่างครบถ้วนและถูกต้อง[9]

โรงพยาบาลแม่สรวยเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง ข้อมูลสถิติผู้ป่วยในเฉลี่ยในปี 2565-2567 อยู่ที่ 72, 54 และ 51 รายต่อวัน ตามลำดับ และอัตราการติดเชื้อในช่วงปี 2565 – ธันวาคม 2567 อยู่ที่ 1.21, 1.11, 0.69 และ 0.90 ครั้ง/1,000 วันนอน ตามลำดับ การติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เป็นปัญหาสำคัญได้แก่ การเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล (Hospital-acquired pneumonia: HAP) และการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ (Catheter-Associated Urinary Tract Infection: CAUTI) ซึ่งพบมากที่สุดในหอผู้ป่วยชาย การที่หอผู้ป่วยชายมีอัตราการติดเชื้อสูงนั้น เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าหอผู้ป่วยหญิง และ

ผู้ป่วยที่ดูแลมีความรุนแรงและซับซ้อนกว่า เช่น ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยา Sedation จากการทบทวนอุบัติการณ์พบว่า ปัญหาสำคัญคือการสื่อสารในทีมดูแลผู้ป่วยที่ขาดประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงไม่ได้รับการพยาบาลป้องกันการติดเชื้ออย่างทั่วถึง แม้ว่าโรงพยาบาลจะมีแนวทางป้องกัน HAP และ CAUTI อยู่แล้วก็ตาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการส่งเวรที่มักขาดข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การได้รับยาต้านจุลชีพ และการสังเกตอาการติดเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินและดูแลต่อเนื่องตามแนวทางที่กำหนด เช่น ผู้ป่วยที่มีคะแนน Braden Scale < 16 มักไม่ได้รับการประเมินหรือส่งต่อข้อมูลเพื่อป้องกัน HAP และผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะก็ไม่ได้รับการประเมินความจำเป็นในการใส่สายสวนอย่างต่อเนื่อง สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้การวางแผนการดูแลไม่ครอบคลุม เกิดการพลาดในการติดตามภาวะเสี่ยง และนำไปสู่การเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้

งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและหอผู้ป่วยชายจึงตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการรับส่งเวรด้วยการสื่อสารแบบ ISBAR เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารข้อมูลสำคัญให้ครอบคลุม ครบถ้วน นำไปสู่การวางแผนและให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และยกระดับมาตรฐานการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

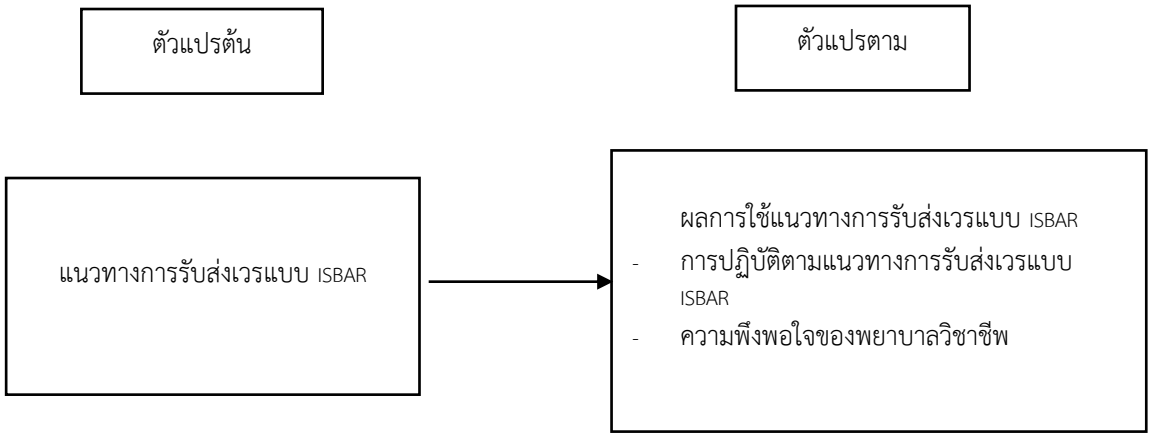
1. เพื่อพัฒนาแนวทางการรับส่งเวรแบบ ISBAR ต่อการป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลแม่สรวย
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางการรับส่งเวรแบบ ISBAR ต่อการป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลแม่สรวย
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อใช้แนวทางการรับส่งเวรแบบ ISBAR ต่อการป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลแม่สรวย

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการใช้แนวทางการรับส่งเวรแบบ ISBAR ต่อการป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วยชาย การรับส่งเวรในหอผู้ป่วยชายจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อใช้แนวทางการดังกล่าวอยู่ในระดับที่สูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวทางการรับส่งเวร โดยใช้กรอบแนวคิดการสื่อสารแบบมีโครงสร้างผ่านเครื่องมือ ISBAR ซึ่งแบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ Identify การแนะนำตัวและผู้ป่วย, Situation สถานการณ์ปัจจุบัน, Background ประวัติพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง, Assessment การประเมินสถานการณ์ และ Recommendation คำแนะนำหรือแผนการดูแลต่อไป



วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบหนึ่งกลุ่มเดียววัดหลังการทดลอง (One-Group Posttest-Only Design) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลแม่สรวย ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลแม่สรวย จำนวน 8 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ 2) มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยในชายมากกว่า 2 ปี ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ในการรับและส่งเวร และเกณฑ์คัดออกคือ ลาศึกษาต่อ ย้าย หรือลาออก

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาและเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ คือ แนวทางการรับส่งเวรแบบ ISBAR ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อมุ่งเน้นการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล แนวทางนี้ประกอบด้วยข้อมูลสำคัญที่เน้นความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยจำแนกเป็น 5 ส่วน ได้แก่: Identification (I): ข้อมูลระบุตัวผู้ป่วย Situation (S): สถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วย Background (B): ข้อมูลภูมิหลังที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ Assessment (A): การประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วยโดยพยาบาล และ Recommendation (R): ข้อแนะนำหรือความต้องการจากพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานประสบการณ์การเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรหรือประสบการณ์ในการส่งเวร ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบหรือเติมคำ

2) แบบประเมินคุณภาพการรับส่งเวรแบบ ISBAR โดยประเมินความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลการส่งเวร ประกอบด้วย Introduction จำนวน 2 ข้อ S: Situation จำนวน 2 ข้อ B: Background จำนวน 2 ข้อ A: Assessment จำนวน 2 ข้อ R: Recommendation จำนวน 2 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ การได้รับข้อมูลถูกต้องครบถ้วน = 2 คะแนน, ส่งหรือได้รับข้อมูลไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน = 1 คะแนน และไม่ได้ส่ง/ไม่ได้รับข้อมูล = 0 คะแนน

3) แบบประเมินพฤติกรรมการส่งเวร มีลักษณะเป็นปรนัยเลือกตอบ มี 3 ตัวเลือก คือ พฤติกรรมการส่งเวรระดับดี = 2 คะแนน, พฤติกรรมการส่งเวรระดับพอใช้ = 1 คะแนน, พฤติกรรมการส่งเวรควรปรับปรุง = 0 คะแนน

4) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรับส่งเวรแบบ ISBAR แบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุด = 5 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน, น้อยที่สุด = 1 คะแนน จัดระดับคะแนนในภาพรวม 5 กลุ่ม ได้แก่ มากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน) มาก (3.51-4.50 คะแนน) ปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) น้อย (1.51-2.50 คะแนน) น้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน)

วิธีรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยจัดประชุมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในชาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงชี้แจงแนวทางการรับส่งเวรแบบ ISBAR ต่อการป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลแม่สรวย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) หอผู้ป่วยในชายนำแนวทางการรับส่งเวรแบบ ISBAR ไปใช้ในการรับส่งเวรทุกเวรเช้าในวันราชการ ภายหลังการส่งเวร ผู้วิจัยและหัวหน้าหอผู้ป่วยจะร่วมกันประเมินการส่งเวร พร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับทันทีหากพบว่าการรับส่งเวรไม่ครอบคลุม เพื่อให้ผู้ส่งเวรนำไปปรับปรุงในการส่งเวรครั้งต่อไป ทั้งนี้พยาบาลผู้ร่วมรับฟังการส่งเวรจะทำการประเมินจากแบบประเมินการรับส่งเวรแบบ ISBAR ประเมินพฤติกรรมการส่งเวร เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลขอความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ

3) เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนตามที่กำหนด ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติและนำเสนอต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรพยาบาล คุณภาพการรับส่งเวรเวรแบบ ISBAR และ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางฯ

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปพยาบาลวิชาชีพ

ข้อมูล	จำนวน (n= 8)	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	0	0
หญิง	8	100
2.อายุ (ปี)		
25 - 30	3	37.50
31 - 35	4	50.00
36 - 40	1	12.50
Max= 39 ปี, Min= 27 ปี, Mean=31.75 ปี, S.D.±4.53 ปี		
3.ประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในชายตามระดับ Benner's Model		
ระดับฝึกหัด (Novice)	1	12.50
ระดับเริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า (Advance beginner)	1	12.50

ข้อมูล	จำนวน (n= 8)	ร้อยละ
ระดับผู้ที่มีความสามารถ (Competent)	2	25.00
ระดับผู้คล่องงาน (Proficient)	2	25.00
ระดับผู้ชำนาญ (Expert)	2	25.00
4.ประสบการณ์ในการส่งเวร (ปี)		
1 - 5 ปี	3	37.50
6 - 10 ปี	2	25.00
10 - 15 ปี	3	37.50
Max= 15 ปี, Min= 2 ปี, Mean= 7.38 ปี, S.D. ± 4.81 ปี		

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 8 คน เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 31 - 35 ปี เฉลี่ยอยู่ที่ 31.75 ปี S.D. ± 4.53 ปี อายุสูงสุด 39 ปี ต่ำสุด 27 ปี ประสบการณ์ปฏิบัติงานในงานหอผู้ป่วยในชายตามระดับ Benner's Model ส่วนใหญ่อยู่ในระดับผู้ที่มีความสามารถ (Competent), ผู้คล่องงาน (Proficient) และระดับผู้ชำนาญ (Expert) ร้อยละ 25.00 ทั้ง 3 ระดับ พยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์ในการส่งเวรมากที่สุดคือ 1 – 5 ปี, 10 – 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.50 เท่ากัน เฉลี่ยอยู่ที่ 7.38 ปี S.D. ± 4.81 ปี สูงสุด 15 ปี ต่ำสุด 2 ปี

ตารางที่ 2 ร้อยละของคุณภาพการรับส่งเวรแบบ ISBAR จำแนกเป็นรายข้อของการส่งเวร (N=28)

รายข้อในการส่งเวร	ข้อมูลครบถ้วน	ข้อมูลไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน	ไม่ได้ส่งข้อมูล
Identification			
ระบุชื่อ เตียง อายุ เพศผู้ป่วยชัดเจน	96.43	3.57	0
ให้กล่าวถึงวันที่ admit และวินิจฉัย	89.29	10.71	0
Situation			
บรรยายอาการปัจจุบัน/ปัญหาเด่น/สิ่งต้องเฝ้าระวัง	75.00	21.43	3.57
ระบุภาวะวิกฤติหรือปัจจัยเสี่ยง HAI ชัดเจน	60.71	32.14	7.14
Background			
ให้ประวัติเกี่ยวข้องอย่างกระชับ (เช่น ประวัติติดเชื้อ, Lab, ยา)	82.14	14.29	3.57
มีการสรุปข้อมูลภูมิหลังสอดคล้องกับสถานการณ์	64.29	28.57	7.14
Assessment			
วิเคราะห์สถานการณ์ของผู้ป่วยด้วยภาษาวิชาชีพ	75.00	25.00	
สรุประดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ/ภาวะแทรกซ้อน	64.29	32.14	3.57
Recommendation			
ให้ข้อเสนอแนะแนวทางดูแลต่อ / ป้องกัน HAI	67.86	17.86	14.29
แนะนำวิธีติดตามหรือสิ่งที่ต้อง monitor ต่อในเวรถัดไป	67.86	32.14	
รวม	74.29	21.79	3.93

จากตารางที่ 2 คุณภาพการรับส่งเวรแบบ ISBAR จำแนกเป็นรายข้อของการส่งเวร พบว่า หัวข้อที่มีการส่งเวรครบถ้วน 3 อันดับแรก ได้แก่ หัวข้อ Identification: ระบุชื่อ เตียง อายุ เพศผู้ป่วยชัดเจน,ให้กล่าวถึงวันที่ admit และวินิจฉัย, หัวข้อ Background ในหัวข้อให้ประวัติเกี่ยวข้องอย่างกระชับ (เช่น ประวัติติดเชื้อ,

Lab, ยา) คิดเป็นร้อยละ 96.43 และ 89.29 และ82.14 ตามลำดับ หัวข้อที่มีการส่งเวรไม่ครบถ้วนมากที่สุด คือ หัวข้อ Situation: ระบุภาวะวิกฤติหรือปัจจัยเสี่ยง HAI ชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 60.71

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการส่งเวรของพยาบาลวิชาชีพ

รายการ	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ใช้ภาษาชัดเจนกระชับ ไม่กำกวม	1.86	0.36
ไม่ใช้ศัพท์สับสน/ไม่พูดวกวน	1.96	0.19
แสดงความมั่นใจ	1.79	0.50
ใช้เวลาเหมาะสม	1.75	0.52
คะแนนรวม	7.36	1.16

จากตารางที่ 3 พฤติกรรมการส่งเวรหัวข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือไม่ใช้ศัพท์สับสนค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.96 รองลงมา คือการใช้ภาษาชัดเจนค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.86 และแสดงความมั่นใจค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.79

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับส่งเวรแบบ ISBAR (N=8)

รายการประเมิน	Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. ทำให้ท่านมีรูปแบบชัดเจนในการรับ-ส่ง เวรทางการพยาบาล	3.88	0.93	มาก
2. ทำให้ท่านทราบปัญหาที่สำคัญครบถ้วน	4.25	0.66	มาก
3. ทำให้ท่านวางแผนการรักษาพยาบาลที่สำคัญได้ครบถ้วน	4.13	0.60	มาก
4. ทำให้ท่านสื่อสารการรับส่งเวร ทางการพยาบาลครบถ้วน	4.38	0.99	มาก
5. ช่วยให้ท่านตัดสินใจให้การพยาบาลได้ถูกต้อง	4.00	1.00	มาก
6. ทำให้ท่านลดเวลาในการรับส่งเวรทางการพยาบาล	2.88	1.36	ปานกลาง
7. ทำให้มีการสื่อสารข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการนำไปป้องกันการติดเชื้อใน รพ.	4.13	1.05	มาก
8. ทำให้มีการส่งต่อกิจกรรมสำคัญที่ต้องดูแลหรือทำกิจกรรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	3.88	1.27	มาก
ภาพรวม	4.13	0.84	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่าระดับความพึงพอใจของทุกด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้นความพึงพอใจในลดเวลาในการรับส่งเวรอยู่ในระดับปานกลาง ภาพรวมของการประเมินความพึงพอใจอยู่ที่ 4.13 คะแนน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยชายมากกว่า 5 ปี และมีระดับความชำนาญตั้งแต่ผู้มีความสามารถ (Competent) ถึงระดับชำนาญ (Expert) ตาม Benner's Model ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการส่งเวรที่อยู่ในระดับดีทั้งในด้านโครงสร้าง ISBAR และพฤติกรรมการส่งเวรBenner[10] ได้อธิบายว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์มากจะมีความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว มีการตัดสินใจที่แม่นยำ และสามารถสื่อสารได้อย่างมั่นใจ ผลการศึกษาพฤติกรรมด้านการส่งเวรสอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ใช้ศัพท์สับสน ใช้ภาษาชัดเจนและแสดงความมั่นใจขณะส่งเวร โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.96, 1.86 และ 1.79 ตามลำดับ

2. ผลการใช้แนวทางการรับส่งเวรแบบ ISBAR ต่อการป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วยชาย

การพัฒนารูปแบบการส่งเวรโดยใช้ ISBAR ในหอผู้ป่วยชายโรงพยาบาลแม่สรวย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในกระบวนการสื่อสารของพยาบาล โดยเฉพาะในด้านการถ่ายทอดข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนเป็นรากฐานสำคัญของการวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นสำหรับผู้ป่วย การจัดการการส่งเวรอย่างเป็นระบบส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยลดความเสี่ยงจากการสื่อสารที่คลาดเคลื่อนและลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ผลการประเมินคุณภาพการส่งเวรหลังการใช้ ISBAR แสดงให้เห็นว่าพยาบาลสามารถส่งเวรได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นในหลายมิติ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในหัวข้อการระบุชื่อ เตียง อายุ เพศ ผู้ป่วยชัดเจน (ร้อยละ 96.43) และการกล่าวถึงวันที่ admit และวินิจฉัย (ร้อยละ 89.29) ประวัติเกี่ยวข้องในหัวข้อการให้ประวัติที่เกี่ยวข้องอย่างกระชับ เช่น ประวัติติดเชื้อ, Lab, ยา ครบถ้วนถึงร้อยละ 82.14 สถานการณ์ทางคลินิกในหัวข้อการนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วย และการแนะนำแนวทางการดูแลต่อในเวรถัดไป สอดคล้องกับการศึกษาของชุตาภา ศรีสุรัตน์[5] พบว่าคุณภาพการส่งเวรของพยาบาลแบบ ISBAR มีความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลสูงกว่าก่อนใช้แบบ ISBAR อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การส่งเวรแบบ ISBAR ช่วยเพิ่มคุณภาพของข้อมูลผู้ป่วยระหว่างทีมพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของขนิษฐา ข้างโต [11] ที่พบว่าหลังจากการใช้เทคนิค ISBAR ในการรับส่งเวรส่งผลให้ข้อมูลการส่งเวรครบถ้วนและมีการส่งเวรเป็นระบบมากขึ้น ช่วยลดขั้นตอนการรับส่งเวร ทำให้ผู้รับเวรเข้าใจข้อมูลการส่งเวรได้ถูกต้องชัดเจนมากขึ้น แม้ว่าจะมีการพัฒนาที่ดีแต่เมื่อจำแนกคุณภาพการส่งเวรเป็นรายข้อพบว่าการส่งเวรมีความถูกต้องครบถ้วนไม่ถึงร้อยละ 80 อยู่หลายข้อ โดยเฉพาะการสื่อสารภาวะวิกฤติหรือปัจจัยเสี่ยง HAI ยังเป็นจุดที่ต้องให้ความสำคัญสาเหตุหนึ่งอาจเกิดจากความไม่คุ้นชินของพยาบาลในการวิเคราะห์และเชื่อมโยงข้อมูลความเสี่ยง HAI เข้ากับสถานการณ์ผู้ป่วย รวมถึงความไม่ชัดเจนของแนวทางการประเมินเนื่องจากมีการส่งเวรเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง HAI เท่านั้น ผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงไม่ได้ส่งเวร ส่งผลให้มีการประเมินคะแนนข้อนี้น้อย อย่างไรก็ตามจากการรวบรวมข้อมูลยังไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการส่งเวรไม่ครบถ้วนในหัวข้อดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโสภา สิงห์ช้างชัย [12] ที่พบการปฏิบัติการส่งเวรของพยาบาลไม่ครบถ้วนเรื่องการส่งเวรการแพ้ยาของผู้ป่วยเนื่องจากไม่ได้กำหนดให้ผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการแพ้ยาต้องได้รับการส่งเวรด้วย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยและหัวหน้าหอผู้ป่วยได้มีการให้ข้อมูลย้อนกลับ เกี่ยวกับความไม่ครบถ้วนของการส่งเวร ส่งผลให้ผู้ส่งเวรมีความเข้าใจและนำข้อมูลดังกล่าวมาส่งเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม อาจต้องเพิ่มการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะการส่งเวรเฉพาะด้านความเสี่ยงและการป้องกัน HAI เพื่อจะช่วยเสริมความมั่นใจและความสามารถของพยาบาลในระยะยาว ดังการการศึกษาในวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ดำเนินการสอนและฝึกทักษะการสื่อสาร ISBAR ให้แก่นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ พบว่าหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยนักศึกษามีทักษะการสื่อสารแบบ ISBAR เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)[13] ซึ่งสนับสนุนแนวคิดดังกล่าว

3. ผลการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับส่งเวรแบบ ISBAR พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก ความพึงพอใจในทุกด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก รวมถึงพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจที่การสื่อสาร ISBAR ทำให้มีข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการนำไปป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลอยู่ในระดับมากเช่นกัน อย่างไรก็ตามพบว่าความพึงพอใจในการลดเวลาในการรับส่งเวรที่อยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของโสภา สิงห์ช้างชัย[12] ที่พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพแผนกหลังคลอดต่อการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR มีระดับความพึงพอใจในทุกหัวข้อในระดับมาก และพบว่าความพึงพอใจของ

พยาบาลด้านการลดเวลาในการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่มีความพึงพอใจอยู่ที่ระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ที่ความพึงพอใจในเรื่องนี้อยู่ระดับมาก[11,12] ทั้งนี้อาจเนื่องจากในระยะแรกของการศึกษามีการให้ข้อมูลย้อนกลับให้แก่ผู้ส่งเวร ทำให้ผู้ประเมินรวมระยะเวลาส่วนนี้เข้าไปด้วย จึงทำให้พยาบาลรู้สึกว่าการส่งเวรไม่ได้ลดเวลาลงเท่าที่ควร

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีผู้จัดทำขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สรวย หัวหน้าพยาบาล เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลแม่สรวย ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีทำให้การศึกษาครั้งนี้เป็นไปด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

1. ขยายกลุ่มตัวอย่างและเปรียบเทียบหลายหอผู้ป่วยเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของ ISBAR ในบริบทที่ต่างกัน
2. ควรเพิ่มช่วงเวลาการติดตามผลอย่างน้อย 3 – 6 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของการนำ ISBAR ไปใช้
3. ศึกษาความคิดเห็นจากแพทย์เพื่อประเมินว่า ISBAR ครอบคลุมการสื่อสารข้ามสายวิชาชีพ
4. ศึกษาชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเพิ่ม เช่น อัตราการเกิด HAI, อุบัติการณ์การพลาดการให้ยา, การประเมินซ้ำซ้อนฯลฯ เพื่อวัดผลกระทบของ ISBAR ต่อ ผลลัพธ์ทางคลินิกจริง
5. วิเคราะห์อุปสรรคหรือความท้าทายในการใช้ ISBAR เช่น ความเร่งรีบของเวร การสื่อสารในทีมที่มีหลายรุ่นพยาบาล หรือความไม่ชัดเจนของแนวทางเพื่อปรับปรุงเครื่องมือให้เหมาะสมกับบริบทจริง

เอกสารอ้างอิง

1. จุไรรัตน์ ดวงจันทร์. การสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลด้วยเทคนิคเอสบาร์, วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม 2563; 21(41), 91-103.
2. กนกขวัญ เผ่าทิพย์จันทร์, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล. ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะใน การสื่อสาร ขีดความสามารถด้านความปลอดภัยกับการจัดการความปลอดภัยของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลตำรวจ 2558; 7(1), 210-222.
3. Burgess A, Diggele CV, Roberts C, and Mellis C. Teaching clinical handover with ISBAR. BMC Medical Education 2020, 20(Suppl 2), 2-8. https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0.
4. The Joint Commission. Sentinel Event Data – Root Causes by Event Type. https://www.jointcommission.org/resources/sentinel-event/sentinel-event-data-summary.
5. ชุตาภา ศรีสุรัตน์. การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่. วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน 2566; 1(3), 182-198.
6. Pope, B:B, Rodzen, L., & Spross, G. Raising the SBAR: How better communication improves patient outcomes. Nursing 2008; 38(3), 41-43.

7. The Health Care Accreditation Institute (Public Organization). Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand. Bangkok: Famous and Successful; 2018. (in Thai)
8. Dunsford J. Structured communication: improving patient safety with SBAR. Nurse Women's Health 2019; 13(5), 384-90.
9. สุกัญญา สบายสุข, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และกนกพร แจ่มสมบูรณ์. ผลของการส่งเวรโดยใช้รูปแบบ ไอ เอส บา ระหว่างพยาบาลห้องฉุกเฉินกับหอผู้ป่วยใน ต่อคุณภาพการส่งเวรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเวร สถาบันโรคทรวงอก. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2564; 14(2), 39-51.
10. Benner, P. *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing pracetice. American Journal of Nursing* 1984; *84*(12),1480.
11. ขนิษฐา ข้างโต. ผลการบันทึกข้อมูลตามเทคนิค ISBAR ในการรับส่งข้อมูลทางการพยาบาล งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข 2567; 2(2), 179-189.
12. โสภา สิงห์ช้างชัย. การศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพ การรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม 2566; 1(1), 25-35.
13. ดวงกมล หน่อแก้ว, นุชจรินทร์ แก่นบุปผา, นัจรินทร์ ผิวผ่อง, พนาไพร โฉมงาม, กันยารัตน์ ชิราวุฒิ, สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง, และ กรกช เพทาย. ประสิทธิผลการพัฒนาทักษะการสื่อสาร ISBAR ในการส่งมอบข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา 2567; 4(1), 1-14.

การพัฒนาเทคโนโลยีแผนที่ออนไลน์และ HOSxP Remote เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประคับประคอง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

ชฎาธร มะโนวรรณ์[1], นันทิกานต์ ทองเพชร[2], วุฒิชัย ก้อนแปง[3]
[1-3]โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยประคับประคองในพื้นที่ชนบทมักประสบปัญหาด้านการเข้าถึงการเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะอำเภอพานที่มีพื้นที่กว้างขวางและระยะห่างระหว่างหมู่บ้าน ทีมสหวิชาชีพมักพบอุปสรรคในการเดินทางไม่ทราบพิกัดบ้านแน่ชัด และการจัดเตรียมข้อมูลผู้ป่วยด้วยระบบ manual ทำให้เกิดความล่าช้าและเพิ่มภาระงาน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการพัฒนาเทคโนโลยีแผนที่ออนไลน์และ HOSxP Remote เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประคับประคอง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ดำเนินการระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2568 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยประคับประคองในระบบดูแลของโรงพยาบาลพาน จำนวน 133 ราย

กระบวนการพัฒนาและดำเนินงาน (1) ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาในระบบการเยี่ยมบ้าน (2) ออกแบบและพัฒนาเทคโนโลยีแผนที่ออนไลน์และ HOSxP Remote บนอุปกรณ์เคลื่อนที่ (3) กระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากระบบ HOSxP, นัดหมายและขอพิกัดเบื้องต้นจากผู้ป่วย/ญาติ, ปักหมุดบ้านผู้ป่วยใน Google My Maps พร้อมข้อมูลประกอบ, เยี่ยมบ้านตามเส้นทางที่วางแผนไว้, เข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยแบบ Real-time ผ่าน HOSxP Remote บนอุปกรณ์เคลื่อนที่ เช่น สมาร์ทโฟน หรือแท็บเล็ต เพื่อวางแผนการดูแลรายบุคคล และบันทึกข้อมูลสำคัญเพื่อบริหารจัดการเยี่ยมบ้านต่อเนื่องครั้งต่อไป (4) ประเมินประสิทธิภาพหลังใช้งาน

ผลการดำเนินงานในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยประคับประคองที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ถึง เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 133 ราย ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านรวมทั้งหมด 243 ครั้ง ผลการประเมิน พบว่า การพัฒนาเทคโนโลยีแผนที่ออนไลน์ ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถวางแผนเส้นทางและจัดลำดับความสำคัญของการเยี่ยมบ้านได้อย่างเป็นระบบ ช่วยให้เข้าถึงพิกัดบ้านผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลาในการเดินทาง ขณะที่การเชื่อมต่อกับระบบ HOSxP Remote บนอุปกรณ์เคลื่อนที่ ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย ประวัติการรักษา ข้อมูลเวชระเบียน และข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยได้จากทุกที่ แบบ Real-time ส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ข้อเสนอแนะ ควรขยายผลการใช้ระบบนี้ไปยังกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ รวมถึงส่งเสริมพัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของบุคลากร และควบคุมด้านความปลอดภัยในการใช้งาน เพื่อให้การนำระบบไปใช้ในชุมชนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: แผนที่ออนไลน์, HOSxP Remote, ผู้ป่วยประคับประคอง

การติดตามการใช้ยาและการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการปรับแผนการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเวียงแก้ว อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

ณัฏฐณิษา สักลอ[1] จุฬารัตน์ โค้วประเสริฐสุข[2]
กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเชียงแสน

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามการใช้ยาและประเมินผลการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ณ รพ.สต.บ้านเวียงแก้ว อ.เชียงแสน จังหวัดเชียงราย โดยมุ่งเน้นการประเมินความเหมาะสมของการใช้ยา ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา และการตอบสนองต่อแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 16 ราย ที่รับยาใน รพ.สต.และแพทย์ปรับเปลี่ยนแผนการรักษาหลังตรวจเลือดประจำปี โดยสื่อสารผ่านแอปพลิเคชั่นไลน์ และดูแลการใช้ยาด้วยตนเองหรือญาติ ดำเนินการคัดกรองจากระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาล ประสานนัดหมาย และให้บริการเภสัชกรรมทางไกลผ่านวิดีโอไลน์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบบันทึกปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย ประยุกต์ตามแนวทางของ Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) เวอร์ชั่น 9.1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ค่าร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.25) อายุระหว่าง 51–60 ปี และมีโรคร่วมหลายโรค หลังรับบริการพบปัญหาเกี่ยวกับยา 4 ราย ได้แก่ ไม่ได้ผลจากการรักษา (ร้อยละ 40.00) เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (ร้อยละ 40.00) และผลการรักษาด้วยยาไม่เหมาะสม(ร้อยละ 20.00) โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วย (ร้อยละ 37.50) ซึ่งได้มีการดำเนินการแก้ไขโดยการให้คำปรึกษาและปรับขนาดยา ผู้ป่วยร้อยละ 88.89ยอมรับและดำเนินการตามคำแนะนำ และผลการประเมินความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก เฉลี่ยร้อยละ94.06 แสดงให้เห็นว่าการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลมีศักยภาพในการติดตามการใช้ยาและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : โรคเรื้อรัง เภสัชกรรมทางไกล การใช้ยา การติดตามผู้ป่วย

Monitoring of Medication Use and Telepharmacy Services in Chronic Patients with Adjusted Treatment Plans at Ban Wiangkaew Subdistrict Health Promoting Hospital, Chiang Saen District, Chiang Rai Province.

Natthanisa Saklor[1], Chularat Kowprasertsuk[2]

ABSTRACT

This research is a cross-sectional descriptive study aimed at monitoring medication use and evaluating the outcomes of telepharmacy services in patients with chronic diseases who had treatment plan adjustments at Ban Wiang Kaew Health Promoting Hospital, Chiang Saen District, Chiang Rai Province. The study focused on assessing the appropriateness of medication use, drug-related problems (DRPs), and responses to the proposed interventions. The sample group consisted of 16 chronic disease patients who received medication from the health center and whose treatment plans were adjusted by a physician after annual blood tests. Communication was conducted via the LINE application, and patients or their relatives managed medication use themselves. Patient screening was conducted using the hospital's database, with coordination for appointments and the provision of telepharmacy services via LINE video calls. Data were collected using a medication-related problem recording form adapted from the Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) version 9.1 and analyzed using descriptive statistics (percentages).

The results showed that the majority of patients were female (81.25%), aged between 51–60 years, and had multiple comorbidities. Following the telepharmacy services, drug-related problems were identified in 4 patients: lack of treatment effectiveness (40.00%), adverse drug reactions (40.00%), and inappropriate treatment outcomes (20.00%). Most problems were caused by patients themselves (37.50%). Interventions included counseling and dosage adjustments. Among these, 88.89% of patients accepted and followed the recommendations. Overall satisfaction with the service was very high, with an average satisfaction rate of 94.06%. This indicates that telepharmacy services have the potential to effectively monitor medication use and resolve related problems.

Keywords: Chronic disease, telepharmacy drug use patient follow-up

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนัก งานสถิติแห่งชาติ, 2565) โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง จำเป็นต้องได้รับการดูแลและติดตามการใช้ยาอย่างใกล้ชิดเพื่อควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่ห่าง ไกล ผู้ป่วยมักเผชิญอุปสรรคด้านการเดินทางและการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ

การให้บริการ “เภสัชกรรมทางไกล” (Telepharmacy) จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยให้เภสัชกรสามารถติดตามการใช้ยา ให้คำแนะนำ และดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง แม้ไม่สามารถเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลได้โดยตรง (Thakkar et al., 2020) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียงแก้ว ซึ่งอยู่ในพื้นที่ห่างไกลของอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย จึงได้ดำเนินการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการปรับแผนการรักษา เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการใช้ยาอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แพทย์มีการปรับแผนการรักษาหลังตรวจเลือดประจำปี
2. เพื่อประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและแนวทางการแก้ไข
3. เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

กรอบแนวคิดการวิจัย

- ตัวแปรต้น: การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล
- ตัวแปรตาม: การใช้ยาอย่างเหมาะสม และความพึงพอใจของผู้ป่วย
- ความสัมพันธ์: การให้บริการเภสัชกรรมทางไกลมีผลต่อประสิทธิภาพการใช้ยาและระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แพทย์มีการปรับแผนการรักษาหลังตรวจเลือดประจำปี และสามารถสื่อสารผ่านแอปพลิเคชัน Line ได้โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 16 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

บันทึกปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย ประยุกต์ตามแนวทางของ Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) เวอร์ชั่น 9.1 และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการติดตามการใช้ยาโดยรับบริการเภสัชกรรมทางไกล

วิธีรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยให้บริการทางเภสัชกรรมทางไกลผ่านวิดีโอคอล พร้อมซักประวัติและติดตามการใช้ยา และประเมินความพึงพอใจหลังให้บริการ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัย

พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 81.25) อายุอยู่ระหว่าง 51–60 ปี (ร้อยละ 62.50) มีโรคร่วมหลายโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ผลการค้นหาปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาโรคเรื้อรัง พบปัญหาทั้งหมด 4 ราย ในผู้ป่วย 16 ราย ปัญหาการใช้ยาที่พบ ได้แก่ ปัญหาด้านประสิทธิภาพ(P1) 3 ครั้ง โดยเป็นปัญหาไม่ได้ผลจากการรักษา 2 ครั้ง (ร้อยละ 40.00) ปัญหาผลการรักษาด้วยยาไม่เหมาะสม 1 ครั้ง (ร้อยละ 20.00)รองลงมาคือปัญหาความปลอดภัยด้านการรักษา(P2) 2 ครั้ง (ร้อยละ 40.00) โดยเป็นปัญหาที่เกิด/อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา 2 ครั้ง (ร้อยละ20.00) โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วย (ร้อยละ 37.50) ทำให้ได้รับยาไม่ครบ พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม และเกิดจากผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับยาที่ได้รับ หรือสงสัยว่าอาจจะเกิดผลข้างเคียงจากยา (ร้อยละ 37.50) แนวทางการแก้ไขปัญหา ได้แก่ การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยและญาติและประสานผู้สั่งใช้ยาเสนอแนวทางแก้ไขหรือเปลี่ยนขนาดยา โดยพบว่าร้อยละ 88.89 ปัญหาได้รับการยอมรับและดำเนินการแก้ไข ด้านความพึงพอใจภาพรวมอยู่พึงพอใจมาก (ร้อยละ94.06) สะท้อนถึงศักยภาพของการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 1 ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลังการบริการเภสัชกรรมทางไกล จำแนกประเภทตามแนวทางของ PCNE Version 9.1 **(N=16)**

ข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับยา (ผู้ป่วยหนึ่งคนอาจเกิดได้หลายปัญหา)	**หลังการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล**	
	จำนวน (ครั้ง)	**ร้อยละ**
1. ปัญหาจากการใช้ยา Problems: P		
P1 ประสิทธิภาพการรักษา		
- ไม่ได้ผลจากการรักษา	2	40.00
- ผลการรักษาด้วยยาไม่เหมาะสม	1	20.00
P2 ความปลอดภัยของการรักษา		
- เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวกับยา	2	40.00
รวม	**5**	**100.00**
2. สาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับยา (Cause: C)		
C1 การเลือกใช้ยา		
- ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาทั้งที่มีอาการบ่งชี้อยู่	1	12.50
C5 การจ่ายยา		
- ไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง (ได้ยาไม่ครบ)	1	12.50
C7 สาเหตุจากผู้ป่วย		
- ผู้ป่วยจงใจใช้ยาน้อยกว่าที่สั่งหรือไม่ใช้ยา	1	12.50
- ผู้ป่วยใช้ยามากกว่าที่สั่ง	1	12.50
- ผู้ป่วยลืมใช้ยา	1	12.50
C9 สาเหตุอื่นๆ	3	37.50

ข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับยา (ผู้ป่วยหนึ่งคนอาจเกิดได้หลายปัญหา)	หลังการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล	
	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
- ผู่ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับยาที่ได้รับ หรือสงสัยว่าอาจจะเกิดผลข้างเคียงจากยา		
รวม	**8**	**100.00**
3. การวางแผนแก้ไขปัญหา (Planed Intervention : I)		
I1 ผู้สั่งใช้ยา - เสนอแนวทางแก้ปัญหาต่อผู้สั่งใช้ยา	3	33.33
I2 ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล - ให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย	3	33.33
I3 ตัวยา - เปลี่ยนขนาดยา	3	33.33
รวม	**9**	**100.00**
4. การยอมรับการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา (Intervention Acceptance: A)		
A1 ยอมรับและดำเนินการแล้ว	8	88.89
A2 ยอมรับแต่ยังไม่ได้ดำเนินการ	1	11.11
รวม	**9**	**100.00**
5. ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับยา (Status of the DRP/Outcome : O)		
O1 ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด	7	77.78
O2 ปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วน	2	22.22
รวม	**9**	**100.00**

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจต่อการติดตามการใช้ยาโดยรับบริการเภสัชกรรมทางไกล **(N=16)**

หัวข้อประเมินความพึงพอใจรายด้าน	ค่าเฉลี่ย SD	ระดับความพึงพอใจ
1. ประสิทธิภาพของบริการเภสัชกรรมทางไกลเทียบเท่าการมารับบริการที่โรงพยาบาล	4.88 ± 0.33	พึงพอใจมาก
2. ความสะดวกในการเข้าใช้งานบริการ	4.75 ±0.43	พึงพอใจมาก
3. ความชัดเจนในการเข้าใจคำแนะนำและการดูแลตนเองผ่านบริการทางไกล	4.31 ± 0.46	พึงพอใจ
4. ความพึงพอใจต่อการนัดหมายบริการ	4.88 ± 0.33	พึงพอใจมาก
ภาพรวมความพึงพอใจ	**4.70 ± 0.39**	**พึงพอใจมาก**

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามการใช้ยาและประเมินผลการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาต่อเนื่องใน รพ.สต. และแพทย์มีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา หลังจากเจาะเลือดประจำปีโดยมุ่งเน้นการประเมินความเหมาะสมของการใช้ยา ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาและการตอบสนองต่อแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จากการศึกษาการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 16 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.25) และอยู่ในช่วงอายุ 51–60 ปี (ร้อยละ 62.50) ภาวะเจ็บป่วยที่พบมากที่สุด คือการมีโรคร่วมหลายโรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ซึ่งพบร้อยละ 50.00 ของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับบริการเภสัชกรรมทางไกล พบว่าปัญหาการใช้ยาที่พบส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านประสิทธิภาพการรักษา โดยเป็นปัญหาไม่ได้ผลจากการรักษา 2 ครั้ง (ร้อยละ 40.00) ปัญหาผลการรักษาด้วยยาไม่เหมาะสม 1 ครั้ง (ร้อยละ 20.00) รองลงมาคือปัญหาด้านความปลอดภัยของการรักษา พบว่าเกิดอาการไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับยา (ร้อยละ 40) เมื่อค้นหาสาเหตุพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง ที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสม (ร้อยละ 37.50) ได้แก่ จงใจใช้ยาน้อยกว่าที่สั่งหรือไม่ใช้ยาหรือจงใจใช้ยามากกว่าที่สั่ง หรือลืมใช้ยา นอกจากนี้ยังพบว่าเกิดจากผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับยาที่ได้รับ หรือสงสัยว่าอาจจะเกิดผลข้างเคียงจากยา (ร้อยละ 37.50) จึงได้มีการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้สั่งใช้ยา ผู้ป่วยและญาติ โดยได้มีการเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาต่อผู้สั่งใช้ยา (ร้อยละ 33.33) การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยและญาติ(ร้อยละ 33.33) และการเปลี่ยนขนาดยา (ร้อยละ 33.33) ซึ่งผู้เกี่ยวข้องเห็นด้วย ยอมรับและมีการดำเนินการแก้ไขแล้ว (ร้อยละ 88.89) ผลลัพธ์ของปัญหาพบว่าได้รับการแก้ไขทั้งหมดเรียบร้อยแล้ว (ร้อยละ 77.78) รองลงมาคือ ได้รับการแก้ไขปัญหาบางส่วน (ร้อยละ 22.22) ซึ่งจะต้องมีการดำเนินการต่อไปเพื่อให้ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้ง 16 ราย พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก (ร้อยละ94.06) โดยเฉพาะด้านประสิทธิภาพที่ทดแทนการมารับบริการที่โรงพยาบาล และด้านความพอใจต่อการนัดหมายการบริการเภสัชกรรมทางไกล (ร้อยละ 97.50) สะท้อนถึงศักยภาพของการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ และควรมีการขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในเครือข่าย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงแสน ภญ.ดร.วัชรินทร์ ไชยถา หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค เจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านเวียงแก้ว ผู้ป่วยและญาติที่มีส่วนสนับสนุนให้การศึกษาครั้งนี้ สำเร็จ บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ทุกประการ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งถัดไป เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลและความครอบคลุมของผลลัพธ์
2. ควรดำเนินการติดตามผลในระยะยาว เพื่อติดตามพฤติกรรมการใช้ยาและผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
3. พัฒนาเครื่องมือหรือแบบประเมินที่เหมาะสมสำหรับใช้ในระบบเภสัชกรรมทางไกล เพื่อลดข้อจำกัดด้านความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1 สุพัตรา หาญสาริกิจ, และคณะ. ผลการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. 2566 [สืบค้นเมื่อ 22 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงจาก: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/269398

2 สุมะนา พัฒโนภาษ, พานุมาศ ทองร้อยชั่ง. การพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมทางไกลโรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา. 2568 [สืบค้นเมื่อ 22 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงจาก: https://www.skho.moph.go.th/oa/?page=document#!

3 อรุณวรรณ ต่อกร. ผลของการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน โรงพยาบาลโกสัมพีนคร จังหวัดกำแพงเพชร. 2565 [สืบค้นเมื่อ 22 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงจาก: http://www.ppho.go.th/webppho/research/y3p2/b11.pdf

4 กนกพรรณ นิกรเพสย์, สุธาทิพย์ พิชญไพบูลย์. ผลการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยกลุ่มอาการเมแทบอลิก. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560 [สืบค้นเมื่อ 22 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงจาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/171190

การพัฒนาแนวทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกัน การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล

จารุวรรณ ไสยยาพรม[1], กนกภรณ์ ทองทิพย์[2]
[1,2]โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การพัฒนาแนวทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงรายครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการบริหารยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยางานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย

การพัฒนาแนวทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) ประชากรกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยใน จำนวน 13 คน ช่วงเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่ ก.ย.66 - ต.ค. 67 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ร้อยละ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยจัดหมวดหมู่ ผู้วิจัยได้กำหนดการดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะศึกษาสถานการณ์เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานได้แก่รายงานความเสี่ยงด้านยาโรงพยาบาลขุนตาล ในโปรแกรม HRMS เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา และรวบรวมข้อมูลผ่านการเข้าร่วมทบทวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา เครื่องมือที่ใช้แบบสัมภาษณ์ ผู้เข้าร่วมวิจัยถึงปัญหาอุปสรรคและผลของการใช้ระบบการบริหารยาที่ผ่านมา 2) ระยะออกแบบและพัฒนา “แนวทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน” โดยวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน จากนั้นได้ร่างแนวทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลตามบริบท งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย โดยแบ่งเป็นหมวดหมู่ตามหัวข้อสำคัญ ดังนี้ การสั่งใช้ยา การรับคำสั่งการรักษาทางยา และการรับคำสั่งหยุดยา การตรวจสอบและการจัดเก็บยา การจัดเตรียมและการแจกยา และสารน้ำ การเฝ้าระวังติดตามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การจัดการอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา การเบิกจ่ายยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และยาเสพติด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน,เภสัชกร 2 คน และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล 1 คน และวิเคราะห์ความเชื่อมั่น แล้วจึงนำแนวทางการบริหารยาเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ไปใช้ ตามกระบวนการทางการพยาบาล 5 ขั้นตอน ร่วมกับการบริหารยาโดยการใช้ระบบการบริหารยาตามหลัก 10 Rights of Medication Administration (10 Rs) 3) ระยะศึกษาผลการนำแนวทางการบริหารยาเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาล ในงานการพยาบาลผู้ป่วยในไปใช้ ติดตามการเกิดอุบัติการณ์ Administrative error จากแบบรายงานความคลาดเคลื่อนในการให้ยา จากระบบการจัดเก็บและส่งแบบฟอร์มรายงาน ทุกเดือน และรายงานผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (HRMS on Could & HOSxP) ร่วมกับการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโดยใช้ตัวส่งสัญญาณ (trigger tool) และประเมินผลการใช้แนวทางทางการบริหารยาเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ร่วมกับการนิเทศทางคลินิกโดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยถึงปัญหาอุปสรรคและผลของการใช้

ตั้งแต่ กระบวนการรับแผนการรักษา กระบวนการจัดและแจกยา ความสะดวกในการปฏิบัติตามแนวทาง และความพึงพอใจภาพรวมต่อแนวทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

หลังจากการพัฒนาแนวทางทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาครั้งนี้ สามารถเพิ่มคุณภาพการบริหารยา โดยประเมินจากผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยจากอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาล ก่อนการใช้แนวทางการบริหารยาใหม่จำนวนร้อยละ 66.67 ลดลงเป็นเป็นร้อยละ 33.33 ภายหลังการใช้แนวทางการบริหารยาใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ามีการลดลงของระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาและด้านบุคลากร พบว่าความพึงพอใจโดยรวมหลังการปรับใช้แนวทางการบริหารยาของพยาบาล อยู่ในระดับดี จึงควรมีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับแก่พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยและร่วมกันระดมสมอง เพื่อค้นหาแนวทางการให้ยาให้ตรงเวลาและให้ยาอย่างครบถ้วนถูกต้องตามแผนการรักษาทุกครั้ง และควรมีการนิเทศติดตามและ ประเมินผลการใช้แนวทางการบริหารยาอย่าง ต่อเนื่องทุก 3 เดือน เพื่อเป็นข้อมูลพิจารณาปรับปรุงแก้ไขแนวทางการบริหารยา อีกทั้งผู้บริหารควรกำหนดการบริหารยาผู้ป่วยในเป็นสมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ (Functional Competency) ของพยาบาลผู้ป่วยในเพื่อเป็นการ ประเมินผลการปฏิบัติงาน และพัฒนาบุคลากร พยาบาลประจำการงานผู้ป่วยใน

คำสำคัญ: ความคลาดเคลื่อนทางยา, แนวทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาล

Development of a Nurse-Inclusive Medication Management Guideline to Prevent Medication Errors in Inpatient Care at Khun Tan Hospital

Jaruwan Saiyaprom, Kanokporn Thongthip
Khun Tan Hospital

Abstract

This study focuses on the development of a medication management guideline with nurse participation to prevent medication errors in the inpatient department at Khun Tan Hospital, Chiang Rai Province. The objective was to develop and assess the effectiveness of a nurse-inclusive approach in preventing medication errors within the inpatient nursing service.

The research employed a developmental research design. The target population included 13 registered nurses working in inpatient wards. Data collection was conducted from September 2023 to October 2024. Data analysis used descriptive statistics (frequency and percentage) and content analysis through thematic categorization.The implementation was carried out in three phases:Situation Analysis:Tools used included the hospital's medication risk incident reports (via the HRMS system), focused on medication errors. Additional data were gathered through participation in medication error review sessions and interviews with participating nurses to identify challenges and outcomes of the existing medication administration system.Design and Development of the Medication Management Guideline:Based on the findings from Phase 1, a draft guideline was developed tailored to the context of the inpatient nursing service. The guideline covered key categories: prescription and medication orders (including initiation and discontinuation), drug verification and storage, preparation and administration of medication and IV fluids, monitoring of side effects, management of adverse drug reactions, response to medication errors, and the handling of psychotropic and narcotic medications.The draft was reviewed for quality by five experts: two physicians, two pharmacists, and one head of nursing. Reliability was assessed before implementing the guideline in nursing practice using the five-step nursing process integrated with the 10 Rights of Medication Administration (10 Rs).

Evaluation of Implementation Outcomes:The effectiveness of the guideline was assessed by tracking incidents of administrative medication errors using monthly reports via HRMS on Cloud & HOSxP systems, along with medical record reviews using trigger tools. Clinical supervision included interviews with nurses to assess challenges, convenience, adherence to the guideline, and overall satisfaction. Key points of evaluation included the prescription reception process, drug preparation and administration, and satisfaction with the participatory approach.The implementation of the developed guideline significantly enhanced the quality of medication management. Medication error incidents caused by nurses reduced from 66.67%

to 33.33%, showing a statistically significant decrease. The severity of errors also declined. Additionally, overall staff satisfaction with the new guideline was rated at a good level.
To sustain this improvement, it is recommended to:Provide regular feedback to nurses in inpatient wards.Conduct brainstorming sessions to identify ways to improve timely and accurate medication administration.Conduct clinical supervision and evaluation every three months to revise and improve the guideline as needed.The hospital administration should also incorporate inpatient medication management as part of nursing functional competency to be used in performance evaluations and personnel development for inpatient nurses.

Keywords: Medication Error, Nurse-Inclusive Medication Management Guideline

บทนำ

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) หมายถึง เหตุการณ์ใดๆที่ควรป้องกันได้ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ขณะที่ยาอยู่ในความควบคุมของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพผู้ป่วยหรือผู้บริโภคเหตุการณ์เหล่านั้นอาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางวิชาชีพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ วิธีการปฏิบัติและระบบครอบคลุมการสั่งใช้ยาการสื่อสารคำสั่ง การจัดทำฉลากยา/การบรรจุและการตั้งชื่อผลิตภัณฑ์การปรับปรุง/การเตรียมยา การจ่ายยา การกระจายยาการให้ยาการให้ความรู้การติดตามและการใช้ยา (NCC MERP, 2017) ปี 2021 ซึ่งแบ่งความคลาดเคลื่อนทางยาในลักษณะของการจัดกลุ่มตามระดับความรุนแรงที่พบ กำหนดไว้ 9 ระดับ ตั้งแต่ A-I ตั้งแต่เหตุการณ์ที่มีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ไปจนถึงเกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

เนื่องจากความปลอดภัยของผู้ป่วยคือหัวใจของคุณภาพในการรักษาพยาบาลและเป็นรากฐานสำคัญของความเชื่อมั่นและไว้วางใจของประชาชนต่อระบบสุขภาพ (ภูมิใจ อ่างแก้ว และกฤติกา สธนเสาวภาคย์, 2551) เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา นอกจากจะทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแล้ว ยังมีผลกระทบที่ตามมาอีกหลายด้าน ทั้งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยที่อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพขึ้นใหม่ได้ และอาจมีความรุนแรงและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ผลกระทบที่เกิดกับญาติผู้ป่วย การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อจิตใจที่ประเมินค่าไม่ได้ ผลกระทบต่อตัวบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยอาจจะต้องเผชิญกับปัญหาการถูกฟ้องร้อง ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา จึงนับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้กำหนดให้ความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของโรงพยาบาลที่ต้องเก็บข้อมูลเพื่อสะท้อนความปลอดภัยในเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วย (ธิดา นิงสานนท์, 2547) มีการศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยา ของ Krumholz และคณะ (2003) และการศึกษาของ Granger และคณะ (2005) โดยเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือด หัวใจตีบเฉียบพลันหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับยา เช่น ยา ASA (Aspirin) ถึงร้อยละ 53.0-93.4 ปีพ.ศ. 2546 มีการศึกษาของ Runciman และคณะ (2003) พบว่าความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 2.4 และปีพ.ศ. 2550 Hicks และคณะ (2007) พบว่าการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 0.1 ได้รับ อันตรายถึงขั้นเสียชีวิตในปีเดียวกัน

อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในประเทศไทย โรงพยาบาลศรีนครินทร์พบความคลาดเคลื่อนทางยาที่หนาแน่นร้อยละ 1.97 ของการรายงานทั้งหมดเป็นความคลาดเคลื่อนที่สามารถแก้ไขได้ร้อยละ 95.6 และป้องกันได้ร้อยละ 4.4 (เพียงเพ็ญ ชนาเทพาพรและคณะ, 2557) และมีความสอดคล้องกับการศึกษาผลของการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาของสุรัชดา กองศรี (2548) พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาขณะอยู่โรงพยาบาลถึง ร้อยละ 50 ซึ่งระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ไม่เป็นอันตรายและบุคลากรทางการแพทย์ที่แก้ไขได้

งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล เกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยใน ปี2562 =0.069 %, ปี2563 =0.073 %, ปี2564 =0.212 %, ปี2565 =0.201 % และปี2566 =0.034% ตามลำดับ และพบความคลาดเคลื่อนการบริหารยาผู้ป่วยใน ปี 2566 จำนวน 14 ราย (ระดับ C= 4 ราย และ D= 10 ราย จากการลืมให้ยา/ ให้ยาผิดเวลา/ให้ยาที่แพทย์หยุดจ่าย/ ให้ยาผิดชนิด/ผิดคน คิดเป็น 0.053 %) จากการทบทวนโดยใช้กระบวนการตามรอยทางคลินิกโดยทีมดูแลผู้ป่วย PCT ร่วมกับทีมบริหารความเสี่ยงและคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ของโรงพยาบาลขุนตาล ได้ร่วมวิเคราะห์ปัญหาความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา (administration error) พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดเนื่องจาก พยาบาลใหม่ยังขาดความรู้เรื่องยา ไม่ได้ปฏิบัติตามกระบวนการแจกยา ตามระบบที่วางไว้ ประกอบกับเจ้าหน้าที่มีการหมุนเวียนปรับ

เพิ่มเข้ามาใหม่ ระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยใน ขาดความต่อเนื่อง ไม่มีการตรวจสอบซ้ำ recheck /double checkเนื่องจากการตรวจสอบค่อนข้างยุ่งยากหลายขั้นตอน ใช้เวลานาน ทำให้การบริหารยาไม่เป็นไปตามรอบบริหารยาและอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการการบริหารยาในเรื่องอื่นๆ ตามมา

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการบริหารยาจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับยา วิธีการบริหารยา การออกฤทธิ์ของยา อาการข้างเคียง และข้อจำกัดในการใช้ยา โดยต้องมีการประเมินปัญหาผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง กับการใช้ยาหรือมีความจำเป็นต้องใช้ยาในการรักษา เข้าใจโอกาสที่จะเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ดำเนินการเพื่อหลีกเลี่ยง/ลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ตระหนักและจัดการแก้ไขปัญหา เข้าใจการสั่งจ่ายยาของแพทย์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ การบริหารยาจัดเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีโอกาสจะเกิดความผิดพลาดได้ในทุกขั้นตอนซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ พยาบาลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับยา ทักษะในการจัดยา และปฏิบัติตามกฎระเบียบในการบริหารยาเป็นอย่างดี จึงจะเกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

ด้วยเหตุผลและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัย ร่วมกับงานการพยาบาลผู้ป่วยใน จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา งานการพยาบาลผู้ป่วยใน และศึกษาถึงผลของการพัฒนาระบบที่มีต่ออัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาและความรุนแรง ของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาเมื่อได้มีการพัฒนาแนวทางและลงสู่การปฏิบัติแล้ว โดยมีเป้าหมาย คือเพื่อลดการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่รุนแรง และป้องกันมิให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาซ้ำ จะส่งผลต่อความ ปลอดภัยในการใช้ยาของผู้รับบริการและเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการบริหารยาการมีส่วนร่วมของพยาบาลต่ออัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแนวทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงรายครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการบริหารยา โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบของ โดนามิเดียน(Donabedian,1989) ในการวิเคราะห์สถานการณ์ศึกษาปัญหาและสาเหตุของปัญหา(Input) การออกแบบและพัฒนารูปแบบ ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบพัฒนาและขยายประสิทธิผลรูปแบบ (Process) และประเมินประสิทธิผลแนวทางที่พัฒนาขึ้น (Outcome) ร่วมกับการจัดรูปแบบการจัดการทางการพยาบาล ตามแนวคิดของคาร์เปนิโต (2007) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ1) การประเมิน (assessment) ก่อนการ บริหารยา 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis)สร้างความตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงก่อนการบริหารยา 3) การวางแผนการพยาบาล (planning) บริหารยาความเสี่ยงสูงก่อนการบริหารยา 4) การปฏิบัติ การพยาบาล (implementation) ขณะบริหารยาความเสี่ยงสูง และ 5) การประเมินผลการพยาบาล (evaluation) ขณะและหลังการบริหารยา ดำเนินการในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล โดยใช้ระบบการบริหารยาอย่างมีประสิทธิภาพ (สภาการพยาบาล, 2562)ตามหลัก 10 Rights of Medication Administration (10R)

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาแนวทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย ในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) ประชากรกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยในทั้งหมด จำนวน 13 คน ช่วงเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่ ก.ย.66 - ต.ค. 67 ผู้วิจัยได้กำหนดการดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะศึกษาสถานการณ์เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน ได้แก่รายงานความเสี่ยงด้านยาโรงพยาบาลขุนตาล ในโปรแกรม HRMS เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา และรวบรวมข้อมูลผ่านการเข้าร่วมทบทวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อน ในการบริหารยา เครื่องมือที่ใช้แบบสัมภาษณ์ ผู้เข้าร่วมวิจัยถึงปัญหาอุปสรรคและผลของการใช้ระบบการบริหารยาที่ผ่านมา

2) ระยะออกแบบ และพัฒนา “แนวทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน” โดย

2.1 โดยการนำข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน ศึกษาหลักการ แนวคิดทฤษฎีของ

ออกแบบ ร่างแนวทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาตามบริบท งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย พัฒนาขึ้น โดยใช้การมีส่วนร่วมของพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โดยแบ่งเป็นหมวดหมู่ตามหัวข้อสำคัญ ดังนี้

1.1 การสั่งใช้ยา

1.2 การรับคำสั่งการรักษาทางยา และการรับคำสั่งหยุดยา

1.3 การตรวจสอบและการจัดเก็บยา

1.4 การจัดเตรียมและการแจกยา และสารน้ำ

1.5 การเฝ้าระวังติดตามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

1.6 การจัดการอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

1.7 การเบิกจ่ายยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และยาเสพติด

2.2 ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน,เภสัชกร 2 คน และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล 1 คน และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient)

2.3 นำแนวทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา งานการพยาบาลผู้ป่วยใน ไปใช้ ตามกระบวนการทางการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมิน (assessment) ก่อนการ บริหารยา 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) สร้างความตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงก่อน การบริหารยา 3) การวางแผนการพยาบาล (planning) บริหารยาความเสี่ยงสูงก่อนการบริหารยา 4) การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) ขณะบริหารยา และ 5) การประเมินผลการพยาบาล (evaluation) ขณะและหลังการบริหารยาโดยการใช้ระบบการบริหารยาตามหลัก 10 Rights of Medication Administration (10 Rs) ไดแก (1) ใหยาถูกชนิด (Right drug/medication) (2) ใหยาผูปวย/ผูรับบริการถูกคน(Right patient) (3) ใหยาถูกขนาด (Right dose) (4) ใหยาถูกทาง(Right route) (5) ใหยาถูกเวลา (Right time and frequency) (6) บันทึกการใหยาถูกตอง (Right documentation) (7) สิทธิ์ที่ผูปวยจะไดรับขอมูลเกี่ยวกับยาและสิทธิ์ในการปฏิเสธยา (Right to refuse) (8) ตรวจสอบประวัติการแพยาและทำการประเมินถูกตอง (Right history and assessment) (9) การตรวจสอบปฏิกิริยาระหวาง

กันของยาและการประเมินถูกต้อง (Right drug – Drug interaction and evaluation) (10) การให้ความรู้เรื่องยาและข้อมูลถูกต้อง (Right to education and information) และมาตรฐานการบริหารยาสำหรับพยาบาล 3 ขั้นตอนคือการปฏิบัติก่อน ขณะ และหลังการบริหารยา

3) ระยะศึกษาผลการนำแนวทางการบริหารยาเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ในงานการพยาบาลผู้ป่วยในไปใช้

3.1 ติดตามการเกิดอุบัติการณ์ Administrative error จากแบบรายงานความคลาดเคลื่อนในการให้ยา จากระบบการจัดเก็บและส่งแบบฟอร์มรายงาน ทุกเดือน และรายงานผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (HRMS on Could & HOSxP) ร่วมกับการทบทวน เวชระเบียนผู้ป่วยโดยใช้ตัวส่งสัญญาณ (trigger tool)

3.2 ประเมินผลการใช้แนวทางทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ร่วมกับการนิเทศทางคลินิกโดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยถึงปัญหาอุปสรรคและผลของการใช้ตั้งแต่ กระบวนการรับแผนการรักษา กระบวนการจัดและแจกยา ความสะดวกในการปฏิบัติตามแนวทาง และความพึงพอใจภาพรวมต่อแนวทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ความคลาดเคลื่อนทางยาในงานผู้ป่วยในใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ร้อยละ
2. ข้อเสนอแนะจากพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ต่อแนวทาง ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยจัดหมวดหมู่

ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาครั้งนี้ ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จำนวน 13 คน เป็นการศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ดังนั้นนำเสนอข้อมูลเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1: ผลของการพัฒนารูปแบบแนวทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในงานผู้ป่วยใน ดังนี้

1. ประเภทความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นก่อนและหลังการใช้แนวทางการบริหารยาใหม่พบว่า บางประเภทลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บางประเภทเพิ่มขึ้นดังนี้

1.1 การจัดยาผิดชนิดพบว่าก่อนและหลังใช้แนวทางการบริหารยา เกิดอุบัติการณ์ร้อยละ 0 : 7.1

1.2 การให้ยาผิดรูปแบบพบว่าก่อนและหลังใช้แนวทางการบริหารยา เกิดอุบัติการณ์ร้อยละ 7.14 : 0

1.3 การให้ยาผิดขนาด/ความแรงพบว่าก่อนและหลังใช้แนวทางการบริหารยา เกิดอุบัติการณ์ร้อยละ 7.14 : 42.86

1.4 การให้ยาผิดคนพบว่าก่อนและหลังใช้แนวทางการบริหารยา เกิดอุบัติการณ์ร้อยละ 21.43 : 14.29

1.5 ไม่ได้ให้ยาที่แพทย์สั่งพบว่าก่อนและหลังใช้แนวทางการบริหารยา เกิดอุบัติการณ์ร้อยละ 64.29 : 14.29

1.6 การให้ยาผิดเวลา(+ 1 ชม.)พบว่าก่อนและหลังใช้แนวทางการบริหารยาเกิดอุบัติการณ์ร้อยละ 0 :14.29

ตารางที่ 1 ข้อมูลการจำแนกตามประเภทความคลาดเคลื่อนทางยา

ประเภทความคลาดเคลื่อนทางยา	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การจัดยาผิดชนิด	0	0	1	14.29
การให้ยาผิดรูปแบบ	1	7.14	0	0
การให้ยาผิดขนาด/ความแรง	1	7.14	3	42.86
การให้ยาผิดคน	3	21.43	1	14.29
ไม่ได้ให้ยาที่แพทย์สั่ง	9	64.29	1	14.29
การให้ยาผิดเวลา (+ 1 ชม.)	0	0	1	14.29

2. จำนวนครั้งการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนและหลังการใช้แนวทางการบริหารยาใหม่พบว่า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ร้อยละ 66.67:33.33 และลดระดับความรุนแรงลงดังนี้

2.1 เกือบพลาด (A-B) พบว่าก่อนและหลังใช้แนวทางการบริหารยาเกิดอุบัติการณ์ร้อยละ 0 : 14.29

2.2 รุนแรงระดับต่ำ (C) พบว่าก่อนและหลังใช้แนวทางการบริหารยาเกิดอุบัติการณ์ร้อยละ 28.57 : 71.43

2.3 รุนแรงปานกลาง (D) พบว่าก่อนและหลังใช้แนวทางการบริหารยาเกิดอุบัติการณ์ร้อยละ 71.43 : 14.29

ตารางที่ 2 ข้อมูลการจำแนกตามระดับความรุนแรงความคลาดเคลื่อนทางยา

ระดับความรุนแรง	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เกือบพลาด ตามระดับ A-B	0	0	1	14.29
รุนแรงระดับต่ำ ตามระดับ C	4	28.57	5	71.43
รุนแรงปานกลาง ตามระดับ D	10	71.43	1	14.29
รุนแรงสูง ตามระดับ E-F	0	0	0	0
รุนแรงสูงสุด ตามระดับ I	0	0	0	0
รวม	14	66.67	7	33.33

ส่วนที่ 2: ข้อมูลข้อเสนอแนะของพยาบาลต่อแนวทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โดยจัดเป็นหมวดหมู่ในแต่ละด้าน ข้อเสนอแนะต่อกระบวนการรับแผนการรักษา การจัดและแจกยา และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางบริหารยาใหม่

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการพัฒนาแนวทางทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาครั้งนี้ สามารถเพิ่มคุณภาพการบริหารยา ที่ประเมินจากผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและด้านบุคลากรประกอบด้วย อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาล และความพึงพอใจต่อแนวทางการบริหารยาของพยาบาล หลังการพัฒนาแนวทางการบริหารยา ซึ่งการอภิปรายผล แบ่งได้ 2 ระยะ ตามขั้นตอนการศึกษาวิจัยดังนี้

1. ระยะการพัฒนาแนวการบริหารยา

เนื่องจากการพัฒนานำแนวทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา งานการพยาบาลผู้ป่วยใน เป็นการศึกษาวิจัยจากการมีส่วนร่วมในการพัฒนาของพยาบาลทุกคน ในการคิด วิเคราะห์และเสนอแนะแนวทางร่วมกัน ทำให้ได้แนวทางบริหารยาที่ทุกคนสามารถปฏิบัติได้จริง และเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เมื่อนำแนวทางการบริหารยาที่ได้ไปใช้ ทำให้พยาบาลทุกคนเห็นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ วีรกิตติ และคณะ ได้พัฒนาระบบการใช้แนวปฏิบัติการบริหารยากลุ่มเสี่ยงสูงแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดยใช้ CURN Model

2. ระยะการนำแนวทางการบริหารยาไปใช้

ในการนำนำแนวทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา งานการพยาบาลผู้ป่วยในไปใช้ พบว่าหลังพัฒนาแนวทาง สามารถลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาและลดระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาลงได้ดังนี้ จำนวนครั้งการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนการใช้แนวทางการบริหารยาใหม่จำนวนร้อยละ 66.67 ลดลงเป็นเป็นร้อยละ 33.33 ภายหลังการใช้แนวทางการบริหารยาใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ามีการลดลงของระดับความรุนแรงดังนี้ เกือบพลาดตามระดับ A-B พบว่าก่อนใช้แนวทางการบริหารยาใหม่ ไม่พบอุบัติการณ์ แต่พบร้อยละ 14.29 ภายหลังการใช้แนวทางการบริหารยาใหม่ รุนแรงระดับต่ำตามระดับ C พบว่าก่อนใช้แนวทางการบริหารยาใหม่เกิดอุบัติการณ์ร้อยละ 28.57 แต่พบร้อยละ 71.43 ภายหลังการใช้แนวทางการบริหารยาใหม่ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รุนแรงปานกลางตามระดับ D พบว่าก่อนใช้แนวทางการบริหารยาใหม่จำนวนร้อยละ 71.43 ลดลงเป็นร้อยละ 14.29 ภายหลังการใช้แนวทางการบริหารยาใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุมลฑา กระวีพันธ์ (2554) ได้พัฒนารูปแบบการบริหารยาตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช และสุดารัตน์ สุธราพันธ์(2552) ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาแก่ผู้ป่วย โรงพยาบาลแพร่

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาพบว่า ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาไม่ตรงเวลาและยาผิดขนาด/ความแรงที่ยังคงเกิดขึ้นอยู่ จึงควรมีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับแก่พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยและร่วมกันระดมสมองเพื่อค้นหาแนวทางการให้ยาให้ตรงเวลาและให้ยาอย่างครบถ้วนถูกต้องตามแผนการรักษาทุกครั้ง

2. เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามทางการบริหารยาอย่างต่อเนื่อง ควรมีการนิเทศติดตามและ ประเมินผลการใช้แนวทางการบริหารยาอย่าง ต่อเนื่องทุก 3 เดือน เพื่อเป็นข้อมูลพิจารณาปรัง ปรุงแก้ไขแนวทางการบริหารยาต่อไป

3. ควรมีการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อนำแนวทางการบริหารยาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ในแต่ละกระบวนการ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาต่อเนื่อง และกระตุ้นการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

4. ผู้บริหารควรกำหนดการบริหารยาผู้ป่วย ในเป็นสมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ (Functional Competency) ของพยาบาลผู้ป่วยใน เพื่อเป็นการ ประเมินผลการปฏิบัติงาน และพัฒนาบุคลากร พยาบาลประจำ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล

เอกสารอ้างอิง

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2542). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล* ปรับปรุงครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

คฑามาศ แซ่ผ้าง.(2553). Medication reconciliation กับมาตรฐานโรงพยาบาลและการบริการสุขภาพ. *วารสารไทยไภษัชยนิพนธ์* 2553,5(1),99-107. https://li01.tci-thaijo.org/index.php/TBPS/article/view/33020/28077

ธิดา นิงสานนท์ สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล และปรีชา มนทกานติกุล.(2547). *การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อความ ปลอดภัยของผู้ป่วย*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทประชาชน.

ธิดา นิงสานนท์, มังกร ประพันธ์วัฒนะ, นนทรัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์.(2548). *ผลกระทบของความคลาดเคลื่อนทางยาต่อระบบการดูแลสุขภาพ*. ใน: ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล, ปรีชา นนทกานติกุล, บรรณาธิการ.*การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย.* พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:บริษัทประชาชน.

ธิดา นิงสานนท์.(2551). *Medication reconciliation*. ใน: ปรีชา มนทกานติกุล, สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล, บรรณาธิการ. *Medication reconciliation*. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล.

เปรมฤดี ศรีวิชัย และกันติยา ลิ้มประเสริฐ.(2562). พฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดพะเยา. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.*; 37(1), 138- 147

เพียงเพ็ญ ชนาเทพาพร, ศมน อนุตรชัชวาลย์, เพียงขวัญ นครรัตนชัย. (2557). การพัฒนาระบบการประสานรายการยาบนหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร,* 29(3): 276-282

ภูมิใจ อ่างแก้วและกฤติยา สธนเสาวภาคย์.(2551). นโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย:*จดหมายข่าวเภสัชกรรม โรงพยาบาล*,2,(1) (มีนาคม-เมษายน): 5-6.

สภาการพยาบาล. (2562). *คู่มือการจัดการเรียนการสอน การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตร บัณฑิต*. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์ อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น จำกัด.

สุรัชดา กองศรี. (2548). ผลของการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ณ โรงพยาบาลราชวิถี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.* 30(4),167-173.

Donabedian A. (1989). The end results of health care: *Ernest Codman's contribution to quality assessment and beyond*. Milbank Q. 67(2): 233-256.

Moyet C, Juall L. (2007). Understanding the Nursing Process*: Concept Mapping and Care Planning for Students*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, S68-S72.

Ningsanon T, Chulawattanathon S, Monthakantikun P. (2011). Medication administration for patient safety. 3rd ed. Bangkok: *Hospital Pharmacy Association, Thailand*, 70(Suppl. 1), 27-31.

NationalCoordinating Council for MedicationError Reporting and Prevention(NCC MERP). (1998). National Coor-dinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP).*Taxonomy of medication errors*. https://www.nccmerp.org/sites/default/files/taxonomy2001-0731.pdf

Thomas-Hawkins C, Flynn L. (2015). Patient safety culture and nurse-reported adverse events in outpatient hemodialysis units. Research and theory for nursing practice: *an international journal*. 29:53–65.

The Joint Commission. (2008). National Patient Safety Goals. http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/08_hap_npsgs.htm.

ประสิทธิผลของโปรแกรมกายภาพบำบัดในศูนย์ฟื้นฟูชุมชนแม่ลาว ต่อการลดการใช้ยา NSAIDs ในผู้สูงอายุโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ

นพณัช บุญสุข
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลแม่ลาว

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดก่อน-หลัง (pre-post test quasi-experimental design) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมกายภาพบำบัดในศูนย์ฟื้นฟูชุมชนต่อการลดการใช้ยา NSAIDs ในผู้สูงอายุที่มีโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ และศึกษาการเปลี่ยนแปลงระดับความปวดและความพึงพอใจต่อโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระดูกและกล้ามเนื้อและใช้ยา NSAIDs เป็นประจำอย่างน้อย 3 เดือน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมโปรแกรมกายภาพบำบัดที่ออกแบบโดยนักกายภาพบำบัดเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ข้อมูลจะถูกเก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามและประเมินระดับความปวดด้วย Visual Analog Scale (VAS) ก่อนและหลังโปรแกรม ข้อมูลจะถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการแทรกแซง โดยใช้ Paired t-test หรือ Wilcoxon Signed-Rank test ตามความเหมาะสมของข้อมูล

หลังเข้าร่วมโปรแกรมกายภาพบำบัด กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีการลดลงของความถี่ในการใช้ยา NSAIDs และระดับความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยระดับความปวดลดลง 2.44 คะแนน และผู้เข้าร่วมทุกราย (100%) รายงานว่าความถี่ในการใช้ยา NSAIDs ลดลง และกายภาพบำบัดมีประสิทธิผลที่ดีต่ออาการปวด และมีความพึงพอใจสูงต่อโปรแกรม โปรแกรมกายภาพบำบัดในศูนย์ฟื้นฟูชุมชนแม่ลาวเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลในการลดการใช้ยา NSAIDs และช่วยจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุที่มีโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งถือเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยและควรได้รับการส่งเสริมในระบบบริการสุขภาพชุมชน

คำสำคัญ: กายภาพบำบัด, NSAIDs, ผู้สูงอายุ, ปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ, ศูนย์ฟื้นฟูชุมชนแม่ลาว

Effectiveness of a Community-Based Physical Therapy Program at Mae Lao Community Rehabilitation Center on Reducing NSAIDs Use in Older Adults with Musculoskeletal Disorders

NOPPANAT BOONSUK
Mae Lao Hospital

ABSTRACT

Background and Objectives: The use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for musculoskeletal pain is common in older adults, but continuous use carries serious health risks. Physical therapy is a safe and effective alternative, yet community access is limited. This study aimed to evaluate the effectiveness of a community rehabilitation center-based physical therapy program in reducing NSAID use in older adults with musculoskeletal disorders, and to examine changes in pain levels and satisfaction with the program.

Methods: This pre-post test quasi-experimental study included older adults aged 60 and above diagnosed with musculoskeletal disorders and regularly using NSAIDs for at least 3 months, recruited from a community rehabilitation center via purposive sampling. Participants engaged in an 8-week physical therapy program designed by a physical therapist, attending the center twice monthly with home practice. Data on general information, medical history, healthcare rights, medication sources, and NSAID use behavior were collected pre-program. Pain levels (Visual Analog Scale - VAS) were assessed pre and post-program. Post-intervention, NSAID use frequency, physical therapy effectiveness on pain, and program satisfaction were also evaluated. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics (Paired t-test or Wilcoxon Signed-Rank test).

Results: The study's preliminary findings are expected to show a statistically significant reduction in NSAID use frequency and pain levels in older adults following participation in the physical therapy program. Most participants are anticipated to report good effectiveness of physical therapy for pain and high satisfaction with the program.

Conclusion: The physical therapy program at the Mae Lao community rehabilitation center serves as an effective approach to reduce NSAID use and manage pain in older adults with musculoskeletal disorders. This alternative is considered safe and should be promoted within community health services.

Keywords: Physical therapy, NSAIDs, Older adults, Musculoskeletal pain, Mae Lao Community rehabilitation center

บทนำ

อาการปวดจากโรคกระดูกและกล้ามเนื้อเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตและการทำกิจวัตรประจำวัน ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) เป็นกลุ่มยาที่นิยมใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดและลดการอักเสบ อย่างไรก็ตาม การใช้ยา NSAIDs ในผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง เช่น เลือดออกในทางเดินอาหาร, แผลในกระเพาะอาหาร, ภาวะไตวายเฉียบพลันหรือเรื้อรัง, และผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากความเปราะบางทางสรีรวิทยาและการมีโรคประจำตัวหลายโรคในกลุ่มวัยนี้ การลดการพึ่งพายาจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

กายภาพบำบัด เป็นแนวทางการรักษาที่ไม่ใช้ยาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับว่ามีประสิทธิภาพในการจัดการอาการปวด เพิ่มความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของร่างกายในผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดที่เหมาะสมในระดับชุมชน โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทางหรือค่าใช้จ่าย ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญ การมีศูนย์ฟื้นฟูในชุมชนจึงเป็นโอกาสที่ดีในการขยายบริการดังกล่าว

งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมกายภาพบำบัดที่จัดในศูนย์ฟื้นฟูชุมชนแม่ลาว โดยมีรูปแบบการเข้ารับบริการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อประเมินว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดการใช้ยา NSAIDs และช่วยบรรเทาอาการปวด รวมถึงเพิ่มความพึงพอใจในการรักษาของผู้สูงอายุที่มีโรคกระดูกและกล้ามเนื้อได้จริงหรือไม่ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้มีคุณภาพและปลอดภัยยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกายภาพบำบัดในศูนย์ฟื้นฟูชุมชนแม่ลาวต่อการลดความถี่ในการใช้ยา NSAIDs ในผู้สูงอายุที่มีโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดของผู้สูงอายุที่มีโรคกระดูกและกล้ามเนื้อก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกายภาพบำบัด
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของกายภาพบำบัดต่ออาการปวด และความพึงพอใจต่อโปรแกรมในผู้สูงอายุที่เข้าร่วม

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมกายภาพบำบัดในศูนย์ฟื้นฟูชุมชนแม่ลาวจะมีความถี่ในการใช้ยา NSAIDs ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม
2. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมกายภาพบำบัดในศูนย์ฟื้นฟูชุมชนแม่ลาวจะมีระดับความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น: โปรแกรมกายภาพบำบัดในศูนย์ฟื้นฟูชุมชนแม่ลาว

ตัวแปรตาม:

- ความถี่ในการใช้ยา NSAIDs
- ระดับความปวด (VAS)
- ประสิทธิผลของกายภาพบำบัดต่ออาการปวด
- ความพึงพอใจต่อโปรแกรม

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร: โปรแกรมกายภาพบำบัดในศูนย์ฟื้นฟูชุมชนแม่ลาวส่งผลให้ความถี่ในการใช้ยา NSAIDs ลดลง ระดับความปวดลดลง กายภาพบำบัดมีประสิทธิผลต่ออาการปวด และผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ชนิดก่อน-หลัง (Pre-post test design) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการแทรกแซงระหว่างเดือน มีนาคม 2568 ถึง พฤษภาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- ประชากรเป้าหมาย: ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์ฟื้นฟูในชุมชน อำเภอแม่ลาว ที่มีโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ
- กลุ่มตัวอย่าง: ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ (ข้อเข่าเสื่อม, ปวดหลังส่วนล่าง, กล้ามเนื้ออักเสบ หรืออื่น ๆ ที่ระบุ) และมีประวัติการใช้ยา NSAIDs เพื่อบรรเทาอาการดังกล่าวเป็นประจำอย่างน้อย 3 เดือน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria):

- อายุ 60 ปีขึ้นไป
- ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระดูกและกล้ามเนื้อตามที่ระบุ
- ใช้ยา NSAIDs เป็นประจำอย่างน้อย 3 เดือน
- สามารถสื่อสารเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมและการตอบแบบสอบถามได้
- ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม (Informed Consent Form)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria):

- มีข้อห้ามในการทำกายภาพบำบัด (เช่น กระดูกหักที่ยังไม่หาย, การติดเชื้อเฉียบพลัน, โรคมะเร็ง, ภาวะสมองเสื่อมรุนแรง)
- มีภาวะแทรกซ้อนจากยา NSAIDs ที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน
- กำลังเข้าร่วมโปรแกรมกายภาพบำบัดหรือการรักษาทางเลือกอื่นที่อาจส่งผลต่ออาการปวดและการใช้ยาในช่วงระยะเวลาการศึกษา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง: ขนาดกลุ่มตัวอย่างจะคำนวณโดยใช้สูตรทางสถิติสำหรับ Paired t-test หรือ Wilcoxon Signed-Rank test โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% (α=0.05) และค่าอำนาจการทดสอบที่ 80% (β=0.20) อ้างอิงจากขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันในกลุ่มผู้สูงอายุ หรือจากการศึกษาเบื้องต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่:

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป (เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, จำนวนผู้อยู่อาศัยภายในบ้าน, ระดับการศึกษา, อาชีพ, ประวัติโรคประจำตัว, โรคกระดูก/กล้ามเนื้อที่ได้รับการวินิจฉัย, สิทธิการรักษา, สถานที่ได้รับยา)

ส่วนที่ 2: พฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (ความถี่ในการใช้ยา NSAIDs, สาเหตุหลักที่ใช้ยา NSAIDs, เคยประสบผลข้างเคียงจากยา NSAIDs หรือไม่)

ส่วนที่ 3: ประสิทธิผลของโปรแกรมกายภาพบำบัด (ประเมินหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน) (ระดับอาการปวดก่อนและหลังโปรแกรม (VAS), ความถี่ในการใช้ยา NSAIDs หลังโปรแกรม, ประสิทธิผลของกายภาพบำบัดต่ออาการปวด, ความพึงพอใจต่อโปรแกรม, ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม)

มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการทดสอบความเข้าใจของคำถามในกลุ่มผู้สูงอายุ

วิธีรวบรวมข้อมูล

- การขออนุมัติและเตรียมการ: ประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขและศูนย์ฟื้นฟูในชุมชน เตรียมสถานที่และอุปกรณ์
- การคัดเลือกและชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง: ค้นหาและคัดเลือกผู้สูงอายุตามเกณฑ์ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ความเสี่ยง และสิทธิ์ ให้ผู้สูงอายุและ/หรือผู้ดูแลลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม
- การเก็บข้อมูลก่อนการแทรกแซง (Pre-test): ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์และกรอกข้อมูลจากแบบสอบถามในส่วนที่ 1 และ 2 บันทึกระดับความปวด VAS (ก่อนโปรแกรม) ในส่วนที่ 3 ข้อมูลทั้งหมดถูกบันทึกใน Google Sheets
- การดำเนินโปรแกรมกายภาพบำบัดในศูนย์ฟื้นฟูชุมชน: ระยะเวลา 8 สัปดาห์ เข้ารับบริการที่ศูนย์ 2 ครั้งต่อเดือน เนื้อหาโปรแกรมออกแบบโดยนักกายภาพบำบัด เน้นความปลอดภัยและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีการจัดทำคู่มือหรือสื่อการเรียนรู้ให้ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลนำกลับไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน
- การเก็บข้อมูลหลังการแทรกแซง (Post-test): หลังจากผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมครบ 8 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยจะทำการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลในส่วนที่ 3 ข้อมูลทั้งหมดจะถูกบันทึกใน Google Sheets โดยเชื่อมโยงกับรหัสผู้ป่วยเดิม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จะถูกตรวจสอบความถูกต้องและนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยมีวิธีการดังนี้:

- **สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics):** ใช้ค่าความถี่และร้อยละสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (หรือค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ หากข้อมูลไม่เป็นไปตามการแจกแจงปกติ) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ

  สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics):

  - การเปรียบเทียบระดับความปวด VAS ก่อนและหลังโปรแกรม: ใช้ Paired t-test (หากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ) หรือ Wilcoxon Signed-Rank test (หากข้อมูลไม่มีการแจกแจงปกติ)

- การวิเคราะห์ความสัมพันธ์/ความแตกต่างของความถี่การใช้ยา NSAIDs ก่อนและหลังโปรแกรม: จะวิเคราะห์โดยใช้สถิติที่เหมาะสมกับข้อมูลเชิงอันดับ (Ordinal data) เช่น Wilcoxon Signed-Rank test หรือจัดกลุ่มข้อมูลเป็นเชิงปริมาณเพื่อใช้ Paired t-test
- วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปบางประการกับประสิทธิผลของโปรแกรม หากมีข้อมูลเพียงพอ

ระดับนัยสำคัญทางสถิติ: กำหนดไว้ที่ α =0.05

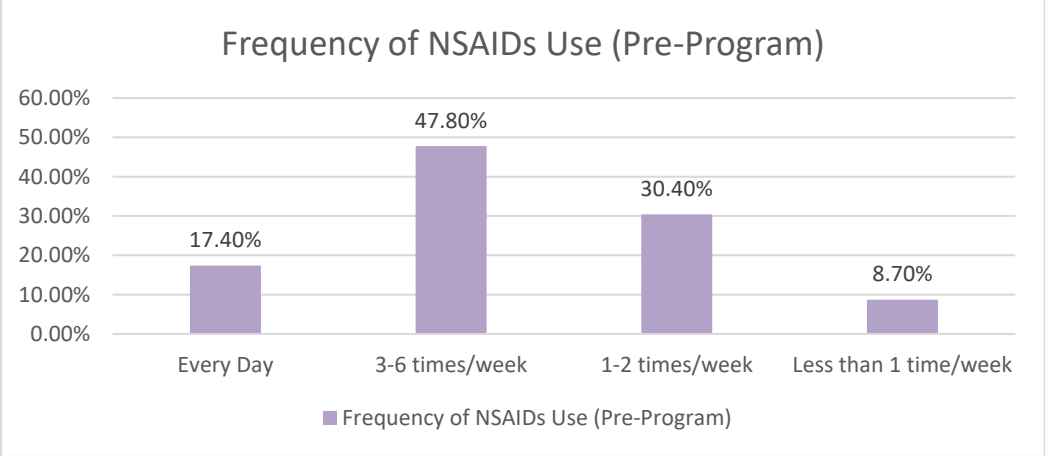
ผลการวิจัย

การศึกษาสำรวจนี้มีผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมกายภาพบำบัดในศูนย์ฟื้นฟูชุมชนแม่ลาวจำนวนทั้งสิ้น 23 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาสามารถสรุปได้ ดังนี้:

- เพศ: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง 16 ราย (69.6%) และเพศชาย 7 ราย (30.4%)
- อายุ: กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 67.61 pm 4.88 ปี (ค่าต่ำสุด 61 ปี, สูงสุด 78 ปี)
- สถานภาพสมรส: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น หม้าย 13 ราย (56.5%) รองลงมาคือสมรส 9 ราย (39.1%) และโสด 1 ราย (4.3%)
- จำนวนผู้อยู่อาศัยภายในบ้าน (อายุ 18 ปีขึ้นไป): โดยเฉลี่ยมีผู้อยู่อาศัยในบ้าน 2.26 pm 1.13 คน (ต่ำสุด 1 คน, สูงสุด 5 คน)
- ระดับการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับ ต่ำกว่าหรือเทียบเท่าประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 14 ราย (60.9%) และไม่ได้เรียน 6 ราย (26.1%)
- อาชีพ: อาชีพที่พบมากที่สุดคือ ทำงานบ้าน 11 ราย (47.8%) รองลงมาคือทำการเกษตร 8 ราย (34.8%) และค้าขาย 3 ราย (13.0%)
- ประวัติโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ): กลุ่มตัวอย่าง 18 ราย (78.3%) มีโรคประจำตัว โดยพบความดันโลหิตสูงมากที่สุด 11 ราย (47.8%) รองลงมาคือเบาหวาน 7 ราย (30.4%) และไขมันในเลือดสูง 5 ราย (21.7%) มี 5 ราย (21.7%) ที่ไม่มีโรคประจำตัว
- โรคกระดูก/กล้ามเนื้อที่ได้รับการวินิจฉัย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ): กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ปวดหลังส่วนล่าง 7 ราย (30.4%) รองลงมาคือปวดไหล่ 5 ราย (21.7%) และข้อเข่าเสื่อม 4 ราย (17.4%) นอกจากนี้ยังพบปวดสะโพก 3 ราย (13.0%) และไม่ระบุอีก 4 ราย (17.4%)
- สิทธิการรักษา: ส่วนใหญ่ใช้ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า 18 ราย (78.3%) และสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 5 ราย (21.7%)
- สถานที่ได้รับยา: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาจาก โรงพยาบาลของรัฐบาล 19 ราย (82.6%) และร้านยา 4 ราย (17.4%)

พฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

- ความถี่ในการใช้ยา NSAIDs ก่อนโปรแกรม พบว่า 11 ราย (47.8%) ใช้ยา 3-6 ครั้งต่อสัปดาห์ และ 7 ราย (30.4%) ใช้ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ มี 4 ราย (17.4%) ที่ใช้ยาทุกวัน และ 2 ราย (8.7%) ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์

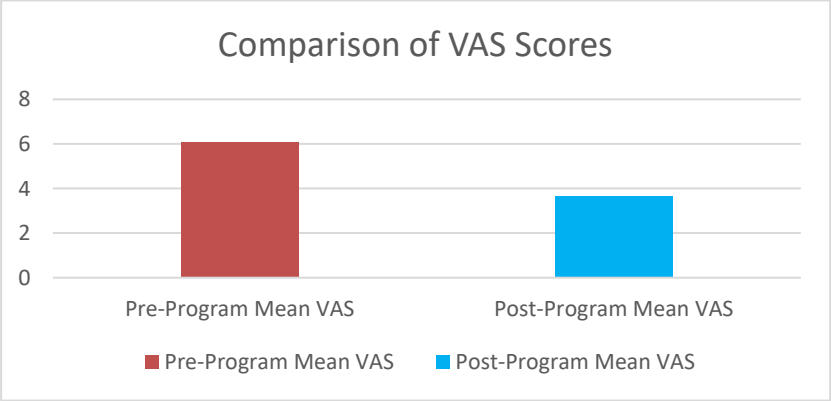


รูปที่ 1 ความถี่ในการใช้ยา NSAIDs ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

- สาเหตุหลักที่ใช้ยา NSAIDs ก่อนโปรแกรม สาเหตุหลักคือ เพื่อลดปวด 19 ราย (82.6%) ส่วนที่เหลือ 4 ราย (17.4%) ใช้ตามแพทย์สั่ง
- ผลข้างเคียงจากยา NSAIDs ก่อนโปรแกรม มีผู้ป่วย 4 ราย (17.4%) ที่เคยประสบผลข้างเคียงจากยา NSAIDs โดย 3 รายระบุว่า ปวดท้อง และ 1 รายระบุว่า ปวดอืด

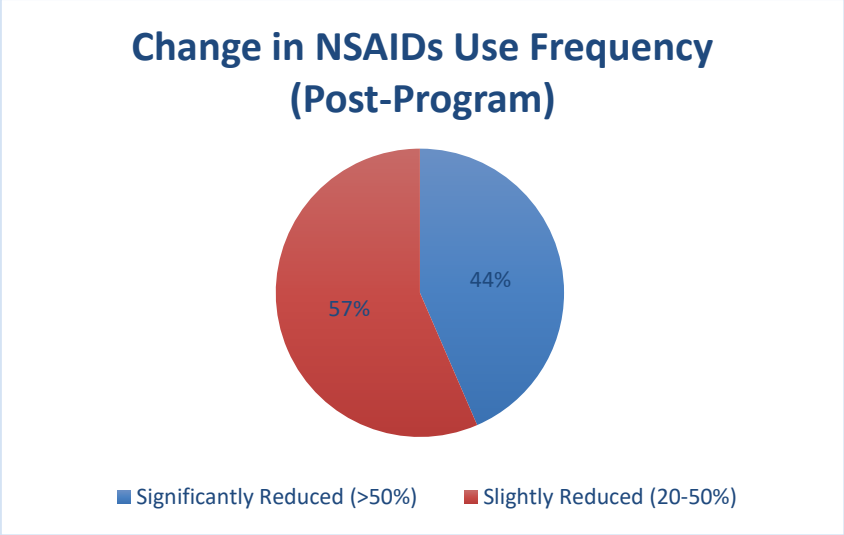
ประสิทธิผลของโปรแกรมกายภาพบำบัด

- ระดับอาการปวด (Visual Analog Scale: VAS)
    - ก่อนโปรแกรม (Pre-VAS): ค่าเฉลี่ย 6.09 pm 1.11 (พิสัย 4-8)
    - หลังโปรแกรม (Post-VAS): ค่าเฉลี่ย 3.65 pm 1.02 (พิสัย 2-6)
    - พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความปวด ลดลง 2.44 คะแนน หลังเข้าร่วมโปรแกรมกายภาพบำบัด



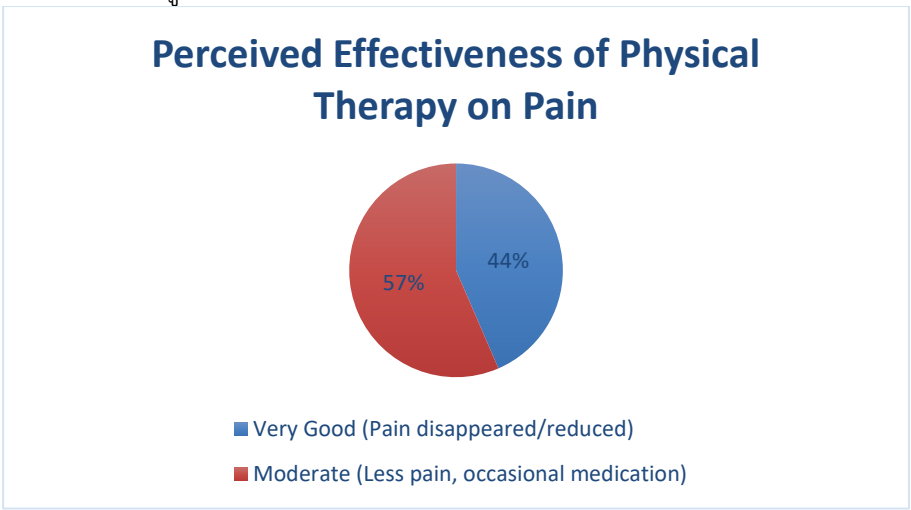
รูปที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับอาการปวด (VAS) ก่อนและหลังโปรแกรม

- ความถี่ในการใช้ยา NSAIDs หลังโปรแกรม
    - ลดลงมาก (>50%) 10 ราย (43.5%)
    - ลดลงเล็กน้อย (20-50%) 13 ราย (56.5%)
    - ไม่พบผู้ป่วยที่ความถี่การใช้ยาไม่เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มขึ้น



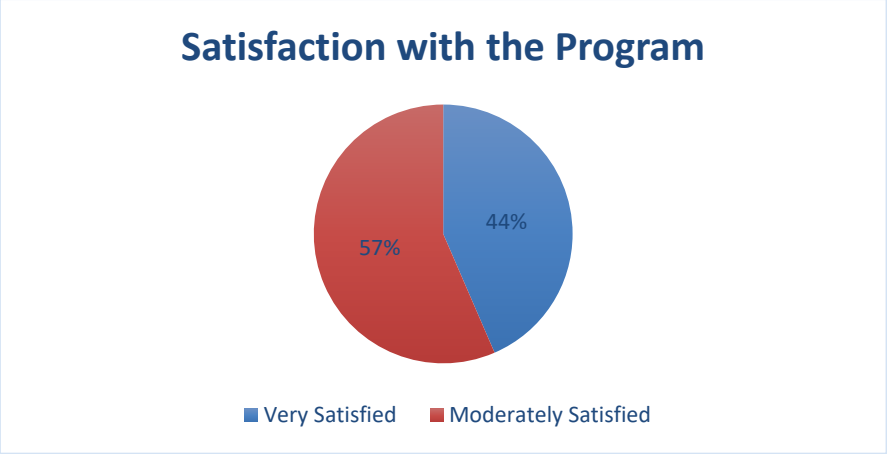
รูปที่ 3 ความเปลี่ยนแปลงของความถี่ในการใช้ยา NSAIDs หลังโปรแกรม (ลดลงมาก (>50%) 43.5%, ลดลงเล็กน้อย (20-50%) 56.5%)

- ประสิทธิผลของกายภาพบำบัดต่ออาการปวด
    - ผู้ป่วยให้การประเมินว่า ดีมาก (อาการปวดหาย/ลดลง) 10 ราย (43.5%)
    - ปานกลาง (ปวดน้อยลง ใช้ยาเป็นครั้งคราว) 13 ราย (56.5%)
    - ไม่พบผู้ป่วยที่ประเมินว่าน้อย (ไม่แตกต่างจากเดิม)



รูปที่ 4 การประเมินประสิทธิผลที่รับรู้ของกายภาพบำบัดต่ออาการปวด (ดีมาก43.5%, ปานกลาง 56.5%)

- ความพึงพอใจต่อโปรแกรม
    - ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับ พึงพอใจมาก 10 ราย (43.5%)
    - พึงพอใจปานกลาง 13 ราย (56.5%)
    - ไม่พบผู้ป่วยที่ไม่พึงพอใจ



รูปที่ 5 ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรม (พึงพอใจมาก 43.5%, พึงพอใจปานกลาง 56.5%)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมกายภาพบำบัดในศูนย์ฟื้นฟูชุมชนแม่ลาวต่อการลดการใช้ยา NSAIDs และบรรเทาอาการปวดในผู้สูงอายุที่มีโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 23 รายที่เข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมกายภาพบำบัดมีประสิทธิผลที่ชัดเจนและเป็นไปในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ

โดยสรุปแล้ว

- ระดับความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก ค่าเฉลี่ยของระดับความปวดที่วัดด้วย Visual Analog Scale (VAS) ลดลงอย่างชัดเจนถึง 2.44 คะแนน ซึ่งเป็นระดับที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงความแตกต่างและมีผลต่อคุณภาพชีวิต
- ลดการใช้ยา NSAIDs ได้ในผู้ป่วยทุกราย ผู้เข้าร่วมโปรแกรมทุกราย (100%) รายงานว่าความถี่ในการใช้ยา NSAIDs ลดลงหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม โดยแบ่งเป็นลดลงมาก (>50%) ถึง 43.5% และลดลงเล็กน้อย (20-50%) อีก 56.5% ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญอย่างยิ่งในการลดความเสี่ยงจากผลข้างเคียงของยาในผู้สูงอายุ
- ประสิทธิผลของกายภาพบำบัดเป็นที่น่าพอใจ ผู้ป่วยทุกราย (100%) ประเมินว่ากายภาพบำบัดมีประสิทธิผลต่ออาการปวดในระดับดีมากถึงปานกลาง
- ความพึงพอใจต่อโปรแกรมสูง ผู้เข้าร่วมทุกราย (100%) มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับพึงพอใจมากถึงปานกลาง สะท้อนถึงการยอมรับและความเหมาะสมของรูปแบบบริการในชุมชน

ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญ ที่ยืนยันว่าโปรแกรมกายภาพบำบัดที่จัดในศูนย์ฟื้นฟูชุมชนแม่ลาวเป็นแนวทางที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และได้รับการยอมรับ ในการจัดการอาการปวดและลดการพึ่งพายา NSAIDs ในผู้สูงอายุที่มีโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งถือเป็นก้าวสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืน และลดภาระความเสี่ยงจากการใช้ยา

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความร่วมมือและสนับสนุนอย่างดียิ่งจากหลายภาคส่วน คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ทีมเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลแม่ลาว ที่ได้ให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรและความเชี่ยวชาญในการดำเนินงาน รวมถึงการออกแบบและจัดโปรแกรมกายภาพบำบัด ขอขอบพระคุณ ชุมชนอำเภอแม่ลาว ตลอดจน องค์การบริหารส่วนตำบล และ เทศบาลในอำเภอแม่ลาว ที่ได้อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และขอขอบพระคุณ ผู้นำชุมชนทุกแห่ง ในอำเภอแม่ลาว ที่ได้ให้การสนับสนุนและช่วยประสานงานกับผู้สูงอายุในพื้นที่เป็นอย่างดี ความร่วมมือจากทุกท่านเป็นกำลังสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

- ควรมีกิจกรรมกลุ่มเพิ่ม
- ควรเพิ่มจำนวนวันออกบริการในศูนย์ฟื้นฟูชุมชุนให้ถี่ขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Baldwin A, Stevenson S, Dudley G. Nonsteroidal anti-inflammatory drug therapy after eccentric exercise in healthy older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(8):M510-M513. doi:10.1093/gerona/56.8.M510
2. Trappe TA, Carroll CC, Dickinson JM, LeMoine JK, Haus JM, Hollon CJ. Influence of acetaminophen and ibuprofen on skeletal muscle adaptations to resistance exercise in older adults. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol. 2011;300(3):655-662.
3. Arca D, Calza S, Campostrini S. NSAIDs use among older adults: An analysis of a population-based database. J Clin Gerontol. 2020;45(3):201-10.
4. Musculoskeletal Pain in Older Adults: A Clinical Review [Internet]. PubMed Central (PMC). [cited 2025 Jul 13]. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8034863/
5. Prevalence and Associated Factors of Musculoskeletal Disorders among Older Patients Treated at Walailak University Physical Therapy Clinic in Thailand: A Retrospective Study [Internet]. MDPI. [cited 2025 Jul 13]. Available from: https://www.mdpi.com/1660-4601/21/9/1253
6. Wong SY, Lee PY. Gastrointestinal and renal complications of NSAIDs in the elderly: A review. Curr Geriatr Rep. 2019;8(4):180-9.
7. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs): Making safer treatment choices [Internet]. bpac.org.nz. [cited 2025 Jul 13]. Available from: https://bpac.org.nz/bpj/2013/october/nsaids.aspx
8. A Comprehensive Review of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug Use in The Elderly [Internet]. PubMed Central (PMC). [cited 2025 Jul 13]. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5772852/

9. Exploring the impact of physiotherapy on health outcomes in older adults with chronic diseases: a cross-sectional analysis [Internet]. Frontiers. [cited 2025 Jul 13]. Available from: https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1415882/full
10. Evaluation of Physical Therapy Interventions for Improving Musculoskeletal Pain and Quality of Life in Older Adults [Internet]. PubMed Central (PMC). [cited 2025 Jul 13]. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9223092/
11. Barriers and Facilitators to Older Adults' Engagement in Social Prescribing: A Qualitative Study Using Focus Groups [Internet]. MDPI. [cited 2025 Jul 13]. Available from: https://www.mdpi.com/2077-0383/14/13/4780
12. Barriers to and Facilitators of Physical Activity Program Use Among Older Adults [Internet]. PubMed Central (PMC). [cited 2025 Jul 13]. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4453303/
13. Rehabilitation Center for Seniors: Exploring the Benefits [Internet]. Westmont Living. [cited 2025 Jul 13]. Available from: https://westmontliving.com/blog/lakeview-senior-living/top-benefits-of-a-rehabilitation-center-for-seniors
14. The Benefits of Senior Rehabilitation: Regaining Strength, Confidence, and Independence [Internet]. The Osborn. [cited 2025 Jul 13]. Available from: https://www.theosborn.org/blog/2025/04/15/benefits-senior-rehabilitation-regaining-strength-confidence-independence-09194

การพัฒนาระบบนัดและแนวทางเตรียมผู้ป่วยก่อนตรวจสมรรถภาพปอด โรงพยาบาลพาน

ธีรินทร์ ทองโรจน์[1], พีรพรรณ ทองโรจน์[2]
[1,2]กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การตรวจสมรรถภาพปอด (Pulmonary Function Test) เป็นเครื่องมือสำคัญในการวินิจฉัย ประเมิน และติดตามผลการรักษาโรคระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหืด งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลของการพัฒนาระบบนัดและแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนตรวจสมรรถภาพปอด โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย

ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจสมรรถภาพปอด จำนวน 82 ราย ขั้นตอนการดำเนินงาน ได้แก่ (1) การวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 42.37 ไม่ได้เตรียมตัวก่อนตรวจสมรรถภาพปอดอย่างเหมาะสม เช่น ลืมหยุดยาพ่น ดื่มกาแฟ สูบบุหรี่ก่อนตรวจ ลืมนำยาพ่นมา หรือขาดนัด ซึ่งส่งผลต่อความแม่นยำของผลตรวจ การวินิจฉัย หรือประสิทธิภาพในการให้บริการ (2) การพัฒนาระบบนัดและแนวทางเตรียมผู้ป่วยก่อนตรวจสมรรถภาพปอด ดำเนินการโดยการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อพัฒนาระบบนัดและแนวทางเตรียมผู้ป่วยก่อนตรวจสมรรถภาพปอด มีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การนัดหมายผ่านระบบ HOSxP การแจ้งเตือนล่วงหน้าก่อนถึงวันนัด การจัดทำใบนัดพร้อมคำเตรียมตัวก่อนตรวจสมรรถภาพปอด รูปแบบใหม่ ที่เข้าใจง่าย มีภาพประกอบการใช้ยาพ่น และข้อควรปฏิบัติชัดเจน การซักประวัติและประเมินข้อห้ามของการตรวจสมรรถภาพปอด การให้คำแนะนำขั้นตอนการตรวจสมรรถภาพปอด ขั้นตอนการเป่าลม การบันทึกผลการตรวจและการปฏิบัติงาน และ (3) การประเมินผลลัพธ์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พบว่า ภายหลังการใช้ระบบและแนวทางดังกล่าว ผู้ป่วยมีการเตรียมตัวได้อย่างถูกต้องมากขึ้น โดยพบอัตราการเตรียมตัวก่อนตรวจที่เหมาะสมและสามารถทำตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง เพิ่มขึ้นร้อยละ 95.12 ซึ่งส่งผลต่อความแม่นยำของผลตรวจ การวินิจฉัยโรค ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ 39 ราย (ร้อย 47.56) วินิจฉัยเป็นโรคหืดรายใหม่ 4 ราย (ร้อยละ 4.88) วินิจฉัยเป็นโรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน 16 ราย (ร้อยละ 19.51) นอกจากนี้เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายเก่า 22 ราย (ร้อยละ 26.83) ผู้ป่วยโรคหืดรายเก่า 1 ราย (ร้อยละ 1.22) มาประเมินติดตามการรักษาหรือการดำเนินโรค ในด้านผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อระบบนัดและแนวทางเตรียมผู้ป่วยก่อนตรวจสมรรถภาพปอด ในระดับมาก โดยพบว่าช่วยลดเวลาในการอธิบายขั้นตอนก่อนตรวจลงเฉลี่ย 5-10 นาทีต่อราย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าระบบนัดและแนวทางเตรียมผู้ป่วยก่อนตรวจสมรรถภาพปอดที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความเข้าใจและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการตรวจ เพิ่มความถูกต้องของผลตรวจ การวินิจฉัย และยกระดับคุณภาพการให้บริการโดยรวม สามารถประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพในบริบทของโรงพยาบาลพานได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การตรวจสมรรถภาพปอด, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ระบบนัด

การศึกษาผลการบริบาลทางเภสัชกรรม การจัดส่งยาทางไปรษณีย์ (Drug Delivery Address) ร่วมกับ การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ

พัชรพร จันต๊ะขัติ[1] สุภัคพร นวลใส[2] สมพงษ์ วุฒิอดิเรก[3] ธิดารัตน์ วุฒิอดิเรก[4]
ทศพร เตชะอัตตกุล[5] สมคิด สุวรรณทา[6] ธนาวัฒน์ คัชมาตย์[7]
[1-7]โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาจากการใช้ยา (Drug related problem : DRP) ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่จัดส่งยาทางไปรษณีย์และได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยการให้บริการทางเภสัชกรรมทางไกล

วิธีดำเนินการเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบติดตามเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Prospectives)โดย เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 10 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 10 เมษายน 2568

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษามีจำนวน 294 ราย จากการบริบาลทางเภสัชกรรมพบว่า ร้อยละ 97.62 ไม่พบปัญหาจากการใช้ยา ร้อยละ 2.04 พบปัญหาไม่ได้ใช้ยาตามแพทย์สั่ง และร้อยละ 0.34 พบปัญหาไม่ได้จัดส่งยาให้ผู้ป่วย ได้มีแนวทางในการแก้ปัญหาในแต่ละราย จากการศึกษาเพื่อต่อยอดเรื่องความพึงพอใจและระยะเวลารอคอยในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ควบคู่กับการได้รับบริการบริบาลทางเภสัชกรรม ควบเพิ่มกลุ่มเป้าหมายในทุกสิทธิ์การรักษา มีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรับบริการ และความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ

คำสำคัญ: การจัดส่งยาทางไปรษณีย์, Drug Delivery Address, การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล, Telepharmacy

บทนำ

เนื่องจากสภาพปัญหาการมาใช้บริการในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังซึ่งมีแนวโน้มจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี และต้องเดินทางมาโรงพยาบาลในช่วงเวลาเช้ามาก กอปรกับต้องรับบริการในหลายจุดบริการภายในโรงพยาบาล รวมถึงการรอรับยาที่ห้องจ่ายยา โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีการใช้ยาหลายชนิดและจำนวนมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียเวลาในการรอคอย รอรับยาเป็นเวลานานโดยเฉพาะในชั่วโมงเร่งด่วน

ระบบการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ (Drug Delivery Address) ร่วมกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในอำเภอเชียงของ จึงเป็นการทำงานเชิงรุกในชุมชนอีกทางหนึ่ง จุดประสงค์เพื่อลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยและมีการให้บริบาลทางเภสัชกรรมซึ่งเป็นมาตรฐานทางวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อให้เข้าถึงปัญหาของผู้ป่วย ส่งผลให้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เสียเวลากับการอยู่โรงพยาบาลนาน เกิดความพึงพอใจต่อการบริการในภาพรวมของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาปัญหาจากการใช้ยา (Drug related problem : DRP) ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่จัดส่งยาทางไปรษณีย์และได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยการให้บริการทางเภสัชกรรมทางไกล

2.เพื่อศึกษาระยะเวลาการได้รับยาและความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยการจัดส่งยาทางไปรษณีย์และได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยการให้บริการทางเภสัชกรรมทางไกล

ขอบเขตของการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาศึกษา (Descriptive Study) แบบติดตามเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Prospectives) โดยศึกษาผลการบริบาลทางเภสัชกรรมการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ (Drug Delivery Address) ร่วมกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ ตั้งแต่วันที่ 10 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 10 เมษายน 2568

นิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย

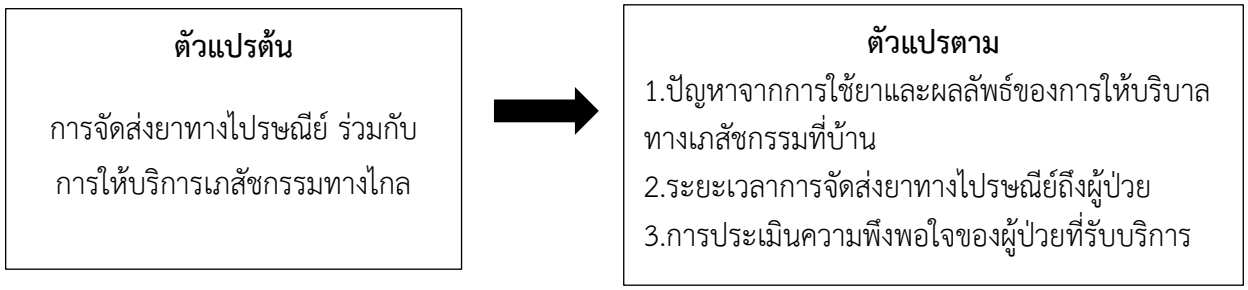
1.**การบริบาลทางเภสัชกรรม** หมายถึง ความรับผิดชอบของเภสัชกรโดยตรงที่มีต่อการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ถูกต้องตามต้องการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่น การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยา การจ่ายยา และให้คำแนะนำปฏิบัติตัว ให้ข้อมูลด้านยา การค้นหา ป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา และอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

2. **การจัดส่งยาทางไปรษณีย์** (Drug Delivery Address) หมายถึง การให้บริการจัดส่งยาแก่ผู้ป่วยทางไปรษณีย์หรือบริษัทขนส่ง โดยผู้ป่วยจะต้องให้ความยินยอมในการเข้ารับบริการดังกล่าวร่วมกันกับการยินยอมเข้ารับบริการเภสัชกรรมทางไกล ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องเป็นไปตามเกณฑ์ในการเข้ารับบริการดังกล่าว

3. **เภสัชกรรมทางไกล** (Telepharmacy) หมายถึง การให้บริการทางเภสัชกรรมโดยผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารทางไกลไปยังผู้ป่วยที่อยู่ในสถานที่ที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยจะได้รับยาและการดูแลรักษาทางเภสัชกรรม ภายในสถานที่ที่ปลอดภัยและสะดวกต่อการเข้าถึง ซึ่งครอบคลุมไปถึง การให้คำปรึกษาด้านยา (Patient Counseling) การส่งมอบยา (Dispensing) และการติดตามการรักษาและผลข้างเคียง (Drug Therapy Monitoring)

4.**ชั่วโมงเร่งด่วน** หมายถึง ช่วงเวลาที่มีผู้ป่วยจำนวนมากมารอรับยาที่โรงพยาบาล คือเวลา ตั้งแต่ 10.00 – 12.30 น.

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาศึกษา (Descriptive Study) แบบติดตามเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Prospectives) โดยศึกษาผลลัพธ์การจัดส่งยาทางไปรษณีย์และการบริบาลทางเภสัชกรรม โดยการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลใน อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 10 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 10 เมษายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการบริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ (Drug Delivery Address) ร่วมกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการบริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ (Drug Delivery Address) ร่วมกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ 10 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 10 เมษายน 2568

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าการศึกษา

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามประวัติในเวชระเบียนว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ ผู้ป่วยไม่มีการปรับยาหรือเพิ่มยาเดิม

2.ผู้ป่วยมียาเพียงพอสำรองระหว่างการรอรับยาจากการขนส่งอย่างน้อย 2 วัน

3. ผู้ป่วยเป็นสิทธิ์บัตรทองเท่านั้น

4. ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยาโดยระบบการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ (Drug Delivery Address) ต้องได้รับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy)

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา

1.ผู้ป่วยที่มีการรักษาโดยการใช้ยาฉีดหรือยาแช่เย็น เช่น อินซูลิน, ยา Stat เช่น KCL Elixir Stat และยาจิตเวช

2.ผู้ป่วยที่ไม่มีหมายเลขโทรศัพท์หรือแอพพลิเคชั่นไลน์

3.ผู้ป่วยที่เคยได้รับบริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ (Drug Delivery Address) ที่ไม่สามารถติดต่อได้ เช่น ไม่รับโทรศัพท์

4.ผู้ป่วยสิทธิ์อื่น ที่ไม่ใช่สิทธิ์บัตรทอง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.โปรแกรม HOSxP

2.แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

2.1 แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้บริบาลทางเภสัชกรรมการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ (Drug Delivery Address) ร่วมกับการการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy)

2.2 แบบประเมินปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1.ประชุมคณะทำงานในการจัดทำข้อตกลง กรอบแนวทางปฏิบัติและแผนการปฏิบัติงานระหว่างงานเภสัชกรรมและคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คัดเลือกผู้ป่วยคลินิกเบาหวานที่มีความเหมาะสมตามเกณฑ์ เพื่อจัดส่งยาทางไปรษณีย์ (เฉพาะวันอังคาร และวันพฤหัสบดี)

3.เภสัชกรดำเนินงานตามแผนการปฏิบัติงาน

3.1 จัดยาตามใบสั่งแพทย์

3.2 ดำเนินการบรรจุยาเพื่อส่งยาทางไปรษณีย์

3.3 ประสานงานไปรษณีย์เพื่อรับยาและจัดส่งยาให้ผู้ป่วย (ประกันเวลาการได้รับยา 1 วัน หลังจากวันที่ส่งยาทางไปรษณีย์)

3.4 ให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยา

4.รายงานและติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหาการดำเนินงานในคณะทำงาน

5.สรุปประเมินผลการดำเนินโครงการและรายงานผลในทีม คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (PCT) และคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ (Percentage) เพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูลด้านต่างๆ

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาศึกษา (Descriptive Study) แบบติดตามเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Prospectives) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการบริบาลทางเภสัชกรรมการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ (Drug Delivery Address) ร่วมกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ ตั้งแต่วันที่ 10 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 10 เมษายน 2568

1.ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ ร่วมกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ตั้งแต่วันที่ 10 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 10 เมษายน 2568 มีจำนวน 294 ราย เป็นเพศชาย 131 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.56 และเป็นเพศหญิง 163 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.44 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

รายการข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	131	44.56
หญิง	163	55.44
อายุ (ปี)	**จำนวน (ราย)**	**ร้อยละ**
40 - 50	53	18.03
51 - 60	88	29.93
61 - 70	86	29.25
71 - 80	48	16.33
81 - 90	19	6.46
อาชีพ	**จำนวน**	**ร้อยละ**
เกษตรกร	165	56.12
รับจ้าง	20	6.20
ค้าขาย	29	9.86
ไม่ประกอบอาชีพ	80	27.21

จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้าน มีช่วงอายุระหว่าง 51 - 60 ปีจำนวน 88 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.93 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 61 - 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.25 ,ช่วงอายุ 40 - 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.03 ,ช่วงอายุ 71 - 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.33 และ 81-90 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.46 ตามลำดับ ในด้านอาชีพ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 165 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.12 รองลงมาคือ ไม่ประกอบอาชีพ จำนวน 80 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.21 , ค้าขาย จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.86 และ รับจ้าง จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.20 ตามลำดับ

2.ปัญหาจากการใช้ยาและผลลัพธ์ของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้าน

การติดตามการใช้ยาผู้ป่วยโดยการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) จำนวน 294 ราย มีจำนวนครั้งของการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ 442 ครั้ง โดยคัดจำนวนครั้งที่ติดต่อไม่ได้ออก 19 ครั้ง การศึกษานี้จึงมีจำนวนครั้งที่เข้าร่วมการศึกษา ทั้งหมด 423 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วย 287 ราย ทวนสอบการใช้ยา โดยข้อคำถาม 1.รับประทานยาตามแพทย์สั่งหรือไม่ 2.ทวนสอบวิธีใช้ยา 3.เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาหรือไม่

ผลการดำเนินการ

1. ไม่พบปัญหาจากการใช้ยา คิดเป็นร้อยละ 97.62

2. มีผู้ป่วยจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.04 ที่พบปัญหาไม่ได้ทานยาตามแพทย์สั่ง สาเหตุเกิดจาก 1.ผู้ป่วยได้แจ้งกับแพทย์ว่ามียาเดิมหลือเพียงพอ 3-4 วัน แต่เมื่อทวนสอบผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) พบว่าผู้ป่วยขาดยาบางรายการ ไม่ได้รับประทานยา 2 มื้อคือมื้อกลางวัน และมื้อเย็น (เนื่องจากได้รับยาจำนวนหลายรายการทำให้จำไม่ได้ว่ายาเหลือพอสำหรับส่งยาทางไปรษณีย์ได้ครบทุกตัว และในวันที่มารับบริการผู้ป่วยมีความเร่งรีบเนื่องจากมีธุระต่อ) 2. ผู้ป่วยได้ลืมทานยา 3.ผู้ป่วยคิดว่าเป็นผลข้างเคียงจากยาจึงหยุดยาเอง ซึ่งแก้ไขโดยการให้คำปรึกษาด้านยา

3. มีผู้ป่วยจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.34 ที่พบปัญหาไม่ได้จัดส่งยา สาเหตุเกิดจากการจัดส่งยาถึงผู้ป่วยไม่สำเร็จเนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้รับโทรศัพท์จากทางบริการขนส่ง และผู้ป่วยไม่ได้อยู่รอรับยาที่บ้าน ซึ่งแก้ไขโดยการให้ผู้ป่วยมารับยาที่ โรงพยาบาลแทน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนปัญหาจากการใช้ยา

ปัญหาจากการใช้ยา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Efficacy: ไม่ได้ทานยาตามแพทย์สั่ง	6	2.04
Efficacy:ผิดวิธีใช้	0	0
Safety : ADR จากยา	0	0
Medication error : จัดจ่ายยาผิดชนิด ผิดจำนวน ไม่ได้จัดส่งยา	1	0.34

ในผู้ป่วยทั้งหมด 249 ราย ได้รับคำแนะนำในการส่งมอบยา ตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม คิดเป็นร้อยละ 100

3.ระยะเวลาการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ถึงผู้ป่วย

ผลการเก็บข้อมูลระยะเวลารอรับยาของการให้บริการจำนวน 423 ครั้ง (294 ราย) เริ่มจากวันที่ผู้ป่วยแจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการ จนถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาภายใน 2 วัน หลังจากจัดส่งคิดเป็นร้อยละ 87.94 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระยะเวลาการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ถึงผู้ป่วย

ระยะเวลารอรับยาหลังจัดส่ง	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
1 วัน	23	5.44
2 วัน	372	87.94
3 วัน	28	6.62

4..การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่รับบริการ

ผลการศึกษาความพึงพอใจผู้ที่ได้รับบริการเภสัชกรรมทางไกลและส่งยาทางไปรษณีย์จำนวน 423 ครั้ง โดยใช้แบบสอบถามระดับความพึงพอใจจำนวน 3 หัวข้อ แต่ละข้อแบ่งระดับคะแนนน้อยที่สุดถึงมากที่สุดเป็น 1 ถึง 5 คะแนนตามลำดับพบว่า ผู้ที่ได้รับบริการมีความพึงพอใจด้าน สภาพและความครบถ้วนของยาที่ได้รับ

คะแนนเฉลี่ย 5 โดยมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดทุกครั้งที่ได้รับบริการ คะแนนเฉลี่ยในด้านการลดระยะเวลารอคอยยาในโรงพยาบาลเท่ากับ 4.92 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 92.20 ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านความสนใจเข้าร่วมการจัดส่งยาทางไปรษณีย์เท่ากับ 4.52 โดยมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดและมากคิดเป็นร้อยละ 56.74 และ 39.01 ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 4

จากตารางที่ 4 คะแนนประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่รับบริการ

ความพึงพอใจ	คะแนนเฉลี่ย	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด
1.สภาพของยาที่ได้รับมอบ, ได้รับยาครบถ้วน	5	3	5
2.ระบบส่งยาที่บ้านช่วยลดการรอคอยยาในโรงพยาบาล	4.92	3	5
3.สนใจเข้าร่วมการจัดส่งยาทางไปรษณีย์การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ในครั้งถัดไป	4.52	3	5

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ ร่วมกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ตั้งแต่วันที่ 10 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 10 เมษายน 2568 มีจำนวน 294 ราย เป็นเพศชาย 131 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.56 และเป็นเพศหญิง 163 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.44 ซึ่งจำนวน 294 ราย มีจำนวนครั้งของการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ 442 ครั้ง โดยคัดจำนวนครั้งที่ติดต่อไม่ได้ออก 19 ครั้ง การศึกษานี้จึงมีจำนวนครั้งที่เข้าร่วมการศึกษา ทั้งหมด 423 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วย 287 ราย แยกเป็น ไม่พบปัญหาจากการใช้ยา คิดเป็นร้อยละ 97.62 มีผู้ป่วยจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.04 ที่พบปัญหาไม่ได้ทานยาตามแพทย์สั่ง สาเหตุเกิดจาก 1.ผู้ป่วยได้แจ้งกับแพทย์ว่ามียาเดิมหลือเพียงพอ 3-4 วัน แต่เมื่อทวนสอบผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) พบว่าผู้ป่วยขาดยาบางรายการ ไม่ได้รับประทานยา 2 มื้อคือมื้อกลางวัน และมื้อเย็น (เนื่องจากได้รับยาจำนวนหลายรายการทำให้จำไม่ได้ว่ายาเหลือพอสำหรับส่งยาทางไปรษณีย์ได้ครบทุกตัว และในวันที่มารับบริการผู้ป่วยมีความเร่งรีบเนื่องจากมีธุระต่อ) 2. ผู้ป่วยได้ลืมทานยา 3.ผู้ป่วยคิดว่าเป็นผลข้างเคียงจากยาจึงหยุดยาเอง ซึ่งแก้ไขโดยการให้คำปรึกษาด้านยา และมีผู้ป่วยจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.34 ที่พบปัญหาไม่ได้จัดส่งยา สาเหตุเกิดจากการจัดส่งยาถึงผู้ป่วยไม่สำเร็จเนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้รับโทรศัพท์จากทางบริการขนส่ง และผู้ป่วยไม่ได้อยู่รอรับยาที่บ้าน ซึ่งแก้ไขโดยการให้ผู้ป่วยมารับยาที่ โรงพยาบาลแทน ด้านระยะเวลารอรับยาของการให้บริการเริ่มจากวันที่ผู้ป่วยแจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการ จนถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาภายใน 2 วัน หลังจากจัดส่ง ด้านความพึงพอใจในการรับบริการผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการรับบริการโดยความพึงพอใจด้านสภาพและความครบถ้วนของยาที่ได้รับคะแนนเฉลี่ย 5 โดยมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดทุกครั้งที่ได้รับบริการ คะแนนเฉลี่ยในด้านการลดระยะเวลารอคอยยาในโรงพยาบาลเท่ากับ 4.92 ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านความสนใจเข้าร่วมการจัดส่งยาทางไปรษณีย์เท่ากับ 4.52

จากงานวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบจัดส่งยาทางไปรษณีย์สำหรับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์แพร่ระบาดของ เชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ของปิยะวัฒน์ รัตนพันธุ์ และคณะ พบว่าการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ โดยขั้นตอนการดำเนินงานสำคัญประกอบด้วย 1) การกำหนดบทบาทของ ทีมสหวิชาชีพเพื่อสนับสนุนระบบการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ 2) การคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบจัดส่งยาทางไปรษณีย์ 3) การติดตามผู้ป่วยหลังจากได้รับยาทางไปรษณีย์ จากการดำเนินการพบว่าระดับความดันโลหิตก่อนและหลังรับยา ทางไปรษณีย์ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาทางไปรษณีย์ภายใน 2 วัน ร้อยละ

77.4 ข้อมูล จากแบบสอบถามพบว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.8 ความรู้เรื่องการปฏิบัติเกี่ยวกับ การรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.3 ความพึงพอใจต่อระบบการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ ร้อยละ 96.2 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้

จากงานวิจัยเรื่องความพึงพอใจต่อการจัดส่งยาทางไปรษณีย์และการกดไวรัสในกระแสเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ของนิตยา ดาววงศ์ญาติ พบว่าการจัดส่งยาทางไปรษณีย์เป็นบริการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความพึงพอใจในระดับสูงมาก และแม้ไม่ได้มารับบริการในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังสามารถกดไวรัสเอชไอวีในกระเลือดได้ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้

1.ข้อจำกัดในการวิจัย

1.1 ผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง บางรายไม่ขอรับยาทางไปรษณีย์ เนื่องจากเมื่อมาถึงห้องยาแล้วพบว่า มีผู้ป่วยรอไม่มาก สามารถรอรับยาเองได้

1.2 การติดตามการบริการเภสัชกรรมทางไกล พบผู้ป่วยสูงอายุ มีปัญหาอ่านหนังสือไม่ได้ ผู้ดูแลไม่มีเวลามาทวนการใช้ยาให้ อยากให้เภสัชกร แนะนำการใช้ยาให้ผู้ป่วย

1.3 ผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่ใช้งานแอพพลิเคชั่นไลน์ และไม่ใช้โทรศัพท์ จึงไม่สามารถใช้บริการการจัดส่งยาทางไปรษณีย์และการบริการเภสัชกรรมทางไกลได้

1.4 ผู้ป่วยให้หมายเลขโทรศัพท์คลาดเคลื่อน ส่งผลต่อระยะเวลาในการติดตามการได้รับยาของผู้ป่วย

1.5 อัตรากำลังของห้องยายังมีไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานบริการการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ร่วมกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลให้ครอบคลุมผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาล (ดำเนินการเฉพาะผู้ป่วยคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง) ทำให้ยังไม่สามารถลดระยะเวลารอคอยในภาพรวมของโรงพยาบาลได้ชัดเจน

2.ผู้ป่วยได้รับยาในเวลาที่กำหนดโดยที่ยาไม่เสื่อมสภาพ ได้ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยา และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อระบบการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ร่วมกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ เจ้าหน้าที่กลุกลุ่มงานบริการผู้ป่วยนอก (คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง) เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค นิสิต นักศึกษาฝึกงานกลุ่มงานเภสัชกรรม ทุกท่าน ที่ทำให้การดำเนินการในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

1. เพื่อให้ครอบคลุมผู้ป่วยในทุกสิทธิ์และลดระยะเวลารอคอยในภาพรวมของโรงพยาบาล กลุ่มงานเภสัชกรรมได้พัฒนาระบบ (อยู่ในช่วงดำเนินการ)

1.1 การติดตั้งโปรแกรม Health Rider เพื่อส่งเสริมสร้างอาชีพให้ประชาชนในอำเภอเชียงของเป็น Rider และเพิ่มจัดส่งยาให้กับผู้ป่วยในสิทธิ์ประกันสังคมและสิทธิ์ข้าราชการ

1.2 การประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรับบริการฯ ผ่านสื่อ social และการสื่อสารภายในโรงพยาบาล

1.3 การขยายการรับบริการ โดยคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คัดเลือกผู้ป่วยคที่มีความเหมาะสมตามเกณฑ์ เพื่อจัดส่งยาทางไปรษณีย์ จากเดิมเฉพาะวันอังคาร และวันพฤหัสบดี เป็นทุกวันทำการ

2. ความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพภายในโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดความรวดเร็ว ควรจัดให้มีระบบการทบทวนและแก้ไขข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลที่พักอาศัยจริง ข้อมูลหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วยให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน และควรเป็นนโยบายการสร้างแผนธุรกิจรายรับของโรงพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาลมีสภาพคล่องและเสถียรภาพทางการเงินต่อไป

เอกสารอ้างอิง

จตุพร ทองอิ่ม, หลักการสำหรับเภสัชกรครอบครัวในการออกเยี่ยมบ้าน, ใน:ธิดา นิงสานนท์,จตุพร ทองอิ่ม ,ปรีชา นนทกานติกุล(บรรณาธิการ). คู่มือเภสัชกรครอบครัวและการเยี่ยมบ้าน. กรุงเทพมหานคร: บริษัทประชาชน จำกัด,2556:21-37

เฉลิมศรี ภุมมางกูร, ปรัชญาของการบริบาลทางเภสัชกรรมปฏิบัติ, ใน:เภสัชกรหญิง เฉลิมศรี ภุมมางกูร,เภสัชกรหญิง กฤตติกา ตัญญะแสนสุข(บรรณาธิการ). โอสถกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บริษัท นิวไทยมิตรการพิมพ์ (1996) จำกัด,2543:1-22

เจริญฤทธิ์ จันทร์คฤหาสน์,ผลลัพธ์การบริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้านผู้ป่วยเบาหวานของศูนย์แพทย์ชุมชนบ้านโพธิ์เอน,เภสัชกรรมคลินิก (ประเทศไทย) / 2551;15:277

ผลของการใช้สื่อออนไลน์ในการรักษาทางไกล สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

กฤติกา ชนประชา
โรงพยาบาลแม่ลาว

บทนำ

HIV เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องเป็นประจำ โดยจำเป็นต้องตรวจเลือดเพื่อดูจำนวนไวรัส พบแพทย์เพื่อติดตามอาการ รวมถึงได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องโดยไม่ขาดตอน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติ เช่น วัณโรค รวมถึงการติดต่อไปยังผู้อื่น HIV เป็นปัญหาสำคัญระดับโลก โดยเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ของสหประชาชาติ ระบุในข้อ 3.3 ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคเขตร้อน

จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปี 2565 มีจำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิต 560,000 คน กำลังได้รับยาต้านไวรัส 457,133 คน มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,200 คน หรือวันละ 25 คน อย่างไรก็ตาม มีหลายกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้เดินทางมาพบแพทย์เพื่อตรวจติดตามอาการ และรับยาตามที่กำหนด จากปัจจัยด้านความไม่สะดวกในการเดินทาง ความแออัดและการรอคอยในโรงพยาบาล การไม่อยากเปิดเผยต่อบุคคลอื่น ทำให้การดูแลสุขภาพประสบปัญหา

นอกจากนี้ การซักประวัติโดยพยาบาลก่อนพบแพทย์ในผู้ป่วย HIV มีรายละเอียดหลายส่วนที่ต้องสอบถาม และใช้เวลามาก มีความซับซ้อนในการแปลผล เช่น อาการต่างๆที่แสดงถึงภาวะแทรกซ้อนของวัณโรค เช่น ไอ หอบ เหนื่อย จำนวนยาต้านไวรัสคงเหลือ การประเมินภาวะซึมเศร้า การกินยาตามวันเวลาที่กำหนด การดื่มสุราหรือสารเสพติด ประวัติการเปลี่ยนคู่นอน การวางแผนมีบุตร ซึ่งพยาบาลและแพทย์ต้องใช้เวลาและสมาธิสูง ทำให้เกิดความเครียด เสี่ยงต่อความผิดพลาด

จึงได้มีโครงการดูแลผู้ป่วย HIV ด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาและจัดทำแนวทางที่เหมาะสมในการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล หรือ Telehealth เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ให้ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถติดตามอาการได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล ช่วยพยาบาลในการซักประวัติผู้ป่วยด้วยแบบคัดกรองที่แปลผลอัตโนมัติ ช่วยแพทย์แจ้งภาวะผิดปกติของผู้ป่วยให้ทราบ ทำให้ช่วยลดภาระงานและความเสี่ยงต่อความผิดพลาด สามารถบันทึกฟอร์มซักประวัติจัดเก็บในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1 เพื่อศึกษาผลของการใช้สื่อออนไลน์ในการรักษาทางไกลสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านประสิทธิภาพการทำงาน ด้านประสิทธิภาพในการรักษา

2 เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในการใช้สื่อออนไลน์เพื่อการรักษาทางไกล ของโรงพยาบาลแม่ลาว

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลแม่ลาว ประจำปีงบประมาณ 2567 จำนวน 336 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กำหนดกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan ได้กลุ่มตัวอย่าง 144 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดเป็นกลุ่มวัยทำงานอายุน้อยกว่า 60 ปี ไม่มีโรคประจำตัวที่ควบคุมไม่ได้ และสมัครใจในการเข้าระบบการรักษาทางไกลด้วยสื่อออนไลน์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่

1. สื่อออนไลน์ในการรักษาทางไกล
2. แบบบันทึกผลการตรวจสุขภาพประจำปี ของโรงพยาบาลแม่ลาว
3. แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในการใช้สื่อออนไลน์เพื่อการรักษาทางไกล ของโรงพยาบาลแม่ลาว จัดทำเป็น Google Form จำนวน 20 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ความถี่ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์จากสมุดบันทึกสุขภาพรายบุคคล

การหาคุณภาพเครื่องมือ หาค่าความสอดคล้อง IOC (Index of item objective congruence)

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น สื่อออนไลน์ในการรักษาทางไกล

ตัวแปรตาม

ตัวที่ 1 ผลของการใช้สื่อออนไลน์ในการรักษาทางไกลสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านประสิทธิภาพการทำงาน ด้านประสิทธิภาพในการรักษา

ตัวที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ใช้สื่อออนไลน์เพื่อการรักษาทางไกล

นิยามศัพท์

1. สื่อออนไลน์ในการรักษาทางไกล (Telemedicine) หมายถึง การให้บริการด้านสุขภาพและการแพทย์โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อให้ผู้ป่วยเอชไอวีสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้จากระยะไกล โดยไม่ต้องเดินทางมายังโรงพยาบาล ช่วยระยะทางและเวลา ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล หรือไม่สะดวกในการเดินทาง สามารถเข้าถึงแพทย์และผู้เชี่ยวชาญได้ง่ายขึ้น ซึ่งการให้บริการจะอยู่ในรูปแบบของการปรึกษาผ่านวิดีโอคอล การส่งข้อมูลทางการแพทย์ทางอิเล็กทรอนิกส์ การติดตามอาการจากระยะไกลและการให้คำแนะนำและการรักษาผ่านช่องทางออนไลน์ผ่าน Aplication line และการใช้โทรศัพท์ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดองค์ประกอบของการใช้สื่อออนไลน์ในการรักษาทางไกลออกเป็น 2 ด้านประกอบด้วย

1) ด้านประสิทธิภาพการทำงาน หมายถึง ความสามารถทำงานของบุคลกรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบสามารถปฏิบัติงานและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว สามารถเข้าถึงการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลโรงพยาบาลได้รวดเร็ว และมีการบริหารจัดการโรคที่รวดเร็ว

2) ด้านประสิทธิภาพในการรักษา หมายถึง การที่ผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลหรือผู้ที่ไม่สะดวกเดินทางสามารถเข้าถึงการให้คำปรึกษาและรับรักษาจากพยาบาลและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น รวมไปจนถึงการลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และการติดตามผลการรักษา การกินยา และผลจากการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผ่านช่องทางออนไลน์

2. แบบบันทึกผลการตรวจสุขภาพประจำปี หมายถึง หมายถึง สมุดประจำตัวที่ใช้บันทึกข้อมูลผลการตรวจสุขภาพของผู้ป่วยเอชไอวี ซึ่งจะประกอบไปด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ผลการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสุขภาพเพื่อการป้องกันและรักษาโรคที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที

3. ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ระดับความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการใช้สื่อออนไลน์เพื่อการรักษาทางไกล ของโรงพยาบาลแม่ลาว อันประกอบไปด้วย ความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการ ความเข้าใจในการใช้เทคโนโลยีและการสื่อสารและคุณภาพของการดูแล ที่จัดทำเป็น Google Form

ผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ผลของการใช้สื่อออนไลน์ในการรักษาทางไกลสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านประสิทธิภาพการทำงาน ด้านประสิทธิภาพในการรักษา พบว่า

ด้านประสิทธิภาพการทำงาน พบว่า

1. ความสามารถทำงานของบุคลกรทางการแพทย์ ให้บริการได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ร้อยละ 98.58

2. คำปรึกษาออนไลน์แก่ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ได้ร้อยละ 100

3. ผู้ป่วยเอวไอวี ต่างจังหวัด ได้รับการรักษาตามนัดต่อเนื่อง สามารถติดต่อได้ ตามวันและเวลาที่นัดหมาย ได้ร้อยละ 96.85

4. การบริหารจัดการโรคที่รวดเร็ว ส่งยาได้ตามกำหนด ร้อยละ 100

ด้านประสิทธิภาพในการรักษา พบว่า

1. ผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลสามารถรักษาได้ตรงตามนัด ร้อยละ 100

2. ได้รับรักษาจากแพทย์ ร้อยละ 100

3. ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ร้อยละ 100

4. การติดตามผลการรักษา พบผลการรักษา มีประสิทธิภาพในการรักษาระดับดีมาก ผลการรับประทานยาสม่ำเสมอ ร้อยละ 98.50 การรับประทานยาตรงเวลา ร้อยละ 98.50 ผล CD4 >200 ร้อยละ 100 ผล viral load < 20 ร้อยละ 95.50 แลผลการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้ป่วยไม่มีโรคแทรกซ้อนหรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 100

ผลความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในการใช้สื่อออนไลน์เพื่อการรักษาทางไกล ของโรงพยาบาลแม่ลาว พบว่ามีความพึงพอใจ ร้อยละ 98.85

ข้อเสนอแนะ พบว่า จากกลุ่มผู้ใช้ระบบการรักษาทางไกล มีความเหมาะสมทำให้ไม่ต้องมาโรงพยาบาลเนื่องจากมีบ้านอยู่ไกล (104 ราย) ลดการเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (144 ราย) ไม่เสียเวลาในการทำงาน และภารกิจในชีวิตประจำวัน (88 ราย)

ข้อเสนอแนะในการวิจัย ควรศึกษาสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้เมื่อรับบริการการใช้สื่อออนไลน์เพื่อการรักษาทางไกล ของโรงพยาบาลแม่ลาว

การพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาวะคนทำงานอย่างมีส่วนร่วมในสถานประกอบการ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

วิภาดา สิกขาจารย์[1], วรรณิภา เกษวิริยะการ[2], เพ็ญศรี วงษ์พุฒ[3]
[1-3]กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลแม่จัน

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาวะคนทำงานอย่างมีส่วนร่วมในสถานประกอบการ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย โดยใช้แนวทางการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานในสถานประกอบการที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และกลุ่มอาการเมตาโบลิก จำนวน 334 ราย

ผลการศึกษาค้นพบแนวทางในการดำเนินงาน ซึ่งสามารถนำไปสู่ความสำเร็จ คือ การพัฒนารูปแบบอ้างอิงแนวคิด CHAMP-R Model ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย (Collaboration) 2) ผู้นำด้านสุขภาพ (Health Leader) 3) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Accessibility) 4) การติดตามและประเมินผล (Monitoring & Evaluation) 5) การจัดโปรแกรมสุขภาพเฉพาะบุคคล (Personalized Health Program) และ 6) การสะท้อนผลเพื่อพัฒนา (Reflective Practice)

ผลการดำเนินงานแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ได้แก่ ค่า BMI และคะแนนสมรรถภาพร่างกายในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้น ระดับความเครียดลดลง และคะแนนความสุขเพิ่มขึ้น รูปแบบ CHAMP-R จึงมีประสิทธิภาพในพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาวะคนทำงานอย่างยั่งยืน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและความเหมาะสมกับบริบทขององค์กร

คำสำคัญ : สุขภาวะ, คนทำงาน, สถานประกอบการ

The development of a participatory model for enhancing workplace well-being in enterprises in Mae Chan District, Chiang Rai Province.

Wipada Sikkhajan[1] Wannipa Ketwiriyakan[2] Pensri Wongputh[3]
[1-3]Primary and Holistic care Department Maechan Hospital

ABSTRACT

This study aimed to develop a participatory model for promoting workers' well-being in enterprises located in Mae Chan District, Chiang Rai Province. A three-phase Research and Development (R&D) approach was employed. The sample consisted of 334 employees at risk of non-communicable diseases (NCDs), including diabetes, hypertension, and metabolic syndrome.

The study identified operational mechanisms that contributed to success, leading to the development of the CHAMP-R Model, a conceptual framework derived from brainstorming sessions and lesson learned activities with active stakeholder participation. The model comprises six key components: 1. Collaboration among network partners, 2. Health Leader development,
3. Accessibility to health services, 4. Monitoring & Evaluation, 5. Personalized Health Program, and 6. Reflective Practice for ongoing improvement.

The results showed significant improvements in the health behaviors of participants, including increased proportions of individuals with normal BMI and physical fitness scores, decreased stress levels, and improved happiness scores. The CHAMP-R Model has demonstrated effectiveness in fostering sustainable workplace well-being by emphasizing multisectoral participation and alignment with organizational context.

Keywords : Well-being, Workers, Workplace

บทนำ

ปัญหาและผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) ปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยจากสถานการณ์ทั่วโลกมีประชากรเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 320,000 คนต่อปี และในประเทศไทยมีประชากรเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 75 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด โดยมีประชากรวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี จำนวน 56.24 ล้านคน ประชากรที่อยู่ในวัยแรงงานพร้อมทำงาน 38.55 ล้านคน ภาคเกษตรกรรม 11.50 ล้านคน นอกภาคเกษตรกรรม 26.57 ล้านคน[1] ซึ่งประชากรวัยทำงานมีความเสี่ยงและมีแนวโน้มต่อการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มขึ้นทุกปี สาเหตุเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ยังมีปัญหาการบาดเจ็บเนื่องจากอุบัติเหตุจากยานพาหนะ ปัญหาความเครียดจากการทำงาน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ซึ่งจำเป็นต้องมีการจัดการอย่างเป็นระบบ เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องดูแล รักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายสูง แนวโน้ม สัดส่วนโครงสร้างประชากรไทย มีกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้น และ กลุ่มคนเหล่านี้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยง ต่อการเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและ โรคเรื้อรังอื่น ๆ ในขณะที่ประชากรวัยรุ่นและวัย ทำงานมีวิถีชีวิตและพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเมตาโบลิก โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งนำไปสู่โรคที่รุนแรงอื่น ๆ การส่งเสริมการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ในกลุ่ม เสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ความเหมาะสมจึงเป็น ทางออกที่ดีในการจัดการปัญหาในปัจจุบัน ซึ่งการ สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบมีส่วนร่วมถือเป็น การติดอาวุธที่สำคัญในการป้องกันการเจ็บป่วยของ กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

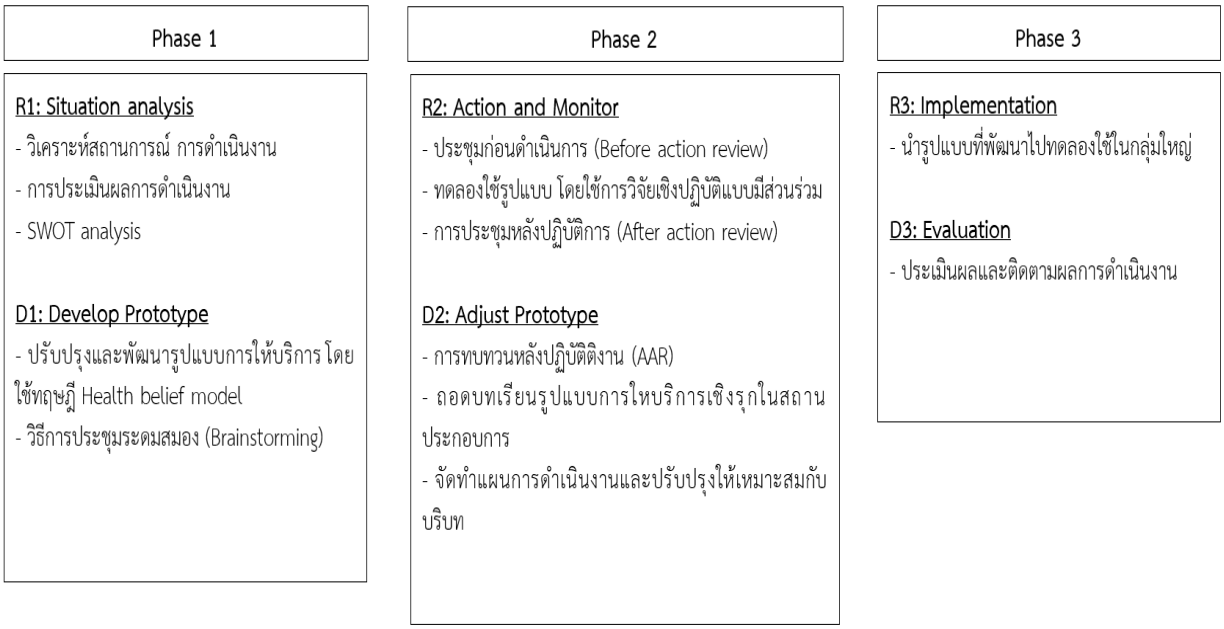
ปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายในการสร้าง สุขภาพนำซ่อมเพื่อแก้ปัญหาโรคเรื้อรัง โดยเน้นการ คัดกรองสุขภาพ เนื่องมีข้อจำกัดบางประการทำให้ผู้ ที่เป็นโรคโดยไม่ได้รับการคัดกรองโรคและไม่ได้รับ การวินิจฉัยโรคมาก่อนยังมีจำนวนมาก ซึ่งบ่งชี้ถึง ปัญหาของการคัดกรองที่ไม่ครอบคลุมทำให้ผู้ป่วย ขาดโอกาสในการได้รับการคัดกรองและการเฝ้าระวัง โรค การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรค รวมถึงปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการรักษา ซึ่งเป็นปัญหาด้านการควบคุมโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการลดอัตราการตาย กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายคัดกรองโรคความดัน โลหิตสูงและโรคเบาหวาน[2] สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ ที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออก กำลังกาย และการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ตัวอย่างเช่น ประชาชนปฏิบัติตนในการรับประทานอาหารเพื่อการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดัน โลหิตสูงในระดับน้อยถึงปานกลาง การไม่ออกกำลังกายและอาการของความเครียดที่ความเครียดไม่เหมาะสม และองค์การอนามัยโลกยังทำนายไว้ว่าประชากรทั่วโลกจะเสียชีวิตจากโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดกว่า สามสิบล้านคน ใน ปี พ.ศ. 2573 และในจำนวนนี้ ร้อยละ 85 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา[3]

จากการรวบรวมข้อมูลการให้บริการสุขภาพเชิงรุกของงานอาชีวอนามัย โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบว่า ประชากรวัยทำงานในสถานประกอบการมีผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นจำนวนมาก จากการคัดกรองสถานการณ์ดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะค้นหาปัญหา สาเหตุของการเกิดโรค การวางแผนร่วมกับมีแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะโรคเมตาบอลิก (Metabolic syndrome) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาวะคนทำงานอย่างมีส่วนร่วมในสถานประกอบการ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงดังกล่าวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถนำความรู้ไปใช้เป็นแนวทางในการลดการเกิดโรคเมตาบอลิก (Metabolic syndrome) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีต้นแบบการดูแลสุขภาพในสถานประกอบการ รวมถึงชุมชนเพื่อก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาวะคนทำงานอย่างมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทของสถานประกอบการในอำเภอแม่จัน

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการเชิงรุกโดยใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาวะในสถานประกอบการ อ.แม่จัน จ.เชียงราย มีทั้งหมด 3 ระยะ ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 – เดือนพฤษภาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการให้บริการเชิงรุกในสถานประกอบการ โดยแบ่งเป็น 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลด้านสุขภาพทั่วไปพนักงานในสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการคลินิกโรคจากการทำงานในอำเภอแม่จัน ตอนที่ 2 แบบประเมินความสุขของคนไทย แบบสอบถามมีทั้งหมด 15 ข้อ โดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทอัตราภาค (Interval Scale) โดยกำหนดค่าน้ำหนักของการประเมินเป็น 2 กลุ่ม[4] ตอนที่ 3 แบบประเมินสุขภาพจิต ST-5 แบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ข้อ แบ่งเป็น 4 ระดับ[5]

วิธีรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ (Research1: R1) ศึกษาข้อมูลจากการดำเนินงาน รูปแบบการดำเนินงาน และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคม 2567 – เดือนพฤษภาคม 2568 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการให้บริการสุขภาพเชิงรุกในสถานประกอบการ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย โดยใช้รูปแบบเชิงคุณภาพแบบการศึกษาเฉพาะกรณี (Qualitative : case study) ดำเนินการ

ประเมินสถานการณ์และการดำเนินงานด้วยหลักวิเคราะห์ SWOT analysis ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประชุมกลุ่ม (Focus group discussion)

ขั้นตอนที่ 2 (Development1: D1) ขั้นการออกแบบและพัฒนารูปแบบการให้บริการเชิงรุกในสถานประกอบการ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ดำเนินการในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567- เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 โดยใช้วิธีการประชุมระดมสมอง (Brainstorming) เป็นขั้นตอนที่นำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 มาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดของการพัฒนารูปแบบและกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบ พร้อมทั้งดำเนินงาน โดยใช้ทฤษฎี Health Belief Model[6] ในการพัฒนารูปแบบสร้างสุขภาวะคนทำงานอย่างมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 3 (Research2: R2) ขั้นทดลองรูปแบบการดำเนินงาน (Research2: R2) เป็นการนำรูปแบบการพัฒนาการให้บริการเชิงรุกในสถานประกอบการ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ที่สร้างขึ้นในขั้นตอนที่ 2 ไปทดลองใช้ในกลุ่มเล็ก ดำเนินการในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 - เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 โดยใช้แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการประชุมก่อนดำเนินการ (Before action review) และการประชุมหลังปฏิบัติการ (After action review) โดยใช้รูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยให้ผู้ร่วมวิจัยมีบทบาทในการดำเนินวิจัย ใช้วิธีการประชุมก่อนปฏิบัติการ และการประชุมหลังปฏิบัติการ นำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา สรุปประเด็นที่ได้แล้วนำมาจัดทำแบบร่างรูปแบบนักวิจัยร่วมวิพากษ์และปรับปรุงแก้ไข และสรุปผลจากการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 4 (Development: D2) ขั้นการประเมินผลและการปรับปรุงรูปแบบ (Evaluation: development (D2)) นำผลการวิจัยที่ได้ทั้งหมด และถอดบทเรียนเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมถึงการรับข้อเสนอแนะ และพิจารณาปัญหา อุปสรรคที่อาจมีผลต่อความสำเร็จของรูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 3 การนำไปใช้และประเมินผล

ขั้นตอนที่ 5 การนำไปใช้ (Implementation) (Research3: R3) นำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาไปใช้ในการทำงานจริง ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 – เดือนพฤษภาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ ในอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเมตาโบลิก โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 334 ราย โดยทำการตรวจวัด วัดสมรรถภาพร่างกาย ได้แก่ การงอตัว ดันพื้น แรงเหยียดขา ประเมินความเครียด และ ความสุขคนไทย หลังจากนั้นได้ทำการคัดลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ในกลุ่มที่มีสัญชาติไทยและยินยอมเข้าร่วมการวัดค่า BMI และ Fitness score มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 ราย

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินผล (Evaluation) (Development 3: D3) สรุปผลการประเมินรูปแบบจากข้อมูลในขั้นตอนที่ 5 นำมาสรุปการดำเนินงานในการวิจัยครั้งนี้

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจะใช้วิธีการสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ (Research1: R1)

การศึกษาสถานการณ์และประเมินการดำเนินงานในการสร้างสุขภาวะคนทำงานในสถานประกอบการ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบว่า จุดแข็งในการดำเนินงานที่ผ่านมาคือ มีการจัดตั้งคณะทำงานระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และสถานประกอบการ ระบุแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน และมีการติดตามผลการดำเนินงานในสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการเป็นประจำ และมีการวัดผลองค์ประกอบร่างกาย สมรรถภาพทางกาย รอบเอว ดัชนีมวลกาย แต่ยังพบปัญหาและอุปสรรคเนื่องจากความแตกต่างในการดำเนินงาน ข้อจำกัดของพนักงานในสถานประกอบการที่มีการเปลี่ยนตลอดเวลา รวมถึงการขาดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ รูปแบบในการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาวะในสถานประกอบการยังไม่มีความชัดเจน

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาต้นแบบ (Development1: D1)

ระยะเริ่มต้น

1. จัดตั้งคณะกรรมการระหว่างทีมสหาสาขาวิชาชีพ
2. ประสานสถานประกอบการเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินงาน
3. คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายตามความสมัครใจ
4. ประชุมกรรมการติดตามผลการดำเนินงานทุก 2 เดือน

ระยะการดำเนินงานรูปแบบการสร้างสุขภาวะคนทำงาน โดยใช้ทฤษฎี Health Belief Model

5. จัดลำดับปัญหา กำหนดปัญหา จากผลการตรวจสุขภาพประจำปี
6. ประเมินสมรรถภาพทางกาย การวัดองค์ประกอบร่างกาย (Body Composition) การประเมินความเครียด (ST-5) ประเมินความสุขคนไทย ก่อนร่วมกิจกรรม
7. ออกแบบโปรแกรมสุขภาพด้านโภชนาการ การออกกำลังกายที่เหมาะสม
8. ติดตามผลการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ ทุก 2 เดือน

ระยะติดตามประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงาน

9. ประเมินและสรุปผลการดำเนินงาน
10. ได้โมเดลต้นแบบการดูแลสุขภาพ (Health Leader)

ระยะที่ 2 การทดลองและปรับปรุงรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองรูปแบบการดำเนินงาน (Research2: R2)

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบเบื้องต้นไปทดลองใช้ในกลุ่มย่อยในการพัฒนารูปแบบการให้บริการเชิงรุกในสถานประกอบการ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ที่สร้างขึ้นในขั้นตอนที่ 2 ไปทดลองใช้ ดำเนินการในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 - เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568

ขั้นตอนการวานแผน (Plan) ก่อนดำเนินการทดลองรูปแบบ ได้มีการประชุมร่วมระหว่างหน่วยบริการสุขภาพกับตัวแทนจากสถานประกอบการ เพื่อชี้แจงนโยบาย แนวทาง และบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการดำเนินงาน รวมทั้งเตรียมความพร้อมสำหรับการดำเนินงาน โดยมีการกำหนดรูปแบบและโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับรายบุคคล ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมการออกกำลังกายและโภชนาการ รวมถึงการกำหนดเป้าหมายสุขภาพส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการ

ขั้นตอนปฏิบัติและสังเกต (Action & Observe) การดำเนินงานมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของพนักงาน เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งมีการติดตามผลสุขภาพโดยการประเมินสมรรถภาพทางกาย และองค์ประกอบของร่างกาย (Body Composition) การดำเนินงานประกอบด้วย

1. การจัดตั้ง Wellness Center ภายในสถานประกอบการ
2. การกำหนดทีมพี่เลี้ยงจากสหสาขาวิชาชีพเพื่อดูแลและติดตามผล
3. การออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละสถานประกอบการ
4. การจัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น เครื่องออกกำลังกายเบื้องต้น และอุปกรณ์ดูแลสุขภาพ

ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflect) ภายหลังสิ้นสุดการดำเนินโครงการ มีการจัดประชุมเพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน โดยพิจารณาทั้งในด้านจุดแข็งและข้อจำกัด พบว่า จุดแข็งของโครงการ ได้แก่ การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของสถานประกอบการในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การประชาสัมพันธ์เชิงรุก และการสนับสนุนจากหลายภาคส่วนในการร่วมขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาวะ ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืนในการสร้างสุขภาวะคนทำงานในสถานประกอบการ

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงต้นแบบ (Development2: D2)

จากการนำรูปแบบที่พัฒนาในขั้นตอนที่ 2 ไปทดลองใช้ ทำให้ค้นพบกลไกในการพัฒนารูปแบบการให้บริการเชิงรุกในสถานประกอบการ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย คือ CHAMP-R Model มีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ได้แก่ collaboration (C) health leader (H) accessibility (A) monitoring & evaluation (M) personalized health programs (P) reflective practice (R)

(1) C : Collaboration (การมีส่วนร่วมสของภาคีเครือข่าย) มีเครือข่ายการดำเนินงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก ร่วมถึงการมีส่วนร่วมของสถานประกอบการในการดำเนินงาน โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการการดำเนินงานและพัฒนาทีมพี่เลี้ยงสุขภาพในแต่ละสถานประกอบการ เพื่อร่วมกำหนดแนวทางในการส่งเสริมสุขภาวะที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของแต่ละแห่ง ซึ่งผลให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

(2) H : Health Leader (การมีผู้นำด้านสุขภาพ) บุคคลที่ได้รับบทบาทเป็นผู้นำด้านสุขภาพในสถานประกอบการ มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงมีศักยภาพในการถ่ายทอดความรู้และกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือภายในองค์กร นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การลดระดับความเครียดและการมีความพึงพอใจต่อสุขภาพของตนเอง รูปแบบการสร้างสุขภาวะนี้เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของพนักงานและผู้บริหารในการออกแบบกิจกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทขององค์กร จึงสะท้อนถึงความยั่งยืนและคุณภาพของรูปแบบที่พัฒนา

(3) A : Aaccessibility (การเข้าถึงบริการสุขภาพ) การดำเนินการจัดตั้ง Wellness Center ภายในสถานประกอบการเป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของพนักงาน โดยศูนย์ดังกล่าวทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งในด้านกาย จิตใจ และพฤติกรรมสุขภาพ มีทีมพี่เลี้ยงจากสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้ให้คำปรึกษา ถ่ายทอดองค์ความรู้และเสริมสร้างทักษะด้านสุขภาพ พร้อมทั้งมีการสนับสนุนอุปกรณ์พื้นฐาน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวิเคราะห์องค์ประกอบร่างกาย และอุปกรณ์ออกกำลังกาย เพื่อให้พนักงานสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

(4) M : Monitoring & Evaluation (การประเมินผลต่อเนื่อง) มีการกำหนดกระบวนการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดยคณะกรรมการดำเนินงานจะมีการประชุมเพื่อติดตามผลทุก 2 เดือน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ ตรวจสอบความก้าวหน้าของกิจกรรมที่ดำเนินการ และปรับปรุงแนวทางให้เหมาะสมกับสถานการณ์ รวมถึงใช้ข้อมูลที่ได้เพื่อสะท้อนผลลัพธ์ในเชิงพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพของพนักงาน ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปพัฒนารูปแบบให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

(5) P : Personalized Health Programs (ออกแบบเฉพาะบุคคล) พนักงานสามารถพัฒนาแผนดูแลสุขภาพรายบุคคล ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ เช่น การลดน้ำหนัก รอบเอว และควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงสูง โดยโปรแกรมไม่ได้กำหนดแนวทางตายตัว แต่เน้นการเสริมสร้างความรู้ ความตระหนัก และแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผ่านการส่งเสริมบทบาทแกนนำสุขภาพ การปรับสภาพแวดล้อมการทำงานให้เอื้อต่อสุขภาพ และการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในสถานประกอบการ ซึ่งช่วยเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และยกระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงาน

(6) R : Reflective Practice (การสะท้อนผลและพัฒนา) ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการสร้างสุขภาวะคนทำงานที่มีส่วนร่วม แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น ดัชนีมวลกาย ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือด) และการเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายช่วยสะท้อนจุดแข็ง จุดอ่อน และแนวทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ซึ่งสามารถขยายผลไปยังสถานประกอบการอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

ระยะที่ 3 การนำไปใช้และประเมินผล

ขั้นตอนที่ 5 การนำไปใช้ (Implementation) (Research3: R3) และ ขั้นตอนที่ 6 การประเมินผล (Evaluation) (Development 3: D3)

ผลการเปรียบเทียบผลการดำเนินการตามรูปแบบการสร้างสุขภาวะคนทำงานอย่างมีส่วนร่วมในสถานประกอบการอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบว่า

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการวัดสมรรถภาพร่างกายของพนักงานในสถานประกอบการ (N=334)

สมรรถภาพร่างกาย	ก่อน	หลัง
การงอตัว (n=334)		
ต่ำมาก	28 (8.38)	16 (4.79)
ต่ำ	52 (15.57)	46 (10.78)
ปานกลาง	46 (13.77)	90 (26.95)
ดี	23 (6.89)	18 (5.39)
ดีมาก	16 (4.79)	9 (2.69)
ดันพื้น (n=334)		
ต่ำกว่ามาตรฐาน	53 (15.87)	58 (17.37)
มาตรฐาน	43 (12.87)	45 (13.47)
สูงกว่ามาตรฐาน	69 (20.66)	66 (19.76)
แรงเหยียดขา (n=334)		
ต่ำมาก	21 (6.29)	4 (1.20)

สมรรถภาพร่างกาย	ก่อน	หลัง
ต่ำ	25 (7.49)	20 (5.99)
ปานกลาง	48 (14.37)	49 (14.67)
ดี	21 (6.29)	34 (10.18)
ดีมาก	50 (14.97)	62 (18.56)

จากตารางที่ 1 แสดงผลการวัดสมรรถภาพร่างกายของพนักงานในสถานประกอบการ พบว่า การวัดสมรรถภาพร่างกาย การงอตัว กลุ่มปานกลางมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.77 เป็นร้อยละ 26.95 การดันพื้น กลุ่มต่ำกว่ามาตรฐานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.87 เป็น 17.37 และกลุ่มมาตรฐาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.87 เป็นร้อยละ 13.47 ตามลำดับ และแรงเหยียดขา กลุ่มดีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.26 เป็นร้อยละ 28.74

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบความเครียด (ST-5) ก่อนและหลัง (N=334)

ST-5	ก่อน	หลัง
เครียดน้อย	16 (51.59)	234 (74.52)
เครียดปานกลาง	98 (31.21)	58 (18.47)
เครียดมาก	54 (17.20)	22 (7.01)

จากตารางที่ 2 จากผลการประเมินระดับความเครียดของพนักงานในสถานประกอบการด้วยแบบประเมิน ST-5 จำนวนทั้งสิ้น 334 คน พบว่า ก่อนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพ พนักงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับเครียดปานกลาง ร้อยละ 31.21 และระดับเครียดมาก ร้อยละ 17.20 ขณะที่มีเพียงร้อยละ 51.59 ที่มีระดับความเครียดน้อย ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ พบว่าระดับความเครียดของพนักงานดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยร้อยละของพนักงานที่มีระดับความเครียดน้อยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74.52 ในขณะที่ระดับความเครียดปานกลางและเครียดมากลดลงเหลือร้อยละ 18.47 และ 7.01 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงผลการประเมินความสุขคนไทย (N=334)

องค์ประกอบการวัด	คะแนนเฉลี่ยรวม	ระดับความพึงพอใจ
ความรู้สึกที่ดี	46.00	มีความสุขสูงกว่าคนทั่วไป
ความรู้สึกไม่ดี	44.00	มีความสุขสูงกว่าคนทั่วไป
สมรรถภาพทางจิต	31.00	มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป
คุณภาพจิตใจ	46.00	มีความสุขสูงกว่าคนทั่วไป
ปัจจัยสนับสนุนของครอบครัว	53.00	มีความสุขสูงกว่าคนทั่วไป

จากตารางที่ 3 ผลการประเมินความสุขคนไทย พบว่า ด้านความรู้สึกที่ดี พนักงานมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.00 อยู่ในระดับมีความสุขกว่าคนทั่วไป ด้านความรู้สึกที่ไม่ดี มีคะแนนเฉลี่ย 44.00 อยู่ในระดับความสุขสูงกว่าคนทั่วไป ด้านสมรรถภาพทางจิต มีคะแนนเฉลี่ย 31.00 อยู่ในระดับมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ด้านคุณภาพจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ย 46.00 อยู่ในระดับมีความสุขงสูงกว่าคนทั่วไป และด้านปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยที่ 53.00 มีระดับความสูงกว่าคนทั่วไป

ตารางที่ 4 แแสดงผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการวัดองค์ประกอบร่างกาย (Body Composition) ของพนักงานในสถานประกอบการ (N=84)

ข้อมูล	ก่อน	หลัง
BMI (n=84)		
ต่ำกว่าเกณฑ์	1 (1.19)	0 (0.00)
ปกติ	14 (16.67)	17 (20.24)
เกินเกณฑ์	27 (32.14)	25 (29.76)
Fitness score (n=84)		
ต่ำกว่าเกณฑ์	22 (26.19)	15 (17.86)
ปกติ	20 (23.81)	27 (31.14)

จากตารางที่ 4 แแสดงผลการวัดองค์ประกอบร่างกาย (Body Composition) ของพนักงานในสถานประกอบการ พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) กลุ่มที่อยู่ในเกณฑ์ปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 16.67 เป็นร้อยละ 20.24 ส่วนค่า Fitness score กลุ่มที่มีคะแนนน ปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 23.81 เป็นร้อยละ 31.14 พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) กลุ่มที่อยู่ในเกณฑ์ปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 16.67 เป็นร้อยละ 20.24 ส่วนค่า Fitness score กลุ่มที่มีคะแนนน ปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 23.81 เป็นร้อยละ 31.14

อภิปรายผล

จากการศึกษารูปแบบการสร้างสุขภาวะคนทำงานอย่างมีส่วนร่วมในสถานประกอบการ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ส่งผลต่อการดูแลสุขภาวะคนทำงาน โดยส่งผลดีต่อการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่า Fitness score การงอตัวในระดับปานกลาง การดันพื้นระดับต่ำกว่ามาตรฐาน และระดับมาตรฐานแรงเหยียดขา ของพนักงานในสถานประกอบการก่อนและหลังมีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการสร้างสุขภาวะคนทำงานในสถานประกอบการมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในด้านการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง รวมถึงความรู้ที่ดีเกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อดัชนีมวลกายและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ของวิดาพร ทับทิมศรี (2564) ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมสุขภาพดีและค่าดัชนีมวลกายดีขึ้น[7]

ผลการศึกษาตามรูปแบบ CHAMP-R Model ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (C : Collaboration) คือ มีการจัดตั้งคณะกรรมการที่มีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ (2) การมีผู้นำด้านสุขภาพ (H : Health Leader) คือ การสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพภายในสถานประกอบการ (3) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (A : Aaccessibility) คือ การจัดตั้งศูนย์สุขภาพดีวัยทำงานในสถานประกอบการ (Wellness Center) (4) การประเมินผลต่อเนื่อง (M : Monitoring & Evaluation) คือ การติดตามผลการดำเนินงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องทุก 2 เดือนเพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินกิจกรรมในแต่ละสถานประกอบการ (5) ออกแบบเฉพาะบุคคล (P : Personalized Health Programs) คือ การออกแบบโปรแกรมสุขภาพที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล โดยการสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาด้านสุขภาพ และจัดทำแผนให้ตรงกับปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล (6) การสะท้อนผลและพัฒนา (R : Reflective Practice) คือ การทบทวนและรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในด้านของทีมพี่เลี้ยงและผู้เข้าร่วม ซึ่งทำให้เกิดการพัฒนาโมเดลด้านสุขภาพที่เหมาะสมและนำไปใช้ได้จริง

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ส่งผลต่อผลลัพธ์ในการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน ในการดูแลสุขภาพของคนทำงานในสถานประกอบการ โดยการกำหนดนโยบาย การจัดตั้งคณะกรรมการ การจัดตั้งทีมพี่เลี้ยงในการให้คำแนะนำ การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพ พร้อมทั้งกำหนดแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน เพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาวะของตนเอง รวมถึงการส่งเสริมให้มีการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของสถานประกอบการหรือการสร้างเป้าหมายร่วมกัน เพื่อก่อให้เกิดประสิทธิผลในการทำงานร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการกิจการ 3 แห่ง ของวิชชุพร เกตุไหม (2566) กระบวนการปฏิบัติที่ดีด้านการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการกิจการ มีกระบวนการปฏิบัติที่ดีด้านการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานโดยมีภาคีเครือข่ายสุขภาพเป็นที่เลี้ยงที่สำคัญ[8]

อย่างไรก็ตาม การศึกษารูปแบบการสร้างสุขภาวะคนทำงานอย่างมีส่วนร่วมในสถานประกอบการ (1) การดำเนินการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุภาพ ควรมีความหลากหลายสามารถเลือกปฏิบัติตามความถนัดและความสนใจ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่เกิดจากความต้องการของตนองและจะเกิดความยั่งยืน (2) การดำเนินการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการต้องคำนึงถึงต้นทุนเดิม ซึ่งเป็นแรงเสริมทางบวกที่แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญ และการมีต้นแบบทางสุขภาพที่มีบริบทคล้ายกัน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพไปในทิศทางที่ดีขึ้น จะทำให้ผู้อื่นหรือเพื่อนร่วมงานคล้อยตาม เกิดแรงผลักดันว่าตนเองก็น่าจะเปลี่ยนแปลงได้เช่นเดียวกัน (3) การสร้างผู้นำด้านสุขภาพ (Health Leader) เป็นเครื่องมือสำคัญและสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ ทำให้เกิดการยอมรับที่จะเรียนรู้ และปฏิบัติจนเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ (4) การสร้างความสำเร็จเล็ก ๆ ทำให้เกิดการสร้างแรงจูงใจก่อนค่อย ๆ ขยายออกไปสู่กลุ่มอื่นเพื่อสร้างความสำเร็จที่ยิ่งใหญ่ขององค์กร (5) การให้ความสำคัญต่อการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งเครือข่ายในสถานประกอบการ ได้แก่ การตั้งชมรมรักสุขภาพ การออกกำลังกาย รวมถึงเครือข่ายพนักงานที่ต้องการดำเนินการไปยังจุดมุ่งหมายเดียวกัน การมีส่วนร่วมระหว่างเครือข่าย เป็นส่วนสำคัญในการเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ การสนับสนุนทรัพยากรที่มีความสำคัญต่อการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่จัน หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และทีมสหสาขาวิชาชีพทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและอำนวนความสะดวกในการทำการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้จัดการ พนักงานในสถานประกอบทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และที่สำคัญขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่านในงานควบคุมโรคและอาชีวอนามัยที่ให้ความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจในการพัฒนางานในครั้งนี้จนประสบความสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลจากการศึกษาในครั้งนี้จะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการดูแล สร้างเสริมสุขภาวะคนทำงานในสถานประกอบการและหน่วยงานที่สนใจต่อไป

ข้อเสนอแนะ

เชิงนโยบาย

1. การสนับสนุนให้ผู้นำด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการสร้างสุขภาวะพนักงานในสถานประกอบการ เนื่องจากเป็นบทบาทที่สำคัญในการขับเคลื่อน
2. การส่งเสริมให้พนักงานมีการดูแลสุขภาพของตนเองตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบกิจกรรมการสร้างสุขภาวะที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของตนเองร่วมกับฝึกทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง

ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาครั้งต่อไป

นำผลการศึกษาไปขยายผลในการดำเนินการสร้างสุขภาพวะของคนทำงานอย่างมีส่วนร่วมในสถานประกอบการอื่นและพื้นที่อื่นให้ครอบคลุมพื้นที่ โดยคำนึงความเหมาะสมกับบริบทของสถานประกอบการนั้น ๆ

เอกสารอ้างอิง

1 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเฝ้าระวัง [Internet]. ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2565 [cited 2023 Oct 20]. Available from: http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/nutri1859/index?year=2022

2 Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Report on the situation of patients with non-communicable diseases. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022. Thai.

3 Thianthaworn W. System for surveillance, control, and prevention of diabetes and high blood pressure in Thailand: policy to practice. 3rd ed, revised. Bangkok: Agricultural Cooperatives Association of Thailand Limited; 2013. Thai.

4 กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. คู่มือส่งเสริมสุขภาพจิตในสถานประกอบการ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.

5 กรมสุขภาพจิต. แนวทางการให้การปรึกษาและดูแลผู้มีภาวะเครียดในชุมชน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

6 Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328–35.

7 ทับทิมศรี ว. การศึกษาของผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อดัชนีมวลกายและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. 2564. Thai.

8 การศึกษาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการกิจการ 3 แห่ง: กระบวนการปฏิบัติที่ดีด้านการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการกิจการ. 2566. Thai.

การศึกษาการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในการดำเนินงานบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เขตอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

อานันท์ สิงห์สถิตย์[1] ณพรรณอร กิตติกรณ์รัตน์[2] เมธาวี เจริญทรัพย์[3] เมธาพร หินทราย[4]
พัชรพร จันต๊ะขัติ[5] นพมาศ ยอดวงค์[6]
[1-6]โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในการดำเนิน งานบริการทางเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยรับยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงรายจากการเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มผู้ป่วยที่รับยาโรคเรื้อรังในรูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ตั้งแต่เดือน 1 มกราคม 2567 – 31 พฤษภาคม 2568 โดยข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น โดยใช้สถิติได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และอัตราความคลาดเคลื่อนทางยา

ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบเป็นความคลาดเคลื่อนทางยาทางยาที่เกิดในระดับความรุนแรง A-B จำนวน 148ครั้ง พบมากที่สุดคือ ความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการสั่งยา รองลงมา คือความคลาดเคลื่อน ทางยาในขั้นตอนก่อนการจ่ายยาเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนผู้ปฏิบัติงานต้องรายงานการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่สม่ำเสมอและต้องมีการทบทวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่ต่อเนื่องและการปรับปรุงระบบรายงานให้ง่ายต่อการรายงานและได้ข้อมูลที่มีคุณภาพมากขึ้นโดยกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงความสำคัญของการรายงานทุกครั้งที่เกิดอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นทั้งนี้ควรมุ่งเน้นในการแก้ปัญหาในเชิงระบบโดยผู้บริหารต้องไม่ใช้วิธีลงโทษรายบุคคลเพื่อให้เจ้าหน้าที่เกิดความไว้วางใจนำไปสู่ระบบรายงานที่มีประสิทธิภาพ นโยบายลงสู่ ผู้ปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: ความคลาดเคลื่อนทางยา เภสัชกรรมทางไกล โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

A study of medication errors in telepharmacy services among patients receiving medication for noncommunicable chronic diseases in Chiang Khong District, Chiang Rai Province

Anan singsathit[1] Naphanorn kittikornrat[2] Methawee charoensap[3] Methaphorn hinsai[4]
Patcharporn juntakhad[5] Nopphamas yodwong[6]

ABSTRACT

This study was a descriptive study to analyze data on medication errors in telepharmacy services among patients receiving medications for noncommunicable chronic diseases in Chiang Khong District, Chiang Rai Province**.**

From the collection of medication errors data in the group of patients receiving chronic medication in the form of telepharmacy services from January 1, 2024 - May 31, 2025, the medication errors data that occurred were analyzed using statistics including frequency distribution, percentage and medication error rate.

The most common problems found were medication errors that occurred in severity levels A-B, totaling 148 times. The most common were medication errors during the ordering process, followed by medication errors during the pre-dispensary process. In order to ensure continuous and sustainable development, personnel must consistently report medication errors and review medication error incidences continuously. The reporting system must be improved to make reporting easier and provide higher quality data. The personnel should be encouraged to realize the importance of reporting every time an incident or risk occurs. The focus should be on solving problems systematically, and the executives must not use individual punishments to build trust among personnel, leading to an effective reporting system. The policy is tangible to the practitioners.

Keywords: Medication errors, Telepharmacy, Non-communicable diseases

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ Non-communicable diseases-NCDs เป็นปัญหา สุขภาพ อันดับหนึ่งของโลกและประเทศไทย ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์ รวมทั้ง เศรษฐกิจและสังคม ที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศว่าโรค NCDs เป็น 5 โรคหลักที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและ หลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรังและสุขภาพจิต องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2565 ทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs จำนวน 41 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิต ทั้งหมด ของประชากรโลก และพบว่า 17 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนอายุ 70 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” สำหรับประเทศไทย พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 81 จากกลุ่มโรค NCDs หรือเสียชีวิตกว่าปีละ 400,000 ราย หรือมากกว่า 1,000 รายต่อวัน(1) ซึ่งสถานการณ์ปัญหามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่วนสำคัญในการจัดการปัญหาสุขภาพดังกล่าว คือ การพัฒนาคุณภาพบริการของสถานบริการสาธารณสุขเพื่อจัดการปัญหาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสนับสนุนให้เครือข่ายสุขภาพและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพทั้ง กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(2)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย พบปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ของประชาชน รายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก ในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ จากข้อมูลสถิติในปี 2565 - 2567 พบว่า จำนวนใบสั่งยาเฉพาะห้องยาผู้ป่วยนอก (ในช่วงวันและเวลาราชการ) มีจำนวน 107,741 , 112,368 และ 179,470 ใบ ตามลำดับ ในขณะที่อัตรากำลังคนกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมีเภสัชกร 10 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 5 คน และพนักงานประจำห้องยา 6 คน จากเหตุผลอัตรากำลัง ที่มีอยู่อย่างจำกัด ประกอบกับห้องยาผู้ป่วยนอก มีพื้นที่จำกัดในการรอรับยาจึงทำให้เกิดความแออัด และเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคมากขึ้น อีกทั้ง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะมีการใช้ยาหลายรายก าร นำมาสู่ปัญหา ที่มี ผลต่อ การรักษาด้วยยา เช่น เกิดเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาต่าง ๆ หรือเกิดปัญหาที่ เกี่ยว ข้องกับ การใช้ยา (drug-related problems; DRPs) และจากการใช้ยาปริมาณมากและต้องใช้อย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยบางราย จึงปรับยา รับประทานเอง บางรายรับประทานยาผิด บางรายขาดนัดซึ่งนำไปสู่การขาดยา ทำให้ เภสัชกรไม่สามารถ ทวนสอบการรับประทานยาได้ ส่งผลต่อการใช้ยาไม่ถูกต้องไม่สม่ำเสมอ ทำให้การควบคุม โรคไม่ดีเท่าที่ควร

การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล เป็นหนึ่งในระบบสุขภาพที่ให้การบริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) และบริการทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical service) เป็นบริการที่จัดให้มีขึ้นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องทางยาแก่ผู้ป่วย ที่ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม สามารถสื่อสารและโต้ตอบได้ทันทีตามระบบ เวลาจริง(real-time)เสมือนผู้ป่วยอยู่ต่อหน้า ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสารอันทันสมัย รูปแบบการให้บริการ เภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ อาจนำมาช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยา และคำแนะนำ เกี่ยวกับยา ที่ถูกต้อง มีการนำระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลมาใช้ เพื่อแก้ปัญหาการให้บริการเภสัชกรรม แก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาล เภสัชกรสามารถให้คำแนะนำด้านยาแก่ผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ช่วยลดอุปสรรคของผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ไม่สามารถเดินทางมารับบริการเภสัชกรรมในโรงพยาบาล ช่วยประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย อีกทั้งช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (3,4,5)

ความคลาดเคลื่อนทางยา(Medicationerror)นับเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในระบบยาและมีความเหมาะสมมากสำหรับใช้ในการประเมินด้านโครงสร้าง (structure indicators) ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการข้องระบบซึ่งข้อมูล ความคลาดเคลื่อนทางยานี้ สามารถสะท้อนถึง ความเชื่อมโยง ข้องการทำงาน เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาลได้ด้วยเช่นกัน(6)

ผู้วิจัยจึงมีความต้องการนำข้อมูลจากการรายงานการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในรูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy)เขตพื้นที่ บริการสุขภาพอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงรายเกิดขึ้น มาวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผล เพื่อเป็นการสะท้อน ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนิน งานมีการพัฒนาการสื่อสารในองค์กรและพัฒนาองค์ความรู้ในเรื่องที่เกิดความคลาดเคลื่อน ผู้ปฏิบัติงาน เกิดความตระหนักรู้ตลอดจนสามารถกำหนดวิธีการเฝ้าระวังการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณของรายงานการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในรูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) เขตพื้นที่บริการสุขภาพอำเภอเชียงของจังหวัดเชียงรายและหาแนวทางแก้ไข้ป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบ

สมมติฐานการวิจัย

สาเหตุของคลาดเคลื่อนทางยาในการดำเนินงานบริการเภสัชกรรมทางไกล เกิดจากการที่ยังไม่มีระบบป้องกันที่รัดกุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น	→	ตัวแปรตาม
คลาดเคลื่อนทางยาในการดำเนินงานบริการเภสัชกรรมทางไกล		สาเหตุของคลาดเคลื่อน ทางยาในการดำเนินงานบริการเภสัชกรรมทางไกล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาในการดำเนินงานบริการเภสัชกรรมทางไกล ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567 – 31 พฤษภาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ใบสั่งยากลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่รับบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567 – 31 พฤษภาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล โปรแกรมบันทึกข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ

วิธีรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาแยกตามประเภทและสาเหตุ จากใบสั่งยากลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่รับบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ตั้งแต่เดือน 1 มกราคม 2567 – 31 พฤษภาคม 2568

1.1 ใบสั่งยาผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับยา ในรูปแบบการ ให้บริการ เภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy)

1.2 แบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา

1.3 โปรแกรมที่ใช้ในการรายงานข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา โดยข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น โดยใช้สถิติได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และอัตราความคลาดเคลื่อนทางยา

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาในการดำเนินงานให้บริการเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จึงไม่ได้ยื่นขอจริยธรรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการวิจัย

จากการดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูล ความคลาดเคลื่อน ทางยาแยกตามประเภทและสาเหตุ ในการดำเนินงาน บริการ เภสัชกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับยา ในรูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ตั้งแต่ 1 มกราคม 2567 - 31พฤษภาคม 2568 สามารถรายงานผลการศึกษาได้ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่รับบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567 – 31 พฤษภาคม 2568

ความคลาดเคลื่อนทางยา	ความถี่ (ครั้ง)	อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา
ความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการสั่งยา	87	1.46
ความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนก่อนการจ่ายยา	48	0.8
ความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการจ่ายยา	2	0.033
ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกี่ยวกับระบบการทำงาน	13	0.21
รวม (ครั้ง)	**150**	**2.51**

จากตารางที่ 1 พบว่ากระบวนการขั้นตอนการสั่งยา จนถึงกระบวนการจ่ายยาพบความ ความคลาดเคลื่อนทาง ยา 150 ครั้ง จากจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด 6105 ใบสั่งยา โดยความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบมากที่สุดได้แก่ ความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการสั่งยา จำนวน 87 ครั้ง คิดเป็นอัตราการเกิดความคาดเคลื่อนทางยา 1.46 ถัดไปเป็นความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนก่อนการจ่ายยา จำนวน 48 ครั้ง คิดเป็นอัตราการเกิดความคาดเคลื่อนทางยา 0.8 ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกี่ยวกับระบบการทำงาน จำนวน 13 ครั้ง คิดเป็นอัตราการเกิดความคาดเคลื่อนทางยา 0.21และความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการจ่ายยา จำนวน 2 ครั้ง คิดเป็นอัตราการเกิดความคาดเคลื่อนทางยา 0.033 ตามลำดับ โดยความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นเกิดจากกระบวนการสั่งยาที่มีการปัญหาสืบเนื่องจาก การเปลี่ยนระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล

ตารางที่ 2 แสดงการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ในขั้นตอนการสั่งจ่ายยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่รับบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567 – 31 พฤษภาคม 2568
2568

สาเหตุการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการสั่งจ่ายยา (Prescribing error)	จำนวน (ครั้ง)	อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา
สั่งยาจำนวนน้อยกว่าที่ควรได้รับ	81	1.35
สั่งใช้ยาผิดวิธีใช้ ผิดเวลา	5	0.083
สั่งยาขนาดสูง	1	0.016
รวม (ครั้ง)	**87**	1.46

จากตารางที่ 2 พบว่าสาเหตุ การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการสั่งจ่ายยา (Prescribing error) ทั้งหมดจำนวน 87 ครั้ง พบว่าสาเหตุการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการสั่งจ่ายยา (Prescribing error) มากที่สุดเป็นสั่งยาจำนวนน้อยกว่าที่ควรได้รับ จำนวน 81 ครั้ง คิดเป็นอัตราการเกิด ความคลาดเคลื่อนทางยา1.35โดยปัญหานั้นเกิดจากแพทย์สั่งยาโดยไม่ดูจำนวนวันนัด ทำให้สั่งยาไม่ถึงนัด รองลงมาเป็นการสั่งใช้ยาผิดวิธีใช้ ผิดเวลา จำนวน 5 ครั้ง คิดเป็นอัตราการ เกิดความคลาดเคลื่อน ทางยา 0.083 โดยปัญหานั้นจะเป็นไม่ระบุวิธีใช้ หรือระบุเวลาทานไม่เหมาะสม ก่อนอาหารหลังอาการ ในยาบางตัวและสั่งยา ขนาดสูง จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา0.016ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ในขั้นตอนการจัดยา ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่รับบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567 – 31 พฤษภาคม 2568

สาเหตุการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการก่อนการจ่ายยา(Predispensing error)	จำนวน (ครั้ง)	อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา
จัดยาผิดชนิด	11	0.18
จัดยาผิดขนาด/ความแรง	13	0.21
จัดยาไม่ครบ/ไม่ได้จัดยา	2	0.03
จัดยาจำนวนมากกว่าที่ควรได้รับ	8	0.13
จัดยาจำนวนน้อยกว่าที่ควรได้รับ	14	0.23
รวม (ครั้ง)	**26**	**0.43**

จากข้อมูลตารางที่ 3 แสดงให้เห็นถึงอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการจัดยา (Pre-dispensing error) พบว่ามีสาเหตุการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ในขั้นตอนก่อน การจ่ายยา ทั้งหมด จำนวน 26 ครั้ง มีอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา(ต่อพันใบสั่งยา) 0.43 พบว่าการเกิดความคลาดเคลื่อนมากที่สุด คือ จัดยาจำนวนน้อยกว่าที่ควรได้รับ จำนวน 14 ครั้ง คิดเป็นอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 0.23

รองลงมาคือจัดยาผิดขนาด/ความแรง จำนวน 13 ครั้ง คิดเป็นอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 0.21 จัดยาผิดชนิด จำนวน 11 ครั้ง คิดเป็นอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 0.18 จัดยาจำนวนมาก กว่า ที่ควรได้รับ จำนวน 8 ครั้ง คิดเป็นอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 0.13 และจัดยาไม่ครบ/ไม่ได้จัดยา จำนวน 2 ครั้ง คิดเป็นอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 0.03 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 แสดงการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ในขั้นตอนการจ่ายยา ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่รับบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567 – 31 พฤษภาคม 2568

สาเหตุการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการจ่ายยา (Dispensing error)	จำนวน (ครั้ง)	อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา
จ่ายยาผิดคน	1	0.00016
จ่ายยาผิดวิธีใช้	1	0.00016
รวม	**2**	**0.033**

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นถึงอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการจ่ายยา (Dispensing error) พบว่าการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งหมด 2 ครั้ง มีอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อน ทางยา (ต่อพันใบสั่งยา) 0.033 จ่ายยาผิดคนจำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 0.00016 และจ่ายยาผิดวิธีใช้ จำนวน 2 ครั้ง คิดเป็นอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 0.00016

ตารางที่ 5 แสดงการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ที่เกี่ยวข้องกับระบบการดำเนินงาน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่รับบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567 – 31 พฤษภาคม 2568

สาเหตุการเกิดการความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกี่ยวกับระบบการดำเนินงาน (Processing error)	จำนวน (ครั้ง)	อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา
เช็คยาไม่มีการในเทคโน๊ต สรุปการปรับยาในใบสรุปรายการยา	10	0.16
เชคยาโดยไม่มีการแก้ไขฉลากตัวเลขให้เป็นภาษา	2	0.033
รวม	**12**	**0.2**

จากตารางที่ 5 แสดงจำนวนของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ในขั้นตอนที่เกี่ยวกับ ระบบการทำงาน (Processing error) พบว่าเกิดการความคลาดเคลื่อน ทางยาทั้งหมดจำนวน 12 ครั้ง มีอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาเท่ากับ 0.43 ต่อพันใบสั่งยา โดยสาเหตุการเกิดการความคลาด เคลื่อนทางยาที่พบมากที่สุด คือ เช็คยาไม่มีการในเทคโน๊ต สรุปการปรับยาในใบสรุปรายการยา จำนวน 10 ครั้ง คิดเป็นอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 0.16 รองลงมาคือ เชคยาโดยไม่มีการแก้ไข ฉลากตัวเลขให้เป็นภาษา จำนวน 2 ครั้ง คิดเป็นอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 0.033 ซึ่งตามข้อ ตกลงของฝ่ายเภสัชกรรม ผู้เช็คต้องลงรายละเอียดกับปรับยาเปลี่ยนยา เพิ่ม ลดขนาดยา ในใบสรุปเพื่อให้ผู้จ่ายยาได้ดู เนื่องจาก การออก

จ่ายยา Telepharmacy ต้องออกไปจ่ายตามรพ.สต. ถ้าเกิดปัญหาเรื่องยาไม่ตรงหรือไม่ผ่านการเช็คยา จะทำให้เกิดความล่าช้าในกระบวนการส่งมอบยาให้กับผู้ป่วยตามกระบวนการดำเนินงานเภสัชกรรมทางไกล

ตารางที่ 6 แสดงรายการคู่ยาที่มีการจัดผิดชนิดมากที่สุด ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่รับบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567 – 31 พฤษภาคม 2568

รายการคู่ยาที่จัดผิดชนิด	ความถี่ (ครั้ง)	ร้อยละ
AMLOdipine TAB 5 MG - SIMVASTATIN TAB 20 mg	2	18.18
AMLOdipine TAB 5 MG - ENAlapril TAB 5 mg	2	18.18
GLIpiZIDE TAB 5 mg - Gemfibrozil 600 mg	1	9.09
LOSARTAN TAB 50 mg - SIMVASTATIN TAB 20 mg	1	9.09
Atorvastatin TAB 40 MG - GEMFIBROZIL 600 mg	1	9.09
Gemfibrozil 600 mg - Enalapril 5 mg	1	9.09
ATENOLOL TAB - Losartan 50 mg	1	9.09
LOSARTAN TAB 50 mg - Amlodipine 5 mg	1	9.09
EnaLaPril TAB 20 mg - Glipizide 5 mg	1	9.09
รวม (ครั้ง)	11	100

จากตารางที่ 6 แสดงคู่ยาที่มีการจัดยาผิดชนิดทั้งหมด 11 ครั้ง โดยพบว่าคู่ยาที่มีการจัดยาผิดชนิดมากที่สุด ได้แก่ AMLOdipine TAB 5 MG - SIMVASTATIN TAB 20 mg และ AMLOdipine TAB 5 MG - ENAlapril TAB 5 mg จำนวน 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 18.18 และ คู่ยาที่มีการจัดยาผิดชนิดรองลงมา มีการจัดผิดชนิด คู่ยาละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 9.09 ได้แก่ GLIpiZIDE TAB 5 mg - Gemfibrozil 600 mg , LOSARTAN TAB 50 mg - SIMVASTATIN TAB 20 mg, LOSARTAN TAB 50 mg - SIMVASTATIN TAB 20 mg, Atorvastatin TAB 40 MG - GEMFIBROZIL 600 mg, Gemfibrozil 600 mg - Enalapril 5 mg, ATENOLOL TAB - Losartan 50 mg, LOSARTAN TAB 50 mg - Amlodipine 5 mg, EnaLaPril TAB 20 mg - Glipizide 5 mg

ตารางที่ 7 แสดงรายการคู่ยาที่มีการจัดผิดชนิดขนาดที่สุด ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่รับบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567 – 31 พฤษภาคม 2568

รายการคู่ยาที่จัดผิดความแรง	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
EnaLaPril TAB 20 mg - ENAlapril TAB 5 mg	5	35.71
AMLOdipine TAB 10 MG - AMLOdipine TAB 5 MG	7	50
Allopurinol 300 TAB - Allopurinol 100 mg	1	7.14
LOSARTAN 100 TAB - LOSARTAN 50 TAB	1	7.14
รวม (ครั้ง)	14	100

จากตารางที่ 7 พบว่าสาเหตุการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนก่อนการจ่ายยา (Pre-dispensing error) ที่มีการจัดยาผิดความแรง แยกตามคู่ยา มีจำนวนทั้งหมดจำนวน 14 ครั้ง แสดงให้เห็นถึงราย การคู่ยา ที่จัดผิดความแรงมากที่สุด อันดับที่1ได้แก่ AMLOdipine TAB 10 MG - AMLOdipine TAB 5 MG จำนวน 7 ครั้ง คิดเป็นอัตราการเกิดความคาดเคลื่อนทางยาร้อยละ 50 อันดับที่2 EnaLaPril TAB 20 mg - ENAlapril TAB 5 mg จำนวน 5 ครั้ง คิดเป็นอัตราการเกิดความคาดเคลื่อนทางยาร้อยละ 35.71 และอันดับที่3 Allopurinol 300 TAB - Allopurinol 100 mg กับ LOSARTAN 100 TAB - LOSARTAN 50 TAB คิดเป็นอัตราการเกิดความคาดเคลื่อนทางยาร้อยละ 7.14 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในการดำเนินงานบริการเภสัชกรรมทางไกล ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตพื้นที่บริการสุขภาพอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. .ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบบางส่วนเกิดจากกระบวนการสั่งยาที่มีปัญหาสืบเนื่องจาก การเปลี่ยนระบบสารสนเทศของรพ. ทำให้มีความคลาดเคลื่อนทางยาด้านการสั่งใช้ยาที่สูง

2. .จากการศึกษา พบว่าการสั่งยาน้อยกว่าจำนวนที่ได้รับ สามารถส่งผลทำให้ผู้ป่วยขาดยา หรือไม่สามารถ คุมอาการของโรคได้ ทั้งนี้การสั่งใช้ยาผิดวิธีใช้ความคลาดเคลื่อนที่สามารถพบได้โดยส่วนใหญ่จะเป็นการ สั่งยาแบบไม่ระบุวิธีใช้ หรือการระบุเวลาทานไม่เหมาะสม

3..ความคลาดเคลื่อนทางยาจากกระบวนการจัดยา จัดยาผิดชนิด จัดยาผิดขนาด/ความแรง จัดยาไม่ครบ /ไม่ได้จัดยา จัดยาจำนวนมากกว่า ที่ควรได้รับ จัดยาจำนวนน้อยกว่าที่ควรได้รับ พบได้บ่อย และต้องหาแนวทางมาช่วยในการจัดการเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา ให้เหมาะสม

4..การจ่ายยาผิด เป็นความคลาดเคลื่อนทางยารุนแรง อาจเกิดผลกับผู้ป่วยได้ ต้องมีการติดตาม แก้ไขยา ให้กับผู้ป่วยให้ทันท่วงที ความคลาดเคลื่อนทางยานี้ ตามหลักการไม่ควรเกิดขึ้น

การวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จากโปรแกรมรายงานความเสี่ยงโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่าส่วนใหญ่ของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านยาที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์รายงานผ่านระบบ NRLS เป็น รายงานในขั้นตอน pre-dispensing error และความรุนแรงระดับ harm B มีรายงานสูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ซึ่งพบอุบัติการณ์

จากข้อมูลรายงาน ME และ ADE พบว่าการรายงานได้ดำเนินการตามที่โรงพยาบาลกำหนดอย่างต่อเนื่อง ME ยังคงเป็นความเสี่ยงหลักที่พบในกระบวนการให้การรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Isaacs AN และ คณะ และ Sutherland A และคณะ (8) ทั้งนี้การวิเคราะห์ ขั้นตอนและชนิดของความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน ปัญหาหรือความเสี่ยงที่โรงพยาบาลควรกำหนดแนวทาง แก้ไขหรือป้องกัน อาจแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล เนื่องจากบริบทโรงพยาบาล กระบวนการทำงานหรือ ระบบการรายงานที่ต่างกัน ดังเช่นการศึกษาของ ลลิดา เหล่าหว้าน และคณะ ที่มีรายงาน ME เพียง 303 ครั้ง (9)

การศึกษาการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ในการดำเนินงานบริการเภสัชกรรมทางไกล ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเขตพื้นที่บริการสุขภาพอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ปัญหาส่วนใหญ่ ที่พบเป็นความคลาดเคลื่อนทางยาทางยาที่เกิดในระดับความรุนแรง A-B จำนวน 148 ครั้ง เป็นความความคลาดเคลื่อนทางยาที่สามารถตรวจพบได้ก่อนพบมากที่สุดคือ ความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอน การสั่งยา ที่เราสามารถตรวจพบได้จากกระบวกการเช็คยา การจัดยา หรือกระบวนการจ่ายยา ซึ่งมีหลายขั้นตอน ที่สามารถตรวจสอบ

ความคลาดเคลื่อทางยาในขั้นตอนนี้ รองลงมาพบว่าความคลาดเคลื่อน ทางยาในขั้นตอน ก่อน การจ่ายยาซึ่งจะเป็นขั้นตอนการจัดยาที่สามารถเกิดขึ้นได้และต้องได้รับการเฝ้าระวังและการรายงานข้อมูลอย่างต่อเนื่อง จากการค้นหาสาเหตุพบว่ามีการจัดยาในพื้นที่แยกจากชั้นยาตามปกติ ซึ่งไม่มีป้ายชื่อยาติดกำกับไว้ ทำให้ผู้จัดยาไม่พึงระวังโดยดูจากป้ายชั้นยา ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการจัดยาในกลุ่มยาชื่อพ้องมองคล้าย (LASA Drug) เกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก ส่วนความคลาดเคลื่อนทางยา ที่เกี่ยวกับระบบการทำงาน ซึ่งสามารถพบได้โดยอาจจะยังไม่ถึงผู้ป่วยแต่ก็นับว่าเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ โดยผู้ศึกษาได้ทำการอภิปรายภายในหน่วยงานโดยได้ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไขจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ได้ดังนี้

1 การจัดยา จ่ายยาผิดชนิด ผิดตัว / ผิดชื่อยา, ให้ใช้ระบบ Double Check และมีการพัฒนานวัตกรรม สติ๊กเกอร์ยาที่สื่อให้แยกยา เช่น ติดฉลากสีที่ยา Look-alike

2.การจัดยาผิดขนาด (Dose) หรือความแรง (Strength) ให้มีการ Double-check ยาที่จัดเสร็จแล้วก่อนรวบรวมให้เจ้าหน้าที่นำไปส่งมอบให้ผู้ป่วยที่จุดบริการ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลที่เป็นเขตรับบริการของผู้ป่วย โดยหาก เกิดความคลาดเคลื่อนจากขั้นตอนการ Double-check จะดำเนินการจัดยาที่ถูกต้องฝากให้กับเจ้าหน้าที่ขับรถยนต์ ของโรงพยาบาลฝากไปให้เจ้าหน้าที่ผู้ออกจ่ายยา เมื่อ ไปรับกลับโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องให้รวดเร็วที่สุด

3.การนับยาผิดจำนวนโดยใช้เครื่องนับเม็ดยาอัตโนมัติในยาเม็ดจำนวนมากตรวจนับซ้ำก่อนปิดถุงส่วนใหญ่ เกิดจากการที่ไม่ได้ทำตามข้อตกลงเรื่องการบันทึกปรับเปลี่ยนการรักษาลงใน HosXP ส่วนสุดท้ายความคลาด เคลื่อนทางยา ในขั้นตอนการจ่ายยา พบได้น้อยแต่เป็นความคลาดเคลื่อนทางยา ในระดับความรุนแรง C - D ซึ่งถึงตัวผู้ป่วยแล้วตามตัวชี้วัดแผนกลยุทธ์ของระบบยาไม่ควรที่จะพบเป็นอันขาด แต่ก็ควรมีแนวทางแก้ไข ซึ่งควรจะร่วมประชุมในการประชุมความเสี่ยงเพื่อลดโอกาสที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอแสดงความขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ และบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนและให้คำแนะนำในการดำเนินงานจนเป็นผลสำเร็จ

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็น ต้องได้รับการดูแลการใช้ยาจากเภสัชกรอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้ยาและการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องซึ่งมีความจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยเพื่อการรับทราบและสร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการใช้ยา การรับยาผ่านระบบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) จึงเป็นระบบการให้บริการที่สำคัญและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบการบริบาลเภสัชกรรมได้ การศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยา จึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น เพื่อเป็นการสะท้อนข้อมูลถึงประสิทธิภาพการดำเนินงานและเกิดการ พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ และได้รับยาอย่างปลอดภัย เพิ่มโอกาส ในด้าน สุขภาพ ของผู้ป่วยจากการใช้ระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล ผู้ป่วยยังมีโอกาสที่ดีอื่นๆ จากการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วย รู้สึกพึงพอใจโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่อยากออกจากบ้าน และการเดินทางที่เป็นอุปสรรค การประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายอื่นๆที่เกิดจากการเดินทาง ไม่สูญเสียรายได้จากการลางานเพื่อเดิน ทาง ไปรับยานอกจากนั้นยังประหยัดค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาล่าช้า โดย

หากผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องใช้ยาอย่างเร่งด่วน และไม่ได้รับยาทันท่วงที จึงอาจกล่าวได้ว่าการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลให้ประโยชน์ ทางด้านเศรษฐกิจหลายประการ

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และสุธิดา แก้วทา. รายงานสถานการณ์ NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพ, สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ ดีไซน์. (2563)

2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570). กรุงเทพฯ: บริษัทอิโมชั่นอาร์ต จำกัด. (2566).

3. กฤษฎิ์ วัฒนธรรม, ธีรพล ทิพย์พะยอม, อัลจนา เฟื่องจันทร์. รูปแบบกิจกรรมและผลลัพธ์การให้บริการ เภสัชกรรมทางไกล: บทความปริทัศน์. ว.เภสัชศาสตร์อีสาน 2564; 17 (1-15).

4. โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน. โครงการให้บริการผ่านระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล (telepharmacy) ลำพูน: โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน; 2565

5. สุภาพร สุปินธรรม. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ได้รับบริการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน. เภสัชกรรมคลินิก. 2566. 29(1): 51-64.

6.มังกร ประพันธ์วัฒนะ. บูรณาการการจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา (Integration of Medication Error Management) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

7.กฤษฎิ์ วัฒนธรรม, ธีรพล ทิพย์พยอม, และ อัลจนา เฟื่องจันทร์. (2564). รูปแบบกิจกรรมและผลลัพธ์การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล: บทความปริทัศน์.วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน, 17(3), 1-15

8. Isaacs AN, Ch'ng K, Delhiwale N, Taylor K, Kent B, Raymond A. Hospital medication errors: a cross-sectional study. Int J Qual Health Care. 2021;33(1):mzaa136. doi: 10.1093/intqhc/mz aa136

9.ลลิดา เหล่าหว้าน, อนัฆพงษ์ พันธุ์มณี, ศมน อนุตร– ชัชวาล, เพียงขวัญ นครรัตนชัย, อุไรวรรณ ใจจัง– หรีด. ความคลาดเคลื่อนทางยา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารอายุรศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น [อินเทอร์เนต]. 2558 [สืบค้น เมื่อ 11 ส.ค. 2565];1(3):39-49. สืบค้นจาก: https://www.kkujm.com/Journal-Detail.aspx?i=29

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระยะเวลารอคอยในการรับยาของผู้ป่วยห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ

อาภากร สุภาศรี[1] อิ่นแก้ว สิงห์แก้ว[2] และณพรรณอร กิตติกรณ์รัตน์[3]
[1-3]โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ

บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระยะเวลารอคอยการรับยาของผู้ป่วย ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระยะเวลารอคอยในการรับยาของผู้ป่วยและเพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนคุณภาพการให้บริการและนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงการให้บริการในอนาคต โดยมีรูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive analysis)

งานวิจัยนี้ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ จ.เชียงราย ใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสาน (mix method research) โดยมีการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลสอบถามความพึงพอใจ โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ (Systematic Random Sampling) ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงพฤษภาคม 2568 เปรียบเทียบกับอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก ในขั้นตอนการสั่งจ่ายยา (Prescribing error) ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการจัดยา (Predispensing error) และระยะเวลารอคอยในการรับยาของผู้ป่วย ณ ห้องจ่ายยาผู้ป่วย แบ่งเป็นช่วงเวลาเร่งด่วน (10.00-12.00น.) และระยะเวลาในการรอรับยาโดยเฉลี่ยทั้งวัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

จากการศึกษาและเปรียบเทียบระยะเวลาการรอรับยาตั้งแต่ปี 2565 จนถึง 2568 พบว่าระยะเวลารอรับยาโดยรวมอยู่ในกรอบเวลาที่กำหนดคือไม่เกิน 15 นาที ทั้งในช่วงเวลาเร่งด่วนและตลอดทั้งวัน ระยะเวลารอรับยาสั้นลง เนื่องจากมีการปรับระบบปฏิบัติการคอมพิวเตอร์มาเป็นโปรแกรม HOSxP และปรับขั้นตอนในกระบวนสั่งและจ่ายยา ทำให้มีการเตรียมยา จัดยาได้เร็วขึ้นจึงทำให้ระยะเวลารอรับยาลดลง ส่งผลให้มีความพึงพอใจต่อการรับบริการเพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกัน หากมีความคลาดเคลื่อนทางยาสูง มีปัญหาส่งผลให้ขั้นตอนการให้บริการติดขัด จะส่งผลต่อระยะเวลารอคอยนานขึ้น และส่งผลให้มีความพึงพอใจต่อการรับบริการที่ลดลง อย่างไรก็ตามควรมีการพัฒนารูปแบบการเก็บระยะเวลาตั้งแต่ตรวจแล้วเสร็จจนรับยาเสร็จสิ้น ตลอดจนการสุ่มสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ ควรทำอย่างสม่ำเสมอทุกช่วงเวลา เพื่อให้เป็นตัวแทนประชากรการศึกษาอย่างแท้จริง

คำสำคัญ: ระยะเวลารอคอยในการรับยา ความคลาดเคลื่อนทางยา ความพึงพอใจ

บทนำ

งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกเป็นองค์ประกอบหนึ่งของงานประกันคุณภาพโรงพยาบาล มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลกำหนดให้องค์กรต้องสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผลโดยต้องกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา ด้วยกระบวนการที่เหมาะสมตั้งแต่การจัดหา การเก็บรักษา การสั่งใช้ การถ่ายทอดคำสั่ง การจัดเตรียม การจ่ายยา การบริหารยา และติดตามกำกับการใช้ยา ทั้งนี้กระบวนการจัดเตรียม จัดจ่าย และบริหารยาต้องกระทำในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่สะอาด มีพื้นที่และแสงสว่างเพียงพอ รวมทั้งการให้บริการจ่ายยาที่มีคุณภาพตามหลักวิชาการ ถูกต้อง และรวดเร็ว[1]

ระยะเวลาการรอคอยเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการและเป็นส่วนสำคัญในการสะท้อนคุณภาพของการให้บริการของโรงพยาบาลระยะเวลาการรอคอยที่เหมาะสมมีผลเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการและเป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงคุณภาพและประสิทธิภาพการให้บริการในขณะเดียวกันระยะเวลาการรอคอยที่ยาวนานส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความเครียดและความผิดหวังจากการให้บริการและอาจส่งผลต่อการตัดสินใจไม่รับบริการในสถานพยาบาลเนื่องจากไม่สามารถทนรอด้วยความทุกข์ทรมานจากอาการป่วยได้[2] [3]

ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก คือ1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย 2) คุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย และ 3 ระยะเวลาการรอคอยการรับบริการ สำหรับการให้บริการของสถานพยาบาลในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขกำหนดตัวชี้วัดในการกำกับการดำเนินงานเพื่อให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขปฏิบัติให้สอดคล้องกับ เป้าหมายที่ว่า “ประชาชนสุขภาพดีเจ้าหน้าที่มีความสุขและระบบสุขภาพยั่งยืน” โดยหนึ่งในเกณฑ์ประเมินการให้บริการแบบ smart service ของโครงการ smart hospital คือการลดระยะเวลาการรอคอย ซึ่งระบุอยู่ในรายละเอียดตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2564 ข้อ 3.4 ที่กำหนดให้โรงพยาบาลมีข้อมูลระยะเวลาการรอคอยรับบริการ ตั้งแต่เริ่มเข้ารับบริการจนสิ้นสุดการรับบริการอย่างน้อย 1 จุดบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีมาตรฐาน รวดเร็ว และไม่เสียเวลารอคอย(4)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ เป็นสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ ขนาด 90 เตียง ให้บริการดูแลสุขภาพด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสภาพ คุ้มครองผู้บริโภค ในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ตามนโยบายของ กระทรวงสาธารณสุข โดยได้นำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มาเป็นหลักในการวางระบบงานต่างๆ ในโรงพยาบาล จากข้อมูลสถิติในปีงบประมาณ 2565 - 2567 พบว่า จำนวนใบสั่งยาเฉพาะห้องยาผู้ป่วยนอก มีจำนวน 107,741 , 112,368 และ 179,470 ใบตามลำดับ ในขณะที่อัตรากำลังกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลประกอบด้วยเภสัชกร 10 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 5 คน และพนักงานประจำห้องยา 6 คน ซึ่งต้องให้บริการเภสัชกรรมผู้ป่วยในอัตรากำลังที่จำกัดภายใต้ปริมาณงานที่มีแนวโน้มที่มากขึ้น ประกอบกับโรงพยาบาลได้เปลี่ยนระบบปฏิบัติการคอมพิวเตอร์จาก HosOS มาเป็น HOSxP Paperless ในปี 2567 ส่งผลให้มีการปรับขั้นตอนในกระบวนการสั่งและจ่ายยาจากเดิมเมื่อแพทย์ตรวจรักษาและสั่งยาแล้วผู้ป่วยนำ ใบเวชระเบียนมายื่นที่ห้องยา เจ้าพนักงานเภสัชกรรมตรวจสอบความถูกต้องของใบสั่งยาก่อนปริ้นท์ฉลากยา หลังจากนั้นจะเข้าสู่กระบวนการจัดยาและจ่ายยา เป็นเมื่อแพทย์กดบันทึกสั่งยาฉลากยาจะถูกปริ้นท์ออกที่ห้องยาโดยอัตโนมัติ และมีการจัดยาก่อนตรวจสอบความถูกต้องของใบสั่งยา และจ่ายยาตามลำดับ

ผู้วิจัยจึงมีความต้องการในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาในการรอรับยาของผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่รอรับยา ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้เข้าใจถึงสภาพของปัญหา และนำไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระยะเวลารอคอยในการรับยาของผู้ป่วย ณ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ

2.เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนคุณภาพการให้บริการและนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงการให้บริการในอนาคต

สมมติฐานการวิจัย

กระบวนการทำงานที่ใช้ระยะเวลานานขึ้นจากปัจจัยต่างๆส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น ระยะเวลาการรอคอย มีผลกระทบต่อ ตัวแปรตามซึ่งก็คือความพึงพอใจของผู้รับบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive analysis) โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงพฤษภาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ จ.เชียงราย วิธีการสุ่มตัวอย่างสอบถามความพึงพอใจใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ (Systematic Random Sampling) สุ่มทีละ 20 ตะกร้าและสอบถามจากผู้ที่เต็มใจตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

โปรแกรมบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาและแบบสอบถามความพึงพอใจ

วิธีรวบรวมข้อมูล

1.ประชุมคณะทำงานในการจัดทำแบบฟอร์มสอบถามความพึงพอใจกรอบแนวทางปฏิบัติและแผนการปฏิบัติ งานร่วมกัน

2.ทำการสุ่มสอบถามความพึงพอใจ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการห้องยาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ จ.เชียงราย วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ (Systematic Random Sampling) สุ่มทีละ 20 ตะกร้าและสอบถามจากผู้ที่เต็มใจตอบแบบสอบถาม

3.ดำเนินงานตามแผนงานปฏิบัติงานเก็บแบบสอบถามความพึงพอใจ

4.เก็บและวิเคราะห์ข้อมูลการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจากใบสั่งยาผู้ป่วยนอก ขั้นตอนก่อนการจ่ายยา ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการสั่งจ่ายยา (Prescribing error) ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการจัดยา (Predispensing error) และความคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับระบบการทำงาน (Processing error) ในปีงบประมาณ 2565 - 2568

คำนวณอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาในภาพรวมและความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการจัดยา (ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา)

*อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก = จำนวนครั้งที่พบความคลาดเคลื่อนของผู้ป่วยนอก/จำนวน ใบสั่งยาผู้ป่วยนอก x 1000 ใบสั่งยา

5.เก็บและวิเคราะห์ข้อมูลระยะเวลาการรอคอย การรอรับยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ ในปีงบประมาณ 2565 – 2568

6.รายงานและติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงาน

7.สรุปประเมินผลการดำเนินโครงการและรายงานผล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ขอการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสาน โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 วิธี ได้แก่ การศึกษาเชิงปริมาณ (mix method research) โดยมีการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

การศึกษาเชิงคุณภาพ

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำการเก็บข้อมูลผ่านการประชุมและดำเนินการอภิปรายภายในกลุ่มงานเภสัช-กรรม โดยมีการนำข้อมูลแนวโน้มการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ข้อร้องเรียนของผู้ป่วย ระยะเวลาการรอคอยรับยาของผู้ป่วย มาทบทวนปัญหาในการดำเนินงานบริการเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย ณ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก ตลอดจนสะท้อนข้อมูลการให้บริการกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหา อย่างรูปธรรม โดยสามารถนำเสนอผลการศึกษาดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงประเด็นปัญหาการทบทวนและแนวทางการแก้ไข

ลำดับ	ประเด็นปัญหา	แนวทางการแก้ไข
1	ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการจัดยา (Predispensing error) ที่มีแนวโน้มที่สูงขึ้น	มีการใช้ระบบการจัดเรียงยาแบบบ้านเลขที่ (BIN Location) มาใช้ในการจัดเรียงยา
2	มีผู้ป่วยรอรับยาอยู่เป็นจำนวนมาก ทำให้มีระยะเวลารอคอยยาที่นาน	มีการแยกประเภทผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนและจำนวนรายการยา โดยใช้ระบบตะกร้าแยกสี -ผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วน / แก้ไขยา ใช้ตะกร้าสีเขียวสะท้อนแสง -ผู้ป่วยรายการยาน้อยและไม่มีความซับซ้อน ใช้ตะกร้าสีชมพู -ผู้ป่วยยาโรคเรื้อรัง มีรายการยาจำนวนมาก ใช้ตะกร้าสีน้ำเงิน

ลำดับ	ประเด็นปัญหา	แนวทางการแก้ไข
3	มีการเปลี่ยนแปลงระบบปฏิบัติการคอมพิว-เตอร์จาก HosOS เป็น HOSxP Paperless โดยให้ผู้ถือบัตรคิวมารอรับยา แต่พบปัญหาการไม่ปฏิบัติตามแนวทางและปัญหาปลีกย่อยต่างๆส่งผลให้ผู้ป่วยรอรับยานานกว่าที่ควร ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ	-สะท้อนข้อมูลไปยังสหสาขาวิชาชีพตกลงแนวทางปฏิบัติร่วมกันและเน้นย้ำลงสู่ผู้ปฏิบัติ -สร้างเครื่องมือในการทำงาน อาทิ ออกแบบใบนำทางใหม่ สร้างบัตรยื่นรับยาในผู้ป่วยกลุ่มที่ทำหัตถการนาน เช่น ผู้ป่วยจากห้องแพทย์แผนไทยและห้องกายภาพ ผู้ป่วยรับเวชภัณฑ์มิใช่ยาหรือผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจและสั่งยามาจากจุดบริการอื่นที่ไม่ใช่ห้องตรวจหลัก ซึ่งสติ๊กเกอร์จะไม่ปริ้นท์ กำหนดให้ใช้ตะกร้าในการยื่นรับยาด่วน/ยาฉีด เพื่อความสะดวกรวดเร็วและลดเวลารอคอย ตลอดจนเพิ่มขั้นตอนบันทึกตัวเลขคิวผู้ป่วยที่จัดยาแล้วเพื่อแสดงสถานะการจัดยาของผู้ป่วยและง่ายต่อการทวนสอบ
4	ผู้ป่วยรอรับยา ณ ช่วงเวลาเร่งด่วน (11.00 น.– 13.00 น.) เป็นจำนวนมาก	สะท้อนข้อมูลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยขอความร่วมมือให้แพทย์เริ่มตรวจผู้ป่วยเร็วกว่าเวลาปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยถูกส่งมารับบริการ ณ ห้องจ่ายยาได้เร็วขึ้น ลดการแออัดในช่วงเวลาเร่งด่วนและช่วงเวลาพักกลางวันซึ่งมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานลดลง จัดตารางให้เจ้าหน้าที่สลับหมุนเวียนปฏิบัติงานช่วงพักกลางวัน ทำให้บริการผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาการไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนระบบบริการด้านยา ตั้งแต่ 14 มีนาคม ถึง 9 เมษายน 2568 ในผู้ป่วย 40 ราย พบว่ามีระยะเวลารอคอยก่อนสอบถามห้องยาต่ำที่สุด 12 นาทีและมากที่สุด 2 ชั่วโมง โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 43 นาที เมื่อวิเคราะห์สาเหตุปัญหาส่วนใหญ่เกิดจาก การไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนระบบบริการด้านยา ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย โดยไม่ส่งรายชื่อผู้ป่วยมาจุดเช็คยาร้อยละ 40 ส่งรายชื่อมาก่อนเสร็จกระบวนการ ไม่ได้บันทึกการสั่งยา และระบบปฏิบัติการไม่เสถียร ร้อยละ 10 ตลอดจนผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนรับใบนัด และยื่นบัตรรับยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ ส่งผลให้ผู้ป่วยรอรับยานานกว่าที่ควร ร้อยละ 5 และ 2.5 ตามลำดับ

การศึกษาเชิงปริมาณ

1.ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่รอรับยา ณ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก

ผลการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับบริการที่ห้องยาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 287 ราย และในปีงบประมาณ 2568 (ไตรมาส 3) 80 ราย พบว่ามีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการสุ่มสอบถามความพึงพอใจในการรับบริการที่ห้องยาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศหญิง ร้อยละ 63.1 ในปีงบประมาณ 2567 และ 76.3 ในปีงบประมาณ 2568 เป็นผู้ป่วยที่มีช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 63.1 ในปีงบประมาณ 2567 และ 76.3 ในปีงบประมาณ 2568 รองลงมาคือ ระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 43.6 และ 31.3 ตามลำดับ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.8 ในปีงบประมาณ 2567 และ 38.8 ในปีงบประมาณ 2568 รองลงมาคือมัธยมศึกษา ร้อยละ 22 และ 31.3 ตามลำดับ ในด้านสิทธิการรักษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรทองกระทรวงสาธารณสุข จำนวนร้อยละ 64.5 และ 61.3 รองลงมาคือ เบิกจากสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวนร้อยละ 12.5 และ 11.3 ในปีงบประมาณ 2567 และ 2568 ตามลำดับ

ร้อยละการรับรู้ในการให้คำแนะนำโดยเภสัชกร กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.3 ในปีงบประมาณ 2567 เป็น 88.8 ในปีงบประมาณ 2568รองลงมาคือ ได้รับแต่ไม่ค่อยเข้าใจ ลดลงจากร้อยละ 11.5 ในปีงบประมาณ 2567 เป็น 8.8 ในปีงบประมาณ 2568
ในด้านการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับยา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 94.4 ในปีงบประมาณ 2567 เป็น 96.3 ในปีงบประมาณ 2568 รองลงมาคือได้รับแต่ไม่ค่อยเข้าใจ ลดลงจากร้อยละ 3.5 ในปีงบประมาณ 2567 เป็น 2.1 ในปีงบประมาณ 2568 ในขณะที่ ไม่ได้รับ ลดลงจากร้อยละ 2.1 ในปีงบประมาณ 2567 เป็นไม่มีในปีงบประมาณ 2568

ในด้านระยะเวลาการรอคอยในการรับยาตั้งแต่นั่งรอหน้าห้องจ่ายยา พบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลารอคอย รวดเร็ว ลดลงจากร้อยละ 47.9 ในปีงบประมาณ 2567 เป็น 47.5 ในปีงบประมาณ 2568 รองลงมาคือปานกลาง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.6 ในปีงบประมาณ 2567 เป็น 36.3 ในปีงบประมาณ 2568 ในขณะที่นานลดลงจากร้อยละ 18.5 ในปีงบประมาณ 2567 เป็น 16.3 ปีงบประมาณ 2568
เมื่อวิเคราะห์ระยะเวลาการรอคอย โดยแบ่งเป็นช่วงเวลา พบว่าส่วนใหญ่ มีระยะเวลารอคอย 1-30 นาที ร้อยละ 95.1 ทั้งในปีงบประมาณ 2567 และร้อยละ 95.0 ในปีงบประมาณ 2568 รองลงมาคือ 60 นาทีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.14 ในปีงบประมาณ 2567 เป็น 3.75 ในปีงบประมาณ 2568 ในขณะที่ 31-59 นาที ลดลงจากร้อยละ 1.74 ในปีงบประมาณ 2567 เป็น 1.25 ปีงบประมาณ 2568

แบบสอบถามความแสดงระดับความพึงพอใจต่อการรับบริการห้องยาของผู้มารับบริการ ณ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกพบว่าโดยภาพรวมผู้รับบริการพึงพอใจในระดับดีมากถึงมากที่สุด โดย 3 อันดับแรกในปีงบประมาณ 2567 ได้แก่ ได้รับบริการตามความต้องการตามความจำเป็นอย่างเหมาะสม ความสะดวกสบายบริเวณรอรับยา และ มั่นใจในความถูกต้องของยาและการแนะนำการใช้ยาที่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 77.89, 77.54 และ 76.14 ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2568 ผู้รับบริการห้องยาพึงพอใจมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ มั่นใจในความถูกต้องของยาและการแนะนำการใช้ยาที่ได้รับ ฉลากยา ชัดเจน อ่านง่าย ความสะดวกในการติดต่อห้องยา คิดเป็นร้อยละ 68.75 เท่ากัน รองลงมาคือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายยา อธิบายการใช้ยาอย่างละเอียดและเข้าใจ ได้รับบริการตามสิทธิอย่างเท่าเทียม เป็นธรรม เจ้าหน้าที่ห้องยา เรียกรับยาตามลำดับ และความสะดวกสบายบริเวณรอรับยา คิดเป็นร้อยละ 67.5 เท่ากัน และลำดับที่สาม ได้แก่ ได้รับบริการตามความ

ต้องการตามความจำเป็นอย่างเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 66.25 ส่วนเจ้าหน้าที่ห้องยาให้บริการรวดเร็วไม่ต้องรอนาน ซึ่งเคยได้น้อยคิดเป็นร้อยละ 0.70 ลดลงเป็น 0 ในปีงบประมาณ 2568

จากผลการสำรวจระดับความภักดีของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่มีระดับความภักดีในระดับสูง โดยกลุ่มที่มีความภักดีมากที่สุด คือ กลุ่มที่ใช้บริการเฉพาะที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของเพียงแห่งเดียวเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 63.3 ในปีงบประมาณ 2567 และ 56.3 ในปีงบประมาณ 2568 และกลุ่มที่ภักดีมาก แต่ยังคงเลือกใช้บริการจากสถานพยาบาลอื่นเมื่อมีความจำเป็น คิดเป็นร้อยละ 29.7 ในปีงบประมาณ 2567 และ 35.0 ในปีงบประมาณ 2568 รวมกันแล้วคิดเป็นร้อยละ 93 และ 91.3 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนที่สูงสะท้อนถึงความเชื่อมั่นและความพึงพอใจที่ผู้ใช้บริการมีต่อโรงพยาบาลแห่งนี้ สำหรับกลุ่มที่มีความภักดีในระดับปานกลางหรือพอสมควร ซึ่งหมายถึงกลุ่มที่ไม่มีสถานบริการประจำและสามารถใช้บริการที่ไหนก็ได้ คิดเป็นร้อยละ 6.3 ทั้งสองปีงบประมาณ แสดงให้เห็นว่ายังมีกลุ่มผู้ใช้บริการบางส่วนที่ยังไม่ได้ยึดติดหรือผูกพันกับโรงพยาบาลแห่งใดเป็นพิเศษ อาจเนื่องมาจากความสะดวกในการเดินทาง หรือประสบการณ์ในการรับบริการที่ผ่านมา ในขณะที่กลุ่มที่มีความภักดีน้อยและน้อยที่สุด ซึ่งแสดงถึงแนวโน้มที่จะเปลี่ยนไปใช้บริการจากสถานพยาบาลอื่น มีจำนวนน้อยมาก โดยผู้ที่ภักดีน้อยคิดเป็นร้อยละ 0.7 และ 2.5 ตามลำดับ และไม่มีผู้ใดเลยที่แสดงเจตนาจะไม่กลับมาใช้บริการอีก (ร้อยละ0)วจากข้อมูลดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ยังมีความภักดีต่อโรงพยาบาลในระดับสูงและมีแนวโน้มที่จะกลับมาใช้บริการอีกในอนาคต ซึ่งถือเป็นจุดแข็งสำคัญของโรงพยาบาลในการรักษาฐานผู้ป่วย และสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดในการสร้างความสัมพันธ์ระยะยาวกับผู้ใช้บริการอย่างยั่งยืน

2.อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนก่อนการจ่ายยาในผู้ป่วยนอก

ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการสั่งจ่ายยา (Prescribing error) และความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการจัดยา (Predispensing error)

จากการเก็บข้อมูลการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจากใบสั่งยาผู้ป่วยนอก ในเดือนตุลาคม 2567 - พฤษภาคม 2568 สามารถรายงานผลการศึกษาได้ดังนี้ ปี 2566 มีการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ในการสั่งใช้ยามากที่สุด จำนวน 850 ครั้ง มีอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 7.56

ในลำดับถัดมาได้แก่ ปี 2568 จำนวน 911 ครั้ง มีอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 6.97 และปี 2567 จำนวน 863 ครั้ง มีอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 4.81 และปี 2565 จำนวน 437 ครั้งมีอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 4.06 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการสั่งจ่ายยา (Prescribing error) ผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2565 – 2568

ปีงบประมาณ	จำนวน (ครั้ง)	อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในการจัดยา
2565	437	4.06
2566	850	7.56
2567	863	4.81
2568	911	6.97

ในขณะเดียวกัน ปี 2566 มีการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในการจัดยามากที่สุด จำนวน 1394 ครั้ง มีอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 12.41 ลำดับถัดมาได้แก่ ปี 2568 จำนวน 989 ครั้ง มีอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 7.57 ลำดับ ถัดมา ได้แก่ ปี 2567 จำนวน 1167 ครั้ง
มีอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 6.50 และปี 2565 จำนวน 613 ครั้ง มีอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 5.69 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการจัดยา (Predispensing error) ผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2565 – 2568

ปีงบประมาณ	จำนวน (ครั้ง)	อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในการจัดยา
2565	613	5.69
2566	1394	12.41
2567	1167	6.50
2568	989	7.57

3.ระยะเวลารอคอยในการรับยาของผู้ป่วย ณ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ย

พบว่า ปี **2566** มีระยะเวลารอรับยาผู้ป่วยช่วงเวลาเร่งด่วน (**10.00-12.00**น.) (นาที) นานที่สุด คิดเป็นเวลาเฉลี่ย **21.55** นาที และ มีระยะเวลารอรับยาผู้ป่วยโดยเฉลี่ยทั้งวัน(นาที) คิดเป็นเวลา **19.36** นาที ลำดับถัดมาได้แก่ ปี **2565** มีระยะเวลารอรับยาผู้ป่วยช่วงเวลาเร่งด่วน(**10.00-12.00**น.) (นาที) คิดเป็นเวลาเฉลี่ย **16.57** นาที และ มีระยะเวลารอรับยาผู้ป่วยโดยเฉลี่ยทั้งวัน (นาที) คิดเป็นเวลา **16.66** นาที และปี **2568** มีระยะ เวลารอรับยาผู้ป่วยช่วงเวลาเร่งด่วน(**10.00-12.00**น.) (นาที) คิดเป็นเวลาเฉลี่ย **12.39** นาที และ มีระยะเวลา รอรับยาผู้ป่วยโดยเฉลี่ยทั้งวัน (นาที) คิดเป็นเวลา **11.81** นาที และปี **2567** มีระยะเวลารอรับยาผู้ป่วย ช่วงเวลาเร่งด่วน (**10.00-12.00**น.) (นาที) คิดเป็นเวลาเฉลี่ย **12.00** นาที และ มีระยะเวลารอรับยาผู้ป่วย โดยเฉลี่ยทั้งวัน (นาที) คิดเป็นเวลา **11.68** นาที ตามลำดับ

ตารางที่ 7 แสดงระยะเวลารอคอยในการรับยาของผู้ป่วย ณ ห้องจ่ายยาผู้ป่วย ช่วงเวลาเร่งด่วน (10.00-12.00 น.) และระยะเวลาในการรอรับยาโดยเฉลี่ยทั้งวัน ปีงบประมาณ 2565 – 2568

ปีงบประมาณ	ระยะเวลารอรับยาผู้ป่วยช่วงเวลาเร่งด่วน (10.00-12.00น.) (นาที)	ระยะเวลารอรับยาผู้ป่วยโดยเฉลี่ยทั้งวัน (นาที)
2565	16.57	16.66
2566	21.55	19.36
2567	12.00	11.68
2568	12.39	11.81

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาและเปรียบเทียบระยะเวลาการรอรับยาตั้งแต่ปี 2565 จนถึง 2568 พบว่าระยะ เวลารอรับยา โดยรวมอยู่ในกรอบเวลาที่กำหนดคือไม่เกิน 15 นาที ทั้งในช่วงเวลาเร่งด่วนและตลอดทั้งวัน และในปีงบประมาณ 2567 และ 2568 จะเห็นว่าระยะเวลารอรับยาจะต่ำลง และใกล้เคียงกัน เนื่องจากมีการปรับระบบการบริการมาใช้โปรแกรม HOSxP มีการพิมพ์ฉลากยาทันทีหลังแพทย์ตรวจเสร็จ ทำให้มีการเตรียมยาจัดยาได้เร็วขึ้นจึงทำให้ระยะเวลารอรับยาลดลง เภสัชกรสามารถจ่ายยาผู้ป่วยได้เร็วขึ้น ส่งผลให้มีความพึงพอใจต่อการรับบริการเพิ่มขึ้น แต่ยังมีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งประมาณร้อยละ 6 ที่ยังมีระยะเวลารอคอยเกิน 30 นาที ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่าสาเหตุเกิดจากกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างจุดบริการ จึงได้พยายามแก้ไขปัญหาโดยการใช้บัตรยื่นรับยาระบุจุดส่งต่อเพื่อให้สามารถบริการผู้ป่วยได้เร็วขึ้น ซึ่งจะได้มีการศึกษาในระยะต่อไปว่าสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างแท้จริงหรือไม่

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลารอคอยการรับยาของผู้ป่วย ณ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ และการศึกษาเชิงปริมาณ จากการบันทึกระยะเวลาในการให้บริการผู้ป่วย ข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา และ การทบทวนปัญหาโดยการสนทนากลุ่มภายในกลุ่มงาน พบว่าในปี 2566 มีระยะเวลารอรับยาผู้ป่วยช่วงเวลาเร่งด่วน(10.00-12.00น.) (นาที) นานที่สุด คิดเป็นเวลาเฉลี่ย 21.55 นาที และ มีระยะเวลารอรับยาผู้ป่วยโดยเฉลี่ยทั้งวัน (นาที)คิดเป็นเวลา 19.36 นาที ซึ่งสัมพันธ์กับอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการสั่งใช้ยา และการจัดยา ในปี 2566 จากวิเคราะห์ใบสั่งยาผู้ป่วยนอก ปี 2566 ซึ่งมีอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางในการสั่งใช้ยาเท่ากับ 7.56 ซึ่งเป็นปีที่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาสูงที่สุดและในส่วนความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการจัดยามีอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการจัดยาสูงที่สุด เท่ากับ 12.41

สำหรับระยะเวลารอรับยาที่ได้จากการศึกษานี้อาจจะยังไม่สะท้อนถึงระยะเวลารอรับยาที่แท้จริง เนื่องจากการเก็บระยะเวลารอรับยาเริ่มนับจากการส่งข้อมูลจากจุดเช็คยาไปยังจุดจ่ายยา ซึ่งอาจจะมีความคลาดเคลื่อนเนื่องจากระยะเวลารอรับยาที่แท้จริง ต้องนับรวมเวลาในการจัดยาและการแก้ไขใบสั่งยาที่เกิดความคลาดเคลื่อนด้วย ซึ่งจะต้องมีการพัฒนารูปแบบการเก็บระยะเวลาที่เหมาะสมต่อไป รวมถึงการสุ่มสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาจจะเก็บได้ไม่ครบในช่วงเวลาเร่งด่วน จึงอาจจะเป็นตัวแทนประชากรไม่ได้ทั้งหมดส่งผลต่อการเก็บข้อมูลและสรุปผลได้ ซึ่งจะต้องมีการพัฒนารูปแบบการเก็บที่เหมาะสมต่อไป

โดยในส่วนของการทบทวนปัญหาในการดำเนินงานภายในกลุ่มงานเภสัชกรรมในการให้บริการเภสัชกรรม ณ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก สามารถแบ่งผลกระทบจากปัญหาของบริการเภสัชกรรมในแผนกผู้ป่วยนอกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผลกระทบต่อผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติงาน และโรงพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผลกระทบต่อผู้รับบริการ: การรอรับยานานมีผลกระทบต่อผู้รับบริการในด้านสุขภาพ คือ ผู้ป่วยบางรายไม่รอรับยา ทำให้ขาดยาหรือบางรายได้รับยาช้า จึงไม่ได้ทานยาบางมื้อหรือทานยาไม่ตรงเวลา ส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจของครอบครัว คือ ต้องเสียค่าโดยสารเพิ่มขึ้นเท่าตัวเพื่อเดินทางมารับยาอีกครั้ง

ผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงาน: ผู้ปฏิบัติงานได้รับแรงกดดันจากผู้รับบริการ ทำให้เครียด เพิ่มภาระในการทำงาน และมีปัญหาด้านสุขภาพจากการที่รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา

ผลกระทบต่อโรงพยาบาล: โรงพยาบาลได้รับข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการเรื่องการได้รับยาช้า ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ขององค์กร นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยต้องรอรับยานานทำให้เพิ่มความแออัด ณ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก

ทั้งนี้จากการสำรวจระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ณ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก ในการรอรับยา พบว่า โดยภาพรวมผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับดีมากถึงมากที่สุด ในขณะเดียวกัน พบว่าผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ยังมีความภักดีต่อโรงพยาบาลในระดับสูงและมีแนวโน้มที่จะกลับมาใช้บริการอีกในอนาคต ซึ่งถือเป็นจุดแข็งสำคัญของโรงพยาบาลในการรักษาฐานผู้ป่วยและสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดในการสร้างความสัมพันธ์ระยะยาวกับผู้ใช้บริการอย่างยั่งยืน

การนำไปใช้ประโยชน์

ข้อค้นพบที่สำคัญของงานวิจัย คือ ระบบบริการเภสัชกรรม ณ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก มีระยะเวลารอคอยรับยาเฉลี่ยที่สูง จากการทบทวนพบว่าเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการสั่งจ่ายยา และ ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการจัดยา ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความล่าช้า เนื่องจากมีขั้นตอนในการแก้ไข การตรวจสอบซ้ำ ทั้งนี้จากการสนทนากลุ่มภายในกลุ่มงานเภสัชกรรม สามารถวิเคราะห์สาเหตุได้แก่ การขาดกำลังคนในการจัดยา การกำหนดหน้าที่ไม่ชัดเจน ยาชนิดที่ต้องนับเม็ด ทำให้ใช้เวลาในกระบวนการจัดยานานขึ้น พื้นที่ในการจัดยามีความคับแคบ ตลอดจนการจัดการผู้รับบริการ ณ ช่วงเวลาเร่งด่วน นับถือว่าเป็นประเด็นสำคัญ ที่ต้องอาศัยการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม และ มีการสื่อสารเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหารจึงควรให้ความสำคัญและปรับปรุงคุณภาพงานบริการอย่างเร่งด่วน โดยใช้ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยนี้

บทเรียนที่ได้รับ

การศึกษาระยะเวลารอคอยในการให้บริการเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เนื่องจากเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อระบบการให้บริการ แสดงถึงประสิทธิภาพในการให้บริการ ระดับความพึงพอใจและความไว้วางใจของผู้ป่วย การลดความคลาดเคลื่อนทางยา จะสามารถลดระยะเวลารอคอย และเพิ่มความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยได้

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การศึกษาครั้งนี้จะไม่สามารถทำการดำเนินงานให้สำเร็จลุล่วงได้ หากขาดการบันทึกข้อมูลที่ต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา การบันทึกระยะเวลาในการให้บริการ ปัญหาที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน และ สิ่งที่สำคัญที่สุด คือการนำมาทบทวน และนำมาอภิปราย และสื่อสารทั้งภายในทีมผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มงานเภสัชกรรม และทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการแก่ผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณเภสัชกร สมพงษ์ วุฒิอดิเรก หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม ที่ได้เปิดเวทีในกลุ่มงานเภสัชกรรม ในการทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างเหมาะสม และ ผู้ศึกษาขอขอบพระ คุณ นายแพทย์ นพปฎล พรรณราย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ ที่เปิดโอกาสให้ผู้ศึกษาได้ดำเนินการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ตลอดจนสมาชิกกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค ที่ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข วิเคราะห์ผลการพัฒนาและพัฒนางานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการพัฒนารูปแบบการเก็บระยะเวลาที่เหมาะสมตั้งแต่ตรวจแล้วเสร็จจนรับยาแล้วเสร็จ และหากสามารถลงเวลาปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอนการจัด เช็คและจ่ายยาในระบบคอมพิวเตอร์ได้ จะทำให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำมากขึ้น ตลอดจนการสุ่มสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ ควรทำอย่างสม่ำเสมอทุกช่วงเวลา เพื่อให้เป็นตัวแทนประชากรการศึกษาอย่างแท้จริง การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลที่เป็นหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงานทำให้ผู้ปฏิบัติงานอาจไม่กล้าแสดงความคิดเห็น การศึกษาในอนาคตควรเปลี่ยนวิธีเก็บข้อมูลเป็นการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกแทนวิธีการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้ศึกษาเชื่อว่าจะสามารถเก็บข้อมูลได้อย่างละเอียด มีความลึกซึ้งและสามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1 The Healthcare Accreditation Institute (Public Organi zation). Hospital and healthcare standards. 4th ed. Nonthaburi: The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization); 2018. p.100-10.

2 McIntyre D, Chow CK. Waiting time as an indi cator for health services under strain: a narra tive review. Inq (United States). 2020;57:1–15.

3 Alrajhi KN, Aljerian NA, Alazaz RN, Araier LB, Alqahtani LS, Almushawwah SO. Effect of waiting time estimates on patients satisfac tion in the emergency department in a tertia ry care center. Saudi Med J. 2020;41(8):883–6.

4 Trout A, Magnusson AR, Hedges JR. Patient satisfaction investigations and the emergen cy department: What does the literature say? Acad Emerg Med. 2000;7(6):695–709.

5 O'malley MS, Fletcher SW, Fletcher RH, Earp JA. Measuring patient waiting time in a practice setting: A comparison of methods. Journal of Ambulatory Care Management. 1983;6:20–7.

6 Boonma A, Sethanan K, Talangkun S, Laona-pakul T. Patient waiting time and satisfaction in GP clinic at a tertiary hospital in Thailand. MATEC Web Conf. 2018;192:8–12.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ

ศิรดา ศุขสวัสดิ์ฯ ณ อยุธยา[1],ณัฐวรานี แสงจันทร์วัฒนา[2], จันทร์เพ็ญ สายทองเถื่อน[3],
ณิชาภา มณีรัตน์[4] สายสมร ภัทรจิตรานนท์[5]
[1-5]คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย-

บทนำ

การพัฒนาระบบให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานผู้ป่วยนอก มีเป้าหมายคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้างวด ของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย เมื่อผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมโครงการลดยาจะได้รับการคัดเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนด แพทย์จะประเมินสุขภาพของผู้ป่วยอย่างละเอียด รวมถึงปัจจัยต่างๆ เช่น อายุ, โรคประจำตัว, การทำงานของไตและตับ, และระดับน้ำตาลในเลือด นัดผู้ป่วยเข้ารับการอบรมความรู้เรื่องโรคโดยแพทย์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหารโดยนักโภชนากร การออกกำลังกายโดยนักกายภาพบำบัด ได้รับการสอนการตรวจ SMBG และเครื่องตรวจให้ไปใช้ที่บ้านโดยพยาบาล และให้ผู้ป่วยจดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยสมุดประจำตัว พยาบาลมีการติดตามค่าน้ำตาลทาง line group /ทางโทรศัพท์ และมีการติดตามปัญหาจากการใช้ยาโดยเภสัชกร ดำเนินการพัฒนาในช่วงเดือน มีนาคม – เดือนตุลาคม 2567 ทำให้เกิดผลลัพธ์ จำนวนผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ 15 ราย ผู้ป่วยที่สามารหยุดยาได้ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.33 ผู้ป่วยลดยาได้4ราย คิดเป็นร้อยละ 26.67 ผู้ป่วยรับยาเดิม 3 ราย คิดเป็นร้อยละ20

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

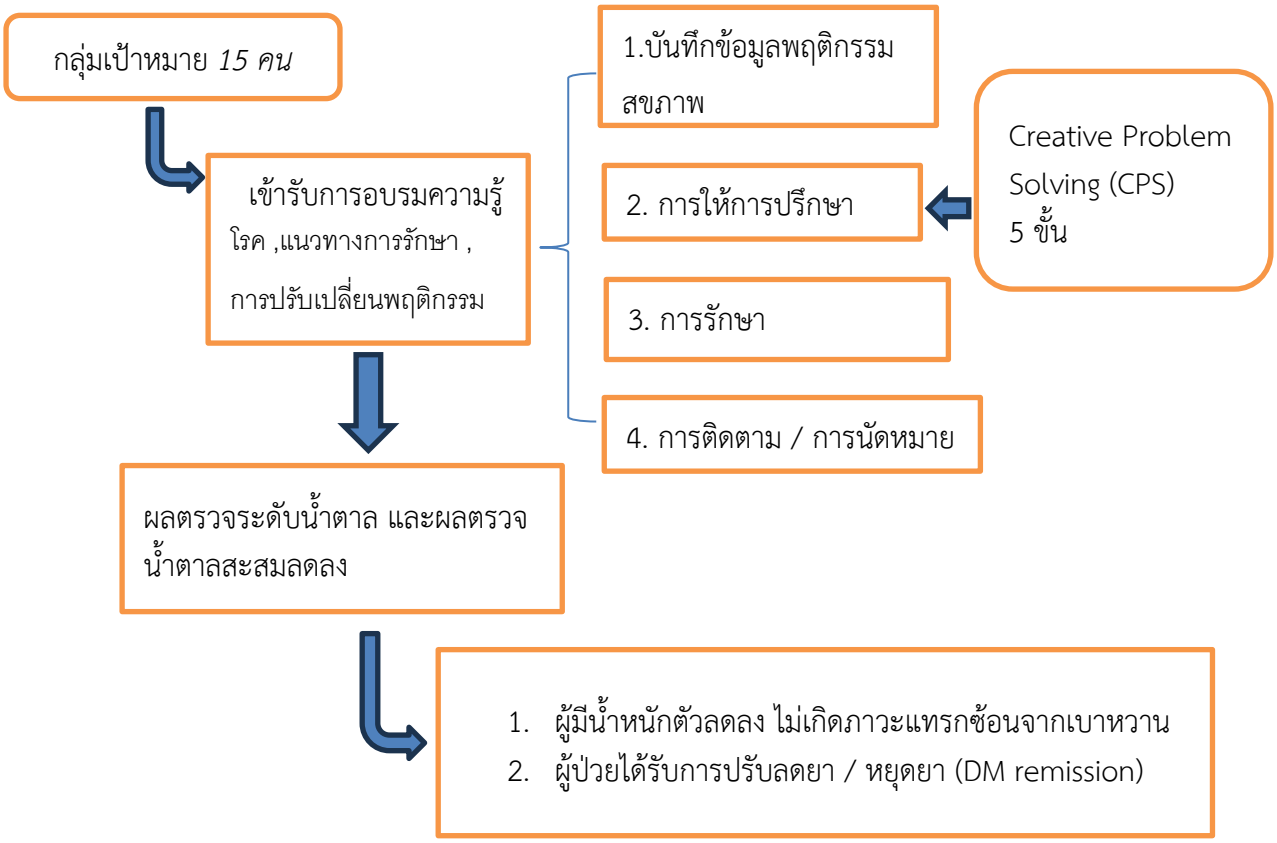
โรงพยาบาลแม่ลาวเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง มีประชากรในพื้นที่ทั้งหมด 30,427 คน มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 8,753 เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 2,412 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.92 ราย ซึ่งมีผู้ป่วยมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวานปี 2565 คิดเป็นร้อยละ 1.83 ปี 2566 คิดเป็นร้อยละ 3.54 และปี 2567 คิดเป็นร้อยละ 3.96 ตามลำดับ (HDC จังหวัดเชียงราย, 2568) ซึ่งจากรายงานพบว่าร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ประกอบกับโครงการคนไทยห่างไกล NCDs คลินิก NCDs รักษาหาย ของกระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการปรับลดยา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ในปี 2567 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย จึงได้จัดทำโครงการระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบจำนวน 15 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.62 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด ยังพบข้อจำกัดด้านความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยตัดสินเข้าร่วมโครงการ การติดตามต่อเนื่อง เนื่องจากมีระยะเวลาการให้บริการค่อนข้างจำกัด และผู้ป่วยมีความมั่นใจในการใช้ยาเพื่อรักษาโรคเบาหวานมากกกว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยบางรายไม่มีความมั่นใจว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ ซึ่งผู้ป่วยในแต่ละรายมีข้อจำกัดหลายด้านเช่น อาชีพ อายุ ครอบครัว

ระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ จึงมีการพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลผู้ให้บริการ เพื่อให้มีแนวทางในการดูแลอย่างเป็นระบบ และมีแนวทางให้บริการหลากหลาย มีเครือข่ายในการเรียนรู้ มีสื่อการให้ความรู้รวมถึงตัวช่วยต่าง ๆ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเข้าสู่ระยะสงบ และสามารถปรับลดยาได้ ดังนั้นงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลจึงได้พัฒนาระบบบริการนี้ขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2เข้าสู่ระยะสงบ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หยุดยาหรือลดยาเบาหวานได้ และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา
3. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเข้าสู่ระยะสงบ

กิจกรรมการพัฒนา



การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโครงการเบาหวานระยะสงบจำนวน 15 ราย ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสงบได้ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.33, ผู้ป่วยลดยาได้ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.67, ผู้ป่วยรับยาเดิม 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 20, ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน สามารถประเมินอาการผิดปกติได้คิดเป็นร้อยละ 100

บทเรียนที่ได้รับ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แต่ละรายมีพฤติกรรม รูปแบบการใช้ชีวิตที่แตกต่างกัน ปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ จะส่งผลต่อพฤติกรรมผู้ป่วยแต่ละราย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต้องคำนึงถึงความพร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคลที่มีไม่เท่ากัน โดยที่บางคนอาจยังไม่สนใจปัญหาหรือไม่เห็นถึงความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง หรือบางคนอาจมีความสนใจที่จะเปลี่ยนแปลง แต่ยังลังเลที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือบางคนอาจเริ่มเปลี่ยนแปลงแล้ว แต่ยังต้องการกำลังใจ และแรงจูงใจภายนอกเพื่อให้การเปลี่ยนแปลงสำเร็จผล มิฉะนั้นอาจจะยกเลิกไม่ทำพฤติกรรมต่อ ดังนั้น เจ้าหน้าที่จึงต้องมีทักษะในการสื่อสาร การสร้างความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมถึงการกระตุ้นแรงจูงใจและสร้างความตระหนักในการ สร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ จึงควรมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และศึกษาหาเทคนิคในการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย

ผลงานวิชาการ
ประเภท นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์

การคุมกำเนิด Easy Plan วางแผนง่าย ใช้ได้ทุกวัย

สมปรารถนา วอง
โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

บทนำ

การคุมกำเนิด (Contraception) คือ การป้องกันการตั้งครรภ์ หรือมีวัตถุประสงค์เพื่อวางแผนครอบครัวให้มีบุตรในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสม ประเทศไทยมีนโยบายในการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัวที่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย อยู่ในความรับผิดชอบของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันโรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทยมีการจัดบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ครบทุกสิทธิ การรักษาของผู้รับบริการ โดยมีการจัดบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern methods) ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยแบ่งเป็นการคุมกำเนิดถาวร ได้แก่ การทำหมัน การคุมกำเนิดชั่วคราว ได้แก่ ถุงยางอนามัยชาย, ยาเม็ดคุมกำเนิด, ยาฉีดคุมกำเนิด, ยาฝังคุมกำเนิด, ห่วงคุมกำเนิด, และการคุมกำเนิดโดยวิธีธรรมชาติ[1]

โรงพยาบาลแม่สาย เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ระดับ M1 ในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดน[2] ติดกับประเทศเมียนมาร์ ภารกิจด้านปฐมภูมิ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด ในเขตพื้นที่รับผิดชอบตำบลเวียงพางคำ และรวมถึงผู้รับบริการนอกเขต ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เช่น ประเทศเมียนมาร์ เป็นต้น ทำให้ผู้รับบริการมีความหลายหลาย จากการดำเนินงานวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลแม่สาย พบปัญหาแนวโน้มการคุมกำเนิดลดลงอย่างต่อเนื่อง และปัญหาจำนวนการเกิดน้อยด้อยคุณภาพ เกิดจากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น ซึ่งปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน พบว่า ผู้รับบริการไม่เข้าใจวิธีการคุมกำเนิด สื่อประกอบการตัดสินใจคุมกำเนิดในโรงพยาบาลเข้าถึงได้ยาก ปัญหาด้านการสื่อสารกับผู้รับบริการเมียนมาร์[3]

ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลแม่สาย มีการเข้าถึงบริการมากขึ้น ผู้รับบริการมีความรู้และความเข้าใจการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด จึงคิดค้นนวัตกรรมการคุมกำเนิด Easy Plan วางแผนง่าย ใช้ได้ทุกวัย มาใช้การรณรงค์และให้บริการกลุ่มวัยรุ่นหรือหญิงวัยเจริญพันธุ์ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ตั้งแต่ วันที่ 20 มกราคม 2568 – ปัจจุบัน

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก

นวัตกรรมคิดค้นขึ้นมาใหม่ พัฒนามาจากปัญหาที่พบขณะปฏิบัติงาน ปัญหาแนวโน้มการคุมกำเนิดลดลงอย่างต่อเนื่อง และปัญหาจำนวนการเกิดน้อยด้อยคุณภาพ เกิดจากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น

แบบเดิม : สื่อแนะนำวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด ติดบอร์ดประชาสัมพันธ์บริการอาคาร

ตัวอย่าง

ระยะพัฒนา

1. กำหนดองค์ประกอบของเนื้อหาที่ต้องการ นวัตกรรมการคุมกำเนิด Easy Plan วางแผนง่าย ใช้ได้ทุกวัย สร้างสื่อการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

2. จัดการประชุม ชี้แจ้งการใช้นวัตกรรมการคุมกำเนิด Easy Plan วางแผนง่าย ใช้ได้ทุกวัย ในหน่วยงาน

แบบใหม่ : พัฒนาสื่อแนะนำวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด รูปแบบสองภาษา ได้แก่ ภาษาไทย ภาษาพม่า และเพิ่มการเข้าถึงมากขึ้น โดยสแกน QR-Code ง่ายๆ ใช้ได้ทุกที่

ตัวอย่างนวัตกรรมแบบใหม่

QR-Code นวัตกรรมการคุมกำเนิด Easy Plan วางแผนง่าย ใช้ได้ทุกวัย

ระยะนำไปใช้

1. มีการประชาสัมพันธ์ผ่านโรงเรียน ชุมชน และสื่อออนไลน์ให้เข้าถึงคนหลากหลายช่วงวัย

2. จัดทำโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ นวัตกรรมการคุมกำเนิด Easy Plan วางแผนง่าย ใช้ได้ทุกวัย บริเวณคลินิกวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิด

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

1.การทดสอบประสิทธิภาพเชิงเนื้อหาของข้อมูล ดังนี้

- ตรวจสอบข้อมูลเนื้อหาทางวิชาการโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ สูตินรีแพทย์ โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

- ตรวจสอบข้อมูลเนื้อหาทางด้านภาษาพม่า โดยล่ามพม่า ประจำโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

2. การทดสอบประสิทธิภาพด้านการนำไปใช้

ข้อความ	พึงพอใจระดับมาก (ร้อยละ)	พึงพอใจระดับปานกลาง (ร้อยละ)
1.เนื้อหาใน Easy Plan เข้าใจง่าย	96	4
2.นวัตกรรมช่วยเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะกับตัวเองได้	95	5
3. รูปแบบนวัตกรรมมีความ น่าสนใจ	100	-
4. โดยรวมพึงพอใจในนวัตกรรม	100	-

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

1. มีสื่อการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด สำหรับใช้ในการรณรงค์และให้บริการกลุ่มวัยรุ่นหรือหญิงวัยเจริญพันธุ์ได้อย่างเหมาะสม ร้อยละ 100

2. ผู้รับบริการพึงพอใจต่อนวัตกรรมการคุมกำเนิด Easy Plan วางแผนง่าย ใช้ได้ทุกวัย ร้อยละ 90

3. มีผู้รับบริการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20

สรุป

นวัตกรรมการคุมกำเนิด Easy Plan วางแผนง่าย ใช้ได้ทุกวัย เป็นนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าใจและเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนเองได้ง่ายขึ้น โดยเน้นการเข้าถึงง่าย ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มาในรูปแบบภาษาไทย และภาษาพม่า เพื่อรองรับผู้รับบริการชาวเมียนมาร์อีกด้วย เหมาะกับทุกช่วงวัย และสามารถใช้ได้ในชุมชน โรงเรียน หรือภายในโรงพยาบาล หลังการนำนวัตกรรมมาทดลองใช้พบว่าผู้รับบริการพึงพอใจต่อนวัตกรรมการคุมกำเนิด Easy Plan วางแผนง่าย ใช้ได้ทุกวัย ร้อยละ 90 และมีผู้รับบริการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. วัยรุ่นหรือหญิงวัยเจริญพันธุ์ สามารถเข้าถึงสื่อการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิดได้มากขึ้น

2. สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ยังไม่พร้อมมีบุตร

เอกสารอ้างอิง

1 OB&GYN MEDCMU. (2568). **การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด**. [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2568] ; เข้าถึงได้จาก https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/extern-intern/5361/

2 โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย. (2568). **ประวัติความเป็นมา.** [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2568] ; เข้าถึงได้จาก https://www.maesaihospital.com/maesai/?stat=history

3 โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย. (2568). **จำนวนผู้รับบริการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด**. กลุ่มภารกิจด้านปฐมภูมิ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย.

4 parent one**.** (2568). **วิธีคุมกำเนิดทั้งชายและหญิง ตัวช่วยเมื่อยังไม่พร้อมมีลูก**. อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2568] ; เข้าถึงได้จาก https://www.parentsone.com/12-ways-for-birth-control/

5 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2568). วัยทีน (ไม่พร้อมท้อง) รอก่อน วิธีการป้องกันดีดีก่อนมีเพศสัมพันธ์. [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2568] ; เข้าถึงได้จาก https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/info396_covid19/

6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2568). **วิธีการคุมกำเนิดแบบไหนที่เหมาะกับคุณ**. อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2568] ; เข้าถึงได้จาก https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/which-birth-control-method-is-right-for-you/

ถุงผ้าแทนใจ Holistic Care Bag

นางสาวศุภพิชญ์ เสนาวงศ์[1] นางสาวเบญจมาศ ยอดคำ[2]
[1,2] หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลแม่สาย

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวสู่ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” ข้อมูลปี 2568 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ระบุว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มต้องการการดูแลที่ไม่ใช่แค่ทางกาย แต่รวมถึงจิตใจและจิตวิญญาณด้วย นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ได้ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในระบบบริการสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับ “การฟื้นฟูด้านจิตใจ” ควบคู่ไปกับการรักษาทางกาย

โรงพยาบาลแม่สายมีจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยพิเศษที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยระยะท้าย ที่มีความต้องการด้านจิตใจและสังคมอย่างมาก จากสถิติข้อมูลของโรงพยาบาลแม่สาย ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2566 – มกราคม 2567 พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง จากปัญหาเหล่านี้ จึงนำมาสู่การพัฒนา “ถุงผ้าแทนใจ Holistic Care Bag” ซึ่งเป็นนวัตกรรมการดูแลแบบองค์รวม ช่วยเสริมพลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

เดือนเมษายน 2568 – มิถุนายน 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก สำรวจปัญหาและความต้องการ

- เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ พบว่าผู้ป่วยมีความเครียด ความเหงา ขาดกำลังใจ และต้องการการดูแลที่ครอบคลุมทั้งกาย–ใจ–จิตวิญญาณ

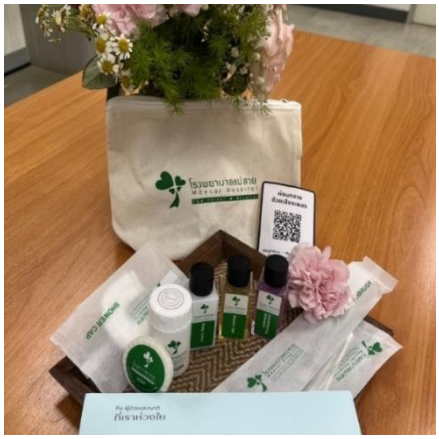
ระยะพัฒนา

1. ออกแบบแนวคิดถุงผ้าแทนใจ
   - ประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อกำหนดองค์ประกอบของตะกร้าให้ตอบโจทย์แบบองค์รวม ได้แก่
     - ของใช้ดูแลร่างกาย (เช่น แปรงฟัน ยาสีฟัน สบู่ แชมพู แป้ง โลชั่น ผ้าเช็ดหน้า)
     - สิ่งของเติมพลังใจ (เช่น การ์ดกำลังใจ สมุดระบายความรู้สึก)
     - สื่อจิตวิญญาณ (QR Code ฟังเพลง/บทสวด)
     - สื่อเชื่อมสัมพันธ์กับญาติ (คู่มือ QR/แผ่นพับ)

องค์ประกอบของ “ถุงผ้าแทนใจ”

หมวด	รายการ	วัตถุประสงค์
สุขภาพกาย	ผ้าขนหนูสำหรับเช็ดหน้า ของใช้ส่วนตัว	ช่วยดูแลสุขภาพอนามัยเบื้องต้น
สุขภาพใจ	การ์ดกำลังใจ	เสริมพลังบวก
จิตวิญญาณ	QR Code ฟังธรรมะ/ดนตรีบำบัด/สมุดสวดมนต์	เติมพลังใจเฉพาะตน
ความสัมพันธ์	คู่มือญาติการดูแลผู้ป่วยแต่ละโรค	เชื่อมโยงญาติ-ผู้ป่วย
ประเมินตน	แบบประเมิน Holistic Checklist	เจาะลึกปัญหาเฉพาะราย

2. ผลิตถุงผ้าต้นแบบ
   - ใช้วัสดุเรียบง่าย เหมาะกับบริบท เช่น ถุงผ้า พร้อมจัดวางอุปกรณ์ในถุงผ้า อย่างเป็นระเบียบ
   - แนบแบบประเมิน “Holistic Checklist” สำหรับเจ้าหน้าที่ใช้พูดคุยกับผู้ป่วย



Holistic Care Checklist

3. อบรมและสร้างความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่
   - จัดเวิร์คช็อปสั้นให้พยาบาลและทีมดูแลผู้ป่วยเรื่อง “การดูแลแบบองค์รวม”
   - ฝึกทักษะการใช้แบบฟอร์มประเมิน และการให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

ระยะนำไปใช้ ทดลองใช้จริงในหอผู้ป่วยพิเศษ
   - เริ่มใช้กับผู้ป่วยใหม่ 10 ราย ทดลองกระบวนการตั้งแต่รับเข้า – ประเมิน – มอบถุงผ้า – ประเมินผล
   - เก็บผลสะท้อนกลับจากผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

ดำเนินการทดสอบในผู้ป่วยหอผู้ป่วยพิเศษ จำนวน 10 ราย โดยมอบ “ถุงผ้าแทนใจ” ภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการเข้ารักษา ภายในถุงประกอบด้วยสื่อความรู้ QR Code ดนตรีบำบัด/สมุดสวดมนต์ การ์ดกำลังใจ และของใช้เบื้องต้น เพื่อส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวม และสร้างความผูกพันกับทีมดูแล ผลการประเมินพบว่า ผู้ป่วย 95% ให้คะแนนความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุด ,ผู้ป่วยและญาติรู้สึกอบอุ่นใจ ได้รับการต้อนรับ และเข้าใจการดูแลตนเองมากขึ้น ,มีเสียงสะท้อนเชิงบวก เช่น “รู้สึกไม่โดดเดี่ยวในการรักษา” และ “เป็นของเล็กๆ ที่สร้างกำลังใจได้มาก”

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลหลังการพัฒนา
ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรับบริการแบบองค์รวมด้วยถุงผ้าแทนใจ	≥ 90%	95%
ผู้ป่วย/ญาติ มีคะแนนความรู้ก่อนจำหน่ายเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น	≥ 80%	85%
จำนวนข้อเสนอแนะเชิงบวกจากผู้ป่วยและญาติที่เกี่ยวข้องกับถุงผ้าแทนใจ	≥ 10 ข้อ /เดือน	10

สรุป

หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลแม่สาย ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ต้องการความเป็นส่วนตัว มีผู้ป่วยเข้ารับบริการที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและซับซ้อนเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จากการให้บริการ พบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีภาวะเครียด วิตกกังวล และรู้สึกโดดเดี่ยวจากการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล หน่วยงานจึง พัฒนานวัตกรรม “ถุงผ้าแทนใจ Holistic Care Bag” ซึ่งถูกออกแบบเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วย โดยผสานหลักการของ Jean Watson (2008) เรื่อง “การพยาบาลด้วยความรักและการดูแลแบบมนุษยนิยม” และแนวคิดการเสริมพลังใจ (Empowerment) ผ่านของใช้ส่วนตัว สื่อสุขภาพ และสิ่งของเชิงสัญลักษณ์ที่สื่อถึงการใส่ใจดูแล

หน่วยงานได้นำ ถุงผ้าแทนใจ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น มีกำลังใจมากขึ้น
2. เจ้าหน้าที่รู้สึกเชื่อมโยงกับผู้ป่วยมากขึ้น
3. ปรับเพิ่มการ์ดกำลังใจหลายแบบ และพัฒนา QR สำหรับให้ญาติส่งข้อความถึงผู้ป่วยได้โดยตรง

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. (2566). รายงานสถิติสุขภาพจังหวัดเชียงราย
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). รายงานประชากรสูงอายุประเทศไทย ปี 2566

Smart NCD Booklet: สมุดสุขภาพอัจฉริยะเพื่อการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน

เปียทิพย์ ชัยมณี
คลินิกไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่สาย

บทนำ

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จากข้อมูลระบบ HDC ปีงบประมาณ 2566 ของโรงพยาบาลแม่สาย พบว่า อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ที่ร้อยละ 30.09 และการควบคุมความดันโลหิตอยู่ที่ร้อยละ 51.34 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (เบาหวาน ≥ ร้อยละ 40, ความดันโลหิตสูง ≥ ร้อยละ 60)

การวิเคราะห์พบว่า หนึ่งในสาเหตุสำคัญคือการที่ผู้ป่วยขาดความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพของตนเองและไม่มีเครื่องมือที่ช่วยทบทวนหรือเปรียบเทียบผลการตรวจสุขภาพย้อนหลังได้อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านความจำ การพูดคุยคืนข้อมูลอย่างเดียวไม่เพียงพอ อีกทั้งการบันทึกในสมุดผู้ป่วยแบบเดิมมักอ่านลายมือไม่ออก หรือมีข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการรักษาไม่ต่อเนื่อง

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนารูปแบบสมุด NCD เพื่อให้เป็นเครื่องมือในการคืนข้อมูลสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วยการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วย เช่น การพิมพ์ข้อมูลสุขภาพจากระบบ Hosxp แนบในสมุด NCD โดยปรับปรุงจากการเขียนด้วยลายมือ ซึ่งมักอ่านไม่ชัดเจนและข้อมูลไม่ครบถ้วน ให้เป็นการพิมพ์ชัดเจน พร้อมคำแปลผลและข้อเสนอแนะที่เข้าใจง่าย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถเปรียบเทียบผลการรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามข้อมูลสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ และลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

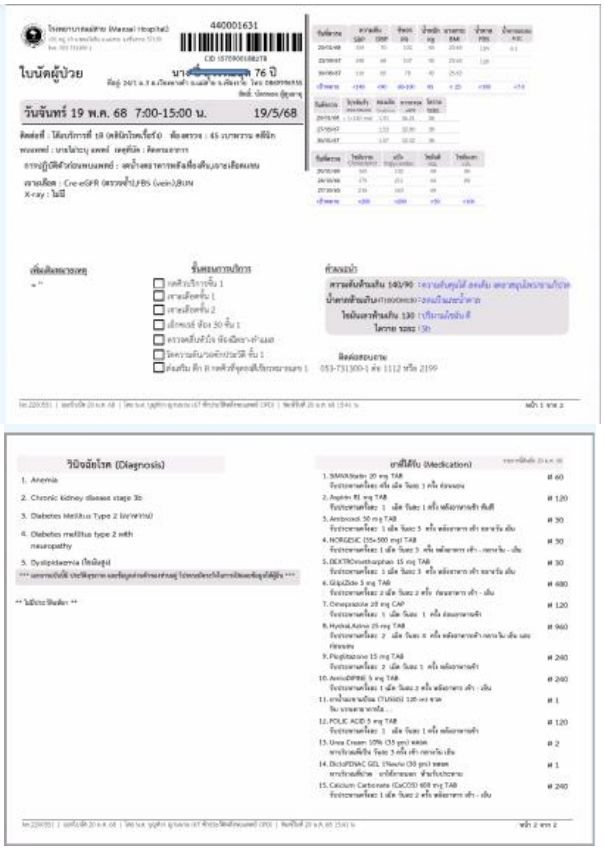
เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 โดยใช้ระยะเวลาในการสำรวจ ออกแบบ ทดลองใช้ และประเมินผล รวมทั้งสิ้น 8 เดือน แล้วเสร็จในเดือนพฤษภาคม 2567

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก ดำเนินการเก็บรวบรวมปัญหาและข้อจำกัดของสมุด NCD เดิม ผ่านการฟังเสียงสะท้อนจากผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมาย และทีมสหวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลการควบคุมโรคจากระบบ HDC และศึกษาการใช้สมุดสุขภาพในสถานบริการอื่น

ระยะพัฒนา จัดประชุมระดมความคิดจากทีมงานเพื่อออกแบบสมุด NCD รูปแบบใหม่ ให้มีภาพ สี และข้อความแปลผลค่าทางสุขภาพ พร้อมจัดทำต้นแบบ ทดลองพิมพ์ และออกแบบระบบแนบผลตรวจย้อนหลังจาก Hosxp แบบเข้าใจง่ายและเป็นมิตรกับผู้ใช้

ระยะนำไปใช้ ทดลองใช้สมุด NCD 2024 กับกลุ่มผู้ป่วยนำร่องในคลินิกโรคไม่ติดต่อ ประเมินผลการใช้โดยสอบถามความเข้าใจของผู้ป่วย รวมถึงประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ จากนั้นจึงนำไปปรับปรุงและขยายผลในคลินิก NCD ทั้งระบบ พร้อมจัดอบรมเจ้าหน้าที่และเผยแพร่รูปแบบการใช้งานอย่างต่อเนื่อง



การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

- ทดสอบประสิทธิภาพของสมุด NCD รูปแบบใหม่ในกลุ่มผู้ป่วยนำร่องจำนวน 100 ราย โดยเก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามหลังการใช้สมุด 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 92.5 สามารถเข้าใจข้อมูลสุขภาพตนเองย้อนหลังได้ และร้อยละ 88.4 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับผลการตรวจ
- ประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่พบว่าร้อยละ 94.6 เห็นว่าสมุดใหม่ช่วยลดภาระงาน และลดข้อผิดพลาดจากการลงบันทึกได้

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

- **ตัวชี้วัดผลผลิต:**
  1. ปี 2567 ผลิตสมุด NCD 2024 จำนวน 2,000 เล่ม
  2. ปี 2568 ผลิตเพิ่มจำนวน 4,000 เล่ม
  3. ราคาสมุดลดลงจาก 15 บาท เหลือ 8 บาท ประหยัดงบประมาณเล่มละ 7 บาท
  4. มีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมการใช้สมุด NCD จำนวน 24 คน
- **ตัวชี้วัดผลลัพธ์:**
  1. ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถเข้าใจข้อมูลสุขภาพและใช้สมุด NCD 2024 ได้อย่างถูกต้อง ≥ ร้อยละ 92.50
  2. อัตราการควบคุมโรคปี 2567: เบาหวาน ร้อยละ 37.01, ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.98

สรุป

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลระบบ HDC ปีงบประมาณ 2566 ของโรงพยาบาลแม่สาย พบว่าอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งสาเหตุสำคัญเกิดจากผู้ป่วยขาดความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพของตนเอง และไม่มีเครื่องมือที่ช่วยทบทวนผลการตรวจย้อนหลังอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การจัดการตนเองไม่เหมาะสมและเกิดภาวะแทรกซ้อน

โครงการพัฒนาสมุด NCD รูปแบบใหม่โดยใช้เทคโนโลยีสนับสนุน เช่น การพิมพ์ข้อมูลสุขภาพจากระบบ Hosxp พร้อมคำแปลผลและข้อเสนอแนะที่เข้าใจง่าย ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถติดตามและเปรียบเทียบผลการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังลดภาระงานของเจ้าหน้าที่และระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย

ผลการพัฒนาพบว่าสมุด NCD ใหม่ช่วยเพิ่มความเข้าใจของผู้ป่วยถึงร้อยละ 92.5 และผู้ป่วยร้อยละ 88.4 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น โดยผลิตสมุดจำนวน 2,000 เล่มในปี 2567 และขยายเพิ่มเป็น 4,000 เล่มในปี 2568 พร้อมอบรมเจ้าหน้าที่ 24 คน ทั้งนี้ สมุดใหม่ยังช่วยลดต้นทุนจากเล่มละ 15 บาท เหลือ 8 บาท

จากข้อมูลผลลัพธ์พบว่าอัตราการควบคุมโรคดีขึ้นเล็กน้อย คือเบาหวานร้อยละ 37.01 และความดันโลหิตสูงร้อยละ 53.98 ซึ่งเป็นไปในทิศทางที่ดีและสอดคล้องกับการเพิ่มความรู้และการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่านสมุด NCD รูปแบบใหม่

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย สมุด NCD รูปแบบใหม่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจข้อมูลสุขภาพของตนเองได้ชัดเจนขึ้น พร้อมทั้งเปรียบเทียบผลการตรวจย้อนหลัง ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพและปรับพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม
2. ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ การพิมพ์ข้อมูลจากระบบ Hosxp ลดขั้นตอนการบันทึกด้วยลายมือ ลดข้อผิดพลาดจากการลงข้อมูลซ้ำซ้อน และช่วยประหยัดเวลาของเจ้าหน้าที่ให้สามารถใช้เวลาไปกับการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น

3. เพิ่มประสิทธิภาพการบริการและความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและชัดเจน ลดความสับสนในการตีความผลตรวจสุขภาพ ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการรักษาและเพิ่มความพึงพอใจต่อบริการทางสุขภาพ
4. ประหยัดงบประมาณและทรัพยากร การผลิตสมุดที่มีต้นทุนต่ำลงจากเล่มละ 15 บาท เหลือเพียง 8 บาท ช่วยลดค่าใช้จ่ายของหน่วยงานในการจัดทำสมุดสุขภาพ และสามารถผลิตและแจกจ่ายได้ในปริมาณที่มากขึ้น
5. สนับสนุนการบูรณาการข้อมูลสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ สมุด NCD ช่วยรวบรวมข้อมูลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงไว้ในเล่มเดียวกัน ทำให้การติดตามผลการรักษาเป็นระบบและสะดวกยิ่งขึ้นสำหรับทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงประเทศไทย 2565. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
2. Health Data Center (HDC), Chiang Rai Provincial Health Office. รายงานตัวชี้วัดคุณภาพคลินิก NCD ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://hdcservice.moph.go.th/
3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. แนวทางการใช้ระบบ Hosxp ในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
4. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA. 2002 Oct 9;288(14):1775-9.
5. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Aff. 2001 Nov-Dec;20(6):64-78.

“เพราะคุณคือ ดวงใจของเขา” กำลังใจถึงผู้ดูแลผู้ป่วย

เบญจมัย พลสารัตน์
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธารทอง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

บทนำ

ในสังคมไทย โดยเฉพาะในชุมชนชนบท ผู้ดูแลผู้ป่วยมักเป็นสมาชิกในครอบครัวหรืออาสาสมัครที่ทุ่มเททั้งแรงกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถพูดหรือสื่อสารได้ การขาดการตอบสนองหรือคำพูดขอบคุณจากผู้ป่วยอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกหมดกำลังใจ และมองไม่เห็นคุณค่าของตนเองในบทบาทดังกล่าว ในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคที่ต้องการการดูแลระยะยาว ผู้ดูแลซึ่งมักเป็นบุคคลใกล้ชิด เช่น ครอบครัว หรือญาติสนิท มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงใจในการต่อสู้กับโรค อย่างไรก็ตาม ภาระในการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและใจของผู้ดูแลได้เช่นกัน เช่น ความเครียด ความเหนื่อยล้า ความรู้สึกโดดเดี่ยว หรือแม้แต่ภาวะหมดไฟ

จากความสำคัญดังกล่าว นวัตกรรม **“เพราะคุณคือดวงใจของเขา: กำลังใจถึงผู้ดูแลผู้ป่วย”** จึงถูกพัฒนาขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและสร้างแรงใจให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย ด้วยแนวคิดที่ว่า ผู้ดูแลที่มีพลังใจที่ดี ย่อมสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลเอง นวัตกรรมนี้มุ่งเน้นการให้ความรู้ การสนับสนุนทางอารมณ์ และการสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแล เพื่อให้พวกเขารู้สึกว่า “ไม่ได้อยู่เพียงลำพัง” และ “เป็นผู้ที่มีคุณค่า” ในสายตาของผู้ป่วยและสังคม

นวัตกรรม "เพราะคุณคือดวงใจของเขา" จึงถูกออกแบบขึ้นมาเพื่อตอบโจทย์นี้ โดยอาศัยพลังของชุมชนในการสร้างระบบกำลังใจผ่าน "จดหมายขอบคุณ" จากประชาชนในหมู่บ้าน ส่งต่อถึงผู้ดูแลในนามของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ว่า ความรัก ความเสียสละ และความเหนื่อยยากของเขาไม่สูญเปล่า และมีคุณค่าอย่างยิ่ง

แนวคิดเชิงระบบของจวัตกรรม

นวัตกรรมนี้ดำเนินงานในรูปแบบของระบบที่ประกอบด้วยหลายองค์ประกอบที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ดังนี้

องค์ประกอบ	รายละเอียด
ต้นทางของข้อมูล	สมาชิกในชุมชนหรือครอบครัวใกล้ชิดที่รับรู้บทบาทของผู้ดูแล
กลไกการส่งผ่าน	ทีมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.), นักเรียน, เยาวชน, หรือผู้นำชุมชนที่รวบรวมจดหมายจากประชาชน
รูปแบบจดหมาย	เขียนด้วยลายมือหรือจัดทำเป็นจดหมายภาพ/ข้อความซึ้ง ๆ โดยไม่จำเป็นต้องรู้จักผู้ดูแลเป็นการส่วนตัว
ช่องทางการส่งมอบ	ผ่านการจัดกิจกรรมชุมชน หรือมอบถึงมือผู้ดูแลในโอกาสพิเศษ เช่น วันปีใหม่ วันเกิดผู้ดูแล วันสงกรานต์ เยี่ยมบ้าน ฯลฯ
ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่า ได้รับพลังใจ มีแรงจูงใจในการทำหน้าที่ และชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพร่วมกัน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อส่งเสริมและฟื้นฟูกำลังใจของผู้ดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์อย่างเหมาะสม
2. เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกวิธีและลดความเครียดในการดูแล
3. เพื่อสร้างพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึกระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วย
4. เพื่อประเมินผลกระทบของนวัตกรรมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม – 1 พฤษภาคม 2568

วิธีการพัฒนา นวัตกรรม

ระยะที่ 1: ระยะเริ่มแรก (การสำรวจและตั้งต้นนวัตกรรม)

1.1 สำรวจแหล่งชุมชน

ศึกษาลักษณะของชุมชน เช่น จำนวนครัวเรือน, การดูแลผู้ป่วยในครัวเรือน, ความเข้มแข็งของกลไกชุมชนรวบรวมข้อมูลจาก อสม., ผู้นำชุมชน, อบต., โรงเรียน และกลุ่มจิตอาสา

1.2 ค้นหาปัญหา

พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมักเผชิญปัญหาด้านกำลังใจ โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ ขาดคำขอบคุณหรือการยอมรับจากสังคม ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว

1.3 หากลุ่มเป้าหมาย

ระบุกลุ่มเป้าหมายหลัก: ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง,ญาติ,care giver,อาสาบริบาลท้องถิ่น

1.4 สำรวจประเด็นปัญหา

สอบถามความรู้สึกของผู้ดูแลเกี่ยวกับบทบาทตนเอง เช่น รู้สึกเหนื่อย ท้อแท้ ขาดแรงจูงใจ สำรวจมุมมองของคนในชุมชนต่อผู้ดูแล เช่น มีการให้กำลังใจหรือไม่

1.5 หาทางแก้ไขร่วมกับชุมชน

จัดเวทีพูดคุยแบบมีส่วนร่วม ระดมสมองหาวิธีส่งกำลังใจจากชุมชนได้แนวคิด: ให้ประชาชนในหมู่บ้านร่วมกันเขียน "จดหมายขอบคุณ" แทนใจของผู้ป่วย เพื่อส่งถึงผู้ดูแล

ระยะที่ 2: ระยะพัฒนา (คิดและทดลองนวัตกรรม)

2.1 ค้นหานวัตกรรม

สร้างต้นแบบนวัตกรรม: จดหมายหรือโปสการ์ดที่เขียนคำขอบคุณอย่างจริงใจจากสมาชิกในหมู่บ้าน ใช้ภาษาง่าย ซึ้งใจ และสามารถเขียนโดยคนทุกกลุ่ม เช่น เด็ก นักเรียน ผู้สูงอายุ เสริมกิจกรรมสร้างสรรค์ เช่น เขียนด้วยลายมือ ตกแต่งด้วยภาพวาด

2.2 ดำเนินกิจกรรม

เชิญชวนคนในชุมชนเขียนจดหมายถึงผู้ดูแลในนามของผู้ป่วยที่ไม่สามารถพูดได้ จัดกิจกรรมส่งมอบจดหมายอย่างอบอุ่น เช่น วันเยี่ยมบ้าน, งานหมู่บ้าน, งานวันผู้สูงอายุประเมินผลเบื้องต้น เช่น ความรู้สึกของผู้ดูแลหลังได้รับจดหมาย, ความรู้สึกของผู้เขียน

ระยะที่ 3: ระยะนำไปใช้จริง (ขยายผลและสร้างความยั่งยืน)

3.1 นำแนวคิดไปใช้ในวงกว้าง

นำผลสำเร็จจากกลุ่มทดลอง ไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยในทุกพื้นที่ของชุมชนผนวกกิจกรรมเข้ากับงานของ อสม., รพ.สต., โรงเรียน หรือกิจกรรมของ อบต.

3.2 ขยายรูปแบบการส่งกำลังใจ เพิ่มสื่อรูปแบบอื่น เช่น คลิปวิดีโอขอบคุณจากนักเรียน, บัตรอวยพรวาดมือ รวบรวมจดหมายแสดงความรู้สึกต่อผู้ดูแล

3.3 สร้างระบบติดตามผลและความยั่งยืน

สร้างทีมอาสาสมัครชุมชนดูแลการจัดกิจกรรมเป็นประจำฝึกอบรมแกนนำเยาวชนและผู้นำชุมชนให้สามารถดำเนินงานต่อเนื่องได้ติดตามผลกระทบระยะยาว เช่น ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล, การยอมรับจากสังคม

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

ตัวชี้วัดผลผลิต (Output Indicators)

รายการ	ตัวชี้วัด
จำนวนชุมชนที่เข้าร่วม	≥ 1 ชุมชน หรือ ≥ 1 หมู่บ้านที่มีการดำเนินนวัตกรรม
จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับจดหมายกำลังใจ	≥ 10 ราย
จำนวนประชาชนในชุมชนที่มีส่วนร่วมเขียนจดหมาย	≥ 30 คน หรือคิดเป็น ≥ 50% ของกลุ่มเป้าหมายที่เชิญเข้าร่วม
จำนวนจดหมาย/โปสการ์ด/สื่อกำลังใจที่จัดทำขึ้น	≥ 30 ฉบับ/ชิ้น
จำนวนกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อส่งมอบ/นำเสนอจดหมาย	≥ 1 ครั้ง เช่น กิจกรรมเยี่ยมบ้าน, วันงานชุมชน

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome Indicators)

รายการ	ตัวชี้วัด
ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึก “ได้รับการเห็นคุณค่า” เพิ่มขึ้น	≥ 80% ของผู้ดูแลให้คะแนนความรู้สึกเชิงบวกหลังได้รับจดหมาย (ประเมินผ่านแบบสอบถาม)
ระดับกำลังใจของผู้ดูแลผู้ป่วยดีขึ้น	≥ 70% ของผู้ดูแลระบุว่ามีกำลังใจมากขึ้นหลังได้รับกำลังใจ (ประเมินผ่านแบบสอบถาม)
ความพึงพอใจของชุมชนต่อกิจกรรม	≥ 80% ของผู้มีส่วนร่วมรู้สึกว่าเป็นกิจกรรมที่ดีและควรทำต่อ (ประเมินผ่านแบบสอบถาม)
ความต่อเนื่องในการดำเนินนวัตกรรม	ชุมชนมีแผนจัดกิจกรรมลักษณะเดียวกันอย่างน้อย 1 ครั้งต่อไตรมาส (ประเมินผ่านแบบสอบถาม)
การยอมรับในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน	มีการกล่าวถึง/ยกย่องผู้ดูแลในกิจกรรมชุมชนหรือช่องทางท้องถิ่น ≥ 1 ครั้ง (ประเมินผ่านแบบสอบถาม)

สรุป

ตัวชี้วัดผลผลิต (Output Indicators)

รายการ	ตัวชี้วัด	ผลที่เกิดขึ้นจริง
จำนวนชุมชนที่เข้าร่วม	≥ 1 ชุมชน	บรรลุผลสำเร็จ มีการดำเนินนวัตกรรมในพื้นที่เป้าหมาย 11 หมู่บ้าน
จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับจดหมายกำลังใจ	≥ 10 ราย	มีผู้ดูแลได้รับจดหมายกำลังใจ ทั้งหมด 45 ราย
จำนวนประชาชนในชุมชนที่มีส่วนร่วมเขียนจดหมาย	≥ 30 คน	มีผู้ร่วมเขียนจดหมายไม่น้อยกว่า 45 คน
จำนวนจดหมาย สื่อกำลังใจที่จัดทำ	≥ 30 ฉบับ	มีการจัดทำจดหมาย/โปสการ์ด 45 ฉบับ
จำนวนกิจกรรมเพื่อส่งมอบจดหมาย	≥ 1 ครั้ง	จัดกิจกรรมส่งมอบผ่านกิจกรรมเยี่ยมบ้านและในวันงานชุมชน **ปีใหม่ และสงกรานต์**

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome Indicators)

รายการ	ตัวชี้วัด	ผลที่เกิดขึ้นจริง
ผู้ดูแลรู้สึก “ได้รับการเห็นคุณค่า”	≥ 80% ให้คะแนนเชิงบวก	ร้อยละ 83.33 ระบุว่ารู้สึกมีคุณค่าและได้รับกำลังใจ
ระดับกำลังใจของผู้ดูแลดีขึ้น	≥ 70% ระบุว่ามีกำลังใจเพิ่มขึ้น	ร้อยละ 78.13 ผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกมีกำลังใจ
ความพึงพอใจของชุมชน	≥ 80% เห็นว่าเป็นกิจกรรมที่ดี	ร้อยละ 84.13 ชุมชนสะท้อนความรู้สึกเชิงบวกต่อกิจกรรม
ความต่อเนื่องของนวัตกรรม	มีแผนดำเนินการต่อไตรมาส	ชุมชนมีแนวโน้มวางแผนทำซ้ำเป็นกิจกรรมประจำ ในโรงเรียนสูงอายุเดือนละ 1 ครั้ง
การยอมรับผู้ดูแลในชุมชน	มีการยกย่อง ≥ 1 ครั้ง	มีการกล่าวถึงบทบาทผู้ดูแลผ่านกิจกรรมและสื่อชุมชน

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

ด้านผู้ดูแลผู้ป่วย

- ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับกำลังใจและการยอมรับในบทบาทที่สำคัญของตน
- ช่วยลดความเครียด ความรู้สึกโดดเดี่ยว และภาวะหมดไฟจากการดูแลผู้ป่วย
- เพิ่มความมั่นใจและแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ
- สร้างการเชื่อมโยงทางอารมณ์ระหว่างผู้ดูแลกับชุมชน

ด้านผู้ป่วย

- ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่มีกำลังใจดี ส่งผลให้คุณภาพการดูแลดีขึ้น
- เพิ่มความรู้สึกอบอุ่นและมั่นคงทางจิตใจ เมื่อเห็นผู้ดูแลได้รับการสนับสนุน

ด้านชุมชน

- ชุมชนเกิดความตระหนักรู้และเห็นคุณค่าของผู้ดูแลผู้ป่วยในฐานะ "ฮีโร่เงียบ"
- สร้างความร่วมมือและความสามัคคีในชุมชนผ่านกิจกรรมที่มีส่วนร่วมร่วมกัน
- ส่งเสริมวัฒนธรรมการแบ่งปัน ความเห็นอกเห็นใจ และการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

ด้านระบบบริการสุขภาพ/องค์กรที่เกี่ยวข้อง

- ลดภาระของระบบสุขภาพโดยผู้ดูแลมีศักยภาพและกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- เป็นต้นแบบของนวัตกรรมเชิงสังคมที่สามารถขยายผลหรือปรับใช้ในพื้นที่อื่นได้
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

สุขุมาล พึ่งรัศมี. จิตวิทยาเพื่อการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.

กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver support). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2564.

World Health Organization. Supporting informal caregivers of people living with dementia [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 Jun 10]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240062585

พิชญา อินทรปาลิต, วิภาวรรณ ศรีทอง. ภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในครอบครัว: ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2565;40(3):88–100.

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ดูแลผู้ป่วย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สมาคมจิตแพทย์ฯ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaiphysician.org/caregiver-support

แอปพลิเคชัน Fit For Fun

ธัญญลักษณ์ ปันตั๋น
รพ.สต.บ้านร่องธาร ต.ทรายขาว อ.พาน จ.เชียงราย

บทนำ

กลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ที่ก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ เช่นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวายเรื้อรัง (กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ ,2562) และในปัจจุบันสัดส่วนของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต เป็นประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งผู้สูงอายุมีแนวโน้มเกิดความถดถอยของสมรรถภาพทางกายเร็วกว่าในวัยอื่น เนื่องมาจากร่างกายเกิดกระบวนการเสื่อมมากขึ้น ซึ่งไม่ใช่การเกิดโรคแต่เป็นกระบวนการชรา (Aging process) ที่เกิดขึ้นตามปกติในผู้สูงอายุ เกิดกับทุกระบบในร่างกาย รวมถึงการสูญเสียการทรงตัว และความคล่องตัวทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านสุขภาพมากขึ้น (ปภัชญา วิวรรธนะมุกดา, 2560) การออกกำลังกายด้วยยางยืดเป็นวิธีการออกกำลังกายแบบหนึ่งที่ถูกนำมาประยุกต์ดัดแปลงใช้ในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และเป็นอุปกรณ์สำหรับการออกกำลังกายที่มีราคาถูก สามารถพกพาได้สะดวก จุดเด่นการออกกาลังกายด้วยยางยืดจะมีปฏิกิริยาสะท้อนกลับหรือมีแรงดึงกลับ จากการถูกดึงให้ยืดออกที่เรียกว่า Stretch reflex ยางยืดสามารถนำมาใช้เป็นอุปกรณ์ในการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (Resistance exercise) พบว่ามีส่วนช่วยในการพัฒนาเสริมสร้างความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อได้อีกด้วย (นวดี เทศศรีเมือง,2565) จากการศึกษาของ คุณัญญา มาสดใส,ปัทมา เกิดกาญจน์ และรุ่งชัย ชวยไชยะกูล ปี 2564 พบว่าการออกกำลังกายด้วยยางยืดเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ช่วยลดความดันโลหิตได้ถึง 4 มิลลิเมตรปรอท การออกกำลังกายโดยใช่ยางยืดยังทำให้เกิดการทรงตัวเพื่อรักษาสมดุลในร่างกาย กระตุ้นและเพิ่มการทำงานของอวัยวะส่วนต่างๆทำให้การเคลื่อนไหวดีขึ้น ระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น ความดันปกติหัวใจสามารถสูบฉีดเลือดดีขึ้น ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันโรคเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีสุขภาพจิตดีรู้สึกผ่อนคลาย มีความคิดด้านบวก และทำให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกันของคนในชุมชน และสังคม การออกกำลังกายควรเริ่มการออกกำลังกายอย่างเบาๆ ก่อน จึงค่อย ๆ เพิ่มความหนักของการออกกำลังกาย ควรใช้เวลาประมาณ 25 – 30 นาที สัปดาห์ละ 3 – 4 ครั้ง และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยของตนเอง ด้วยการใช้แนวคิดการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7สี เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ (อัศนี วันชัย,จิตติพร ศรีษะเกตุ และ วิชัย เทียนถาวร ,2566)

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

วันที่ 1 เม.ย. 2568 – 30 มิ.ย. 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

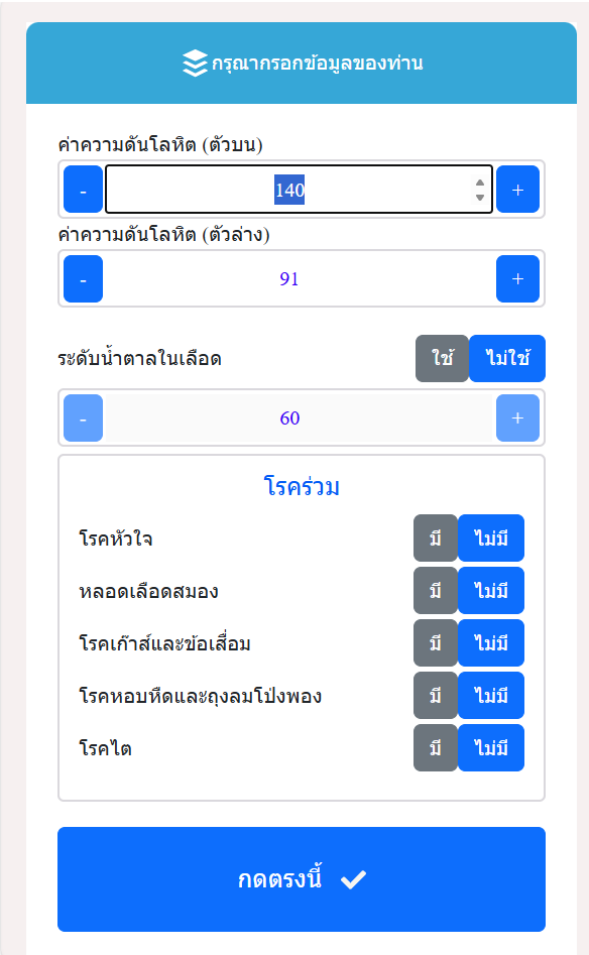
1. ทบทวนท่าออกกำลังกายโดยการใช้ยางยืด และประโยชน์ของการใช้ยางยืดออกกำลังกาย
2. เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล
3. พิจารณาแนวคิดการคัดกรองและการเฝ้าระวังโรคด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี และจัดทำแยกสีและการออกกำลังกายที่เหมาะกับความเจ็บป่วยในแต่ละสี
4. จัดทำนวัตกรรม “แอปพลิเคชัน Fit For Fun” และจัดทำเป็น QR code
5. จัดทำแผ่นพับเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

ตารางออกกำลังกายด้วยยางยืดมหัศจรรย์
ตามระดับการคัดกรองด้วยโคม 7 สี

ขาว	เขียว	เขียวเข้ม	เหลือง	ส้ม	แดง	ดำ
เฝ้าระวังความดันโลหิต ค่ามิลลิเมตรปรอท						
$< \frac{120}{80}$ mmHg	$\frac{120}{80} - \frac{139}{89}$ mmHg	$< \frac{140}{90}$ mmHg	$\frac{140}{90} - \frac{159}{99}$ mmHg	$\frac{160}{100} - \frac{179}{109}$ mmHg	$\geq \frac{180}{110}$ mmHg	มีโรคร่วม • หัวใจ • หลอดเลือดสมอง • Gout,OA • ไต • COPD Asthma
เฝ้าระวังเบาหวาน ด้วยระดับน้ำตาลในเลือด หลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ค่าเป็นมิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dl)						
FBS < 100 mg/dl	FBS 100 - 125 mg/dl	FBS < 126 mg/dl	FBS 126 - 154 mg/dl	FBS 155 - 182 mg/dl	FBS≥ 183 mg/dl	
การออกกำลังกายด้วยยางยืด12ท่า โดยแต่ละท่าทำ 10 ครั้ง ใช้เวลา 12 นาที ทำเช้า - เย็น	การออกกำลังกายด้วยยางยืด12ท่า โดยแต่ละท่าทำ 12 ครั้ง ใช้เวลา 15 นาที ทำเช้า - เย็น	การออกกำลังกายด้วยยางยืด12ท่า โดยแต่ละท่าทำ 15 ครั้ง ใช้เวลา 18 นาที ทำเช้า - เย็น	การออกกำลังกายด้วยยางยืด12ท่า โดยแต่ละท่าทำ 18 ครั้ง ใช้เวลา 20 นาที ทำเช้า - เย็น	การออกกำลังกายด้วยยางยืด12ท่า โดยแต่ละท่าทำ 15 ครั้ง ใช้เวลา 18 นาที ทำเช้า - เย็น	การออกกำลังกายด้วยยางยืด12ท่า โดยแต่ละท่าทำ 12 ครั้ง ใช้เวลา 15 นาที ทำเช้า - เย็น	การออกกำลังกายด้วยยางยืด12ท่า โดยแต่ละท่าทำ 10 ครั้ง ใช้เวลา 12 นาที ทำเช้า - เย็น

“แอปพลิเคชัน Fit For Fun”



แผ่นพับเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน

ตัวชี้วัด

ผลการประเมินประสิทธิภาพ และความพึงพอใจของผู้ใช้นวัตกรรม

รายการทดสอบเครื่องมือ	คำตอบ		
	ได้	ร้อยละ	ไม่ได้
1.ท่านสามารถเข้าสู่ช่องทางการบันทึกของ application ได้อย่างถูกต้อง	15	100	-
2.ท่านสามารถลงบันทึกข้อมูลเบื้องต้นลงใน application ได้อย่างถูกต้อง	15	100	-
3.ท่านสามารถเข้าสู่ขั้นการประเมินการคัดกรองสุขภาพตามระดับสีการประเมินได้อย่างถูกต้อง	15	100	-
4.ท่านสามารถเข้าสู่ขั้นตอนของการออกกำลังกายได้อย่างถูกต้อง	15	100	-
5.ท่านสามารถออกกำลังกายตามวีดีโอในระดับสีการประเมินของตนเองได้ถูกต้อง	15	100	-
6.ท่านมีความพึงพอใจในการใช้ application และสามารถนำไปแนะนำบอกต่อได้อย่างถูกต้อง	15	100	-

และอยู่ระหว่างการติดตามผลระยะเวลา 6 เดือนหลังการดำเนินงาน

สรุป

ในปัจจุบันมีแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนเติบโตเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ซึ่งการพัฒนาของเทคโนโลยีสมาร์ตโฟน และการแพร่หลายของแอปพลิเคชันนั้นช่วยให้เราสามารถดูแลเรื่องการออกกำลังกายและติดตามสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวัน โดยแอปพลิเคชันเพื่อสุขภาพต่างๆ ยังสามารถแบ่งประเภทเป็นแอปพลิเคชันที่ใช้ในการติดตามกิจกรรมการออกกำลังกาย เช่น แอปพลิเคชันกูเกิลฟิต (Google fit) กับแอปพลิเคชันฟิตบิท(Fitbit) เป็นต้น (ภัทรวดี โชติพิบูลย์ทรัพย์,2567) ดังนั้นคณะผู้จัดทำจึงอยากสร้างนวัตกรรมใหม่ที่ทำให้ช่วยเพิ่มความสะดวกสบายให้กับผู้ใช้โดยทำให้สามารถเข้าถึงบริการหรือข้อมูลที่ต้องการได้ทุกที่ทุกเวลาผ่านโทรศัพท์มือถือด้วยการใช้แอปพลิเคชันที่ส่งเสริมการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับความเจ็บป่วยหรือความรุนแรงของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จากแนวคิดการคัดกรองและการเฝ้าระวังโรคด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดมหัศจรรย์ ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ไม่ยุ่งยากและราคาจับต้องได้ คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า นวัตกรรม“แอปพลิเคชัน Fit For Fun”จะช่วยทำให้กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค และช่วยเพิ่มความสะดวกสบายให้กับผู้ใช้โดยทำให้สามารถเข้าถึงบริการได้ทุกที่ทุกเวลา

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. ได้แนวทางในการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงหรือกลุ่มเสี่ยงตลอดจนผู้ที่สนใจ มีความรู้ในเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยของตนเองในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงหรือกลุ่มเสี่ยงตลอดจนผู้ที่สนใจ มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ตามระดับสีความเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

4. ประหยัดค่าใช้จ่ายและลดระยะเวลาในการซื้อและออกเดินทางไปหาอุปกรณ์การออกกำลังกาย

5. สามารถออกกกำลังกายได้ทุกที่ทุกเวลา

เอกสารอ้างอิง

คุณัญญา มาสดใส, ปัทมา เกิดกาญจน์ และรุ่งชัย ชวนไชยะกูล.(2564). .Exercise as an Anti-Hypertensive Tool: Scientific Mechanisms. การออกกำลังกายเพื่อลดความดันโลหิตสูง: กลไกเชิงวิทยาศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร คณะวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ.

เจริญ กระบวนรัตน์ และคณะ.(2567).ประโยชน์ของการออกกำลังกายด้วยยาง.งานวิจัยด้านสังคมศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. สืบค้น 5 พฤศจิกายน 2567, จาก https://www3.rdi.ku.ac.th/exhibition/50/social/05_01_social/social_05-01.html.

เจริญ กระบวนรัตน์. ยางยืดชีวิต พิชิตโรค. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี ; 2550.

นวดี เทศศรีเมือง.(2565). ผลของการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะ3อำเภอ กุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2565.

ปภัชญา วิวรรธนมุกดา.(2560). ผลงานนวัตกรรมเรื่อง นวัตกรรมยางยืดออกกำลังกาย (Resistance band) โดยวิธีปกติ. กรุงเทพมหานครฯ: โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.

ภัทรวดี โชติพิบูลย์ทรัพย์.(2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้งานแอปพลิเคชั่นเพื่อสุขภาพ. วารสารระบบสารสนเทศด้านธุรกิจ (JISB) ปีที่10 ฉบับที่1 เดือน มกราคม – เมษายน 2567; 43-55.

โรงพยาบาลพญาไท.(2564). ความดันโลหิตสูงหยุดยาได้ด้วยการออกกำลังกาย.สืบค้น 4 พฤศจิกายน 2567. จาก https://www.phayathai.com/th/article/3665-ความดันโลหิตสูง_หยุดยา.

โรงพยาบาลพญาไท.(2566). การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง.สืบค้น 4 พฤศจิกายน 2567. จาก https://www.phayathai.com/th/article/4094-การออกกำลังกายในผู้ป่วย.

ลวิตรา พิธาวุฒิกร.(2565). ยางยืด.....ชีวิต. กรุงเทพมหานครฯ: กองโรคเอดส์และโครติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

อัศนี วันชัย, จิตติพร ศรีษะเกตุ และวิชัย เทียนถาวร.(2566). การประยุกต์ใช้ปิงปองจราจรชีวิต 7 สีในการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: การทบทวนขอบเขตงานวิจัย. Seven-Color Balls Application in Non-Communicable Diseases: A Scoping Review. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2566.

ยายจ๋า บอกหนูให้รู้ว่าปวดแค่ไหน

ธัณยพร บัวคำ[1] พิมลพรรณ พรหมบ้านสังข์[2]
[1,2] กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลแม่สาย

บทนำ

งานกายภาพบำบัดมีการพัฒนาระบบการให้บริการเชิงรุกในชุมชน โดยมีกลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ข้อเข่าเสื่อม และผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2566 จนถึงปัจจุบัน มีการจัดตั้งคลินิกกายภาพบำบัดในรพ.สต.สม่ำเสมอจำนวน 6 รพ.สต. เพื่อเป็นการบำบัด รักษา และส่งเสริมสมรรถภาพทางกายและการเคลื่อนไหวให้ผู้สูงอายุ ป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต จากการดำเนินกิจกรรมพบว่า มีผู้สูงอายุเข้ารับบริการกายภาพบำบัดในคลินิกจำนวนมาก ในการบันทึกประวัติส่วนของการประเมินภาวะความเจ็บปวดของผู้สูงอายุในคลินิกกายภาพบำบัดยังไม่ชัดเจน เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถระบุคะแนนความเจ็บปวดของตนเองออกมาเป็นตัวเลขได้ การประมวลผลการรักษาเพื่อนำข้อมูลไปใช้วิเคราะห์ทางสถิติจึงไม่สามารถนำข้อมูลในส่วนของค่าระดับความเจ็บปวดที่ดีขึ้นภายหลังจากได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดไปใช้ได้ จากปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น นักกายภาพบำบัดจึงได้คิดประดิษฐ์อุปกรณ์เพื่อประเมินระดับความเจ็บปวดที่เหมาะสำหรับใช้กับผู้สูงอายุ และนักกายภาพบำบัดสามารถระบุค่าคะแนนระดับความเจ็บปวดออกมาเป็นตัวเลขได้ โดยผนวกการใช้ faces pain rating scale กับ numeric analog scale เข้าด้วยกัน และนำไปใช้ในคลินิกกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลและในชุมชน

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2568 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ.2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

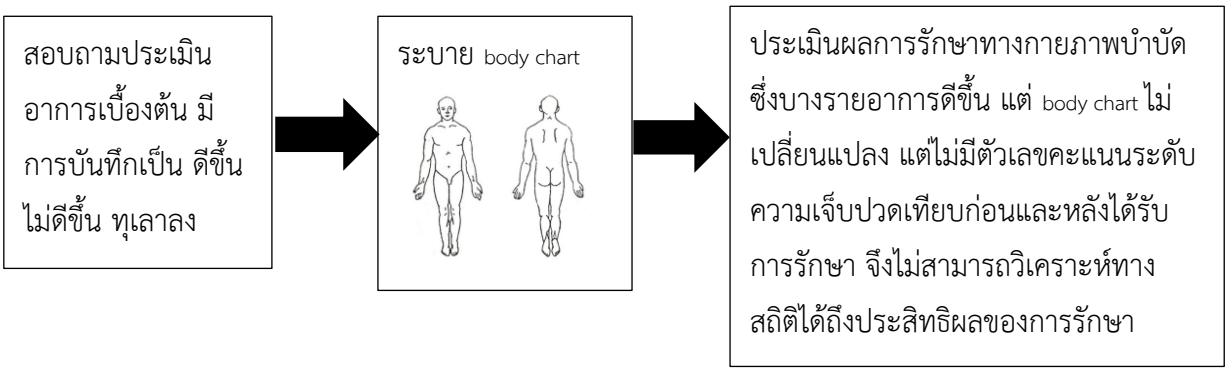
ระยะเริ่มแรก รูปแบบเดิมคือการสอบถามระดับความเจ็บปวดแบบ numeric rating scale ซึ่งผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถบอกคะแนนเป็นตัวเลขได้ชัดเจน ทำได้เพียงบันทึกตามอาการ และการระบาย body chart ประเมินอาการเจ็บปวดร่วมด้วย แต่ไม่มีการประเมินระดับความเจ็บปวดออกมาเป็นตัวเลขที่ชัดเจน

ระยะพัฒนา สร้างสิ่งประดิษฐ์วงล้อประเมินความเจ็บปวดที่เหมาะกับผู้สูงอายุโดยใช้การผนวก faces pain rating scale กับ numeric rating scale เข้าด้วยกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุขยับวงล้อใบหน้าให้ตรงกับอาการของตนเอง

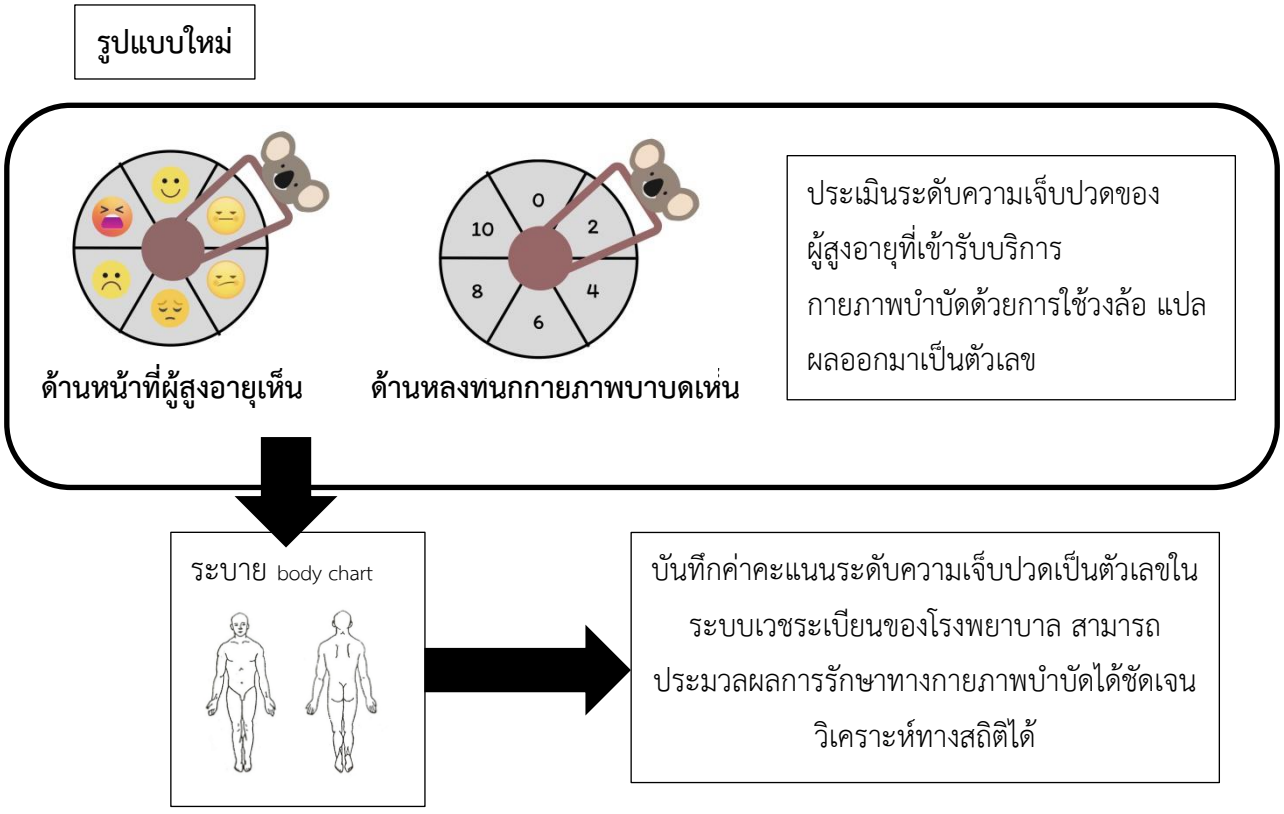
ระยะนำไปใช้ นักกายภาพบำบัดสามารถบันทึกค่าคะแนนที่ได้จากการประเมินอาการในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล

กิจกรรมการพัฒนา:

1. รูปแบบเดิมคือการสอบถามระดับความเจ็บปวดแบบ numeric rating scale ซึ่งผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถบอกคะแนนเป็นตัวเลขได้ชัดเจน ทำได้เพียงบันทึกตามอาการ และการระบาย body chart ประเมินอาการเจ็บปวดร่วมด้วย แต่ไม่มีการประเมินระดับความเจ็บปวดออกมาเป็นตัวเลขที่ชัดเจน



2. สร้างสิ่งประดิษฐ์วงล้อประเมินความเจ็บปวดที่เหมาะกับผู้สูงอายุโดยใช้การผนวก faces pain rating scale กับ numeric rating scale เข้าด้วยกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุขยับวงล้อใบหน้าให้ตรงกับอาการของตนเอง โดยด้านหลังจะเป็นคะแนนของ numeric rating scale แปลค่าคะแนนแต่ละใบหน้า ซึ่งเป็นตัวเลขที่นักกายภาพบำบัดสามารถบันทึกในเวชระเบียนได้



3. บันทึกค่าคะแนนที่ได้จากการประเมินอาการในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

นักกายภาพบำบัดนำสิ่งประดิษฐ์วงล้อประเมินความเจ็บปวดไปใช้ร่วมกับการซักประวัติในกลุ่มผู้สูงอายุ เมื่อมีการจัดตั้งคลินิกกายภาพบำบัดในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุขยับวงล้อใบหน้าให้ตรงกับอาการของตนเอง ขณะเดียวกันด้านหลังของวงล้อจะเป็นคะแนนของ numeric rating scale แปลค่าคะแนนแต่ละใบหน้า ซึ่งเป็นตัวเลขที่นักกายภาพบำบัดสามารถนำไปบันทึกในเวชระเบียนได้

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

สามารถระบุค่าคะแนนระดับความเจ็บปวดออกมาเป็นตัวเลขได้

สรุป

จากการนำสิ่งประดิษฐ์วงล้อประเมินความเจ็บปวดไปใช้ร่วมกับการซักประวัติในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน นักกายภาพบำบัดสามารถระบุค่าคะแนนระดับความเจ็บปวดออกมาเป็นตัวเลขได้ โดยผนวกการใช้ faces pain rating scale กับ numeric analog scale เข้าด้วยกัน ทำให้ประเมินประสิทธิผลของการรักษาได้อย่างเป็นรูปธรรม และสามารถประเมินคะแนนระดับความเจ็บปวดของผู้สูงอายุได้รวดเร็วขึ้น

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. นักกายภาพบำบัดสามารถระบุค่าคะแนนระดับความเจ็บปวดออกมาเป็นตัวเลขได้ ทำให้ประเมินประสิทธิผลของการรักษาได้อย่างเป็นรูปธรรม
2. นักกายภาพบำบัดสามารถประเมินคะแนนระดับความเจ็บปวดของผู้สูงอายุได้รวดเร็วขึ้น

เอกสารอ้างอิง

He S, Renne A, Argandykov D, Convissar D, Lee J. Comparison of an Emoji-Based Visual Analog Scale With a Numeric Rating Scale for Pain Assessment. JAMA. 2022;328:208-9.

วงล้อ PEWS score ใช้ง่ายประเมินไว

นางสาวศุภาพิชญ์ ศรีธินนท์,นางศิริรัตน์ โหตรภวานนท์, นางสุภาภรณ์ เขื่อนแก้ว,
นางสาว จันทกานต์ พรมภิภักดิ์,นางสาว อลิชา ชัยพนัส
หอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ

บทนำ

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กมีความละเอียดอ่อน ซับซ้อน และท้าทายกว่าผู้ป่วยผู้ใหญ่ เนื่องจากผู้ป่วยเด็กมีข้อจำกัดในการพูดและการสื่อสาร การบอกอาการ ความเจ็บป่วย ความไม่สุขสบายจึงทำได้ไม่สมบูรณ์ หัวใจสำคัญของการพยาบาลเด็กจึงเป็นการสังเกตและประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังและตรวจจับสัญญาณของการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ระบบสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยเด็ก (Pediatric Early Warning System : PEWS) ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อช่วยให้การประเมินอาการผู้ป่วยเด็กเป็นไปอย่างมีระบบและมีประสิทธิภาพ PEWS เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะวิกฤติในผู้ป่วยเด็ก โดยอาศัยการให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทำให้พยาบาลสามารถตรวจจับการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและอาการต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วและให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงทีก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤติ

จากสถิติปี พ.ศ. 2565 – 2567 หอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ มีผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาจำนวน 149 344 307 ตามลำดับ และโรคที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) และโรคกระเพาะอาการและลำไส้อักเสบ (Acute Gastroenteritis) ซึ่งทั้งสองโรคนี้สามารถนำไปสู่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรงจนอาการทรุดลงอย่างรวดเร็วและนำไปสู่ภาวะวิกฤตในระบบต่างๆ ส่งผลให้มีโอกาสเสียชีวิตได้ ซึ่งจากสถิติย้อนหลัง 3 ปี พบผู้ป่วยเด็กที่เกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้ใส่ท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (unplan EET) จำนวน 1 ราย และมีผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ได้คาดหวัง (Unplanned death) จำนวน 1 ราย ประกอบกับปัจจุบันโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของไม่มีกุมารแพทย์อยู่ประจำ หอผู้ป่วยในชายจึงได้นำ PEWS มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยเด็ก โดยจะทำการประเมินผู้ป่วยเด็กทุกรายด้วยความถี่ที่ต่างกันขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย

แบบประเมินคะแนน PEWS ที่ทางหอผู้ป่วยในชายจัดทำขึ้นมีรูปแบบเป็นตารางเอกสารมีช่องให้ใส่คะแนนแล้วนำคำแนนลงในฟอร์มปรอท หากพบว่าคะแนน PEWS อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องรายงานแพทย์ พยาบาลเจ้าของเคสจะรีบแจ้งแพทย์ให้รับทราบทันทีเพื่อวางแผนการรักษาตามแนวทางต่อไป แต่จากการใช้งานพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มักไม่คุ้นเคยกับการใช้เครื่องมือประเมิน PEWS ทำให้ขาดความมั่นใจ ไม่สามารถแปลผลและตอบสนองต่อภาวะคุกคามชีวิตของผู้ป่วยเด็กได้อย่างทันท่วงที นอกจากนั้นแบบประเมิน PEWS ที่มีอยู่ ยังมีความซับซ้อน ต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจและบันทึกผล การนำไปใช้จึงไม่สะดวก ทำให้เกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติงาน เกิดความผิดพลาดและความแตกต่างในการตีความผลการประเมิน ส่งผลให้เกิดความล่าช้าไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที (Murray et al., 2015) ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการประเมิน PEWS ให้มีความง่าย ไม่ซับซ้อน ลดขั้นตอน และสามารถตีความหมายผลการประเมินได้ตรงกัน จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยเด็กที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างถูกต้องและรวดเร็วยิ่งขึ้น โดยมีงานวิจัยแสดงให้เห็นว่า การใช้ PEWS ที่ปรับให้เข้ากับบริบทของหอผู้ป่วย ช่วยเพิ่มอัตราการใช้เครื่องมือโดยบุคลากร และสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยเด็กได้อย่างชัดเจน (Agulnik et al., 2017)

ผู้พัฒนานวัตกรรมจึงมีแนวคิดในการปรับรูปแบบแบบประเมิน PEWS ให้เป็นรูปแบบวงล้อ ที่สามารถใช้ประเมินได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว พกพาไปใช้ที่หอผู้ป่วยได้ เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยเด็กได้อย่างครอบคลุม ถูกต้อง ตีความผลได้แม่นยำ ตรงกัน โดยใช้เวลาไม่นาน และสามารถสื่อสารกับทีมผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งคาดว่าจะช่วยลดอัตราความรุนแรงของภาวะวิกฤต ภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กลงได้

ระยะเวลาการพัฒนา

1 มกราคม พ.ศ. 2568 ถึง 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

วิธีการพัฒนา

ระยะเริ่มแรก

เมื่อมีผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชาย พยาบาลต้องทำการประเมิน PEWS score ตั้งแต่แรกรับ และประเมิน PEWS score อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง โดยพยาบาลนำแบบบันทึก PEWS score ในรูปแบบเอกสารตารางไปประเมินผู้ป่วยที่ท้ายเตียง เมื่อคำนวณคะแนนได้แล้วบันทึกลงในแบบบันทึก PEWS score แล้วนำคะแนนรวมมาบันทึกลงในโปรแกรม Hos XP อีกครั้ง

วันที่/เวร																		
Category		score																
พฤติกรรม (Behavior)	- เล่นได้ปกติ ปฏิบัติกิจกรรมได้เหมาะสมตามวัย	0																
	- ง่วงหลับ	1																
	- พักไม่ได้ / ปลอบให้พักได้ยาก	2																
	- ตอบสนองต่อความปวดลดลงหรือเฉื่อยชา	3																
ระบบหัวใจและหลอดเลือด(Cardiovascular)	- สีผิวชมพู หรือ cap refill =1-2 secs.	0																
	- HR มากกว่าค่าปกติ 10-19 bpm ขึ้นไป โดยไม่มีไข้ - สีผิวซีดหรือคล้ำ หรือ cap refill = 3 secs.	1																
	- HR มากกว่าค่าปกติ 20-29 bpm ขึ้นไป - สีผิวคล้ำ หรือเขียว หรือ cap refill = 4 secs.	2																
	- HR ช้า หรือ HR มากกว่าค่าปกติ 30 bpm ขึ้นไปหรือ - สีผิวคล้ำ เขียว หรือตัวลาย หรือcap refill ≥ 5 secs	3																
ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory)	- RR ปกติ / no retraction / no wheeze	0																
	- O2 flow ≥ 3 lit/min หรือ - RR มากกว่าค่าปกติ 10 bpm ขึ้นไปหรือ - มี mild retraction หรือได้ยินเสียง wheeze ในช่วงสุดท้ายของการหายใจออกหรือได้ยินเสียง wheeze โดยการใช้ stethoscope ในการฟัง	1																
	- O2 flow ≥ 6 lit/min หรือ - RR มากกว่าค่าปกติ 20 bpm ขึ้นไปหรือ มี moderate retraction - หรือ ฟังได้ยินเสียง wheeze ขณะหายใจออกหรือสามารถฟังเสียง wheeze ด้วยstethoscope หรือไม่ต้องใช้ stethoscope ก็ได้	2																
	- O2 flow ≥ 8 lit/min หรือ - RR น้อยกว่าค่าปกติ 5 bpm ขึ้นไปหรือ - มี severe retraction หรือ หายใจมีเสียง grunting หรือ - ฟังได้ยินเสียง wheeze โดยไม่ต้องใช้ stethoscope	3																
รวม																		

แนวทางการรายงานแพทย์
1-2 คะแนน ประเมิน q 4 hr.
3 คะแนน รายงานหัวหน้าเวรประเมิน PEWS q 1 hr. ถ้าคะแนนไม่เพิ่ม ให้ประเมิน V/S q 2 hr. รายงานแพทย์ทราบเพื่อสั่งการรักษาเพิ่มเติม

4 คะแนน ประเมิน PEWS ซ้ำ q 30 min + V/S ซ้ำ q 1 hr. รายงานแพทย์ทราบเพื่อสั่งการรักษาเพิ่มเติม
5 คะแนนหรือข้อใดข้อหนึ่งได้ 3 คะแนน รายงานหัวหน้าเวรประเมิน PEWS ซ้ำทันที รายงานแพทย์ทันที เพื่อประเมินอาการผู้ป่วยข้างเตียง

แบบประเมิน The Pediatric Early Warning Score (PEWS)
PCT PED 18/6/67

ติดสติ๊กเกอร์

รูปที่ 1 แสดงแบบบันทึก PEWS score แบบเดิม

จากการใช้งานเครื่องมือประเมิน PEWS score แบบเดิมพบข้อจำกัดดังนี้

1. การตีความคะแนน PEWS ไม่ตรงกันอาจให้คะแนนต่างกันในสถานการณ์เดียวกัน เช่น การหายใจเร็ว หรือระดับความรู้สึกตัว ช่วงอายุทำให้มีความเสี่ยงต่อการประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยผิดพลาด ยกตัวอย่างหัวข้อประเมินในส่วน ระบบหัวใจและหลอดเลือด(cardiovascular) และระบบทางเดินหายใจ (Respiratory) เช่น HR มากกว่าค่าปกติ 10-19 bpm, RR มากกว่าค่าปกติ 20 bpm ขึ้นไป ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความรู้และจดจำค่าปกติของสัญญาณชีพของเด็กแต่ละช่วงวัยได้

2. ขั้นตอนและระยะเวลาตั้งแต่ประเมินจนถึงลงบันทึกในฟอร์มปรอทโปรแกรม Hos XP มีขั้นตอนซับซ้อนและยาวนาน เริ่มตั้งแต่นำแบบประเมิน PEWS score ไปประเมินที่ท้ายเตียง และลงบันทึกลงในใบประเมิน PEWS score ในแต่ละเวร จากนั้นนำคะแนนที่ประเมินจากใบประเมินลงบันทึกในโปรแกรมHos XP อีกครั้ง ผู้พัฒนานวัตกรรมจึงอยากลดขั้นตอนในการบันทึกคะแนน PEWS score และลดการใช้กระดาษที่ผลิตใบประเมิน PEWS score ที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยแต่ละราย

3. การบันทึกคะแนนไม่สม่ำเสมอหรือไม่ครบถ้วนซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าการใช้แบบประเมิน PEWS score ยุ่งยากเกินไป ไม่สะดวกต่อการใช้งาน

4. เครื่องประเมิน PEWS score บันทึกคะแนนได้แค่ช่องเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ซึ่งความเป็นจริงต้องประเมิน PEWS score อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง

5. การตอบสนองต่อคะแนน PEWS score ยังไม่เป็นระบบไม่เป็นแนวทางเดียวกัน อาจเกิดความล่าช้าในการประสานกับทีมแพทย์

ระยะพัฒนา

ใช้แนวคิด 3P: Basic Building Block เป็นกรอบในการพัฒนาซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1)Purpose คือการกำหนดวัตถุประสงค์ 2)Process คือการจัดการกระบวนการทำงาน และ 3)Performance คือการวัดผลงาน

1. Purpose (การกำหนดวัตถุประสงค์)

1.1 รวบรวมข้อมูลสถิติการใส่ท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (unplan EET) และอัตราเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง(Unplanned death) ในหน่วยงาน

1.2 พยาบาลในหน่วยงานร่วมกันค้นหาปัญหาและอุปสรรคของการประเมิน PEWS score

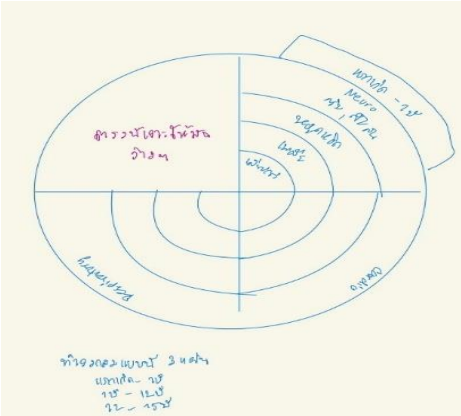
1.3 ตั้งเป้าหมายเพื่อพัฒนานวัตกรรมการประเมิน PEWS score ให้ผู้ใช้เข้าใจง่าย ใช้งานสะดวกรวดเร็ว

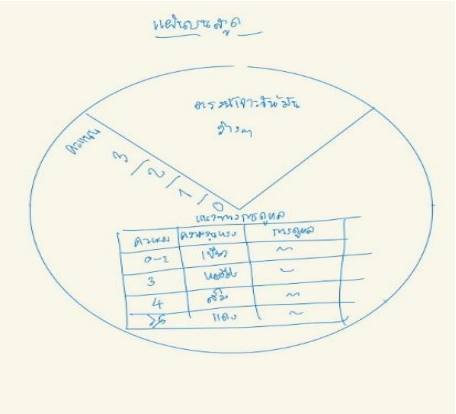
1.4 กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จโดยตั้งเป้าหมายลดอัตราการเกิด unplan EET และ Unplanned death = 0

2. Process (ทำอย่างไรเพื่อไปสู่จุดหมาย)

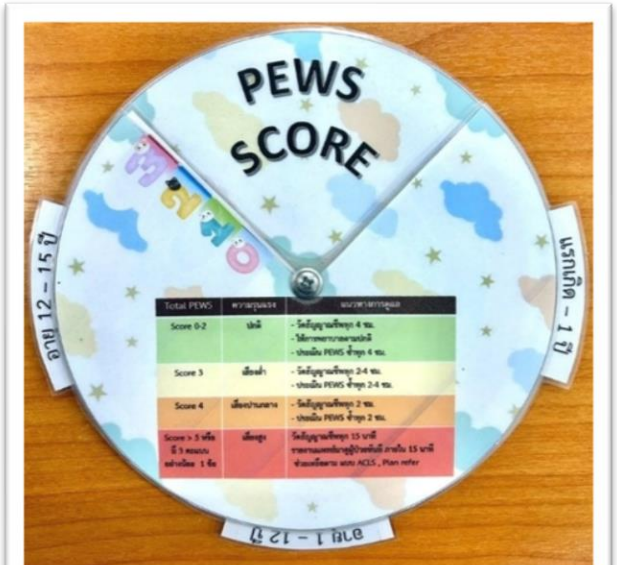
2.1 ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการประเมิน PEWS score

2.2 ออกแบบและจัดทำนวัตกรรม วงล้อ PEWS score โดยอ้างอิงจากแบบบันทึกสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยเด็กของ รพ.ศีขรภูมิ มาประยุกต์เป็นวงล้อ PEWS score โดยประเมินผู้ป่วยเด็ก 3 ช่วงวัย ได้แก่ แรกเกิด - 1 ปี 1-12ปี และ 12 - 15 ปี โดยจะมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยในละช่วงคะแนนระบุไว้ที่แผ่นบนสุดของวงล้อ





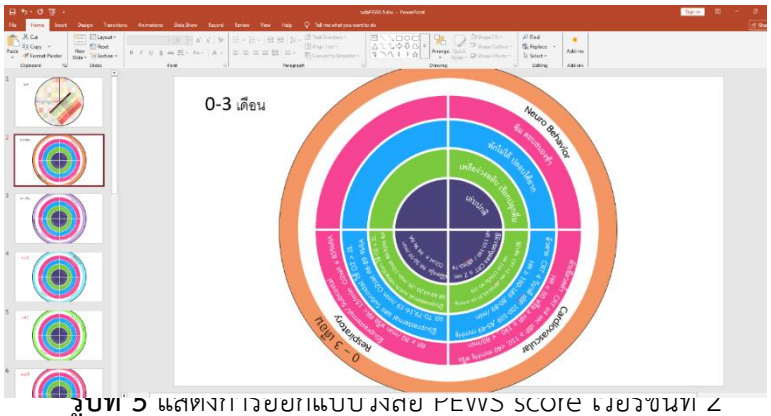
รูปที่ 2 -3 แสดงการออกแบบวงล้อ PEWS score เวอร์ชันที่ 1



รูปที่ 4 แสดงวงล้อ PEWS score เวอร์ชั่นที่ 1

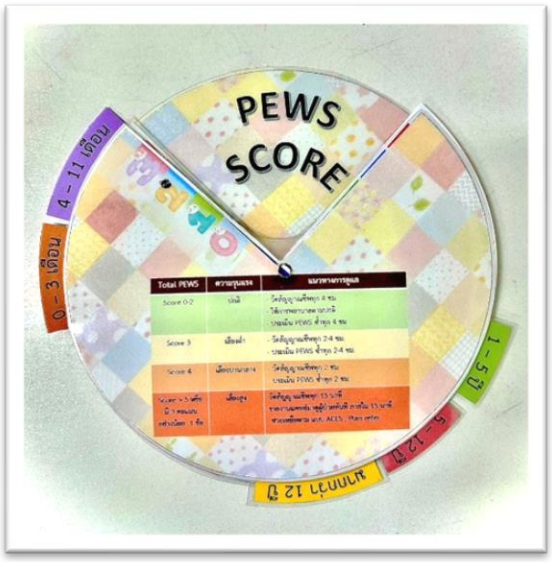
2.3 นำนวัตกรรมวงล้อ PEWS score ให้พยาบาลในหน่วยงานได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นและช่วยกันปรับปรุงแก้ไข ได้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่าการประเมินผู้ป่วยเด็ก 3 ช่วงวัย ได้แก่ แรกเกิด- 1 ปี 1-12ปี และ 12 – 15 ปี นั้น มีช่วงอายุ 1 – 12 ปี ที่กว้างเกินไปเนื่องจากร่างกายของเด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาอย่างต่อเนื่องในช่วงวัยต่างๆ ทำให้ระบบต่างๆ เช่นหัวใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจและระบบประสาท มีการปรับตัวตามอายุ จึงทำให้สัญญาณชีพที่มีความแตกต่างกันหากใช้เกณฑ์ที่เท่ากันจะเสี่ยงต่อการประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยผิดพลาดได้ ผู้พัฒนานวัตกรรมจึงทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมและพบว่าแบบประเมิน PEWS score ของ รพ.กรุงเทพคริสเตียน และ NHS Scotland Pediatric Early Warning Scores มีการแบ่งช่วงอายุที่ถี่ขึ้นและหัวข้อการประเมินกระชับขึ้น จึงได้จัดทำนวัตกรรม วงล้อ PEWS เวอร์ชัน 2 ขึ้น โดยมีการแบ่งช่วงอายุเป็น 5 ช่วง ได้แก่ 0 – 3 เดือน 4 – 11 เดือน 1 - 5 ปี 5 - 12 ปีและมากกว่า 12 ปี

2.4 ออกแบบนวัตกรรม วงล้อ PEWS เวอร์ชั่น 2 โดยใช้โปรแกรม Power point



รูปที่ 5 แสดงการออกแบบวงล้อ PEWS score เวอร์ชันที่ 2

2.5 สร้างนวัตกรรมวงล้อ PEWS score เวอร์ชั่นที่ 2



รูปที่ 6 แสดงวงล้อ PEWS score เวอร์ชั่นที่ 2 (5 ช่วงวัย)

2.6 สรุปรูปแบบวงล้อ PEWS score ที่ได้จากข้อคิดเห็นจากพยาบาลในหน่วยงาน

2.7 เผยแพร่และประกาศใช้ วงล้อ PEWS score เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยเด็ก

3.Performance (กำหนดสิ่งที่เกิด ผลที่ได้)

3.1 พยาบาลสามารถประเมิน PEWS score ได้อย่างรวดเร็ว ประเมินจากการเปรียบเทียบกับการประเมิน PEWS score แบบเดิม

3.2 พยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม

3.3 อุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (unplan EET) และอัตราเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง (Unplanned death) ลดลง

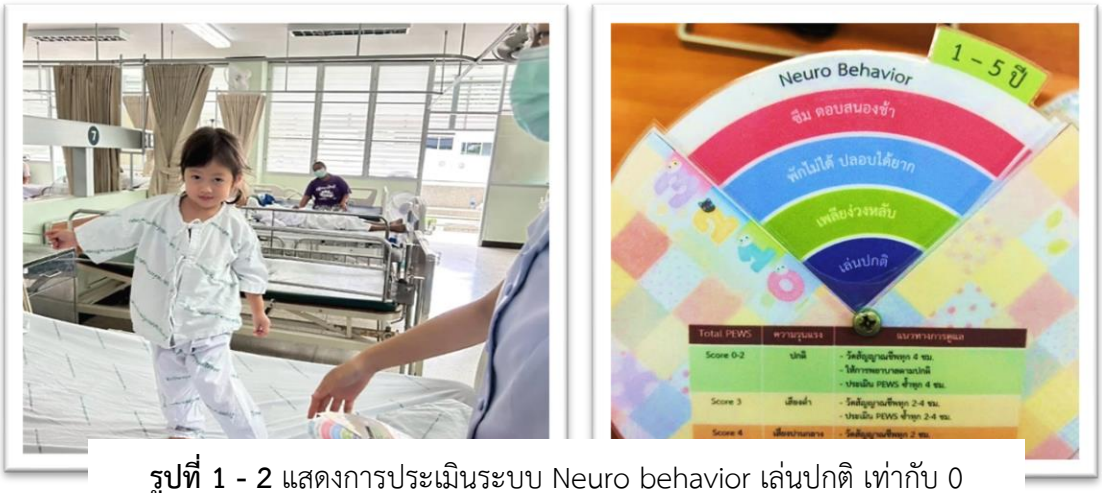
ระยะนำไปใช้

ทดลองใช้นวัตกรรม PEWS Score ทั้งเวอร์ชั่นที่ 1 และเวอร์ชั่นที่ 2 เป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2568 ถึง 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

1. ทดลองใช้วงล้อที่พัฒนามาทดลองใช้ในผู้ป่วยเด็ก admit ทุกราย ประเมินตั้งแต่แรกรับ โดยถือวงล้อเข้าไปประเมินที่ท้ายเตียงผู้ป่วยเพื่อประเมินในส่วนพฤติกรรม สีผิว นับหายใจ ตรวจร่างกายมีการหายใจ retraction และลงสัญญาณชีพในฟอร์มปรอทชาร์ตผู้ป่วย การหมุนวงล้อแบ่งตามประเภทช่วงวัย หากผู้ป่วยอายุ 3 ปี ให้เลือกหมุนแถบวงล้ออายุ 1- 5 ปี ประเมินทั้งหมด 3 ระบบ ได้แก่ Neuro Behavior , Cardiovascular และRespiratory โดยหมุนให้แต่ละระบบตรงในช่องว่างจะสามารถอ่านระดับคะแนน 0 1 2 และ 3 จะหมุนทั้งหมด 3 ครั้งและรวมคะแนนทั้ง 3 ระบบ จะได้ PEWS score ของผู้ป่วยรายนี้ลงบันทึกลงในฟอร์มและบันทึกในระบบ Hos XP

ตัวอย่าง ผู้ป่วยเด็กรายนี้อายุ 3 ปี วัดสัญญาณชีพ Temp 37.0 BP 92/60 mmHg Pulse 102 /min RR 24/min O2sat room air 98%



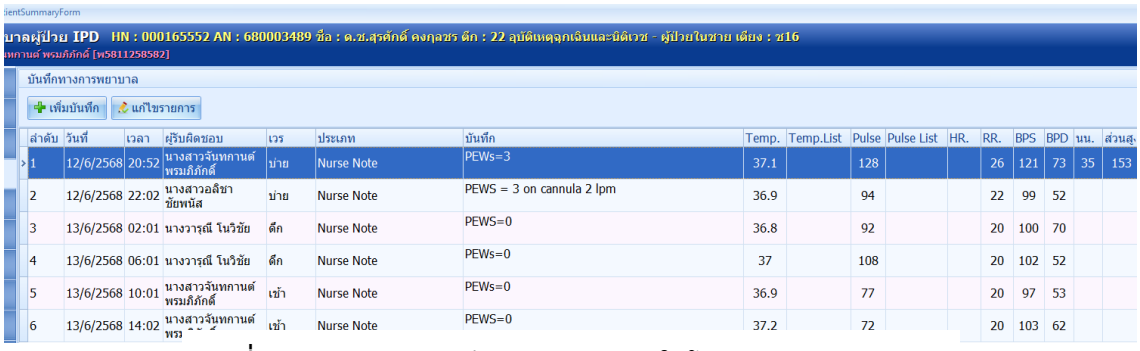
รูปที่ 1 - 2 แสดงการประเมินระบบ Neuro behavior เล่นปกติ เท่ากับ 0

รูปที่ 3 - 4 แสดงการประเมินระบบ Cardiovascular

ผิวสีชมพู CRT <2 วินาที BP=92/60 mmHg Pulse=102 /min สรุปได้ 0 คะแนน

รูปที่ 5 – 6 แสดงการประเมิน ระบบ Respiratory

ตรวจร่างกาย ไม่มีอกบุ๋ม นับหายใจ 24/min O2satRA 98% เท่ากับ 0 คะแนน



บันทึกทางการพยาบาล

เพิ่มบันทึก | แก้ไขรายการ

ลำดับ	วันที่	เวลา	ผู้รับผิดชอบ	เวร	ประเภท	บันทึก	Temp.	Temp.List	Pulse	Pulse List	HR.	RR.	BPS	BPD	นน.	ส่วนสู
1	12/6/2568	20:52	นางสาววันทกานต์ พรมภักดี	บ่าย	Nurse Note	PEWs=3	37.1		128			26	121	73	35	153
2	12/6/2568	22:02	นางสาวอลิชา ชัยพนัส	บ่าย	Nurse Note	PEWS = 3 on cannula 2 lpm	36.9		94			22	99	52		
3	13/6/2568	02:01	นางวารุณี โนวิชัย	ดึก	Nurse Note	PEWS=0	36.8		92			20	100	70		
4	13/6/2568	06:01	นางวารุณี โนวิชัย	ดึก	Nurse Note	PEWs=0	37		108			20	102	52		
5	13/6/2568	10:01	นางสาววันทกานต์ พรมภักดี	เช้า	Nurse Note	PEWs=0	36.9		77			20	97	53		
6	13/6/2568	14:02	นางสาววันทกานต์ พรม	เช้า	Nurse Note	PEWS=0	37.2		72			20	103	62		

รูปที่ 7 แสดงการลงบันทึก PEWS score ในโปรแกรม Hos XP

Total PEWS	ความรุนแรง	แนวทางการดูแล
Score 0-2	ปกติ	- วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชม. - ให้การพยาบาลตามปกติ - ประเมิน PEWS ซ้ำทุก 4 ชม.
Score 3	เสียงต่ำ	- วัดสัญญาณชีพทุก 2-4 ชม. - ประเมิน PEWS ซ้ำทุก 2-4 ชม.
Score 4	เสี่ยงปานกลาง	- วัดสัญญาณชีพทุก 2 ชม. - ประเมิน PEWS ซ้ำทุก 2 ชม.
Score > 5 หรือ มี 3 คะแนน อย่างน้อย 1 ข้อ	เสี่ยงสูง	วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที รายงานแพทย์มาดูผู้ป่วยทันที ภายใน 15 นาที ช่วยเหลือตาม แบบ ACLS , Plan refer

2. เมื่อได้คะแนน PEWS score มาแล้วสามารถดูแนวทางการดูแลผู้ป่วยตาม Total PEWS ได้จากวงล้อแผ่นบนสุด เมื่อมีเหตุการณ์ผิดปกติเกี่ยวกับผู้ป่วยหากการรายงานแพทย์มีการรายงาน PEWS score ด้วยจะช่วยทำให้ข้อมูลที่รายงานแพทย์มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น แพทย์สามารถวางแผนการรักษาได้ถูกต้องและรวดเร็วมากขึ้น

3. รับฟัง Feedback และปรับปรุงเครื่องมือ

4. ประเมินผู้ใช้ เช่น พยาบาลเวรดึก/เวรเช้า/เวรบ่าย เพื่อเก็บความคิดเห็น

5. ปรับฟังก์ชันหรือองค์ประกอบของเครื่องมือให้เหมาะกับบริบทมากที่สุด

6. ให้พยาบาลประเมินผลการใช้งานวงล้อ PEWS score โดยให้เปรียบเทียบการประเมิน PEWS score แต่ละแบบพร้อมทั้งให้ประเมินความพึงพอใจการใช้นวัตกรรม

ตัวชี้วัด (ผลผลิต/ผลลัพธ์)

1. เจ้าหน้าที่สามารถประเมิน PEWS score (Pediatric Early Warning Score) ได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ และสามารถสื่อสารในทีมระหว่างทีมบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วยได้ชัดเจนมากขึ้น มากกว่า 80%

2. ลดอุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (unplan EET) มากกว่า 80%

3. ลดอัตราเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง (Unplanned death) มากกว่า 80%

4. เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจต่อการใช้งานนวัตกรรมวงล้อ PEWS score มากกว่า 80%

สรุป

จากการทดลองใช้นวัตกรรมวงล้อ PEWS score ตั้งแต่เดือน มีนาคม - พฤษภาคม มีจำนวนผู้ป่วยเด็ก admit ทั้งหมด 89 ราย เก็บข้อมูลได้ดังนี้

1. เปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้ในการประเมิน PEWS score ตั้งแต่แรกรับจนถึงลงบันทึก PEWS score ลงในระบบ Hos XP โดยให้พยาบาล 12 คนเปรียบเทียบ ระหว่างการใช้แบบบันทึกแบบเดิม การใช้นวัตกรรมวงล้อ PEWS score เวอร์ชั่นที่ 1 และวงล้อ PEWS score เวอร์ชั่นที่ 2 ผลการประเมินพบว่าใช้เวลาในการประเมินเฉลี่ย 5.25 2.5 และ 2.58 นาทีตามลำดับ

2. พยาบาลหอผู้ป่วยในชายมีความพึงพอใจต่อการใช้งานนวัตกรรมวงล้อ PEWS score เวอร์ชั่นที่ 1 (3 ช่วงวัย) ร้อยละ 96.4 และเวอร์ชั่นที่ 2 (5 ช่วงวัย) ร้อยละ 98.4

3. ในช่วงทดลองใช้นวัตกรรมไม่เกิดอุบัติการณ์ unplan EET

4. ไม่เกิดอัตราเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง (Unplanned death) Unplanned death

จะเห็นว่าวงล้อ PEWS score ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยเด็กได้รวดเร็วขึ้น และถึงแม้ว่าวงล้อ PEWS score เวอร์ชั่นที่ 1 และเวอร์ชั่นที่ 2 จะใช้ระยะเวลาใกล้เคียงกันแต่พยาบาลมีความพึงพอใจเวอร์ชั่นที่ 2 มากกว่า อาจเป็นเพราะเวอร์ชั่นที่ 2 มีการแบ่งช่วงอายุถี่ขึ้น การประเมินจึงแม่นยำมากขึ้นส่งผลให้พยาบาลมีความมั่นใจในการประเมิน PEWS score เพิ่มมากขึ้นด้วย

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. นวัตกรรมวงล้อ PEWS score (Pediatric Early Warning Score) มีความสะดวกง่ายต่อการใช้งานสามารถนำไปประเมินผู้ป่วยเด็กที่ข้างเตียงได้

2. พยาบาลสามารถใช้วงล้อ PEWS score ในการประเมินผู้ป่วยเด็กเพื่อดักจับสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติและให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องลดความเสี่ยงที่จะเกิดผลเสียที่เป็นอันตรายได้

3. พยาบาลมีแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กตามคะแนน PEWS score ที่ประเมินได้และสามารถใช้คะแนน PEWS score เป็นข้อมูลประกอบการรายงานอาการให้แพทย์ทราบเพื่อให้แพทย์วางแผนการรักษาและดูแลต่อไปได้อย่างรวดเร็วเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

Agulnik A, Antillon F, Saito AM, Chou JF, Uribe J, Rodriguez-Galindo C, et al. Improved outcomes after successful implementation of a pediatric early warning system (PEWS) in a resource-limited pediatric oncology hospital. Cancer [Internet]. 2017 [cited 2025 Jan 5];123(17):2965–74. Available from: https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cncr.30664

Murray JS, Williams LA, Pignataro S, Volpe D. An integrative review of pediatric early warning system scores. Pediatr Nurs [Internet]. 2015 [cited 2025 Jan 1];41(4):165–72. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26470465/

Thomson K. NHS Scotland Paediatric Early Warning Scores Chart. NHSGGC Paediatrics for Health Professionals [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 1]. Available from: https://www.templateroller.com/template/2614849/nhs-scotland-paediatric-early-warning-scores-chart.html

อำไพรัตน์ สุทธิธรรมถาวร. ประสิทธิภาพของระบบสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยเด็ก (Pediatric Early Warning System-PEWS) โรงพยาบาลศีขรภูมิ. ศรีนครินทร์เวชสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 2568 มี.ค. 1];38(2). เข้าถึงได้จาก: https://thaidj.org/index.php/smnj/article/view/13270

การเก็บสายเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG Reduce time)

วิไลวรรณ มาคำ นพัชรินทร์ สิทธิกรรณ์ นางจิตรทิวา เทพวงศ์ นางสาวบัวลอย ภูหลัก
นิภา อนุโลม นางนันทนัช มาดามวิศิษฏ์ นางสาวรพีพร โนจิตร
นางพรทิพย์ สมรักอมร นางรจนา ทาเหล็ก
การพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ

บทนำ

เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography : ECG) เป็นเครื่องมือในการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก รวมถึงวิเคราะห์ความรุนแรงในผู้ป่วยโรคหัวใจและผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยในปีงบประมาณ 2567 แผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ มีผู้ป่วยที่รับบริการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จำนวน 1,025 ราย ซึ่งมีระยะเวลาเฉลี่ยในการทำหัตถการ 9-10 นาทีต่อผู้รับบริการหนึ่งคน โดยเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ประกอบด้วย สาย Chest lead 6 สาย และสาย Limp lead 4 สาย ซึ่งแต่ละสายมีลักษณะค่อนข้างยาว จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบปัญหาสายไฟพันกัน เกิดการชำรุดจากการหักพับงอของสาย และไม่สะดวกในการใช้งาน ทำให้เกิดความล่าช้าและเกิดความไม่พึงพอใจในในบริการและอาจส่งผลต่อการวินิจฉัยของแพทย์ ดังนั้นแผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ จึงได้จัดทำนวัตกรรมการเก็บสายเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG Reduce time) ขึ้นมาเพื่อลดระยะเวลาในการให้บริการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและเพื่อเก็บรักษาเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจให้มีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงของการชำรุดจากการหักพับงอของสาย และผู้รับบริการมีความพึงพอใจในบริการมากยิ่งขึ้น

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

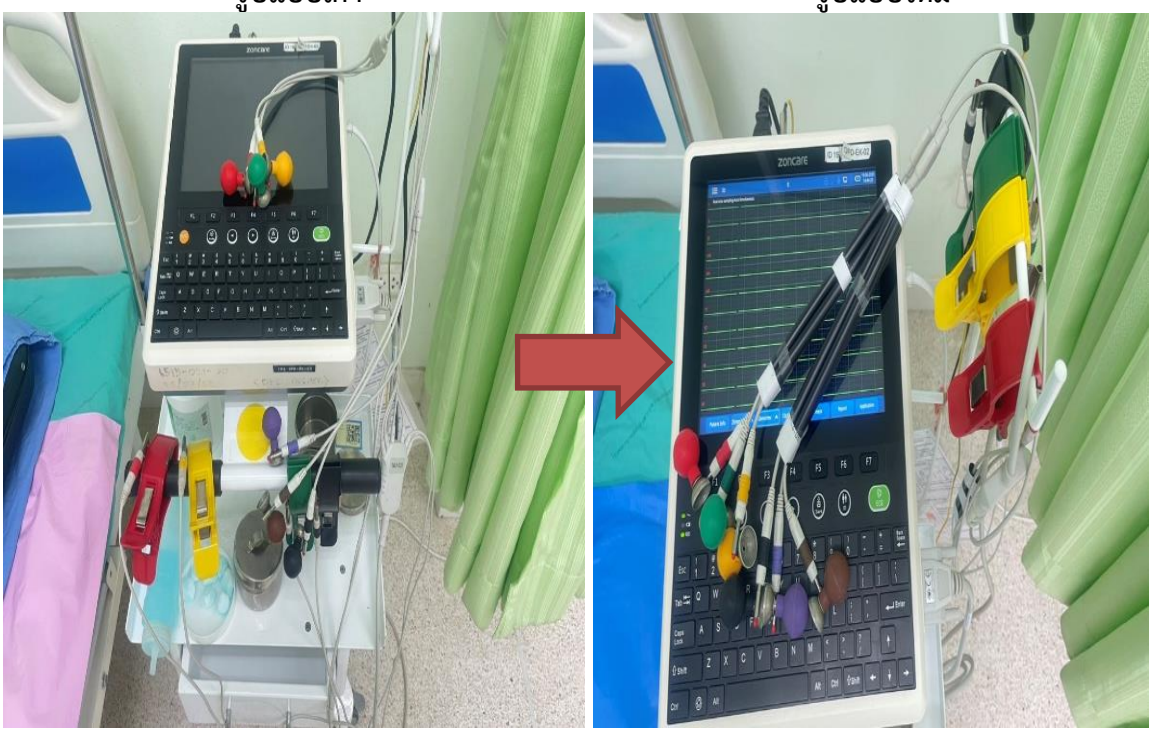
วันที่ 1 มิถุนายน - 31 ตุลาคม 2568

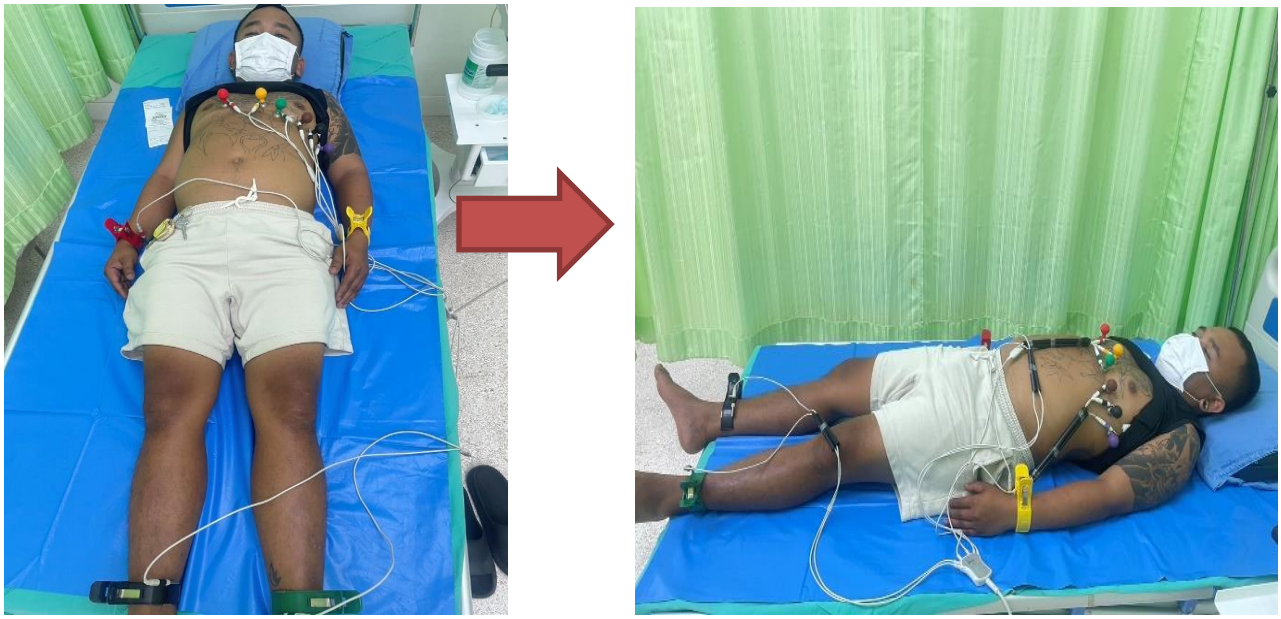
วิธีการพัฒนานวัตกรรม

1. **ระยะเริ่มแรก** การศึกษาสภาพปัญหา /ประชุมทีมพัฒนา

2. **ระยะพัฒนา** การออกแบบและจัดทำนวัตกรรม โดยทีมงานได้พัฒนานวัตกรรมการจัดเก็บสาย EKG 12 Leads โดยประดิษฐ์จากวัสดุที่เหลือใช้ (Recycle) คือหลอดดูดชาไข่มุกหมดที่ใช้แล้ว และนำมาทำความสะอาด จากนั้นนำมาประดิษฐ์เป็นอุปกรณ์ที่ช่วยในการจัดเก็บสาย EKG เพื่อให้มีความสะดวก รวดเร็ว ในการใช้งาน

รูปแบบเก่า **รูปแบบใหม่**

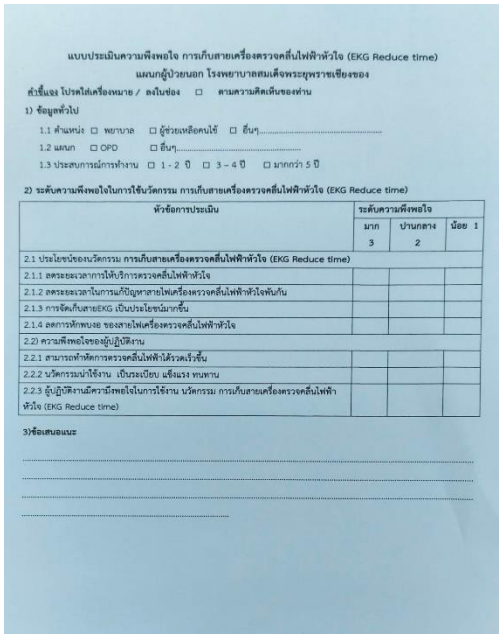




รูปแบบเก่า **รูปแบบใหม่**

3. **ระยะนำไปใช้** เริ่มต้นใช้นวัตกรรม ในวันที่ 3 – 31 ตุลาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลจำนวนครั้ง/ระยะเวลาในการทำ EKG และแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม ประกอบด้วยความสะดวก คุ้มค่า รวดเร็ว เป็นระเบียบ และความพึงพอใจในภาพรวม

วันที่	HN	ระยะเวลาทำ EKG			หมายเหตุ
		เวลาเริ่มทำ	เวลาสิ้นสุด	รวม	



แบบประเมินความพึงพอใจ การเก็บสายเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG Reduce time)
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง ☐ ตามความคิดเห็นของท่าน

1) ข้อมูลทั่วไป

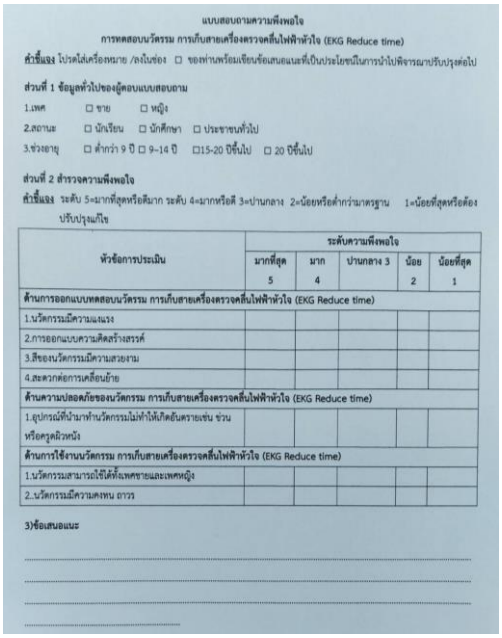
1.1 ตำแหน่ง ☐ พยาบาล ☐ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ☐ อื่นๆ.....
1.2 แผนก ☐ OPD ☐ อื่นๆ.....
1.3 ประสบการณ์การทำงาน ☐ 1 - 2 ปี ☐ 3 – 4 ปี ☐ มากกว่า 5 ปี

2) ระดับความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม การเก็บสายเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG Reduce time)

หัวข้อการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ		
	มาก 3	ปานกลาง 2	น้อย 1
2.1 ประโยชน์ของนวัตกรรม การเก็บสายเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG Reduce time)			
2.1.1 ลดระยะเวลาการให้บริการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ			
2.1.2 ลดระยะเวลาในการแก้ปัญหาสายไฟเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจหักงอ			
2.1.3 การจัดเก็บสายEKG เป็นประโยชน์มากขึ้น			
2.1.4 ลดการหักพับงอ ของสายไฟเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ			
2.2) ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน			
2.2.1 สามารถทำหัตการตรวจคลื่นไฟฟ้าได้รวดเร็วขึ้น			
2.2.2 นวัตกรรมนำใช้งาน เป็นระเบียบ แข็งแรง ทนทาน			
2.2.3 ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการใช้งาน นวัตกรรม การเก็บสายเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG Reduce time)			

3)ข้อเสนอแนะ

.....
.....
.....
.....



แบบสอบถามความพึงพอใจ
การทดสอบนวัตกรรม การเก็บสายเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG Reduce time)

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย /ลงในช่อง ☐ ของท่านพร้อมเขียนข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการนำไปพิจารณาปรับปรุงต่อไป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1.เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2.สถานะ ☐ นักเรียน ☐ นักศึกษา ☐ ประชาชนทั่วไป
3.ช่วงอายุ ☐ ต่ำกว่า 9 ปี ☐ 9–14 ปี ☐15-20 ปีขึ้นไป ☐ 20 ปีขึ้นไป

ส่วนที่ 2 สำรวจความพึงพอใจ

คำชี้แจง ระดับ 5=มากที่สุดหรือดีมาก ระดับ 4=มากหรือดี 3=ปานกลาง 2=น้อยหรือต่ำกว่ามาตรฐาน 1=น้อยที่สุดหรือต้องปรับปรุงแก้ไข

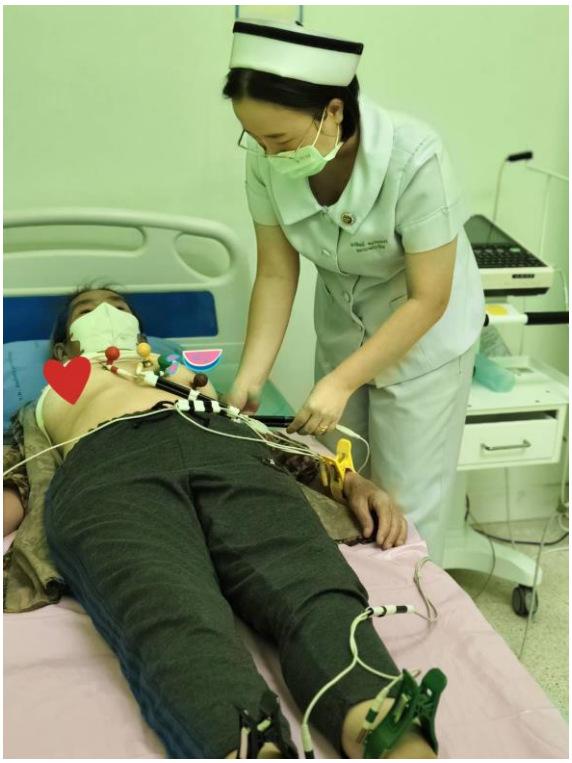
หัวข้อการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
ด้านการออกแบบทดสอบนวัตกรรม การเก็บสายเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG Reduce time)					
1.นวัตกรรมมีความแข็งแรง					
2.การออกแบบความคิดสร้างสรรค์					
3.สีของนวัตกรรมมีความสวยงาม					
4.สะดวกต่อการเคลื่อนย้าย					
ด้านความปลอดภัยของนวัตกรรม การเก็บสายเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG Reduce time)					
1.อุปกรณ์ที่นำมาทำนวัตกรรมไม่ทำให้เกิดอันตรายเช่น ข่วน หรือครูดผิวหนัง					
ด้านการใช้งานนวัตกรรม การเก็บสายเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG Reduce time)					
1.นวัตกรรมสามารถใช้ได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง					
2.นวัตกรรมมีความคงทน ถาวร					

3)ข้อเสนอแนะ

.....
.....
.....
.....

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

จากการทดลองใช้นวัตกรรม การเก็บสายเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG Reduce time) เป็นเวลา 21 วัน (วันทำการหรือวันราชการ) ในเดือนตุลาคม 2568 โดยพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกพบว่าไม่เกิดอุบัติการณ์สายเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจชำรุดจากการเก็บอุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสม ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในการใช้งานนวัตกรรม ผลการประเมินตัวชี้วัดเป็นไปตามเป้าหมาย ผู้ปฏิบัติใช้งานเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้สะดวกมากขึ้น กระบวนการให้บริการไหลลื่นมากขึ้น ทำให้ระยะเวลาการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจต่อผู้รับบริการหนึ่งคน ลดลงจาก10 นาที เป็น 5 นาที ช่วยลดระยะเวลาของขั้นตอนการตรวจก่อนเข้าพบแพทย์ และลดอุบัติการณ์สายเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจชำรุดจากการหักพับงอของสาย



ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
-ระยะเวลาเฉลี่ยการให้บริการตรวจคลื่นหัวใจต่อคน	< 5 นาที	9.6	4.5
-อุบัติการณ์สายเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจชำรุดจากการหักงอของสาย	0 ครั้ง	20	0
-ร้อยละความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน	> 80 %	68	95

สรุป

นวัตกรรมการเก็บสายเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG Reduce time) ทำให้ผู้ปฏิบัติงานและผูรับบริการมีความพึงพอใจจาการใช้งานนวัตกรรม เพราะนวัตกรรมช่วยลดระยะเวลาในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจต่อผู้รับบริการหนึ่งคน จากเดิม เฉลี่ย 9.6 นาที เหลือเพียง 4.5 นาทีเท่านั้น และยังลดอุบัติการณ์สายเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจชำรุดจากการหักพับงอของสายได้จริง

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

ผู้ปฏิบัติงานสามารถให้บริการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ในระยะเวลาที่เหมาะสม และไม่เกิดอุบัติการณ์สายเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจชำรุดจากการเก็บอุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสม สามารถขยายผลนวัตกรรม โดยสามารถนำนวัตกรรมดังกล่าวไปใช้กับเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแผนกอื่น ๆ เช่น หอผู้ป่วยใน และงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพราะเป็นสิ่งประดิษฐ์ที่มาจากวัสดุเหลือใช้ ราคาถูก มีประโยชน์และใช้ได้จริงในการปฏิบัติงาน

Chiangkhong health plus AI Chatbots Gouty(พยาบาลGouty)

รพีพร โนจิตร
งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล

บทนำ

การบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก เป็นการบริการที่บุคลากรทางการพยาบาลให้บริการแก่ ผู้ใช้บริการด้านสุขภาพ ครอบคลุมการตรวจรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ สำหรับผู้มีสุขภาพดีและผู้มีปัญหาสุขภาพ โดยการคัดกรองภาวะสุขภาพ แยกประเภทความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค ช่วยเหลือแพทย์ในการตรวจรักษาโรคและสุขภาพ ให้การพยาบาลก่อนขณะ และหลังการตรวจรักษา ให้การดูแลรักษาพยาบาล ช่วยเหลือ ปฐมพยาบาลเบื้องต้น ในรายที่มีอาการรบกวน อาการไม่คงที่ และอาการรุนแรง หรือมีภาวะเสี่ยงต่ออันตรายต่อชีวิตเฉียบพลัน บริการให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการและครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ปรับพฤติกรรมและดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนการบริการปรึกษาสุขภาพ งานบริการส่วนใหญ่ประกอบด้วย คลินิกตรวจโรคและสุขภาพทั่วไป คลินิกตรวจโรคเฉพาะทางแต่ละสาขา คลินิกเด็ก สูตินรีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม เป็นต้น ซึ่งการจัดให้มีคลินิกใดบ้างขึ้นอยู่กับ ความต้องการและความพร้อมของหน่วยงาน บุคลากรทางการพยาบาลในหน่วยงานบริการผู้ป่วยนอก นอกจากจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถและทักษะทางการพยาบาลพื้นฐานและเฉพาะทางแล้ว ยังต้องมีทักษะสำคัญที่มุ่งเน้นด้านการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การเจรจาต่อรอง การถ่ายทอดข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้มาใช้บริการเข้าใจภาวะสุขภาพและสามารถนำไปปฏิบัติตนเองได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นการป้องกันความขัดแย้งและสร้างความประทับในใจบริการ ซึ่งในแต่ละวันมีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมากหลากหลายอาการ การรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วย NCD ผู้ป่วยโรคทั่วไป ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง มีการปรับพฤติกรรม การดูแลตัวเองที่บ้าน และการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมีความสำคัญเป็นอย่างมาก การสร้างความตระหนักและภัยภาวพแทรกซ้อนที่ตามมาหากดูแลได้ไม่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดอาการรุนแรงตามมา โดยเฉพาะผู้ป่วยอายุโรคเกาต์ (Gout) เป็นโรคข้ออักเสบชนิดหนึ่งที่เกิดจากการสะสมของกรดยูริกในร่างกายมากเกินไป ทำให้เกิดการอักเสบและปวดบริเวณข้อต่อต่างๆ โดยเฉพาะข้อนิ้วหัวแม่เท้า อาการของโรคเกาต์สามารถเป็นๆ หายๆ ได้ และหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้ ในแต่ละมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยจำนวนผู้ป่วยปีพ.ศ.2565 มี 465 ราย ปีพ.ศ.2566 มี 495 ราย และปีพ.ศ.2567 มี 609 รายและในปีพ.ศ.2568 มี 790ราย มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทุกๆปี และในแต่ละปีมีผู้ป่วยที่โรคเกาต์กำเริบต้องมารักษารพ.ปีพ.ศ.2566 มี 154 ราย และปีพ.ศ.2567 มี 200 รายและในปีพ.ศ.2568 มี 246 ราย ต้องใช้การดูแล ให้คำแนะนำ การให้ความรู้เบื้องต้นและต่อเนื่องเช่นผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรังอื่นๆ เดิม มีการให้คำแนะนำ แบบพูดให้แนะนำ การให้แผ่นพับ ใบความรู้ แต่ผู้ป่วยมักจะสอบถามอาการ ผลเลือดและข้อมูลอื่นๆ ในทุกๆครั้ง การให้ความรู้ คำแนะนำ ใช้เวลานานในผู้ป่วยแต่ละรายและเอกสารคำแนะนำเดิมไม่ครอบคลุมและมีข้อมูลไม่เพียงต่อ ฉีกขาด สูญหายหรือนำใบความรู้ไปทิ้งบ้าง ใช้ระยะเวลาในการให้คำแนะนำที่นาน จากโลกเทคโนโลยีในปัจจุบันผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเข้าถึงเทคโนโลยีเป็นส่วนใหญ่ มีอาการพัฒนา และส่วนใหญ่มีไลน์ส่วนตัวสามารถเล่นไลน์ได้ มีมือถือเป็นของตนเองดังนั้นทางทีมจึงได้เล็งเห็นการพัฒนาเครื่องมือ “Chiangkhong health plus AI Chatbots Gouty ”ที่อยากนำเทคโนโลยีที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย รวดเร็ว ศึกษาได้ด้วยตนเอง สามารถทบทวนเมื่ออยู่ที่บ้านได้ ไม่สิ้นเปลืองทรัพย์กร งบค่าใช้จ่าย ซึ่งการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย การให้ความรู้เบื้องต้นเฉพาะเจาะจงโรค อาการ สาเหตุ ปัจจัยที่ก่อให้โรคกำเริบ

การดูแลที่บ้าน การรับประทานยารวมถึงการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาการที่ควรมารพ.หรือแม้แต่ญาติที่สามารถศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับตัวโรคเกาต์ได้เพื่อเข้าใจและดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างถูกต้องส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเข้าใจ ผู้รับบริการเข้าถึงข้อมูลแหล่งความรู้ได้ง่าย และมีแนวโน้มที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมได้ดีจนถึงสามารถควบคุมโรคให้โรคสงบไม่กำเริบรุนแรงในอนาคตได้ และเจ้าหน้าที่สามารถลดระยะเวลาในการให้คำแนะนำได้รวดเร็วขึ้น มีข้อมูลสื่อสารที่ตรงกัน สะดวก ชัดเจนขึ้น

- เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสาร การให้คำแนะนำ ความรู้ เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเกาต์ได้รวดเร็วขึ้นลดระยะเวลา
- ลดงบประมาณค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล
- เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยเข้าถึงและใช้งานได้สะดวก

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ช่วงเดือน กุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรกช่วงเดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2568

วิธีการดำเนินการ

1. ประชุมทีมงานของงานการพยาบาลงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของเพื่อชี้แจงปัญหาที่เกิดขึ้นและร่วมคิดหาแนวทางแก้ไข
2. วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาที่เจอ ร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเกาต์ จัดลำดับแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน
3. ออกแบบเครื่องมือรูปแบบแผ่นพับผู้ป่วยโรคเกาต์ การดูแลผู้ป่วยโรคเกาต์ จัดลำดับข้อมูล เนื้อหา คำแนะนำ ข้อมูลอื่นๆเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเกาต์ ที่ชัดเจนอย่างง่าย โดยรวบรวมเนื้อหาสำคัญที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเกาต์ ศึกษาข้อมูล อาการที่พบ สาเหตุ ระยะโรค ลักษณะโรค ปัจจัย ความรุนแรง การวินิจฉัย การรักษา การป้องกัน การเตรียมตัว และข้อมูลค่าผลเลือดกรดยูริก
4. ออกแบบแผ่นพับ รูปแบบหน้าเนื้อหา การจัดข้อมูลในสมุด รูปภาพ ขนาดตัวอักษร โดยใช้โปรแกรม https://www.canva.com/design โดยเลือกขนาดแบบพกพา ที่เหมาะสม
5. จัดหาอุปกรณ์เลือกกระดาษ A4สำหรับปริ้นสีขาว แบบหนาและแบบบาง
6. หลังจากนั้นออกแบบสมุดประจำตัวโรคเกาต์ ออกแบบหน้าปก รูปแบบหน้าเนื้อหา การจัดข้อมูลในสมุด รูปภาพ ขนาดตัวอักษร โดยใช้โปรแกรม https://www.canva.com/design โดยเลือกขนาดสมุดแบบพกพา ที่เหมาะสมสำหรับพกพาง่าย สวยงาม
7. เลือกกระดาษ A4สำหรับปริ้น
8. ตัดกระดาษตามรูปเล่มที่ปริ้น โดยมีความยาว 20 นิ้ว. กว้าง 8 นิ้ว.
9. ใช้สติกเกอร์ใสเคลือบสมุดอย่างหนา โดยตัดขนาดให้เท้ากับสมุดโดยมีความยาว 20 นิ้ว. กว้าง 8 นิ้ว. แม็คเย็บเล่ม

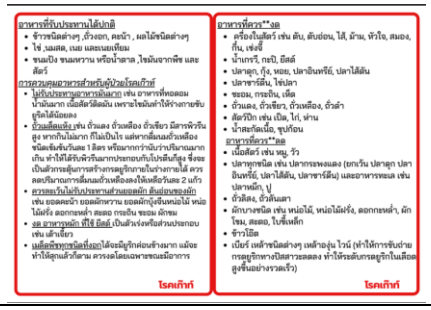
ระยะเริ่มแรกได้พัฒนานวัตกรรม ใบความรู้แบบแผ่นพับและปรับเป็นสมุดประจำตัวโรคเกาต์

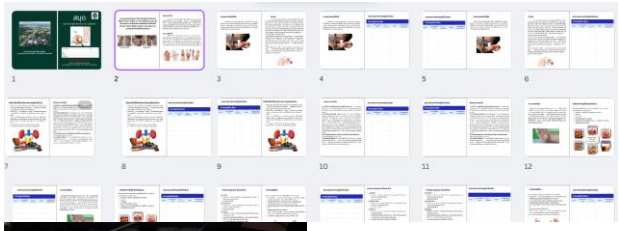
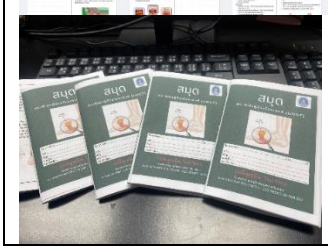
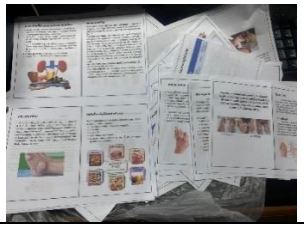
ระยะพัฒนาช่วงเดือน มกราคม 2568

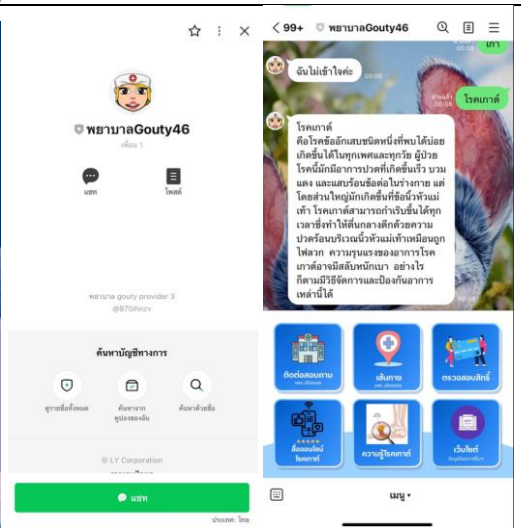
สมุดประจำตัวโรคเกาต์พบปัญหาสูญหาย สิ้นเปลืองกระดาษ และกรณีผู้ป่วยรายใหม่ ที่ต้องให้คำแนะนำที่ต้องใช้เวลานาน ญาติที่มีข้อซักถามต้องการความรู้อื่นๆขณะอยู่ที่บ้าน

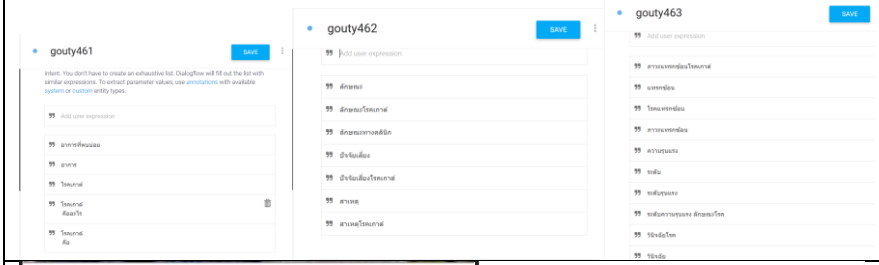
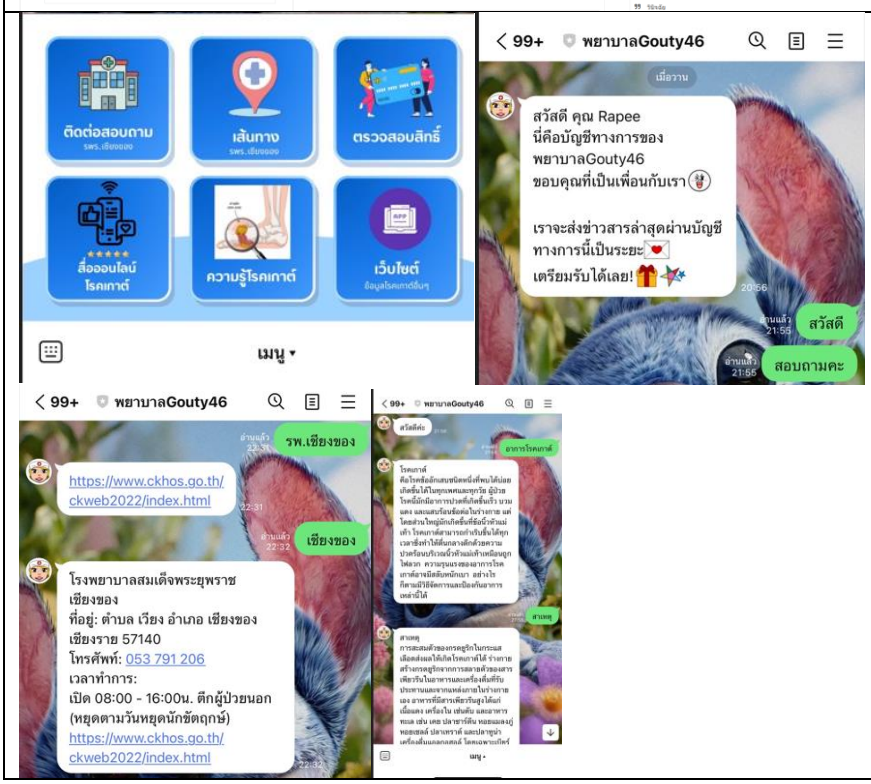
พัฒนาเนื้อหา ความรู้แบบเฉพาะเจาะจงของโรคเกาต์ใบคำแนะนำ ความรู้ เนื้อหาในสมุดประจำตัวโรคเกาต์ให้ไปอยู่ในมือถือ นำเทคโนโลยี การใช้ line OA / line official account manager เป็นบัญชีที่ถูกออกแบบมาสำหรับธุรกิจและองค์กร เพื่อใช้เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสาร ซึ่งสามารถนำมาสื่อสารใช้งานในการถามตอบสื่อสารกับผู้ป่วยได้ นำมาเชื่อมกับโปรแกรม Dialogflow Essentials สร้างและจัดการ Conversational AI หรือผู้ช่วยเสมือน (Virtual Assistant) ที่สามารถโต้ตอบกับผู้ใช้งานผ่านการสนทนาได้ทั้งข้อความและเสียงได้

1. ประชุมทีมงานของงานการพยาบาลงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ เพื่อชี้แจงปัญหาที่เกิดขึ้นและร่วมคิดหาแนวทางแก้ไข
2. วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาที่เจอ ร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเกาต์ จัดลำดับแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน
3. ศึกษาเทคโนโลยี ที่ให้ AI เข้ามาช่วยในการสื่อสารผ่าน line ที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้และยังคงเนื้อหาความรู้ไว้ในรูปแบบคล้ายสมุดประจำตัว
4. ศึกษาเทคโนโลยี การใช้ line OA / line official account manager เป็นบัญชีที่ถูกออกแบบมาสำหรับธุรกิจและองค์กร เพื่อใช้เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับลูกค้า ซึ่งสามารถนำมาสื่อสารใช้งานในการถามตอบสื่อสารกับผู้ป่วยได้
5. ศึกษาเทคโนโลยี ที่ให้ AI นำโปรแกรม Dialogflow Essentials แพลตฟอร์มของ Google ที่ใช้สำหรับสร้างและจัดการ Conversational AI หรือผู้ช่วยเสมือน (Virtual Assistant) ที่สามารถโต้ตอบกับผู้ใช้งานผ่านการสนทนาได้ทั้งข้อความและเสียง โดยใช้เทคโนโลยี Natural Language Understanding (NLU) ช่วยในการทำความเข้าใจความต้องการของผู้ใช้และตอบสนองได้อย่างเหมาะสม โดยเทคโนโลยีทั้งสองตัวนี้นำมาเชื่อมต่อกับโดยเชื่อมกับเว็บไซต์ เนื้อหาออนไลน์ความรู้เกี่ยวกับโรคเกาต์โดยเชื่อมต่อกับบทสนทนา คำถามของผู้ป่วยให้ไปเชื่อมกับข้อมูล
6. ทำชุดคำถาม บาสนทนาถามตอบและออกแบบรูปแบบของ line official account manager เป็นตัวแทน AI พยาบาล Gouty ที่ช่วยตอบคำถามหรือข้อสงสัยของผู้ป่วยที่สอบถามมาในระบบแต่เจ้าหน้าที่ไม่ต้องเสียเวลาในการไปตอบเอง ให้ AI เป็นตัวช่วยในการตอบ
7. ออกแบบเครื่องมือรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคเกาต์ จัดลำดับข้อมูล เนื้อหา คำแนะนำ ข้อมูลอื่นๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเกาต์ ที่ชัดเจนอย่างง่าย โดยรวบรวมเนื้อหาสำคัญที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเกาต์ ศึกษาข้อมูล อาการที่พบ สาเหตุ ระยะโรค ลักษณะโรค ปัจจัย ความรุนแรง การวินิจฉัย การรักษา การป้องกัน การเตรียมตัว และข้อมูลค่าผลเลือดกรดยูริก ลงในระบบ

ช่วงเดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2568	
1.จากเดิมเป็นใบให้คำแนะนำ  อาหารที่รับประทานได้ปกติ • ข้าวชนิดต่างๆ ,ถั่วงอก, ตะโก้ , ผลไม้ชนิดต่างๆ • ไข่ ,นมสด, เนย และนมเปรี้ยว • ขนมปัง ขนมหวาน หรือน้ำตาล ,ไขมันจากพืช และสัตว์ การควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเกาต์ • ไม่รับประทานอาหารมื้อมาก เช่น อาหารที่ทอดอม น้ำมันมาก เนื้อสัตว์ติดมัน เพราะไขมันทำให้ร่างกายขับยูริคได้น้อยลง • ถั่วเมล็ดแห้ง เช่น ถั่วแดง ถั่วเหลือง ถั่วเขียว มีสารพิวรีนสูง หากกินไม่มาก ก็ไม่เป็นไร แต่หากมื้อนถั่วเหลือง ชนิดเข้มข้นวันละ 1 ลิตร หรือมากกว่านั้นร่วมกินมากเกิน ทำให้ได้รับพิวรีนมากเกินกับโปรตีนที่ดูด ซึ่งจะเป็นสาเหตุของการสร้างกรดยูริกมาในร่างกายได้ ควรลดปริมาณการดื่มนมถั่วเหลืองลงให้เหลือวันละ 2 แก้ว • ควรละเว้นไม่รับประทานส่วนยอดผัก ดังต่อนของผัก เช่น ยอดสะเดา ยอดผักบุ้งจีนหน่อไม้ หน่อไม้ฝรั่ง ดอกกระหล่ำ สะเดา กระเจี๊ยบ ขจอน ผักชม • งด อาหารหมัก ที่ใช้ ยีสต์ เป็นตัวช่วยหรือส่วนประกอบ เช่น เต้าเจี้ยว • แต่ถ้าชนิดที่ดูดได้จะมีปริมาณค่อนข้างมาก แม้จะทำให้สุกแล้วก็ตาม ควรงดโดยเฉพาะชนิดอาการ โรคเกาต์ อาหารที่ควร**งด • เครื่องในสัตว์ เช่น ตับ, ตับอ่อน, ไส้, ม้าม, หัวใจ, สมอง, กึ๋น, เซ่งจี๋ • น้ำอกรี, กะปิ, ยีสต์ • ปลาจุก, กุ้ง, หอย, ปลาอินทรีย์, ปลาไส้ตัน • ปลาซาร์ดีน, ไข่ปลา • ซอส, กระถิน, เห็ด • ถั่วแดง, ถั่วเขียว, ถั่วเหลือง, ถั่วดำ • ผักปิก เช่น เป็ด, ไก่, ห่าน • น้ำสกัดนึ่ง, ซุปก้อน อาหารที่ควร**ลด • เนื้อสัตว์ เช่น หมู, วัว • ปลาทุกชนิด เช่น ปลากระพงแดง (ยกเว้น ปลาดุก ปลาอินทรีย์, ปลาไส้ตัน, ปลาซาร์ดีน) และอาหารทะเล เช่น ปลาหมึก, กุ้ • ถั่วลิสง, ถั่วตัดแตา • ผักบางชนิด เช่น หน่อไม้, หน่อไม้ฝรั่ง, ดอกกระหล่ำ, ผักโขม, สะเดอ, ใบชี่เหล็ก • ข้าวโอ๊ต • เบียร์ เหล้าชนิดต่างๆ เหล้าองุ่น ไวน์ (ทำให้การขับถ่ายกรดยูริกทางปัสสาวะลดลง ทำให้ระดับกรดยูริกในเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว) โรคเกาต์	เอกสารคำแนะนำเดิมไม่ครอบคลุมและมีข้อมูลไม่เพียงต่อผู้ป่วยข้อมูลสื่อสารไม่เพียงพอ พกพาไม่ได้ ฉีก สูญหายหรือนำใบความรู้ไปทิ้ง

ช่วงเดือน มกราคม 2568	ปัญหาที่พบ
2.พัฒนามาเป็นสมุดน้อยคู่กาย หายห่วงปัญหาโรคเกาต์ และพัฒนาร่วมกับการทำ **AI Chatbots** พยาบาล Gouty   	มีข้อมูลจำนวนมาก ตัวอักษรมีขนาดน้อย สูญหายสิ้นเปลืองกระดาษและการศึกษาหรือมีข้อสงสัยเนื้อหาคำแนะนำข้อมูลบางส่วนต้องการสอบถามต้องรอถึงวันนัดสอบถามที่บ้านไม่ได้ ทีมได้ศึกษา นำเทคโนโลยี AI มาใช้ร่วมกับแบบชุดความรู้แบบสมุดประจำตัว ทำ **AI Chatbots** พยาบาล Gouty

ระยะทดลองใช้ช่วงเดือน กุมภาพันธ์	ปัญหา
    	**ระยะทดลองใช้**ช่วงเดือน กุมภาพันธ์ ทดสอบผู้ป่วยที่มีโทรศัพท์มือมือ สามารถเล่นlineได้ 20 ราย ผู้ป่วยและญาติสามมารถ add Line สื่อสารกับ **AI Chatbots** พยาบาล Gouty ได้แต่มีบางคำถามที่ผู้ป่วยถามไม่ตรงแบบสอบถามบทสนทนา **AI Chatbots** พยาบาล Gouty ก็จะไม่มีคำตอบ **แก้ไขพัฒนาคำถาม บทสนทนาเพิ่มเติมให้ครบคุมมากขึ้น

<table>
<tr><td colspan="2">ระยะการนำไปใช้ช่วงเดือน มีนาคม ถึง พฤษภาคม 2568</td></tr>
<tr><td> 
</td><td>add line OA</td></tr>
<tr><td> 
</td><td>ระยะการนำไปใช้ช่วงเดือน มีนาคม ถึง พฤษภาคม 2568
ผู้ป่วย 80 ราย ที่มีโทรศัพท์มือมือสามารถเล่นlineได้ ผู้ป่วยและญาติสามารถ add Line สื่อสารกับ AI Chatbots พยาบาล Gouty ได้ช่วยเป็นตัวแทนสื่อสารกับผู้ป่วยได้ ทั้งตอนที่อยู่บ้านหรือในรพ.</td></tr>
</table>

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

การใช้นวัตกรรม **Chiangkhong health plus AI Chatbots Gouty หรือพยาบาลGouty** นำนวัตกรรมมาใช้ในหน่วยงานระยะเวลา 3 เดือน มาใช้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยการให้ความรู้เบื้องต้นเฉพาะเจาะจงโรค อาการ สาเหตุ ปัจจัยที่ก่อให้โรคกำเริบ การดูแลที่บ้าน การรับประทานยารวมถึงการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาการที่ควรมารพ.หรือแม้แต่ญาติที่สามารถศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับตัวโรคเกาต์ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการใช้เข้าใจโรคเกาต์สอบถามข้อมูลได้ตามที่ต้องการสามารถสอบถามได้ตลอดเวลาและผู้รับบริการเข้าถึงข้อมูลแหล่งความรู้ได้ง่าย ใช้ได้ด้วยตนเอง การให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเกาต์และแนะนำได้รวดเร็วขึ้นลดระยะเวลาในการอธิบายให้คำแนะนำจากเดิม ใช้เวลาเฉลี่ย 7นาทีแต่หลังใช้นวัตกรรมสามารถให้การให้คำแนะนำสะดวกรวดเร็วขึ้นเฉลี่ย 2 นาทีต่อราย ลดงบประมาณค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลซื้อสมุดประจำตัวได้ (เดิมเล่ม 10 บาท)

ผลลัพธ์เวลาเฉลี่ย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มี.ค.2568	เม.ย.2568	พ.ค.2568
-ระยะเวลาเฉลี่ยในการให้คำแนะนำ	< 7 นาที	3	2	2

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
		ก่อนดำเนินการ ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2568	หลังดำเนินการ ช่วงเดือน มีนาคม ถึง พฤษภาคม 2568
1.ร้อยละเจ้าหน้าที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกให้คำแนะนำ ความรู้กับผู้ป่วยโรคเกาต์ได้ถูกต้อง รวดเร็ว - ให้คำแนะนำเรื่องโรค สาเหตุ อาการผิดปกติ - ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว อาหาร ยา	≥90%	81% (เฉลี่ยเวลาที่ 7 นาที)	99% (เฉลี่ยเวลาที่ 2 นาที)
1.ร้อยละผู้ป่วยหลังให้ใช้นวัตกรรมให้คำแนะนำ ความรู้ กับผู้ป่วยโรคเกาต์ - สามารถตอบเรื่องโรค สาเหตุ อาการผิดปกติ - สามารถตอบการปฏิบัติตัว อาหาร ยา - สามารถใช้ AI Chatbots Gouty	≥90%	70%	95%
2.ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่พึงพอใจถึงนวัตกรรมChiangkhong health plus AI Chatbots Gouty	≥90%	≥90%	95%
3.ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน Chiangkhong health plus AI Chatbots Gouty ≥ 90%	≥90%	90%	100%

สรุป

การใช้นวัตกรรม **Chiangkhong health plus AI Chatbots Gouty หรือพยาบาลGouty** นำนวัตกรรมมาใช้ในหน่วยงานสามารถใช้ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสาร การให้คำแนะนำ ความรู้ กับผู้ป่วยโรคเกาต์ได้จริงทำให้เจ้าหน้าที่ใช้เป็นเครื่องมือในการให้คำแนะนำได้สะดวก ถูกต้องและรวดเร็วขึ้นใช้เวลาได้น้อยลง ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยการให้ความรู้เบื้องต้นเฉพาะเจาะจงโรค อาการ สาเหตุ ปัจจัยที่ก่อให้โรคกำเริบ การดูแลที่บ้าน การรับประทานยารวมถึงการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาการที่ควรมารพ.หรือแม้แต่ญาติที่สามารถศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับตัวโรคเกาต์ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการใช้เข้าใจโรคเกาต์สอบถามข้อมูลได้ตามที่ต้องการสามารถสอบถามได้ตลอดเวลาและ ผู้รับบริการเข้าถึงข้อมูลแหล่งความรู้ได้ง่าย ใช้ได้ด้วยตนเอง การให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเกาต์และแนะนำได้รวดเร็วขึ้นลดระยะเวลาในการอธิบายให้คำแนะนำจากเดิม ใช้เวลาเฉลี่ย 7นาทีแต่หลังใช้นวัตกรรมสามารถให้การให้คำแนะนำสะดวกรวดเร็วขึ้นเฉลี่ย 2 นาทีต่อราย ลดงบประมาณค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลซื้อสมุดประจำตัวได้ (เดิมเล่ม 10 บาท) ผู้ป่วยและในหน่วยงานมีความพึงพอใจในนวัตกรรม >90%

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

จากการใช้นวัตกรรม **Chiangkhong health plus AI Chatbots Gouty หรือพยาบาลGouty** นำนวัตกรรมมาใช้ในหน่วยงานสามารถใช้ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสาร การให้คำแนะนำ ความรู้ กับผู้ป่วยโรคเกาต์ได้จริงทำให้เจ้าหน้าที่ใช้เป็นเครื่องมือในการให้คำแนะนำได้สะดวก ถูกต้องและรวดเร็วขึ้นใช้เวลาได้น้อยลง ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยการให้ความรู้เบื้องต้นเฉพาะเจาะจงโรค อาการ สาเหตุ ปัจจัยที่ก่อให้โรคกำเริบ การดูแลที่บ้าน การรับประทานยารวมถึงการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาการที่ควรมารพ.หรือแม้แต่ญาติที่สามารถศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับตัวโรคเกาต์ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการใช้เข้าใจโรคเกาต์สอบถามข้อมูลได้ตามที่ต้องการสามารถสอบถามได้ตลอดเวลาและ ผู้รับบริการเข้าถึงข้อมูลแหล่งความรู้ได้ง่าย ใช้ได้ด้วยตนเอง การให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเกาต์และแนะนำได้รวดเร็วขึ้นลดระยะเวลาในการอธิบายให้คำแนะนำลดงบประมาณค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลซื้อสมุดประจำตัวได้ผู้ป่วยและ และหากมองถึงการพัฒนาในอนาคตอาจนำไปสู่การทำคลินิกผู้ป่วยโรคเกาต์ที่มีการติดตาม การปรับพฤติกรรม การดูแลตัวเองที่บ้านได้อย่างต่อเนื่องอาจนำไปสู่การช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรครวมไปถึงการควบคุมความรุนแรงของโรคให้อยู่ในเกณฑ์ปกติก็อาจเป็นไปได้ และพัฒนาเป็นระบบให้คำแนะนำในโรคอื่นๆในโรคพยาบาลโดยผ่านการใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการทำงานของเจ้าหน้าที่ได้ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

กนกรัตน์ นันทิรุจ, กุลศิริ ธรรมโชติ, เกียรติ ภาสภิญโญ, ขวัยฤทัย ศรีพวากุล, จินตาหรา มังคะละ, ชยวี เมืองจันทร์, เอมวดี อารมณ์ดี. (2555). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคเกาต์ (Guideline for management of gout).

จันทนา ศิริพรหมภัทร. (2556). โรคเกาต์และการรักษาในเชิงทฤษฎีการแพทย์แผนไทย (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยรังสิต, กรุงเทพฯ.

“เสาอเนกประสงค์ศูนย์บาท”

[1]จิตรทิวา จางโย่ [2]วราภรณ์ แซ่ลี้
[1,2] กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง

บทนำ

ในปี 2558 โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวงได้ย้ายกลุ่มงานทันตกรรมมาอยู่ตึกใหม่ การออกแบบของแต่ละห้องมีพื้นที่จำกัด ส่งผลมาถึงห้องซัพพลายมีลักษณะคับแคบ มีเฉพาะอ่างล้างเครื่องมือ ที่วางเครื่องมือ ที่ตากเฟสชิว แต่ไม่มีที่วางผ้ายางกันเปื้อน หลังจากใช้งาน จึงนำไปตากตามอ่างล้างเครื่องมือหรือที่วางเครื่องมือทำให้เกิดการปนเปื้อน ซึ่งไม่ถูกหลัก IC จึงได้ประดิษฐ์นวัตกรรม เสาอเนกประสงค์ศูนย์บาท โดยใช้อุปกรณ์ที่ชำรุดและจัดหาง่าย เพื่อนำมาใช้การปฏิบัติงานสะดวก รวดเร็ว และลดการปนเปื้อน

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

1 สัปดาห์

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

อุปกรณ์ เสาน้ำเกลือ, ขาเครื่องวัดความดันโลหิตแบบมีล้อ

วิธีการ

1. เตรียมเสาน้ำเกลือและขาเครื่องวัดความดันโลหิตแบบมีล้อที่ไม่ใช้แล้ว
2. นำเสาน้ำเกลือส่วนบนสอดเข้าไปในขาเครื่องวัดความดันโลหิตแบบมีล้อ ดังรูป

- วิธีการ/ขั้นตอนการพัฒนา

1. รวบรวมปัญหาจากการปฏิบัติงาน
2. นำปัญหามาประชุมหารือเพื่อหาทางแก้ไข
3. สำรวจและคิดค้นหาอุปกรณ์ที่จะทำสิ่งประดิษฐ์
4. นำมาทดลองใช้ ประเมินการใช้งาน

- การนำไปใช้งาน

นำเฟสชิวและผ้ายางกันเปื้อนมาแขวนไว้ให้เป็นระเบียบ

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

จากการทดลองใช้นวตกรรมเสาอเนกประสงค์ศูนย์บาทเมื่อปี 2558 จนถึงปัจจุบัน ประเมินผู้ใช้งาน พบว่า ทุกคนพึงพอใจ สะดวกในการใช้งาน ลดการปนเปื้อน

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. ลดการปนเปื้อน
2. ไม่เสียงบประมาณในการประดิษฐ์ เนื่องจากโรงพยาบาลมีอุปกรณ์เหล่านี้อยู่แล้ว
3. สามารถเผยแพร่นวัตกรรมแก่กลุ่มงานอื่นได้

เอกสารอ้างอิง

นางสาววราภรณ์ ไชยวรรณ พร้อมคณะ. เสาเก็บสายสะดวกใช้. 2567.

Elderly Comfort Chair สำหรับผู้ป่วยสูงอายุ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

ชนาพร ยองเพชร
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

บทนำ

จากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ระดับโลกที่รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานว่า ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีมากกว่า 37.3 ล้านคนทั่วโลกและได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากการพลัดตกหกล้มในแต่ละปี โดยการพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 จากการบาดเจ็บโดยไม่ได้ตั้งใจ การศึกษา meta-analysis ในปี ค.ศ. 2020 จากผลงานวิจัยทั่วโลกจำนวน 86 การศึกษา พบว่า อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ที่ประมาณ 36% โดยภูมิภาคที่มีอุบัติการณ์สูงที่สุด คือ ออสเตรเลีย (45.6%) และอเมริกาเหนือ (46.2%)

ประเทศไทยเราได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 โดยมีประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2583 สถิติจากกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2562 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุไทยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการบาดเจ็บมีจำนวน 227,629 ราย โดย 63.6% เป็นผลมาจากการพลัดตกหกล้ม

สำหรับจังหวัดเชียงราย ในปี 2563 มีผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 256,789 คน คิดเป็นร้อยละ 19.3 ของประชากรทั้งจังหวัด โดยมีผู้สูงอายุเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉินที่มีสาเหตุการพลัดตกหกล้ม 5,421 ราย จากการเก็บสถิติ อุบัติการณ์ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเทิง พบว่าในปี พ.ศ. 2564-2566 มีอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม 7, 6, และ 8 ครั้ง/ปี โดย 80% ของอุบัติการณ์เป็นผู้ป่วยสูงอายุ และ 71% เกิดในห้องน้ำและระหว่างเดินทางไปห้องน้ำ นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2567 มีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาคิดเป็นร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุเหล่านี้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะการเข้าห้องน้ำ

ผลกระทบของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุนอกจากจะทำให้เกิดบาดแผล กระดูกหัก มีภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บแล้ว ต้องได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความกลัว ขาดความมั่นใจ เกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตลดลง และอาจเกิดความรุนแรงจนเสียชีวิตได้ ด้านเศรษฐกิจต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งญาติผู้ดูแลต้องสูญเสียเวลาในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การพัฒนานวัตกรรมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะการพัฒนาเก้าอี้สำหรับนั่งขับถ่ายสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีข้อมูลอ้างอิงว่าสามารถลดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลได้

การคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อนหรือพัฒนานวัตกรรม ด้วยกระบวนการที่เน้น "มนุษย์เป็นศูนย์กลาง" (Human-Centered) โดยเริ่มจากการทำความเข้าใจความต้องการของผู้ใช้อย่างลึกซึ้ง สร้างความเข้าใจอย่างเป็นระบบ นำไปสู่การระดมความคิด พัฒนาต้นแบบ ทดสอบ และพัฒนาต่อยอด ซึ่งนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาให้กับกลุ่มเปราะบางได้อย่างเหมาะสม ตรงตามความต้องการ

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนานวัตกรรม "Elderly Comfort Chair" โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานวัตกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ เพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยสูงอายุในการขับถ่ายข้างเตียงได้อย่างสะดวกสบาย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ ลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ในการ

ช่วยเหลือผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ และประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมในการลดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม การเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และระดับความพึงพอใจของผู้ใช้งาน

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

การพัฒนานวัตกรรม Elderly Comfort Chair ใช้ระยะเวลา 12 เดือน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2568 ถึงเดือนมกราคม 2569 โดยแบ่งออกเป็น 5 ระยะตามกรอบงาน Design Thinking และระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย:

ระยะที่ 1: การทบทวนวรรณกรรมและการออกแบบการวิจัย (1 เดือน) ระยะที่ 2: การพัฒนานวัตกรรมและการทดสอบต้นแบบ (1 เดือน) ระยะที่ 3: การทดลองในสถานการณ์จริง (4 เดือน) ระยะที่ 4: การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย (1 เดือน) และระยะที่ 5: การเผยแพร่ผลการวิจัย (2 เดือน)การดำเนินงานในแต่ละระยะมีการบูรณาการองค์ความรู้จากหลายสาขาวิชาชีพ ทั้งการพยาบาล งานกายภาพบำบัด พยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุแพทย์อายุรกรรมและนายช่างเทคนิคของโรงพยาบาลมาช่วยดูการออกแบบผลิตภัณฑ์ เพื่อให้ได้นวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้อย่างแท้จริง

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) โดยใช้หลักการของการวิจัยและการพัฒนานวัตกรรม ประยุกต์จากการเสนอแนวคิดของ ศาสตราจารย์ ดร.รัตนะ บัวสนธ์ ที่ประกอบไปด้วยการวิเคราะห์ ออกแบบ พัฒนา นำไปใช้ ประเมินผล และเผยแพร่ ซึ่งมีลักษณะที่เป็นระบบครบวงจร เอื้อให้กระบวนการพัฒนาหมุนเป็นวงรอบ มีการปรับปรุงจนกว่าจะได้คุณภาพและบรรลุจุดประสงค์ที่กำหนดไว้ การศึกษาเริ่มต้นด้วยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อุปกรณ์ช่วยในการขับถ่าย และแนวคิด Design Thinking ตามแนวคิดของ IDEO ที่ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ Empathize, Define, Ideate, Prototype, และ Test[8] โดยเริ่มจากการทำความเข้าใจและเข้าถึงความต้องการ ปัญหา และบริบทของผู้ใช้อย่างลึกซึ้ง ผ่านการสังเกต สัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยสูงอายุ ญาติผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์

การดำเนินการในขั้น Empathize มีการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว จำนวน 15 ราย และญาติผู้ดูแล 15 ราย เพื่อทำความเข้าใจปัญหาและความต้องการในการขับถ่าย พร้อมทั้งสัมภาษณ์พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 20 ราย เพื่อเข้าใจปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุด้านการขับถ่าย การสังเกตพฤติกรรมการใช้งานอุปกรณ์ช่วยในการขับถ่ายที่มีอยู่เดิม และศึกษาบริบทสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยใน ในขั้น Define ได้นำข้อมูลจากขั้นตอนแรกมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และกำหนดปัญหาหรือโอกาสที่ชัดเจน โดยระบุปัญหาหลักว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวมีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้มระหว่างการเดินทางไปห้องน้ำ อุปกรณ์ช่วยที่มีอยู่เดิมไม่เหมาะสมกับสรีระและข้อจำกัดของผู้สูงอายุ และบุคลากรมีภาระงานสูงในการช่วยเหลือผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ

ระยะพัฒนา ในขั้น Ideate มีการระดมความคิดและสร้างสรรค์ทางเลือกหรือแนวทางแก้ไขที่หลากหลาย โดยไม่จำกัดความคิดและคำนึงถึงความเป็นไปได้ ทีมวิจัยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากสาขาต่างๆ ได้แก่ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นายช่างเทคนิค และผู้ใช้งาน ได้ร่วมกันระดมความคิดเพื่อออกแบบเก้าอี้นั่งขับถ่ายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุการออกแบบยึดหลักการ Universal Design และ Ergonomics เพื่อให้เหมาะสมกับสรีระและข้อจำกัดของผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ความปลอดภัย ความสะดวกสบาย ความทนทาน ความง่ายในการใช้งาน และความสะดวกในการทำความสะอาด

ขั้น Prototype เป็นการสร้างต้นแบบหรือผลิตภัณฑ์ต้นแบบอย่างรวดเร็วเพื่อทดสอบแนวคิดและเก็บข้อมูลป้อนกลับจากผู้ใช้ การพัฒนาต้นแบบ Elderly Comfort Chair ใช้วัสดุที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. โครงสร้างหลัก ใช้เก้าอี้พลาสติกคุณภาพดี ขนาดกว้าง 40 เซนติเมตร ลึก 35 เซนติเมตร สูง 45 เซนติเมตร มีที่พักแขนทั้งสองข้าง สูง 20 เซนติเมตร เพื่อให้ผู้ป่วยจับยึดเวลาลุกนั่ง และเพิ่มความมั่นใจ มีพนักพิงด้านหลังสูง 35 เซนติเมตร เอียงเล็กน้อย 15 องศา เพื่อรองรับหลังและเพิ่มความสบาย
2. มีความแข็งแรงทนทาน รับน้ำหนักได้ถึง 120 กิโลกรัม
3. ที่นั่งถ่ายออกแบบให้มีช่องเปิดตรงกลางขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 25 เซนติเมตร เพื่อให้สิ่งขับถ่ายผ่านลงสู่ภาชนะรองรับด้านล่าง
4. แผ่นรองนั่ง ทำจากวัสดุโฟมนิ่ม หุ้มด้วยผ้าไวนิลกันน้ำ ทำความสะอาดง่าย สามารถถอดเปลี่ยนได้
5. ภาชนะรองรับ ใช้ Bed pan ขนาดมาตรฐาน สามารถถอดออกล้างทำความสะอาดได้ง่าย
6. ใช้อุปกรณ์ ท่อพีวีซีที่มีความเหนียว แข็งแรงเสริมขาเก้าอี้ให้มีฐานที่แข็งแรงมากยิ่งขึ้น

ระยะนำไปใช้ ขั้น Test เป็นการนำต้นแบบไปทดสอบกับผู้ใช้ เก็บข้อมูลป้อนกลับ และนำมาปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง การทดสอบเริ่มต้นด้วยการทดสอบในสถานการณ์จำลอง เพื่อประเมินความแข็งแรงทนทาน ความปลอดภัย และประสิทธิภาพของต้นแบบ จากนั้นจึงนำไปทดสอบในสถานการณ์จริงกับผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยใน การออกแบบการวิจัยใช้ Quasi-experimental design โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (ใช้นวัตกรรม Elderly Comfort Chair) จำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุม (ได้รับการดูแลตามปกติ) จำนวน 30 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกที่ชัดเจน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ประกอบด้วย: 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ 3) มีคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มตาม Modified Morse Fall Scale ≥ 25 คะแนน 4) พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน ≥ 3 วัน 5) ผู้ป่วยและญาติยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ประกอบด้วย: 1) มีความผิดปกติทางจิตหรือสติปัญญา 2) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องการการดูแลเข้มข้น 3) มีปัญหาการกลั้นการขับถ่ายรุนแรง

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

การทดสอบประสิทธิภาพของนวัตกรรม Elderly Comfort Chair ดำเนินการโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ที่ผสมผสานทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้ง เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกตการณ์ การทดสอบคุณสมบัติทางกายภาพ การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และการติดตามอุบัติการณ์
การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS เวอร์ชัน 26.0 สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปและระดับความพึงพอใจ สถิติเชิงอนุมานใช้การทดสอบค่าที (Independent t-test) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้ Paired t-test เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมภายในกลุ่มเดียวกัน และใช้ Chi-square test สำหรับเปรียบเทียบตัวแปรเชิงหมวดหมู่ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตการณ์

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้รับบริการ (ผู้ป่วยสูงอายุ) 60 คน และกลุ่มผู้ให้บริการ (บุคลากรทางการแพทย์) 20 คน กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มทดลอง 30 คน มีอายุเฉลี่ย 72.5 ± 6.8 ปี เพศชาย 18 คน (60%) เพศหญิง 12 คน (40%) กลุ่มควบคุม 30 คน มีอายุเฉลี่ย 71.8 ± 7.2 ปี เพศชาย 13 คน (43.3%) เพศหญิง 17 คน (56.7%) กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 15 คน (62.5%) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 95คน (37.5%) มีอายุเฉลี่ย 35.4 ± 8.2 ปี

ผลการประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรม

อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม: การเปรียบเทียบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงเวลา 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองไม่พบการพลัดตกหกล้มเลย (0 ครั้ง, 0%) ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบการพลัดตกหกล้ม 4 ครั้ง โดยเกิดขึ้นกับผู้ป่วย 3 ราย (10%) เมื่อวิเคราะห์ด้วย Fisher's exact test พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.040$) แสดงถึงประสิทธิภาพสูงของนวัตกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index): ผลการประเมินพบว่า ก่อนใช้นวัตกรรม กลุ่มทดลอง 65.3 ± 12.4 คะแนน กลุ่มควบคุม 64.8 ± 11.9 คะแนน ($p = 0.873$) หลังใช้ 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง 72.5 ± 10.8 คะแนน กลุ่มควบคุม 66.2 ± 11.5 คะแนน ($p = 0.033$) หลังใช้ 1 เดือน กลุ่มทดลอง 78.2 ± 9.6 คะแนน กลุ่มควบคุม 68.5 ± 10.7 คะแนน ($p < 0.001$)

คุณภาพชีวิต (EQ-5D): ผลการประเมินพบว่า ก่อนใช้นวัตกรรม กลุ่มทดลอง 0.52 ± 0.18 กลุ่มควบคุม 0.51 ± 0.17 ($p = 0.827$) หลังใช้ 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง 0.65 ± 0.15 กลุ่มควบคุม 0.54 ± 0.16 ($p = 0.008$) หลังใช้ 1 เดือน กลุ่มทดลอง 0.72 ± 0.13 กลุ่มควบคุม 0.56 ± 0.15 ($p < 0.001$)

ผลการประเมินความพึงพอใจ

ความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุและญาติ ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุต่อนวัตกรรม Elderly Comfort Chair พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดทุกด้าน โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 4.55 ± 0.43 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 91.0 ของคะแนนเต็ม รายการที่ได้คะแนนสูงสุด ได้แก่ รู้สึกปลอดภัยมากขึ้น (4.67 ± 0.48) ความปลอดภัยขณะใช้งาน (4.70 ± 0.47) ช่วยให้มีความสุขสบายมากขึ้น (4.60 ± 0.50) ความสะดวกสบายในการนั่งขับถ่าย (4.57 ± 0.50) และความสบายของเบาะนั่งและพนักพิง (4.53 ± 0.51)

ความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ต่อนวัตกรรม พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดทุกด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยโดยรวม 4.50 ± 0.44 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 90.0 ของคะแนนเต็ม รายการที่ได้คะแนนสูงสุด ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วยขณะใช้งาน (4.63 ± 0.49) ช่วยอำนวยความสะดวกในการทำงาน (4.58 ± 0.50) ความสบายของผู้ป่วยขณะใช้งาน (4.54 ± 0.51) ช่วยลดภาระงาน (4.50 ± 0.51) และความสะดวกในการเคลื่อนย้ายอุปกรณ์ (4.46 ± 0.51)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 20 คน พบจุดเด่นของนวัตกรรม ได้แก่ ความปลอดภัย โดยเก้าอี้มีความมั่นคง ผู้ป่วยนั่งแล้วไม่โยกเยก มีที่พักแขนและพนักพิงที่ช่วยเสริมความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้งาน โดยเคลื่อนย้ายง่าย ไม่ต้องยกหนัก ช่วยลดอาการปวดหลังของบุคลากร สามารถนำ Bed pan ไปล้างทำความสะอาดได้สะดวก ประหยัดเวลา โดยไม่ต้องพาผู้ป่วยไปห้องน้ำกลางดึก ประหยัดเวลาและลดความเสี่ยง ช่วยลดภาระงาน และประโยชน์ทางเศรษฐกิจ โดยประหยัด Pampers ช่วยประหยัดงบประมาณรายจ่ายของโรงพยาบาล

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุและญาติ จำนวน 30 คน พบว่ามีความรู้สึกต่อการใช้งานในเชิงบวก โดยมีความสะดวกมากขึ้น สบายไม่ต้องเดินไปห้องน้ำ นั่งถ่ายแบบสบายๆ เหมือนมีห้องน้ำข้างเตียง สบายใจมากขึ้น ไม่ต้องกลัวล้มระหว่างไปห้องน้ำ ลุกนั่งง่าย ไม่ปวดเข่า ดีใจที่ไม่ต้องรบกวนพยาบาลบ่อยๆ ตอนกลางคืน ดีมากสำหรับผู้ป่วยที่เดินเข้าห้องน้ำไม่ไหว ประโยชน์ด้านเศรษฐกิจ โดยไม่ต้องใส่ Pampers ประหยัดเงินที่ต้องซื้อ Pampers ช่วยแบ่งเบาภาระญาติผู้ดูแล

การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล

ต้นทุนการพัฒนานวัตกรรมมีต้นทุนวัสดุอุปกรณ์ต่อชิ้น 400 บาท เมื่อเปรียบเทียบกับเก้าอี้นั่งถ่ายแบบมาตรฐาน 2,500-4,000 บาท สามารถประหยัดต้นทุน 2,050-3,550 บาท (82-88.75%) ผลประโยชน์ทางอ้อมได้แก่ ลดค่าใช้จ่ายจากการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการพลัดตกหกล้ม ประมาณ 15,000-50,000 บาทต่อราย ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล เฉลี่ย 2-3 วัน และลดภาระงานของบุคลากร ประมาณ 30 นาทีต่อผู้ป่วยต่อวัน

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนานวัตกรรม Elderly Comfort Chair สำหรับผู้ป่วยสูงอายุประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ทุกประการ จากผลการวิจัยพบว่า

ประสิทธิผลของนวัตกรรม: นวัตกรรมสามารถลดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.040$) โดยกลุ่มทดลองไม่พบการพลัดตกหกล้มเลย เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่พบ 4 ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการใช้อุปกรณ์ช่วยที่ออกแบบอย่างเหมาะสมสามารถลดความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต: กลุ่มที่ใช้นวัตกรรมมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (จาก 65.3 เป็น 78.2 คะแนน, $p < 0.001$) และคุณภาพชีวิตดีขึ้น (จาก 0.52 เป็น 0.72, $p < 0.001$) การเพิ่มขึ้นของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับแนวคิด Human-centered design ที่เน้นการออกแบบโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ใช้เป็นหลัก

ความพึงพอใจ ทั้งผู้ป่วยสูงอายุ (91.0%) และบุคลากรทางการแพทย์ (90.0%) มีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมในระดับมากที่สุด ความพึงพอใจในระดับสูงนี้สะท้อนถึงความสำเร็จของกระบวนการ Design Thinking ที่ใช้ในการพัฒนานวัตกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการใช้ Design Thinking ในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ช่วยให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้อย่างแท้จริง

ความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ นวัตกรรมมีต้นทุนต่ำกว่าเก้าอี้นั่งถ่ายมาตรฐาน 82-88.75% และสามารถลดค่าใช้จ่ายทางอ้อมจากการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Value-based healthcare ที่เน้นการสร้างคุณค่าสูงสุดให้กับผู้ป่วยด้วยต้นทุนที่เหมาะสม

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

การพัฒนานวัตกรรม Elderly Comfort Chair สร้างประโยชน์หลายมิติ ดังนี้

ด้านผู้ป่วย เพิ่มความสะดวกสบายและปลอดภัยในการขับถ่าย ลดความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม สามารถรักษาศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวในการขับถ่าย โดยไม่ต้องรับความช่วยเหลือจากบุคลากรบ่อยครั้ง ประหยัดค่าใช้จ่ายจากการซื้อแพมเพิส เฉลี่ย 150-200 บาทต่อวัน ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อที่เกิดจากการใส่แพมเพิสเป็นเวลานาน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจวัตรประจำวัน เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ด้านบุคลากร ลดภาระงานในการช่วยเหลือผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ โดยเฉพาะในช่วงกลางคืนที่มีบุคลากรจำกัด ลดความเสี่ยงจากการบาดเจ็บของบุคลากรจากการยกหรือพยุงผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน สามารถใช้เวลาดูแลผู้ป่วยในด้านอื่นๆ ได้มากขึ้น เพิ่มความพึงพอใจในการทำงาน เมื่อเห็นผู้ป่วยมีความสุขและปลอดภัย และลดความเครียดจากความกังวลเรื่องอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย

ด้านองค์กร ลดต้นทุนการจัดซื้อเก้าอี้นั่งถ่ายราคาแพง ประหยัดงบประมาณ 82-88.75% ลดค่าใช้จ่ายจากการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการพลัดตกหกล้ม เพิ่มคุณภาพการบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย ส่งผลต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล สามารถเป็นต้นแบบในการพัฒนานวัตกรรมให้หน่วยงานอื่นๆ สนับสนุนการรับรองคุณภาพและมาตรฐานโรงพยาบาล และสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เน้นการพัฒนานวัตกรรมและการมีส่วนร่วม

ด้านสังคม เป็นส่วนหนึ่งของการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยของประเทศไทย สร้างแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในครอบครัวและชุมชน ลดภาระของระบบสุขภาพในการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการพลัดตกหกล้ม ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ และสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจให้กับชุมชนในการผลิตและจำหน่ายนวัตกรรม

จากการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพยังพบข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อยอด ได้แก่ การเพิ่มที่วางแก้วน้ำและทิชชู การปรับปรุงระบบยึดแผ่นรองนั่งให้แน่นขึ้น การออกแบบที่ปิดรอบๆ เพื่อเก็บกลิ่น และการออกแบบที่เก็บอุปกรณ์เสริม เช่น เจลแอลกอฮอล์ เพื่อทำความสะอาด

การพัฒนานวัตกรรม Elderly Comfort Chair ไม่เพียงเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าของโรงพยาบาลเท่านั้น แต่เป็นการวางรากฐานสำหรับการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน ความสำเร็จนี้พิสูจน์ว่า การทำงานวิจัยที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความต้องการของผู้ใช้จริง ผสมผสานกับความคิดสร้างสรรค์และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่ได้ในยุคสังคมสูงวัยที่ประเทศไทยกำลังเผชิญ นวัตกรรมเช่นนี้จะเป็นหนึ่งในกุญแจสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นภาระต่อสังคมน้อยที่สุด ทีมวิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้จะเป็นแรงบันดาลใจให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องทุกคน ร่วมกันพัฒนานวัตกรรมเพื่อผู้สูงอายุแบบง่ายและเข้าถึง ดังคำกล่าวที่ว่า "**นวัตกรรมที่ดี ไม่จำเป็นต้องซับซ้อนหรือราคาแพง** แต่ต้องตอบโจทย์ผู้ใช้ สร้างคุณค่า และเข้าถึงได้" นวัตกรรม Elderly Comfort Chair จึงเป็นตัวอย่างที่ดีของการพัฒนานวัตกรรมที่มีความหมายและสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อสังคมอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Falls [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2021 Apr 26]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls
2. Teixeira DK, Andrade LM, Santos JLP, Caires ES. Falls among the elderly: Environmental limitations and functional losses. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2019;22(3):1-10.
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: บริษัท ที คิว พี จำกัด; 2565.
4. อภิฤดี พาผล, อุไร ขลุ่ยนาค. เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2564;15(1):11-20.
5. Schoene D, Heller C, Aung YN, Sieber CC, Kemmler W, Freiberger E. A systematic review on the influence of fear of falling on quality of life in older people: is there a role for falls? Clin Interv Aging. 2019 Apr 24;14:701-719.
6. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
7. Karl S. The Design Thinking Process -- How does it work [Internet]. [cited 2023 Jun 12]. Available from: https://www.maqe.com/insight/the-design-thinking-process-how-does-it-work/
8. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ: ปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
9. Vu HM, Nguyen LH, Nguyen HLT, Vu GT, Nguyen CT, Hoang TN, et al. Individual and Environmental Factors Associated with Recurrent Falls in Elderly Patients Hospitalized after Falls. Int J Environ Res Public Health. 2020 Apr 3;17(7):2441.
10. กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580). กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2565.
11. Clarkson PJ, Coleman R. History of inclusive design in the UK. Appl Ergon. 2015 Jan;46 Pt B:235-47.
12. วิพรรณ ประจวบเหมาะ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, วรเวศม์ สุวรรณระดา, ธนิกานต์ ศักดาพร. รายงานการศึกษาโครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ.2550 - 2554). กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.

กดปุ๊บ ดังปั๊บ ช่วยเหลือทันที

ณัฐพงศ์ ไชยรัตน์
งานซ่อมบำรุง โรงพยาบาลป่าแดด

บทนำ

ห้องน้ำเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วย หรือผู้พิการ ซึ่งมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย รวมถึงการนั่งบนอุปกรณ์ล้อเข็น ประกอบกับพื้นห้องน้ำลื่น มีพื้นที่จำกัด หากเกิดเหตุฉุกเฉินในขณะใช้งาน เช่น ลื่นล้ม หมดสติ หรือเกิดอาการป่วยกะทันหัน ผู้มารับบริการจะไม่สามารถร้องขอความช่วยเหลือได้ทันเวลา การติดตั้ง ระบบเรียกพยาบาล (Nurse Call) ในห้องน้ำจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถส่งสัญญาณขอความช่วยเหลือได้ทันที เพียงกดปุ่มหรือดึงสายเรียก ซึ่งระบบจะส่งสัญญาณไปยังจุดรับแจ้งของพยาบาล พร้อมไฟสัญญาณหรือเสียงเตือนที่ชัดเจน

ผู้จัดทำซึ่งรับผิดชอบงานการจัดการสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการให้บริการ ได้เล็งเห็นความสำคัญของระบบการขอความช่วยเหลือ โซนห้องน้ำผู้ป่วยนอกที่ยังไม่ได้ติดตั้งระบบมาก่อน ถ้าหากจะจัดซื้อ ระบบเรียกพยาบาล (Nurse Call) มีราคาที่ค่อนข้างแพงและวงจรมีความซับซ้อน ยุ่งยากต่อการตรวจเช็คซ่อมบำรุง ผู้ศึกษาจึงพัฒนานวัตกรรมกดปุ๊บ ดังปั๊บ ช่วยเหลือทันที ซึ่งเป็นระบบกริ่งขอความช่วยเหลือในห้องน้ำ มีการสร้างอุปกรณ์ ผ่านกลไกที่เข้าใจง่าย เช่น สายดึง ปุ่มกด ระบบไฟสัญญาณหรือระบบไร้สายที่เชื่อมโยงกับแอปพลิเคชัน โดยให้มีความซับซ้อนน้อยที่สุด ติดตั้งง่าย ตรวจเช็คซ่อมได้ง่าย ราคาไม่แพง มีความแม่นยำสูง และหาซื้อง่ายตามร้านขายอุปกรณ์ไฟฟ้าทั่วไป

วัตถุประสงค์ :

1. เพิ่มความปลอดภัยและความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยในการไปใช้บริการห้องน้ำผู้ป่วยนอก
2. พยาบาลให้ความช่วยเหลือในสถานการณ์เร่งด่วนได้อย่างรวดเร็ว
3. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบการขอความช่วยเหลือ

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ตุลาคม 2567 - มีนาคม 2568

กิจกรรม	เดือน						
	ต.ค. 67	พ.ย. 67	ธ.ค. 67	ม.ค 68	ก.พ. 68	มี.ค. 68	เม.ย. 68
1. สำรวจปัญหาและ ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง	←→						
2. ออกแบบวงจรการต่อไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์	←→						
3. พัฒนานวัตกรรม		←→					
4. ติดตั้งและทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม			←→	←→			
5. วิเคราะห์ผล และประเมินประสิทธิภาพ				←→	←→	←→	←→

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก ผู้พัฒนาได้ศึกษาและออกแบบการต่อวงจรไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ หลักการทำงานคือ กดติดค้าง ชื่อเรียกวงจรว่า Self Holding Circuit โดยใช้แรงดัน DC 12V ทั้งระบบเพื่อความปลอดภัยต่อผู้ใช้งาน จากนั้นรวบรวมรายการอุปกรณ์ ที่ใช้ในการพัฒนา ดังนี้

1. รีเลย์ 8 ขา พร้อมฐาน จำนวน 5 ตัว
2. หลอดไฟLED ตู้คอนโทรล ขนาด25mm จำนวน 5 หลอด
3. สวิตช์กริ่งกดติด ปล่อยดับ จำนวน 6 ตัว
4. ตู้เก็บอุปกรณ์ขนาด30x30x20 จำนวน 1 ตู้
5. สายส่งสัญญาณ lan cat6 จำนวน 100 เมตร
6. แหล่งจ่ายไฟ 12V10A จำนวน 1ตัว

ใช้งบประมาณ 3,000 บาท ติดตั้งใช้งานได้ 5 ห้อง

ระยะพัฒนา ขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

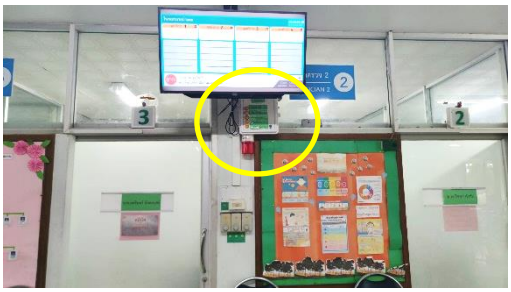
1. ประกอบวงจรทำชุดควบคุมหลัก เป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่พยาบาล

โดยการนำรีเลย์ วางในตู้ควบคุมหลัง เดินสายไฟ ตามวงจรที่ได้ออกแบบไว้ข้างต้น

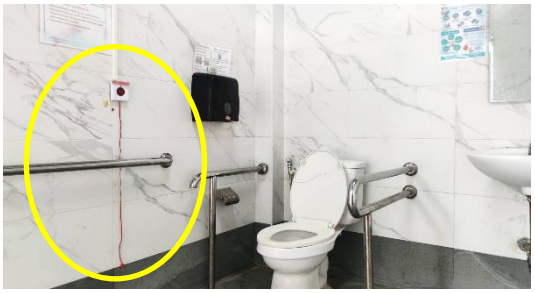
2. ประกอบหน้าจอแสดงผล โดยเจาะรูไฟแสดงสถานะ และติดชื่อห้องน้ำกำกับไฟแต่ละหลอดไฟ

ระยะนำไปใช้

1. นำชุดควบคุมหลัก ไปติดหน้าห้อง ทำงานพยาบาลOPD เป็นจุดที่เห็นชัดและได้ยินเสียงไซเรน และเสียบปลั๊กไฟชุดควบคุมเข้ากับ เครื่องสำรองไฟ ขนาด800 KVa กรณีไฟดับเครื่องจะยังสามารถทำงานได้ จากนั้นเปิดสวิตช์พร้อมทดสอบการทำงาน



2. ติดตั้ง ปุ่มกด ในห้องน้ำตำแหน่งที่ใกล้กับโถสุขภัณฑ์ สูง80 ซม. และสายห่างจากพื้น30 ซม. และต่อไฟไซเรนบริเวณหน้าประตูห้องน้ำ ด้วยสายนำสัญญาณ กับชุดควบคุม โดยใช้สายLan cat 6



การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

ในการทดลองในครั้งนี้ ผู้พัฒนาได้จำลองสถานการณ์ใช้งานจริงในห้องน้ำ OPD โดยทำการกดกริ่งขอความช่วยเหลือในแต่ละห้อง รวม 3 รอบ เพื่อวัดความแม่นยำและความไวในการแจ้งเตือน

ตารางที่ 1.1 ทดสอบเครื่องควบคุมและปุ่มกดขอความช่วยเหลือ ห้องน้ำOPD

ห้องน้ำ OPD	ทดสอบครั้งที่ 1 (ธ.ค. 67)			ทดสอบครั้งที่ 2 (ม.ค. 68)			ทดสอบครั้งที่ 3 (ม.ค. 68)		
	ไฟ	เสียง	เวลาตอบสนองเฉลี่ย < 2 วินาที	ไฟ	เสียง	เวลาตอบสนองเฉลี่ย < 2 วินาที	ไฟ	เสียง	เวลาตอบสนองเฉลี่ย < 2 วินาที
ชาย 1	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ชาย 2	/	/	/	/	/	/	/	/	/
หญิง 1	/	/	/	/	/	/	/	/	/
หญิง 2	/	/	/	/	/	/	/	/	/
เสมอภาค	/	/	/	/	/	/	/	/	/

ผลการทดสอบจากตารางที่ 1.1 เมื่อกริ่งขอความช่วยเหลือ ทุกห้องสามารถแจ้งเตือนด้วยไฟและเสียงไซเรนได้ทันทีภายในเวลาไม่เกิน 2 วินาที แสดงให้เห็นถึงความแม่นยำ 100% และประสิทธิภาพการตอบสนองสูง

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

ตัวชี้วัด	ม.ค 68	ก.พ. 68	มี.ค. 68	เม.ย. 68
ค่าใช้จ่ายในการจัดสร้างนวัตกรรม	ประมาณ 3,000 บาท (ราคาท้องตลาด 20,000 บาท)			
จำนวนอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยในห้องน้ำผู้ป่วยนอกที่ขอความช่วยเหลือแล้วระบบไม่ทำงาน	0	0	0	0
ความไม่พร้อมใช้ของระบบการขอความช่วยเหลือ	0	0	0	0
ความพึงพอใจของพยาบาลต่อนวัตกรรม	NA	NA	NA	94.29

สรุป

นวัตกรรม “กดปุ๊บ ดังปั๊บ ช่วยเหลือทันที” เป็นระบบกริ่งขอความช่วยเหลือฉุกเฉินของผู้รับบริการที่ห้องน้ำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลป่าแดด จำนวน 5 จุด ไม่เพียงเป็นการเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้มารับบริการ แต่ยังสะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่รอบด้าน และใส่ใจในทุกรายละเอียดของการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการให้บริการในสถานบริการ รวมถึงการประหยัดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้มารับบริการ

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ห้องน้ำ โดยเฉพาะสำหรับผู้มารับบริการที่ห้องน้ำที่มีความเสี่ยงสูง
2. สร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและญาติว่าได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด
3. ช่วยบุคลากรทางการแพทย์ในการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล.อีสา.รีเลย์ (Relay)และคอนแทกเตอร์ [อินเทอร์เน็ต].2 มิถุนายนปี 2568 เข้าถึงได้จาก. https://www.rmuti.ac.th/user/stfnpw/document/device/10%20relay%20step%20motor.pdf

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.แผนบริหารการสอนประจำบทที่ 7 การทดลองวงจรควบคุมรีเลย์. [อินเทอร์เน็ต].2 มิถุนายนปี2568 เข้าถึงได้จาก. https://pws.npru.ac.th/thawatchait/data/files/%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%207%20Transistor%20drive%20relay.pdf

ไซริงค์ มหัศจรรย์ (Amazing syringe)

ยุทธการ หาญกา, ภัณฑิรา บุตรดี, เยาวเรศ สถานเดิม, สุชญา เพชรพรรณ
นาญิกา จำปาคำ, ภัคพร หน่อใส, ทัศนีย์ กำเนิด , รัตน์ชดาพร แสงงาม
ทิพย์สุดา ศรีสวัสดิ์, สินีภัค สมทะนะ
งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลยุพราชเชียงของ

บทนำ

การส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร เป็นประโยชน์อย่างมากในการรักษาและการตรวจวินิจฉัย ซึ่งจะช่วยให้พบโรคที่สำคัญ เช่น มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งลำไส้ เป็นต้น และพบสาเหตุของความผิดปกติดังกล่าว ส่งผลให้การรักษาโรคได้ทันเวลา ผู้ป่วยที่ควรทำการตรวจด้วยการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารคือ ผู้ป่วยที่ปวดท้องเรื้อรัง ขับถ่ายผิดปกติ น้ำหนักลด เบื่ออาหาร ซีด อ่อนเพลีย และผู้ที่มีความเสี่ยงบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งทางเดินอาหาร เป็นต้น ทั้งนี้การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ยังเป็นหนึ่งในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย

เนื่องด้วยปัจจุบันทางหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ ได้มีการส่องกล้องทางเดินอาหารเป็นจำนวนมาก ทั้งในเขตอำเภอเชียงของ และอำเภอข้างเคียง ได้แก่ อำเภอเวียงแก่น และอำเภอขุนตาล โดยส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่าง (Colonoscopy) ปี 2566 จำนวน 330 ราย และ ปี 2567 จำนวน 571 ราย และส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน (EGD) ปี2566 จำนวน 336 ราย และ ปี 2567 จำนวน 283 ราย โดยมีส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน (EGD) เฉลี่ยจำนวน 2-3 รายต่อวัน และส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่าง (Colonoscopy) เฉลี่ยจำนวน 7-8 รายต่อวัน ซึ่งการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติภายในระบบทางเดินอาหาร จะมีการตรวจโดยใช้กล้องส่องที่มีลักษณะยาวประมาณ 100-150 เซนติเมตร โค้งงอ และเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1 เซนติเมตร ที่ปลายกล้องจะมีเลนส์ขยายภาพ และหลอดไฟอยู่ส่วนปลายส่องผ่านเข้าทางช่องปากสู่กระเพาะอาหาร และส่องผ่านเข้าทางทวารสู่ลำไส้ตรงและลำไส้ใหญ่ ซึ่งจะมีการบันทึกวิดีโอและปรากฏภาพบนหน้าจอ โดยทางหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ มีจำนวนกล้องส่องทางเดินอาหารส่วนบน (EGD) จำนวน 2 ตัว และ กล้องส่องทางเดินอาหารส่วนล่าง (Colonoscopy) จำนวน 7 ตัว โดยกล้องแต่ละตัวมีราคาสูง และมีอย่างจำกัด การเกิดอุบัติการณ์กล้องส่องระบบทางเดินอาหารชำรุดเสียหาย หรือไม่พร้อมใช้งาน ถึงแม้ไม่ได้กระทบหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยโดยตรง แต่เป็นปัญหาสำคัญที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องให้ความตระหนัก เนื่องจากจะส่งผลให้ต้องลดจำนวนผู้ป่วยในการส่องกล้องต่อวัน ต้องเลื่อนหรือยกเลิกผู้ป่วย เนื่องจากความไม่พร้อมของเครื่องมือ มีผลต่อระยะเวลาในการซ่อมนาน และเพิ่มค่าใช่จ่ายประมาณ 30,000-50,000 บาท ในการซ่อมกล้องส่องระบบทางเดินอาหารให้กับโรงพยาบาล

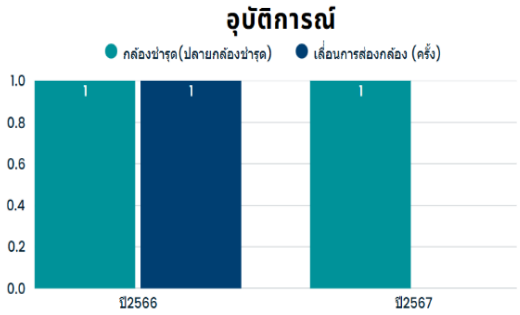
ดังนั้นทางทีมผู้พัฒนาจึงได้จัดทำนวัตกรรมเรื่อง “ไซริงค์ มหัศจรรย์” (Amazing syringe) ขึ้นมาเพื่อป้องกันการเก็บรักษากล้องส่องทางเดินอาหารส่วนบน (EGD) และกล้องส่องทางเดินอาหารส่วนล่าง (Colonoscopy) ไม่ให้เกิดการชำรุดเสียหาย อีกทั้งยังช่วยลดอุบัติการณ์เลื่อน ยกเลิกส่องกล้องเนื่องจากความไม่พร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือ และเพิ่มคุณภาพการบริการในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

มีนาคม พ.ศ 2568 - เดือน มิถุนายน 2568 เป็นระยะเวลา 5 เดือน

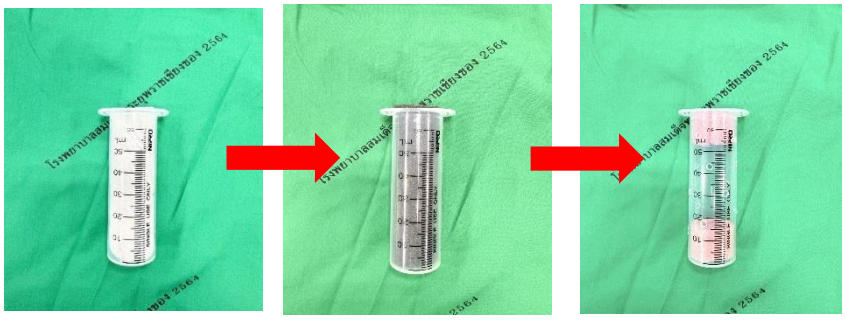
วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก มีการจัดเก็บกล้องส่องทางเดินอาหารหลังจากส่องผู้ป่วยเสร็จเรียบร้อย ไว้ในฐานเก็บกล้องซึ่งมีลักษณะเป็นที่แขวน ปลายกล้องงอเข้ากับแท่นวาง ป้องกันการกระแทกของปลายกล้องที่มีเลนส์ขยายภาพและหลอดไฟอยู่ส่วนปลาย โดยการใช้ผ้ามารองกับแท่นแล้วห่อส่วนปลายด้วยผ้า



ระยะพัฒนา

1. ศึกษาปัญหาโดยทำการศึกษาและเก็บสถิติอุบัติการณ์การชำรุดเสียหายของกล้องส่องระบบทางเดินอาหาร สาเหตุมาจาก
    1.1 วางผ้าไว้ที่แท่น แต่ไม่ห่อส่วนปลายของกล้อง
    1.2 ห่อผ้าในส่วนปลายกล้องไม่ถูกวิธี ทำให้กล้องเลื่อนหลุดออกจากแท่นวาง
    1.3 ไม่มีตู้เก็บกล้องส่องระบบทางเดินอาหารด้วยเฉพาะ
    1.4 เจ้าหน้าที่ขาดความตระหนักในการเก็บรักษา ภาระงานมาก
2. ออกแบบและประดิษฐ์นวัตกรรม เพื่อแก้ไขปัญหา โดยสามารถใช้งานได้จริง และมีประสิทธิภาพในการป้องกันกล้อง สะดวกในการใช้งาน ราคาไม่แพง มีความคุ้มค่าสามารถใช้ซ้ำได้



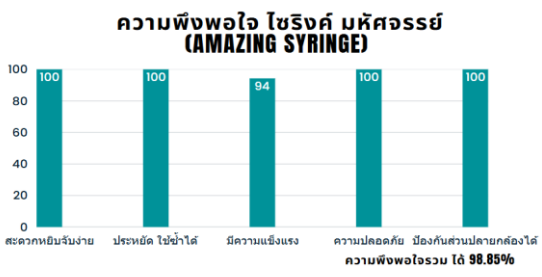
	ครั้งที่1	ครั้งที่2	ครั้งที่3
แก้ไข	ใช้ก๊อสรองข้างใน syringe เพื่อป้องกันการกระแทก	เปลี่ยนก๊อสเป็นฟองน้ำ เพื่อให้มีความกระชับมากขึ้น และกันกระแทก	-เจาะรูระบาย อากาศและระบายน้ำเพิ่มขึ้น -ลดจำนวนฟองน้ำลง ใส่แค่บริเวณส่วนหัวและส่วนปลาย syringe เพื่อป้องกันการกระแทก
ปัญหา	-มีความชื้น -ผ้าก๊อสหลุดง่าย -ขณะใส่กล่องไม่พอดี / หลวม	ยังพบความชื้น มีน้ำขังใน syringe	

3. ชี้แจงการใช้นวัตกรรมให้กับหัวหน้าหน่วยงาน ทีมเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ถึงวัตถุประสงค์การใช้นวัตกรรม และประโยชน์ที่ได้รับ นิเทศกำกับติดตามโดยหัวหน้างาน

ระยะนำไปใช้ ให้เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ใช้นวัตกรรมไซริงค์ มหัศจรรย์ (Amazing syringe) แทนผ้ารองห่อกล้องส่องทางเดินอาหาร ทั้งกล้องส่องทางเดินอาหารส่วนบน(EGD) และกล้องส่องทางเดินอาหารส่วนล่าง (Colonoscopy) ตั้งแต่ เดือน มีนาคม พ.ศ 2568 - เดือน มิถุนายน 2568 เป็นระยะเวลา 5 เดือน นิเทศกำกับติดตามโดยหัวหน้างาน และมีการวัดผล ประเมินผลโดยใช้ แบบประเมินความพึงพอใจ

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

1. การทดสอบการใช้นวัตกรรม ไซริงค์ มหัศจรรย์ (Amazing syringe) เพื่อป้องกันการกระแทกของปลายกล้องที่มีเลนส์ขยายภาพ และหลอดไฟอยู่ส่วนปลาย ไม่ให้เกิดการชำรุดเสียหาย โดยหลังใช้นวัตกรรมไม่พบการชำรุดเสียหายหรือส่งซ่อม เปรียบเทียบจากก่อนการใช้นวัตกรรม มีการชำรุดเสียหาย และส่งซ่อม จำนวน 2 ครั้ง
2. ก่อนการใช้นวัตกรรมพบมีการเลื่อนนัดผู้ป่วยส่องกล้องจำนวน 1 ครั้ง หลังจากเริ่มใช้นวัตกรรม ไซริงค์ มหัศจรรย์ (Amazing syringe) ไม่พบอุบัติการณ์เลื่อน หรือยกเลิกส่องกล้อง เนื่องจากความไม่พร้อมของ อุปกรณ์ เครื่องมือ และไม่พบอุบัติการณ์เครื่องมือไม่พร้อมใช้งานขณะส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร
3. ความพึงพอใจและประเมินคุณภาพนวัตกรรมของผู้ใช้นวัตกรรม ระดับความพึงพอใจในนวัตกรรมโดยภาพรวมอยู่ในระดับ พึงพอใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 98.85



ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

1. ไม่เกิดอุบัติการณ์เลื่อน ยกเลิกส่องกล้อง เนื่องจากความไม่พร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือ
2. ไม่เกิดอุบัติการณ์เครื่องมือไม่พร้อมใช้งานขณะส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร

สรุป

ผลการเปรียบเทียบก่อนการใช้นวัตกรรม มีการชำรุดเสียหายของเครื่องมือส่องกล้อง และส่งซ่อม จำนวน 2 ครั้ง และหลังการใช้นวัตกรรม ไซริงค์ มหัศจรรย์ (Amazing syringe) พบว่าไม่ให้เกิดการชำรุดเสียหายหรือส่งซ่อม ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดการเลื่อน ยกเลิกผ่าตัด เนื่องจากความไม่พร้อมของ อุปกรณ์ เครื่องมือ และไม่พบอุบัติการณ์เครื่องมือไม่พร้อมใช้งานขณะส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดมีระดับความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม อยู่ในระดับ พึงพอใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 98.85

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. ไม่ให้เกิดการชำรุดเสียหายของเครื่องมือส่องกล้อง หรือไม่พร้อมใช้งาน
2. ลดอุบัติการณ์เลื่อน ยกเลิกส่องกล้อง เนื่องจากความไม่พร้อมของ อุปกรณ์ เครื่องมือ
3. ประหยัดงบประมาณของโรงพยาบาลในการซ่อมแซ่มเครื่องมือส่องกล้อง

เอกสารอ้างอิง

นพ.ณัฐวุฒิ สิริมนตาภรณ์. การส่องกล้องทางเดินอาหาร ตรวจง่าย ปลอดภัย ไม่น่ากลัว [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 21 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/gastroscopy-colonoscopy

พิกุล วิชาพาณิช. กระบวนการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังส่องกล้องColonoscopy [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/5062/1/MED_Pikun.pdf Fujifilm. Video endoscope operation manual. Japan; 2023.

Pentax. Pentax video GI scopes. Shanghai; 2021.

“สื่อรัก สื่อสัมพันธ์ ”

สุกัลยา จันทาพูน, ลัดดา โรจนคีรีสันติ
งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลเวียงแก่น

บทนำ

การฝากครรภ์ คือ การดูแลสุขภาพของทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารก ตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ไปจนถึงหลังคลอด โดยจะดูแลครบทุกบริบท ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และให้คำปรึกษาในด้านต่าง ๆ ตลอดการตั้งครรภ์ ทั้งนี้หากมาฝากครรภ์ยิ่งเร็วก็ยิ่งดี เพราะแพทย์จะทำการตรวจครรภ์ ให้คำแนะนำ ตอบข้อซักถาม รวมถึงการประเมิน ตรวจคัดกรองความเสี่ยงในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านพันธุกรรม โรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจป้องกันและรักษาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การฝากครรภ์เป็นจุดเริ่มต้นแห่งการพัฒนาคุณภาพประชากรเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์เพื่อการตั้งครรภและการคลอดที่ราบรื่น มารดาและทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและมีสุขภาพแข็งแรง รัฐบาลจึงมีนโยบาย “ฝากครรภ์ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์ ” ซึ่งฝากครรภ์คุณภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่หญิงตั้งครรภ์ทุกคนพึงได้รับ โดยหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับบริการฝากครรภ์ 8ครั้งคุณภาพ ซึ่งจุดประสงค์ของการฝากครรภ์คือเพิ่มอัตราการตั้งครรภ์และการคลอดปกติ ส่งเสริมคุณภาพร่างกายและจิตใจของมารดาระหว่างการตั้งครรภ์ วินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์พร้อมค้นหาสาเหตุและหาแนวทางการแก้ไข ป้องกันและลดอาการแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ เพื่อคัดกรองโรค เพื่อลดอัตราการตายของมารดา และทารกในครรภ์ เช่น การคลอดผิดปกติ การติดเชื้อ การคลอดก่อนกำหนด การตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น เพื่อช่วยให้ทารกคลอด และมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนระหว่างการตั้งครรภ์ในด้านสุขศึกษา โภชนาการ การเปลี่ยนแปลงของ ร่างกาย ความผิดปกติจากการตั้งครรภ์เพื่อลดความกังวล และส่งเสริมสุขภาพขณะตั้งครรภ์

สถานการณ์การฝากครรภ์ในประเทศไทย ของกรมอนามัยในป พ.ศ.2565 ถึง ปี 2567 การฝากครรภครั้งแรกน้อยกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 73.06 67.73 และ 72.76 ตามลำดับ การฝากครรภ์ 8 ครั้งคุณภาพ ปี 2566 ถึง ปี 2567 ร้อยละ 2.48 และ 5.58 พบว่าการฝากครรภ์ 8 ครั้งคุณภาพยังน้อยกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ (ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย,2567) หากหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการส่งเสริมการฝากครรภ์ 8 ครั้ง คุณภาพ อาจส่งผลให้มารดาและทารกในครรภ์ มีความผิดปกติหรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ได้ การฝากครรภ์จะสามารถตรวจหาความเสี่ยงต่อภาวะผิดปกติ และโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ได้อย่างทันท่วงที ลดอัตราการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด ตกเลือดและการติดเชื้อต่างๆ สามารถตรวจคัดกรองโรค เช่นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคทางพันธุกรรม อีกทั้งเป็นการติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ การรับมือการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ การรับประทานยา อาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการคลอดบุตรได้อย่างปลอดภัย สุขภาพแข็งแรงทั้งมารดาและทารก

งานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเวียงแก่น อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์รับบริการฝากครรภ์ในแต่ละปี ประมาณ 600 ราย โดยมีการเปิดบริการฝากครรภ์ทุกวันอังคาร ตั้งแต่ ปี 2565ถึง 2567 พบว่าการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือน้อยกว่า 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 61.83 61.56 และ 61.20ตามลำดับ การฝากครรภ์ 8 ครั้งคุณภาพ ร้อยละ 6.23 23.13 และ 24.50ตามลำดับ (ข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ(HDC), สำนักงานสาธารณสุขเชียงราย เขต

สุขภาพที่1 ,2567) ซึ่งยังพบว่ายังมีการฝากครรภ์ 8 ครั้งคุณภาพน้อยกว่าเกณฑ์เป้าหมาย โดยหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอเวียงแก่นส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธ์ ชาวเขาและต่างด้าว ถึงร้อยละ 80 ซึ่งมีภาษา ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม และ ความเชื่อ ที่แตกต่างกัน ทำให้พบปัญหาด้านการสื่อสาร ระหว่างหญิงตั้งครรภ์และบุคลากร การรับรู้เกี่ยวกับความรู้ คำแนะนำที่ให้ เกิดการสื่อสารที่ไม่ตรงกันระหว่างหญิงตั้งครรภ์ ญาติ และบุคลากร เกิดการฝากครรภ์ไม่ตรงนัด การไม่มาตามนัดเนื่องจากบ้านไกล ไม่มีคนมาส่งฝากครรภ์ การไม่รับประทานยาที่ได้รับ รวมถึงมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ หากหญิงตั้งครรภ์ สามี หรือญาติไม่เข้าใจเกี่ยวกับการบริการฝากครรภ์ รวมถึงความรู้ คำแนะนำ หรือ สุขศึกษาที่ให้ การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องขณะตั้งครรภ์ อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ส่งผลกระทบทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้

ดังนั้นเพื่อให้ผู้รับบริการส่วนใหญ่เกิดการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์ จนกระทั่งการคลอด ที่ถูกวิธี ลดความเสี่ยง หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในขณะตั้งครรภ์ ดังเป้าหมายของหน่วยงานการพยาบาลผู้คลอดคือ “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัยประทับใจบริการ ส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่ ลูก “ ทางผู้จัดทำจึงได้ สร้างนวัตกรรม “ สื่อรัก สื่อสัมพันธ์” ซึ่งเป็นสื่อภาษาม้ง เพื่อใช้สื่อสารเกี่ยวกับขั้นตอนการฝากครรภ์ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ และ การป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ สามี หรือ ญาติ ทราบและรับรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการฝากครรภ์ ขั้นตอนการฝากครรภ์ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ และ การป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปจนเข้าสู่การคลอดได้อย่างปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ หญิงตั้งครรภ์ สามี และญาติ มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความสำคัญของการฝากครรภ์ ขั้นตอนการฝากครรภ์ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ และ การป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด
2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถใช้เป็นสื่อในให้ความรู้ แก่ หญิงตั้งครรภ์ สามี และญาติ ในคลินกฝากครรภ์

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

1 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568 ถึง 30 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก และระยะพัฒนา

1. วิเคราะห์ปัญหาจากการใช้ไวนิลที่สื่อเป็นภาษาไทย และ การให้ความรู้ จากเจ้าหน้าที่ พบว่าสื่อสารยังไม่พอเพียง ไม่สนใจ ไม่เข้าใจในภาษา ความไม่เหมาะสมกับกลุ่มชาตุพันธ์ หรือผู้ตั้งครรภ์ที่เป็นชนเผ่า
2. ประชุม ปรึกษา หารือ ปัญหาจาการวิเคราะห์ การให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ ตัวชี้วัดยังไม่ผ่านเกณฑ์ เช่น ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ และ ฝากครรภ์ 8 ครั้งคุณภาพ เป็นต้น
3. หาแนวทางในการแก้ปัญหา

3.1 จัดหาวัสดุ สื่อสิ่งพิมพ์ที่ใช้ในการรณงค์ ประชาสัมพันธ์ การฝากครรภ์ ครั้งแรก 12 สัปดาห์ และ ภาวะเจ็บครรภ์ครรภ์ก่อนกำหนด โดยขอสนับสนุนจาก บริษัทโตโยต้า เชียงราย สาขา เชียงของ

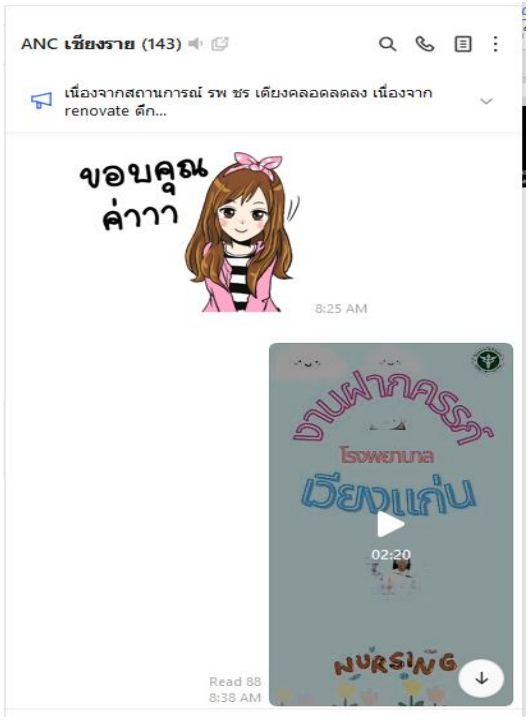
3.2 จัดทำสื่อภาษาม้ง เพื่อแก้ไขปัญหาในการสื่อสาร และการทำ QR Code เพื่อง่ายต่อการใช้งาน

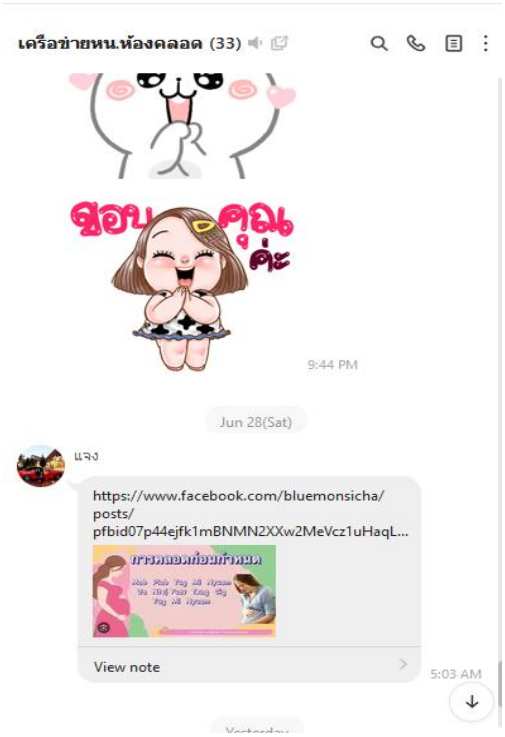
4.นำสื่อไปเปิดสอน ขณะรอรับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ทุกวันอังคาร และวันศุกร์

5.ประเมินความพึงพอใจและประเมินความรู้หลังนำสื่อไปใช้ในคลินิกฝากครรภ์หลังจากนั้น 3 เดือน

ระยะนำไปใช้

1 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568 โดยนำไปใช้ในคลินิกฝากครรภ์ และ โรงเรียนพ่อ แม่ ในวันอังคาร และ วันศุกร์ เครือข่ายงานฝากครรภ์และเครือข่ายห้องคลอด จังหวัดเชียงราย เพจโรงพยาบาล เป็นต้น และวางแผน นำไปเผยแพร่ ผ่าน รพ.สต ผู้นำชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้อง ต่อไป





การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

1.คะแนนประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้รับบริการ

2.ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และ ผู้ให้บริการ

ผลลัพธ์การนำสื่อประดิษฐ์ ไปใช้ (ตัวชี้วัด ผลผลิต / ผลลัพธ์)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนใช้ นวัตกรรม (ปี 2567)	หลังใช้ นวัตกรรม 3 เดือน
1.ร้อยละความพึงพอใจ	> ร้อยละ 80	84.78	
2.การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน12 สัปดาห์	> ร้อยละ 75	65.36	
3.การฝากครรภ์8ครั้งคุณภาพ	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60	25.70	

สรุป

การใช้ นวัตกรรม “ สื่อรัก สื่อสัมพันธ์ ” เป็นการสื่อสารอีกแบบหนึ่ง นอกจาก การให้ความรู้ คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในหน่วยงาน เพื่อสื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจของหญิงตั้งครรภ์ สามี หรือ ญาติ ที่มีการรับรู้ หรือ การเข้าใจภาษาไทยไม่ได้ หรือ ได้น้อย การใช้ นวัตกรรม “ สื่อรัก สื่อสัมพันธ์ ” อาจช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับ ขั้นตอนการฝากครรภ์ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ และ การป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปจนเข้าสู่การคลอดได้อย่างปลอดภัย

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. หญิงตั้งครรภ์ สามี และญาติ มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความสำคัญของการฝากครรภ์ ขั้นตอนการฝากครรภ์ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ และ การป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด เกิดความพึงพอใจในการให้บริการ

2. เจ้าหน้าที่สามารถใช้เป็นสื่อในให้ความรู้ แก่ หญิงตั้งครรภ์ สามี และญาติ ในคลินิกฝากครรภ์

เอกสารอ้างอิง

- นงเยาว์ สุวานิช, ธณกร ปัญญาใสโสภณ และสาโรจน์ เพชรมณ. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 39(4),45-54.
- พรรษ โนนจุ้ย. (2563) . การให้สุขศึกษา. ศรีนครินทร์เวชสาร. 36(2),246-251
- วิไลวรรณ เจนการ, เดชา ทำดี และวราภรณ์ บุญเชียง. (2562). บริบททางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อการ มารับบริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร.
  47(4),154-166.
- ศิริพร พรแสน และสุภาพักตร์ หาญกล้า. (2564). การใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 18(2),97-104.

สื่อรัก สื่อสัมพันธ์ (ภาษาม้ง)

แนะนำงานฝากครรภ์รพ.เวียงแก่น

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์

Din Think: ชุดฝึกกระบวนการรู้คิดผ่านการตอบสนองต่อภาพและสี

หฤทัย เพ็ชรวิเศษ[1] ศศิมา พกุลานนท์[2]
[1,2]หน่วยงาน สำนักวิชาการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

บทนำ

ภายในปี 2023 จะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 55 ล้านคนซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดในประเทศรายได้ปานกลาง และรายได้ต่ำ นอกจากนี้ภาวะพร่องการรู้คิดเล็กน้อยเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับการพัฒนาไปเป็นภาวะสมองเสื่อม [1] และความชุกของภาวะพร่องการรู้คิดเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ชนบทของประเทศไทยนั้นมีสูงถึงร้อยละ 71.42 และจะพบมากขึ้นตามอายุ [2] เนื่องมาจากผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทส่วนใหญ่ของประเทศไทยนั้น มีระดับการศึกษาที่น้อยกว่าผู้สูงอายุในพื้นที่เมืองซึ่งระดับการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งในการชะลอกระบวนการลดลงของการรู้คิด ดังนั้นการคงไว้ของการรู้คิดจึงสำคัญในการชะลอกระบวนการเสื่อมของสมองซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุในชนบทที่มีระดับการศึกษาน้อย อย่างไรก็ตามไม่มีการรักษาใดที่เฉพาะเจาะจงในการชะลอการพร่องการรู้คิดเล็กน้อย โดยการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า ฝึกสมองหรือฝึกการรู้คิด มีการฝึกที่หลากหลายโดยรวมการฝึกความจำ ความตั้งใจ การแก้ปัญหา การให้เหตุผล และความเร็วในการตอบสนอง ซึ่งการฝึกการรู้คิดที่เฉพาะเจาะจงสามารถกระตุ้นการตอบสนองของระบบประสาทสรีระวิทยาของสมองได้ [3] และพัฒนาการรู้คิดและอารมณ์ได้[4] ดังนั้นการฝึกการรู้คิดจึงเป็นการฝึกที่นิยมฝึกในผู้สูงอายุเพื่อชะลอการเกิดขึ้นของภาวะสมองเสื่อมโดยการฝึกส่วนใหญ่ต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการฝึกการรู้คิดเช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด หรือนักกิจกรรมบำบัด ด้วยเหตุนี้เครื่องมือการฝึกสมองด้านการรู้คิดเป็นเครื่องมือที่ ผู้สูงอายุสามารถฝึกการรู้คิดผ่านภาพและสี โดยสั่งงานร่วมกับโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และมีการป้อนกับข้อมูลการตอบสนองให้ผู้ฝึกเพื่อเป็นข้อมูลในการเพิ่มความหนักในการฝึกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคลได้ ซึ่งเครื่องมือมีคู่มือประกอบการฝึกที่ละเอียด ง่ายต่อความเข้าใจ บุคลากรที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้ได้ โดยเครื่องมือนี้สามารถประยุกต์กับกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ หรือโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการลดต้นทุนทางสาธารณสุขในการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

1 ปี

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก ทำการสำรวจสมรรถภาพทางกายและทำแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุ 2 ชุมชน คือ แม่ข้าวต้ม และท่าสุด

ระยะพัฒนา พัฒนาโปรแกรมและเครื่องมือร่วมกับคณาจารย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสมองและวิศวกรรม

ระยะนำไปใช้ นำเครื่องมือต้นแบบ (prototype) ไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุจำนวน 20 คน

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

จากการทดสอบการใช้งาน พบว่าผู้สูงอายุ จำนวน ร้อยละ 95 (19 คน) มีความพึงพอใจในตัวเครื่องมือ เครื่องมือมีความง่ายต่อการใช้งาน ร้อยละ 95 (19 คน) ร้อยละ5 (1 คน) พบว่าบางเกมมีการคิดที่ยากเกินไป

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

ผลผลิต การพัฒนาชุดฝึกกระบวนการรู้คิดผ่านการตอบสนองต่อภาพและสี

ผลลัพธ์ ชุดฝึกกระบวนการรู้คิดผ่านการตอบสนองต่อภาพและสีที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุได้โดยไม่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญในการฝึก

สรุป

เครื่องมือชุดฝึกกระบวนการรู้คิดผ่านการตอบสนองต่อภาพและสีมีคู่มือประกอบการฝึกที่ละเอียดง่ายต่อความเข้าใจ บุคลากรที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้ได้

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

ชุดฝึกกระบวนการรู้คิดผ่านการตอบสนองต่อภาพและสีสามารถประยุกต์กับกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ หรือโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการลดต้นทุนทางสาธารณสุขในการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม

เอกสารอ้างอิง

1.Song Y, Wang J. Overview of Chinese research on senile dementia in mainland China. Ageing Res Rev. 2010;9 Suppl 1:S6-12.

2.Griffiths J, Thaikruea L, Wongpakaran N, Munkhetvit P. Prevalence of Mild Cognitive Impairment in Rural Thai Older People, Associated Risk Factors and their Cognitive Characteristics. Dement Geriatr Cogn Dis Extra. 2020;10(1):38-45.

3.Mowszowski L, Hermens DF, Diamond K, Norrie L, Cockayne N, Ward PB, et al. Cognitive training enhances pre-attentive neurophysiological responses in older adults 'at risk' of dementia. J Alzheimers Dis. 2014;41(4):1095-108.

4.Giuli C, Papa R, Lattanzio F, Postacchini D. The Effects of Cognitive Training for Elderly: Results from My Mind Project. Rejuvenation Res. 2016;19(6):485-94.

ขาตั้งใส่ใจ

พิมผกา คำเพียร
งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย

บทนำ

จากที่ผ่านมา หอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก มีผู้ป่วยที่มีบาดแผล ซึ่งเกิดจากอุบัติเหตุหรือบาดแผลที่เกิดจากโรคเรื้อรังเพิ่มจำนวนมาก และบาดแผลการผ่าตัดที่เพิ่มขึ้น โดยปกติผู้ป่วยจะต้องทำแผลบริเวณเท้าและขา จะได้รับการทำแผลทุกๆวัน วันละ1-2 ครั้ง โดยเฉลี่ยวันละ 18 ราย ระยะเวลการทำแผล 15-30 นาทีต่อราย ขณะทำแผลพบปัญหาคือ 1) ไม่มีผู้ช่วยยกเท้า 2) สภาพเตียงที่ไม่สามารถปรับขนาดสูง-ต่ำได้ส่งผลให้ปวดหลัง 3) จำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ทำให้ต้องรอคนมาช่วยยกเท้าหรือต้องรบกวนญาติ

ทางทีมเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก จึงได้คิดพัฒนาอุปกรณ์ช่วยพยุงขาเพื่อความสะดวกสบายและเพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ โดยมีการพัฒนาอุปกรณ์ช่วยพยุงขา มีการปรับอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยที่มีแผลที่เท้า และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้งานให้สามารถตอบสนองการใช้งานมากยิ่งขึ้น ลักษณะผลงานนวัตกรรม เป็นนวัตกรรมที่คิดค้นขึ้นมาใหม่ ลักษณะเป็นขาตั้งมีโฟมนุ่มเพื่อรองขาหรือแขนข้างที่ต้องการทำแผล เพื่อลดการเคลื่อนที่ของตำแหน่งที่ต้องการทำแผล ซึ่งวัสดุมีความนุ่ม ใช้แทนการใช้บุคคลในการช่วยจับ และร่วมกับจัดทำแนวทางปฏิบัติ เพื่อความสะดวกสบายและเพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่

วัตถุประสงค์

1) เพื่อช่วยลดระยะเวลาในการทำแผล และลดจำนวนบุคคลากรทางการพยาบาลในการช่วยทำแผล
2) อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงาน ≥85 %

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม วันที่1 พ.ย 2567- 31 ม.ค 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก ขั้นเตรียมการ

ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก มีผู้ป่วยที่มีบาดแผล ซึ่งเกิดจากอุบัติเหตุหรือบาดแผลที่เกิดจากโรคเรื้อรังเพิ่มจำนวนมาก และบาดแผลการผ่าตัดที่เพิ่มขึ้น ซึ่งไม่มีอุปกรณ์หรือวัสดุรองขาเพื่อการทำแผลที่ถนัดและสะดวกสะบาย ทำให้พบปัญหาการขอความช่วยเหลือจากญาติ หรือใช้ทรัพยากรบุคคลเพิ่มขึ้น จึงมีแนวทางให้ใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงขา ทางผู้จัดทำ จึงเห็นความสำคัญและคิดค้นนวัตกรรมที่ช่วยพยุงขา ขึ้นมา โดยการนำมาใช้รองขาเพื่อการทำแผลที่สะดวกมาก

ระยะพัฒนา ขั้นดำเนินการ

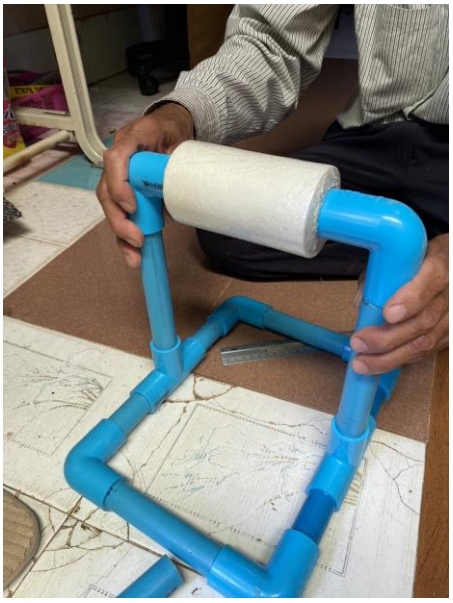
1.เตรียมอุปกรณ์

อุปกรณ์

<table>
<tr><td>1.ท่อPVCตรงขนาด 7 อัน
 </td><td>3.โฟมม้วน
 </td></tr>
<tr><td>2. ท่อPVCชนิดข้อต่อสองทาง 6 อัน และข้อต่อสามทาง 2 อัน
 </td><td>4.พลาสติกคลุมอาหาร
 </td></tr>
<tr><td>5.กาว
 </td><td></td></tr>
</table>

2.ประกอบชิ้นส่วน

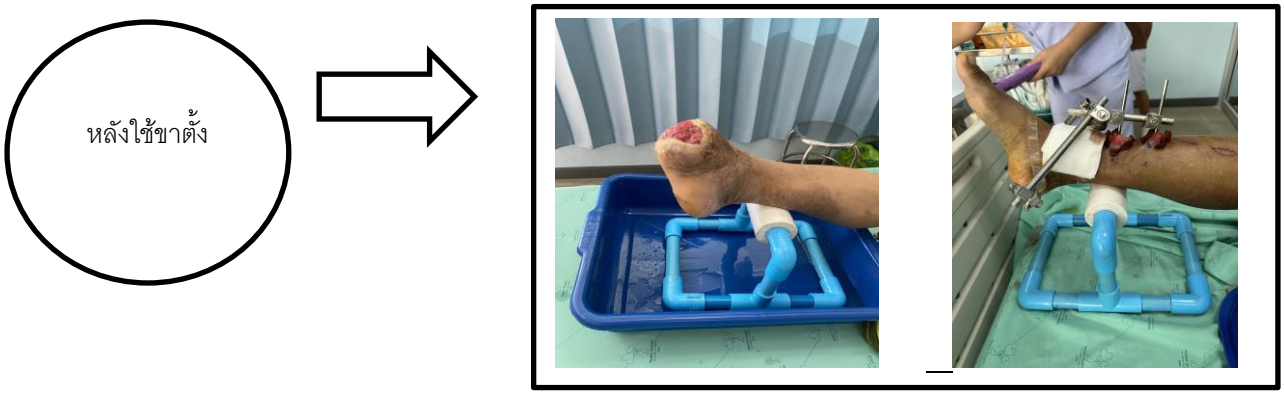
เริ่มจากนำท่อตรง PVC มาตัดให้ได้ความยาว 16 เซนติเมตร 3 อัน ยาว 11 เซนติเมตร 3 อัน และนำท่อตรง ความยาว 16 เซนติเมตร มาต่อกับข้องอทั้งสองด้าน/ทากาวยึดให้ได้ 2 ชิ้น จากนั้น นำท่อตรง ความยาว 16 เซนติเมตร มาต่อกับสามทางทั้งสองด้าน/ทากาวยึดให้ได้ 1 ชิ้น และนำชิ้นส่วนที่ประกอบแต่ละอันที่ประกอบไว้มาก่อกันขึ้นโครงสร้าง



จากนั้นนำแผ่นโฟม EPE หนา 0.5 เซนติเมตร ขนาด 20*50 เซนติเมตร มาพันด้านบนเพื่อรองรับน้ำหนักและคลุมด้วยพลาสติกคลุมอาหารเพื่อใช้และทิ้งเปลี่ยนเมื่อใช้กลับผู้ป่วยคนถัดไป

ระยะนำไปใช้ ทดลองใช้นวัตกรรม

การใช้เจ้าหน้าที่อย่างน้อยสองคนหรือขอความช่วยเหลือญาติในการช่วยจับอวัยวะที่มีแผล



หลังจากใช้ขาตั้ง ทำให้สะดวกในการทำแผลมากขึ้น สามารถคงตำแหน่งที่จะทำแผลได้ มั่นคง ทำให้ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ และเพิ่มความรวดเร็วในการทำงาน การทำความสะอาดอุปกรณ์ขาตั้งใส่ใจ หลังการใช้งาน ลอกพลาสติกคลุมออกทิ้งและ ล้างด้วยผงซักฟอก ตากให้แห้ง

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

1) หลังจากบุคคลากรได้ทดลองใช้ นวัตกรรมพบว่าระยะเวลาในการทำแผลมีแนวโน้มลดลง 20,15 และ 10นาที ตามลำดับ เนื่องจากสามารถทำแผลได้สะดวก ตำแหน่งที่ต้องการทำแผลอยู่นิ่งคงที่

2) อัตราความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม

คะแนนความพึงพอใจ	คะแนน
ผู้ป่วย	92
เจ้าหน้าที่	96

- ผู้ป่วยพึงพอใจเนื่องจากมั่นคง ปลอดภัย ลดการใช้แรงขาขณะพยาบาลทำแผล
- เจ้าหน้าที่เนื่องจากมีความสะดวกสบาย ลดอาการปวดหลังจากการก้มทำแผล

งบประมาณที่ใช้ในการพัฒนา/คิดค้นนวัตกรรม จำนวนเงิน 210 **บาท**

สรุป

นวัตกรรมขาตั้งใส่ใจจากท่อPVC ถูกจัดทำขึ้น เพื่อช่วยพยุงขาผู้ป่วยขณะทำแผล เหมาะกับผู้ป่วยแผลขา/เท้า ลดการใช้บุคลากร ลดอาการปวดหลังของเจ้าหน้าที่ และเพิ่มความสะดวกในการทำแผล

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

เป็นอุปกรณ์เฉพาะที่ใช้รองขาในผู้ป่วยที่มีบาดแผลทั้งเกิดจากอุบัติเหตุหรือบาดแผลที่เกิดจากโรคเรื้อรังและบาดแผลการผ่าตัด ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจ คะแนนความพึงพอใจจากผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ≥85 %เนื่องจากการใช้งานที่ง่าย สะดวกในการหยิบมาใช้ ความรวดเร็วในการใช้งาน เพื่อความสะดวกสบายของเจ้าหน้าที่และเพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่

ข้อเสนอแนะ

-ควรนำอุปกรณ์ไปใช้กับหน่วยงานอื่นๆ

-อาจต้องเพิ่มความสามารถในการการปรับขนาดตำแหน่งขึ้นลงเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน ที่มีขนาดความยาวแขนและขาไม่เท่ากัน

เอกสารอ้างอิง

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. (2559). กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคแผลเรื้อรังแบบบูรณาการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (ได้รับรางวัลบริการภาครัฐยอดเยี่ยม พ.ศ. 2560). สืบค้นจาก https://km.pmk.ac.th/images/award/excellent-60-2.pdf

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (2011, January 31). Wound management [เอกสาร PDF]. สืบค้นจาก https://www.rama.mahidol.ac.th/surgery/sites/default/files/public/pdf/wound%20management.Jan_.%2031,2011.pdf

Robot บันทึกข้อมูล Hospital XP

อภิชาติ เตชะอัตตกุล
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ

บทนำ

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 กลุ่มงานทันตกรรมมีการนำโปรแกรมอัตโนมัติ (Robot) มาใช้บันทึกข้อมูลร่วมกับโปรแกรม HIS (Hospital Information Systems) เดิมนั้นคือโปรแกรม Hospital OS เพื่อทดแทนการขาดแคลนเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล มีหลักการทำงานคือ อ่านไฟล์ Spreadsheet ที่มีข้อมูลการตรวจฟันแล้วทำการบันทึกข้อมูลไปในช่องรับค่าต่างๆ ของโปรแกรม Hospital OS ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 มีการเปลี่ยนโปรแกรม HIS เป็นโปรแกรม Hospital XP ทำให้ Robot เดิมไม่สามารถใช้งานได้ ทั้งนี้มีจำนวนนักเรียนในระดับอนุบาลและประถมศึกษาที่ได้รับการตรวจฟันจำนวน 3,701 คน อีกทั้งยังมีกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นเป้าหมายการตรวจฟันเพื่อให้ผ่านตัวชี้วัดขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ในปีงบประมาณ 2568 จำนวนประมาณ 6,000 คน จะต้องได้รับการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Hospital XP ดังนั้นจึงต้องสร้าง Robot ใหม่ที่ปรับการทำงานให้เหมาะสมเพื่อนำไปใช้บันทึกข้อมูลดังกล่าวแทนการใช้เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล พร้อมทั้งสร้างหน้าต่างสำหรับปรับแต่งค่าต่างๆ ให้กับผู้ใช้งานทั่วไป (Graphical user interface : GUI)

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงปัจจุบัน

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก

1. สร้าง Web application สำหรับการตรวจฟันที่มีระบบตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนการบันทึก (Data validation) โดยเก็บข้อมูลใน Google sheet แล้วส่งข้อมูลออกมาเป็นไฟล์ Spreadsheet

2. เตรียมการติดตั้ง Environment ที่จำเป็นสำหรับ Robot

2.1 Microsoft Visual C++ 2015-2019

2.2 Microsoft Visual C++ 2013

2.3 AutoIt application

2.4 SciTE editor

2.5 AutoIt library

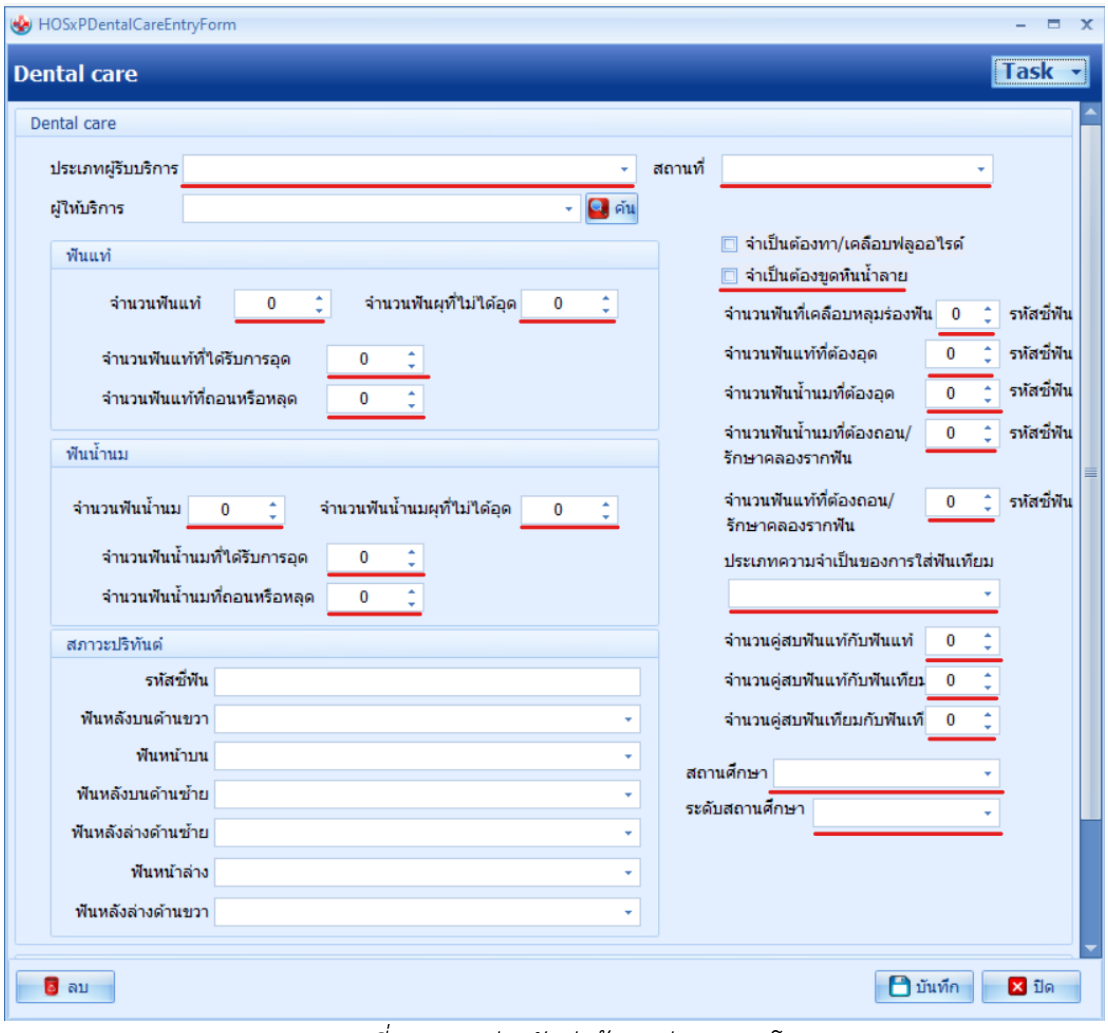
- OpenCV เปรียบเสมือนดวงตาของ Robot ให้ทำการคลิกภาพหน้าจอหรือรอคอยการเปลี่ยนภาพหน้าจอเพื่อดำเนินขั้นตอนต่อไป
- Excel สำหรับอ่านไฟล์ Spreadsheet
- Inet สำหรับการส่งข้อความแสดงผลการทำงานไปยัง Application Telegram
- FileConstants สำหรับการเขียน Log แสดงขั้นตอนการทำงานของ Robot ใน Text file
- GUIConstantsEx สำหรับออกแบบหน้าต่างของผู้ใช้งาน
- WinAPI ใช้สั่ง Window API เพื่อสร้างเหตุการณ์ (Event) ต่างๆ แทนการใช้ Hardware input เช่น

การพิมพ์ข้อความ การคลิกเมาส์ การควบคุมปุ่มกด การควบคุมช่องบันทึกข้อมูล

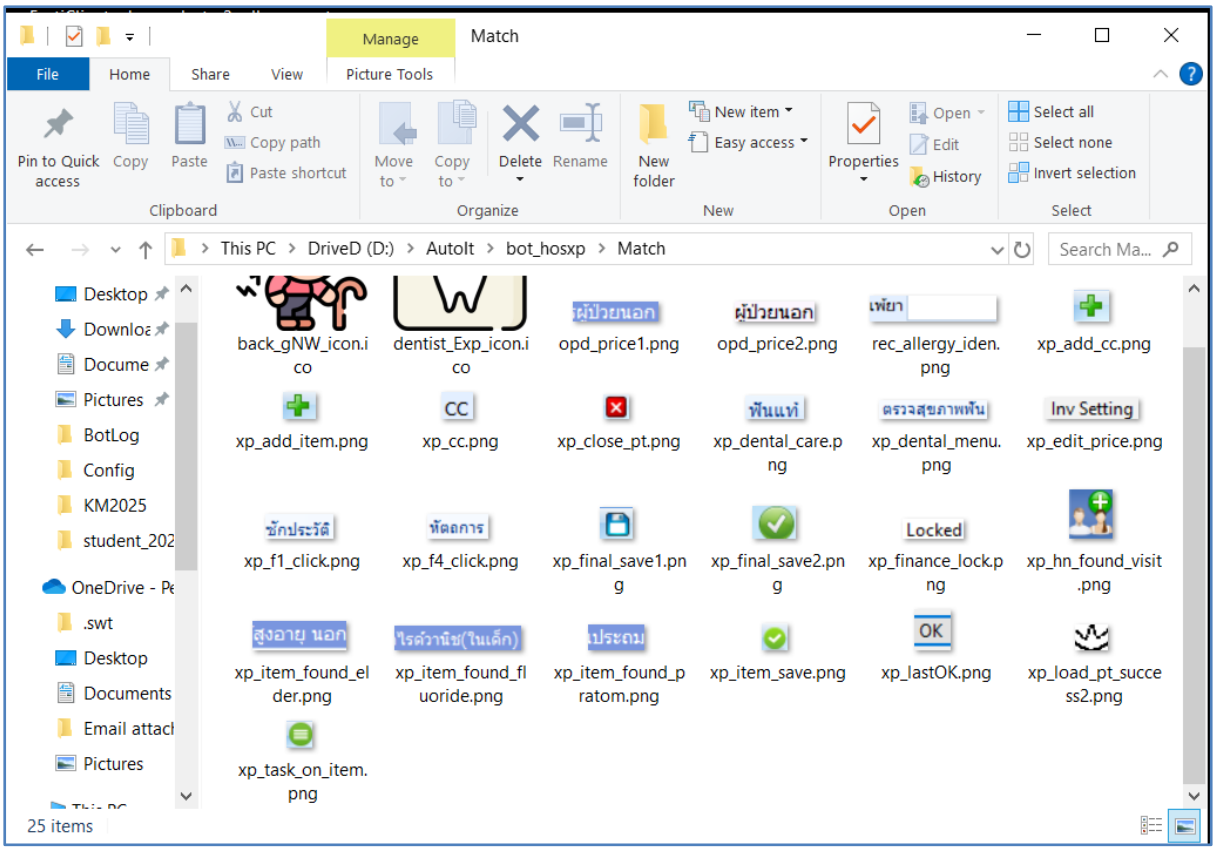
- CppKeySend เขียนขึ้นมาเพื่อแก้ Bug ของ AutoIt application เป็นข้อผิดพลาดที่พบบ่อยเมื่อสั่งให้กดปุ่ม Ctrl+A Ctrl+V

ระยะพัฒนา

1. สำรวจตำแหน่งภาพหน้าจอและ Class ย่อยของปุ่มควบคุมรวมถึงช่องรับค่าต่างๆ ในโปรแกรม Hospital XP



รูปที่ 1 แสดงช่องรับค่าข้อมูลต่างๆ ของโปรแกรม



รูปที่ 2 แสดง Folder เก็บภาพหน้าจอ

2. เขียน Function การทำงานของ Robot แบ่งตามขั้นตอนการทำงานดังนี้

1.1 เรียกข้อมูลจาก Hospital number (HN) ปิดกล่องข้อความแจ้งเตือนต่างๆ และรอบันทึกข้อมูล

1.2 บันทึกข้อมูลการตรวจฟัน

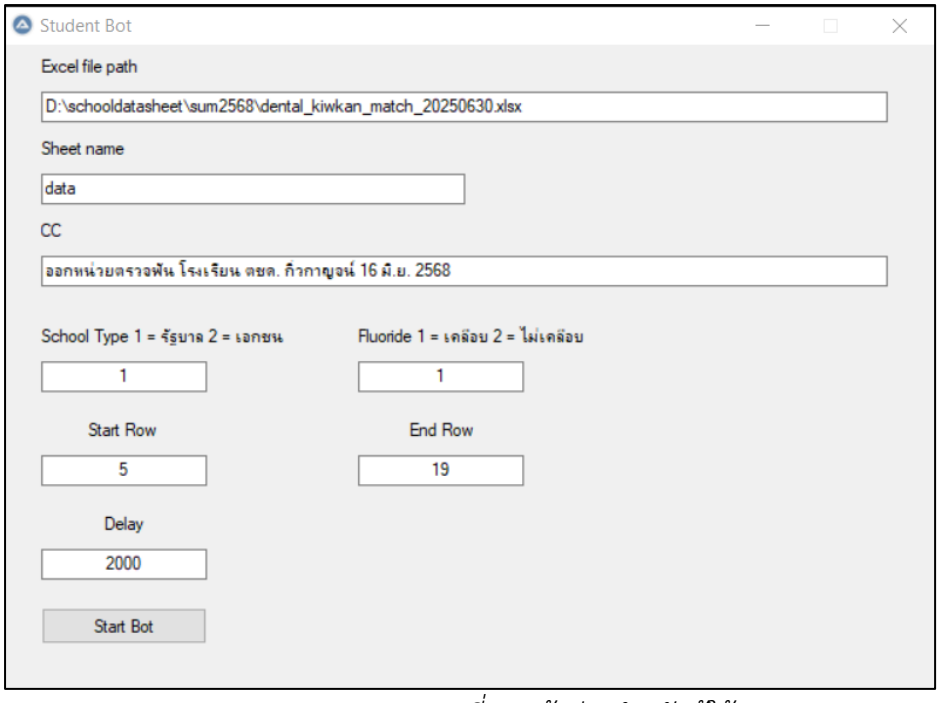
1.3 บันทึกข้อมูลทั่วไปและงานที่รักษา

1.4 บันทึกข้อมูลทั้งหมด ส่งต่อข้อมูลแยกตามห้องปลายทางและรอบันทึกข้อมูลถัดไป

โดยแต่ละ Function จะทดสอบการทำงานแยกกันแล้วค่อยนำมารวมกันเป็น Robot ที่ทำงานครบทุกขั้นตอน

```
;==================================== start bot loop ====================================
Func BotLoop()
    $oExcel = _Excel_Open()
    Local $bReadOnly = True
    Local $bVisible = True
    $oWorkbook = _Excel_BookOpen($oExcel, $sWorkbook, $bReadOnly, $bVisible)
    Local $aResult = _Excel_RangeRead($oWorkbook, $sSheet)

    If IsArray($aResult) Then
        $oLogStudent = FileOpen($logStudent, $FO_APPEND)
        $oLogStudentProgress = FileOpen($logStudenProgress, $FO_APPEND)
        $oLogPrice =  FileOpen($logPrice, $FO_APPEND) ;
        Sleep(1200)
        HideExcel()
        HideSciTE()
        Sleep(1000)
        SwapXP()
        $hWndXp = WinWait($sHosXp_Title, "", 10)
        SetHnBox($hWndXp)
        Sleep(1000)
        AdlibRegister("ContXp1",10000)
        Local $hPtNote
        Local $hDrgAllergy
        Local $hAppoint
        Local $hTodayAppoint
        Local $hDentistLock
        Local $hFinLocked ;not use
        Local $bTodayAppoint = False
        Local $bDentistLock = False
        Local $bFinanceLock = False
        Local $bSitKrg = False
        Local $iCnt = 0
        Local $sSit = ""
    For $i = $iStartRow - 1 To $iEndRow - 1 ;UBound($aResult, 1) - 1
        Sleep(800)
        Local $hnClass  = "TcxCustomInnerTextEdit2"
```

รูปที่ 3 แสดงตัวอย่าง Code ใน SciTE editor



รูปที่ 4 หน้าต่างสำหรับผู้ใช้งาน

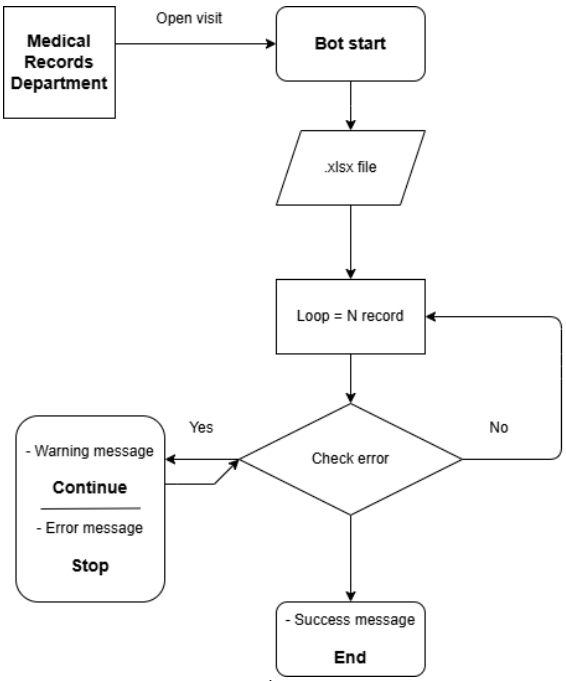
3. การสร้างโปรแกรมอัตโนมัติ Robot ใหม่ ได้นำข้อด้อยของ Robot เดิมมาปรับปรุงดังนี้

ข้อด้อย	การปรับปรุง
มีการเขียน Code ให้หยุดทำงานเมื่อเจอข้อผิดพลาด เช่น การลืมส่ง Visit	ให้หยุดทำงานเฉพาะกรณีโปรแกรม Hospital XP ปิดไปเองหรือหยุดการเชื่อมต่อกับ Server กรณีอื่นๆ ให้ข้ามข้อมูลที่มีปัญหาและทำการบันทึกข้อมูลถัดไป
คำสั่งบันทึกข้อมูลทั้งหมดเป็นการคลิกเมาส์ตามตำแหน่ง ยากต่อการปรับแก้ภายหลัง	คำสั่งบันทึกข้อมูลควบคุมองค์ประกอบ (Element) ผ่าน Class ย่อยของโปรแกรม Hospital XP ผสมกับการคลิกเมาส์ตามตำแหน่งภาพ
แจ้งเตือนสถานะทำงานด้วยการส่งข้อมูลผ่านกล่องข้อความใน Facebook messenger	แจ้งเตือนสถานะทำงานด้วย Telegram notification API
มีการส่งต่อห้องปลายทางหลังบันทึกข้อมูลเพียงตัวเลือกเดียว (กลับบ้าน)	มีการส่งต่อห้องปลายทางตามสิทธิการรักษา (กลับบ้าน การเงิน)
ไม่มี GUI การตั้งค่าต่างๆ ทำใน Code editor	มี GUI สำหรับตั้งค่าการบันทึกและตรวจสอบความถูกต้องของการตั้งค่าเพื่อให้เหมาะกับผู้ใช้งานทั่วไป

ตารางที่ 1 *แสดงรายละเอียดในการปรับปรุง Robot*

ระยะนำไปใช้

การนำไปใช้งานจริงจะส่งข้อมูล HN ชื่อและนามสกุล ของผู้ได้รับบริการตรวจฟันให้กลุ่มงานเวชระเบียนเปิด Visit พร้อมทั้งตรวจสอบสิทธิการรักษา ทดสอบการทำงานบันทึกข้อมูลของ Robot ผ่าน Console ของ SciTE editor เมื่อผลการทำงานเป็นที่น่าพอใจแล้วจึง Compile เป็นไฟล์นามสกุล .EXE ซึ่งมีขนาดเล็กและง่ายต่อการใช้งาน



รูปที่ 5 Flow chart ของการทำงาน

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

1. ระยะเวลาในการบันทึกข้อมูล สำหรับข้อมูล 1 record ประกอบด้วยค่าทั้งหมด 24 รายการ เปรียบเทียบระยะเวลาบันทึกข้อมูลของโปรแกรม Hospital OS กับ Hospital XP มีรายละเอียดดังตารางที่ 2

ระยะเวลา	Hospital OS	Hospital XP
การโหลดข้อมูลผู้รับบริการเฉลี่ย (วินาที)	< 1	15
การบันทึกข้อมูลเฉลี่ย (วินาที)	50	36
การโหลดข้อมูลหลังบันทึกเฉลี่ย (วินาที)	< 1	21
รวม (วินาที)	50	72

ตารางที่ 2 *เปรียบเทียบระยะเวลาในการบันทึกข้อมูล*

จะเห็นได้ว่า ถึงแม้จะปรับความสามารถของ Robot ให้บันทึกข้อมูลได้เร็วกว่าเดิม แต่โปรแกรม Hospital XP ใช้เวลาในการบันทึกข้อมูลนานกว่า สาเหตุเพราะใช้เวลาในการโหลดข้อมูลมากกว่า

2. ด้านความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูล

2.1 มีการตรวจสอบด้วย SQL query ระหว่างข้อมูลจาก Spreadsheet ตั้งต้นกับข้อมูลใน Database ทุกครั้งหลังการบันทึกเสร็จสิ้น จำนวนข้อมูลที่บันทึก 1,532 records เป็นกลุ่มนักเรียนในระดับอนุบาลและประถมศึกษา 1,385 records กลุ่มผู้สูงอายุ 147 records ผลการตรวจสอบดังแสดงในตารางที่ 3

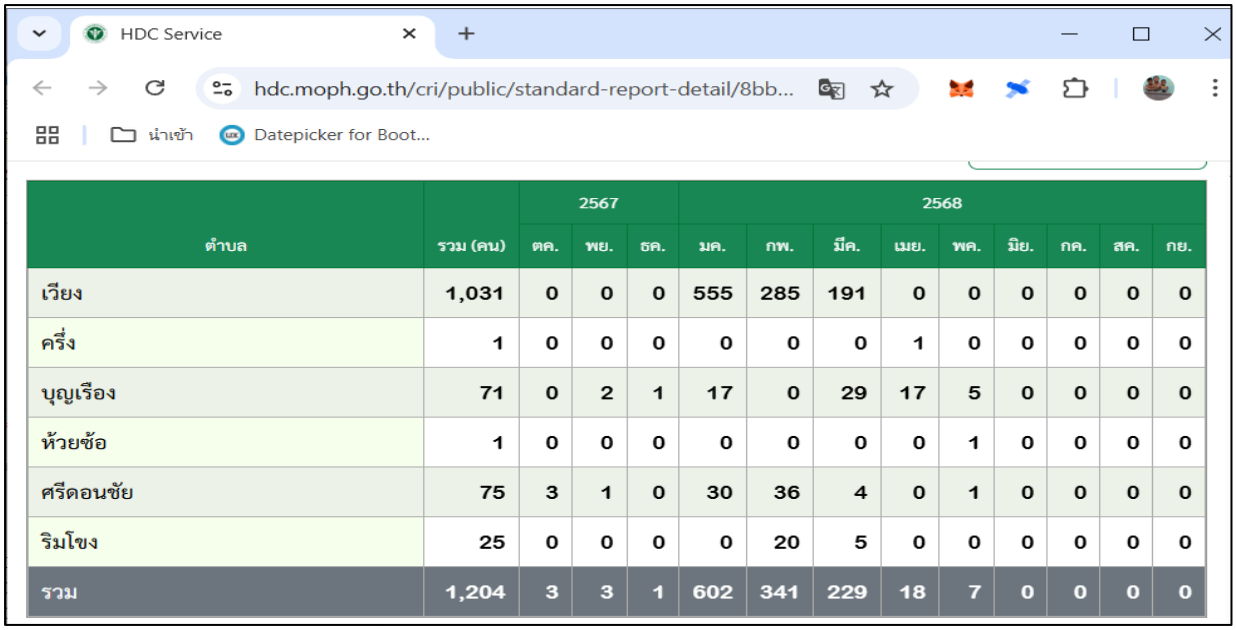
ความสมบูรณ์	ร้อยละ
ด้านจำนวนข้อมูล	100
ด้านคุณภาพในการบันทึกข้อมูล	100

ตารางที่ 3 *แสดงคุณภาพในการบันทึกข้อมูล*

2.2 เปรียบเทียบการบันทึกข้อมูลตรวจฟันในกลุ่มนักเรียน ป.1 ถึง ป.6 กับการส่งออกข้อมูลแฟ้ม dental ไปยัง HDC ตั้งแต่ มกราคม 2568 ถึง มีนาคม 2568 หมวดการเข้าถึงบริการทันตกรรม หัวข้อ 10.1 ตรวจสุขภาพช่องปาก ในเด็กอายุ 6-12 ปีโดยทันตบุคลากร (คน) (dental) ดังแสดงในตารางที่ 4

ข้อมูล	จำนวนข้อมูล
การตรวจฟันในกลุ่มนักเรียน ป.1 ถึง ป.6	1,068
HDC หัวข้อ 10.1 ตรวจสุขภาพช่องปาก ในเด็กอายุ 6-12 ปี	1,031

ตารางที่ 4 *เปรียบเทียบการบันทึกข้อมูลกับข้อมูลส่งออกแฟ้ม dental ไปยัง HDC*



ตำบล	รวม (คน)	2567			2568								
		ตค.	พย.	ธค.	มค.	กพ.	มีค.	เมย.	พค.	มิย.	กค.	สค.	กย.
เวียง	1,031	0	0	0	555	285	191	0	0	0	0	0	0
ครึ่ง	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
บุญเรือง	71	0	2	1	17	0	29	17	5	0	0	0	0
ห้วยซ้อ	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
ศรีดอนชัย	75	3	1	0	30	36	4	0	1	0	0	0	0
ริมโขง	25	0	0	0	0	20	5	0	0	0	0	0	0
รวม	1,204	3	3	1	602	341	229	18	7	0	0	0	0

รูปที่ 6 ข้อมูลการส่งออกแฟ้ม dental ไปยัง HDC

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

1. ผลการประเมินคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้โปรแกรมอัตโนมัติ (Robot) บันทึกข้อมูล Hospital XP

หัวข้อ	ร้อยละ
1. ความรวดเร็วในการใช้งาน	94.28
2. ความสะดวกในการใช้งาน	94.28
3. การช่วยแบ่งเบาภาระงาน	95.71
4. ความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้งาน	98.57

ตารางที่ 5 *ผลการประเมินคะแนนความพึงพอใจสำหรับผู้ใช้นวัตกรรม*

2. การช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย คำนวณจากระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ พ.ศ. 2550 ที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา หัวข้อ 7.1 การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการในวันทำการให้มีสิทธิเบิกเงินตอบแทนได้ไม่เกินวันละสี่ชั่วโมงในอัตราชั่วโมงละห้าสิบบาท โดย Robot มีระยะเวลาบันทึกข้อมูลเฉลี่ย 72 วินาทีต่อ 1 record ใช้บันทึกข้อมูลมาแล้ว 1,532 records จึงมีระยะเวลาบันทึกข้อมูลที่ผ่านมาทั้งสิ้น ((1,532 * 72)/3,600) = 30.6 ชั่วโมง ช่วยให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในการจ้างเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลไปทั้งสิ้น (30.6 * 50) = 1,530 บาท

3. การเพิ่มรายได้ หลังปรับ Robot ให้ส่งต่อข้อมูลห้องปลายทางแยกตามสิทธิการรักษาซึ่งเริ่มในเดือน มกราคม 2568 ถึงปัจจุบัน มีการบันทึกข้อมูลในผู้รับบริการสิทธิข้าราชการทั้งสิ้น 90 records ทำให้ได้รับเงินตอบแทนในส่วนของค่าบริการผู้ป่วยนอก (50 บาทต่อวัน) จำนวน (90 * 50) = 4,500 บาท

สรุป

Robot สามารถทำงานแทนเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลมีความถูกต้อง ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจต่อการใช้งานมากกว่าร้อยละ 90 การพัฒนาเพื่อใช้งานไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ

Feature	Old version	New version
การทำงานต่อเนื่อง	ไม่มี	มี
การแจ้งเตือนสถานะทำงาน	Facebook messenger	Telegram notification
การส่งต่อห้องปลายทาง	ห้องเดียวกันทุกสิทธิ	แยกห้องส่งตามสิทธิ
หน้าต่างสำหรับผู้ใช้งาน (GUI)	ไม่มี	มี

ตารางที่ 6 *สรุปคุณสมบัติที่มีการเปลี่ยนแปลง*

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. Robot มีความเร็วและความถูกต้องแม่นยำกว่าสูงกว่าการบันทึกข้อมูลโดยมนุษย์ กำหนดระยะเวลาแล้วเสร็จที่แน่นอนได้เพราะสามารถทำงานต่อเนื่องโดยไม่ต้องหยุดพัก
2. มี GUI ตั้งค่าการใช้งาน ช่วยอำนวยความสะดวกแก่ผู้ใช้งานที่ไม่มีพื้นฐานการเขียนโปรแกรม
3. ข้อมูลที่บันทึกมีความสมบูรณ์ เมื่อส่งออกเป็นไฟล์ 43 แฟ้มทำให้ได้เนื้องานตามตัวชี้วัดของ HDC
4. ช่วยลดรายจ่ายและเพิ่มรายได้ตรงตามแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

แอปพลิเคชันวางแผนและติดตามการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง: COC Maelao

จุมพล พันธ์ลำ[1] วิภาดา พรหมสอน[2]
[1,2]กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล [2]กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม...รพ.แม่ลาว

บทนำ

โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ได้จัดตั้งกลุ่มงานสุขภาพดิจิทัลขึ้นใหม่ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นหน่วยงานหลักในการส่งเสริมการนำเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมมาใช้พัฒนาระบบบริการสุขภาพขององค์กรให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับมาตรฐาน HAIT โดยหนึ่งในภารกิจสำคัญของกลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล คือ การพัฒนาเครื่องมือทางเทคโนโลยีที่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มงานต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล

จากการสำรวจความต้องการของกลุ่มงานภายใน พบว่ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม มีความต้องการเครื่องมือที่สามารถช่วยติดตามและบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงและผู้ป่วยระยะท้าย ทีมพัฒนาได้ลงพื้นที่เพื่อรับฟังปัญหาและความต้องการจากผู้ใช้งานจริง พบว่าการดำเนินงาน COC ในพื้นที่อำเภอแม่ลาวแม้จะเป็นไปตามนโยบายของจังหวัดและมีการสนับสนุนผ่านโปรแกรมต่าง ๆ แล้วก็ตาม แต่ยังประสบอุปสรรคในหลายด้าน เช่น การขาดระบบประสานงานที่ชัดเจนระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน การสื่อสารภายในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ขาดความสอดคล้องเป็นทิศทางเดียวกัน ข้อจำกัดของโปรแกรมเยี่ยมบ้านที่ไม่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ช่องทางการสื่อสารที่ยังเป็นแบบทางเดียว การใช้แบบประเมินในรูปแบบเอกสารที่เสี่ยงต่อการสูญหาย และระบบการจัดเก็บข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์หรือรายงานผลยังไม่มีประสิทธิภาพ

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ทีมพัฒนาได้นำแนวคิดด้านเทคโนโลยี Low-code มาประยุกต์ใช้ โดยออกแบบและพัฒนาแอปพลิเคชัน “COC Maelao” บนแพลตฟอร์ม AppSheet ซึ่งเอื้อต่อการพัฒนาอย่างรวดเร็วและสามารถปรับใช้งานได้ง่าย โดยไม่จำเป็นต้องเขียนโค้ด เป้าหมายหลักของระบบคือการเป็นฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถเข้าถึงข้อมูลร่วมกัน ใช้ในการวางแผนเยี่ยมบ้าน การประเมินสภาพผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูล และการสื่อสารระหว่างทีม พร้อมทั้งระบบรายงานผลแบบ Dashboard

นวัตกรรม “COC Maelao” จึงเป็นเครื่องมือที่ตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างครบถ้วน ทั้งในฐานะเครื่องมือในการจัดเก็บและแลกเปลี่ยนข้อมูล ช่องทางการสื่อสารของทีมสหสาขาวิชาชีพ และกลไกในการติดตามและประเมินผลการดูแลผู้ป่วย โดยมีจุดเด่นด้านความปลอดภัยของข้อมูลด้วยระบบควบคุมสิทธิ์การเข้าถึงตามบทบาทผู้ใช้งาน (Role-based Access Control) ซึ่งช่วยรักษาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม 6 เดือน

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก (ธันวาคม 2567 – มกราคม 2568)

ทีมพัฒนาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมความต้องการจากผู้ใช้งานหลัก ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพในระดับปฐมภูมิ เช่น พยาบาลเวชปฏิบัติ ทันตกรรม กายภาพบำบัด แผนไทย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยจัดระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงและผู้ป่วย COC จากนั้นสรุปฟีเจอร์ที่จำเป็นและกำหนดคุณสมบัติของระบบให้ตอบโจทย์การใช้งานจริง

ในการเลือกเครื่องมือพัฒนา ได้พิจารณาเรื่องความง่ายในการใช้งาน การเข้าถึงได้จากหลายอุปกรณ์ ความปลอดภัยของข้อมูล และความสามารถในการดูแลระบบด้วยตนเอง จึงเลือกใช้ AppSheet ซึ่งเป็นแพลตฟอร์ม Low-code ที่เหมาะสมกับบริบทหน่วยบริการสุขภาพขนาดเล็ก

ระยะพัฒนา (กุมภาพันธ์ 2568 – มีนาคม 2568)

เริ่มต้นกระบวนการพัฒนาระบบตามหลักการ Agile โดยแบ่งการทำงานออกเป็นรอบ (Sprint) ครั้งละ 1 สัปดาห์ ในแต่ละรอบจะพัฒนาโมดูลย่อย เช่น ระบบลงทะเบียนผู้ป่วย ระบบปักหมุดแสดงตำแหน่งบ้านผู้ป่วย แบบประเมินต่างๆ ของสหวิชาชีพ ระบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน Dashboard รายงาน และระบบสิทธิ์ผู้ใช้งาน

หลังจากพัฒนาแต่ละโมดูล จะมีการทดสอบร่วมกับผู้ใช้งานจริง (User Testing) เพื่อรับข้อเสนอแนะและนำไปปรับปรุงในรอบถัดไป ทำให้ระบบพัฒนาต่อเนื่องและตอบโจทย์ความต้องการของผู้ใช้มากที่สุด

ระยะนำไปใช้ (เมษายน 2568 – ปัจจุบัน)

เริ่มทดลองใช้งานจริงในพื้นที่อำเภอแม่ลาว โดยเลือก รพ.สต. จำนวน 9 แห่งเป็นพื้นที่นำร่อง พร้อมจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่เจ้าหน้าที่ผู้ใช้งาน

ในช่วงทดลองใช้งาน จะติดตามผล เช่น จำนวนผู้ป่วยที่ถูกบันทึก ความสะดวกในการใช้งาน และการตอบโจทย์ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง รวมถึงประเมินผลกระทบต่อความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย ก่อนปรับปรุงและขยายการใช้งานเต็มรูปแบบในเดือนมิถุนายน 2568

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

ดำเนินการทดสอบใช้งานจริงที่ รพ.สต. จำนวน 9 แห่งในอำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนเมษายน–มิถุนายน 2568

วิธีการทดสอบ

- อบรมเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- ให้ผู้ใช้งานทดลองใช้ระบบกับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน (150 ราย)
- เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อประเมินประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
ร้อยละการเข้าร่วมใช้งานของเครือข่ายบริการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอำเภอแม่ลาว	≥ 80 %	90 %
มี Dashboard รายงานผลการเยี่ยมบ้าน	≥ 1 รูปแบบ	2 รูปแบบ
ร้อยละการบันทึกติดตามผู้ป่วยครบถ้วน	≥ 80 %	90.22 %
มีช่องทางสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสหสาขาทั้งในโรงพยาบาลและพื้นที่หรือชุมชน	มี	มี
มีศูนย์กลางการจัดเก็บข้อมูลป่วยเจ้าหน้าที่รับผิดชอบสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างปลอดภัย	มี	มี

สรุป

นวัตกรรมแอปพลิเคชัน “COC Maelao” ที่พัฒนาด้วยเทคโนโลยี Low-code บนแพลตฟอร์ม AppSheet สามารถตอบโจทย์การดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงและผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ตระหนักถึงมาตรการความปลอดภัย ช่วยให้เครือข่ายบริการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอำเภอแม่ลาว สามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยช่วยในการวางแผนการให้บริการผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เป็นช่องทางการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการจากทีมสหสาขาฯ อย่างเหมาะสม เป็นเครื่องมือที่ใช้ Monitor หรือติดตามเยี่ยมบ้านช่วยให้สามารถเคลมค่าบริการผู้ป่วยระยะท้ายตามสิทธิประโยชน์อย่างครบถ้วนทันเวลามากขึ้น

นอกจากนี้ระบบยังช่วยลดภาระงานซ้ำซ้อนและเอกสาร เพิ่มความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลตามกฎหมาย PDPA และสร้างข้อมูลเชิงวิเคราะห์เพื่อการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิผล

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

ต่อผู้ป่วยและครอบครัว

- ลดช่องว่างการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ทำให้เครือข่ายบริการอำเภอแม่ลาวได้ทราบถึงข้อมูลผู้ป่วย สามารถวางแผนติดตามเยี่ยมได้อย่างเหมาะสม
- ได้รับบริการที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับบริบทชุมชน
- ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงบริการจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

ต่อบุคลากรสาธารณสุข

- การ Monitor ติดตามงานอย่างเป็นระบบ
- การสร้างเครือข่ายในการให้บริการการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อสร้างความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วย
- เข้าถึงข้อมูลแบบเรียลไทม์เพื่อใช้ประกอบการวางแผนและตัดสินใจ
- ใช้ Dashboard เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์และประเมินคุณภาพบริการได้ง่ายขึ้น

ต่อหน่วยบริการสุขภาพ

- ยกระดับการบริหารจัดการด้านการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน
- สนับสนุนการตอบตัวชี้วัด HDC และการตรวจราชการ

ต่อระบบสุขภาพโดยรวม

- เป็นต้นแบบของการใช้เทคโนโลยี Low-code เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการ กรมการแพทย์; 2563.
2. Google. AppSheet Documentation [Internet]. California: Google; 2024 [cited 2025 Jun 14]. Available from: https://www.appsheet.com

รถบล็อกวิสัญญี
(Mobile Solutions for Safe and Effective Regional Anesthesia Delivery)

นายวทัญญู สุตะวงค์
กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลแม่สาย

บทนำ

การพัฒนา **รถบล็อกวิสัญญี** (Mobile Anesthesia Unit หรือ Mobile Block Cart) มีต้นกำเนิดเพื่อตอบสนองความต้องการในการให้บริการทางการแพทย์ในสถานที่ที่ไม่สามารถเข้าถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการให้ยาชาได้อย่างรวดเร็วและสะดวก เช่น ในพื้นที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลหรือพื้นที่ภัยพิบัติ หรือในกรณีที่สถานการณ์ฉุกเฉินเกิดขึ้นและต้องการการตอบสนองที่รวดเร็ว รถบล็อกมักจะได้รับการพัฒนาและออกแบบให้สามารถบรรจุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการให้ยาชาเฉพาะบริเวณ (Regional Anesthesia) เช่น อุปกรณ์การให้ยาชา และอุปกรณ์อื่นๆ ที่จำเป็นในกระบวนการให้ยาชาแบบบล็อก โดยมีความสามารถในการเคลื่อนที่ไปยังพื้นที่ที่ต้องการการให้บริการ

ในปัจจุบันหลายๆ โรงพยาบาลหรือหน่วยงานทางการแพทย์เริ่มใช้รถบล็อกเพื่อให้บริการวิสัญญีมากขึ้น แต่การจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการทำบล็อกเส้นประสาทมักกระจัดกระจาย หรือไม่เป็นระบบ และอาจก่อให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการ ความเสี่ยงต่อความผิดพลาดในการเลือกใช้อุปกรณ์ ตลอดจนลดประสิทธิภาพของทีมวิสัญญี นอกจากนี้ การจัดการอุปกรณ์หลังการใช้งาน เช่น การแยกเข็มมีคม การเก็บขยะติดเชื้อ หรือการล้างทำความสะอาด ก็เป็นอีกจุดที่ต้องให้ความสำคัญ

หน่วยงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลแม่สาย มีผู้รับบริการทางวิสัญญีมากขึ้นทุกปี และโดยส่วนใหญ่จะมีการให้การระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน (Reginal Anesthesia) โดยสถิติพบว่าในปีงบประมาณ 2563 ถึง 2567 มีจำนวน 492, 577, 803, 830, 1418 ราย ตามลำดับ และทางหน่วยงานการพยาบาลวิสัญญียังพบว่าการจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการทำบล็อกเส้นประสาทมักกระจัดกระจาย ไม่เป็นระบบ มีอุปกรณ์ที่ใช้ในการเตรียมบล๊อกมากเกินไป ทำให้มีการเข้าออกห้องผ่าตัดบ่อยครั้งเกินความจำเป็น เนื่องจากมาตรฐาน ANSI/ASHRAE/ASHE การควบคุมแรงดันอากาศในห้องผ่าตัดให้สูงกว่าบริเวณทางเดินและบริเวณใกล้เคียงด้วยแรงดันบวกสามารถป้องกันไม่ให้อากาศไหลจากบริเวณปลอดเชื้อน้อยไปยังบริเวณปลอดเชื้อมาก ซึ่งแนะนำให้มีการแลกเปลี่ยนอากาศไม่ควรเกิน 15 ครั้งต่อชั่วโมง รวมไปถึงการคิดค่าใช้จ่ายที่ไม่เป็นระบบร่วมด้วย ผู้จัดทำจึงได้มีการพัฒนา รถบล็อกวิสัญญี อย่างต่อเนื่องเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยที่มีคุณภาพ พร้อมใช้งาน ลดระยะเวลาในการเตรียมเวชภัณฑ์ และสอดคล้องกับการคิดค่าใช้จ่าย ลดความผิดพลาดในการคิดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น รวมไปถึงลดโอกาสการติดเชื้อในการเข้าออกห้องผ่าตัดโดยไม่จำเป็น

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึง 30 เมษายน 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ประยุกต์การพัฒนาจากรูปแบบของ LEAN Poka Yoke มาใช้ในงานครั้งนี้ โดยรูปแบบของการพัฒนามีประโยชน์หลายด้านดังนี้ คือ

- ลดโอกาสในการเกิดความผิดพลาดระหว่างการทำงาน
- ลดต้นทุนที่เกิดจากข้อผิดพลาด
- ประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น
- ใช้เวลาในการทำงานน้อยลง
- มาตรฐานของผลิตภัณฑ์และการบริการเพิ่มขึ้นช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือและความมั่นใจของผู้ใช้บริการ

ระยะเริ่มแรก เริ่มตั้งแต่ 1 มกราคม 2568-1 กุมภาพันธ์ 2568

ระบุปัญหาที่เกิดขึ้น (Identify Potential Problems or Errors) โดยพบว่า

1. ไม่สวยงาม ใช้เวลาจัดเตรียมนาน
2. เวชภัณฑ์บางรายการมีมากเกินไป บางอย่างไม่เพียงพอ
3. ขาดความคล่องตัวในการทำงาน
4. เกิดการผิดพลาดของการคิดค่าเวชภัณฑ์ต่างๆ
5. มีอุปกรณ์เสริมในการจัดเตรียมมาก ใช้เวลานาน
6. การเปิดเข้าออกห้องผ่าตัดใช้เวลานานและเข้า-ออกหลายครั้งในการจัดเตรียมและการเก็บ

ระยะพัฒนา 2 กุมภาพันธ์ 2568-15 กุมภาพันธ์ 2568

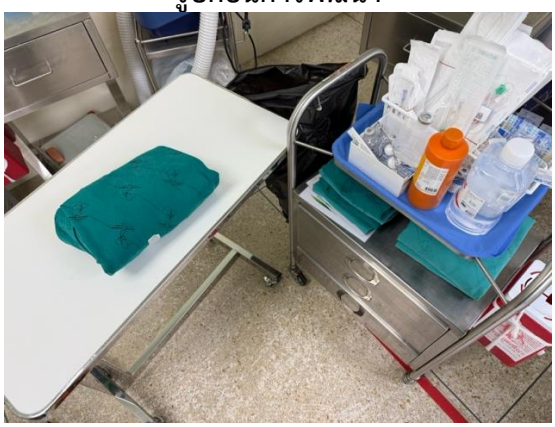
การออกแบบ (Design or Choose the Poka Yoke)

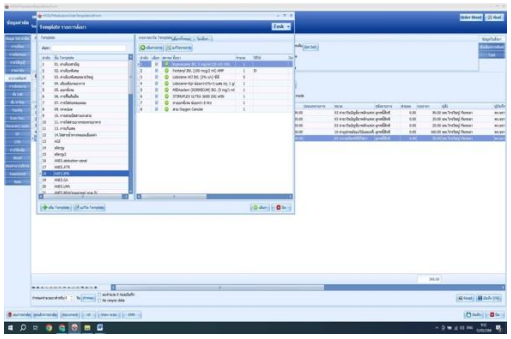
1. ปรับรูปแบบเวชภัณฑ์สำหรับผู้ป่วย 1 ราย
2. ติดรูปจำนวนเวชภัณฑ์ในการทำหัตการแต่ละตำแหน่งที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย

ระยะนำไปใช้ 16 กุมภาพันธ์ 2568-29 กุมภาพันธ์ 2568

การติดตั้งและนำไปใช้ (Implement and Deploy the Solution)

1. จัดทำรถบล็อก สำหรับให้การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนที่สามารถจัดอุปกรณ์ในล้อเพียงอันเดียว
2. จัดทำ set เวชภัณฑ์สำหรับผู้ป่วย 1 รายต่อ 1 set เพื่อง่ายต่อการทำหัตการ
3. ประชาสัมพันธ์รูปแบบการเปลี่ยนแปลงให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับทราบ
4. จัดทำ template ในการคิดค่าใช้จ่ายผู้ป่วย ตาม set เวชภัณฑ์ภายในรถบล็อก

ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
รูปก่อนการพัฒนา  - มีรถบล็อกที่มีอุปกรณ์ระงับความรู้สึกสำหรับเติมลงใน set block - เตรียมมีโต๊ะ (mayo) สำหรับเปิด set block * ทำให้ต้องเปิดเข้าห้องผ่าตัดเพื่อนำรถเข้าห้องผ่าตัด อย่างน้อย 4 ครั้ง (เข้า 2 ครั้ง/ออก 2 ครั้ง)	**รูปหลังการพัฒนา** - รถบล็อกมีลิ้นชักที่เตรียมอุปกรณ์ไว้เป็น set กับผู้ป่วยแต่ละราย/การบล็อกแต่ละชนิด สามารถเปิด set block บนรถบล็อกได้เลย * เปิดเข้าออกห้องผ่าตัด 2 ครั้ง (เข้า 1 ครั้ง/ออก 1 ครั้ง) ทำให้ลดโอกาสเกิดการติดเชื้อ

ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
- ไม่มี template การคิดเงิน	- มี Template การคิดค่าใช้จ่ายตามอุปกรณ์ที่จัดไว้เป็น set 

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

การทดสอบและตรวจสอบ (Test and Verify the Solution) โดยทดลองการใช้รถบล๊อกกับผู้ใช้บริการและผู้รับบริการเป็นระยะเวลา 1 เดือน รวมไปถึงการใช้ template ร่วมด้วย

หลังจากนั้นปรับปรุงและทำให้ระบบเสถียร (Improve and Standardize the System) โดยประเมินผลการใช้หลังการทดลอง 1 เดือน และสรุปผลการใช้ หลังจากนั้นนำมาเป็น Guideline ในการเตรียมทำหัตการต่างๆ

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

1. มีบริการด้านเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน ไม่พบอุบัติการณ์ของไม่พร้อมใช้
2. ลดระยะเวลาการเตรียมเวชภัณฑ์ ดังนี้

กิจกรรม	เวลาในการเตรียม (นาที)
ก่อนการพัฒนา	6
หลังการพัฒนา	1
ลดระยะเวลาการเตรียม (นาที)	4
ลดระยะเวลาการเตรียมคิดเป็นร้อยละ	**84**

3. ไม่พบอุบัติการณ์การคิดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นหรือคิดค่าใช้จ่ายผิดพลาด
4. ลดโอกาสการติดเชื้อในการเข้าออกห้องผ่าตัด จากการเปิดเข้าออกห้องผ่าตัดจาก 4 ครั้ง เหลือ 2 ครั้ง

สรุป

การพัฒนานวัตกรรม “รถบล็อกวิสัญญี” โดยประยุกต์ใช้แนวคิด *LEAN Poka Yoke* ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในกระบวนการให้การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนในห้องผ่าตัด โดย**ลดระยะเวลาในการเตรียมเวชภัณฑ์** จากเดิมเฉลี่ย 6 นาที เหลือเพียง 1 นาที คิดเป็นร้อยละ 84 **ลดการเข้าออกห้องผ่าตัด** จาก 4 ครั้ง เหลือเพียง 2 ครั้ง ลดโอกาสการติดเชื้อที่เกิดจากการเคลื่อนย้ายอุปกรณ์ **ไม่พบอุบัติการณ์ของอุปกรณ์ไม่พร้อมใช้งาน** หรือขาดเวชภัณฑ์ **ไม่มีการคิดค่าใช้จ่ายที่ผิดพลาดหรือไม่จำเป็น** เนื่องจากมีการใช้ template มาตรฐานร่วมกับ set เวชภัณฑ์ **การจัดเก็บอุปกรณ์เป็นระบบมากขึ้น** ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ลดความคลาดเคลื่อนและลดการสูญเสีย **ผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงอุปกรณ์อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว** เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. เพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของการให้บริการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน
2. ลดระยะเวลาและขั้นตอนในการเตรียมเวชภัณฑ์
3. ลดความผิดพลาดในการจัดเตรียมและคิดค่าใช้จ่ายเวชภัณฑ์
4. ป้องกันการติดเชื้อจากการเข้าออกห้องผ่าตัดโดยไม่จำเป็น
5. ลดภาระงานของบุคลากร และเพิ่มความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน
6. สามารถนำไปปรับใช้ในหน่วยงานอื่นได้ เป็นต้นแบบของระบบการจัดการเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Graban M. *Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Engagement*. 3rd ed. New York: Productivity Press; 2016.
2. Shingo S. *Zero Quality Control: Source Inspection and the Poka-Yoke System*. Portland: Productivity Press; 1986.
3. World Health Organization. *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*. Geneva: World Health Organization; 2009.
4. American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers (ASHRAE). *ASHRAE Standard 170: Ventilation of Health Care Facilities*. Atlanta: ASHRAE; 2021.
5. AORN. *Guidelines for Perioperative Practice 2022 Edition*. Denver, CO: Association of periOperative Registered Nurses; 2022.
6. Institute for Healthcare Improvement. *Going Lean in Health Care*. IHI Innovation Series White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2005.
7. Thai Ministry of Public Health. *Infection Prevention and Control Manual*. 2nd ed. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2022. (ภาษาไทย: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2565.)
8. Gawande A. *The Checklist Manifesto: How to Get Things Right*. New York: Metropolitan Books; 2009.

พอกเข่าสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุ

พัชรินทร์ มินทะนา
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลพญาเม็งราย

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ปัจจุบันอัตราการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ขึ้น โดยโรคนี้ส่วนใหญ่จะพบในผู้สูงอายุ ซึ่งมีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญ ได้แก่ ปวดข้อ ข้อฝืด มีปุ่มกระดูกงอกบริเวณข้อ การทำงานของข้อเสียไป และการเคลื่อนไหวลดลง ส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากความเสื่อมของร่างกายมากขึ้น รวมทั้งสภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคในกลุ่มโรคข้อและกระดูก อาทิ ความเร่งรีบในการใช้ชีวิต ประชากรขาดการใส่ใจในเรื่องของการรับประทานอาหาร ขาดการออกกำลังกายซึ่งจะส่งผลให้เกิดโรคมากขึ้น หรืออีกทางหนึ่งคือ ลักษณะการประกอบอาชีพที่ใช้แรงงาน อิริยาบถท่าทางต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้มีแรงกระทำต่อข้อมากขึ้น กระตุ้นให้เกิดความเสื่อม และการสึกกร่อนของข้อ ซึ่งจะเกิดอาการปวดข้อตามมา แนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมของราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ประกอบด้วยการบำบัดโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological therapy) การบำบัดด้วยการใช้ยา (pharmacological therapy) และการบำบัดโดยการผ่าตัด (surgical treatment) นอกจากการดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว ยังมีการนำการแพทย์แบบผสมผสานมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะศาสตร์การแพทย์แผนไทย ได้แก่ การรักษาด้วยการนวดไทย การประคบสมุนไพร การใช้ยาสมุนไพรในท้องถิ่นเพื่อลดอาการปวดเข่า รวมถึงการทำหัตถการด้านการแพทย์แผนไทยต่าง ๆ เช่น การเผายา การกักน้ำมัน และการพอกยา ซึ่งได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย ดังนั้นกลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลพญาเม็งราย จึงได้เปิดให้บริการพอกเข่าด้วยสมุนไพรในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ซึ่งยาพอกเข่าเป็นยาตำรับที่คิดสูตรขึ้นมาใช้ในคลินิกแพทย์แผนไทย เป็นยาสูตรตำรับ ลดอาการอักเสบ และมีสรรพคุณในการลดอาการปวด เป็นยาที่สามารถหาสมุนไพรได้ง่าย และเพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีการใช้สมุนไพรไทยเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการดูแลสุขภาพของตนเอง อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และลดการพึ่งพาการใช้ยาแผนปัจจุบัน

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลพญาเม็งราย ได้ออกให้บริการกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนและโรงเรียนผู้สูงอายุในเขตอำเภอพญาเม็งราย พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในปี 2566-2567 มีผู้มารับบริการด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งหมด 473 , 336 คน ตามลำดับ ดังนั้นทางผู้วิจัยจึงได้เพิ่มหัตถการการพอกเข่าสมุนไพรไปให้บริการในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนและโรงเรียนผู้สูงอายุในเขตอำเภอพญาเม็งราย จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า การใช้ยาพอกเข่าสมุนไพรจากเดิมพอกเข่าแล้วให้ผู้รับบริการนั่งอยู่กับพื้น ทำให้ผู้รับบริการเกิดความยุ่งยาก และไม่สะดวกสบาย ลุกนั่งลำบาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้การพอกยาสมุนไพรบริเวณเข่า ให้สะดวกต่อการใช้ และประหยัดเวลาในการมารับบริการ และเพิ่มการเข้าถึงการรับบริการของผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่าในชุมชน

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

วันที่ 1 กรกฎาคม 2567 – 31 มีนาคม 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก

กระบวนการ	กิจกรรม	เวลาดำเนินการ
การวางแผน	- วางแผนการทำงาน - สืบค้นหาแนวทางการปฏิบัติงาน - ออกแบบเครื่องมือ	1 – 20 กรกฎาคม 2567
การปฏิบัติ	-จัดหายาสมุนไพรชนิดต่างๆเพื่อทำผงยาพอกเข่าสมุนไพร ให้พร้อมบริการผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม -จัดซื้อพลาสติกหุ้มอาหาร จำนวน 20 ม้วน -ให้บริการพอกเข่าสมุนไพร แล้วใช้พลาสติกหุ้มอาหารพันรอบเข่า เพื่อให้ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม เดินเข้าห้องน้ำ เดินทางกลับบ้านได้ หรือทำกิจกรรมอื่นๆได้ โดยทิ้งไว้ 20-30 นาที แล้วล้างออกเองที่บ้าน -จัดทำผงยาพอกเข่าสมุนไพร 50 กรัม ต่อ 1 ถุง เพื่อจ่ายยาให้ผู้สูงอายุที่ไม่สะดวกในการพอกเข่า นำไปพอกเข่าที่บ้าน	20 กรกฎาคม 2567– 31 มีนาคม 2568
การประเมิน	- แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้สมุนไพรพอกเข่าของผู้รับบริการ - แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้สมุนไพรพอกเข่าของผู้ให้บริการ	21 กรกฎาคม 2567- 31 มีนาคม 2568
การปรับปรุงหรือนำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์	คณะผู้จัดทำรวบรวมแบบประเมินและประเมินผลของกิจกรรม และสรุปผลการดำเนินงาน	31 มีนาคม 2568

วิธีประดิษฐ์นวัตกรรม

ยาพอกเข่าถุงละ 50 กรัม

รายการ	จำนวนส่วน	ราคา	การผสม 1 ครั้ง (กรัม)	รวมราคา	50 กรัม	หมายเหตุ
1. ผงไพล	2 ส่วน	220/กก.	1,000	220	19	ตัวยาหลัก
2. ขมิ้นชัน	1 ส่วน	380/กก.	500	190	9	ตัวยารอง
3. เหงือกปลาหมอ	1 ส่วน	240/กก.	500	120	9	ตัวยาเสริม
4. เสลดพังพอน	1 ส่วน	130/กก.	500	65	9	ตัวยาเสริม
5.พิมเสน	.1 ส่วน		100	100	2	
6.การบูร	0.1 ส่วน		100	100	2	
รวม			2,700	795	รวม 54 ถุง ๆ ละ 15 บาท	

รูปที่ 1 รูปแบบการพอกเข่าแบบเดิม

ระยะพัฒนา

ได้พัฒนาโดยการใช้พลาสติกห่ออาหารพันรอบเข่า หลังจากพอกเข่าด้วยยาพอกเข่าแล้วเพื่อป้องกันการหลุดของยาพอกเข่า และสามารถเดินทางกลับได้ทันที

ระยะนำไปใช้

การออกกิจกรรมชุมชนในกลุ่มผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยการคัดกรองตามแนวเวชปฏิบัติการคัดกรองโรคเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ หากเข้าเกณฑ์การรักษา ทำการนวดบริเวณเข่าเบื้องต้นและทำการพอกเข่าด้วยสมุนไพรพอกเข่าที่เตรียมไว้ ให้คำแนะนำการพอกและการล้างออกเมื่อครบเวลา 30 นาที หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

นำไปใช้กับผู้ป่วยที่ออกกิจกรรมชุมชน โรงเรียนผู้สูงอายุจำนวน 4 ตำบล ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่แพทย์แผนไทยได้คัดกรองและวินิจฉัยเป็นโรคลมจับโปงแห้งเข่า จำนวน 60 คน

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

ประเมินความพึงพอใจจากการมารับบริการพอกเข่า จำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์

แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้สมุนไพรพอกเข่าของผู้รับบริการจำนวน 60 คน

ด้านผู้รับบริการ	คิดเป็นร้อยละได้
1.ความสะดวกในการใช้นวัตกรรมพอกเข่า	93.33
2.ท่านสามารถทำกิจกรรมอื่นได้ง่ายขึ้น	90.00
3.ประหยัดเวลาในการใช้บริการ	92.67
4.นวัตกรรมสามารถใช้ได้จริงและช่วยบรรเทาอาการปวดได้	96.00
5.นวัตกรรมมีประโยชน์แก่ท่านหรือไม่	94.00
6.ความพึงพอใจการใช้สมุนไพรพอกเข่าโดยรวม	95.33

แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้สมุนไพรพอกเข่าของผู้ให้บริการจำนวน 7 คน

ด้านผู้ให้บริการ	คิดเป็นร้อยละได้
1.การประหยัดเวลาที่ให้บริการการพอกเข่า	97.14
2.ความสะดวกในการใช้นวัตกรรมพอกเข่า	97.14
3.ความพึงพอใจในความสะดวกใช้อุปกรณ์มีความใช้ง่าย	100
4.การเตรียมอุปกรณ์ใช้เวลาน้อยลง	97.14
5.ความพึงพอใจการใช้สมุนไพรพอกเข่าโดยรวม	97.14

การประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain score) จำนวนผู้ป่วย 60 คน

ระดับความเจ็บปวดหลังใช้ยาพอกเข่าสมุนไพร	จำนวนคน	ร้อยละ
ระดับความเจ็บปวดลดลง 1 คะแนน	26 คน	43.33
ระดับความเจ็บปวดลดลง 2 คะแนน	26 คน	43.33
ระดับความเจ็บปวดลดลง 3 คะแนน	6 คน	10
ระดับความเจ็บปวดลดลง 5 คะแนน	2 คน	3.3

สรุป

พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับสูง ต่อการใช้นวัตกรรมสมุนไพรพอกเข่าในทุกด้าน โดยเฉพาะด้าน "นวัตกรรมสามารถใช้ได้จริงและช่วยบรรเทาอาการปวดได้" ที่ได้รับค่าความพึงพอใจสูงสุดถึง 96.00% และด้าน "ความพึงพอใจโดยรวม" อยู่ที่ 95.33% แสดงให้เห็นว่านวัตกรรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้เป็นอย่างดี

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. ผู้รับบริการไม่ต้องนั่งรอให้ครบเวลานานในการพอกเข่าสมุนไพร 20-30 นาที ผู้รับบริการสามารถเดินกลับบ้านแล้วล้างยาสมุนไพรออกได้เองที่บ้าน หรือทำกิจกรรมอื่นได้ในขณะพอกยาพอกเข่าสมุนไพร
2. มีความสะดวกในการพอกเข่ามากขึ้น ยาพอกเข่าไม่หลุดออกจากเข่า
3. ระดับอาการปวดในผู้ป่วยที่มีภาวะเข่าเสื่อมมีระดับการปวดลดลงจากเดิม

เอกสารอ้างอิง

1. อุบล มณีกุล, กมลภัค สำราญจิตร์. ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเภสัชกรรม. นนทบุรี: กองการประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2537. 277 หน้า.
2. ดิสพล แจ่มจันทร์, พรรณี บัญชรหัตถกิจ. บทความวิจัย ประสิทธิผลของยาพอกเข่าสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่า สำหรับผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าเสื่อม. 2565 ต.ค.1;:14–28.
3. ทัศพร พันธ์งอก, ธาตรี โบสิทธิพิเชฐ, ภาคภูมิ รัศมีหิรัญ, ธนกมณ ลีศรี. ประสิทธิผลระหว่างการพอกเข่าด้วยสมุนไพร และการพอกเย็นต่ออาการปวดเข่าและการทรงตัวในผู้ป่วยที่มีข้อเข่าเสื่อมในชุมชนวัดหูช้าง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(1):223-5.
4. นฤดล ฮดฤาชา. ประสิทธิผลของยาพอกเข่าต่อระดับความปวดของเข่า (ยาพอกเข่าดูดพิษ พิชิตปวดในผู้สูงอายุ). สกลนคร: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสามัคคี; 2562.

วงกลมวัดองศาไหล่ติด

ลัดดาวัลย์ สมปันวัง
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลพญาเม็งราย

บทนำ

โรคหัวไหล่ติดเป็นภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดไหล่และไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้สุดพิสัยข้อ ไม่ว่าจะขยับเองหรือให้ผู้อื่นช่วยขยับให้ ซึ่งสาเหตุของข้อไหล่ติด ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่จากการศึกษาทางพยาธิสรีรวิทยาพบการอักเสบของเยื่อหุ้มข้อและมีการหนาตัวของเยื่อหุ้มข้อเป็นพังผืดตามมาทำให้เคลื่อนไหวข้อได้น้อยลง พบได้ประมาณ 2 – 5% ของประชากร มักเกิดกับผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย มักเป็นกับแขนที่ไม่ถนัดมากกว่าข้างที่ถนัด และมีโอกาสเป็นทั้ง 2 ข้างได้ประมาณ 20 – 30% พบได้บ่อยในผู้ที่มีอายุระหว่าง 40 ถึง 60 ปี และพบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โรคของต่อมไทรอยด์ และโรคหัวใจมีโอกาสเกิดภาวะข้อไหล่ติดได้มากกว่าคนทั่วไป จากสถิติผู้มารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพญาเม็งราย พบว่า ปี พ.ศ. 2566 มีผู้มารับบริการหัวไหล่ติด และโรคที่เกี่ยวข้องกับหัวไหล่จำนวน 102 ราย ปีพ.ศ. 2567 มีผู้มารับบริการหัวไหล่ติดและโรคที่เกี่ยวข้องกับหัวไหล่จำนวน 116 ราย โรคหัวไหล่ติดถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องอาจจะส่งผลเสียระยะยาวให้กับตัวของผู้ป่วยเองได้ในอนาคต จากที่กล่าวมาข้างต้น ปัญหาที่พบเมื่อผู้ป่วยรับบริการที่แผนกการแพทย์แผนไทย คือ การตรวจร่างกายก่อนการให้หัตถการโดยการวัดองศาไหล่ โดยผู้ป่วยที่มีอาการปวดไหล่หรือไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้องศา ให้ตรวจในท่ายกแขนแนบชิดหู ได้องศาหรือไม่ โดยใช้ ไม้บรรทัดวัดองศาขนาดเล็ก ซึ่งมองไม่เห็นชัด ล่าช้า ไม่สะดวกต่อการใช้งาน และผู้ป่วยไม่สามารถวัดองศาไหล่ติดได้เองจึงยากต่อประเมินผลองศาไหล่ติดทั้งก่อน และหลัง การทำหัตถการ

ดังนั้นแพทย์แผนไทย จึงมีแนวคิดในการจัดทำนวัตกรรม วงกลมวัดองศาไหล่ติด เพื่อช่วยในการตรวจประเมิน ก่อน - หลัง รักษาและผู้รับบริการสามารถใช้ประเมินตนเองได้ สะดวกใช้ มองเห็นชัดเจน อ่านและแปลผลได้เองทันที สามารถบอกการเปลี่ยนแปลงองศาการเคลื่อนไหว ของผู้รับบริการ และเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะไหล่ติด โดยเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย ให้คำแนะนำท่ากายบริหารหัวไหล่ ลดอาการของโรคหัวไหล่ติดหรือคนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงของโรคหัวไหล่ติดได้ดี

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 – 31 มีนาคม 2568

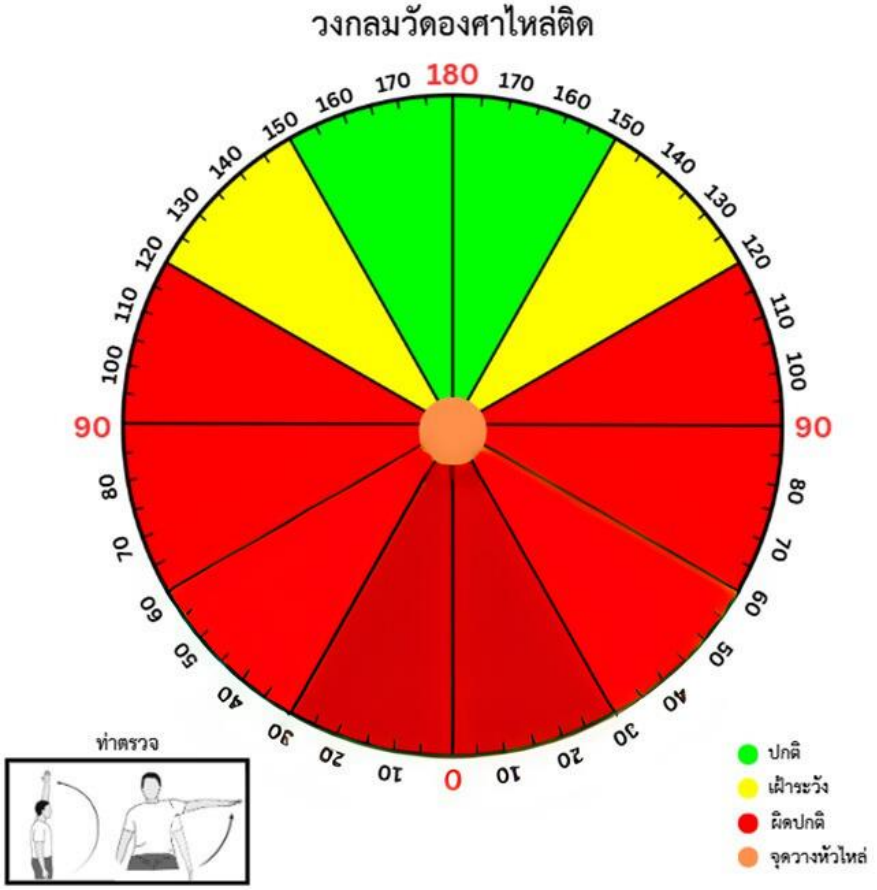
วิธีการพัฒนานวัตกรรม
ระยะเริ่มแรก

กระบวนการ	กิจกรรม	เวลาดำเนินการ
การวางแผน	- วางแผนการทำงาน - สืบค้นหาแนวทางการปฏิบัติงาน - ออกแบบเครื่องมือ	1 ตุลาคม 2567-30 ตุลาคม 2567
การปฏิบัติ	- จัดทำนวัตกรรมตามที่ออกแบบไว้ - นำนวัตกรรมมาติดและทำความเข้าใจและวิธีการใช้นวัตกรรมให้กับบุคลากรในกลุ่มงานแพทย์แผนไทย - ทำการประเมินผู้ป่วยที่มีอาการปวดไหล่ และไหล่ติด ทุกคนที่เข้ารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทย บันทึกข้อมูล ก่อนทำหัตถการ และ หลังจากทำหัตถการ เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลัง ทำหัตถการ	1 พฤศจิกายน 2567 – 1 มีนาคม 2568
การประเมิน	- แบบประเมินความพึงพอใจในการนวัตกรรมของผู้รับบริการ - แบบประเมินความพึงพอใจในการนวัตกรรมของผู้ให้บริการ	1 พฤศจิกายน 2567 – 31 มีนาคม 2568
การปรับปรุงหรือนำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์	คณะผู้จัดทำรวบรวมแบบประเมินและประเมินผลของกิจกรรม และสรุปผลการดำเนินงาน	31 มีนาคม 2568

เครื่องมือวัดองศาหัวไหล่ติดเดิมที่เคยใช้
โกนิโอมิเตอร์

โกนิโอมิเตอร์เป็นเครื่องมือทางกายภาพบำบัดใช้สำหรับวัดช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ในทางคลินิกนิยมใช้โกนิโอมิเตอร์แบบมาตรฐาน แต่มีขนาดเล็ก ไม่สะดวกต่อการใช้งาน

วิธีประดิษฐ์นวัตกรรม



ลักษณะ

- จัดทำโปรแกรม Word รูปวงกลม เส้นรอบวงเป็นสีดำ เส้นผ่านศูนย์กลาง 100 ซ.ม. ภายในวงกลมมีจุดศูนย์กลาง เป็นรูปวงกลมขนาดเล็กเส้นผ่านศูนย์กลาง 10 ซ.ม. มีเส้นรัศมี เป็นตัวแบ่งพื้นที่ในครึ่งวงกลมออกเป็น 12 ส่วน โดยแต่ละส่วนมีมุมกว้างเท่า ๆ กัน คือ 30 องศา ภายนอกของเส้นรอบวง มีตัวเลขบอกขนาดขององศาอย่างชัดเจน โดยองศาที่ 90 ทั้งข้างซ้ายและข้างขวา ของเครื่องมือ รวมทั้งองศาที่ 180 องศา กำหนดตัวเลขเป็นสีแดง ส่วนตัวเลขขององศาอื่น ๆ กำหนดเป็นสีดำ

การแปลผล

เขตสีเขียว แสดงช่วงการเคลื่อนไหวข้อไหล่ 150 – 180 ผู้ป่วยสามารถใช้ข้อไหล่ในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ แต่ต้องบริหารข้อไหล่อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันข้อไหล่ติด

เขตสีเหลือง แสดงช่วงการเคลื่อนไหวข้อไหล่ 120 – 150 องศา ผู้ป่วยมีปัญหาการเคลื่อนไหวข้อไหล่จำเป็นต้องได้รับการเน้นย้ำ โดยให้บริหารข้อไหล่อย่างเคร่งครัด และติดตามประเมินองศาข้อไหล่ตามระยะเวลาปกติที่พบแพทย์

เขตสีแดง แสดงช่วงการเคลื่อนไหวข้อไหล่ 90 – 120 องศา ผู้ป่วยมีปัญหาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ จำเป็นต้องได้รับการรักษา และติดตามประเมินองศาข้อไหล่อย่างใกล้ชิด

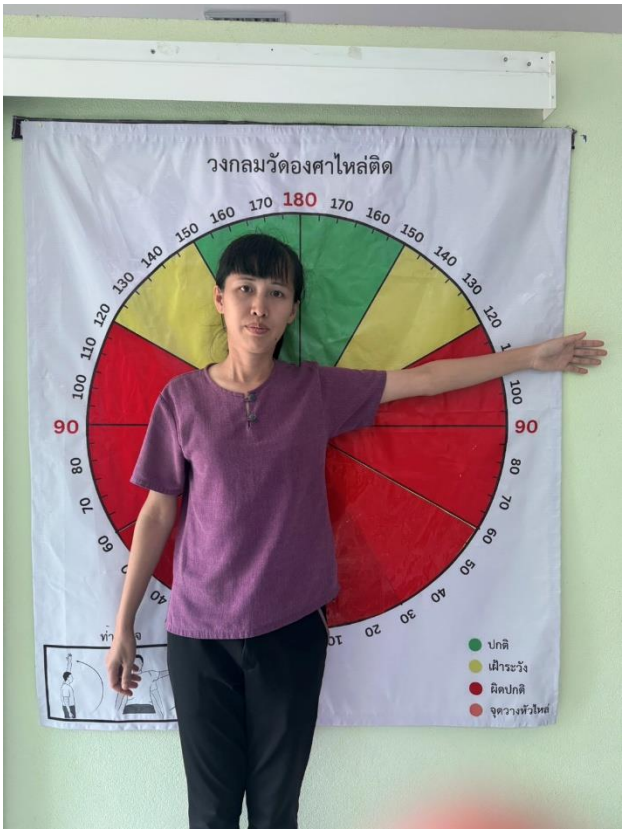
- จัดทำโปสเตอร์ วงกลมวัดองศาไหล่ติด ขนาด 100 x 100 ซม. ติดฝาผนังพื้นเรียบ ให้จุดศูนย์กลาง สูงประมาณ 150

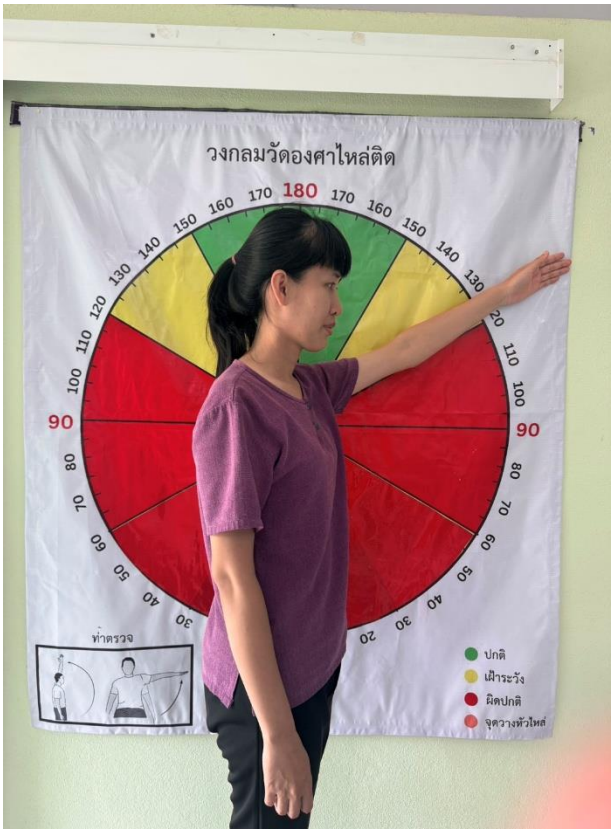
งบประมาณที่ใช้:

ราคานวัตกรรมโปสเตอร์ ขนาด 100 x 100 ซม. = 220 บาท

ระยะพัฒนา

นำนวัตกรรมมาติดกับฝาผนัง และให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดไหล่ และไหล่ติด สามารถตรวจประเมินเบื้องต้นได้ด้วยตัวเอง โดยให้แพทย์แผนไทยแนะนำการใช้งาน และนัดผู้ป่วยมารับบริการต่อเนื่อง ตามแนวทางการรักษาโรคไหล่ติด และบันทึกข้อมูลองศาที่วัดได้ทุกครั้ง เปรียบเทียบก่อนและหลังรับบริการ





ระยะนำไปใช้

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

นำไปใช้กับผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทย ที่มาด้วยอาการปวดไหล่ โดยแพทย์แผนไทยได้วินิจฉัยว่าเป็นโรคไหล่ติด จำนวน 48 คน

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

ผลการประเมินความพึงพอใจ วงกลมวัดองศาไหล่ติด โดยผู้มารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทยแพทย์แผนไทยจำนวน 48 คน

แบบประเมินความพึงพอใจ										
ข้อ	รายละเอียด	ระดับความคิดเห็น					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	เกณฑ์การประเมิน
		5	4	3	2	1				
ด้านคุณภาพวัสดุนวัตกรรม										
1	ความเหมาะสมของคุณภาพวัสดุที่นำมาใช้งาน	32	16	0	0	0	48	4.67	93.33	มากที่สุด
2	วัสดุมีความแข็งแรง ทนทาน	34	12	2	0	0	48	4.67	93.33	มากที่สุด
3	มีความสวยงาม น่าใช้งาน	40	8	0	0	0	48	4.83	96.67	มากที่สุด
รวม								**4.72**	**91.03**	**มากที่สุด**
ด้านการใช้งานนวัตกรรม										
1	มีความเหมาะสมของขนาดต่อการนำไปใช้งาน	34	14	0	0	0	48	4.67	94.17	มากที่สุด
2	มีความสะดวกในการใช้งาน	38	10	0	0	0	48	4.79	95.83	มากที่สุด
3	มีประสิทธิภาพสามารถใช้งานได้จริง	36	10	2	0	0	48	4.71	94.17	มากที่สุด
รวม								**4.72**	**94.72**	**มากที่สุด**

ผลการประเมินความพึงพอใจ วงกลมวัดองศาไหล่ติดผู้ให้บริการ โดยบุคลากรในกลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลพญาเม็งราย

แบบประเมินความพึงพอใจ										
ข้อ	รายละเอียด	ระดับความคิดเห็น					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	เกณฑ์การประเมิน
		5	4	3	2	1				
ด้านคุณภาพวัสดุนวัตกรรม										
1	ความเหมาะสมของคุณภาพวัสดุที่นำมาใช้งาน	6	0	0	0	0	6	5.00	100.00	มากที่สุด
2	วัสดุมีความแข็งแรง ทนทาน	4	2	0	0	0	6	4.67	93.33	มากที่สุด
3	มีความสวยงาม น่าใช้งาน	5	1	0	0	0	6	4.83	96.67	มากที่สุด
รวม								**4.83**	**95.90**	**มากที่สุด**

ด้านการใช้งานนวัตกรรม										
1	มีความเหมาะสมของขนาดต่อการนำไปใช้งาน	6	0	0	0	0	6	5.00	100.00	มากที่สุด
2	มีความสะดวกในการใช้งาน	5	1	0	0	0	6	4.83	96.67	มากที่สุด
3	มีประสิทธิภาพสามารถใช้งานได้จริง	6	0	0	0	0	6	5.00	100.00	มากที่สุด
รวม								**4.94**	**98.89**	**มากที่สุด**

โดยคะแนนที่ได้จัดกลุ่มเป็น 5 ระดับ และมีการแปลผลคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก
ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

สรุป

จากการสอบถามความพึงพอใจ วงกลมวัดองศาไหล่ติด โดยผู้มารับบริการที่คลินิกแผนไทยจำนวน 48 ราย และผู้ให้บริการการใช้นวัตกรรม จากตารางพบว่า

1. ภาพรวมทั้งผู้รับบริการและบุคลากรทางการแพทย์ต่างมี ความพึงพอใจในระดับสูง ต่อการใช้นวัตกรรม "วงกลมวัดองศาไหล่ติด" ทั้งในด้าน คุณภาพของวัสดุ และ ประสิทธิภาพในการใช้งาน
2. กลุ่มบุคลากรให้คะแนนเฉลี่ยโดยรวมสูงกว่าเล็กน้อย โดยเฉพาะด้าน การใช้งานจริงและความเหมาะสมของขนาด ที่ได้ถึง 100%
3. กลุ่มผู้รับบริการยังแสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจที่ดีมาก โดยเฉพาะด้าน ความสวยงามของวัสดุ (96.67%) และ ความสะดวกในการใช้งาน (95.83%)

ประโยชน์และคุณค่าของนวัตกรรม

- เพิ่มความสะดวกการให้บริการแพทย์แผนไทย การตรวจประเมินอาการหัวไหล่ติด ก่อน - หลังการรักษา วัดข้อไหล่
- ผู้รับบริการสามารถประเมินภาวะข้อไหล่ติด ด้วยตนเอง ลดความเสี่ยงการเกิดภาวะข้อไหล่ติดได้

เอกสารอ้างอิง

1. ภัทรจรี จันทร์ศิริ, สราวุธ สุวรรณรัตน์. การเปรียบเทียบช่วงการเคลื่อนไหวข้อไหล่ในทุกทิศทางระหว่างผู้ป่วยข้อไหล่ติดรั้ง (Adhesive Capsulitis) กับผู้ป่วยปวดไหล่จากสาเหตุอื่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;49(2):252-9.
2. ธัญชนก ดำริห์, จีระนันท์ มะโนมัย, ตติยา เพ็งชัย. การศึกษาความตรงและความเที่ยงของโกนิโอมิเตอร์แบบประยุกต์ในการวัดการเคลื่อนไหวของข้อเข่า. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ. 2562;34(1):79-86.
3. ศิริรัตน์ เกียรติกูลานุสรณ์, สราวุธ เวชกิจ, คณะ. การพัฒนาและทดสอบอุปกรณ์วัดองศาการเคลื่อนไหวข้อต่อเพื่อคัดกรองและติดตามภาวะข้อติดด้วยตัวเอง [วิทยานิพนธ์อินเทอร์เน็ต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/4373/1/2565_064.pdf
4. ชยาภรณ์ โชติญาณวงษ์. ข้อไหล่ติด (Frozen shoulder) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1283
5. บัญชา ชื่นชูจิตต์. ข้อไหล่ติด อาการที่ใครก็เป็นได้ และรักษาหายได้ด้วยการปฏิบัติตัวที่ถูกวิธี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://kdmshospital.com/article/frozen-shoulder/
6. Kramer E. How to use a goniometer [Internet]. WikiHow; 2019 [cited 2024 Jul 12]. Available from: https://www.wikihow.com/Use-a-Goniometer

TAMC (Tag Alert Medicine Cart) สำหรับห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

พิชญ์ภิญญาณ์ เรืองกิจการ
กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง

บทนำ

ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and Healthcare Standards: HA โรงพยาบาลต้องจัดให้มียาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาระบบจ่ายยาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในเวลาที่ห้องยาปิดรวมทั้งมีระบบควบคุมดูแลและมีการจัดยาทดแทนทันที หลังจากที่มีการใช้ยาไปรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้งมีการดำเนินการตามมาตรฐานดังกล่าวโดยจัดให้มีล้อเข็นยานอกเวลาให้กับห้องฉุกเฉิน เพื่อให้บริการจ่ายยาแก่ผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ห้องยาปิด (00.01น. - .07.59น.)และมีระบบจัดยาทดแทนตามใบสั่งยานอกเวลา ซึ่งในกระบวนการจัดยาทดแทนตามใบสั่งยานอกเวลานั้นมักมีการพบปัญหาที่ส่งผลให้จำนวนยาที่หายไปจากล้อเข็นยานอกเวลาไม่สัมพันธ์กับจำนวนยาที่ใช้จริงกับผู้ป่วย เช่น การไม่ได้ลงข้อมูลในระบบ Hosxp ารจ่ายยาผิดจำนวน การจ่ายยาผิดขนาด และการสูญหายของยาโดยไม่ทราบสาเหตุ รวมถึงการพบยาหมดอายุในล้อเข็นยานอกเวลา ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อความปลอดภัยด้านยาของผู้ป่วยโดยตรง

ดังนั้น โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้งจึงมีการพัฒนานวัตกรรม TAMC (Tag Alert Medicine Cart) สำหรับห้องฉุกเฉินขึ้น เพื่อให้สามารถติดตามการใช้ยาได้อย่างแม่นยำ ลดความเสี่ยงของความคลาดเคลื่อนทางยาและลดการสูญหายของยาโดยไม่ทราบสาเหตุ ทั้งยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการยา และเพิ่มความปลอดภัยด้านยาของผู้ป่วย

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

วิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ 1 เมษายน 2566 – 31 มีนาคม 2567 และเริ่มใช้นวัตกรรมพร้อมวิเคราะห์ข้อมูลตั้งแต่ 1 เมษายน 2567 – 31 มีนาคม 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก ล้อเข็นยานอกเวลาประกอบด้วยข้อมูล ชื่อยาและจำนวนยาในแต่ละล็อก โดยมีการเช็คจำนวนยาวันละ 1 ครั้ง โดยเจ้าพนักงานเภสัชกรรมเมื่อมีการจัดยาทดแทน

ระยะพัฒนา ระบุชื่อยาและจำนวนยาในแต่ละล็อก และมีการปิดผนึกล๊อคยาแต่ละล็อคด้วยกระดาษกาวพร้อมระบุวันหมดอายุของยา เพิ่มระบบบันทึกการตรวจสอบยาในล้อเข็นยานอกเวลาผ่าน google sheet และ QR code และเพิ่มระบบการตรวจสอบความสมบูรณ์ของล้อยาซ้ำ ดังนี้ 1) เจ้าพนักงานเภสัชกรรมจัดเตรียมรายการยาทดแทนในล้อเข็นยาตามใบสั่งยานอกเวลา 2) เภสัชกรตรวจสอบรายการยาตามใบสั่งยานอกเวลาและยาที่เติมในล้อเข็นยานอกเวลาซ้ำอีกครั้ง 3) เจ้าพนักงานเภสัชกรรมเติมยาทดแทนพร้อมเช็คจำนวนยาที่เหลือในแต่ละล็อกและปิดผนึกด้วยกระดาษกาวพร้อมระบุวันหมดอายุของยาให้สมบูรณ์ 4) เภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของล้อเข็นยานอกเวลาซ้ำก่อนนำไปยังห้องฉุกเฉิน 5) เจ้าหน้าที่ประจำห้องฉุกเฉินตรวจสอบความสมบูรณ์ของล้อเข็นยานอกเวลาซ้ำอีกครั้งก่อนการเปิดใช้งานจริง

ระยะนำไปใช้ เมื่อมีการจ่ายยาในล้อเข็นยานอกเวลา พยาบาลประจำห้องฉุกเฉินทำการเปิดล็อคยาที่จะใช้ ทำให้กระดาษกาวฉีกขาด เมื่อเจ้าพนักงานเภสัชกรรมตรวจเช็คล้อยาเพื่อจัดยาทดแทนจะพิจารณาเติมยาจากล็อคที่กระดาษกาวฉีกขาดก่อนและตรวจสอบความสมบูรณ์ของล็อคยาที่เหลือ

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

เปรียบเทียบข้อมูลการเกิดอุบัติการณ์ยาสูญหายโดยไม่ทราบสาเหตุ และการพบยาหมดอายุในล้อเข็นยานอกเวลาระหว่างก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

ตารางที่ 1 แสดงอุบัติการณ์ยาสูญหายจากล้อเข็นยานอกเวลาโดยไม่ทราบสาเหตุ

ช่วงเวลา	จำนวนใบสั่งยานอกเวลา	อุบัติการณ์ยาสูญหายโดยไม่ทราบสาเหตุ (ครั้ง)	อัตราการสูญหายของยาโดยไม่ทราบสาเหตุ ต่อ100 ใบสั่งยานอกเวลา
ก่อนใช้นวัตกรรม (1 เม.ย 66 – 31 มี.ค. 67)	2,686	29	1.08
หลังใช้นวัตกรรม (1 เม.ย 67 – 31 มี.ค. 68)	2,983	7	0.23

หมายเหตุ: ใบสั่งยานอกเวลา หมายถึง ใบสั่งยาระหว่างช่วงเวลาที่ห้องยาปิด (00.01 น. – 07.59 น.)

ตารางที่ 2 แสดงอุบัติการณ์การพบยาหมดอายุในล้อเข็นยานอกเวลา

ช่วงเวลา	อุบัติการณ์การพบยาหมดอายุ (ครั้ง)
ก่อนใช้นวัตกรรม (1 เม.ย 66 – 31 มี.ค. 67)	1
หลังใช้นวัตกรรม (1 เม.ย 67 – 31 มี.ค. 68)	0

สรุป

การพัฒนานวัตกรรม TAMC (Tag Alert Medicine Cart) สำหรับห้องฉุกเฉิน สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการยา โดยลดอุบัติการณ์ยาสูญหายโดยไม่ทราบสาเหตุและลดการพบยาหมดอายุในล้อเข็นยานอกเวลาได้

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. ลดอัตราการสูญหายของยาจากล้อเข็นยานอกเวลาโดยไม่ทราบสาเหตุ
2. ลดอุบัติการณ์การพบยาหมดอายุในล้อเข็นยานอกเวลา
3. ลดระยะเวลาในการตรวจสอบจำนวนยาแต่ละล็อกเมื่อมีการจัดยาทดแทน

เอกสารอ้างอิง

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2022.

แอปพลิเคชั่นเพื่อตรวจเช็คปริมาณคงคลังประจำเดือนของคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลแม่จัน : MCH app stock

เบญจมาพร ชุ่มเย็น, เพ็ญนภา แปงรักษา, นพดล ชัยศิลป์
งานคลังเวชภัณฑ์ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลแม่จัน

บทนำ

นวัตกรรม “MCH app stock” เป็นแนวคิดในการพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานของคลังเวชภัณฑ์ยาในโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อยกระดับกระบวนการตรวจสอบและรายงานยอดคงคลังประจำเดือนของคลังเวชภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ด้วยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศผ่านเครื่องมือของ Google ได้แก่ Google Sheets และ App Sheet ในการสร้างแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนหรือแท็บเล็ต สำหรับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องใช้บันทึก ตรวจสอบ และรายงานข้อมูลปริมาณคงเหลือเวชภัณฑ์ยาในคลังเวชภัณฑ์

โรงพยาบาลแม่จันรับผิดชอบดูแลจัดเก็บเวชภัณฑ์ยาจำนวน 645 รายการ แบ่งเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ 487 รายการ ยานอกบัญชีบัญชียาหลักแห่งชาติ 43 รายการ ยาสมุนไพร 24 รายการและยาสนับสนุน 91 รายการ เดิมกระบวนการสำรวจยอดคงคลังเวชภัณฑ์ประจำเดือนในโรงพยาบาลแม่จันมีขั้นตอนที่ซับซ้อน ต้องใช้เอกสารจำนวนมาก และอาศัยการกรอกข้อมูลซ้ำซ้อนในหลายส่วน ซึ่งก่อให้เกิดความล่าช้าเสี่ยงต่อความผิดพลาดในการบันทึกข้อมูล นวัตกรรมนี้จึงถูกพัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยเปลี่ยนจากระบบการกรอกเอกสารด้วยมือแบบเดิมมาเป็นการสแกน QR code ของเวชภัณฑ์แต่ละรายการเพื่ออัปเดตข้อมูลคงเหลือเข้าสู่ระบบโดยอัตโนมัติ ซึ่งสามารถทำได้ทันที ณ จุดจัดเก็บเวชภัณฑ์ โดยไม่ต้องนำข้อมูลไปกรอกซ้ำในภายหลัง

ข้อมูลที่บันทึกในแอปพลิเคชั่น MCH app stock จะเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลกลางของ Google Sheets ทำให้สามารถบันทึกข้อมูลปริมาณคงเหลือเวชภัณฑ์ยาในคลังเวชภัณฑ์ได้ทันที มีความถูกต้องแม่นยำ ลดขั้นตอนการปฏิบัติงานซ้ำซ้อนเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานมากยิ่งขึ้น เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้และปรับตัวของบุคลากรของโรงพยาบาลในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการทำงานในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว

วัตถุประสงค์

1. ลดขั้นตอนการทำงานที่ซ้ำซ้อน
2. ลดระยะเวลาในการปฏิบัติงาน
3. ลดปริมาณใช้เอกสารกระดาษ

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

เดือน กรกฎาคม 2567 -กันยายน 2567

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

1. ระยะเริ่มแรก: การจัดระบบข้อมูลด้วย Google Sheets

มีการรวบรวมและจัดระเบียบข้อมูลคงคลังเวชภัณฑ์ยาของโรงพยาบาลแม่จันให้อยู่ในรูปแบบดิจิทัล โดยใช้ Google Sheets เป็นฐานข้อมูลหลัก เพื่อใช้แทนการบันทึกข้อมูลเอกสารในโปรแกรม Microsoft Excel แบบเดิม ซึ่งช่วยให้สามารถค้นหาและจัดการข้อมูลได้สะดวก รวดเร็ว และเป็นระบบมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังเป็นการเตรียมพื้นฐานสำหรับการเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบอื่นในอนาคต

2. ระยะพัฒนา: การสร้างระบบ QR Code ที่เชื่อมโยงกับ Google Sheets

หลังจากมีฐานข้อมูลที่เป็นระบบแล้ว จึงได้พัฒนาระบบ QR Code สำหรับเวชภัณฑ์ยาแต่ละรายการจากรหัสยาในโปรแกรม INVC ซึ่งเป็นระบบหลักที่ใช้ในการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลแม่จัน โดยออกแบบให้ QR Code แต่ละอันสามารถลิงก์ไปยังข้อมูลเฉพาะรายการใน Google Sheets ได้โดยตรง

3. ระยะนำไปใช้: สร้างแอปพลิเคชันบนมือถือด้วย AppSheet

นำระบบ QR Code ที่เชื่อมต่อกับ Google Sheets มาพัฒนาเป็นแอปพลิเคชันใช้งานจริงบนอุปกรณ์พกพา ผ่านแพลตฟอร์ม AppSheet ซึ่งเป็นเครื่องมือสร้างแอปโดยไม่ต้องเขียนโค้ด เมื่อตรวจสอบหรือบันทึกยอดคงเหลือ เจ้าหน้าที่สามารถสแกน QR Code เพื่อกรอกหรืออัปเดตข้อมูลผ่านแพลตฟอร์มที่เชื่อมต่อกับฐานข้อมูลได้ทันที วิธีนี้ช่วยลดการกรอกข้อมูลซ้ำซ้อน เพิ่มความถูกต้องแม่นยำ และทำให้การทำงานของเจ้าหน้าที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

เพื่อประเมินความแม่นยำและความน่าเชื่อถือของนวัตกรรม “MCH app stock” ทีมพัฒนาได้นำระบบแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นมาทดสอบประสิทธิภาพโดยการเปรียบเทียบข้อมูลเวชภัณฑ์ที่ได้จากการใช้งานแอปพลิเคชัน กับข้อมูลที่บันทึกไว้ในโปรแกรม INVC ซึ่งเป็นระบบหลักที่ใช้ในการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลแม่จัน

การทดสอบดำเนินการในช่วงสิ้นเดือน โดยเจ้าหน้าที่คลังเวชภัณฑ์ได้ทำการตรวจนับยอดคงเหลือผ่านแอปพลิเคชัน MCH app stock ด้วยการสแกน QR Code ของเวชภัณฑ์แต่ละรายการ และบันทึกข้อมูลลงในระบบ Google Sheets ที่เชื่อมโยงไว้ จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ระบบ INVC แสดงไว้ในช่วงเวลาเดียวกัน

ผลการเปรียบเทียบพบว่า ข้อมูลจากนวัตกรรม MCH app stock มีความสอดคล้องและถูกต้องตรงกับข้อมูลในระบบ INVC ในระดับที่น่าพอใจ โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนน้อยมาก และส่วนใหญ่เกิดจากกรณีของเวชภัณฑ์ที่มีการเคลื่อนไหวบ่อยหรือยังไม่ได้อัปเดตในระบบหลัก ทั้งนี้ ยังพบว่าแอปพลิเคชันสามารถลดเวลาที่ใช้ในการตรวจนับ และลดข้อผิดพลาดจากการจดบันทึกด้วยมือได้อย่างชัดเจน ผลการทดสอบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า นวัตกรรมนี้สามารถใช้งานได้จริง มีความแม่นยำสูง และมีศักยภาพในการนำไปประยุกต์ใช้กับการจัดการคลังเวชภัณฑ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด

ลำดับ	ขั้นตอน	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่ (MCH App Stock)	ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน
1	เตรียมข้อมูลรายการยา	จัดทำข้อมูลในโปรแกรม Microsoft Excel	จัดทำข้อมูลผ่าน Google Sheet ที่เชื่อมโยงกับระบบ MCH App Stock	เดิม: 2 ชม. ใหม่: 2 ชม.
2	จัดหมวดหมู่และเรียงลำดับรายการยา	แยกหมวดหมู่ด้วยตนเอง (ยาในบัญชี, ยานอกบัญชี ฯลฯ) พร้อมเรียงลำดับราคาก่อนพิมพ์เอกสารจำนวน 31 แผ่น	แยกหมวดหมู่ด้วยตนเอง (ยาในบัญชี, ยานอกบัญชี ฯลฯ) พร้อมเรียงลำดับราคา **ไม่พิมพ์เอกสาร	เดิม: 1 ชม. ใหม่: 1ชม.
3	ตรวจสอบจำนวนรับเข้าคลัง	ตรวจจากสต๊อกการ์ดและจำนวนยาในคลังบันทึกในเอกสาร ⟶ บันทึกใน Excel ด้วยตนเองอีกครั้ง	ดึงข้อมูลจากรายงานการรับยาเข้าสู่ Google Sheet โดยอัตโนมัติ	เดิม: 2 ชม. ใหม่: 30 นาที
4	ตรวจนับเวชภัณฑ์	ตรวจนับจริงเทียบกับสต๊อกการ์ด ⟶ กรอกข้อมูลในเอกสาร⟶ กรอกลง Excel อีกครั้ง	ตรวจนับจริงแล้วสแกน QR Code เพื่อบันทึกในระบบ MCH App Stock	เดิม: 8 ชม. ใหม่: 4 ชม.
5	ตรวจสอบความถูกต้อง	พิมพ์รายงานจาก Excel พิมพ์เอกสารจำนวน 31 แผ่น และ INVC พิมพ์เอกสารจำนวน 13 แผ่น เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลทีละรายการ	เปรียบเทียบข้อมูลจากระบบ MCH App Stock และ INVC แบบออนไลน์ **ไม่พิมพ์เอกสาร	เดิม: 4 ชม. ใหม่: 30 นาที
6	ความคลาดเคลื่อนในการบันทึกข้อมูล	ตรวจพบความคลาดเคลื่อนจากการอ่านข้อมูลผิดบรรทัด(จากเอกสาร) การเขียนตัวเลขไม่ชัดเจน การทำงานซ้ำซ้อนในขั้นตอนตรวจนับเวชภัณฑ์	ตรวจพบความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นจากการกรอกตัวเลขผิดพลาด จากการทำงานในขั้นตอนตรวจนับเวชภัณฑ์	เดิม: เกิดขึ้น 5 - 20 ครั้ง ใหม่: เกิดขึ้น 0-2 ครั้ง

สรุปผล

นวัตกรรม MCH App Stock ส่งผลให้กระบวนการจัดการคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลแม่จันเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีผลผลิตที่สามารถชี้วัดได้อย่างเป็นรูปธรรมในมิติสำคัญ ดังนี้:

1. ลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน

กระบวนการบันทึกข้อมูลจากเดิมที่ต้องกรอกซ้ำหลายครั้งทั้งในเอกสารและ Excel ถูกแทนที่ด้วยระบบดิจิทัลผ่านการสแกน QR Code ยกเลิกการใช้เอกสารกระดาษจำนวนมาก เปลี่ยนรูปแบบการจัดการข้อมูลเป็นดิจิทัล ทำให้ลดเวลาในการจัดเตรียม ตรวจสอบ และค้นหาข้อมูลได้อย่างมาก ลดขั้นตอนการทำงาน

ที่ใช้แรงงานคนซ้ำซ้อนถึง 3 ขั้นตอน เปลี่ยนจากกระบวนการ “กรอก – พิมพ์ – คีย์ซ้ำ” เป็น “กรอกครั้งเดียวแบบดิจิทัลบนแอปพลิเคชัน

2. ลดปริมาณการใช้กระดาษได้ 100%

จากเดิมต้องพิมพ์เอกสารมากกว่า 75 แผ่น/รอบการตรวจคลัง (Excel + INVC) กลายเป็นการใช้ข้อมูลออนไลน์ทั้งหมดซึ่งไม่มีการใช้เอกสารที่เป็นกระดาษเลย ในขั้นตอนการตรวจนับและตรวจสอบความถูกต้อง เท่ากับว่าลดปริมาณการใช้กระดาษ A4 จำนวน 75X12 = 900 ต่อปี

3. ลดระยะเวลาในการปฏิบัติงานรวมทั้งหมด

จากเดิมใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 17 ชั่วโมง เหลือเพียง 8 ชั่วโมง ลดลงประมาณ 9 ชั่วโมงต่อรอบการตรวจนับ หรือคิดเป็น ประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้น 52.94%

โดยคำนวณจากสูตรคำนวณประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้น

$$\text{ประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้น } (\%) = \left(\frac{\text{เวลาที่ลดลง}}{\text{เวลาที่ใช้เดิม}} \right) \times 100$$

“MCH App Stock เป็นนวัตกรรมที่แม้จะพัฒนาในโรงพยาบาลระดับอำเภอ แต่สามารถลดระยะเวลา ลดความผิดพลาด สามารถทำงานร่วมกันหลายคนได้อย่างเป็นระบบ โดยใช้เทคโนโลยีที่เข้าถึงง่ายและต้นทุนต่ำ ถือเป็นนวัตกรรมเสริมสร้างสมรรถนะของหน่วยงานตามวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลแม่จันที่มีเป้าหมายเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายอัจฉริยะ ที่มีคุณภาพ องค์การมีสุขภาวะ เป็นที่วางใจของประชาชน ในปี 2570

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

นวัตกรรม MCH app stock ช่วยยกระดับการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลแม่จันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีประโยชน์ที่ได้รับอย่างชัดเจน ดังนี้:

1. เพิ่มความถูกต้องแม่นยำในการจัดการข้อมูล

-การสแกน QR Code เพื่อตรวจสอบและบันทึกข้อมูล ลดข้อผิดพลาดจากการเขียนและกรอกข้อมูลด้วยมือ

-ข้อมูลที่เชื่อมต่อกับ Google Sheets ช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถตรวจสอบยอดคงเหลือได้แบบเรียลไทม์ ลดโอกาสของการเกิดคลาดเคลื่อน

2. ลดระยะเวลาและขั้นตอนการทำงาน

-ลดขั้นตอนการตรวจนับและจัดทำรายงานที่เคยใช้เวลารวมประมาณ 17 ชั่วโมงให้เสร็จสิ้นได้ภายในเวลา 8 ชั่วโมง

-ลดการใช้เอกสารกระดาษ ทำให้การจัดเก็บและค้นหาข้อมูลสะดวกรวดเร็วมากขึ้น

3. ส่งเสริมความโปร่งใส ตรวจสอบได้

-ข้อมูลคงคลังสามารถเข้าถึงได้โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในหน่วยงาน ทำให้การบริหารจัดการมีความโปร่งใสและตรวจสอบได้ง่าย

4. ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่

-เจ้าหน้าที่สามารถทำงานได้สะดวกขึ้น

-ช่วยให้มีเวลาไปทำงานด้านอื่นที่จำเป็นมากขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพการบริการในภาพรวม

5. เป็นต้นแบบในการต่อยอดหรือขยายผล

-ระบบที่พัฒนาด้วยเทคโนโลยีง่ายต่อการประยุกต์ใช้ เช่น Google Sheets และ AppSheet สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่น ๆ หรือระบบคลังสินค้าอื่นได้โดยไม่ต้องเขียนโปรแกรมเพิ่มเติม

-การขยายผลไปยังคลังวัคซีน ยาเฉพาะทาง หรือแม้แต่คลังเวชภัณฑ์ระดับเครือข่ายโรงพยาบาลต่อไปได้

เอกสารอ้างอิง

OpenAI. ChatGPT [Internet]. San Francisco: OpenAI; 2025 [cited 2024 Jun 13]. Available from: https://chat.openai.com/

AppSheet documentation [Internet]. Mountain View: Google; 2024 [cited 2024 Jun 20]. Available from: https://www.appsheet.com/solutions/healthcare

แดชบอร์ด Power BI เพื่อการติดตามกิจกรรมและงบประมาณห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD)

วรภพ ดีอิทธิกุล[1], วิวัฒน์ รุ่งแสง[2]
[1,2]โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ก่อให้เกิดภาระโรคสูง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นประจำเพื่อเฝ้าระวังและติดตามอาการ ทำให้โรงพยาบาลต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการตรวจวิเคราะห์อย่างต่อเนื่อง ปัจจุบัน NCD เป็นสาเหตุการเสียชีวิตประมาณ 74% ของประชากรไทย (ราว 400,000 รายต่อปี) และสร้างภาระทางเศรษฐกิจสูงถึงประมาณ 280,000 ล้านบาทในปี 2556 ดังนั้นการใช้งบประมาณให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

ก่อนการพัฒนานวัตกรรมนี้ การจัดการข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วย NCD ของโรงพยาบาลยังขาดระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ยากต่อการตรวจสอบว่างบประมาณที่ใช้ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการถูกใช้ไปอย่างคุ้มค่าหรือมีความซ้ำซ้อนสูญเปล่า ข้อมูลการตรวจบางส่วนกระจัดกระจายและไม่มีการนำมาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การวางแผนใช้งบประมาณและทรัพยากรบุคคลในงานเทคนิคการแพทย์ไม่แม่นยำเท่าที่ควร

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ทีมงานได้ริเริ่มนวัตกรรมด้านกระบวนการและการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล นั่นคือการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อบริหารจัดการและติดตามงบประมาณการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วย NCD ระบบนี้รวบรวมข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย NCD ไว้ในฐานข้อมูลส่วนกลาง มีการควบคุมคุณภาพข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงการใช้งบประมาณให้มีประสิทธิภาพสูงสุด การพัฒนาระบบดำเนินการภายในโรงพยาบาลโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่โดยไม่ต้องจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมหรือจัดซื้อซอฟต์แวร์ราคาแพง จึงสอดคล้องกับข้อจำกัดด้านงบประมาณที่มีอยู่

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

โครงการนี้เริ่มพัฒนาในปลายปี พ.ศ. 2566 และนำระบบมาใช้งานจริงในปี พ.ศ. 2567 หลังจากเปิดใช้งานแล้วมีการติดตามการใช้งานและปรับปรุงแก้ไขระบบอย่างต่อเนื่องตามข้อเสนอแนะของผู้ใช้งาน

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก: ทีมพัฒนาได้วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการติดตามงบประมาณการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วย NCD โดยรวบรวมความต้องการของผู้ใช้งานระบบ (User Requirements) เช่น ข้อมูลที่จำเป็นต้องบันทึกและติดตาม ได้แก่ รายการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ต้องดำเนินการ ค่าใช้จ่ายต่อรายการ รหัสและข้อมูลผู้ป่วย และวันที่ทำการตรวจ เป็นต้น จากนั้นได้เสนอแนวคิดโครงการต่อผู้บริหารโรงพยาบาล เพื่อขอคำแนะนำและการสนับสนุนในการพัฒนาระบบ โดยได้รับการเห็นชอบให้ดำเนินการโดยใช้บุคลากรและงบประมาณที่มีอยู่ภายในโรงพยาบาล

ระยะพัฒนา: ทีมงานดำเนินการพัฒนาระบบโดยใช้โปรแกรม Microsoft Power BI ซึ่งเป็นเครื่องมือวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ในโรงพยาบาลอยู่แล้ว ระบบถูกออกแบบให้เชื่อมต่อกับฐานข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีอยู่ และสร้างชุดแดชบอร์ด (Dashboard) เพื่อแสดงข้อมูลสำคัญ ได้แก่ การใช้จ่ายงบประมาณตามประเภทการตรวจ จำนวนผู้ป่วย ความถี่ในการตรวจซ้ำ และแนวโน้มการตรวจ ในรูปแบบที่เข้าใจง่าย ตอบโจทย์ทั้งผู้บริหารที่ต้องการภาพรวมระดับมหภาคและเจ้าหน้าที่หน้างานที่ติดตามข้อมูลเฉพาะราย การพัฒนานี้ดำเนินการโดยทีมบุคลากรภายในโรงพยาบาลทั้งหมดโดยไม่ต้องพึ่งพาบริษัทภายนอกหรือจัดซื้อซอฟต์แวร์เพิ่มเติม ทำให้ประหยัดงบประมาณได้มาก (หลีกเลี่ยงค่าใช้จ่ายประมาณ 5-6 หมื่นบาทต่อไลเซนส์สำหรับซอฟต์แวร์เฉพาะทาง)

ระยะนำไปใช้: หลังจากพัฒนาระบบเสร็จเรียบร้อย ได้จัดอบรมให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง (เช่น นักเทคนิคการแพทย์และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล) ใช้งานระบบอย่างถูกต้อง และกำหนดมาตรฐานในการบันทึกข้อมูลให้เป็นรูปแบบเดียวกัน เช่น การระบุรหัสผู้ป่วย NCD การใช้รหัสและชื่อรายการตรวจมาตรฐาน รวมถึงการบันทึกวันที่และค่าใช้จ่ายของการตรวจอย่างครบถ้วนถูกต้อง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ถูกนำไปวิเคราะห์มีความถูกต้องน่าเชื่อถือ

ระบบนี้ถูกนำมาใช้ติดตามการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วย NCD จริง โดยมีการจัดทำรายงานวิเคราะห์อย่างต่อเนื่อง (รายงานราย3เดือน) เพื่อให้ผู้บริหารและทีมงานที่เกี่ยวข้องเห็นภาพรวมการใช้ทรัพยากรอย่างชัดเจน รายงานเหล่านี้ประกอบด้วยข้อมูลสัดส่วนการใช้งบประมาณตามประเภทการตรวจ เปรียบเทียบงบประมาณที่ใช้กับจำนวนผู้ป่วยหรือจำนวนครั้งการตรวจ ตลอดจนรายการตรวจที่อาจมีความซ้ำซ้อนหรือเกินความจำเป็น ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวถูกนำเสนอในการประชุมวางแผนของโรงพยาบาลเป็นประจำ เพื่อใช้ปรับปรุงการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ภายหลังการเริ่มใช้งาน ทีมพัฒนาได้ติดตามผลการใช้งานและรวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้ใช้เพื่อนำมาปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง ทำให้ระบบมีความเสถียรและตอบสนองความต้องการในการทำงานจริงได้ดียิ่งขึ้น

สรุป

ระบบติดตามงบประมาณห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วย NCD ที่พัฒนาขึ้นนี้ถือเป็นนวัตกรรมที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานเทคนิคการแพทย์ ทำให้การใช้ทรัพยากรต่าง ๆ มีความคุ้มค่า โปร่งใส และตรวจสอบได้ อีกทั้งยังช่วยยกระดับคุณภาพข้อมูลสุขภาพขององค์กร สอดคล้องกับแนวโน้มของระบบสาธารณสุขในปัจจุบันที่ให้ความสำคัญกับการใช้ข้อมูลในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพ (data-driven healthcare) การมีระบบจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้การดำเนินงานโดยรวมมีประสิทธิภาพมากขึ้นและนำไปสู่ผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ดีขึ้นสำหรับผู้ป่วย

นวัตกรรมนี้ไม่เพียงประสบผลสำเร็จในโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเท่านั้น แต่ยังมีศักยภาพในการขยายผลไปสู่หน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ ในระดับจังหวัดหรือเขตสุขภาพได้ต่อไป ด้วยการสนับสนุนจากหน่วยงานต้นสังกัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ผลงานชิ้นนี้นับเป็นแบบอย่างของการพัฒนางานประจำสู่นวัตกรรมที่ช่วยยกระดับระบบบริการสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับเกณฑ์ที่กำหนดสำหรับการเสนอผลงานทางวิชาการเพื่อประกอบการพิจารณาปรับระดับตำแหน่ง

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

- การใช้งบประมาณสำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถลดการตรวจที่ไม่จำเป็นและจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม ลดความสิ้นเปลืองและความซ้ำซ้อนตามเป้าหมายที่กำหนด
- คุณภาพและความครบถ้วนของข้อมูลห้องปฏิบัติการดีขึ้น บุคลากรสามารถบันทึกและเข้าถึงข้อมูลได้สะดวก รวดเร็ว และถูกต้องมากขึ้น ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและลดภาระงานด้านเอกสารลง
- ผู้บริหารมีข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัยสำหรับใช้ประกอบการตัดสินใจและวางแผนบริหารจัดการ (data-driven decision making) สามารถจัดสรรงบประมาณและบุคลากรได้แม่นยำตามปริมาณงานจริง รวมถึงเตรียมการของบประมาณเพิ่มเติมจากส่วนกลางเมื่อมีข้อมูลชี้ถึงความจำเป็น
- บุคลากรมีความรู้สึกมีส่วนร่วมและพึงพอใจในระบบที่พัฒนาขึ้น เนื่องจากได้มีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการพัฒนาและเห็นผลลัพธ์ในการทำงานที่ดีขึ้น ทั้งยังส่งเสริมวัฒนธรรมการสร้างนวัตกรรมภายในหน่วยงานอีกด้วย
- ผู้ป่วย NCD ได้รับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง ครบถ้วนตามแนวทางการรักษา โดยไม่มีกรณีที่ต้องเลื่อนหรืองดการตรวจเพราะปัญหางบประมาณ อีกทั้งผู้ป่วยไม่ต้องรับการตรวจที่เกินความจำเป็น จึงลดภาระในการมาโรงพยาบาลบ่อยครั้งและได้รับการดูแลที่เหมาะสมรวดเร็วยิ่งขึ้น
- โครงการนี้ใช้ทรัพยากรและงบประมาณที่มีอยู่ภายในองค์กรอย่างเต็มที่ ทำให้ไม่ต้องจัดซื้อซอฟต์แวร์เพิ่มเติมหรือจ้างบริการจากภายนอก ซึ่งช่วยประหยัดต้นทุนในการพัฒนานวัตกรรม

“คืนเส้นผม ด้วยศาสตร์การฝังเข็ม”

นางสาวเพ็ญพิชชา เมืองจั่น[1] นางสาวปิยวรา อิ่มเอิบ[2]
[1,2] กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลแม่ลาว

บทนำ

ปัญหาเส้นผมบางลงและหนังศีรษะไม่แข็งแรง หนังศีรษะมันหรือมีรังแคจำนวนมากร่วมกับอาการผมร่วง เป็นภาวะที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์และความมั่นใจของบุคคลเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในยุคที่สังคมให้ความสำคัญกับบุคลิกภาพ สุขภาพองค์รวม และการดูแลตัวเองอย่างยั่งยืน ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพเส้นผมมีได้หลายสาเหตุ เช่น ความเครียด ฮอร์โมน พันธุกรรม หรือสภาพแวดล้อม เช่น มลภาวะ และความร้อนสะสม

ในประเทศไทย ข้อมูลจากงานวิจัยพบว่า ประชากรชายไทยกว่า 38.5% มีแนวโน้มเกิดภาวะเส้นผมบางลงจากพันธุกรรม ซึ่งใกล้เคียงกับระดับของชาวยุโรปและอเมริกัน[(5)] ขณะเดียวกันการศึกษาจาก Grand View Research ระบุว่า ตลาดผลิตภัณฑ์และบริการดูแลเส้นผมในไทย มีมูลค่าประมาณ 71.2 ล้านดอลลาร์ในปี 2023 และจะขยายตัวต่อเนื่องถึง 126.4 ล้านดอลลาร์ภายในปี 2030[(4)]

ในมุมของความตระหนักด้านภาพลักษณ์ พบว่า ผู้ที่มีปัญหาเส้นผมบางลงกว่า 40% ในไทยรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ตนเอง และพยายามมองหาการรักษาที่นอกเหนือจากยาหรือการปลูกผม ซึ่งมีต้นทุนสูง อีกทั้งแนวทางการรักษาแบบดั้งเดิม อาทิ การใช้ยาทาภายนอก ยารับประทาน หรือการปลูกผม แม้มีผลลัพธ์ที่ชัดเจน แต่ก็มักประสบปัญหาเรื่องผลข้างเคียง ค่าใช้จ่ายที่สูง และความยั่งยืนของผลลัพธ์ ทำให้ผู้คนจำนวนมากหันมาสนใจแนวทางธรรมชาติหรือการแพทย์ทางเลือกที่ปลอดภัย ผลข้างเคียงต่ำ และยั่งยืน โดยเฉพาะศาสตร์แพทย์แผนจีน ซึ่งมองว่าสุขภาพเส้นผมมีความเกี่ยวข้องกับพลัง “ชี่” และระบบอวัยวะภายใน เช่น ไตและตับ ซึ่งหนึ่งในเทคนิคที่ได้รับความสนใจคือการใช้ “เข็มดอกเหมย (Plum Blossom Needle)” ซึ่งเป็นเครื่องมือแพทย์จีนที่ใช้เคาะเบา ๆ บนผิวหนังบริเวณศีรษะ เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือดและฟื้นฟูสมดุลพลังในร่างกาย[(2,3)]

ตามหลักการรักษาแบบวินิจฉัยแยกแยะของศาสตร์การแพทย์แผนจีน สามารถเลือกจุดฝังเข็มได้ตามอาการแสดง เพื่อช่วยในการเสริมพลังชี่ (Qi) ฟื้นฟูสารจิง (Essence) และบำรุงตับกับไต การฝังเข็มยังสามารถช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตในระดับจุลภาค ทำให้ร่างกายมีพลังชี่และเลือดอย่างเพียงพอ ซึ่งส่งผลดีต่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพของเส้นผม การรักษาภาวะผมบางแบบไขมันสะสม (Seborrheic Alopecia) ด้วยการฝังเข็มไม่เพียงแต่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการรักษา แต่ยังมีข้อดีคือ มีผลข้างเคียงต่ำ ค่าใช้จ่ายไม่สูง และสามารถนำไปใช้ได้อย่างแพร่หลาย[(1)]

นวัตกรรมนี้ จึงมีเป้าหมายในการพัฒนาแนวทางการใช้เข็มดอกเหมย เพื่อส่งเสริมสุขภาพหนังศีรษะและเส้นผม โดยประยุกต์ศาสตร์จีนร่วมกับความรู้ด้านสุขภาพสมัยใหม่ เพื่อสร้างทางเลือกที่ปลอดภัย ใช้ได้จริง และตอบโจทย์ทั้งด้านสุขภาพและความงามในวิถีชีวิตร่วมสมัย

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเวลาในการดำเนินการ: ต.ค.67 - มิ.ย.68

แบ่งออกเป็น

ระยะเริ่มแรก: ต.ค.67 - พ.ย.67

ระยะพัฒนา: ธ.ค.67 - ม.ค.68

ระยะนำไปใช้: ก.พ.67 - มิ.ย.68

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

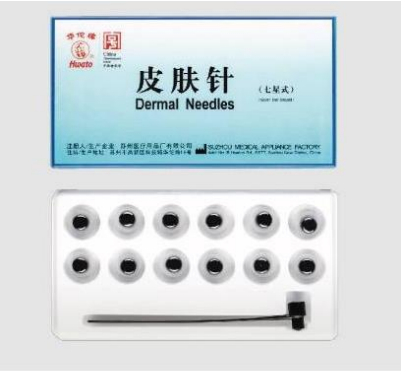
ระยะเริ่มแรก

1.ทบทวนงานวิจัยและตำราแพทย์แผนจีนเกี่ยวกับปัญหาเส้นผมบางลงและหนังศีรษะไม่แข็งแรง ศึกษาทฤษฎีการไหลเวียนเลือดและพลัง “ชี่” ตามศาสตร์แพทย์แผนจีน

2.ค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับเทคนิคเข็มดอกเหมยในการกระตุ้นจุดฝังเข็มที่เกี่ยวข้องกับหนังศีรษะ

3.สำรวจกลุ่มเป้าหมาย: คนที่มีปัญหาผมร่วงจากฮอร์โมน ความเครียด หรือหนังศีรษะมัน

4.วางโปรโตคอลการใช้งาน: ความถี่ จุดที่ใช้ ระยะเวลาเคาะ และการดูแลหลังทำ



เข็มดอกเหมย ชุด 12 หัว

ระยะพัฒนา

1.ทดลองใช้กับอาสาสมัครกลุ่มเล็ก

2.ปรับเทคนิคการเคาะ ปรับความถี่-ระยะห่างของการใช้

3.พัฒนาคู่มือการใช้งาน และวางแนวทางการติดตามผล

4.เก็บข้อมูลผลลัพธ์ในแต่ละสัปดาห์

ระยะนำไปใช้

1.ทดลองใช้ในคลินิกแพทย์แผนจีนจริง

2.เปิดให้บริการจริงกับผู้ใช้ทั่วไป

3.จัดทำเอกสารประกอบ (แผ่นพับ, ป้ายสื่อ)

4.รับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงรอบสุดท้าย

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

1. ประเมินผลจากผู้รับบริการจริง
2. ถ่ายภาพก่อนทำ-หลังทำ
3. แบบสอบถามระดับความพึงพอใจ
4. การนับจำนวนเส้นผมร่วงเฉลี่ยต่อวัน
5. สัมผัสหนังศีรษะ (ความมัน / ปริมาณรังแค)

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

1. ร้อยละ 60 ของผู้รับบริการมีเส้นผมงอกใหม่หรือผมแข็งแรงขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ภายใน 10 สัปดาห์
2. ร้อยละ 60 ของผู้รับบริการมีสุขภาพของหนังศีรษะแข็งแรงขึ้น
3. ร้อยละ 80 ของผู้รับบริการพึงพอใจต่อผลลัพธ์หลังการได้รับบริการ

สรุป

นวัตกรรมการใช้เข็มดอกเหมยในการกระตุ้นหนังศีรษะ ถือเป็นการประยุกต์ศาสตร์แพทย์แผนจีนเข้าสู่บริบทการดูแลสุขภาพร่วมสมัย โดยอาศัยหลักการฟื้นฟูสมดุลพลังงานภายในร่างกาย (ชี่) ร่วมกับการกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตบริเวณหนังศีรษะ ผ่านเทคนิคการเคาะเฉพาะจุดอย่างปลอดภัย การพัฒนาแนวทางนี้ไม่เพียงแต่ช่วยให้สุขภาพหนังศีรษะและเส้นผมแข็งแรงขึ้น แต่ยังตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคในยุคใหม่ ที่ต้องการวิธีธรรมชาติที่ยั่งยืน ควบคู่กับความปลอดภัยและมีหลักฐานรองรับ นอกจากนี้ ยังสามารถต่อยอดสู่งานบริการสุขภาพเชิงป้องกัน การดูแลความงามแบบองค์รวม หรือแม้แต่การสร้างผลิตภัณฑ์เสริม เช่น เซรั่มสมุนไพร หรือคอร์สดูแลเฉพาะบุคคล นวัตกรรมนี้จึงไม่ใช่เพียงการดูแลสุขภาพหนังศีรษะ แต่ยังเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ การยกระดับบริการสุขภาพแผนจีน และตอบโจทย์เชิงเศรษฐกิจในกลุ่ม สุขภาพ ความงาม และ Wellness clinic ในอนาคต

นวัตกรรมการใช้เข็มดอกเหมย (Plum Blossom Needle) เพื่อกระตุ้นหนังศีรษะและฟื้นฟูสุขภาพเส้นผม เป็นการผสมผสานองค์ความรู้จากศาสตร์แพทย์แผนจีนกับแนวทางสุขภาพยุคใหม่ โดยมุ่งเน้นที่ความปลอดภัย มีผลข้างเคียงต่ำ และสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน อีกทั้งยังมีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือดบริเวณหนังศีรษะ ส่งเสริมสมดุลพลังงานภายใน และสนับสนุนการเจริญเติบโตของเส้นผมอย่างเป็นธรรมชาติ

จากข้อมูลการศึกษาทางวิชาการพบว่า การกระตุ้นหนังศีรษะด้วยวิธีฝังเข็มหรือการเคาะเฉพาะจุดสามารถช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและออกซิเจน ซึ่งส่งผลดีต่อรากผมและหนังศีรษะโดยรวม[2,3] ประกอบกับแนวโน้มของตลาดบริการสุขภาพด้านเส้นผมในประเทศไทยที่เติบโตอย่างต่อเนื่อง[4] ทำให้นวัตกรรมนี้สามารถตอบโจทย์ทั้งด้านสุขภาพเศรษฐกิจ และการส่งเสริมภูมิปัญญาไทยได้อย่างยั่งยืน

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1.ด้านผู้ใช้บริการ

1.1 หนังศีรษะแข็งแรงขึ้น มีการไหลเวียนโลหิตดี

1.2 เส้นผมดูมีชีวิตชีวา แข็งแรง ไม่เปราะขาดง่าย

1.3 ได้รับการดูแลแบบไม่มีผลข้างเคียง

1.4 เพิ่มความมั่นใจในภาพลักษณ์และบุคลิกภาพ

2.ด้านผู้ให้บริการ (คลินิก / สถานประกอบการ)

2.1 มีบริการนวัตกรรมที่แตกต่าง เพิ่มมูลค่าทางธุรกิจ

2.2 ขยายฐานลูกค้าสายสุขภาพ / ความงาม / ธรรมชาติบำบัด

2.3 สามารถออกแบบคอร์สดูแลแบบเฉพาะบุคคล (Personalized Wellness)

2.4 ใช้งบลงทุนไม่สูงเมื่อเทียบกับบริการทางการแพทย์อื่น ๆ

3.ด้านสาธารณสุขและองค์ความรู้

3.1 เป็นทางเลือกใหม่ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยไม่พึ่งการใช้ยา

3.2 เพิ่มคุณค่าและบทบาทของศาสตร์แพทย์แผนจีนในระดับวิชาการและสังคม

3.3 สามารถต่อยอดสู่งานวิจัย งานอบรม หรือพัฒนาเป็นองค์ความรู้ถ่ายทอดได้

เอกสารอ้างอิง

1 Chen Q, Tao Y, Wang L, Zhang J, Sun B, Yang X. A randomized controlled clinical study of acupuncture therapy for seborrheic alopecia in young and middle ages: Study protocol clinical trial (SPIRIT compliant). Medicine (Baltimore). 2020 Apr;99(17):e19842. doi:10.1097/MD.0000000000019842. PMCID: PMC7220544. PMID: 32332635.

2 Cho HR, Park KY, Kim BJ, Kim MN. A Study on the Effect of Scalp Acupuncture in Patients with Alopecia. J Acupunct Meridian Stud. 2012;5(5):219–223.

3 Deng L, Xu A, Liu Y, He Q. Clinical observation on plum-blossom needle tapping therapy for alopecia areata. J Tradit Chin Med. 2016;36(3):349–352.

4 Grand View Research. Thailand Androgenetic Alopecia Market Size & Growth Report, 2030 [Internet]. 2023 [cited 2025 July 13]. Available from: https://www.grandviewresearch.com/horizon/outlook/androgenetic-alopecia-market/thailand

5 Marketeer Online. ปัญหาเส้นผมบางจากกรรมพันธุ์ในผู้ชายไทย สูงถึง 38.5% [Internet]. 2024 [cited 2025 July 13]. Available from: https://marketeeronline.co/archives/289233

ภาคผนวก

สัปดาห์ที่1

สัปดาห์ที่4

สัปดาห์ที่1 สัปดาห์ที่4 สัปดาห์ที่10

MOVE-MOUTH : ปากกล้า กลืนดี ชีวีเป็นสุข
(สื่อการสอนการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะกลืนลำบากชนิด Oral dysphagia)

กาญจนา เชื้อเมืองพาน
งานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลแม่ลาว

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงมากขึ้น โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม โดยเป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ทำให้มีอาการผิดปกติทางระบบประสาทในร่างกายด้านใดด้านหนึ่งที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียสุขภาวะ (Disability adjusted life year; DALY) ที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในชายและหญิง[1] ซึ่งพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องของความสามารถทางด้านร่างกาย มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว การควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อผิดปกติ ส่งผลต่อการรับรู้และสติปัญญา การรับความรู้สึกต่าง ๆ อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง อาจจะมีอาการเพียงเล็กน้อยจนถึงรุนแรง โดยขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดรอยโรค ระยะเวลาที่สมองขาดเลือด หรือถูกกดทับ ส่วนใหญ่จะพบภาวะอ่อนแรงหรือชาครึ่งซีกทันทีทันใด ตามัวหรือมองไม่เห็นทันทีทันใดข้างเดียว เวียนศีรษะรุนแรง เวียนศีรษะแบบบ้านหมุนแบบที่ไม่เคยเป็นมาก่อน มุมปากตกข้างใดข้างหนึ่ง พูดลำบาก พูดไม่ชัด นึกคำพูดไม่ออก ไม่เข้าใจคำพูดขึ้นมาทันทีทันใด และพบว่าส่วนใหญ่มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งความพิการที่หลงเหลืออยู่จะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรค ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาวะคือ **ภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia)** ซึ่งพบได้บ่อยและเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น การสำลักอาหารเข้าสู่ทางเดินหายใจ และปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration Pneumonia)

ภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) เป็นภาวะที่พบร่วมกับโรคหลอดเลือดสมองได้มากถึงร้อยละ 37-78 เป็นความผิดปกติในการกลืนอาหาร[2] ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่ในการควบคุมการกลืน มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในการเคี้ยวและการกลืน ซึ่งมาจากความผิดปกติของเส้นประสาทสมองหลายคู่ ได้แก่ เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ควบคุมเกี่ยวกับการเคี้ยว เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ซึ่งควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าขณะเคี้ยวอาหาร และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9, 10, 12 ควบคุมเกี่ยวกับการกลืนและการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อลิ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปิดปากได้สนิทขณะเคี้ยวอาหาร การเคี้ยวอาหารบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถตวัดอาหารในทิศทางต่างๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรง ไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้จึงเกิดภาวะกลืนลำบาก[3] ผลกระทบจากภาวะกลืนลำบากทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการ เช่น ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ภาวะขาดสารน้ำ (Dehydration) และที่สำคัญคือ ปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspirate pneumonia)[4] ซึ่งการสำลักไม่ว่าจะเป็นการสำลักน้ำ อาหารหรือน้ำลาย เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดปอดอักเสบ และทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต[4] นอกจากผลกระทบด้านร่างกายแล้ว ภาวะกลืนลำบากยังส่งผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ตามมา ได้แก่ การสูญเสียความภูมิใจในตัวเอง สูญเสียความรู้สึกมั่นคง และรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ เนื่องจาก ไม่สามารถตอบสนอง ความต้องการพื้นฐานของตนเองได้อย่างอิสระ[1]

ในบทบาทของนักกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาลแม่ลาวการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากจำเป็นต้องได้รับการประเมิน การบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัด เพื่อลดความรุนแรงของภาวะกลืนลำบาก ลดความเสี่ยงในการสำลักอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพในการกลืนที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี และจากการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในหอผู้ป่วยในในโรงพยาบาลมาอย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่มีภาวะกลืนลำบากโดยมีนักกิจกรรมบำบัดคอยดูแลและให้การบำบัดรักษาในระหว่างที่รักษาตัวที่โรงพยาบาล ซึ่งระยะเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลบางรายไม่นาน ทำให้การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่มีภาวะกลืนลำบากน้อยลง ผู้ป่วยยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะกลืนลำบาก ผู้ป่วยจำท่าบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปากที่สอนได้ไม่ครบ และผู้ดูแลที่มาดูแลในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลเป็นคนละคนกับผู้ดูแลที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ฝึกปฏิบัติบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปากที่บ้านซ้ำอย่างต่อเนื่อง และไม่มีสื่อช่วยฝึกที่เหมาะสม ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) และการป้องกันการติดเชื้อต่างๆ ทำให้การสอนการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้าและช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากเป็นสิ่งที่ยากลำบาก ผู้ป่วยไม่สามารถเห็นปากนักกิจกรรมบำบัดในขณะสอนท่าบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปากได้ เพราะนักกิจกรรมบำบัดสวมใส่หน้ากากอนามัย

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงมีแนวคิดในการพัฒนา “**สื่อการสอนการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากชนิด Oral dysphagia**” ที่สามารถใช้ต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีลักษณะเข้าใจง่าย ใช้ได้ทั้งผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล โดยสร้าง QR code ลิงก์ไปยังเอกสารสอนการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปาก และQR code ลิงก์ไปวิดีโอสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปาก ซึ่งเนื้อหาใน QR code จะเป็นการนำเสนอข้อมูล ความรู้ที่เข้าใจง่าย รูปภาพการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้าและช่องปากที่ชัดเจน และสะดวกต่อการฝึกปฏิบัติตาม ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยฝึกซ้ำด้วยตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ เพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟู ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังประหยัดงบประมาณในการจัดทำแผ่นพับ สะดวก รวดเร็วต่อการใช้งาน และเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งในการให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากชนิด Oral dysphagia แก่ตัวผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ตลอดจนบุคคลทั่วไปที่สนใจศึกษาในเรื่องนี้ เพื่อนำไปฝึกปฏิบัติที่บ้านได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพในการกลืนที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นแนวทางในการต่อยอดพัฒนาสื่ออื่น ๆ หรือขยายผลสู่ชุมชนในอนาคต

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

4 เดือน (ตุลาคม 2567 - มกราคม 2568)

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

1. ระยะเริ่มแรก (ระยะวิเคราะห์ปัญหาและเตรียมข้อมูล)

- ศึกษาปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลแม่ลาว โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะกลืนลำบาก
- สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ เพื่อค้นหาข้อจำกัดในการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปากที่บ้าน พบว่าขาดคู่มือฝึก, ทำผิดวิธี, ลืมฝึก

- ประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด, พยาบาล, นักกายภาพบำบัด) เพื่อวางแนวทางการพัฒนาสื่อให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน
- ทบทวนวรรณกรรมทางวิชาการ ศึกษาองค์ความรู้และแนวทางการฟื้นฟูการกลืนจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ระยะพัฒนา (ออกแบบและสร้างนวัตกรรม)

- สร้างแบบร่างของสื่อ เช่น ชุดแบบฝึก, รูปภาพ และสื่อวิดีโอ โดยแอพพลิเคชั่น Canva และ CapCut
- พัฒนาต้นแบบนวัตกรรม โดยคำนึงถึงความง่ายต่อการเข้าใจ และความเหมาะสมกับผู้ป่วย
- จัดทำ QR Code ลิงก์ไปยังเอกสารสอนการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปาก และQR code ลิงก์ไปวิดีโอสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปาก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูซ้ำที่บ้านได้
- ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาวิชาการ
- ทดลองใช้ต้นแบบกับผู้ป่วยกลุ่มเล็ก (2 คน) และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

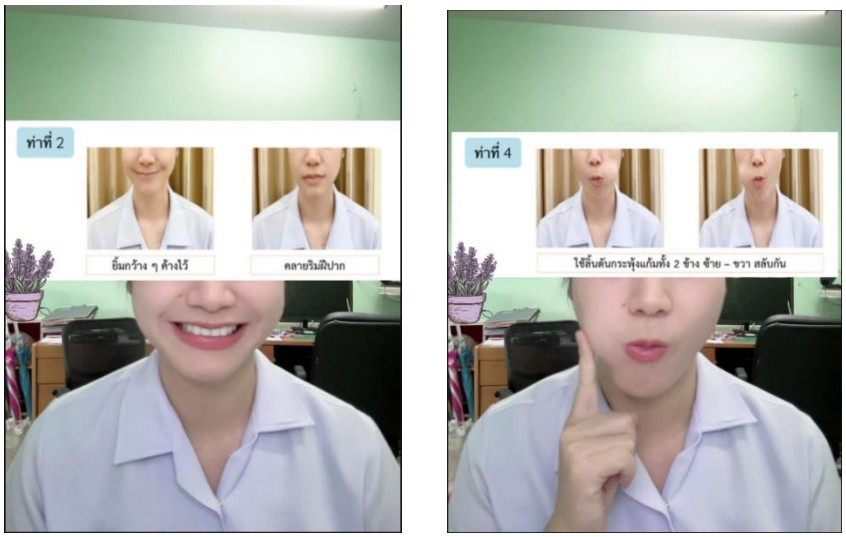
MOVE-MOUTH 1

รูปที่ 1 QR code เอกสารสอนการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปาก

รูปที่ 2 แสดงเนื้อหาภายในเอกสารสอนการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปาก

MOVE-MOUTH 2

รูปที่ 3 QR code วิดีโอสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปาก



รูปที่ 4 แสดงเนื้อหาภายในวิดีโอสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปาก

3. ระยะนำไปใช้ (ทดลองใช้จริงและประเมินผล)

- นำสื่อนวัตกรรมที่พัฒนาเสร็จแล้วไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากที่มารับการรักษาฟื้นฟูที่โรงพยาบาลแม่ลาว
- ให้ผู้ป่วยบันทึกรูปภาพ QR code ลงโทรศัพท์
- ประเมินผลหลังใช้งาน โดยเก็บข้อมูลจาก
  - แบบประเมินสื่อ โดยจะเป็นการประเมินความสามารถในการสามารถใช้งานได้จริง โดยประเมิน 2 ด้าน คือ ด้านเนื้อหา และด้านความสามารถในการใช้งานได้
  - แบบประเมินความพึงพอใจ
  - อัตราการกลับมาแอดมินซ้ำ ด้วยปัญหาการสำลักอาหารเข้าสู่ทางเดินหายใจ และปอดอักเสบ จากการสำลัก พบว่า ไม่มีอัตราการกลับมาแอดมินซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากที่ได้รับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัด โดยใช้สื่อการสอนการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากชนิด Oral dysphagia

- วิเคราะห์ผลลัพธ์ เปรียบเทียบก่อน-หลังใช้สื่อ
- สรุปผลและจัดทำรายงาน เสนอแนวทางขยายผลการใช้งานในหน่วยงานอื่น เช่น รพ.สต. หรือชุมชน

แบบประเมินนวัตกรรม MOVE-MOUTH : ปากกล้า กลืนดี ชีวีเป็นสุข
(สื่อการสอนการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากชนิด Oral dysphagia)

ข้อ	รายการประเมิน	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
		5	4	3	2	1
ตอนที่ 1: ด้านเนื้อหา						
1	เนื้อหาครอบคลุมการฝึกที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก กล้ามเนื้อปากและลิ้นอ่อนแรง					
2	ภาษาที่ใช้เข้าใจง่ายเหมาะสมกับผู้ป่วยและญาติ					
3	มีภาพหรือวิดีโอประกอบที่ช่วยให้เข้าใจวิธีฝึกชัดเจน					
4	ลำดับขั้นตอนในสื่อการสอนมีความต่อเนื่อง และเหมาะสม					
ตอนที่ 2: ด้านความสามารถในการใช้งาน						
5	สื่อการสอนสามารถใช้งานได้จริงในชีวิตประจำวัน					
6	ผู้ป่วยสามารถฝึกได้ด้วยตนเองหรือมีญาติช่วยฝึกได้ง่าย					
7	สื่อมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ (ขนาดตัวหนังสือ, ภาพ, คำสั่ง)					
8	วัสดุหรือช่องทางที่ใช้ (เช่น QR Code) เข้าถึงง่าย					

คะแนนรวม : ..... / 40 คะแนน

ความคิดเห็นเพิ่มเติม/ข้อเสนอแนะ :

.....

.....

รูปที่ 6 แบบประเมินนวัตกรรม MOVE-MOUTH : ปากกล้า กลืนดี ชีวีเป็นสุข

แบบประเมินความพึงพอใจ

ต่อการใช้นวัตกรรม MOVE-MOUTH : ปากกล้า กลืนดี ชีวีเป็นสุข

ชื่อ-สกุล ผู้ตอบแบบสอบถาม : _____

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย: ☐ ผู้ป่วยเอง ☐ ญาติ/ผู้ดูแล ☐ อื่น ๆ _____

วันที่: ____/____/_____

หัวข้อประเมิน	พึงพอใจมาก (4)	พึงพอใจปานกลาง (3)	พึงพอใจน้อย (2)	ไม่พึงพอใจ (1)
1. ความเข้าใจง่ายของเนื้อหาภายในสื่อ	☐	☐	☐	☐
2. ความชัดเจนของภาพประกอบ / วิดีโอ	☐	☐	☐	☐
3. ความสะดวกในการเข้าถึงสื่อ (เช่น QR Code)	☐	☐	☐	☐
4. ความเหมาะสมของเนื้อหากับผู้ป่วย	☐	☐	☐	☐
5. ความมั่นใจในการนำไปฝึกเองที่บ้าน	☐	☐	☐	☐
6. การใช้งานสื่อช่วยให้ฝึกได้ต่อเนื่อง	☐	☐	☐	☐
7. ความพึงพอใจโดยรวมต่อสื่อนวัตกรรม	☐	☐	☐	☐

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม (ถ้ามี):

.....

.....

รูปที่ 7 แบบประเมินความพึงพอใจ

ตัวชี้วัด

ด้านผลผลิต

สื่อการสอนการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากชนิด Oral dysphagia

ด้านผลลัพธ์

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากชนิด Oral dysphagia ญาติ และผู้ดูแล สามารถเข้าถึงสื่อที่ใช้ในการสอนการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากชนิด Oral dysphagia ร้อยละ 80

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากชนิด Oral dysphagia ญาติ และผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจในสื่อการสอนการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปาก และสามารถนำไปฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้ร้อยละ 80

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากชนิด Oral dysphagia ญาติ และผู้ดูแล มีความพึงพอใจการพัฒนาสื่อการสอนเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากชนิด Oral dysphagia ร้อยละ 80

4. ไม่มีอัตราการกลับมาแอดมินซ้ำ ด้วยปัญหาการสำลักอาหารเข้าสู่ทางเดินหายใจ และปอดอักเสบจากการสำลัก ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสื่อการสอนการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปาก ร้อยละ 100

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบตัวชี้วัดก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม

ตัวชี้วัด	ก่อนใช้นวัตกรรม	ร้อยละ	หลังใช้นวัตกรรม	ร้อยละ
สามารถเข้าถึงสื่อที่ใช้ในการสอนการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปาก	- ไม่มีสื่อให้ฝึกซ้ำ - ไม่มีคู่มือ	30	มี QR Code 2 ชุด 1. QR Code ลิงก์ไปยังเอกสารสอนการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้าและช่องปาก 2. QR code ลิงก์ไปวิดีโอสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปาก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูซ้ำที่บ้านได้	85
ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล มีความรู้ ความเข้าใจในสื่อการสอนการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปาก และสามารถนำไปฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน	- ขาดความรู้ ความเข้าใจในการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปาก - ทำผิดวิธี	58	ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล มีความรู้ ความเข้าใจ ทำให้ฝึกได้ถูกต้องมากขึ้นจากการเห็นภาพ และวีดีโอสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปาก	99
ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล มีความพึงพอใจการพัฒนาสื่อการสอนเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปาก	ต่ำกว่าร้อยละ 65	52.86	สูงกว่าร้อยละ 80 (ผู้ป่วย/ผู้ดูแล)	96.43
ไม่มีอัตราการกลับมาแอดมินซ้ำ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้นวัตกรรม	- สำลักบ่อย - กลืนลำบากต่อเนื่อง - ปอดอักเสบจากการสำลัก	0	- ลดความเสี่ยงต่อการสำลักและปอดอักเสบ - ลดอัตราการกลับมาแอดมินซ้ำ - กลืนดีขึ้น	100

นอกจากนี้ผลลัพธ์จากการใช้นวัตกรรม MOVE-MOUTH : ปากกล้า กลืนดี ชีวีเป็นสุข ยังพบประโยชน์ในด้านอื่นๆ ตามการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม

รายการที่ประเมิน	ก่อนใช้นวัตกรรม	หลังใช้นวัตกรรม
ระยะเวลาในการสอนท่าบริหารกล้ามเนื้อใบหน้าและช่องปาก	- ต้องสอนซ้ำหลายครั้ง - ผู้ดูแลเปลี่ยนคนบ่อย	ผู้ป่วยสามารถทำตามสื่อการสอนเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปาก หรือทำตามวิดีโอสาธิต ได้ครบทุกท่า ใช้เวลาในการฝึกเหมาะสม
ความต่อเนื่องในการฝึก	- ผู้ป่วยฝึกไม่ต่อเนื่อง - ลืมท่าบริหาร - ไม่มีสื่ออ้างอิง	ผู้ป่วยสามารถดูสื่อการสอนเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปาก และดูวิดีโอซ้ำได้ทุกเวลาโดยใช้ QR Code ที่ให้ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล บันทึกในโทรศัพท์
ลดค่าใช้จ่าย	- มีค่าใช้จ่ายในการปริ้นเอกสารให้ผู้ป่วย	- ไม่เสียค่าใช้จ่าย

สรุป

นวัตกรรม MOVE-MOUTH : ปากกล้า กลืนดี ชีวีเป็นสุข ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นสื่อการสอนการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากชนิด Oral dysphagia ซึ่งมีปัญหากล้ามเนื้อปากและลิ้นอ่อนแรง ที่ส่งผลต่อการกลืนอาหาร เป็นสื่อที่ใช้งานง่าย ประหยัดและเข้าถึงได้ทุกคน โดยสื่อการสอนการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปากถูกแบ่งออกเป็น 2 สื่อการสอน คือ 1. สื่อการสอนชนิดเอกสาร 2. สื่อการสอนชนิดวีดีโอสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปาก โดยสื่อทั้ง 2 ชนิดถูกแปลงให้เป็น QR code เพื่อเข้าถึงสื่อการสอนแต่ละชนิด โดยเนื้อหาภายในสื่อการสอนจะเป็นรูปภาพและเนื้อหาที่ผู้ป่วยเข้าใจง่าย ฝึกตามได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยฝึกซ้ำด้วยตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ ลดความเสี่ยงต่อการสำลักและปอดอักเสบ ลดอัตราการกลับมาแอดมินซ้ำ ด้วยปัญหาการสำลักอาหารเข้าสู่ทางเดินหายใจ และปอดอักเสบจากการสำลัก เพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟู เพิ่มประสิทธิภาพการกลืน ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และขยายผลสู่ชุมชนได้

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. มีแนวทางชัดเจนในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากชนิด Oral dysphagia ญาติ และผู้ดูแล ซึ่งเป็นสื่อที่ใช้ในการสอนการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากชนิด Oral dysphagia
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากชนิด Oral dysphagia ญาติ และผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจในสื่อการสอนการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปาก และสามารถนำไปฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้อง
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ญาติ และผู้ดูแลสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ช่วยประหยัดและลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ในการเดินทางมาโรงพยาบาล

4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ญาติ และผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาสื่อการสอนเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากชนิด Oral dysphagia

5. ลดความเสี่ยงต่อการสำลักและปอดอักเสบ

6. ลดอัตราการกลับมาแอดมินซ้ำ ด้วยปัญหาการสำลักอาหารเข้าสู่ทางเดินหายใจ และปอดอักเสบจากการสำลัก

7. บุคลากรทางสุขภาพมีเครื่องมือส่งเสริมการฟื้นฟูที่มีคุณภาพ

8. สามารถขยายผลในกลุ่มผู้ป่วยนอก และชุมชนในอนาคต

9. ประหยัดงบประมาณมาก ถ้าเทียบกับต้องปริ้นเอกสารการสอนการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และช่อง

ปาก ซึ่งเป็นภาพขาว-ดำ และคุณภาพการปริ้นอาจจะทำให้เห็นไม่ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. อรุณี ธรรมเกียรติ, ฐาณิชญาณ์ หาญณรงค์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก หอผู้ป่วยอายุรกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2561;32(1):813–820.
2. โฉมพิไล นันทรักษา, พจีมาศ กิตติปัญญางาม, ภัทรา วัฒนพันธุ์. ความรู้เกี่ยวกับภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก. ศรีนครินทร์เวชสาร 2564; 36(3) 328-332.
3. สถาบันประสาทวิทยา.แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2559.
4. กฤษณา พิรเวช. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. ในการดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
5. กระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบาก (Clinical practice guidelines : dysphagia). นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพริ้นติ้งแอนดพับลิสชิ่ง จำกัด; 2562. หน้า 79-89.
6. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2559.

“แผ่นพับสุขศึกษาเสริมพลังความรู้ ผู้ป่วยฟอกเลือดปลอดภัย ใส่ใจตนเอง”

ธณัยนันท์ กัลยา
หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

บทนำ

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เป็นการรักษาหลักของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยต้องได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอและปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมตามคำแนะนำทางการแพทย์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตาม จากการประเมินของหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลเทิง พบว่าผู้ป่วยบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การไม่จำกัดน้ำ และการดูแลเส้นเลือดไม่ถูกต้อง อันอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนและการเข้ารับการรักษาซ้ำ

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว หน่วยไตเทียมจึงได้พัฒนา *แผ่นพับสุขศึกษา* สำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ที่ถูกต้อง เข้าใจง่าย และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน การออกแบบเนื้อหาในแผ่นพับอิงตามแนวคิด **Health Literacy** ซึ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Nutbeam, 2000) ประกอบกับใช้ **ทฤษฎีการเรียนรู้ของมนุษย์ (Adult Learning Theory)** ของ Knowles (1984) ที่เชื่อว่าผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดีเมื่อเนื้อหาสัมพันธ์กับประสบการณ์ชีวิตจริง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในทันที
นอกจากนี้ แผ่นพับยังถูกออกแบบให้มีภาพประกอบที่ชัดเจน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และมีเนื้อหาครอบคลุมด้านการรับประทานอาหาร การควบคุมของเหลว การดูแลเส้นเลือด และการสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย ซึ่งคาดว่าจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

เดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก

ดำเนินการศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย และประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไต การควบคุมอาหาร การควบคุมของเหลว และการดูแลเส้นเลือด จากนั้นรวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และแนวทางสุขศึกษาที่เหมาะสม เช่น Health Literacy และ Adult Learning Theory เพื่อใช้เป็นกรอบในการออกแบบเนื้อหาแผ่นพับ

ระยะพัฒนา

ออกแบบแผ่นพับสุขศึกษาโดยกำหนดหัวข้อสำคัญที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือด เช่น อาหารที่ควรและไม่ควรรับประทาน การจำกัดน้ำ การดูแลเส้นเลือด การสังเกตอาการผิดปกติ และคำแนะนำก่อน-หลังฟอกเลือด พร้อมจัดทำภาพประกอบและเลือกใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ผ่านการปรึกษาทีมสหวิชาชีพ (พยาบาล นักโภชนาการ แพทย์) แล้วนำต้นแบบไปทดสอบเบื้องต้นกับผู้ป่วยกลุ่มเล็กเพื่อตรวจสอบความเข้าใจ

ระยะนำไปใช้

แจกจ่ายแผ่นพับสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการฟอกเลือด พร้อมทั้งอธิบายประกอบในช่วงเวลาระหว่างรอฟอกเลือดหรือหลังฟอกเลือด โดยมีการประเมินผลเบื้องต้นจากความพึงพอใจของผู้ป่วยและความเข้าใจหลังได้รับแผ่นพับ รวมทั้งรวบรวมข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงและพัฒนาต่อยอดเป็นสื่อสุขศึกษาอื่น ๆ ในอนาคต

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

ดำเนินการทดสอบประสิทธิภาพของแผ่นพับสุขศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน **156** ราย โดยใช้แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการให้สุขศึกษา เพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร การจำกัดของเหลว และการดูแลเส้นเลือด พร้อมทั้งเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบและเนื้อหาของแผ่นพับ

นอกจากนี้ ยังมีการเก็บข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในช่วง 2-4 สัปดาห์หลังได้รับแผ่นพับ เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น น้ำเกิน ความดันสูง หรือการติดเชื้อที่เส้นเลือด

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

1. ตัวชี้วัดด้านผลผลิต (Output Indicators)

- จำนวนแผ่นพับสุขศึกษาที่ผลิตและแจกจ่ายให้แก่ผู้ป่วยฟอกเลือดครบทั้ง 156 ราย
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับแผ่นพับสุขศึกษา ≥ 95% ของผู้ป่วยทั้งหมด
- จำนวนครั้งที่พยาบาลให้สุขศึกษาโดยใช้แผ่นพับประกอบ ≥ 2 ครั้งต่อผู้ป่วยหนึ่งราย

2. ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcome Indicators)

- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังฟอกเลือดเพิ่มขึ้นจากก่อนให้สุขศึกษา ≥ 80%
- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสมตามเกณฑ์หลังได้รับแผ่นพับ ≥ 75%
- ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อแผ่นพับสุขศึกษา ≥ 90% อยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก”
- แนวโน้มการลดลงของภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น น้ำเกิน หรือความดันสูง ภายใน 1-2 เดือนหลังเริ่มใช้นวัตกรรม

สรุป

หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลเทิง ได้พัฒนา *แผ่นพับสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม* โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การจำกัดน้ำ การดูแลเส้นเลือด และการสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้าน Health Literacy และทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory)

แผ่นพับได้รับการออกแบบให้เข้าใจง่าย ใช้ภาษาที่เป็นมิตรต่อผู้ป่วย พร้อมภาพประกอบชัดเจน โดยนำไปใช้ในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยจำนวน 156 รายที่รับบริการฟอกเลือด ณ หน่วยไตเทียม การประเมินประสิทธิภาพเบื้องต้นพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น และมีความพึงพอใจต่อสื่อสุขศึกษาในระดับสูง

นวัตกรรมนี้จึงเป็นอีกหนึ่งแนวทางที่สามารถประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการฟอกไต เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเพิ่มขึ้น
2. ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม
3. ลดภาระงานและเวลาในการให้สุขศึกษาของพยาบาล
4. เพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมพยาบาล
5. สามารถขยายผลและประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่น

เอกสารอ้างอิง

1. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000 Sep;15(3):259–67.
2. Knowles MS. *The adult learner: a neglected species.* 3rd ed. Houston: Gulf Publishing; 1984.
3. Thomas B. Hemodialysis patient education: an overview of teaching strategies. *Nephrol Nurs J.*2001 Jul-Aug;28(4):393–6.
4. Ministry of Public Health, Thailand. *Chronic kidney disease guideline (revised edition).* Nonthaburi: Bureau of Non-Communicable Diseases; 2022. Thai.
5. สถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2565.

ภาคผนวก

ผลไม้ที่ทานได้
03 | ผลไม้ที่มีโพแทสเซียมต่ำถึงปานกลาง
ผลไม้ที่ทานได้ในช่วงที่มีค่าโพแทสเซียมในเลือดต่ำกว่า 5.0 mEq/ลิตร และควรทานไม่เกินจำนวนที่กำหนด 1 ชนิด วันละ 1 ครั้ง ได้แก่
แอปเปิ้ล 1 ผลเล็ก
เงาะ 4 ผล
ชมพู่ 2 ผล
สับปะรด 6 - 8 ชิ้นคำ
มังคุด 4 ผล
แตงโม 6 - 8 ชิ้นคำ
สาลี่ ครึ่งผล
ส้มโอ 2 กลีบ
องุ่นเขียว 8 - 10 ผล
ผลไม้ที่ควรงด
04 | ผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง
กล้วย
ขนุน
ทุเรียน
มะม่วงสุก
มะละกอสุก
แก้วมังกร
มะพร้าว
ลำไย
ฝรั่ง
ถ้าค่าโพแทสเซียมในเลือดสูงกว่า 5.5 mEq/ลิตร ควรงดผลไม้ทุกชนิดชั่วคราว
ผู้ป่วยฟอกเลือด
ด้วยเครื่องไตเทียม
ทานผัก ผลไม้
อย่างไร
จัดทำโดย
หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลเทิง
แหล่งอ้างอิง : คำราการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการพยาบาล มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มักมีค่าโพแทสเซียมในเลือดสูง จึงควรเลือกรับประทานผักที่มีโพแทสเซียมต่ำ หลีกเลี่ยงผักที่มีโพแทสเซียมสูง หรือทานแต่น้อย ไม่ควรงดผัก เพราะเป็นแหล่งของวิตามินและใยอาหาร ซึ่งช่วยป้องกันท้องผูก
สำหรับผู้ป่วยที่มีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงกว่า 5.0 mEq/ลิตร ควรควบคุมปริมาณโพแทสเซียมในอาหาร โดยเลือกทานผักที่มีโพแทสเซียมต่ำ ได้วันละ 2 ครั้ง
การนำผักมาสับเป็นชิ้นเล็กๆ ลวกในน้ำร้อน แล้วเทน้ำทิ้ง จะช่วยลดโพแทสเซียมลงได้ 20 ถึง 30 เปอร์เซ็น
ผักที่ทานได้
01 | ผักที่มีโพแทสเซียมต่ำปานกลาง
เลือกทานผักดิบได้มื้อละ 1 ถ้วยตวง หรือผักสุก ครึ่งถ้วยตวง
แตงกวา
กะหล่ำปลี
ผักกาดขาว
บวบ
มะเขือยาว
ถั่วลันเตา
หอมหัวใหญ่
ฟักเขียว
พริกหยวก
ผักที่ควรเลี่ยง
02 | ผักที่มีโพแทสเซียมสูง
หลีกเลี่ยงการทานผักสีเข้ม พืชหัว
คะน้า
ชะอม
มะเขือพวง
กระเพรา
โหระพา
บร็อกโคลี่
กะหล่ำดอก
ผักบุ้ง
แครอท
ฟักทอง
เห็ดฟาง
หน่อไม้
หัวปลี
มันเทศ
หอมแดง

2. ควบคุมปริมาณของฟอสฟอรัสในอาหาร ปริมาณฟอสฟอรัสที่แนะนำ คือ ระหว่าง 800 - 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน โดยรักษาระดับฟอสฟอรัสในเลือดไม่ให้เกิน 5.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
ควรหลีกเลี่ยง
ชา
กาแฟ
น้ำอัดลมสีเข้ม
นม
ขนมปัง
เนยแข็ง
ช็อกโกแลต
เบียร์
น้ำเต้าหู้
อาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง
งาดำ
ถั่วและธัญพืชต่างๆ
กุ้งแห้ง
ปลาเล็กปลาน้อย
ไข่แดง
ไส้กรอก ลูกชิ้น
อาหารแปรรูป อาหารแช่แข็ง
เครื่องในสัตว์
มารู้จักกับ
ฟอสฟอรัส
P
จัดทำโดย
หน่วยไตเทียม
โรงพยาบาลเทิง

การดูแล
เส้นฟอกไตที่แขน
1. ห้ามเจาะเลือด วัดความดัน หรือแทงเข็ม เพื่อให้น้ำเกลือ หรือยาบริเวณแขนข้างที่ทำการผ่าตัด
2. ควรออกกำลังฝ่ามือ แขน โดยบริหารลูกบอลลูกเล็กๆ ประมาณ 400 ครั้งต่อวัน ลดเวลาหลังฟอกไตเสร็จ
3. หลังจากการแทงเข็มเพื่อฟอกไต อาจมีเลือดซึม ให้ใช้ผ้าก๊อซกดไว้จนกว่าเลือดจะหยุด แต่หากซึมนานเกิน 15 นาทีควรมาโรงพยาบาล
4. คลำการสั่นของเส้นฟอกไต ถ้าพบว่าการสั่นเบาลงหรือคลำไม่พบเส้น ควรมาพบแพทย์
5. ไม่นอนทับแขน ไม่งอแขน ไม่ใส่นาฬิกา กำไล แขนข้างที่ทำเส้น
การดูแล
เส้นฟอกไตที่คอ
หรือขา
1. หลีกเลี่ยงการนอนตะแคงด้านที่ทำเส้นฟอกไต
2. ระมัดระวังอย่าให้สายฟอกไตขยับออกจากตำแหน่งเดิม
3. ถ้าสายฟอกไตหลุด ให้กดผิวหนังบริเวณที่ใส่สายฟอกไตให้แน่นด้วยมือหรือด้วยผ้าสะอาด และรีบมาโรงพยาบาล
4. หากมีอาการเจ็บ ปวด บวม บริเวณรอบสายที่โผล่ออกจากผิวหนัง หรือตัวร้อนมีไข้ ให้รีบมาพบแพทย์ทันที
วิธีดูแล
เส้นฟอกไต
ไม่ให้เสี่ยงติดเชื้อ
ตีบ บวม ตัน
จัดทำโดย
หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลเทิง

ทำความรู้จัก
เส้นฟอกเลือด
แต่ละรูปแบบ
AVF
เส้นฟอกไต
ชนิดเส้นเลือดจริง
(Arteriovenous Fistula)
AVG
เส้นฟอกไต
ชนิดเส้นเลือดเทียม
(Arteriovenous Graft)
DLC/Perm cath
สายฟอกไตกึ่งถาวร
(Permanent Catheter)
(Double lumen Catheter)
การดูแลเส้นฟอกไต
ระยะหลังผ่าตัด
ช่วง 7 วันแรกหลังการผ่าตัด
1 ห้ามแผลเปียกน้ำ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ หากเปียกน้ำ ต้องรีบมาโรงพยาบาลหรือคลินิกเพื่อเปลี่ยนผ้าปิดแผลโดยเร็ว
2 ไม่ควรแกะ เกาบริเวณรอบๆ แผล เพราะอาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้
3 ระมัดระวังอย่าให้แผลผ่าตัดกระทบกระแทกจนแข็งหรือของมีคม
4 ห้ามนอนทับแขนหรือทับเส้นฟอกไต
5 หมั่นสังเกตว่ามีเลือดออกมากผิดปกติ ผิวหนังบวม โป่ง หรือมีเลือดซึมไม่หยุด หรือไม่ หากมีอาการดังกล่าวควรปรึกษาแพทย์ทันที
6 ช่วง 7 วันแรกหลังจากการผ่าตัด ถ้าบริเวณที่ผ่าตัดมีอาการบวม แดง ร้อน กดเจ็บ พร้อมกับมีไข้ ควรรีบพบแพทย์
การดูแลเส้นฟอกไต
ระยะใช้งาน
1. หมั่นดูแลรักษาความสะอาดของมือก่อนทำเส้นฟอกไต
2. ระมัดระวังไม่ให้บริเวณที่ทำเส้นฟอกไตได้รับความกระทบกระเทือน
3. หลีกเลี่ยงการยกของหนัก แต่สามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ เช่น การเดิน การวิ่ง แต่หลีกเลี่ยงการเล่นกีฬาที่เสี่ยงเกิดความกระทบกระเทือนต่อเส้นฟอกไต เช่น บาสเกตบอล วอลเลย์บอล

“KidneyCare Connect: เชื่อมต่อสุขภาพไต ใกล้ชิดทุกช่วงเวลา”

ธณัยนันย์ กัลยา
หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

บทนำ

หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลเทิง มีผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 156 คน และมีผู้ป่วยที่รอคิวรับบริการอีก 160 คน ปัจจุบันให้บริการด้วยเครื่องไตเทียม 20 เครื่อง และมีแผนขยายจำนวนเครื่องเป็น 44 เครื่อง พร้อมเปิดให้บริการวันละ 3 รอบ ทุกวัน เพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น จากสถิติพบว่า ร้อยละ 11.06 ของผู้ป่วยฟอกเลือดเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองที่ยังไม่ครอบคลุม (3)

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว หน่วยงานจึงพัฒนานวัตกรรมการให้สุขศึกษาผู้ป่วยฟอกไตผ่านทาง Line Official Account (Line OA) โดยยึดแนวคิด **Health Literacy** และ **Digital Health** ซึ่งเน้นการให้ข้อมูลสุขภาพอย่างเข้าใจง่าย ทันสมัย และสอดคล้องกับพฤติกรรมของประชาชนในยุคดิจิทัล ที่ต้องการข้อมูลที่เข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลา (1,2) การเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพจากแหล่งที่น่าเชื่อถือจะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่น และสนับสนุนการตัดสินใจด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (4)

ในยุคที่เน้นการเข้าถึงข้อมูลแบบเรียลไทม์และอัปเดตข่าวสารด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การใช้เทคโนโลยีสื่อสาร เช่น Line OA ที่มีระบบตอบกลับอัตโนมัติ การส่งสื่อ Infographic และวิดีโอการดูแลตนเอง ตลอดจนการให้คำแนะนำโดยพยาบาลในระบบ จะช่วยลดข้อจำกัดของการให้สุขศึกษาแบบเดิม และตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคลได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการขยายโอกาสการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพสำหรับผู้ที่ไม่สามารถเข้ารับบริการด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

การปรับเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสารด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับพฤติกรรมการรับรู้ข่าวสารในปัจจุบัน จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจข้อมูลได้ดีขึ้น และนำไปสู่การตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตในระยะยาว (1,4)

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

กรกฎาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2567

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก

1. การสำรวจปัญหา พบว่าผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและญาติ ขาดช่องทางการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องเมื่อต้องกลับบ้าน ไม่มีที่ปรึกษาเฉพาะหน้า และช่องทางเดิม เช่น แผ่นพับ ไม่ตอบสนองต่อยุคดิจิทัล
2. การกำหนดเป้าหมาย: เพื่อให้ความรู้โรคไตเรื้อรัง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน
3. การคิดค้นแนวทาง: ออกแบบนวัตกรรมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศโดยใช้ LINE Official Account เป็นช่องทางหลักในการสื่อสารและให้ความรู้
4. วางแผนระยะเวลา: กำหนดดำเนินโครงการระหว่างเดือนกรกฎาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2567

ระยะพัฒนา

1. สร้างบัญชี LINE Official Account พร้อม QR Code ให้ประชาชนสแกนเข้าใช้งาน
2. ออกแบบ Info Graphic และวิดีโอเพื่อให้ข้อมูลที่เข้าใจง่ายเกี่ยวกับโรคไต การดูแลที่บ้าน และการฟอกเลือด
3. ตั้งระบบตอบกลับอัตโนมัติ (Auto-reply) แทรกข้อความ รูปภาพ หรือวิดีโอโดยไม่ต้องรอเจ้าหน้าที่
4. ประชาสัมพันธ์ โดยติดป้ายในหน่วยไตเทียม และแจกเอกสาร QR Code แก่ผู้ป่วยและญาติ
5. ดอบรมการใช้งาน ระหว่างที่ผู้ป่วยรอการฟอกเลือด

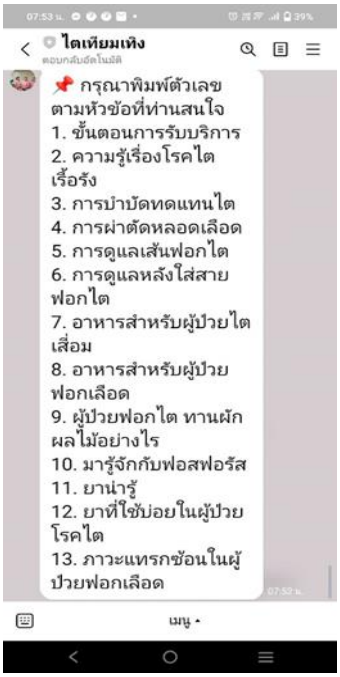
ระยะนำไปใช้

1. ติดตามผู้ป่วยที่บ้าน ผ่าน LINE ทุก 1, 3 และ 6 เดือน เพื่อประเมินพฤติกรรมและให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล
2. ประเมินผลลัพธ์ ได้แก่
   - ความพึงพอใจ ≥ 90% (ได้ 91.14%)
   - ลดภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือดลง 20%
   - เพิ่มระดับความรู้ของผู้ป่วยจาก 71% เป็น 82%

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลลัพธ์ที่ได้
จำนวนผู้ใช้งาน Line Official Account	≥ 80% ของผู้ป่วย	80%
การจัดอบรมการใช้งาน Line Official ระหว่างฟอกเลือด	มีการอบรมต่อเนื่อง	55% ของผู้ป่วยผ่านการอบรม
อัตราการลดภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือด	ลดลง ≥ 20% ภายใน 1 ปี	ลดลง 20%
ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วยและญาติ)	≥ 90%	91.14%
ระดับความรู้ของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง	เพิ่ม ≥ 80% หลังใช้งาน 6 เดือน	ก่อนใช้: 71% ⟶ หลังใช้: 82%

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)



ตัวชี้วัดผลผลิต (Output Indicators)

1. จำนวนผู้ป่วยและญาติที่เข้าร่วมใช้งาน Line Official Account
   - เป้าหมาย: ≥ 80% ของผู้ป่วยที่รับบริการ
   - ผลลัพธ์: บรรลุเป้าหมาย (80%)
2. การจัดอบรมสอนการใช้งาน Line Official Account ระหว่างฟอกเลือด
   - เป้าหมาย: ≥ 50% ของผู้ป่วยที่รับบริการ
   - ผลลัพธ์: 55% ได้รับการอบรม
3. จำนวนเนื้อหาความรู้สุขภาพที่เผยแพร่ผ่าน LINE Official
   - เป้าหมาย: ≥ 10 เรื่อง
   - ผลลัพธ์: มากกว่า 10 เรื่อง (Infographic, VDO, บทความ)

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome Indicators)

1. อัตราการลดลงของภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
   - เป้าหมาย: ลด ≥ 20% ภายใน 1 ปี
   - ผลลัพธ์: ลดได้ 20%
2. ระดับความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังใช้นวัตกรรม
   - เป้าหมาย: ≥ 80% ภายใน 6 เดือน
   - ผลลัพธ์: เพิ่มจาก 71% ⟶ 82%
3. ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่ใช้งาน Line Official Account
   - เป้าหมาย: ≥ 90%
   - ผลลัพธ์: ได้คะแนนเฉลี่ย 91.14%
4. อัตราการติดตามผู้ป่วยที่บ้านตามรอบ (1, 3, 6 เดือน)
   - เป้าหมาย: ≥ 70% ของผู้ป่วย
   - ผลลัพธ์: ดำเนินการครบตามรอบเวลา

สรุป

นวัตกรรม “KidneyCare Connect” เป็นแนวทางใหม่ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยมุ่งเน้นการเข้าถึงข้อมูลสุขศึกษาที่สะดวก รวดเร็ว และต่อเนื่องผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารที่ประชาชนคุ้นเคยในชีวิตประจำวันอย่าง Line Official Account (Line OA) นวัตกรรมนี้พัฒนาขึ้นเพื่อลดข้อจำกัดของสื่อสุขศึกษาแบบเดิม เช่น แผ่นพับหรือการให้คำแนะนำเฉพาะช่วงเวลาที่มารับบริการ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมการดูแลตนเองในระยะยาว

แนวคิดของนวัตกรรมนี้อิงตามหลัก “Health Literacy” และ “Self-Care Support” ที่เน้นการให้ข้อมูลสุขภาพที่เข้าใจง่ายและสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (1) โดยใช้เครื่องมือดิจิทัลเป็นช่องทางในการให้ความรู้ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (2)

ระบบ Line OA นี้ประกอบด้วยบัญชีทางการพร้อม QR Code ให้เข้าถึงง่าย การออกแบบ Infographic และวิดีโอให้ความรู้ การตั้งข้อความตอบกลับอัตโนมัติ และการให้คำปรึกษาโดยพยาบาลวิชาชีพพร้อมการติดตามผู้ป่วยที่บ้านทุก 1, 3 และ 6 เดือน ผลลัพธ์ที่ได้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจต่อการใช้งานสูง และอัตราภาวะแทรกซ้อนลดลง จึงถือเป็นนวัตกรรมต้นแบบที่สามารถนำไปขยายผลสู่ผู้ป่วยกลุ่มอื่นได้ในอนาคต

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. ประโยชน์ในเชิงปริมาณ
   - ผู้ป่วยและญาติเข้าร่วมใช้งาน Line Official Account คิดเป็น 80% ของผู้รับบริการ
   - ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในการใช้งานระบบอยู่ในระดับ เฉลี่ย 91.14%
   - ภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือดลดลง 20% ภายใน 1 ปี
   - ระดับความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 71% เป็น 82% ภายใน 6 เดือน
2. ประโยชน์ในเชิงคุณภาพ
   - ผู้ป่วยและญาติเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ตลอด 24 ชั่วโมง ผ่านระบบตอบกลับอัตโนมัติและการให้คำปรึกษาจากพยาบาล
   - ช่วยเสริมความรู้และทักษะในการดูแลตนเองที่บ้าน ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น น้ำเกิน ซีด ติดเชื้อ
   - เพิ่มความมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยให้กับผู้ป่วยและญาติในระหว่างอยู่นอกโรงพยาบาล
   - ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติในรูปแบบเชิงรุก
   - เป็นนวัตกรรมต้นแบบในการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระบบสุขภาพ
3. ประโยชน์ต่อองค์กร
   - ลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ข้อมูลซ้ำ ๆ
   - ช่วยให้หน่วยงานสามารถติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายได้อย่างเป็นระบบ
   - สร้างภาพลักษณ์ที่ทันสมัยและตอบโจทย์การบริการในยุคดิจิทัล

เอกสารอ้างอิง

1. LINE Corporation. วิธีสร้างบัญชี Line Official Account [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://help2.line.me/official_account_th/android?lang=th
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2567.
3. หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลเทิง. สถิติผู้ป่วยและภาวะแทรกซ้อน ปี 2567. เชียงราย: โรงพยาบาลเทิง; 2567.
4. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000 Sep;15(3):259–67.
5. World Health Organization. *Global strategy on digital health 2020–2025*. Geneva: WHO Press; 2021.
6. Smith M, Nutbeam D, McCaffery K. Health information access, appraisal and behavioral intention: the role of health literacy and message quality. *Health Educ Res.* 2021;36(1):59–71.

“T-Health Dialysis Diary – บันทึกสุขภาพไต สไตล์รพ.เทิง”

ธณัยนันย์ กัลยา
หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

บทนำ

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เป็นกระบวนการบำบัดทดแทนไตที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะ “ภาวะน้ำเกิน” (Volume overload) ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง หัวใจล้มเหลว หรือเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม (National Kidney Foundation, 2020)

จากรายงานการวิเคราะห์ข้อมูลของหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลเทิง พบว่าอัตราการเกิดภาวะน้ำเกินยังคงอยู่ในระดับสูง โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2565–2568 (หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลเทิง, 2568) ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อปัญหานี้ ได้แก่ การขาดการติดตามข้อมูลน้ำหนักอย่างใกล้ชิด การขาดการมีส่วนร่วมของญาติ และการยกเลิกการใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ข้อมูลน้ำหนักก่อน–หลังฟอกเลือดได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งลดแรงจูงใจในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มน้ำและบริโภคอาหาร

แนวคิดของ **Dorothea Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory** ได้อธิบายว่าผู้ป่วยควรมีบทบาทสำคัญในการดูแลตนเอง และบทบาทของพยาบาลคือการส่งเสริม สนับสนุน หรือชดเชยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ (Orem, 2001) การจัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยฟอกเลือดจึงเป็นการส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการให้เครื่องมือที่ใช้งานง่ายในการติดตามข้อมูลสุขภาพ และการให้ความรู้ที่ถูกต้อง ครอบคลุม และสม่ำเสมอ

นอกจากนี้ สมุดประจำตัวเล่มนี้ยังได้นำแนวคิดจาก **Health Belief Model (HBM)** มาใช้ในการออกแบบเนื้อหา โดยเน้นสร้างความเชื่อในความรุนแรงของโรคและผลลัพธ์จากการไม่ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ เช่น การบริโภคเกลือสูง ดื่มน้ำมาก หรือการไม่ดูแลเส้นฟอกเลือดอย่างเหมาะสม ซึ่งสามารถนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988)

สมุดประจำตัวผู้ป่วยฟอกเลือดนี้จึงไม่เพียงเป็นเครื่องมือในการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น น้ำหนัก ความดันโลหิต และอาการผิดปกติเท่านั้น แต่ยังเป็นนวัตกรรมที่สนับสนุนการดูแลแบบองค์รวม โดยมีการแนบคำแนะนำการควบคุมอาหาร การดูแลเส้นฟอกเลือด และแนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว และนำไปสู่การดูแลที่มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ตั้งแต่ วันที่ 1 เมษายน 2568 – 30 มิถุนายน 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก

หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลเทิง พบปัญหาการควบคุมภาวะน้ำเกิน (Volume overload) ในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เกิดภาวะน้ำเกินสูงถึง 37.82% ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2568 ซึ่งเกินจากเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ (หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลเทิง, 2568) สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งคือ การขาดระบบติดตามข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะหลังจากที่ยกเลิกการใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วย ทำให้ญาติและผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลน้ำหนักก่อนและหลังฟอกเลือดได้ ส่งผลต่อแรงจูงใจในการควบคุมการดื่มน้ำและการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม

แนวคิดตาม **Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory** ระบุว่าผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองควรได้รับการส่งเสริมจากพยาบาลให้สามารถฟื้นคืนศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ (Orem, 2001) จึงมีการริเริ่มพัฒนานวัตกรรม "สมุดประจำตัวผู้ป่วยฟอกเลือด" โดยระดมความคิดเห็นจากทีมพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลจากแผนภูมิควบคุม และพิจารณาบริบทของพฤติกรรมผู้ป่วยในพื้นที่ เพื่อออกแบบแนวทางที่เหมาะสมและมีความยั่งยืน

ระยะพัฒนา

ในระยะนี้ ได้มีการออกแบบสมุดประจำตัวผู้ป่วยรูปแบบใหม่ โดยเน้นความชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถใช้งานจริงได้ในชีวิตประจำวัน ภายในสมุดประกอบด้วยตารางบันทึกน้ำหนักตัวก่อนและหลังฟอกเลือด ค่าความดันโลหิต อาการผิดปกติ ช่องลงนามของญาติผู้ดูแล และส่วนให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมน้ำ การจำกัดอาหารโซเดียมและฟอสฟอรัส รวมถึงแนวทางดูแลเส้นฟอกเลือดและแผลหลังการรักษา

การพัฒนาสมุดนี้สอดคล้องกับแนวคิดจาก **Health Belief Model (HBM)** ซึ่งระบุว่าผู้ป่วยจะยอมรับและปฏิบัติตามแนวทางสุขภาพได้ดีขึ้น หากพวกเขารับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ความไวต่อความเสี่ยง และผลดีจากการป้องกัน (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) นอกจากนี้ยังส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดการดูแลแบบมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) ซึ่งเน้นการสื่อสารที่เข้าใจง่าย และการตัดสินใจร่วมระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัว (Pereira, Silva, & Oliveira, 2021)

ระยะนำไปใช้

สมุดประจำตัวฉบับทดลองถูกนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกินซ้ำซาก โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้รายบุคคลเกี่ยวกับการใช้สมุด การบันทึกข้อมูล และความสำคัญของการควบคุมน้ำหนักและพฤติกรรมสุขภาพ โดยทีมพยาบาลมีบทบาทติดตามสมุดหลังการฟอกเลือดทุกครั้ง พร้อมให้คำแนะนำและปรับแผนการดูแลเฉพาะรายอย่างต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงานเบื้องต้นพบว่าผู้ป่วยและญาติสามารถใช้สมุดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการสื่อสารที่ดีขึ้นระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมพยาบาล และมีแนวโน้มในการควบคุมน้ำหนักและภาวะน้ำเกินที่ดีขึ้น โดยข้อมูลที่ได้ยังสามารถนำไปวิเคราะห์เพื่อติดตามแนวโน้มและวางแผนคุณภาพในระดับหน่วยงานได้อีกด้วย

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

1. กลุ่มเป้าหมาย

1.1 ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะน้ำเกิน ≥2 ครั้งใน 3 เดือนย้อนหลัง

1.2 ญาติหรือผู้ดูแลที่สามารถมีส่วนร่วมในการติดตามสุขภาพผู้ป่วย

2. วิธีการทดสอบ

2.1 ก่อนใช้สมุด (Pre-test phase)

- เก็บข้อมูลพื้นฐาน: น้ำหนักก่อน–หลังฟอก ความดัน อัตราภาวะน้ำเกินย้อนหลัง 3 เดือน
- ประเมินความรู้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการจำกัดน้ำ อาหาร และการดูแลเส้นฟอก
- บันทึกความถี่การมีส่วนร่วมของญาติในการติดตามน้ำหนัก

2.2 ระยะทดลองใช้สมุด 3 เดือน

- แจกสมุดให้ผู้ป่วย พร้อมให้คำแนะนำการใช้งานแบบรายบุคคล
- พยาบาลทบทวนสมุดทุกครั้งหลังฟอกเลือด ให้ Feedback และวางแผนดูแลรายกรณี
- ใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกประกอบการติดตามความร่วมมือ

2.3 หลังใช้สมุด (Post-test phase)

- วัดตัวชี้วัดซ้ำ: น้ำหนักเกิน, ความดัน, ความรู้, พฤติกรรมการดูแล
- เก็บแบบสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นจากผู้ป่วย/ญาติ
- วิเคราะห์เปรียบเทียบก่อน–หลังใช้นวัตกรรม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบ

- สมุดประจำตัวผู้ป่วย (ฉบับพัฒนา)
- แบบสอบถามความรู้ (Pre/Post)
- แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมน้ำ/อาหาร
- แบบประเมินความพึงพอใจ (Likert scale)
- แบบ Checklist การใช้สมุด

4. แนวคิดทฤษฎีสนับสนุน

- Self-Efficacy Theory (Bandura, 1997): สนับสนุนให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพ
- Kirkpatrick’s Model (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2016): ประเมินผล 4 ระดับ – ความพึงพอใจ, ความรู้, พฤติกรรม, ผลลัพธ์
- Health Belief Model (Rosenstock et al., 1988): สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพโดยเพิ่มความตระหนักในผลเสียจากการไม่ดูแลตนเอง

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

1. ตัวชี้วัดเชิงผลผลิต (Output Indicators)
    - จำนวนสมุดประจำตัวที่พัฒนาและแจกให้แก่ผู้ป่วยฟอกเลือด ≥ 100% ของแผน
    - จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับสมุดประจำตัวและผ่านการให้คำแนะนำ ≥ 95%
    - จำนวนญาติ/ผู้ดูแลที่ได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้งานสมุด ≥ 90%
    - จำนวนครั้งที่พยาบาลทบทวนสมุดและให้ Feedback ≥ 80% ของรอบฟอกเลือด
2. ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ (Outcome Indicators)
    - อัตราการเกิดภาวะน้ำเกิน (>5% จาก dry weight) ลดลงจากเฉลี่ย 33.3% เหลือ 22.6%
    - ผู้ป่วยสามารถบันทึกน้ำหนักก่อน–หลังฟอกได้อย่างถูกต้อง ≥ 85%
    - ญาติมีส่วนร่วมในการติดตามข้อมูลในสมุด ≥ 70%
    - ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการจำกัดน้ำและอาหารดีขึ้น (คะแนน pre–post test เพิ่มขึ้น ≥ 20%)
    - ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อสมุด (เฉลี่ย ≥ 4.3 จาก 5 คะแนน)

สรุป

นวัตกรรมสมุดประจำตัวผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลเทิง ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถติดตามข้อมูลสุขภาพ เช่น น้ำหนักก่อน–หลังฟอก ความดันโลหิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง หลังนำมาใช้จริงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกิน พบว่าอัตราการเกิดน้ำเกินลดลงอย่างชัดเจน ผู้ป่วยมีความรู้และตระหนักในการจำกัดน้ำและอาหารมากขึ้น ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น และทีมพยาบาลสามารถใช้ข้อมูลในสมุดวางแผนดูแลเฉพาะรายได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าสมุดประจำตัวนี้เป็นนวัตกรรมที่ใช้งานได้จริงและเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดทั้งในมิติของผลลัพธ์ทางคลินิกและการมีส่วนร่วมของครอบครัวอย่างยั่งยืน

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. สำหรับผู้ป่วย
    - ช่วยให้ตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเองมากขึ้น
    - ส่งเสริมการควบคุมน้ำดื่ม อาหาร และดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง
    - ลดความเสี่ยงภาวะน้ำเกินและภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือด
2. สำหรับญาติและผู้ดูแล
    - มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น
    - ใช้สมุดเป็นเครื่องมือในการติดตามอาการและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
    - เพิ่มความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเป็นระบบ
3. สำหรับบุคลากรทางการแพทย์
    - ใช้ข้อมูลจากสมุดในการวางแผนการพยาบาลเฉพาะราย
    - ประเมินแนวโน้มภาวะเสี่ยงได้รวดเร็วและแม่นยำ
    - ช่วยส่งเสริมการสื่อสารระหว่างทีมดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว
4. สำหรับระบบบริการสุขภาพ
    - ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือด
    - ยกระดับคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care)
    - สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

เอกสารอ้างอิง

1. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
2. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. Health Educ Q. 1988;15(2):175–83.
3. Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Evaluating training programs: The four levels. 3rd ed. San Francisco: Berrett-Koehler; 2016.
4. ทิพาวรรณ ปริญญาศิริ, ชวนพิศ ศรีสวัสดิ์. การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563;30(2):54–65.
5. หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลเทิง. รายงานข้อมูลภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยฟอกเลือด ประจำปี 2567. เชียงราย: โรงพยาบาลเทิง; 2567. เอกสารภายใน.

แผ่นประคบสรรพยาลดอาการปวดส้นเท้า

อรณิช หมื่อโป
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลขุนตาล

บทนำ

อาการปวดส้นเท้าเป็นปัญหาที่พบในทุกกลุ่มวัยโดยเฉพาะในผู้ที่ใช้งานเท้ามากเช่นผู้สูงอายุ คนทำงานที่ต้องใช้เวลายืนนานๆนักกีฬา หรือผู้ที่มีภาวะโรครองช้ำ(Planter Fasciitis)ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต การเคลื่อนไหว และการใช้ชีวิตประจำวันการประคบร้อนเป็นวิธีทางธรรมชาติที่ช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพิ่มการไหลเวียนโลหิตและบรรเทาอาการปวดเฉพาะจุดได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อผสานกับสมุนไพรที่มีฤทธิ์ทางยา เช่น ไพล ขมิ้นชัน ตะไคร้ การบูรซึ่งมีสรรพคุณช่วยลดการอักเสบบรรเทาอาการปวดและให้กลิ่นหอมช่วยให้ผ่อนคลายจึงสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดส้นเท้าได้ดียิ่งขึ้น

โรคลมปลายปัตคาตส้นเท้าเป็นโรคทางแผนไทย จะมีอาการปวดส้นเท้าในขณะลุกเดินในช่วงตื่นนอนและในช่วงที่มีอากาศเย็น จะทำให้มีอาการปวดมากขึ้นเนื่องจาก พังผืดมีการหดตัวทำให้การยืน เดินหรือวิ่ง ไม่สะดวกเนื่องจากเอ็นและพังผืดบริเวณส้นเท้ายืดหยุ่นได้ไม่ดี ซึ่งผู้ป่วยบางราย อาจมีอาการปวดตลอดเวลาที่ต้องใช้เท้า บางรายอาจมีอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณน่อง เอ็นร้อยหวายและขอบสันเท้าร่วมด้วย เป็นโรคทางเท้าที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในคลินิกแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลและได้รับการรักษาด้วยการนวดประคบ อบสมุนไพรรักษาเท่านั้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่หลากหลาย

ดังนั้นกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลขุนตาลจึงมีแนวคิดจัดทำนวัตกรรมแผ่นประคบสรรพยาลดอาการปวดส้นเท้าขึ้น

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ตั้งแต่วันที่ 12 มิถุนายน 2567 ถึง 25 มิถุนายน 2568

วิธีการดำเนินงาน

1.ศึกษาข้อมูล

2.จัดหาวัสดุในการทำนวัตกรรมแผ่นประคบสรรพยาลดอาการปวดส้นเท้าดังนี้

1.หาสมุนไพรเช่นไพล ขมิ้นชัน ตะไคร้ การบูร ใบพลับพลึง	

2.นำสมุนไพรมาล้างทำความสะอาด	
3.นำสมุนไพรทั้งหมดมาตำให้พอแหลก	
4.นำสมุนไพรทั้งหมดมาคลุดเคล้าให้เข้ากัน	
5.นำผ้าขาวมาเย็บให้เป็นรูปทรงสี่เหลี่ยมผืนผ้าขนาดกว้างxยาว=22x34เซนติเมตร	
6.การบูรและสมุนไพรที่คลุกเคล้าเสร็จแล้วนำมาใส่แผ่นประคบ	

วิธีการใช้นวัตกรรม

1.นำแผ่นประคบสรรพยาไปนึ่งเป็นเวลา 15 นาที	
2.นำแผ่นประคบใส่กะละมัง	
3.นำใบพลับพลึงวางทับบนแผ่นประคบ	
4.ให้ผู้ป่วยนั่งที่ขอบเตียงหรือนั่งเก้าอี้จากนั้นวางเท้าบนแผ่นประคบเป็นเวลา5-10นาทีพอตัวยาหายร้อนให้นำแผ่นประคบไปนึ่งซ้ำ	

ผลการดำเนินงาน/ประโยชน์ที่ได้รับ

ผู้ป่วยโรคลมปลายปัตคาตจำนวน 15 ราย ส่วนใหญ่ร้อยละ 100 มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 80 มีอาชีพเป็นเกษตรกรรม มีความพึงพอใจในนวัตกรรม ร้อยละ 100

จากผลของการประเมินอาการปวดเท้าของผู้ป่วยโรคลมปลายปัตคาตส้นเท้าหลังการนำนวัตกรรมไปใช่ร่วมกับการนวดรักษา

ครั้งที่ 1 พบว่า ผู้ป่วย15รายมีอาการปวดลดลงจากระดับ 5-10 คือปวดมาก เหลือเป็นระดับ 1-4 คือปวดเล็กน้อย จำนวน 12 ราย อีก3รายยังคงปวดมากเหมือนเดิม

ครั้งที่ 2 พบว่า ผู้ป่วย12รายมีอาการปวดระดับ 1-4 ลดลงเหลือ ระดับ 0 คือไม่มีอาการปวดแล้ว พบจำนวน 12 ราย อีก 3 ราย พบความปวดลดลงเหลือ 1-4

ครั้งที่ 3 พบว่า มีอาการปวดระดับ 0 คือ ไม่มีอาการ พบจำนวน 13 ราย จากการประเมินใช้นวัตกรรมร่วมกับการรักษาพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้นตั้งแต่การใช้นวัตกรรมครั้งแรกโดยดูจากอาการปวดที่ลดลง และเริ่มมีอาการหายเมื่อได้รับการนวดและการใช้นวัตกรรมครั้งที่ 2 และเมื่อนำไปใช้ครั้งที่ 3 พบว่าหายจากอาการปวดของโรค ทั้งหมด 13 ราย อีก2รายตามผลการรักษาไม่ได้เนื่องจากมารับบริการไม่ตามนัด

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. แผ่นประคบสรรพยาช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ลดอาการตึงของกล้ามเนื้อ
2. ช่วยให้รู้สึกสบายเท้าและผ่อนคลายมากขึ้น
3. เสริมการรักษาควบคู่กับการทำหัตถการนวดบำบัดเพื่อให้กล้ามเนื้อฟื้นตัวเร็วขึ้น

น้องจริงใจใส่ใจเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าในเด็ก

พิพัฒน์ เคนทรภักดิ์
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายขาว อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

บทนำ

จริงใจ พร้อมเคียงข้าง เป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้นเพื่อคัดกรอง ปัญหาบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน บุหรี่ไฟฟ้า เป็นผลิตภัณฑ์ที่พ่นไอน้ำและนิโคติน ซึ่งปัจจุบันได้รับความนิยมมากขึ้นในกลุ่มเด็กและเยาวชน เพราะมีรูปลักษณ์ทันสมัย กลิ่นและรสชาติหลากหลาย เข้าใจผิดว่า “ปลอดภัยกว่า” บุหรี่จริง ทั้งที่มีอันตรายต่อสุขภาพและสังคมอย่างร้ายแรง บุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน เป็นปัญหาที่ต้องแก้ไข เพราะทำลายทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจ สังคม และอนาคตของประเทศ ข้อเสียในแต่ละด้าน

ด้านร่างกาย

- ทำให้ เสพติดนิโคติน ตั้งแต่อายุยังน้อย
- เพิ่มความเสี่ยง โรคหัวใจและหลอดเลือด
- ทำลาย ปอด และระบบทางเดินหายใจ เกิดโรคปอดอักเสบจากสารเคมี (เช่น EVALI)
- ส่งผลต่อ สมองที่กำลังพัฒนา ในช่วงวัยรุ่น ทำให้สมาธิสั้น ความจำแย่ลง
- เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อ สารเสพติดชนิดอื่นๆ ในอนาคต

ด้านจิตใจ

- ทำให้เกิดอาการ วิตกกังวล ซึมเศร้า และหงุดหงิดง่าย เมื่อขาดนิโคติน
- พฤติกรรม ขาดสมาธิในการเรียน และกิจกรรมอื่น
- เสี่ยงต่อพฤติกรรม ติดสารเสพติดชนิดอื่น เช่น แอลกอฮอล์และยาเสพติด
- เสริมภาพลักษณ์ผิดๆ ว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งเท่ นำไปสู่ปัญหาการยึดติดภาพลักษณ์

ด้านสังคม

- ทำให้เกิด กลุ่มเสี่ยงพฤติกรรมเสพติด และพฤติกรรมเบี่ยงเบน
- ส่งเสริมวัฒนธรรม ใช้สารเสพติดในหมู่เพื่อน
- สร้างปัญหา ค่านิยมผิด ในสังคมเยาวชน เช่น เชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัยกว่า
- เพิ่มโอกาสการกระทำผิดกฎหมาย (เนื่องจากบุหรี่ไฟฟ้าในไทยผิดกฎหมาย)

ด้านผลเสียต่อประเทศ

- เพิ่มภาระ งบประมาณค่ารักษาพยาบาล จากโรคที่เกิดจากบุหรี่ไฟฟ้า
- ลด ประสิทธิภาพกำลังแรงงานในอนาคต จากปัญหาสุขภาพและจิตใจของเยาวชน
- ทำให้ เศรษฐกิจและสังคมเสื่อมถอย จากการเพิ่มขึ้นของกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยง
- บั่นทอน ภาพลักษณ์ประเทศ ด้านสาธารณสุขและกฎหมายควบคุมสารเสพติด
- เพิ่มโอกาส เครือข่ายอาชญากรรมและสินค้าผิดกฎหมาย เข้ามาในประเทศ

โดยรวม หากไม่เร่งควบคุมและให้ความรู้ที่ถูกต้อง จะส่งผลเสียสะสมในระยะยาว จากสถิติบุหรี่ไฟฟ้าในเด็ก (กรมควบคุมโรค) ปี 2566 – 2567 ปี

2566 – 2567 (ข้อมูลรวม 6–20 ปี)

• ปี 2566: พบเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ใช้บุหรี่ไฟฟ้า 61,688 คน หรือ 9.1%

• ปี 2567 (พ.ค. – สำรวจช่วง 6–20 ปี): 40,164 คน หรือ 18.6%; ในกลุ่มเพศชาย 21.5%, เพศหญิง 16.2%, LGBTQ+ 19.7%

แยกตามช่วงวัยเบื้องต้น (6–20 ปี)

1. เด็กประถม (9–12 ปี)

• เคยลองบุหรี่ไฟฟ้ามากถึง 43% (ตัวอย่างจากโรงเรียนประถมภาคกลาง)

• โดยเฉพาะเด็กผู้หญิง พบว่ามากกว่าเด็กผู้ชายเล็กน้อย

2. อายุ 11–12 ปี (ระดับ ป.6 – ม.1)

• เคยใช้ (ever-use): 4.6%

• ใช้ปัจจุบัน (current-use): 2.7%

3. อายุ 13 ปี

• เคยใช้: 7.6%

• ใช้ปัจจุบัน: 3.5%

4. วัยรุ่นกลาง (14–16 ปี)

• เคยใช้: 9.8%

• ใช้ปัจจุบัน: 6.4%

5. อายุ 13–15 ปี

• เคยใช้เพิ่มจาก 3.3% (ปี 2558) ⟶ 17.6% (ปี 2565) ตาม GYTS

จากจำนวนตัวเลข จำนวนเด็กที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า เพิ่มจำนวนมากขึ้น ซึ่งจากจำนวนผู้ป่วยเราจึงเล็งเห็นปัญหาที่จะตามมาจากการสูบบุหรี่ในเด็ก และ จะส่งผลเสียถึงร่างกาย คนรอบข้าง และสังคม เราจึง ออกแบบนวัตกรรมที่เหมาะสมสำหรับเด็ก ที่ตัวโปรแกรมสามารถตอบโต้พูดคุย และ สามารถเข้าถึงในเด็กได้ง่ายตัวโปรแกรมมีความน่ารัก อีกทั้ง ยังช่วยในการเก็บข้อมูลเด็กที่สูบบุหรี่ พร้อมทั้ง มีแบบคัดกรอง สุขภาพจิต,แบบคัดกรองนิโคติน,วีดีโอให้ความรู้ข้อเสียของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า และ สามารถขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานรัฐหากต้องการรักษาการติดบุหรี่ไฟฟ้า อีกทั้งยังสามารถนำไปต่อยอดการคัดกรองในรูปแบบอื่นๆได้

วัตถุประสงค์ของนวัตกรรม

1. เพื่อคัดกรองและติดตามพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชนอายุ 6–20 ปี
2. เพื่อประเมินสุขภาพจิตและระดับการพึ่งพานิโคตินในเด็กและเยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง
3. เพื่อให้ความรู้และสร้างความตระหนักถึงโทษและผลกระทบของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า
4. เพื่อเป็นช่องทางในการขอความช่วยเหลือและส่งต่อการรักษา
5. เพื่อเก็บรวบรวมและจัดทำฐานข้อมูลพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน
6. เพื่อพัฒนาเป็นต้นแบบนวัตกรรมคัดกรองพฤติกรรมสารเสพติดอื่นๆ

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ตั้งแต่ วันที่ 1 พฤษภาคม 2568 ถึง - 20 กรกฎาคม 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก การออกแบบตัวโปรแกรมให้มีความน่ารัก อบอุ่นจริงใจ เข้าถึงทุกช่วงวัย เข้าถึงทุกช่วงวัย

ระยะพัฒนา เพิ่มคำสั่งการตอบกลับต่างๆ ร่วมไปถึงการนำแบบประเมิน แบบสอบถาม และ สื่อต่างๆ การส่งต่อผู้ป่วยเมื่อต้องการขอความช่วยเหลือ

ระยะนำไปใช้ นำไปใช้กับนักเรียนโรงเรียนแห่งหนึ่ง ตำบลทรายขาว อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย เด็กนักเรียนอายุ 12 - 15 ปี จำนวน 47 คนแบ่งตามช่วงวัยดังนี้

ลำดับ	อายุ	จำนวน
1	12	8
2	13	15
3	14	14
4	15	10

จากการนำโปรแกรมไปใช้ ในการเก็บข้อมูลพบว่า

จากการเก็บข้อมูลวันที่ 27 มิถุนายน 2568 โรงเรียนแห่งหนึ่ง ตำบลทรายขาว อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย หัวข้อ ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่ (คน) พบว่า

ระดับชั้น	จำนวน	ชาย	หญิง	เคยสูบบุหรี่	ไม่เคยสูบบุหรี่	ยังใช้อยู่
ป.6	8	5	3	0	8	0
ม.1	15	9	6	3	12	0
ม.2	14	11	3	3	11	0
ม.3	10	6	4	0	10	0

จากการนำโปรแกรมไปใช้ ในการเก็บข้อมูลพบว่า

จากการเก็บข้อมูลวันที่ 27 มิถุนายน 2568 โรงเรียนแห่งหนึ่ง ตำบลทรายขาว อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย หัวข้อ ประเภทของงบุหรี่ (คน) พบว่า

ระดับชั้น	บุหรี่ไฟฟ้า	ยาสูบ	ยาเส้น
ป.6	0	0	0
ม.1	3	0	0
ม.2	3	0	0
ม.3	0	0	0

จากการนำโปรแกรมไปใช้ ในการเก็บข้อมูลพบว่า

จากการเก็บข้อมูลวันที่ 27 มิถุนายน 2568 โรงเรียนแห่งหนึ่ง ตำบลทรายขาว อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย หัวข้อ แรงจูงใจในการใช้ (คน) พบว่า

ระดับชั้น	เพื่อนชวน	ดูเท่ในสายตาผู้อื่น	อกหัก	ปัญหาครอบครัว	อยากลอง
ป.6	0	0	0	0	0
ม.1	1	1	1	0	0
ม.2	1	0	1	1	0
ม.3	0	0	0	0	0

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

การเก็บความพึงพอใจ จากแบบประเมินความพึงพอใจ

หัวข้อ	คิดเป็นร้อยละ (ของจำนวนนักเรียน)
ตัวโปรแกรมมีความเหมาะสมกับช่วงวัย	18 %
สื่อและแบบทดสอบเข้าใจง่าย	24 %
ตัวโปรแกรมหน้าใช้งาน	37 %
แก้ไขเพิ่มเติมอีก	21 %

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

1. สามารถคัดกรองและติดตามพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชนอายุ 6–20 ปี
2. สามารถประเมินสุขภาพจิตและระดับการพึ่งพานิโคตินในเด็กและเยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง
3. สามารถให้ความรู้และสร้างความตระหนักถึงโทษและผลกระทบของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า
4. สามารถเป็นช่องทางในการขอความช่วยเหลือและส่งต่อการรักษา
5. สามารถเก็บรวบรวมและจัดทำฐานข้อมูลพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน

สรุป

จากการทดลองใช้นวัตกรรม น้องจริงใจใส่ใจเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าในเด็ก พบว่า การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชนเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง เด็กอายุ 6–20 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ โดยเฉพาะช่วงอายุ 11–16 ปี พฤติกรรมการใช้ส่งผลต่อสุขภาพกาย จิตใจ สังคม โดยปัจจัยที่จูงใจในการใช้ จากการใช้แบบทดลองในนวัตกรรมในการเก็บข้อมูลนักเรียนโรงเรียนบ้านโป่งแดง พบว่า แรงจูงใจส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก เช่น เพื่อนชวน ปัญหาครอบครัว และ อกหักในวัยเรียน จึงเป็นปัญหาที่ควรแก้ไขอย่างเร่งด่วน การการทดลองใช้ น้องจริงใจใส่ใจเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าในเด็ก จึงเห็นได้ว่าตัวโปรแกรมใช้งานง่ายสามารถนำไปต่อยอดในการเก็บข้อมูลต่างๆ ได้

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1 ป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงในเยาวชน

1.1 ช่วยในการตรวจพบพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าได้ตั้งแต่ระยะแรก

1.2 ลดโอกาสที่เด็กและเยาวชนจะติดนิโคตินหรือเข้าสู่สารเสพติดอื่นในอนาคต

2. ส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชน

2.1 ประเมินระดับการพึ่งพานิโคตินและสุขภาพจิตได้อย่างต่อเนื่อง

2.2 สนับสนุนให้เด็กมีความเข้าใจในผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าทั้งทางกายและใจ

3. ให้ความรู้และสร้างการตระหนักรู้แบบเข้าใจง่าย

3.1 นำเสนอข้อมูลผ่านตัวละครโปรแกรมที่เข้าถึงง่าย เป็นมิตร และเหมาะสมกับช่วงวัย

3.2 มีคลิปวิดีโอและแบบทดสอบที่ช่วยให้เด็กเข้าใจภัยของบุหรี่ไฟฟ้าในเชิงลึกและจดจำได้ง่าย

4. เป็นเครื่องมือคัดกรองและติดตามที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง

4.1 ใช้เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพจากแบบสอบถามและพฤติกรรมผู้ใช้งาน

4.2 สามารถติดตามพฤติกรรมซ้ำได้ และเปรียบเทียบข้อมูลเพื่อประเมินแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

5. เป็นช่องทางเชื่อมโยงการดูแลรักษาและให้ความช่วยเหลือ

5.1 มีระบบเชื่อมโยงกับหน่วยงานภาครัฐหรือผู้เชี่ยวชาญสำหรับการส่งต่อหากพบผู้ต้องการความช่วยเหลือ

6. ลดภาระงบประมาณด้านสาธารณสุขในระยะยาว

6.1 การป้องกันต้นเหตุของโรคจากบุหรี่ไฟฟ้า จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกี่ยวข้องในอนาคต

7. สามารถพัฒนาและประยุกต์ใช้ในพฤติกรรมเสพติดอื่นๆ ได้ในอนาคต

7.1 โครงสร้างโปรแกรมสามารถต่อยอดเพื่อประเมินพฤติกรรมเสี่ยงอื่น เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ ยาเสพติด หรือปัญหาสุขภาพจิตอื่น

7.2 เสริมสร้างต้นแบบนวัตกรรมสุขภาพระดับชุมชน

7.3 สามารถนำไปใช้และขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ได้ง่าย ด้วยต้นทุนต่ำและความเหมาะสมกับบริบทโรงเรียนในชนบทหรือชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. สถิติผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าแบ่งตามช่วงอายุ แหล่งข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมปี 2567
   แหล่งที่มา https://www.hfocus.org/content/2025/06/34426
2. ข้อมูลวิชาการบุหรี่ฟ้า แหล่งข้อมูลกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดย กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ปี 2567
   แหล่งที่มา https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1589020240719032342.pdf
3. ผู้แต่ง จุฑามาศ มนีกุล ชื่อเรื่องบทความวิทยานิพนธ์ชื่อเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี2566 ผู้จดหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา แหล่งที่มา https://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/63910211.pdf

4. ผู้แต่ง ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล , วันเพ็ญ รักษ์ปวงชน เรื่อง แรงจูงใจในการสูบบุหรี่และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนชายที่สมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่ ปี 2565 ผู้จดหลักคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา แหล่งที่มา https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/153218
5. เรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันการสูบบุหรี่ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 แหล่งที่มา https://phdb.moph.go.th/main/editors/userfiles/files

ภาคผนวก

Personal AI Health Assistant
“AI โค้ชด้านสุขภาพติดตัวบนมือถือ ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ส่งเสริม-ป้องกัน-รักษา-ฟื้นฟู สร้างสุขภาพดีในทุกช่วงชีวิตรสำหรับชีวิตรเสมอแบบครบวงจร”

วุฒิชัย[1] ก้อนแปง ปุณญณิน[2] เขื่อนเพ็ชร วนิดา ตันแก้ว[3]
[1,2,3]หน่วยบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลพาน

บทนำ

เทคโนโลยี AI กำลังก้าวเข้าสู่บทบาทสำคัญในการแพทย์ โดยเฉพาะด้านการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องและเป็นรายบุคคล นวัตกรรม "Personal AI Health Assistant" ได้รับการออกแบบให้เป็นผู้ช่วยสุขภาพที่ฝังอยู่ในโทรศัพท์มือถือผู้ป่วย ทำหน้าที่เป็นโค้ชสุขภาพที่ตอบโต้ได้แบบเรียลไทม์ตลอด 24 ชั่วโมง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสอบถาม พูดคุย รับคำแนะนำด้านสุขภาพครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูได้ทุกที่ทุกเวลา

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

- **ระยะเริ่มแรก**: ศึกษาความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย วิเคราะห์พฤติกรรมการใช้มือถือในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และออกแบบต้นแบบ AI Health Assistant โดยใช้ Generative AI เป็นฐานการสื่อสาร
- **ระยะพัฒนา**: พัฒนาและฝังระบบ AI ในโทรศัพท์มือถือ ผ่านแพลตฟอร์มที่รองรับภาษาไทย สามารถประมวลผลภาษาและแนะนำแบบเฉพาะบุคคล โดยใช้ชุดข้อมูลเฉพาะรายบุคคล (personalized dataset) ซึ่งรวบรวมจากประวัติสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การใช้ยา ค่าทางคลินิก และความสนใจส่วนบุคคล ระบบจะเรียนรู้และปรับเปลี่ยนเนื้อหาการสื่อสารให้เหมาะกับผู้ใช้แต่ละราย รวมถึงเชื่อมโยงกับข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน เช่น ค่าน้ำตาล ความดัน การใช้ยา เพื่อสร้างความแม่นยำและความไว้วางใจในการใช้งาน
- **ระยะนำไปใช้**: ทดลองใช้จริงกับกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในระบบ Home ward และผู้สูงอายุในชุมชน ติดตามและเก็บข้อมูลการโต้ตอบ ปรับปรุงเนื้อหาและโมเดล AI ตามผลตอบรับ และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมสุขภาพ

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

ใช้แบบประเมินความพึงพอใจ ความเข้าใจ และพฤติกรรมสุขภาพเปรียบเทียบก่อน-หลังการใช้งาน โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลอง จำนวน 50 ราย พบว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ผู้ใช้งานมีระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพตนเองเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 62.4 และหลังใช้งานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 87.5 โดยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

- ร้อยละของผู้ใช้ที่สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นหลังใช้งาน
- จำนวนครั้งในการใช้งาน AI Assistant เฉลี่ยต่อวัน 3.5 ครั้ง/วัน
- ความพึงพอใจของผู้ใช้ระดับมากขึ้นไป ร้อยละ 90

สรุป

นวัตกรรม Personal AI Health Assistant เป็นทางเลือกใหม่ในการส่งเสริมสุขภาพด้วยเทคโนโลยีอัจฉริยะ สอดคล้องกับวิถีชีวิตยุคดิจิทัล ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ต่อเนื่อง สื่อสารกับ AI ได้ทุกเวลา เสริมศักยภาพตนเอง ลดภาระบุคลากรทางการแพทย์ และสามารถขยายผลในระดับประเทศ

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

- ผู้ป่วยสามารถรับคำแนะนำสุขภาพรายวันได้ทุกที่ทุกเวลา ลดความเสี่ยงการเข้าโรงพยาบาลซ้ำ
- ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เข้าใจง่ายและแม่นยำ ขณะที่บุคลากรทางการแพทย์มีผู้ช่วยด้านข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้
- พัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน และส่งเสริมแนวคิด Digital Health แบบยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

Topol E. Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again. Basic Books; 2019.

Luxton DD. Artificial Intelligence in Behavioral and Mental Health Care. Academic Press; 2016.

Chiang J, et al. AI-based mobile health coaching for chronic disease management. JMIR Mhealth Uhealth. 2022;10(3):e34567.

แปรงช่วยใจ-ใส่ใจเพื่อผู้ไร้กำลัง

ธิวาพร มงคลแดง
โรงพยาบาลพญาเม็งราย

บทนำ

สุขภาพช่องปากเป็นส่วนสำคัญของสุขภาพโดยรวม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากช่องปากเป็นทางเข้าสำหรับอาหารและน้ำที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพทั่วไป[1] การดูแลช่องปากที่ดีช่วยลดการเกิดการติดเชื้อและป้องกันการเกิดอาการเจ็บปวด[2] นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจและมีความสุขในการดูแลตนเอง[3]

จากการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรทันตสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอพญาเม็งราย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงยังขาดเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับการแปรงฟันผู้ป่วย โดยอุปกรณ์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เช่น ไม้ไอศกรีมพันผ้าก๊อซหรือด้ามแปรงสีฟัน ไม่สามารถแหวกกระพุ้งแก้มได้เพียงพอ ผ้าก๊อซมักหลุดและต้องเปลี่ยนผ้าก๊อซหลังใช้งานทุกครั้ง และไม่เอื้อต่อการใช้งานที่สะดวกและปลอดภัย ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลช่องปากของผู้ป่วยติดเตียง จึงนำมาสู่คำถามสำคัญในการพัฒนานวัตกรรมในครั้งนี้ นั่นคือ “สามารถสร้างอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันผู้ป่วยติดเตียงที่ใช้งานสะดวกและคงทนถาวรกว่านี้ได้ไหม?” ผู้เขียนจึงออกแบบอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันสำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่มีประสิทธิภาพ ใช้งานสะดวก และปลอดภัย อ้างอิงรูปแบบจาก cheek retractor และ mouth prop ปรับปรุงขนาดให้เหมาะสมสำหรับช่องปากผู้ใหญ่ และใช้วัสดุทางทันตกรรมที่สามารถใช้ในช่องปากได้อย่างปลอดภัย (Clear acrylic) พร้อมทั้งเปรียบเทียบประสิทธิภาพของอุปกรณ์ต้นแบบกับอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันแบบดั้งเดิม ทั้งในด้านการทำความสะอาดและความพึงพอใจของผู้ใช้งาน

ผลการใช้งานพบว่าอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ มีประสิทธิภาพเทียบเท่าอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันแบบดั้งเดิม คะแนนความพึงพอใจด้านความเจ็บปวดหลังการใช้งานของอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันซึ่งพัฒนาขึ้นมาใหม่เท่ากับแบบดั้งเดิม คะแนนความพึงใจด้านการใช้งานนวัตกรรมต่อแม้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม คุณภาพวัสดุและการออกแบบมีการเหมาะสม ความรู้สึกปลอดภัยต่อการใช้งาน ของอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันที่พัฒนาขึ้นมาใหม่มีคะแนนสูงกว่าอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันแบบดั้งเดิม ส่วนคะแนนความพึงพอใจด้านความรู้สึกผ่อนคลายขณะใช้งาน และความสะดวกในการใช้งาน อุปกรณ์ช่วยแปรงฟันแบบดั้งเดิมมีค่าสูงกว่านวัตกรรม อย่างไรก็ตาม อุปกรณ์ต้นแบบยังมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ความลื่นเมื่อเปียกน้ำลาย และขนาดที่อาจไม่เหมาะสมกับช่องปากของผู้ป่วยแต่ละราย

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ตั้งแต่ เดอน มีนาคม 2566 - มกราคม 2567

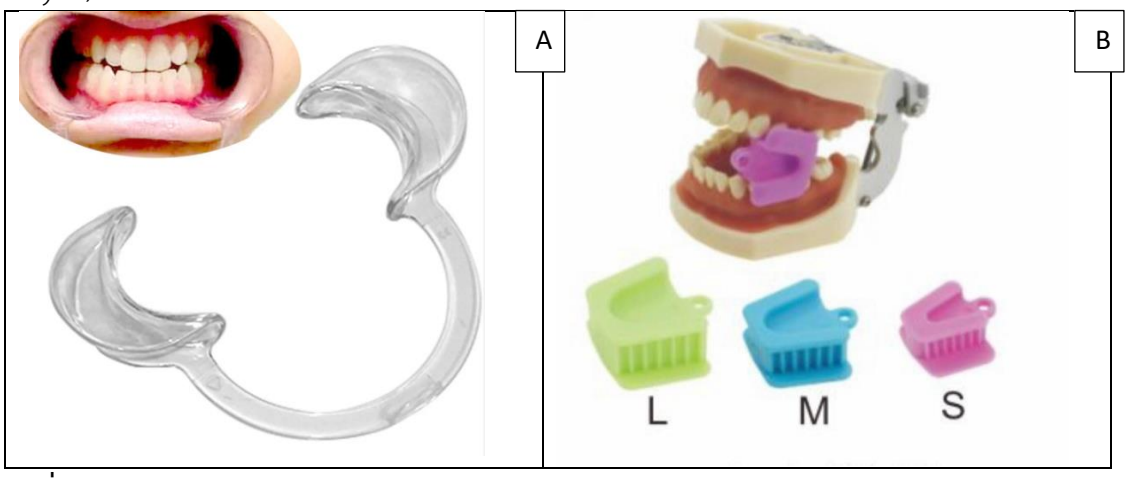
วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก

1 กำหนดปัญหา: อุปกรณ์ที่ใช้แหวกกระพุ้งแก้ม ได้แก่ ไม้ไอศกรีมหรือด้ามแปรงสีฟันพันผ้าก๊อซ ไม่สามารถแหวกกระพุ้งแก้มได้เพียงพอ ไม่ได้ช่วยให้สามารถอ้าปากพักได้กว้าง ผ้าก๊อซมักหลุดและต้องเปลี่ยนผ้าก๊อซหลังใช้งานทุกครั้ง

2 กำหนดเป้าหมาย: สร้างอุปกรณ์ช่วยแปรงฟัน ซึ่งสามารถแหวกกระพุ้งแก้มได้เพียงพอ คนไข้สามารถกัดบนอุปกรณ์เพื่อพักได้ และไม่ต้องเปลี่ยนส่วนประกอบเมื่อใช้งานเสร็จ

3 เลือกวิธีการ: อ้างอิงรูปแบบจาก cheek retractor และ mouth prop **(รูปที่ 1)** ปรับปรุงขนาดให้เหมาะสมสำหรับช่องปากผู้ใหญ่ โดยกำหนดขนาดจากระยะอ้าปากปกติของผู้ใหญ่ (40-45 มิลลิเมตร) กำหนดขนาดของอุปกรณ์ไม่ควรเกิน 35 มิลลิเมตร เพื่อความสบายเมื่อผู้ป่วยกัดเพื่อพักฟันบนอุปกรณ์ และเลือกใช้วัสดุทางทันตกรรมที่สามารถใช้ในช่องปากได้อย่างปลอดภัย (Clear acrylic)



รูปที่ 1 แสดง cheek retractor (A) และ mouth prop (B)

ระยะพัฒนา

ขั้นตอนการสร้างต้นแบบ ประกอบด้วยการปรับต้นแบบจำนวน 2 รุ่น ก่อนสำเร็จกลายเป็นรุ่นที่สามารถใช้งานได้ ได้แก่

ต้นแบบ รุ่นที่ 1

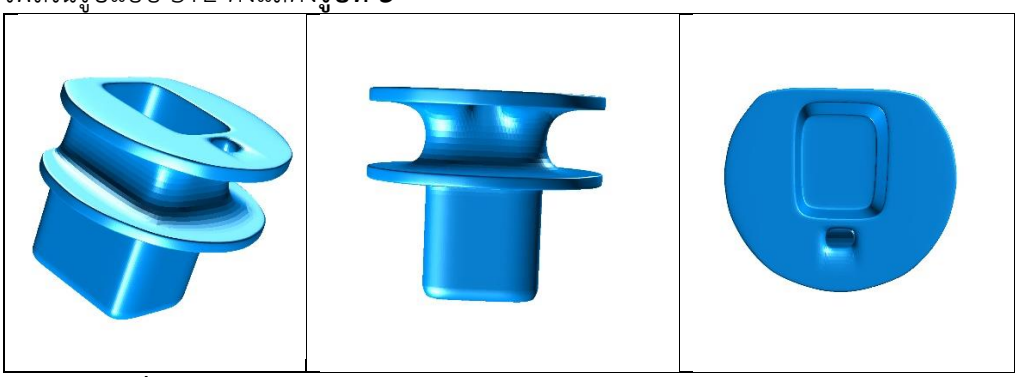
1. สร้างต้นแบบ โดยวาดรูปแบบจำลองอุปกรณ์ 2 มิติ
2. ส่งข้อมูลให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการวาดแบบจำลอง 3 มิติ เพื่อปั้นแบบจำลอง 3 มิติ และนำออกไฟล์ในรูปแบบ STL เพื่อส่งไปยังช่างทันตกรรม
3. พิมพ์แบบจำลองสามมิติ ด้วยวัสดุทางทันตกรรมที่สามารถใช้ในช่องปากได้อย่างปลอดภัย และทนต่อแรงบดเคี้ยว ดังแสดง**รูปที่ 2**

รูปที่ 2 แสดงชิ้นงานจริงอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งพิมพ์ด้วยวัสดุอะคริลิกใส

หลังจากได้ชิ้นงานจริง ดัง**รูปที่ 2** เมื่อทดลองใช้งาน พบว่าส่วนปีกมีขนาดเล็ก ไม่สามารถแหวกกระพุ้งแก้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ และรูตรงกลางมีขนาดเล็ก ไม่สามารถใช้งานในผู้ที่มีนิ้วขนาดใหญ่ ผู้ออกแบบจึงพิจารณาปรับแบบ โดย ปรับปีกบนล่างให้มีขนาดเท่ากันทั้งปีกบนและล่าง เพิ่มความห่างของปีก จากเดิม 0.7 cm เป็น 1.1 cm ปรับความโค้งมนของปีกให้มีความโค้งมนมากขึ้น ปรับความหนาโดยรอบเป็น 2 มิลลิเมตร เพื่อให้รูตรงกลางซึ่งเป็นตำแหน่งสอดนิ้วมีความกว้างมากเพียงพอสำหรับสอดนิ้วได้ ผู้ออกแบบได้แก้ไขแบบจำลอง และได้ต้นแบบ รุ่นที่ 2

ต้นแบบ รุ่นที่ 2

1. แก้ไขต้นแบบ โดยวาดรูปแบบจำลองอุปกรณ์ 2 มิติ
2. ส่งข้อมูลให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการวาดแบบจำลอง 3 มิติ เพื่อปั้นแบบจำลอง 3 มิติ และนำออกไฟล์ในรูปแบบ STL ดังแสดง**รูปที่ 3**



รูปที่ 3 แสดงรูปแบบจำลองอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันผู้ป่วยติดเตียง แบบ 3 มิติ

3. เมื่อได้แบบจำลองสามมิติ จึงส่งข้อมูลให้แก่ช่าง Lab ทันตกรรม เพื่อพิมพ์แบบจำลองด้วยวัสดุทางทันตกรรมที่สามารถใช้ในช่องปากได้อย่างปลอดภัย และทนต่างแรงบดเคี้ยว ดังแสดง**รูปที่ 4**

รูปที่ 4 แสดงชิ้นงานจริงอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งผ่านการปรับแบบแล้ว

ระยะนำไปใช้

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

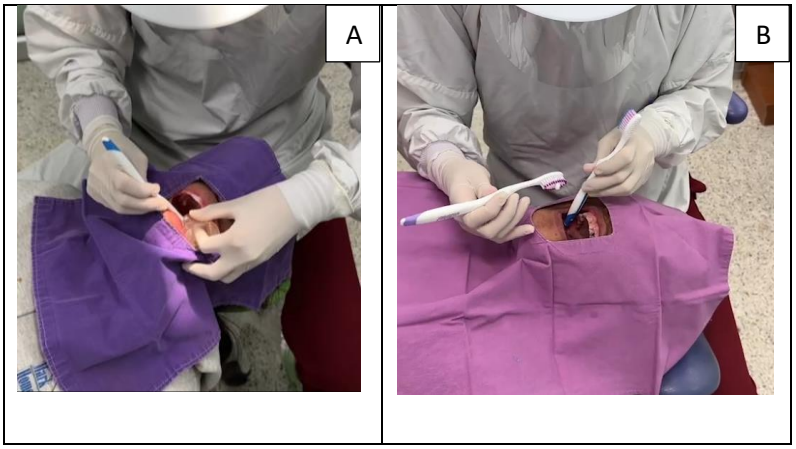
ทดสอบประสิทธิภาพของการใช้อุปกรณ์ช่วยแปรงฟัน โดย เปรียบเทียบค่าร้อยละของคราบจุลินทรีย์บนฟันก่อนและหลังการแปรงฟัน ระหว่างอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันแบบดั้งเดิม และอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันที่พัฒนาขึ้นมาในครั้งนี้ โดยทดสอบใช้งานในอาสาสมัครสุขภาพดี จำนวน 8 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่แปรงฟันโดยใช้อุปกรณ์ช่วยแปรงฟันที่พัฒนาขึ้น และกลุ่มที่แปรงฟันโดยใช้อุปกรณ์แปรงฟันแบบดั้งเดิม (ด้ามแปรงฟัน) และแบ่งอาสาสมัครตามช่วงอายุ ได้แก่

- อายุต่ำกว่า 40 ปีกลุ่มละ 4 คน
- อายุ 40 ปีขึ้นไป กลุ่มละ 4 คน

ขั้นตอนการทดสอบ ดังนี้

- ให้อาสาสมัครย้อมฟันด้วยเม็ดสีย้อมคราบจุลินทรีย์บนฟัน **รูปที่ 5**
- วัดร้อยละของคราบจุลินทรีย์ก่อนแปรงฟัน
- ให้อาสาสมัครนอนบนยูนิตทันตกรรม ให้ทันตแพทย์เป็นผู้แปรงฟันให้เพื่อควบคุมตัวแปรกวนด้านผู้แปรง โดยใช้อุปกรณ์ช่วยแปรงฟัน ตามกลุ่มของอาสาสมัครนั้นๆ จับเวลาในการแปรงฟัน 2 นาที ให้อาสาสมัครบ้วนน้ำ 1 ครั้ง **รูปที่ 6**
- วัดร้อยละของคราบจุลินทรีย์หลังแปรงฟัน **รูปที่ 7**
- สอบถามความพึงพอใจของอาสาสมัคร

รูปที่ 5 แสดงฟันของอาสาสมัครซึ่งผ่านการย้อมคราบจุลินทรีย์

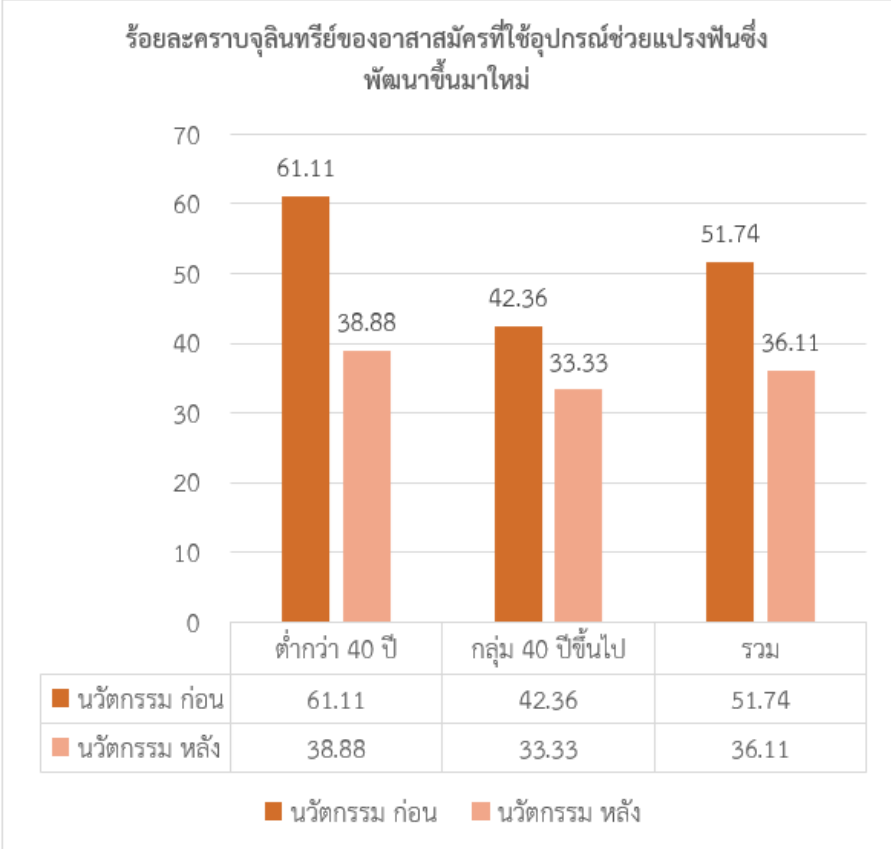


รูปที่ 6 แสดงขั้นตอนการแปรงฟันอาสาสมัครโดยทันตแพทย์ A; แปรงฟันโดยใช้อุปกรณ์ช่วยแปรงฟันซึ่งพัฒนาขึ้นมาใหม่ B; แปรงฟันโดยใช้ด้ามแปรงสีฟันช่วยแปรงฟัน

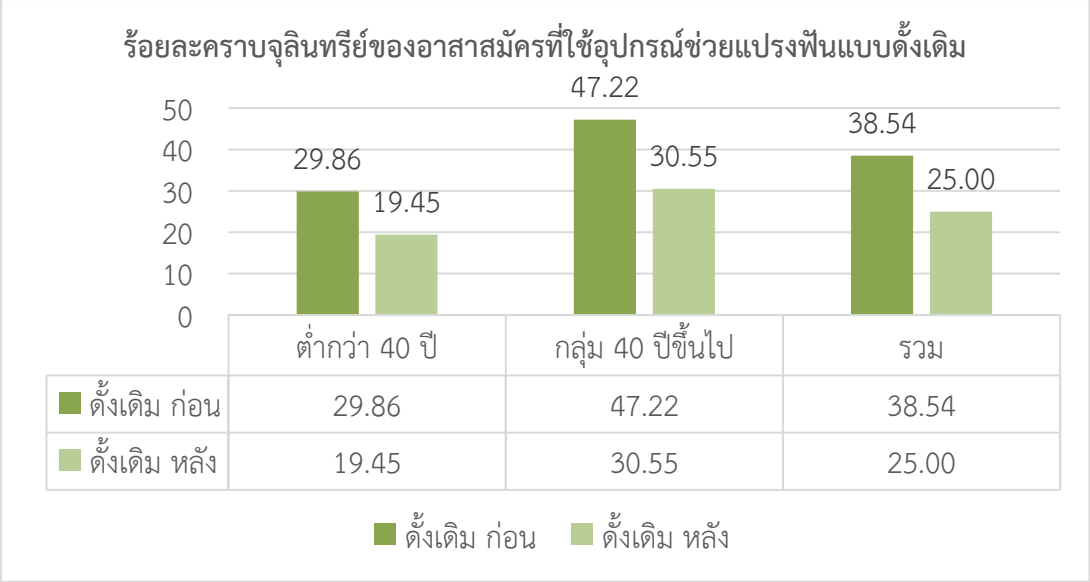
รูปที่ 7 แสดงฟันของอาสาสมัครหลังจากแปรงฟัน

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

วิเคราะห์ข้อมูลประสิทธิภาพของอุปกรณ์ช่วยแปรงฟัน จากเปอร์เซ็นต์คราบจุลินทรีย์ก่อนและหลังการแปรงฟัน โดยเทียบเป็นร้อยละ



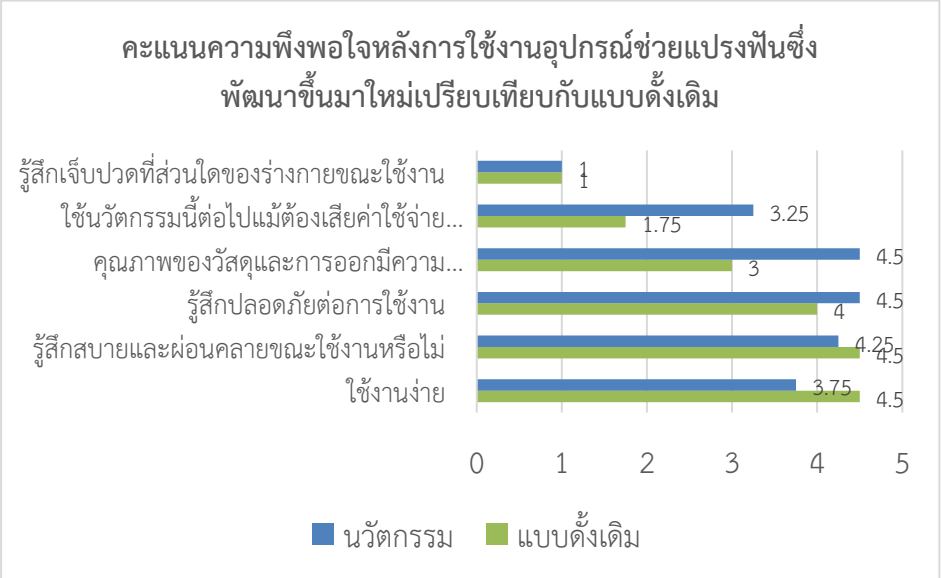
จากแผนภูมิแท่งพบว่าร้อยละคราบจุลินทรีย์ในกลุ่มผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 40 ปี ก่อนการแปรงฟันเท่ากับ 61.11 หลังการแปรงฟันร่วมกับอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันซึ่งพัฒนาขึ้นมาเท่ากับ 38.88 ในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป ก่อนการแปรงฟันเท่ากับ 42.36 หลังการแปรงฟันร่วมกับอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันซึ่งพัฒนาขึ้นมาเท่ากับ 33.33 รวมทั้งสองกลุ่มอายุ ก่อนแปรงฟันเท่ากับ 51.74 หลังการแปรงฟันร่วมกับอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันซึ่งพัฒนาขึ้นมาเท่ากับ 36.11



จากแผนภูมิแท่งพบว่าร้อยละคราบจุลินทรีย์ในกลุ่มผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 40 ปี ก่อนการแปรงฟันเท่ากับ 29.86 หลังการแปรงฟันร่วมกับอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันแบบดั้งเดิม (ด้ามแปรงฟัน)เท่ากับ 19.45 ในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป ก่อนการแปรงฟันเท่ากับ 47.22 หลังการแปรงฟันร่วมกับอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันแบบดั้งเดิมเท่ากับ 30.55 รวมทั้งสองกลุ่มอายุ ก่อนแปรงฟันเท่ากับ 38.54 หลังการแปรงฟันร่วมกับอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันแบบดั้งเดิมเท่ากับ 25.00

สรุปผลได้ว่าอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ มีประสิทธิภาพเทียบเท่าอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันแบบดั้งเดิม ทั้งนี้ผลลัพธ์ดังกล่าวอาจไม่สะท้อนผลการใช้งานจริงโดยผู้ดูแล เนื่องจากผู้แปรงในครั้งนี้เป็นทันตแพทย์ ซึ่งมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นอย่างดี จึงควรมีการศึกษาการนำอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันที่พัฒนาขึ้นมานี้ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ในรูปแบบการทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) ต่อไป

วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจและความเจ็บปวดต่ออุปกรณ์ช่วยแปรงฟันที่พัฒนาขึ้นมาใหม่เทียบกับวิธีการดั้งเดิม (ด้ามแปรงสีฟัน)



จากแผนภูมิแท่งพบว่าคะแนนความพึงพอใจด้านความเจ็บปวดหลังการใช้งานของอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันซึ่งพัฒนาขึ้นมาใหม่เท่ากับแบบดั้งเดิม เท่ากับ 1 คะแนน คะแนนความพึงใจด้านการใช้งานนวัตกรรมต่อแม้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม คุณภาพวัสดุและการออกแบบมีการเหมาะสม ความรู้สึกปลอ ดภัยต่อการใช้งาน ของอุปกร์ช่วยแปรงฟันที่พัฒนาขึ้นมาใหม่มีคะแนนสูงกว่าอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันแบบดั้งเดิม ส่วนคะแนนความพึงพอใจด้านความรู้สึกผ่อนคลายขณะใช้งาน และความสะดวกในการใช้งาน อุปกรณ์ช่วยแปรงฟันแบบดั้งเดิมมีค่าสูงกว่านวัตกรรม

สรุป

อุปกรณ์ช่วยแปรงฟันที่ได้พัฒนาขึ้น สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพเทียบเท่าอุปกรณ์แหวกกระพุ้งแก้มดั้งเดิม ในแง่ของความพึงพอใจ อุปกรณ์ช่วยแปรงฟันที่พัฒนาขึ้นมาใหม่มีคะแนนสูงกว่าอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันแบบดั้งเดิม ในด้านการใช้งานนวัตกรรมต่อแม้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม คุณภาพวัสดุและการออกแบบมีการเหมาะสม และความรู้สึกปลอดภัยต่อการใช้งาน

จากการพัฒนาและการนำไปใช้ยังพบว่า อุปกรณ์ช่วยแปรงฟันดังกล่าวยังมีขนาดใหญ่ ทำให้การสอดแปรงฟันเข้าไปแปรงบริเวณฟันหลังของผู้ป่วยไม่สะดวก และเมื่อเปียกน้ำลายมีความลื่น ทำให้ลื่นหลุดจากกระพุ้งแก้มได้ง่าย และช่องปากผู้ป่วยแต่ละคนมีขนาดไม่เท่ากัน

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาครั้งต่อไปคือ ควรมีการกำหนดขนาดของอุปกรณ์ ได้แก่ ขนาด S M และ L เพื่อการสะดวกในการใช้งาน และเลือกใช้อุปกรณ์ที่ไม่ลื่นหลุดได้ง่ายเมื่อโดนน้ำลาย ซึ่งในขั้นตอนการพัฒนายังมีอุปสรรคในเรื่องค่าใช้จ่ายในการพัฒนา เนื่องจากการปรับปรุงแบบแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

นวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันที่พัฒนาขึ้นมานี้ สามารถนำไปใช้ช่วยแปรงฟันในผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตัวเอง ช่วยลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ ทำให้การทำความสะอาดช่องปากผู้ป่วยสะดวกขึ้น และเป็นต้นแบบในการพัฒนาเชิงพาณิชย์ในอนาคตต่อไป ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาการนำอุปกรณ์ช่วยแปรงฟันที่พัฒนาขึ้นมานี้ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ในรูปแบบการทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) และพัฒนาไปสู่การขยายการใช้งานในระดับสากลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. *บทเรียนหนอนในปากชายชรา เปิดคู่มือดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้าน-ติดเตียง* [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://thaitgri.org/?p=38950
2. นักศึกษาสาขาทันตกรรมผู้สูงอายุ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รุ่นที่ 1. *การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง* [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 19 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://dt.mahidol.ac.th/brochure-dentist-56/
3. กรมอนามัย. *การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แก้วเจ้าจอม; 2559.

ผลงานวิชาการ
ประเภท นวัตกรรมเชิงระบบ

ระบบบริหารจัดการอุปกรณ์ออนไลน์แบบบูรณาการ: การพัฒนาแพลตฟอร์มด้วย AI และ RFID เพื่อการยืม-คืนและแจ้งเตือนอัตโนมัติ

วุฒิชัย[1] ก้อนแปง, ปุณญณิน[2] เขื่อนเพ็ชร, วนิดา ตันแก้ว[3]
[1,2,3]หน่วยบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลพาน

บทนำ

ระบบการจัดการอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและระบบบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Ward) เนื่องจากอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นทรัพยากรที่มีราคาสูงและจำเป็นต้องใช้งานอย่างต่อเนื่องและแม่นยำ การบริหารจัดการที่ไม่มีระบบดิจิทัลสนับสนุนมักก่อให้เกิดความล่าช้าในการติดตาม การคืนอุปกรณ์ที่ไม่ตรงเวลา รวมถึงการสูญหายของอุปกรณ์ ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและประสิทธิภาพในการทำงานของเจ้าหน้าที่

ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนานวัตกรรมที่ช่วยบริหารจัดการอุปกรณ์อย่างเป็นระบบ โดยใช้เทคโนโลยี RFID สำหรับระบุตัวตนอุปกรณ์แต่ละชิ้นแบบอัตโนมัติ ผสานกับระบบ AI เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการยืม-คืน และระบบแจ้งเตือนผ่านช่องทาง Telegram ที่สามารถช่วยให้เจ้าหน้าที่ทราบสถานะของอุปกรณ์แบบเรียลไทม์ได้ทันที เพิ่มความแม่นยำ ความโปร่งใส และลดภาระงานที่ซ้ำซ้อนในกระบวนการเดิม

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 31 พฤษภาคม 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ศึกษาปัญหาจากการใช้งานระบบเดิมในงานจริง โดยสำรวจความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้งานและรวบรวมข้อมูลจากเหตุการณ์อุปกรณ์สูญหายที่เคยเกิดขึ้นในอดีต เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการออกแบบและแก้ไขจุดอ่อนของระบบเดิม

ระยะพัฒนา

ออกแบบและพัฒนา Web Application ด้วย PHP/MySQL ให้สามารถทำงานร่วมกับเครื่องอ่าน RFID เชื่อมต่อ Telegram และรองรับการเก็บข้อมูลแบบเรียลไทม์ เพิ่มระบบ AI สำหรับแจ้งเตือนสถานะอุปกรณ์ จัดเก็บข้อมูลย้อนหลังผ่าน Dashboard ที่เข้าถึงได้จากทุกแพลตฟอร์ม

ระยะนำไปใช้

ติดตั้งระบบในพื้นที่จริง (Home Ward) อบรมเจ้าหน้าที่ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูล และวางแผนการพัฒนาต่อเนื่อง

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

- ลดอัตราการสูญหายของอุปกรณ์จาก 35% เหลือเพียง 2%
- ลดเวลาในการค้นหาข้อมูลผู้ยืมจากเฉลี่ย 15 นาที เหลือไม่ถึง 1 นาที
- เพิ่มความพึงพอใจของผู้ใช้งานจาก 70 เป็น 96 คะแนน (เต็ม 100) คิดเป็นร้อยละเพิ่มขึ้นประมาณ 37.14%

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

- ระบบ Web App ที่ใช้งานได้จริง เชื่อมต่อ RFID และ Telegram สำเร็จ
- มีฐานข้อมูลแสดงการยืม-คืน พร้อมประวัติย้อนหลัง

สรุป

นวัตกรรมนี้สามารถยกระดับระบบบริหารจัดการอุปกรณ์ให้ทันสมัยและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ผ่านการใช้เทคโนโลยี RFID และ AI ในการจัดการแบบเรียลไทม์ ตอบสนองต่อปัญหาการติดตามอุปกรณ์ที่ล่าช้าและการสูญหายได้อย่างตรงจุด ทำให้หน่วยงานสามารถจัดการทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

- ควรพัฒนา Dashboard แสดงผลสถิติการใช้งานอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น
- ควรเชื่อมต่อการแจ้งเตือนหลายช่องทาง เช่น Email
- อาจพัฒนาระบบยืม-คืนผ่านมือถือ (Mobile App)
- ปรับปรุงระบบด้วย Machine Learning อย่างต่อเนื่อง
- อนาคตสามารถโต้ตอบผ่าน Telegram (Two-way Communication)

เอกสารอ้างอิง

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2564). คู่มือการบริหารจัดการอุปกรณ์การแพทย์.

Rao KS, et al. RFID-based inventory management in healthcare: A review. J Healthc Eng. 2021.

Tuan ND, Lee JY. Smart hospital solutions with AI and IoT. IEEE Access. 2022;10:84759–84770.

กายภาพบำบัดสัญจร

พิมลพรรณ พรหมบ้านสังข์
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลแม่สาย

บทนำ

จากสถิติการคัดกรองผู้สูงอายุด้านความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในปี 2565, 2566 และปี 2567 มีจำนวน 172, 1,213 , 1,173 รายตามลำดับ ประเมินจากค่า TUG(Time Up and Go) พบเป็นกลุ่มเสี่ยงพลัดตกหกล้มจำนวน 58, 374, 367 รายตามลำดับ ในปี 2565 มีการดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน แต่ยังขาดการติดตามดูแลต่อเนื่อง และพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเมื่อมีภาวะหกล้มแล้ว เกิดสภาวะติดเตียง เป็นภาระในการดูแลระยะยาว ในปี 2566 งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลแม่สายจึงได้พัฒนาระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มด้านการเคลื่อนไหว โดยใช้การบริหารจัดสรรอัตรากำลังขยายการให้บริการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้ด้วยข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง และภาระงาน การดำเนินงานจึงสามารถออกให้บริการในแต่ละรพ.สต.เพียง 1 ครั้ง/เดือน

พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่ได้รับกิจกรรมกายภาพบำบัดในชุมชนซึ่งประกอบด้วย การตรวจร่างกายทางกายภาพบำบัด การบำบัดรักษาอาการปวดและการเคลื่อนไหว การออกกำลังกายกลุ่ม การให้ความรู้เรื่องการพลัดตกหกล้มและข้อสะโพกหัก การปฏิบัติตนเมื่อเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและข้อสะโพกหัก มีความตระหนัก และให้ความสำคัญในการดูแลตนเองไม่ให้เกิดการพลัดตกหกล้ม และพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่เกิดภาวะพลัดตกหกล้มแล้วมีข้อสะโพกหัก สามารถกลับมาเคลื่อนไหว และเดินได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับกิจกรรม

ดังนั้นการจัดกิจกรรม “กายภาพบำบัดสัญจร” สามารถช่วยส่งเสริมความรู้ ความตระหนัก และการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในชุมชนได้ มีโอกาสพัฒนาต่อยอดการมีส่วนร่วมระหว่างชุมชนและทีมสหสาขาวิชาชีพในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และหากสามารถพัฒนาจัดสรรอัตรากำลังให้สามารถดำเนินการกิจกรรมกายภาพบำบัดสัญจรได้อย่างต่อเนื่อง เพิ่มจำนวนครั้งการออกให้บริการเป็น 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จะยิ่งช่วยส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2565 - กันยายน 2567

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก เดือนตุลาคม 2565 – เดือนกันยายน 2566
ระยะพัฒนา เดือนตุลาคม 2566 – เดือนกันยายน 2567
ระยะนำไปใช้ เดือนตุลาคม 2566 – ปัจจุบัน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เมื่อมีการคัดกรองผู้สูงอายุด้วยการทดสอบ TUG(Time Up and Go test) และมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใส่ในระบบ google drive จากนั้นดำเนินการคัดแยกผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่มีค่า TUG ≥ 12 วินาที ออกมา

2. วางแผนดำเนินการออกติดตาม โดยนัดหมายผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มผ่านการประสานงานกับรพ.สต.

3. ทีมกายภาพบำบัดดำเนินการสัญจรไปจัดตั้งคลินิกกายภาพบำบัดในแต่ละรพ.สต. โดยแรกรับจะมีการประเมิน Thai FRAT, ซักประวัติ, ตรวจร่างกายทางกายภาพบำบัดเพื่อดูแลรักษาความผิดปกติทางระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ อันส่งผลต่อการเคลื่อนไหวและเกิดข้อจำกัดทางกาย ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม นำออกกำลังกายแบบกลุ่มเพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาแล .ะรอบข้อสะโพก และให้ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม

4. ดำเนินการนัดหมายต่อเนื่องผ่านรพ.สต. โดยทีมกายภาพบำบัดจะสัญจรมาจัดตั้งคลินิกในรพ.สต. เดือนละ 1ครั้ง

5. ติดตามภาวะการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับบริการในคลินิกกายภาพบำบัดสัญจร การรักษาทางการแพทย์ และความสามารถในการเดินภายหลังจากเกิดภาวะหกล้ม

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

ใช้การบันทึกทะเบียนคัดกรอง TUG ในผู้สูงอายุระบบ google drive, แบบทดสอบ TUG(Time Up and Go), แบบประเมิน Thai FRAT และข้อมูลรายงานการให้บริการฟื้นฟูสภาพจากสปสช. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ		
	2565	2566	2567
จำนวนผู้สูงอายุที่มี**ค่า** TUG ≥ 12 วินาที (ที่เข้าคลินิกกายภาพบำบัดสัญจร)	ไม่มี	314	284
ค่าเฉลี่ย TUG ครั้งแรกในคลินิกกายภาพบำบัดสัญจร	ไม่มี	18.93	20.88
ค่าเฉลี่ย TUG เมื่อครบ 1 ปีในคลินิกกายภาพบำบัดสัญจร	ไม่มี	16.48	14.76
ค่าเฉลี่ยคะแนน Thai FRAT	9	8	8
จำนวนครั้งเฉลี่ยในการเข้ารับบริการคลินิกกายภาพบำบัดสัญจรใน 1 ปี	ไม่มี	**6**	5
จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเกิดการหกล้ม/หกล้มแล้วกลับมาเดินได้	ไม่มีการติดตาม	2/2	6/6
Pain scale เฉลี่ยวันแรก	ไม่มี	8	7
Pain scale เฉลี่ยหลังจากรับบริการครบ 1 ปี	ไม่มี	6	4
ผลงานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน (จำนวนครั้งการส่งเคลม และยอดเงินที่ได้รับ)	172 ครั้ง 25,800 บาท	3,797 ครั้ง 420,500 บาท	3,611 ครั้ง 521,730 บาท

สรุป

1. ในปี 2567 ยอดผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเข้าคลินิกกายภาพบำบัดสัญจร ลดลงจากปี 2566 เนื่องจากมีปัญหาเรื่องการเดินทาง ญาติไม่มีเวลานำส่ง และผู้สูงอายุเองมีความยากลำบากในการเคลื่อนไหวจึงไม่สะดวกเดินทางมารับบริการในรพ.สต. แต่ทั้งนี้การจัดกิจกรรมกายภาพบำบัดสัญจรช่วยดูแลปัญหาด้านการเจ็บปวดและการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุได้ เนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้าร่วมมีค่าคะแนนความเจ็บปวด และค่า TUG ลดลง

2. การจัดสรรอัตรากำลังนักกายภาพบำบัดจัดกิจกรรมเชิงรุกเพื่อการให้บริการผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในชุมชน ด้านการส่งเสริมป้องกัน และการรักษาฟื้นฟู นอกจากจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านการเคลื่อนไหวทางกายแล้ว สามารถเพิ่มผลงานการให้บริการแก่โรงพยาบาลได้

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มด้านการเคลื่อนไหวได้รับการดูแลต่อเนื่องและติดตามสถานะการพลัดตกหกล้ม

2. ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุจากการลดค่าระดับความเจ็บปวดของร่างกาย

3. ขยายบริการกายภาพบำบัดเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้ในชุมชนใกล้บ้าน

เอกสารอ้างอิง

จรัญญา ส่งเสริม.ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน.วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2564;1:73-83.

จุฑาทิพย์ รอดสูงเนิน.ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีต่อการทรงตัวและความกลัวการล้มของผู้สูงอายุในชุมชน.วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2564;38:541-560

ส่งสุขถึงบ้าน: พัฒนาระบบจัดส่งยาให้ผู้ป่วย NCD แบบไร้รอยต่อ

เปียทิพย์ ชัยมณี
คลินิกไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่สาย

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2023) รายงานว่า NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึงร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือประมาณ 41 ล้านรายต่อปี โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงต่ำที่ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ในประเทศไทย ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค (2566) ระบุว่ามีผู้ป่วยเบาหวานกว่า 5 ล้านราย และความดันโลหิตสูงกว่า 10 ล้านราย ปัญหาการขาดนัดรับยาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การควบคุมโรคไม่ได้ผล

โรงพยาบาลแม่สายพบว่า อัตราการขาดนัดรับยาของผู้ป่วย NCD เพิ่มขึ้นจาก 4.2% เป็น 4.46% ในปี 2567 ผู้วิจัยจึงพัฒนาระบบจัดส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้าน ผ่านกลไก "Health Raider" โดยไม่มีค่าใช้จ่าย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาและความต่อเนื่องในการรักษา

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

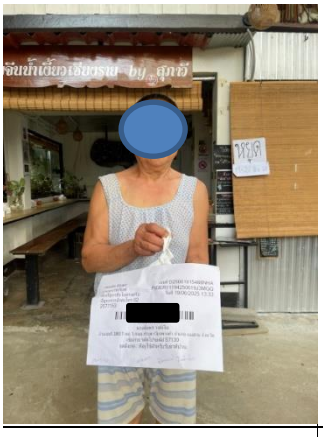
ดำเนินโครงการระหว่าง 1 ตุลาคม 2567 - 31 พฤษภาคม 2568 (ระยะเวลา 8 เดือน)

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก วิเคราะห์อัตราการขาดนัดรับยา ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ สำรวจข้อจำกัดของผู้ป่วย

ระยะพัฒนา ออกแบบระบบ Health Raider พัฒนาแบบฟอร์ม คัดกรองกลุ่มเป้าหมาย อบรมเจ้าหน้าที่

ระยะนำไปใช้ ดำเนินการจัดส่งยา ติดตามผล ประเมินความพึงพอใจและอัตราการขาดนัด



การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

- อัตราการขาดนัดรับยาลดลงจาก 4.46% เหลือ 3.4% ลดลงร้อยละ 21.29 โดยผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการการขาดนัด 0%
- ผู้ป่วย 1,000 ราย ประเมินความพึงพอใจ ร้อยละ 94.2 พึงพอใจในระดับ "มาก"

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

ผลผลิต:

- ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ: 1,269 คน
- พื้นที่บริการ: 3 ตำบล
- แบบประเมินความพึงพอใจ: 1,000 ฉบับ

ผลลัพธ์:

- อัตราการขาดนัดลดลงจาก 4.46% ⟶ 3.4%
- ความพึงพอใจระดับมาก: 94.2%
- ผู้ป่วยได้รับยาตรงตามนัด: 95%
- ข้อร้องเรียน: 0%

สรุป

โครงการนวัตกรรม “ส่งสุขถึงบ้าน” เป็นการพัฒนาระบบจัดส่งยาให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้กลไก Health Raider ซึ่งเป็นทีมเจ้าหน้าที่จัดส่งยาถึงบ้านแบบไร้รอยต่อ ครอบคลุมพื้นที่ห่างไกลในเขตอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 ถึงพฤษภาคม 2568 รวมระยะเวลา 8 เดือน

นวัตกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อลดปัญหา “การขาดนัดรับยา” ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการควบคุมโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผลการดำเนินงานพบว่า อัตราการขาดนัดรับยาลดลงจาก 4.46% เหลือ 3.4% โดยผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการการขาดนัด 0% และผู้ป่วยกว่า 94.2% มีความพึงพอใจในระดับ “มาก” โดยไม่มีรายใดแสดงความไม่พึงพอใจ

โครงการนี้ช่วยให้ผู้ป่วย NCD เข้าถึงยาต่อเนื่อง ลดอุปสรรคด้านการเดินทาง เพิ่มความพึงพอใจ ลดภาระงานคลินิก และสามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นได้ เหมาะสมต่อการประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

- ด้านผู้ป่วย: เพิ่มการเข้าถึงยา ลดภาระค่าใช้จ่าย เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมโรค
- ด้านระบบสุขภาพ: ลดความแออัดในคลินิก ส่งเสริมบริการเชิงรุกและการบูรณาการทีม
- ด้านชุมชน: ส่งเสริมความร่วมมือ และสามารถขยายผลสู่พื้นที่อื่น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2025 Jun 23]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ; 2566.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

บริจาคโลหิตอย่างปลอดภัย เทคนิคการแพทย์ไทยใส่ใจวิชาการ

เฉลิมณุวัตร เสมอใจ
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า

บทนำ

การพัฒนานวัตกรรมสื่อออนไลน์ เพื่อเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนความรู้เชิงวิชาการของห้องปฏิบัติการ และประชาสัมพันธ์ความรู้สู่ประชาชน ได้นำหลักคิดเกี่ยวกับเทคโนโลยีที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายในปัจจุบัน และนำมาปรับปรุงสื่อการเรียนรู้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยสร้างสื่อเชิงวิชาการที่รวบรวมความรู้สำคัญสำหรับเจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ และองค์ความรู้ทั่วไป ประชาสัมพันธ์ต่างๆ สำหรับประชาชน ซึ่งจะทำให้เจ้าหน้าที่ และประชาชนสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเกิดประโยชน์ โดยมีลิงก์ และ QR code ของเว็บไซต์ ดังแนบ

-ลิงก์สำหรับเข้าสู่เว็บไซต์หลัก https://sites.google.com/view/wpplab/Home

-ลิงก์สำหรับเข้าสู่หน้า log in สำหรับเจ้าหน้าที่ https://sites.google.com/view/wpplab/officer

โดยใช้ Username: wpplab Password : 121 (เป็นรหัสตัวอย่างการทดสอบระบบ)

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีหน้าที่จัดให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และให้ความรู้แก่ประชาชนในการบริจาคโลหิต แต่ในการปฏิบัติงานทางห้องปฏิบัติการพบว่าเมื่อตรวจวิเคราะห์พบ เซลล์ผิดปกติต่างๆ ที่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพ ลักษณะของเชื้อก่อโรคที่สำคัญทางคลินิก แต่ไม่มีระบบการจัดเก็บเพื่อเป็นคลังความรู้แลกเปลี่ยนในทีมสหวิชาชีพ และไม่สามารถค้นหาข้อมูลได้เมื่อต้องการสื่อสารและอ้างอิง อีกปัญหาหนึ่งที่พบคือ ผู้มาบริจาคโลหิตไม่ผ่านการคัดกรองคุณสมบัติเป็นจำนวนมากจากการประชาสัมพันธ์แบบเดิม ๆ ที่ยังไม่เข้าถึงประชาชนได้ วัตถุประสงค์ที่จัดทำเว็บไซต์นี้เพื่อเน้นการพัฒนาความรู้เชิงวิชาการและข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับวิชาชีพ ด้วยเครื่องมือสื่อออนไลน์เพื่อใช้เป็นช่องทางในการรวบรวมและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านวิชาการ แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ทางวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ระหว่างทีมวิชาชีพ รวมถึงประชาสัมพันธ์กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานบริการแก่บุคคลภายนอก เช่น ข้อมูลการออกหน่วยบริจาคโลหิต คุณสมบัติผู้บริจาคโลหิต เป็นต้น โดยออกแบบเว็บไซต์ให้มีใช้งานง่าย สะดวก และสามารถเข้าถึงได้ผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ทุกประเภท การนำเว็บไซต์ไปใช้งานจริงในห้องปฏิบัติการสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านวิชาการและการบริจาคโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน เพิ่มความคล่องตัวในการเข้าถึงข้อมูล และกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมจากบุคลากรและประชาชนทั่วไปอย่างชัดเจน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเว็บไซต์ที่จัดทำขึ้น เป็นเครื่องมือที่มีศักยภาพในการส่งเสริมความรู้วิชาการและการประชาสัมพันธ์ หน่วยงานควรพิจารณานำสื่อที่เข้าถึงง่ายและไม่เสียค่าใช้จ่ายเช่นนี้ไปปรับใช้ในบริบทที่หลากหลาย เพื่อยกระดับคุณภาพงานบริการอย่างยั่งยืนต่อไป

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ใช้ระยะเวลาในการพัฒนา และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงวิชาการเป็นเวลา 1 ปี และเริ่มมีการประชาสัมพันธ์การบริจาคโลหิตในช่วงเดือนมีนาคม 2568 เป็นต้นมา

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก

1. ค้นพบปัญหาไม่มีระบบการจัดเก็บข้อมูลทางวิชาชีพเพื่อแลกเปลี่ยนในทีมสหวิชาชีพ และไม่สามารถค้นหาข้อมูลได้เมื่อต้องการสื่อสารและอ้างอิง อีกปัญหาหนึ่งที่พบคือ ผู้มาบริจาคโลหิตไม่ผ่านการคัดกรองคุณสมบัติเป็นจำนวนมากจากการประชาสัมพันธ์แบบเดิม ๆ
2. คิดหาวิธีการ และเครื่องมือที่จะทำให้ผู้ใช้งานเข้าถึงง่าย ขอเพียงแค่มีอินเทอร์เน็ต สามารถใช้ได้กับเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ทุกประเภท
3. ออกแบบโครงสร้างสื่อออนไลน์ ว่าต้องการสื่อสารข้อมูลอะไรบ้าง
4. เก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการปฏิบัติงาน ข้อมูลการบริจาคโลหิต ผลการประเมินความชำนาญที่ห้องปฏิบัติการได้เข้าร่วมทดสอบ

ระยะพัฒนา

1. นำข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการรวบรวมมาจัดเก็บแยกตามหมวดหมู่
2. หาแหล่งอ้างอิงวิชาการจากหนังสือ และเว็บไซต์เพื่อความถูกต้องทางวิชาการ
3. ทดสอบนำสื่อออนไลน์ที่พัฒนาใช้ในภายห้องปฏิบัติการ
4. พัฒนาสื่อให้เข้าถึงง่าย และน่าสนใจ ทำให้ประชาชนอยากมาบริจาคโลหิตมากขึ้น
5. วางแผนเผยแพร่การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการบริจาคเลือดให้แก่ประชาชน

ระยะนำไปใช้

1. เว็บไซต์ใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน สามารถเข้าถึงข้อมูลเชิงวิชาการได้อย่างรวดเร็ว
2. ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลการบริจาคโลหิตได้มากขึ้น

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

1. ทดสอบความรู้ของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ จากการประเมินคุณภาพ ความชำนาญของห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (EQA) อย่างต่อเนื่อง

2. พัฒนาคุณภาพของข้อมูลประชาสัมพันธ์การบริจาคโลหิต เก็บข้อมูลจำนวนผู้ผ่านการคัดกรองต่อจำนวนผู้มาบริจาคโลหิตทั้งหมดว่ามีแนวโน้มที่สูงขึ้น

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

1. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการรายงานผลการประเมินคุณภาพ ความชำนาญของห้องปฏิบัติการจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (EQA) ผ่านเกณฑ์ และ/หรือ ดีขึ้น 1 ระดับ
2. อัตราการคัดกรองคุณสมบัติผู้บริจาคโลหิตที่ไม่ผ่านเกณฑ์มีจำนวนลดลง

สรุป

1. เจ้าหน้าที่รายงานผลการตรวจวิเคราะห์ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีคะแนนประเมินคุณภาพ ความชำนาญผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (คะแนนเฉลี่ย >3)

ตารางที่1 แสดงผลการประเมินคุณภาพ ความชำนาญกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

สาขา	EQA 2/67	EQA 3/67	EQA 1/68
Microbiology	3.50 (ผ่าน)	4.00 (ผ่าน)	3.67 (ผ่าน)
Microscopy	3.71 (ผ่าน)	3.95 (ผ่าน)	3.95(ผ่าน)
สาขา	**EQA 1/67**	**EQA 2/67**	**EQA 3/67**
Hematology	3.60 (ผ่าน)	3.30 (ผ่าน)	3.60 (ผ่าน)

ที่มา: แบบรายงานผลการประเมินคุณภาพ ความชำนาญกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2567-2568

2. อัตราการคัดกรองคุณสมบัติของผู้บริจาคโลหิตที่ไม่ผ่านเกณฑ์ลดลง

ตารางที่ 2 รายงานจำนวนผู้บริจาคโลหิต ณ อ.เวียงป่าเป้า จ.เชียงราย 25 มิถุนายน 2568

ผู้บริจาค	จำนวน
บริจาคได้	174
ไม่ผ่านการคัดกรอง	48
รวม	222

ที่มา: งานการกิจพิเศษ VIP กลุ่มงานพยาบาล รพ. เชียงรายประชานุเคราะห์

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

จากเว็บไซต์ สื่อความรู้ออนไลน์ https://sites.google.com/view/wpplab/Home

ทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลเวียงป่าเป้าสามารถรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ได้อย่างถูกต้อง แม่นยำมากขึ้น มีผลการประเมินคุณภาพ และความชำนาญของห้องปฏิบัติการจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ดีขึ้น ผลการตรวจวิเคราะห์ถูกต้อง รวดเร็ว ซึ่งมีผลต่อการรักษาผู้ป่วยโดยตรงเมื่อแพทย์นำผลการตรวจวิเคราะห์ไปใช้เพื่อวินิจฉัย ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้น อีกทั้งยังต้องศึกษาเกี่ยวกับความรู้เชิงวิชาการใหม่ๆ ที่ท้าทายเพื่อให้สอดคล้องกับพยาธิสภาพต่างๆ ที่ซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบัน และหวังว่าการประชาสัมพันธ์การบริจาคโลหิตจะทำให้ผู้ผ่านการคัดกรองต่อจำนวนผู้มาบริจาคโลหิตมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ และในส่วนของโปรแกรมสื่อออนไลน์ ต้องมีการพัฒนาคุณภาพของข้อมูลให้ทันสมัย น่าสนใจ มีระบบเข้ารหัสของสมาชิกที่สามารถใช้ได้หลายผู้ใช้งาน และมีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ซึ่งการนำสื่อออนไลน์มาใช้ภายในห้องปฏิบัติการ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเพิ่มพูนทักษะวิชาการในการตรวจวิเคราะห์เป็นไปในมาตรฐานเดียวกัน เข้าสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และพัฒนาวิชาชีพในระดับที่สูงขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ภาณุทรรศน์ กฤชเพชรรัตน์. ตำราโลหิตวิทยา ตอนที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไทยดิจิตอลปริ้น; 2561.
2. ภาณุทรรศน์ กฤชเพชรรัตน์. ตำราโลหิตวิทยา ตอนที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไทยดิจิตอลปริ้น; 2561.
3. สุนันท์ จำรูญ, นิภา สุวรรณเวลา และ กุล โบราณินทร์. เซลล์เม็ดเลือด : แนวทางการวินิจฉัยโรคจากสเมียร์เลือด. นนทบุรี: กองมาตรฐานชันสูตรสาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์; 2538.
4. สุทธิพรรณ กิจเจริญ, นพมาศ เข็มทองหลาง. ภาพสีตะกอนปัสสาวะ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2562.
5. ประยงค์ ระดมยศ และ คณะ. Atlas of medical parasitology. พิมพ์ครั้งที่ 11(2). นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2560.
6. วรศักดิ์ สุทาชัย, อดุลย์ศักดิ์ วิจิตร. การตรวจวินิจฉัยโรคหนอนพยาธิภายใต้กล้องจุลทรรศน์ ไข่พยาธิตัวอ่อน และสิ่งแปลกปลอมในอุจจาระคน. นนทบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
7. สมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย. สมุดภาพอ้างอิงทางเทคนิคการแพทย์ เล่มที่1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ พี เอส เซอร์วิสเซ็นเตอร์; (ม.ป.ป.).
8. สมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย. สมุดภาพอ้างอิงทางเทคนิคการแพทย์ เล่มที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ พี เอส เซอร์วิสเซ็นเตอร์; 2555.
9. บุญช่วย เอี่ยมโภคลาภ และ คณะ. การวินิจฉัยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสทางห้องปฏิบัติการ.พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
10. American society of hematology [Internet]. Available from: https://imagebank.hematology.org/atlas-images

วิกฤติสร้างโอกาสพัฒนา

[1]ดวงดาว เตชะนันท์ ,[2]รังสิงมันตุ์ ฉันทะ และทีมนำทางคลินิก
[1,2]กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า

บทนำ

ในปี 2566 โรงพยาบาลมีวิกฤติการเงินระดับ 5 ผู้บริหารมีนโยบายลดค่าใช้จ่าย เพิ่มรายได้ เพื่อความอยู่รอดขององค์กร ในส่วนกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้กลับมาวิเคราะห์ข้อมูลรายรับ-รายจ่าย ย้อนหลังเพื่อหาจุดพัฒนาการเพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย พบว่าการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการบางรายการเป็นการสั่งที่ไม่สมเหตุสมผล เช่นสั่งเกินมาตรฐานการรักษารายโรค สั่งไม่ครบตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย จึงมีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และเลือกกลุ่มศึกษาอย่างเป็นระบบ จนได้กลุ่มผู้ป่วยที่เลือกมาบริหารจัดการเชิงระบบในปี 2566 คือกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปี 2567กลุ่มผู้ป่วยไทรอยด์ จนเกิดเป็นแนวทางการออกแบบระบบการบริการตั้งแต่การออกแบบใบสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการรายโรคกลุ่มผู้ป่วยติดต่อไม่เรื้อรังและกลุ่มผู้ป่วยไทรอยด์ ขึ้นใช้โดยอ้างอิงแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการนำระบบการตรวจสอบทางสารสนเทศและการตรวจสอบโดย case manager รายโรค ตรวจสอบล่วงหน้าก่อนการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลที่ได้รับพบว่าในปี2567 สามารถลดรายจ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานลดลง 225,787 .00 บาท ในปี 2568 ลดค่าใช้จ่ายการตรวจ FreeT3 ในกลุ่มผู้ป่วย Hypothyroid ลงรายละ 80 บาท และเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรองเบาหวานและตรวจ Hb.A1C ทำให้รายรับจากการชดเชยการดูแลรักษาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้น

เป้าหมาย/วัตถุประสงค์

พัฒนาระบบการให้บริการรายโรคอย่างสมเหตุสมผลมีมาตรฐาน ลดรายจ่าย เพิ่มรายได้

ระยะเวลาพัฒนา

1 กันยายน 2566 –1พฤศจิกายน 2567

วิธีการพัฒนา

1. วิเคราะห์ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ 3 ปีย้อนหลัง
2. ออกแบบระบบบริการทางห้องปฏิบัติการ สำหรับผู้ป่วยแต่ละรายโรคตามมาตรฐานอ้างอิงการดูแลผู้ป่วย
3. สื่อสารระบบบริการผ่านทีมสหวิชาชีพผ่านกรรมการ PCT
4. ออกแบบระบบสารสนเทศเพื่อติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง

ตัววัดความสำเร็จที่สำคัญ

1. อัตรากลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการตรวจ Renal profile ลดลง
2 อัตรากลุ่มผู้ป่วย HypoThyroid ที่รับยา และมีการสั่ง FT3มีการส่งตรวจ TFT ลดลง
3.ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ Hb. A1C ปีละ 1 ครั้ง

ผลการดำเนินงาน หรือการประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

ลดค่าใช้จ่าย และเพิ่มรายได้จากเบิกชดเชยการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมเพิ่มขึ้นตามมาตรฐาน

1.ติดตามมูลค่าค่าใช้จ่ายก่อนและหลังออกแบบระบบในกลุ่มผู้ป่วย NCD

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน	มูลค่าย้อนหลัง 3 ปี			**หลังออกแบบระบบ**	ผลต่างค่าใช้จ่ายปี 2566-2567	หมายเหตุ
	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ค่าใช้จ่ายลดลง(บาท)	
Glucose strip	-	292,281.75	297,540.00	423,225.00	-125,685.00	เพิ่มประสิทธิภาพการตรวจคัดกรองเบาหวานในชุมชน
glucose	89,399.18	106,704.00	102,677.90	124,636.20	-21958.30	เพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรอง เบาหวานรายใหม่
BUN	129,562.25	151,287.50	171,465.00	155,015.00	16,904.52	ลดค่าใช้จ่ายตรวจ renal profile
Creatinine	258,580.20	294,302.52	368,508.16	299,603.64	68,904.52	ลดค่าใช้จ่ายการตรวจซ้ำซ้อน
Cholesterol	165,039.00	157,521.00	193,672.50	155,610.00	38,062.50	ลดค่าใช้จ่ายการตรวจซ้ำซ้อน
Triglyceride	188,616.00	181,344.00	213,924.00	178,032.00	35,892.00	ลดค่าใช้จ่ายการตรวจซ้ำซ้อน
D-LDL	19,440.00	52,164.00	54,561.60	41,536.80	13,024.80	ลดค่าใช้จ่ายการตรวจซ้ำซ้อน
HDL	467,775.00	402,948.00	519,403.50	465,948.00	53,455.50	ลดค่าใช้จ่ายการตรวจซ้ำซ้อน
HbA1C	427,500.00	351,025.00	472,055.00	492,055.00	-21,945.00	เพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจ Hb.A1C ในการตรวจประจำปี

2.ติดตามตามตัวชี้วัดที่กำหนดในปี 2568

ตัวชี้วัด	ผลติดตามตัวชี้วัด			หมายเหตุ
	ก่อนออกแบบระบบ		หลังออกแบบระบบ	
	ปี2566	ปี2567	ปี2568(ครึ่งปีแรก)	
อัตรากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ Renal profile ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 30	29.5 % (1139/3864)	32.9 % (1310/3978)	23.1% (929/4017)	ลดค่าใช้จ่ายในการตรวจ BUN เกินมาตรฐานการดูแล รายละ 7.50 บาท
อัตรากลุ่มผู้ป่วย HypoThyroid ที่รับยาและมีการสั่ง FT3มีการส่งตรวจ TFT ลดลงน้อยกว่าร้อยละ30	35 .0% 70/200	40.0 % 89/218	23.5 % 47/200	ลดค่าใช้จ่ายในการตรวจ FT3 เกินมาตรฐานการตรวจติดตาม รายละ 80 บาท
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ Hb. A1C ปีละ 1 ครั้ง,มากกว่าร้อยละ 70	92.6 % 3580/3864	93.9 % 3737/3978	93.4 % 3724/3987	เพิ่มประสิทธิภาพการติดตามผู้ป่วยตรวจ Hb.A1C เพิ่มขึ้นและเพิ่มรายได้รายละ 150 บาท

บทเรียนที่ได้รับ

การออกแบบระบบให้บริการโดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ และนำมาตรฐานมาเป็นเครื่องมืออ้างอิงในการสื่อสาร ทำให้ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องยอมรับและเข้าใจง่ายในการปฏิบัติ จากการออกแบบในสั่งตรวจรายโรค ทำให้ง่ายต่อการสั่งตรวจที่ครบถ้วน และไม่มากเกินความจำเป็นทำให้เกิดนวัตกรรมใหม่ๆในการตรวจจับ ตรวจสอบข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ จนเกิดผลในเรื่องการลดรายจ่าย เพิ่มรายได้อย่างมีนัยสำคัญ จนขยายนำมาใช้ในกลุ่มโรคอื่นๆเพิ่มขึ้นดังนี้ คือ กลุ่มผู้ป่วยARV กลุ่มผู้ป่วย sepsis จนเกิดการพัฒนาตัวชี้วัดตามนโยบาย RLU ในปี 2567

โปรแกรมบูรณาการเพื่อเสริมพลังใจ ลดการตีตรา เพิ่มคุณภาพการรักษาในผู้ติดเชื้อ HIV โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

[1]สุรัสวดี เกาฎีระ, [2]คัคนัมพร สอนแก้ว
[1,2]โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

บทนำ

โรคติดเชื้อเอชไอวี (HIV) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก แม้ว่าปัจจุบันผู้อยู่ร่วมเชื้อเอชไอวีจะสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสได้มากขึ้นและมีผลการรักษาที่ดี จากประสบการณ์การดูแลผู้อยู่ร่วมเชื้อเอชไอวี ในคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย พบว่าแม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสามารถเข้าถึงการรักษาได้ แต่ยังมีผู้ป่วยบางกลุ่มที่มีพฤติกรรมการกินยาไม่ต่อเนื่อง ขาดนัด และมีระดับไวรัสในกระแสเลือดที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยเกิดโรคฉวยโอกาสและเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ในระดับประเทศทบทวนข้อมูลเชิงลึก พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว คือ ภาวะซึมเศร้า การตีตราตนเอง (Self-stigma) และในบางกรณีพบการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ปัญหาเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่ยากต่อการจัดการ หากใช้เพียงการให้คำแนะนำด้านยาเพียงอย่างเดียว กรมควบคุมกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการพัฒนาการดำเนินงาน SRP & Other treatment and Care Intervention ในระบบบริการ (โปรแกรม SRP-3X4) ซึ่งมีการดูแลผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีในมิติต่าง ๆ ทั้งภาวะซึมเศร้า การตีตราตนเอง วินัยการกินยา และการใช้สารเสพติดแบบองค์รวมภายหลังการใช้โปรแกรมดังกล่าว ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าและการตีตราตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ วินัยในการกินยาดีขึ้น และระดับไวรัสในเลือดควบคุมได้มากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างชัดเจน

ดังนั้น โรงพยาบาลแม่สายจึงได้นำรูปแบบจากกรมควบคุม กระทรวงสาธารณสุข มาดำเนินการเป็น “โปรแกรมบูรณาการเพื่อเสริมพลังใจ ลดการตีตรา เพิ่มคุณภาพการรักษาในผู้ติดเชื้อ HIV” โดยบูรณาการแนวคิดจากการให้คำปรึกษาแบบเสริมพลัง การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อสะท้อนความรู้สึก การให้ความรู้ด้านโรคและยา (Treatment Literacy) รวมถึงการประเมินภาวะซึมเศร้า และการให้คำปรึกษาเจาะลึกแบบรายบุคคล (Enhanced Adherence Counseling: EAC)โปรแกรมนี้ถูกออกแบบให้เป็นแนวทางเชิงระบบที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ใช้ทรัพยากรทีมสหวิชาชีพที่มีอยู่ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้อย่างยั่งยืน ทั้งนี้เพื่อเสริมสร้างคุณภาพการดูแลผู้อยู่ร่วมมเชื้อเอชไอวี อย่างรอบด้าน ไม่เพียงด้านร่างกาย แต่รวมถึงจิตใจและสังคมอย่างแท้จริง

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

1 – 31 พฤษภาคม 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

การดำเนินโครงการนวัตกรรม“โปรแกรมบูรณาการเพื่อเสริมพลังใจ ลดการตีตรา เพิ่มคุณภาพการรักษาในผู้ติดเชื้อ HIV โรงพยาบาลแม่สาย” มีการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอนใน 3 ระยะ ดังนี้

◆ ระยะที่ 1: ระยะเริ่มแรก (การสร้างทีม)

1.ประชุมทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร พยาบาลจิตเวช ยาเสพตติด และอาสาสมัคร เพื่อลงความเห็นถึงความจำเป็นในการดำเนินงานแบบองค์รวม

2.ประเมินการตีตราตนเอง ภาวะสุขภาพจิต/ซึมเศร้า การใช้สารเสพติด และวินัยการกินยา เป็นข้อมูลก่อนการใช้นวัตกรรม โดยใช้แบบสอบถาม การตีตราตนเอง TSSS, 2Q/9Q, และแบบวัดวินัยการกินยา ARV ก่อนและหลัง

◆ ระยะที่ 2: ระยะพัฒนา

ใช้โปรแกรม SRP-3X4ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก:

1. Self-Stigma Reduction – จัดกิจกรรมกลุ่มลดการตีตรา
2. Depression Screening– ใช้แบบประเมิน 2Q/9Q/8Q การใช้สารเสพติด
3. ประเมินความพร้อม ความเข้าใจก่อนเริ่มการรักษา(Treatment Literacy: TL)
4. การประเมินความพร้อมในการรักษา (EAC) – ให้คำปรึกษารายกรณีโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ

ชื่อ.....เบอร์โทร.....

แบบประเมินการตีตราตนเอง Thai self-Stigma Scale (TSSS)

แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินความคิดความรู้สึกที่คุณมีต่อตัวเองเกี่ยวข้องกับประสบการณ์และสถานการณ์การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติจากการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีของคุณ ข้อคำถามจึงมีความละเอียดอ่อนต่ออารมณ์ความรู้สึก

ทั้งนี้การตอบแบบประเมินจะช่วยให้คุณได้ทบทวนความคิดความรู้สึกของตนเองและจะนำไปสู่การวางแผนให้การสนับสนุนหรือให้การดูแลที่เหมาะสมกับคุณมากยิ่งขึ้น

ขอให้คุณตอบคำถามให้ครบทั้งแปดข้อ โดยทำเครื่องหมายถูกในช่องที่ตรงกับความคิดความรู้สึกของคุณมากที่สุด

- **ก่อนทำกิจกรรม .....คะแนน**

	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง(4)	เห็นด้วย (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง(1)
1	คนอื่นอาจจะเลิกคบกับฉันถ้ารู้ว่าฉันติดเชื้อเอชไอวี				
2	คนอื่นจะสมน้ำหน้าซ้ำเติมถ้ารู้ว่าฉันติดเชื้อเอชไอวี				
3	ฉันรู้สึกอายที่ฉันติดเชื้อเอชไอวี				
4	ฉันรู้สึกว่าเป็นเวรเป็นกรรมที่ฉันติดเชื้อเอชไอวี				
5	ฉันรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังเนื่องจากฉันติดเชื้อเอชไอวี				
6	ฉันคิดว่าฉันไม่มีอนาคตแล้วเนื่องจากฉันเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี				
7	ฉันทำให้ครอบครัวอับอายเนื่องจากติดเชื้อเอชไอวี				
8	ฉันไม่อยากไปรับบริการสุขภาพ เพราะกลัวคนอื่นจะรู้ว่าฉันติดเชื้อเอชไอวี				

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2และV.3.1

ชื่อ- สกุล คนไข้.....วัน/เดือน/ปี ที่คัดกรอง.....

โรงพยาบาล.....

ผู้ประเมิน.....

<u>คำแนะนำสำหรับผู้คัดกรองอธิบายกับคนไข้</u>

คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับประสบการณ์ของคุณในการใช้ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ แอลกอฮอล์และสารเสพติดชนิดอื่นๆ ภายในสามเดือนที่ผ่านมา สารเหล่านี้อาจจะใช้โดยการสูบ กลืน นัด สูดดม ฉีดหรือกินเป็นยาเม็ดก็ได้ (ยกเว้นกรณีที่แพทย์สั่งเพื่อรักษา) ขอให้คุณให้ข้อมูลตามความเป็นจริง เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษา

1. คำถามเกี่ยวกับการใช้ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณใช้สารต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด	ไม่เคย	1-2 ครั้ง	เดือนละ 1 ครั้ง	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
1.1 ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่ ยาเส้นแบบเคี้ยว ซิการ์ ฯลฯ)	0	2	3	4	6
1.2 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เบียร์ ไวน์ เหล้า) ยาดอง สุราพื้นบ้าน	0	2	3	4	6
รวมคะแนน					

2. ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้<u>ใน 3 เดือนที่ผ่านมา</u> (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ทำเครื่องหมาย √ หน้าคำตอบ

☐ยาบ้า ☐ไอซ์ ☐ยาอี ☐กัญชา ☐กระท่อม ☐สารระเหย ☐เฮโรอีน ☐ฝิ่น อื่นๆ (ระบุ).....

ระบุยาและสารเสพติดหลักที่ใช้และคัดกรองครั้งนี้ คือ..... ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เคย	เพียง 1-2 ครั้ง	เดือนละ 1-3 ครั้ง	สัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง	เกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-7 วัน)
1. คุณใช้.....บ่อยเพียงใด	0	2	3	4	6

แบบบันทึกการใช้ภาพพลิกสำหรับผู้ให้บริการในการให้ความรู้ด้านการดูแลรักษาเอชไอวี
เพื่อส่งเสริมการกินยาอย่างต่อเนื่องและสุขภาพที่ดีสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี Treatment Literacy

วัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนความรู้และติดตามผลการใช้ Treatment literacy (TL) ในการดูแลและรักษาเอชไอวี

ผู้ใช้แบบบันทึก ผู้ที่ใช้ภาพพลิก TL ในการให้ความรู้เรื่องการดูแลและรักษาเอชไอวี

โรงพยาบาล.....**HN** ..... **อายุ** ..... **ปี**

เพศ : ○ ชาย ○ หญิง ○ MSM ○ TG ○ อื่น ๆ ระบุ.....

กรุณาใส่ วันที่ เดือน ปี พ.ศ. ที่ท่านให้ความรู้กับคนไข้เอชไอวี และใส่ เครื่องหมาย √ ในช่องผลลัพธ์ ตามความเป็นจริง

หมวด	ความรู้ที่สำคัญเรื่องเอชไอวี	วัน เดือน ปี ที่ให้ข้อมูล	ผลลัพธ์ ผู้รับบริการจำได้หรือเข้าใจในระดับใด			วคป.ที่ทบทวนข้อมูล/อื่นๆ
			ดีมาก	บางส่วน	จำไม่ได้	
ยาต้านเอชไอวีและการรักษา	*1.รายใหม่ ความสำคัญของการเริ่มยาต้านเอชไอวีโดยเร็วที่สุด					
	*2.รายใหม่ ความแตกต่างของเอชไอวีและเอดส์					
	*3.รายใหม่ ความหมายและประโยชน์ของการตรวจ ซีดี4 (CD4)					
	*4.รายใหม่ ปริมาณไวรัสในเลือด					
	*5.รายใหม่ U=U					
จิตใจ	*6.รายใหม่ การจัดการอารมณ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี					
อาหาร	*7.รายใหม่ โภชนาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี					
	8. วัณโรค					
	9. วัณโรคระยะแฝง					

แบบคัดกรอง/ประเมินโรคซึมเศร้า และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (2Q 9Q 8Q)

ชื่อ/สกุล ผู้ถูกประเมิน.....วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน.....

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)

ข้อแนะนำ ถามด้วยภาษาที่สอดคล้องกับท้องถิ่น หรือเหมาะสมกับผู้ถูกสัมภาษณ์ ควรถามให้ได้คำตอบที่ตรงข้อ ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม และให้ผู้ประเมินกาเครื่องหมาย " √ " ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับบริการ

คำถาม	เครื่องมือการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2Q	มี	ไม่มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ "ท่านรู้สึก หดหู่เศร้าหรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่"		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ "ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรไม่ค่อยเพลิดเพลินหรือไม่"		

- ถ้าคำตอบ "ไม่มี" ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
- ถ้าคำตอบ "มี" ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง <u>เป็นผู้มีความเสี่ยง</u> หรือ<u>มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า</u> ให้ประเมินต่อด้วย<u>แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)</u>

แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

ข้อแนะนำ ถามด้วยภาษาที่สอดคล้องกับท้องถิ่น หรือเหมาะสมกับผู้ถูกสัมภาษณ์ ควรถามให้ได้คำตอบที่ตรงข้อ ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ จากนั้นรวมคะแนนแล้วบันทึกลงตารางแบบฟอร์ม พร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือการดูแลรักษาในขั้นตอนต่อไป<u>ขนาดยา</u> เน้นการถามเพื่อค้นหาอาการที่มีใน<u>ตาราง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา</u>

ลำดับ	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย >7 วัน	เป็นทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยากหรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดช้า ทำอะไรช้าลง จนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
	รวม				

<u>ขนาดยา</u> - กรณีคะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถามต่อ
- กรณีคะแนน 9Q ≥13 ให้พิจารณาส่งพบจิตแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

☐ 0-6 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐7-12 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย☐ 13-18 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง☐≥19 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2และV.3.1

กลุ่มผู้ป่วย	แนวทางการช่วยเหลือ
ผู้ใช้	• การให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ (Health Education & Promotion) • การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) และหรือ การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI) จำนวน 1 - 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ • การช่วยเหลือของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน • การบำบัดโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี) หมายเหตุ : กลุ่มผู้ใช้ไม่ต้องบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูล บสต.
ผู้เสพ	• ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 9 วัน/วัดเป็นศูนย์ส่งเคราะห์/มัสยิดเป็นศูนย์ส่งเคราะห์ (1 เดือน) • การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing :MI) (Motivational Enchantment Therapy :MET) 1 – 2 เดือน • การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) 1-2 เดือน • จิตสังคมบำบัด ได้แก่ Modified MATRIX, จิตสังคมบำบัดในโรงเรียน, จิตสังคมบำบัดในรพ.สต. คลินิกใกล้ใจ ในชุมชน (1-2 เดือน) • ± การรักษาด้วยยา (Medication) • การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)
ผู้ติด	• การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จิตสังคมบำบัด เช่น Modified Matrix, MATRIX Program (4 เดือน) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) 2-4 เดือน, การบ าบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) 2-4 เดือน, ครอบครัวบ าบัด 2-4 เดือน, จิตบ าบัดแนวซาเทียร์ (Satir Model) 2-4 เดือน • การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ การบำบัดฟื้นฟูรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community : TC), การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) 4 เดือน -1 ปี • ± การรักษาด้วยยา (Medication)

แบบบันทึกติดตาม และวางแผนการกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ (EAC form)
สำหรับคนใช้รายใหม่ คนใช้ที่วินัยการกินยาต่ำกว่า 95%
คนใช้ที่มีระดับไวรัสในเลือดมากกว่า ≥ 50 copies/ml
คนใช้ขาดนัดหรือมีความเสี่ยงในการขาดนัด

ข้อมูลผู้รับบริการ			
หมายเลขผู้ป่วย* (HN).....	วว/ดด/ปปปป* (เกิด)	อายุ* (ปี)	เพศ*: ☐ 1.ชาย ☐ 2.หญิง ☐ 3.MSM ☐ 4.TG
เชื้อชาติ* ☐ 1.ไทย	☐ 2.ต่างด้าว		
สถานะสมรส ☐ 1.โสด	☐ 2.สมรส	☐ 3.มีคู่ไม่ได้สมรส	☐ 4.หม้าย/หย่าร้าง
รายได้ครอบครัวต่อเดือน ☐ <10,000 บาท	☐ 10,000-30,000 บาท	☐ >30,000 บาท	
ระดับการศึกษา ☐ 1.ต่ำกว่าประถมศึกษา ☐ 2.ประถมศึกษา ☐ 3.มัธยมต้น ☐ 4.มัธยมปลาย ☐ 5.ปริญญาตรี ☐ 6.สูงกว่าปริญญาตรี			
วดป ที่วินิจฉัย การติดเชื้อเอชไอวี : วว/ดด/ปปปป*.....			
ประเภทผู้รับบริการ* ☐ 1.ผู้ป่วยรายใหม่เริ่มยาต้านไวรัส (ภายในปีแรก/12 เดือน)		☐ 2.ผู้ป่วยรายเก่ารับยาต้านไวรัสต่อเนื่อง	
อาการเจ็บป่วยของคนใช้ในครั้งนี้ ตาม WHO clinical staging (ตอบข้อเดียว)*			
☐ 1.ไม่มีอาการเจ็บป่วย			
☐ 2.มีอาการเล็กน้อย เช่น ป่วยเป็นหวัดบ่อย น้ำหนักลดน้อยกว่า 10% มีผื่น PPE เป็นต้น			
☐ 3.น้ำหนักลดมากกว่า 10% มีอาการเจ็บป่วย มีไข้ มีเชื้อราในปาก ติดเชื้อตามระบบต่าง ๆ ท้องเสียเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน			
☐ 4.เป็นโรคเอดส์			
ปัญหาผู้ป่วยในครั้งนี้ คือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)*			
☐ 1.ยังไม่เริ่มยาต้านไวรัส	☐ 4.ดื้อยาต้านไวรัส	☐ 7.อื่นๆ ระบุ.....	
☐ 2.วินัยการกินยาไม่ดี	☐ 5.ขาดนัด		
☐ 3.Viral load สูง ≥ 50 copies/ml	☐ 6.มีความเสี่ยงต่อการขาดนัดสูง		
วันที่เริ่มยา: วว/ดด/ปปปป.....	สูตรยาที่ได้รับปัจจุบัน.....		

◆ ระยะที่ 3: ระยะนำไปใช้จริง (Implementation & Evaluation) โดย

1. ทดลองใช้กับกลุ่มนำร่อง 10 ราย เป็นเวลา 1 เดือน
2. ประเมินผลหลังการใช้นวัตกรรม โดยใช้แบบสอบถาม TSSS, 2Q/9Q, และแบบวัดวินัยการกินยา ARV ก่อนและหลัง
3. วิเคราะห์ผลด้วยสถิติ Paired t-test คะแนน Self-Stigma (TSSS) คะแนน ภาวะซึมเศร้า (9Q) คะแนนวินัยการกินยา

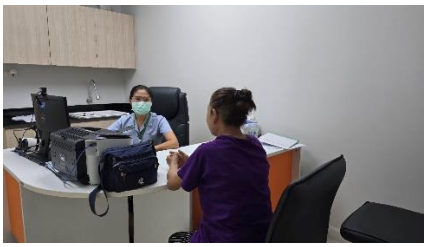
ตัวอย่างการทำกิจกรรม

คัดกรองSRP ซึมเศร้า วินัยการกินยา การใช้สารเสพติด

ให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ให้คำปรึกษารายบุคคล

ส่งต่อจิตเวชหากพบปัญหาซึมเศร้า



ส่งต่องานเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัด

ให้คำปรึกษาคัดกรองรายใหม่ในผู้รับบริการชาวเมียนมาผ่านล่าม

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

ประเมินผลหลังการใช้นวัตกรรม โดยใช้แบบสอบถาม TSSS, 2Q/9Q, และแบบวัดวินัยการกินยาต้านไวรัส ก่อนและหลัง

1. ระดับ self-stigma ลดลง ≥5 คะแนน มากกว่าร้อยละ 80
2. ผู้ที่มีคะแนน 9Q ≥ 7 มีค่าคะแนนลดลงมากกว่าร้อยละ 70
3. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมวินัยการกินยา ARV ดีขึ้น (ตาม pill count / EAC) มากกว่าร้อยละ 90

ตัวชี้วัด

การประเมิน	ก่อนใช้นวัตกรรม (n=10)	หลังใช้นวัตกรรม (n=10)	P value
ประเมินคะแนน Self - stigma			
ระดับต่ำ	2	7	0.012
ระดับกลาง	5	3	
ระดับสูง	3	0	
ประเมินโรคซึมเศร้า (9Q)			
ไม่มี (น้อยกว่า7)	3	8	0.018
ระดับน้อย (7-12)	4	2	
ระดับปานกลาง(13-18)	2	0	
ระดับรุนแรง (≥ 19)	1	0	
ประเมิน Adherence			
ระดับความสอดคล้องต่ำ (น้อยกว่า 6)	3	0	0.007
ระดับความสอดคล้องปานกลาง (6-8)	4	2	
ระดับความสอดคล้องสูง (≥8)	3	8	

สรุป

การวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการใช้นวัตกรรม SRP-3X4

การประเมินผลนวัตกรรมได้ดำเนินการในกลุ่มผู้อยู่ร่วมเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 ราย โดยใช้แบบประเมินที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ TSSS (Self-Stigma Scale), แบบสอบถาม 2Q/9Q สำหรับประเมินภาวะซึมเศร้า, และการประเมินวินัยการกินยา ARV (Adherence) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมบูรณาการ พบว่า

1. Self-Stigma หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ระดับการตีตราตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.012) ผู้ที่เคยอยู่ในระดับ สูง ลดลงจาก 3 ราย เหลือ 0 ราย จำนวนผู้ที่อยู่ในระดับ ต่ำ เพิ่มขึ้นจาก 2 ราย เป็น 7 รายชี้ให้เห็นว่า กิจกรรมกลุ่มและกระบวนการสะท้อนตนเองใน SRP มีประสิทธิภาพในการช่วยผู้ป่วยลดความรู้สึกด้อยคุณค่าหรืออับอายจากสถานะของตนเอง

2. ภาวะซึมเศร้า (9Q) คะแนนภาวะซึมเศร้าก็มีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน (P = 0.018) ผู้ที่เคยอยู่ในระดับ รุนแรง และ ปานกลาง ไม่มีเหลืออยู่เลยหลังจบโปรแกรม ผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนนน้อยกว่า 7) เพิ่มขึ้นจาก 3 ราย เป็น 8 ราย แสดงให้เห็นว่า การบูรณาการกระบวนการเสริมพลังและการคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างเป็นระบบ ส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วย

3. วินัยการกินยา ARV (Adherence) พบว่า มีการปรับตัวดีขึ้นอย่างชัดเจน (P = 0.007) ผู้ที่มีระดับวินัยการกินยา ต่ำ ลดลงจาก 3 ราย เหลือ 0 ราย ผู้ที่มีวินัยการกินยาในระดับ สูง เพิ่มจาก 3 ราย เป็น 8 ราย การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเชิงลึก (Enhanced Adherence Counseling) และการติดตามอย่างใกล้ชิดของทีม สหวิชาชีพ นับเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ส่งผลต่อการกินยาอย่างสม่ำเสมอ

โปรแกรม SRP-3X4 เป็นนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อดูแลผู้อยู่ร่วมเชื้อเอชไอวีอย่างรอบด้าน โดยบูรณาการแนวคิดด้านจิตสังคมกับกระบวนการเสริมพลังผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด หรือมีการตีตราตนเอง ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง
โปรแกรมนี้ดำเนินการผ่าน 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่:

1. SRP: Structured Reflection Process – จัดกิจกรรมกลุ่ม 3 ครั้ง เพื่อเสริมพลัง ลดตีตรา
2. Treatment Literacy (TL) – เพิ่มความรู้ ความเข้าใจโรค HIV และการรักษา
3. Enhanced Adherence Counseling (EAC) – ให้คำปรึกษาเชิงลึกแบบรายบุคคลที่ VL > 20
4. การส่งต่อผู้มีภาวะซึมเศร้า – รับการดูแลจากทีมจิตเวช/คลินิกสุขภาพจิต
   การส่งต่อผู้ที่มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด -รับการดูแลจากทีมยาเสพติด

ใช้กระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ บูรณาการจิตวิทยา ให้พื้นที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเอง

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. ต่อผู้ติดเชื้อ HIV
   - ลดการตีตราตนเอง ⟶ กล้าเปิดเผยสถานะ ⟶ เข้าถึงการดูแลเร็วขึ้น
   - รู้สึกมีคุณค่า กลับมาใส่ใจสุขภาพและอนาคตของตน
   - ลดภาวะซึมเศร้า ⟶ ลดความเสี่ยงการใช้สารเสพติดซ้ำ
   - กินยา ARV ได้สม่ำเสมอมากขึ้น ⟶ VL ลดลงจริง
   - มีความรู้ มีพลังใจดูแลตนเอง ⟶ เพิ่มคุณภาพชีวิต
2. ต่อระบบบริการ
   - ลดอัตราการขาดนัด ⟶ ลดภาระการติดตาม
   - เพิ่มผลสัมฤทธิ์ของระบบ ARV care (VL<50 copies/mL)
   - บุคลากรมีเครื่องมือในการช่วยดูแลแบบองค์รวม
   - สามารถพัฒนาต่อยอดเป็นโมเดลดูแลในระดับเครือข่าย
3. ต่อโรงพยาบาลและชุมชน
   - สร้างภาพลักษณ์ของระบบบริการที่ “ไม่ตีตรา”
   - เชื่อมโยงการทำงานของหน่วยบริการ – ทีมจิตเวช –ยาเสพติด - พื้นที่ชุมชน
   - ต่อยอดเป็นนวัตกรรมร่วมกับระบบสาธารณสุขอำเภอ (DHS)

เอกสารอ้างอิง

1. กรียงไกร ศรีธนวิบุญชัย, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, สุนิศา สุขตระกูล, รังสิมา วิวัฒน์วงศ์วนา, & อรุณรัตน์ ตั้งมั่นคงวรกูล. (2561). การพัฒนาเครื่องมือสำหรับวัดระดับการตีตราตนเองของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี. ทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัยด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (ระหว่างดำเนินการตีพิมพ์เผยแพร่)
2. สุนิศา สุขตระกูล, ปวันปรัชญ์ พละมาตย์, & ไพลิน ดวงมาลา. (2563). การประเมินผลการจัดกิจกรรมโปรแกรมลดการตีตราตนเองในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ติดสารเสพติด; โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา โรงพยาบาลหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี. กรุงเทพฯ: บุ๊คพลัส พับลิชชิ่ง.
3. มั่นคงวรกูล อ. การพัฒนาเครื่องมือสำหรับวัดระดับการตีตราตนเองของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี. ทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัยด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2561. (อยู่ระหว่างดำเนินการตีพิมพ์เผยแพร่)
4. ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ. การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อไม่ทราบวันเดือนปี]. เข้าถึงจาก: http://www.thaidepression.com/www/56/CBTdepression.pdf

“นับคาร์บ station”

กฤษฎา มั่นกุง
กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ หรือ โรค NCDs (Non Communicable Diseases) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ในปี พ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานข้อมูลประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจาก NCDs 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 74 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก โดยโรค NCDs ที่เป็นสาเหตุเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ในจำนวนนี้เป็นผู้เสียชีวิตกลุ่มอายุ 30 - 69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” มากถึง 17 ล้านคน ร้อยละ 84 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง

ประเทศไทยโรค NCDs เป็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลต่อการพัฒนาประเทศอย่างมาก เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของคนไทย ที่ก่อให้เกิดภาระโรคจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ภาวะเจ็บป่วยและทุพพลภาพที่ทำให้ผลิตภาพการทำงานลดลงหรือสูญเสียไปที่ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล โดยพบว่าคนไทยเสียชีวิตจากโรค NCDs 4 โรคหลักดังกล่าวปีละกว่า 400,000 ราย หรือวันละมากกว่า 1,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 81 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ โดยมีการประมาณมูลค่าความสูญเสียเศรษฐกิจไทย ในปี พ.ศ. 2562 สูงถึง 1.6 ล้านล้านบาท หรือ คิดเป็นร้อยละ 9.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) โดยร้อยละ 91 ของความสูญเสียทางเศรษฐกิจ (คิดเป็นมูลค่า 1,495 พันล้านบาท) เป็นค่าใช้จ่ายแฝงที่เกิดจากภาวะขาดงาน การทำงานไม่เต็มความสามารถ การออกจากตลาดแรงงานก่อนวัยอันควร การสูญเสียกำลังผลิต อันเนื่องมาจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ในขณะที่ร้อยละ 9 ของความสูญเสียทางเศรษฐกิจ (มูลค่าประมาณ 139 พันล้านบาทต่อปี) เป็นค่าใช้จ่ายทางตรงในการรักษาพยาบาล นับเป็นรายจ่ายส่วนใหญ่ของระบบสาธารณสุข โรค NCDs มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงหนึ่งปัจจัยหรือร่วมหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยเสี่ยงทางเมตาบอลิก ข้อมูลรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าความชุกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ร่วมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค NCDs มีแนวโน้มสูงขึ้น พบคนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.5 หรือประมาณ 6.5 ล้านคน โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.4 หรือประมาณ 14 ล้านคน ภาวะอ้วน ร้อยละ 42.2 ภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 39.4 ภาวะไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ร้อยละ 23.5 นอกจากนี้พบความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 44.6 สูบบุหรี่ ร้อยละ 18.7 รับประทานเกลือหรือโซเดียมสูงกว่าปริมาณที่องค์การอนามัยโลกแนะนำที่ 2 กรัมต่อวันถึง 2 เท่า คนไทยดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลเฉลี่ย 3 แก้ว (519.3 มิลลิลิตร) ต่อวัน นอกจากนี้พบว่าคนไทยมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร้อยละ 30.9 และรับประทานผักและผลไม้อย่างเพียงพอ ร้อยละ 21.2 ประกอบกับสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตและภาวะมลพิษทางอากาศที่คนไทยต้องเผชิญในปัจจุบันจะนำไปสู่การเป็นผู้ป่วยโรค NCDs เพิ่มขึ้นอีกจำนวนมากในอนาคต

ทั้งนี้จังหวัดเชียงราย ในปีงบประมาณ 2567 มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.21 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.44 และอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 0.43 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักรู้ รู้เท่าทันและค่านิยมในการป้องกันควบคุมโรค NCDs จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยใช้ข้อมูลที่เป็นจริงเพื่อเป็นแรงขับเคลื่อนในการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของแต่ละรายบุคคล ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองเพื่อลดความรุนแรงและความเสี่ยงของโรค รวมถึงลดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้

วัตถุประสงค์การศึกษา

1 เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเกณฑ์ ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค

2 เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยที่มี BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 25 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

เดือนธันวาคม 2567 ถึง เดือนมิถุนายน 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

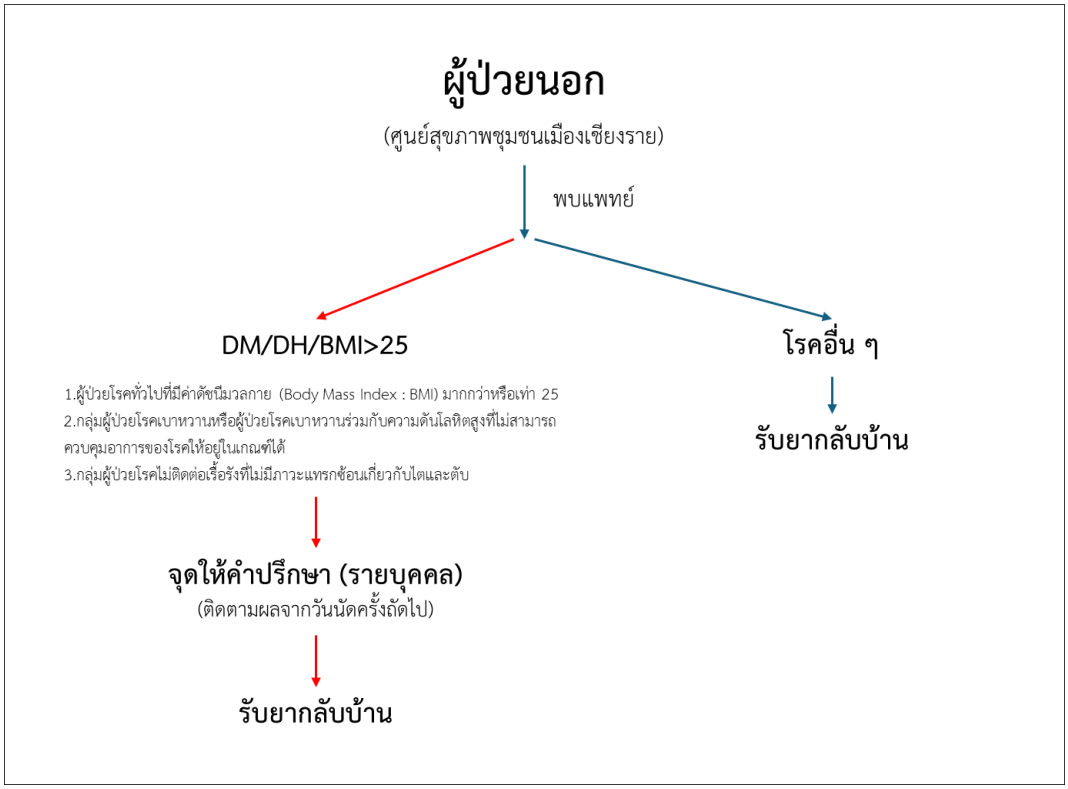
ระยะเริ่มแรก

ประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการกำหนดหลักเกณฑ์ของผู้ป่วยของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองเชียงราย โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ที่ต้องได้รับคำแนะนำเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเน้นการนับคาร์บ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบท วิถีชีวิตของแต่ละรายบุคคล ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคทั่วไปที่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) มากกว่าหรือเท่า 25
2. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคให้อยู่ในเกณฑ์ได้
3. กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับไตและตับ

ให้บริการในวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 08.00 – 12.00 น. โดยมีนักสาธารณสุข/นักวิชาการสาธารณสุข/นักโภชนาการ เป็นผู้ให้คำแนะนำเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

แผนผังการให้บริการ



ระยะพัฒนา

พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคล โดยมีจุดในการให้คำปรึกษาแนะนำ “นับคาร์บ Station” เป็นจุดในการให้คำปรึกษารายบุคคล และมีการจัดเก็บข้อมูลผ่านโปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลเพื่อการติดตามประเมินผลภายหลังการให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ระยะนำไปใช้

- นักสาธารณสุข/นักวิชาการสาธารณสุข/นักโภชนาการ บริการให้คำปรึกษาแนะนำ จุด “นับคาร์บ station” ให้กลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กำหนด ช่วงวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.00 -12.00 น.
- บันทึกข้อมูลในโปรแกรมการจัดเก็บข้อมูล “นับคาร์บ Station”
- ติดตามประเมินผลหลังการให้คำปรึกษาฯ 6 เดือน

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

- ตรวจสอบความตรง ความเหมาะสมของเนื้อหาในการให้คำแนะนำโดยทีมงานสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- นำไปทดลองใช้ในการให้คำแนะนำกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพื้นที่ 33 ชุมชนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเชียงรายฯ ที่มารับการรักษาที่อาคารคลินิกหมอครอบครัว รพ.เชียงรายฯ
- ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายหลังการให้คำแนะนำฯ

ตัวชี้วัด

ผู้ป่วยที่เข้ารับคำแนะนำ จำนวน 264 ราย แบ่งเป็น กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง จำนวน 249 ราย (คิดเป็นร้อยละ 94.32) ผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) มากกว่าหรือเท่า 25 จำนวน 15 ราย (คิดเป็นร้อยละ 5.68)

ผลการติดตามภายหลังการได้รับคำแนะนำ พบว่า

1. ผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 249 ราย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเกณฑ์ จำนวน 113 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.38
2. ผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) มากกว่าหรือเท่า 25 จำนวน 15 รายสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองทำให้น้ำหนักและ/หรือรอบเอวลดลง 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.67

สรุป

การดำเนินงานการให้คำแนะนำเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล โดยใช้ข้อมูลที่เป็นจริงเพื่อเป็นแรงขับเคลื่อนในการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของแต่ละรายบุคคล ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) รวมถึงลดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ โดยพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 45.38 และผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) มากกว่าหรือเท่า 25 สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองทำให้น้ำหนักและ/หรือรอบเอวลดลง ร้อยละ 26.67

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการให้คำแนะนำรายบุคคลเพื่อการวางแผนการกินอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตกลุ่มแป้ง น้ำตาลให้ตรงกับบริบท วิถีชีวิต ความเป็นอยู่ โดยให้ผู้ป่วยรับทราบปริมาณความต้องการของตนเองสำหรับ กลุ่มอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเป็นสิ่งสำคัญ ส่งผลให้ผู้ป่วยยอมรับ เข้าใจ มีการจัดการตนเองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล เพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต้องอาศัยการเข้าถึง เข้าใจ เรื่องโรคและการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในการนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ที่สำคัญต้องมีการติดตามประเมินผลภายหลังการให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. มีจุดบริการให้คำปรึกษาและรูปแบบการให้คำปรึกษาที่เฉพาะและเหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง
2. กลุ่มเป้าหมายสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเกณฑ์ลดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค
3. ผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) มากกว่าหรือเท่า 25 สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง และไม่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้เป็นเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (REMISSION SERVICE). นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566-2570). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพอักษรกราฟฟตแอนดดีไซด์; 2567.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. (2568) ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). [อินเตอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2568. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/cri/public/standard-subcatalog/6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11.

การพัฒนาระบบการส่งตรวจ CD4 count และ HIV Viral load ในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV

ชนากานต์ คนขยัน
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลแม่สาย

บทนำ

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลแม่สาย ให้บริการตรวจวิเคราะห์ต่างๆ รวมถึงการส่งตัวอย่างส่งตรวจไปยังโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เช่น การส่งตรวจ CD4 count และ HIV Viral load ในผู้ป่วย ติดเชื้อ HIV ซึ่งพบปัญหา คือ การส่งตรวจ CD4 count และ HIV Viral load ในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ไม่ครบถ้วน จากการใช้แบบฟอร์มการส่งตรวจแบบกระดาษที่มีรายชื่อผู้ป่วยนัดตามกลุ่มต่างๆ และพบปัญหาการส่งตรวจ เช่น ผู้ป่วยไม่มาตามนัด มีผลให้ต้องตรวจสอบรายชื่อกับสิ่งส่งตรวจที่ได้รับในแต่ละราย รายละเอียดต่างๆ ที่ไม่เป็นปัจจุบัน เช่น เลข NAP ของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง ข้อมูลไม่ถูกต้อง มีขั้นตอนการรวบรวมรายชื่อที่ยุ่งยาก เกิดความล่าช้า จึงได้พัฒนาระบบการส่งตรวจ CD4 count และ HIV Viral load ในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV โดยจัดทำแบบฟอร์มการส่งตรวจ CD4 count และ HIV Viral load ในรูปแบบ Electronic file โดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel ซึ่งมีฐานข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยในกลุ่มติดเชื้อ HIV เช่น ชื่อ-นามสกุล HN และ NAP No. ที่จะช่วยในการจัดเตรียมรายชื่อและรายละเอียดต่างๆ ในการส่งตรวจ CD4 count และ HIV Viral load ไปยังโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็วยิ่งขึ้น

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

1 กันยายน พ.ศ.2566 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2567

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก 1 กันยายน พ.ศ.2566 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2566
ระยะพัฒนา 1 กันยายน พ.ศ.2566 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2566
ระยะนำไปใช้ 1 ตุลาคม พ.ศ.2566 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2567

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

หลังการพัฒนาระบบการส่งตรวจ CD4 count และ HIV Viral load ในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV และทดสอบประสิทธิภาพการใช้งานนวัตกรรมนี้ พบว่า ข้อมูลการส่งตรวจ CD4 count และ HIV Viral load ครบถ้วน ถูกต้อง และใช้ระยะเวลาในการเตรียมส่งตรวจที่น้อยลง

Flow กระบวนการทำงานเดิม

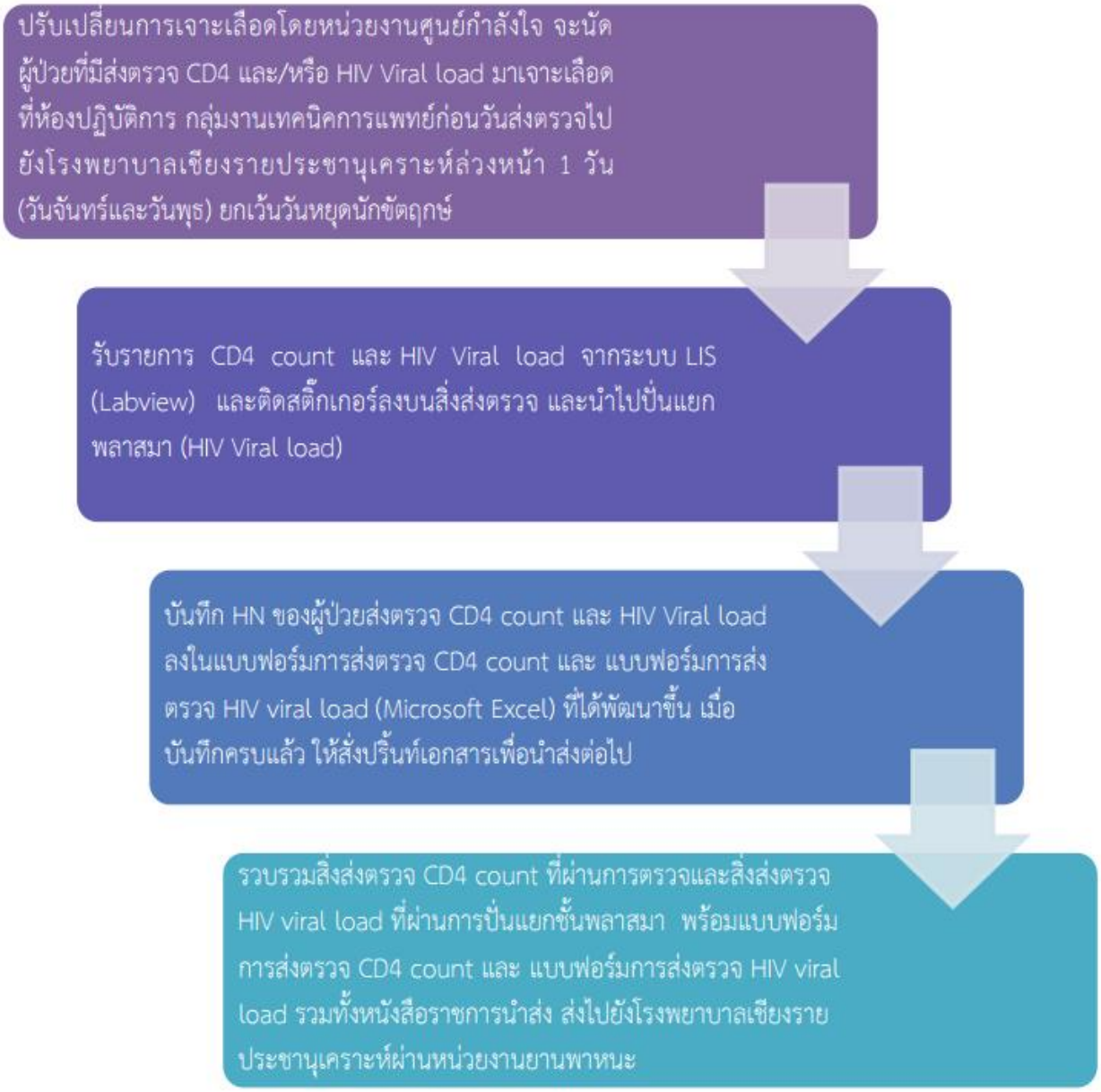
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้รับสิ่งส่งตรวจ CD4 count และ HIV Viral load จาก หน่วยงานศูนย์กำลังใจ เวลา 09.00 - 11.00 น.

รับรายการ CD4 count และ HIV Viral load จากระบบ LIS (Labview) และติดสติ๊กเกอร์ลงบนสิ่งส่งตรวจ และนำไปปั่นแยกพลาสมา (HIV Viral load)

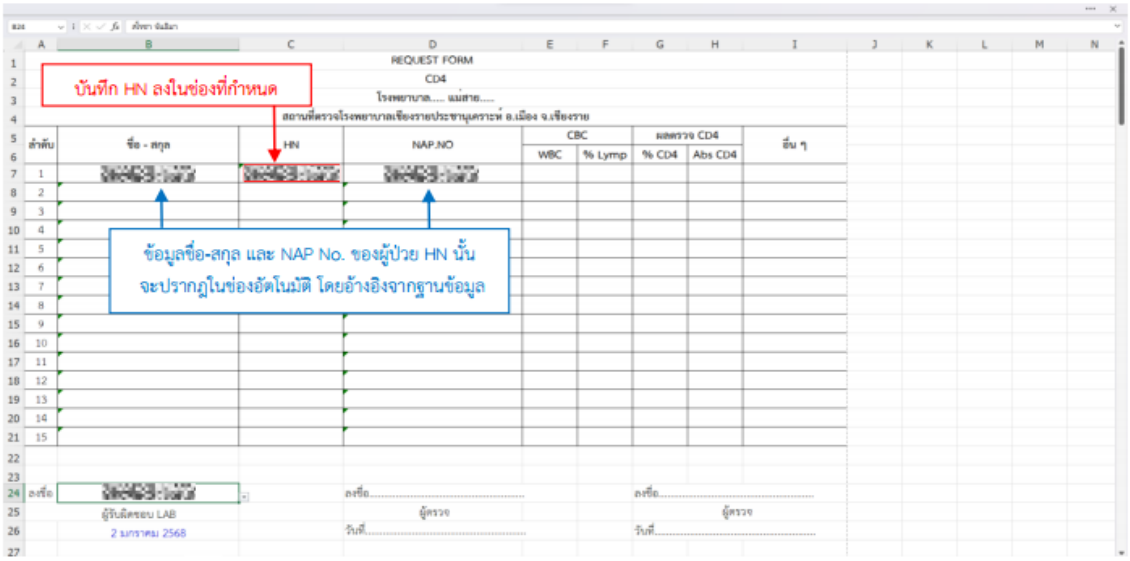
ตรวจสอบชื่อผู้ป่วยจากสิ่งส่งตรวจกับกระดาษแบบฟอร์มที่มีรายชื่อผู้ป่วยตามนัดหมาย หากรายชื่อใดที่ไม่มีตรงกับสิ่งส่งตรวจให้ขีดฆ่าชื่อนั้นๆ และหากมีรายชื่อเพิ่มเติมให้เขียนบันทึกเพิ่มในแบบฟอร์ม เมื่อสิ่งส่งตรวจส่งมาครบแล้ว ให้ตรวจสอบจำนวนสิ่งส่งตรวจทั้งหมดทั้งจากรายชื่อและจำนวนสิ่งส่งตรวจบนกระดาษและจำนวนสิ่งส่งตรวจ

รวบรวมสิ่งส่งตรวจที่ผ่านการตรวจและผ่านการปั่นแยกชั้นพลาสมา พร้อมแบบฟอร์มการส่งตรวจ CD4 count และ แบบฟอร์มการส่งตรวจ HIV viral load รวมทั้งหนังสือราชการนำส่ง ส่งไปยังโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ผ่านหน่วยงานยานพาหนะ

Flow กระบวนการทำงานใหม่



ตัวอย่างแบบฟอร์มการส่งตรวจ CD4 count ที่พัฒนาขึ้น โดยใช้ Microsoft excel



ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

จากตารางพบว่า หลังการพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของระบบการส่งตรวจ CD4 count และ HIV Viral load ในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ทำให้มีการส่งตรวจ CD4 count และ HIV Viral load ที่ครบถ้วน ถูกต้อง และลดระยะเวลาในการเตรียมส่งตรวจ โดยมีตัวชี้วัด ดังตารางต่อไปนี้

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนพัฒนา ปีงบประมาณ 2566	หลังพัฒนา ปีงบประมาณ 2567
อุบัติการณ์การส่งตรวจ CD4 count และ HIV Viral load ในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง	0	2	0
ระยะเวลาในการเตรียมส่งตรวจ	-	180 นาที	40 นาที

สรุป

การพัฒนาระบบการส่งตรวจ CD4 count และ HIV Viral load ในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV โดยจัดทำแบบฟอร์มการส่งตรวจ CD4 count และ HIV Viral load ในรูปแบบ Electronic file นั้น สามารถช่วยในการจัดเตรียมส่งตรวจ CD4 count และ HIV Viral load ไปยังโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็วยิ่งขึ้น

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

หลังจากการพัฒนาระบบการส่งตรวจ CD4 count และ HIV Viral load ในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV บุคลากรสามารถจัดเตรียมสิ่งส่งตรวจได้ถูกต้อง ครบถ้วน ใช้ระยะเวลาในการเตรียมส่งตรวจที่น้อยลง ช่วยลดภาระงานและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานอันเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพได้ดียิ่งขึ้น

ส่องตาเบาหวาน มาตรฐานการดูแล

สุวรี ยามี
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

บทนำ

โรคเบาหวานขึ้นจอตา (diabetic retinopathy: DR) เป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่พบได้บ่อย ในปี 2564 ทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตา 93 ล้านราย (ร้อยละ34.6) จากผู้ป่วยโรคเบาหวาน 415 ล้านราย และสูญเสียการมองเห็น 28 ล้านราย (ร้อยละ10.2) คาดว่าในปี 2583 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะเพิ่มขึ้นกว่า 642 ล้านคน 1 สำหรับประเทศไทยในปี 2557 พบผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตา 1.5 ล้าน ราย (ร้อยละ31.4) จากผู้ป่วยโรคเบาหวาน 4.8 ล้านราย ทำให้สูญเสียการมองเห็นร้อยละ 2 สายตาเลือนรางร้อยละ10 และในปี 2583 คาดว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 5.3 ล้านราย[1] ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคเบาหวานขึ้นจอตา คือไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือด และระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคเบาหวาน รวมทั้งปัจจัยเสริมได้แก่ การไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในระดับใกล้เคียงปกติส่งผลให้ผนังหลอดเลือดที่จอตา ขาดความยืดหยุ่น ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดฝอยในจอประสาทตา ทำให้จอประสาทตาบวม ขาดออกซิเจน หากปล่อยไว้จะมีเลือดออกในจอประสาทตาและวุ้นลูกตา อาจทำให้จอประสาทตาลอกและตาบอดได้ ซึ่งพยาธิสภาพและกลไกการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ลักษณะค่อยเป็นค่อยไปทำให้ผู้ที่เป็นเบาหวาน และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จะมีอาการจอประสาทตาเสื่อมลง อย่างช้าๆ ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ จะไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตทันที แต่ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง จากการตาบอด สูญเสียการมองเห็น[2,3]

จากสถิติโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ในปี พ.ศ 2567 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่ตามากถึงร้อยละ 23.32[4] พบผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานเข้าตาระยะรุนแรงเป็นระยะมีหลอดเลือดผิดปกติที่จอตา (Periferative Diabetic Retinopathy: PDR) ที่ต้องพบจักษุแพทย์ จำนวน 7 ราย และ พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานที่พบภาวะเบาหวานเข้าตาแต่อยู่ในระยะแรก ถึงแม้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวยังไม่ต้องรับการรักษา ทางตาแต่ต้องมารับการตรวจตาสม่ำเสมอ จากการวิเคราะห์ปัญหาที่ผ่านมาพบผู้ป่วยที่ไม่เคยเข้ารับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่ตา ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะรับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากพยาบาลประจำหน่วยบริการ ยังพบว่าการให้ความรู้และคำแนะนำไม่ครอบคลุมในเรื่องของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา เห็นได้จากอัตราการคัดกรองจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานในปี พ.ศ 2567 เท่ากับร้อยละ 45.57[5] ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 60) ยังมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวนหนึ่งที่ไม่ทราบต้องเข้ารับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตาอย่างน้อยปีละครั้ง จากเดิมผู้ป่วยจะได้รับการถ่ายภาพจอประสาทตา และหลังจากนั่นส่งให้จักษุแพทย์อ่านผลกำหนดระยะเวลา 2 เดือน หากมีความผิดปกติจะมีการประสานให้ผู้ป่วยเข้ามารับการตรวจรักษาภายหลัง ระยะเวลา ปัญหาการเข้าถึงผู้รับบริการทั้งนี้ การป้องกันภาวะเบาหวานเข้าตา ผู้ป่วยต้องมีการควบคุมระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ ในระดับปกติ และแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานแนะนำให้ผู้ป่วยตรวจจอประสาทตาเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานและตรวจต่อเนื่องทุกปี[6] หากพบผลผิดปกติควรได้รับการส่งต่อรักษา ปัญหาอัตราการคัดกรองจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด ส่งผลกระทบกับตัวผู้ป่วยโดยตรง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีตาบอดสูญเสียการมองเห็นโดยไม่เคยได้รับการคัดกรองจอประสาทตาเกี่ยวข้องกับการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยไม่ทราบถึงความรุนแรง และแนวทางในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตาเพราะการค้นพบผู้ป่วยเบาหวานเข้าจอประสาทตาในระยะแรก สามารถช่วยลด

ความรุนแรงจากภาวะตาบอดได้ ปัญหาที่ผ่านมาของการคัดกรองเบาหวานที่ตา คือ ความไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ระยะเวลารอคอยผลการตรวจนานมากกว่า 1 เดือน ขั้นตอนการตรวจจอประสาทตาใช้เวลานาน ผู้ป่วยไม่ทราบต้องรับการตรวจจอประสาทตาปีละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยไม่มารับการตรวจ ระยะเวลากำหนดการให้บริการตรวจไม่ตรงกับผู้ป่วย ดังนั้น เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วย ลดระยะเวลารอคอย และลดความแออัด และเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ จะมีพัฒนารูปแบบการจัดบริการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่ตาในผู้ป่วยเบาหวาน ให้ตรงตามมาตรฐานของการดูแล [6] และเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนัก และการให้ความสำคัญในการเข้ารับการตรวจจอประสาทตาประจำปี และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง เพื่อลดความรุนแรงและความเสี่ยงของโรค เบาหวานเข้าจอประสาทตาได้

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่ตาในผู้ป่วยเบาหวาน
2. เพื่อเพิ่มอัตราการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา ในผู้ป่วยเบาหวาน
3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตาในระยะรุนแรง เป็นสาเหตุทำให้สูญเสียการมองเห็น
4. เพื่อค้นหาผู้ป่วยเบาหวานระยะรุนแรงเข้าสู่กระบวนการรักษา

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

เดือน ตุลาคม 2567 ถึง เดือน มิถุนายน 2568

วิธีการพัฒนา

1.ประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการกำหนดหลักเกณฑ์มาตรฐานของการตรวจคัดกรองจอประสาทตาด้วยเครื่อง fundus camera AI ณ. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองเชียงราย โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

2. จัดการอบรมเชิงปฏิบัติเรื่องของการคัดกรองจอประสาทตาด้วยเครื่อง fundus camera AI การให้ความรู้ ตลอดจนการฝึกทักษะของพยาบาลและเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้อง การใช้เครื่อง fundus camera AI การอ่านผลการตรวจ การแจ้งผลตรวจให้กับผู้ป่วย รวมถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา

3. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่ตาในผู้ป่วยเบาหวาน เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

3.1 การจัดให้มีห้องตรวจจอประสาทตาเพื่อคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา โดยใช้ห้องตรวจ 154

3.2 มีการจัดรูปแบบการดำเนินการ 2 ลักษณะ

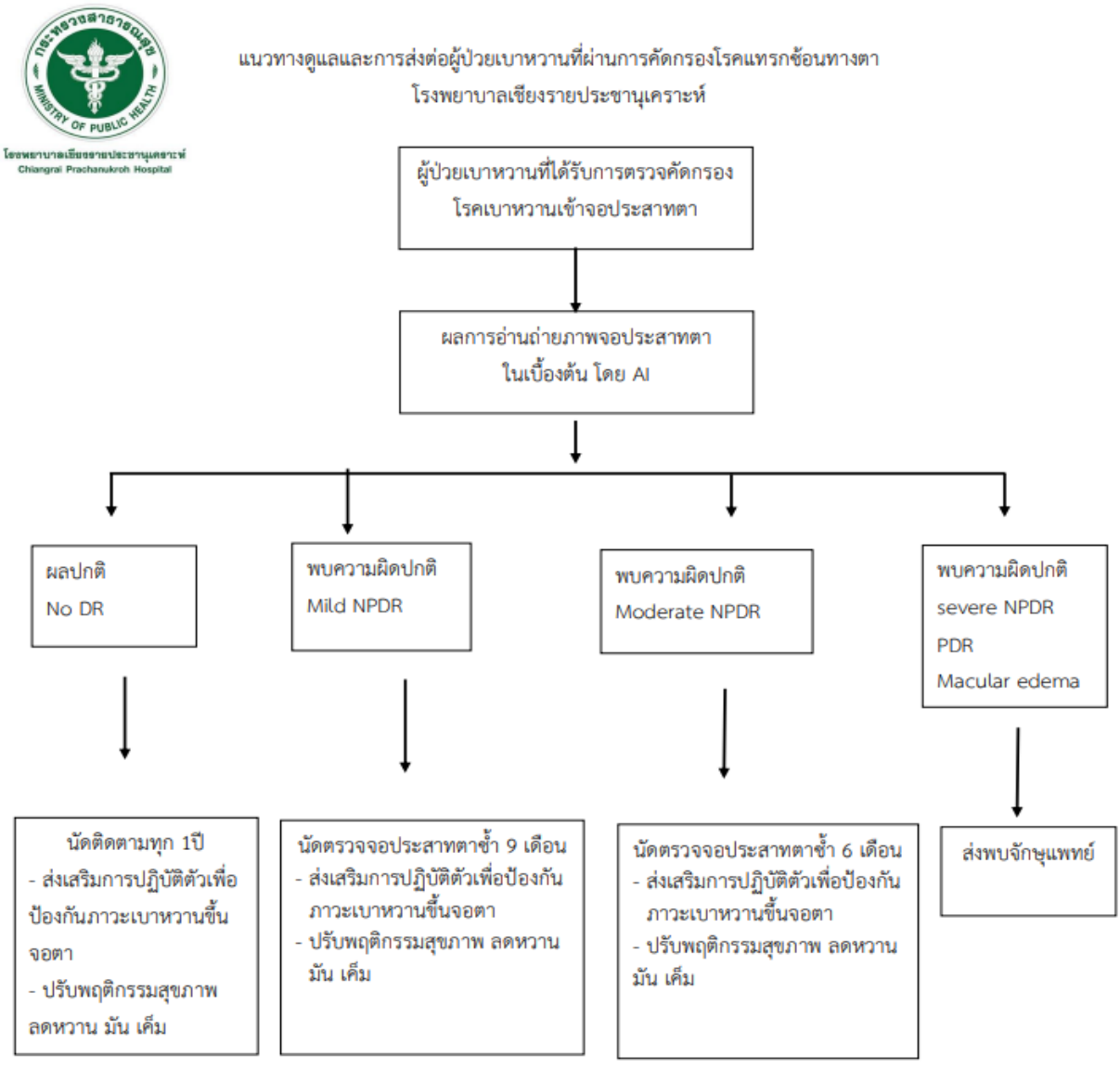
3.2.1 การออกหน่วยเคลื่อนที่สัญจร เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ศูนย์เทศบาลนครเชียงราย 4 แห่ง สถานพยาบาลเรือนจำกลาง 1 แห่ง โดยมีการแจ้งและมีการนัดหมายผู้ป่วยเบาหวานล่วงหน้า

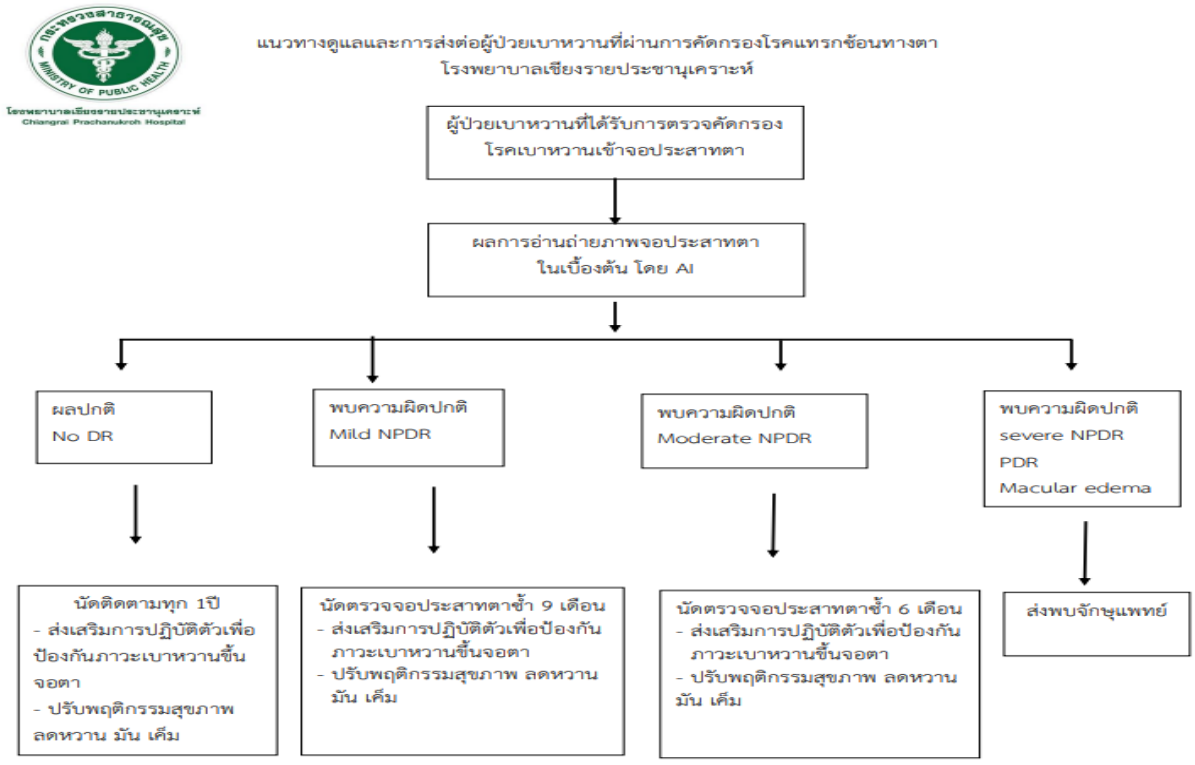
3.2.2 จัดบริการและศูนย์บริการสุขภาพเขตชุมชนเมือง วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 08.00 – 16.00 น. โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

3.2.3 การให้การดูแลตามแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ตาในผู้ป่วยเบาหวาน ให้คำปรึกษาและส่งเสริมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน ภาวะเบาหวานขึ้นจอตา ปรับพฤติกรรมเกี่ยวกับการลด ละ เลิกวิถีชีวิตประจำวันที่มีผลทำให้ไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาล ความดันโลหิต และไขมันในเลือดได้ ที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อเบาหวานขึ้นจอตา

4. ระบบการนัดผ่านระบบการ appoint ผ่านทางโรงพยาบาล

5. มีระบบการติดตามต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองตามมาตรฐานการดูแล





ระยะพัฒนา

พัฒนารูปแบบการจัดบริการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่ตาในผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยมีการประชุมทีมสหสาขาผู้เกี่ยวข้อง การจัดทำแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตาในผู้ป่วยเบาหวาน การติดตามผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา โดยการให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และลดความรุนแรง ของภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา ตลอดจนการติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และผลการตรวจจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน

ระยะนำไปใช้

มีการนำพัฒนารูปแบบการจัดบริการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่ตาในผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ให้บริการในแต่ละวัน ตั้งแต่วันจันทร์-วันศุกร์ ตุลาคม 2567- มิถุนายน 2568

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้การตรวจคัดกรองเบาหวานที่ตา จะได้รับคำแนะนำเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลทุกรายในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา จะมีการติดตามผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมปัจจัยในร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Systemic control) ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดการควบคุมระดับความดันเลือด และการควบคุมระดับไขมันในเลือด รวมถึงแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย ที่พบปัญหาที่จอประสาทตา

1. ผู้ป่วยที่ยังไม่พบภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา ตรวจซ้ำทุก 1 ปี
2. ผู้ป่วยที่จอประสาทตาผิดปกติเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะแรก ตรวจซ้ำทุก 6-9 เดือน
3. ผู้ป่วยที่จอประสาทตาผิดปกติเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะรุนแรง PDR, Severe NPDR ส่งผู้ป่วยพบจักษุแพทย์เพื่อรับการรักษาต่อไป

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

ผลพัฒนาการจัดระบบบริการของการตรวจคัดกรองจอประสาทตาด้วยเครื่อง fundus camera AI พบว่า 1. ลดระยะเวลาการรอคอย จากเดิมระยะเวลาขั้นตอนในการรับการตรวจคัดกรองจอประสาทตาตั้งแต่ลงทะเบียนจนถึงเข้ารับการตรวจจอประสาทตาเสร็จ ใช้เวลา 60 นาที และการอ่านผลจากภาพถ่ายโดยจักษุแพทย์ ใช้เวลามากกว่า 2 เดือน หลังจากมีการพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองจอประสาทตาด้วยเครื่อง fundus camera AI ตา ตั้งแต่ลงทะเบียน ใช้เวลา 3 นาที ซักประวัติคัดกรองเบื้องต้น ใช้เวลา 5 นาที เข้ารับการตรวจจอประสาทตา ใช้เวลา 10 นาที และใช้เวลาการอ่านผลด้วย AI ใช้เวลา 5 นาที รวมใช้เวลาทั้งหมด ไม่เกิน 25 นาที/คน นอกจากลดระยะเวลาการรอคอย และยังช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล

2. อัตราการตรวจคัดกรองจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้น พบว่ามีอัตราการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่ตาเพิ่มขึ้น ปี 2567 - 2568 จากร้อยละ 55.80 เป็นร้อยละ 58.78

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตา

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน	จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการตรวจจอประสาทตา	ร้อยละ
พ.ศ. 2567	2,258	1,260	55.80
พ.ศ. 2568	2,421	1,423	58.78

3. ผลการตรวจจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวา นพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาเพิ่มขึ้น พบผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา จำนวน 355 ราย เท่ากับร้อยละ 24.95 และมีผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาระยะรุนแรง จำนวน 31 ราย ซึ่งเข้าสู่กระบวนการรักษาทั้งหมดร้อยละ 100

ตารางที่ 2 ผลการตรวจจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วย	ปกติ	ผิดปกติ			
		NO DR	Mild NPDR	Moderate NPDR	Sever NPDR	PDR
2567	2,258	982	64	180	28	6
2568	2,421	1068	97	227	20	11

สรุป

ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่ตาในผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยเน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง มีทีมสหวิชาชีพติดตามอย่างใกล้ชิด มีระบบเตือนการนัดหมายเพื่อรับการตรวจจอประสาทตา และมีแนวทางการดูแลที่เป็นระบบและต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตาได้

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. มีรูปแบบการบริการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่ตาในผู้ป่วยเบาหวาน ที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้
2. อัตราการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตาในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา
3. ค้นหาผู้ป่วยเบาหวานระยะรุนแรงเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างทันท่วงที ช่วยลดภาวะตาบอด

เอกสารอ้างอิง

1 Garratt S, editor. *Diabetic Retinopathy*. 1st ed. San Francisco (CA): American Academy of Ophthalmology; 2017.

2 กรมการแพทย์, สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, ราชวิทยาลัย จักษุแพทย์แห่งประเทศไทย. *แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.

3 สุ ศุภรัตนสิทธิ. ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา (Diabetic retinopathy) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/553.

4 ภฤศ หาญอุตสาหะ. รู้ทันเบาหวานขึ้นจอตา [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 18 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://bit.ly/2RX1xYl

5 งานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสนับสนุนเครือข่าย, กลุ่มงานเวชกรรมสังคม, โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *รายงานผลการคัดกรองการตรวจจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน*. 2567.

6 กลุ่มรายงานมาตรฐาน ข้อมูลตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM, HT, CVD). [อินเทอร์เน็ต].2568; เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://cri.hdc.moph.go.th

7 สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.

การออกแบบระบบการส่งต่อข้อมูลและติดตามผู้ป่วย IMC ของโรงพยาบาลแม่สรวย

ณรงค์ อวดเหลี้ยม
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลแม่สรวย

บทนำ

การส่งต่อและติดตามผู้ป่วย IMC ภายในโรงพยาบาลยังมีช่องว่าง ผู้ป่วยบางรายไม่ได้ถูกส่งต่อมางานเวชกรรมฟื้นฟู ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านตามแผน นอกจากนี้ระบบยังถือว่าช้า มีความซับซ้อนหลายขั้นตอน ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ซึ่งทำให้การฟื้นฟูช้ารวมทั้งเป็นการเพิ่มภาระงานให้บุคลากร ระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างตึกผู้ป่วยในกับงานเวชกรรมฟื้นฟูเดิมค่อนข้างซับซ้อน หลายขั้นตอนและมีโอกาสผิดพลาด รวมทั้งข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน เพราะต้องรอสรุปผลรายเดือนจากเวชกรรมฟื้นฟู ดังนั้นทางงานเวชกรรมฟื้นฟูและทีมงานการพยาบาล จึงได้หาแนวทางการส่งต่อร่วมกัน เพื่อพัฒนระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย IMC จากงานผู้ป่วยในไปยังเวชกรรมฟื้นฟู โดยสร้างฐานข้อมูลดิจิทัลเพื่อจัดเก็บและติดตามข้อมูลผู้ป่วย โดยเราหวังว่าจะทำให้เกิดระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟู รวมทั้งเพิ่มความเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายขึ้น

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

เริ่ม 1 มกราคม 2568-30 พฤษภาคม 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย IMC พบว่าผู้ป่วยบางรายไม่ได้ถูกส่งต่อ เนื่องจากการสรุปข้อมูลการส่งต่อ ระบบมีความซับซ้อน หลายขั้นตอน การเข้าถึงข้อมูลค่อนข้างยาก ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้เพิ่มภาระงานให้บุคลากรในการสรุปข้อมูลรายเดือน ดังนั้นทางงานเวชกรรมฟื้นฟูและทีมงานการพยาบาล จึงได้หาแนวทางการส่งต่อร่วมกัน เพื่อพัฒนระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย IMC

ระยะพัฒนา จากการประชุมร่วมกันได้ออกแบบระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย IMC โดยสร้างฐานข้อมูลดิจิทัลเพื่อจัดเก็บและติดตามข้อมูลผู้ป่วย โดยเราหวังว่า จะทำให้เกิดระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟู รวมทั้งเพิ่มความเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายขึ้น

ระยะนำไปใช้ จากการการทดลองใช้ ได้รวบรวมผลการประเมิน ประสิทธิภาพการส่งต่อพบว่า การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย IMC โดยสร้างฐานข้อมูลดิจิทัลเพื่อจัดเก็บและติดตามข้อมูลผู้ป่วย ช่วยให้การส่งต่อสะดวก ไม่ซับซ้อน ลดภาระการสรุปข้อมูลารายเดือน การเข้าถึงข้อมูลง่ายขึ้น ทีมพัฒนาได้นำระบบดังกล่าว มาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการการส่งต่อข้อผู้ป่วย IMC อย่างเป็นทางการ

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

ทีมพัฒนาได้ดำเนินการใช้ระบบการส่งต่อในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่สรวย ระยะเวลา 5 เดือน เริ่ม 1 มกราคม 2568-31 พฤษภาคม 2568 โดยให้ทีมพยาบาลผู้ป่วยในส่งต่อผู้ป่วย IMC มายังงานเวชกรรมฟื้นฟู เปรียบเทียบกับข้อมูลในช่วงก่อนและหลัง

ตัวชี้วัด

กิจกรรม	ระบบเดิม	ระบบใหม่
ร้อยละจำนวนข้อมูลการส่งต่อผิดพลาด	17.44	9.47
ร้อยละการเข้าถึงบริการฟื้นฟู	90	90.53

สรุป

จากการติดตามพบว่า การส่งต่อข้อมูลสะดวก ไม่ซับซ้อน ข้อมูลเป็นปัจจุบัน ทำให้งานพยาบาลผู้ป่วยในง่ายต่อการติดตามข้อมูล ทำให้จำนวนการส่งต่อผิดพลาดหรือไม่ได้ส่ง ลดลง จากในปี 2567 มีร้อยละจำนวนข้อมูลการส่งต่อผิดพลาดคือ 17.44% เหลือร้อยละ 9.47 ในปี 2568 สำหรับผู้ป่วยที่ยังคงหลุดการส่งต่อส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้ถูกวินิจฉัยเป็นกลุ่มโรคทางระบบ IMC เป็นโรคหลัก ,เป็นคนไข้ IMC ที่มีปัญหาทางระบบประสาทน้อย หรือไม่มีเลย เช่น TBI (Traumatic Brain Injury) ที่เป็น MHI (Minor head injury) จึงไม่ได้ส่งต่อผู้ป่วยให้กับงานฟื้นฟู ซึ่งทางหน่วยงานก็จะได้หาแนวทางในการพัฒนาต่อไป

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

การส่งต่อสะดวก ไม่ซับซ้อน ลดภาระการสรุปข้อมูลารายเดือน การเข้าถึงข้อมูลง่ายขึ้นและมีการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟู

Smart NEWS2

กุลณัฐ ไชยสี[1] , บัณฑิตา วงค์งาม[2,] สง่าศรี เนาวฤทธ์[3], วารุณี โนวิชัย[4]
หอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ

บทนำ

หอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของมีจำนวนผู้ป่วยกึ่งวิกฤติและผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบรุนแรง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการประเมินอาการและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา จากข้อมูลของหอผู้ป่วยในชายระหว่างปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่าหอผู้ป่วยมีจำนวนผู้ป่วยรับนอนเฉลี่ย 27 รายต่อวัน โดยผู้ป่วยประเภท G4 (ผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ) มีจำนวนเฉลี่ย 5 รายต่อเวร ในขณะที่สัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ที่ 1:7 ซึ่งสูงกว่าอัตราส่วนมาตรฐานที่แนะนำ (Farinaz Havaei et al., 2025) นอกจากนี้ยังมีการรับผู้ป่วยใหม่และจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงเวรเช้าที่มีอัตราการรับผู้ป่วยใหม่สูงสุด 15 ราย และอัตราการจำหน่ายผู้ป่วยสูงสุด 14 ราย ภาระงานที่หนักดังกล่าวส่งผลให้พยาบาลมีข้อจำกัดในการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยกึ่งวิกฤติและซับซ้อนได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ประกอบกับการขาดเครื่องมือประเมินเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติที่ใช้งานได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว จึงอาจทำให้การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยขาดความครอบคลุมและแม่นยำ ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วยอย่างรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้

National Early Warning Score 2 (NEWS2) เป็นเครื่องมือประเมินที่พัฒนาโดย Royal College of Physicians (RCP) ประเทศอังกฤษ ซึ่งได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็นมาตรฐานสำหรับการประเมินความรุนแรงของอาการผู้ป่วยและการทำนายความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย (Royal College of Physicians, 2017) NEWS2 ทำหน้าที่เป็นเครื่องมือเฝ้าระวังสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ซึ่งช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที (Thompson et al., 2018) การประเมิน NEWS2 อ้างอิงจากค่าสัญญาณชีพ 6 ด้าน ได้แก่ อัตราการหายใจ (respiratory rate) ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน (oxygen saturation) อุณหภูมิกาย (temperature) ความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure) ระดับความรู้สึกตัว (level of consciousness) และอัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate) โดยนำมาคำนวณเป็นคะแนนรวมเพื่อบ่งชี้ความรุนแรงของอาการและกำหนดแนวทางการตอบสนองที่เหมาะสม (Davis & Miller, 2019)

งานวิจัยหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่าการใช้ NEWS2 ช่วยให้สามารถดักจับสัญญาณเตือนก่อนภาวะวิกฤติของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Anderson et al., 2020; Lee & Park, 2021) หอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการใช้ NEWS2 จึงได้ดำเนินการประยุกต์และพัฒนาเครื่องมือประเมิน NEWS2 อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2567 ถึงกุมภาพันธ์ 2568 เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้สามารถค้นหาและตอบสนองต่อภาวะเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที ลดการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้าน แต่จากการประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมิน NEWS2 ในรูปแบบดั้งเดิมพบว่าแบบประเมิน NEWS2 ที่มีลักษณะเป็นตารางนั้นต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจและการประเมิน ทำให้ไม่สะดวกในการใช้งาน ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการประเมินที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้หอผู้ป่วยในชายจึงได้พัฒนานวัตกรรม Smart NEWS2 ซึ่งเป็นแอปพลิเคชัน

(application) ที่ออกแบบมาเพื่อสามารถใช้ประเมิน NEWS2 บนอุปกรณ์เคลื่อนที่ เช่น สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต หรือคอมพิวเตอร์โน๊ตบุ๊ค มีเป้าหมายหลักเพื่ออำนวยความสะดวกและช่วยให้ผู้ใช้งานสามารถประเมินอาการของผู้ป่วยได้อย่างง่าย สะดวก และรวดเร็วยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสมและทันท่วงที

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

1 -15 ตุลาคม2567 ระดมความคิดเห็น และวิเคราะห์ปัญหาในการประเมิน NEWS2 แบบเดิม
16- 31 ตุลาคม2567ศึกษาหลักเกณฑ์ NEWS2 และวางโครงสร้างระบบอิเล็กทรอนิกส์
1-30 พฤศจิกายน พัฒนาเวอร์ชันต้นแบบของระบบ Smart NEWS2
1-31 ธันวาคม2567 ทดสอบระบบภายในทีม และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ
1-31 มกราคม 2568ทดลองใช้งานในหน่วยบริการจริง และเก็บผลการใช้งาน
1-28 กุมภาพันธ์ 2568สรุปผลการทดลอง ใช้ข้อมูล Feedback ปรับปรุงระบบให้สมบูรณ์
1 มีนาคม -31 พฤศภาคม 2568 เริ่มใช้งานจริง (Implementation) และเผยแพร่นวัตกรรม

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก

1. P : Plan วางแผนการพัฒนาดังนี้

1.1 วิเคราะห์ปัญหาประชุมทีมพยาบาลระดมความคิดเห็นและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้แบบประเมิน NEWS2 แบบเดิม

1.2. ศึกษาแนวทางมาตรฐาน ทบทวนการประเมิน NEWS2 จากแนวทางการประเมินเกณฑ์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ วิเคราะห์องค์ประกอบการให้คะแนนและแนวทางการตอบสนองต่อคะแนนแต่ละระดับ

1.3. ออกแบบการพัฒนาเครื่องมือประเมิน NEWS2 ให้ใช้งานง่าย โดยแยกสีตามระดับคะแนนเพื่อช่วยให้บุคลากรตีความได้อย่างรวดเร็ว มีการปรับรูปแบบการใช้งานให้อยู่ในรูปของแอปพลิเคชัน (application) เรียกว่านวัตกรรม Smart NEWS2 ที่ออกแบบมาเพื่อสามารถใช้บนอุปกรณ์เคลื่อนที่ เช่น มือถือ แทบเล็ต หรือคอมพิวเตอร์และโน๊ตบุ๊ค ซึ่งสามารถประเมิน NEWS2 ได้ทันทีเมื่อลงข้อมูล V/S และระดับความรู้สึกตัวจนครบ

1.4. ทดลองใช้นวัตกรรมในหน่วยงานโดยมีการประเมิน NEWS2 ในผู้ป่วยทุกรายอย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง

1.5. รับฟังความคิดเห็นจากพยาบาลทุกคนที่ใช้งาน และรวบรวม feedback เพื่อปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบท

ก่อนการพัฒนาระบบประเมิน NEWS2 อย่างเป็นทางการ บุคลากรในโรงพยาบาลใช้แบบประเมิน NEWS2 ในรูปแบบตารางกระดาษ โดยให้เจ้าหน้าที่ทำการวัดสัญญาณชีพของผู้ป่วยแล้วนำมาคำนวณคะแนนด้วยตนเองในแต่ละหัวข้อ เช่น อัตราการหายใจ ค่า SpO_2 ประเภทผู้ป่วย (ทั่วไป หรือ COPD) การใช้ออกซิเจน อุณหภูมิกาย ความดันโลหิต ชีพจร และระดับความรู้สึกตัว ซึ่งต้องอาศัยความเข้าใจและความละเอียดรอบคอบของผู้ประเมิน

ระดับคะแนน NEWS2	ความถี่ในการประเมิน	การพยาบาล
คะแนนรวม เท่ากับ 0-4 Low risk	ประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมง	1.การพยาบาลจัดอาการรบกวนต่างๆ เช่น ปวด ใจสั่น วิตกกังวล ประเมินซ้ำหลังการให้การพยาบาลอาการรบกวน 2.เพิ่มความถี่ในการประเมินสอดคล้องกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย
คะแนนในข้อ 3 เพียงข้อเดียว Low–medium risk	ประเมินซ้ำ ทุก 30-60 นาทีจนคงที่ใน 1 ชั่วโมง และติดตามต่อเนื่องทุก 2 ชั่วโมง	1.การพยาบาลจัดอาการรบกวนต่างๆ เช่น ปวด ใจสั่น วิตกกังวล ประเมินซ้ำหลังการให้การพยาบาลอาการรบกวน 2.เพิ่มความถี่ในการประเมินสอดคล้องกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย 3.รายงานแพทย์เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย
คะนนรวม เท่ากับ 5-6 Medium risk	ประเมินซ้ำ ทุก 30-60 นาทีจนคงที่ใน 1 ชั่วโมง และติดตามต่อเนื่อง ทุก 2 ชั่วโมง	1.รายงานแพทย์ทันทีเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยภายในเวลา 30 นาที 2.ย้ายผู้ป่วยมาอยู่ในโซนใกล้พยาบาล
คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 7 High risk	ประเมินซ้ำทุก 15 นาทีจนคงที่ใน 1 ชั่วโมง และติดตามต่อเนื่องทุก 30-60 นาที	1.รายงานแพทย์ทันทีเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยภายในเวลา 15 นาที 2.เตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยชีวิต/แพทย์พิจารณาส่งผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อในโรงพยาบาลทั่วไปตามความเหมาะสม

รูปที่ 1 -2 แบบประเมิน NEW2 และแนวทางการดูแล (แบบเดิมก่อนการ

จากการใช้งานเครื่องมือประเมิน NEWS2 score แบบเดิมก่อนการพัฒนา พบว่า มีข้อจำกัดดังนี้

1. เสี่ยงต่อการคำนวณผิดพลาด ความไม่สม่ำเสมอในการตีความของผู้ป่วยทั่วไปหรือผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจเรื้อรัง (COPD) ตามความเข้าใจของแต่ละบุคคล

2. ระยะเวลาในการประเมินใช้เวลานาน โดยเฉพาะในสถานการณ์ฉุกเฉินที่ต้องการความรวดเร็ว ทำให้เกิดความล่าช้าในการตัดสินใจวางแผนการดูแล และรายงานแพทย์ล่าช้า

วิเคราะห์ปัญหาจากการประเมิน NEWS2 ในแบบฟอร์มเดิมเป็นแบบกระดาษ ทำให้ต้องคำนวณคะแนนด้วยตนเอง ซึ่งใช้เวลานานและเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากร มีความล่าช้าและโอกาสเกิดข้อผิดพลาดสูงในการรวมคะแนน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย COPD ที่มีการพิจารณาเกณฑ์ SpO_2 ที่ซับซ้อน

1.2 ตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว โดยผู้พัฒนานวัตกรรมได้ตั้งเป้าหมายที่จะพัฒนาเครื่องมือที่ใช้งานง่าย รวดเร็ว และแม่นยำ เพื่อลดข้อผิดพลาดในการประเมินผู้ป่วย และเสริมสร้างประสิทธิภาพการดูแลรักษาในโรงพยาบาล

1.3 ศึกษาข้อมูลและแนวทางปฏิบัติ ก่อนเริ่มต้นการพัฒนาได้มีการทบทวนการประเมิน NEWS2 ตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของอย่างละเอียด เพื่อให้มั่นใจว่านวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นนั้นสอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล

ระยะพัฒนา

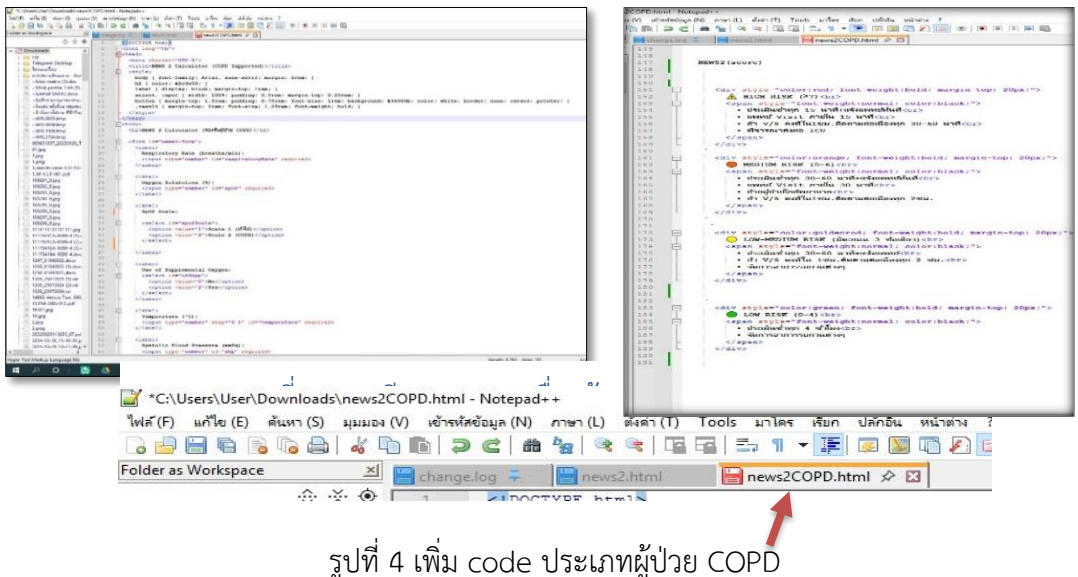
2. D : Do การดำเนินการพัฒนา

ออกแบบการประเมิน NEWS2 ให้อยู่ในรูปแบบดิจิทัลใน โดยเขียน HTML เพื่อสร้างฟอร์ม Smart NEWS2 ที่สามารถกรอกข้อมูลและคำนวณคะแนนอัตโนมัติได้อย่างรวดเร็ว ลดเวลาและข้อผิดพลาดจากการคำนวณด้วยมือ ซึ่งการใช้แอพพลิเคชั่นนี้มีข้อแตกต่างจากแบบประเมินแบบเดิมดังนี้

2.1. รองรับผู้ป่วย COPD เพิ่มฟังก์ชันพิเศษเพื่อรองรับการประเมินผู้ป่วย COPD โดยมีการแยกเกณฑ์ SpO_2 ระหว่างผู้ป่วยทั่วไปกับผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจเรื้อรัง ทำให้การประเมินแม่นยำยิ่งขึ้น

2.2. การแสดงผลและคำแนะนำอัตโนมัติ ใส่เงื่อนไขการคำนวณอัตโนมัติที่แสดงระดับคะแนนด้วย “สี” (เขียว เหลือง ส้ม แดง) และคำแนะนำเบื้องต้นตามแนวทางของโรงพยาบาล เพื่อให้การตัดสินใจเป็นไปอย่างรวดเร็วและถูกต้อง

2.3. พัฒนาเป็น Web Application พัฒนาระบบในรูปแบบ Web Application เพื่อให้รองรับการใช้งานผ่านอุปกรณ์หลากหลาย ทั้งมือถือ แท็บเล็ต และคอมพิวเตอร์ ทำให้บุคลากรสามารถเข้าถึงและใช้งานได้ทุกที่ทุกเวลา



รูปที่ 4 เพิ่ม code ประเภทผู้ป่วย COPD

3. C: Check การตรวจสอบ

3.1 การทดลองใช้งานจริง ผู้พัฒนานวัตกรรมได้นำ Smart NEWS2 ไปทดลองใช้งานจริงในหน่วยงาน เพื่อให้พยาบาลได้ใช้ประเมินผู้ป่วยอย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง และเปรียบเทียบผลลัพธ์กับแบบฟอร์ม NEWS2 แบบเดิม

3.2 การรับฟังความคิดเห็น มีการรวบรวมความคิดเห็นจากเจ้าหน้าที่ที่ใช้งานจริงอย่างใกล้ชิด เพื่อทำความเข้าใจถึงจุดเด่น ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุง

3.3 การวิเคราะห์ Feedback จากการทดลองใช้งานได้ข้อสรุปดังนี้

3.3.1 เพิ่มความรวดเร็วในการประเมินด้วยการคำนวณคะแนนอัตโนมัติ SmartNEWS2 ช่วยลดเวลาในการประเมินผู้ป่วย ทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นและตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินได้ทันท่วงที

3.3.2 ลดข้อผิดพลาดจากการคำนวณ ระบบดิจิทัลช่วยขจัดข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการคำนวณด้วยมือ ทำให้คะแนน NEWS2 มีความแม่นยำสูงขึ้น ส่งผลให้การตัดสินใจทางการแพทย์เป็นไปอย่างถูกต้องและปลอดภัย

3.3.3 รองรับการใช้งานทุกอุปกรณ์ การเป็น Web Application ทำให้ Smart NEWS2 สามารถใช้งานได้ทั้งบนมือถือ แท็บเล็ต และคอมพิวเตอร์ มอบความยืดหยุ่นในการทำงานให้แก่บุคลากร ไม่ว่าจะอยู่ที่ใดก็ตาม

3.3.4 การแสดงผลด้วยสีที่เข้าใจง่าย การใช้ระบบสี (เขียว เหลือง ส้ม แดง) ในการแสดงระดับคะแนน ช่วยให้บุคลากรสามารถตีความสถานะของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและง่ายดาย ทำให้การสื่อสารและประสานงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

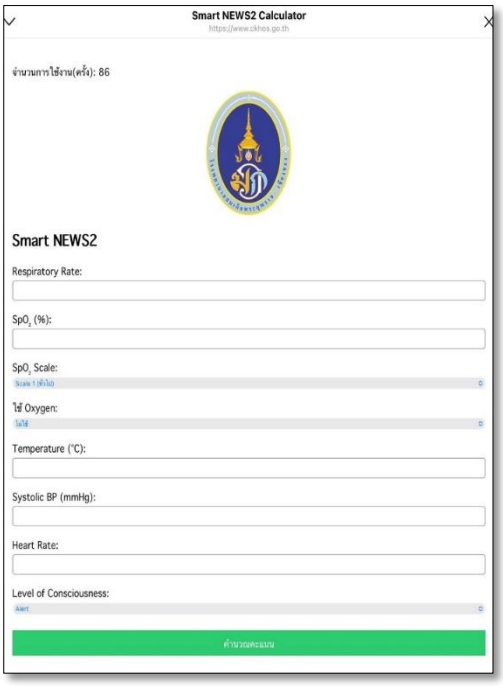
4. A: Act การปรับปรุงระบบให้สมบูรณ์/การลงมือทำ

4.1 แก้ไขรูปแบบการให้คะแนนผู้ป่วย COPD : ปรับปรุงการคำนวณคะแนนสำหรับผู้ป่วย COPD โดยเฉพาะการแยกเกณฑ์การใช้ออกซิเจนและไม่ใช้ออกซิเจน เพื่อให้การประเมินแม่นยำและสอดคล้องกับสภาพจริงของผู้ป่วยมากที่สุด

4.2 เผยแพร่ผ่านช่องทางที่เข้าถึงง่าย : ระบบ Smart NEWS2 ได้รับการเผยแพร่ผ่าน QR code และลิงก์ใช้งาน ทำให้เจ้าหน้าที่สามารถเข้าถึงและดาวน์โหลดไปใช้งานได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว

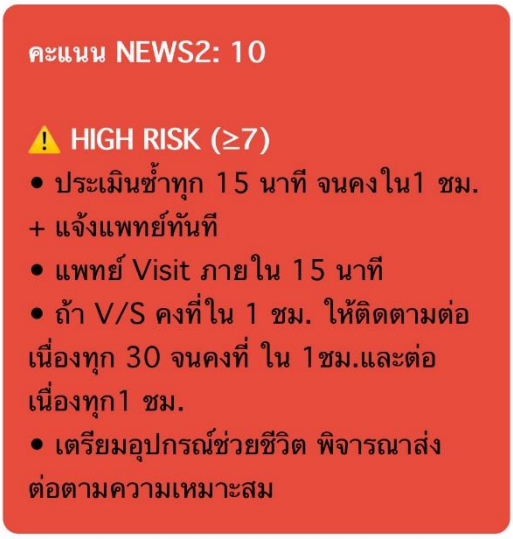
https://www.ckhos.go.th/it/NEWS2.php (link smart NEWS2)

รูปที่ 5 QR Code smart NEWS2



- ช่องกรอกค่าสัญญาณชีพ ให้ครบทุกช่อง
- ปุ่มเลือกประเภทผู้ป่วย : ทั่วไป หรือ COPD
- คำสั่งคำนวณอัตโนมัติแสดงคะแนน
- แสดง สีเขียว/เหลือง/ส้ม/แดง ตามระดับความรุนแรง
- แสดงคำแนะนำอัตโนมัติ ตามแนวทางของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ เช่น “เฝ้าระวังใกล้ชิด” / “แจ้งแพทย์ทันที”

รูปที่ 6 วิธีการใช้งาน smart NEWS2



รูปที่ 7 ตัวอย่างแนวทางการดูแลผู้ป่วยเมื่อประเมินคะแนนได้ NEWS2 = 10

4.3 อบรมเจ้าหน้าที่อย่างทั่วถึง: จัดอบรมการใช้งานจริงให้กับเจ้าหน้าที่พยาบาล เพื่อให้ทุกคนมีความรู้ความเข้าใจในการใช้งานระบบได้อย่างถูกต้องและเต็มประสิทธิภาพ

4.4 วางแผนติดตามผลระยะยาว : มีการวางแผนการติดตามผลการใช้งานระบบในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิภาพและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการนำนวัตกรรมนี้ไปใช้ และนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาปรับปรุงต่อไปในอนาคต

ระยะนำไปใช้

1. ประเมินประสิทธิภาพของนวัตกรรม Smart NEWS2 จากการใช้งานจริงในเดือน มีนาคม - พฤษภาคม 2568 เปรียบเทียบการประเมิน NEWS2 แบบเดิม กับการใช้ Smart NEWS2 ในผู้ป่วยที่รับใหม่ จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่ม ที่ได้รับการประเมินแบบเดิม จำนวน 30 ราย และได้รับการประเมินแบบ Smart NEWS2 จำนวน 30 ราย โดยพยาบาลที่ทำหน้าที่รับใหม่จะทำการสุ่มว่าผู้ป่วยรายไหนจะได้รับการประเมินแบบใดด้วยการจับฉลาก ผลการทดสอบพบว่าการประเมินเดิมใช้เวลาเฉลี่ย 5.10 นาที ส่วนการประเมินแบบใหม่ Smart NEWS2 ใช้เวลาเฉลี่ยไม่เกิน 1.00 นาที

2. พยาบาลหอผู้ป่วยในชายมีความพึงพอใจต่อการใช้งานนวัตกรรม Smart NEWS2 ร้อยละ 93

3. ไม่พบข้อผิดพลาดในการประเมินโดยใช้ Smart NEWS2 คะแนนที่ได้มีความแม่นยำและมีคำแนะนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่สามารถช่วยให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยได้ทันท่วงที

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

การทดสอบประสิทธิภาพของนวัตกรรม **Smart NEWS2** ดำเนินการในช่วงเดือน 1 **มีนาคม – 31 พฤษภาคม 2568** โดยมีเป้าหมายเพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพ ความแม่นยำ และความพึงพอใจของผู้ใช้งานเมื่อเทียบกับการประเมิน NEWS2 แบบดั้งเดิม

1. วิธีการทดสอบ

- กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยใหม่จำนวน 60 ราย
- แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม:
- กลุ่มที่ได้รับการประเมินด้วย แบบฟอร์ม NEWS2 แบบเดิม จำนวน 30 ราย
- กลุ่มที่ได้รับการประเมินด้วย Smart NEWS2 จำนวน 30 ราย
- วิธีการสุ่ม: ใช้การจับฉลากโดยพยาบาลผู้รับผิดชอบเวรรับใหม่ เพื่อสุ่มกำหนดวิธีประเมินให้แก่ผู้ป่วยแต่ ละราย

2. ผลการทดสอบ

- ระยะเวลาในการประเมิน
- แบบฟอร์ม NEWS2 เดิม: ใช้เวลาเฉลี่ย 5.10 นาทีต่อราย
- Smart NEWS2: ใช้เวลาเฉลี่ย ไม่เกิน 1 นาทีต่อราย
- ลดเวลาเฉลี่ยในการประเมินลงมากกว่า 80%

ตัวชี้วัด

1. พบข้อผิดพลาดในการคำนวณคะแนนจากระบบ Smart NEWS2 ร้อยละ 0%
2. ระบบสามารถแสดงคะแนนรวมและระดับความรุนแรงของผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้องและสม่ำเสมอ ร้อยละ 100%
3. ระยะเวลาเฉลี่ยในการประเมิน NEWS2 ลดลง ร้อยละ 80%
4. ร้อยละของผู้ใช้งานที่ตอบว่าพึงพอใจในระดับ “มาก” ร้อยละ 93%

สรุป

Smart NEWS2 มีประสิทธิภาพสูงในการช่วยประเมินภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วย โดยช่วยลดระยะเวลา เพิ่มความแม่นยำ ลดข้อผิดพลาดจากการตีความ และได้รับความพึงพอใจจากผู้ใช้งานอย่างชัดเจน

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. นวัตกรรม Smart NEWS2 เพิ่มความสะดวกในการประเมิน NEWS2 อย่างมากจะเห็นได้จากผลการทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรมการประเมินด้วย Smart NEWS2 ใช้เวลาเฉลี่ยไม่เกิน 1 นาที เทียบกับการใช้แบบประเมินแบบเดิมที่ใช้เวลาเฉลี่ย 5.10 นาที ซึ่งช่วยลดภาระงานและเวลาในการประเมินของพยาบาลได้

2. Smart NEWS2 ช่วยลดข้อผิดพลาดจากการคำนวณคะแนนและการตีความ เนื่องจากมีการคำนวณคะแนนอัตโนมัติ และมีการแยกเกณฑ์การประเมินระหว่างผู้ป่วยทั่วไปกับผู้ป่วย COPD อย่างชัดเจน จากการทดลองใช้งานไม่พบข้อผิดพลาดในการประเมิน แสดงให้เห็นถึงความแม่นยำของนวัตกรรม

3. การแสดงผลการประเมินด้วยสีและคำแนะนำตามระดับความรุนแรง ช่วยให้พยาบาลสามารถตีความผลและตัดสินใจได้อย่างรวดเร็ว ทำให้สามารถรายงานอาการและให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรืออาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว

4. ความเป็น Web Application ทำให้ Smart NEWS2 สามารถเข้าถึงและใช้งานได้ง่ายจากอุปกรณ์หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นสมาร์ทโฟน แท็บเล็ต หรือคอมพิวเตอร์ โดยผ่านการสแกน QR Code หรือเข้าลิงก์ที่กำหนด ทำให้พยาบาลสามารถใช้งานได้อย่างสะดวกทุกที่ทุกเวลา เพิ่มความคล่องตัวในการทำงาน

5. พยาบาลผู้ใช้งานมีความพึงพอใจต่อ Smart NEWS2 สูงถึงร้อยละ 93 แสดงให้เห็นถึงการยอมรับนวัตกรรมและเล็งเห็นประโยชน์ในการนำไปใช้งานจริง จึงมีแนวโน้มที่จะมีการนำไปขยายผลใช้ในวงกว้างมากขึ้น เพื่อยกระดับการประเมินผู้ป่วยวิกฤติในโรงพยาบาลทั้งระบบ

เอกสารอ้างอิง

- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ. แนวทางการประเมินเกณฑ์ National Early Warning Score 2 (NEWS2). เชียงของ: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ; 2568.
- Anderson P, Johnson R, Taylor S. Effectiveness of NEWS2 in predicting clinical deterioration: A systematic review. Crit Care Med. 2020;48(7):1025–32. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004389
- Davis M, Miller K. Implementation of NEWS2 in acute care settings: Best practices and outcomes. J Clin Nurs. 2019;28(15–16):2847–55. https://doi.org/10.1111/jocn.14865
- Havaei F, et al. Beyond the Ratios: Evidence for Optimal Minimum Nurse-Patient-Ratios in Medical-Surgical Settings. J Adv Nurs. 2025. https://doi.org/10.1111/jan.17104
- Lee J, Park M. NEWS2 implementation reduces mortality rates in general medical wards. Eur J Intern Med. 2021;87:45–52. https://doi.org/10.1016/j.ejim.2021.02.008
- MDCalc. National Early Warning Score (NEWS) 2 [Internet]. [cited 2025 Jun 7]. Available from: https://www.mdcalc.com/calc/10083/national-early-warning-score-news-2
- Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party [Internet]. London: Royal College of Physicians; 2017 [cited 2025 Jul 1]. Available from: https://www.rcp.ac.uk/media/a4ibkkbf/news2-final-report_0_0.pdf
- Thompson J, Wilson M, Clark R. Early warning systems for detecting clinical deterioration: A systematic review and meta-analysis. Resuscitation. 2018;132:101–10. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2018.08.028

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจหาเชื้อแบคทีเรียด้วยวิธี Gram stain จากตัวอย่าง Hemoculture ในกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลเทิง พ.ศ.2568

พิชามญชุ์ บุญสุระ
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

บทนำ

ในปัจจุบันกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลเทิง เปิดให้บริการตรวจการเพาะเลี้ยงเชื้อจากเลือด (Hemoculture) เพื่อตรวจหาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) หากมีการพบเชื้อถือเป็นค่าวิกฤตที่ต้องรายงานผลเบื้องต้น (Primary report) กลุ่มของเชื้อแบคทีเรียทันที เพื่อเป็นประโยชน์กับแพทย์ในการพิจารณาเลือกใช้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย โดยจะตรวจหากลุ่มของเชื้อด้วยวิธี Gram stain ซึ่งมี 2 กลุ่ม คือ เชื้อแกรมบวกและเชื้อแกรมลบ เนื่องด้วยไม่เปิดให้บริการการแยกและพิสูจน์เชื้อ (Identification) และทดสอบความไวต่อยาต้านจุลชีพ (Drug sensitivity) จึงส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการส่งต่อ โดยห้องปฏิบัติการส่งต่อจะรายงานกลุ่มของเชื้อด้วยวิธี Gram stain, การแยกและพิสูจน์เชื้อ และการทดสอบความไวต่อยากลับมาให้กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ผ่านระบบสารสนเทศห้องปฏิบัติการ (Laboratory Information System, LIS)

ในปี 2566 กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้รับรายงานความเสี่ยงความรุนแรงระดับ E เรื่องการรายงานผลกลุ่มของเชื้อไม่ตรงกันระหว่างกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และห้องปฏิบัติการส่งต่อ เนื่องจากภายหลังการรายงาน Primary report แพทย์จะปรับการใช้ยาต้านจุลชีพตามกลุ่มของเชื้อที่พบซึ่งเป็นยาต่างชนิด เมื่อพบว่าผลรายงานกลุ่มของเชื้อไม่ตรงกัน แพทย์จะรอผลการแยกและพิสูจน์เชื้อ และผลการทดสอบความไวต่อยาจึงจะปรับการใช้ยา ทำให้คนไข้ต้องเข้ารับการรักษาต่อ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์จึงวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา (Root cause analysis, RCA) พบว่าเกิดจากการเปลี่ยนชนิดน้ำยาสีย้อมผิดและขาดผู้ตรวจสอบ

ในเดือนเมษายน พ.ศ.2568 เกิดอุบัติการณ์นี้ซ้ำจึงทำ RCA อีกครั้ง พบว่าสาเหตุเกิดจากเจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอน เนื่องจากมีนาฬิกาจับเวลาไม่เพียงพอ ไม่มีคู่มือ ณ จุดปฏิบัติงาน (Work instruction, WI) และไม่ได้ตรวจสอบสไลด์ตัวอย่างซ้ำก่อนการออกผล และเดือนพฤษภาคม พบว่ามีอุบัติการณ์ที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์พบเชื้อจากตัวอย่าง Hemoculture แต่ห้องปฏิบัติการส่งต่อไม่พบเชื้อ จึงทำ RCA ครั้งที่สาม พบว่าขณะขนส่งไม่ได้ควบคุมอุณหภูมิที่เหมาะสม

จากปัญหาทั้งหมดจึงนำมาสู่การสร้างแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพในขั้นตอนก่อนการวิเคราะห์ (Pre-analytical Process), ขั้นตอนการวิเคราะห์ (Analytical Process) และขั้นตอนหลังการวิเคราะห์ (Post-Analytical Process)

ระยะเวลาการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ

ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 มิถุนายน 2568

วิธีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ

วิเคราะห์โดยใช้หลักการ Plan-Do-Check-Act (PDCA) เป็นกรอบในการวิเคราะห์

1. การวางแผนงานและกำหนดวิธีการ (Planning)

1.1 เก็บข้อมูลการรายงานผล Gram stain จาก Hemoculture ของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์เทียบกับห้องปฏิบัติการส่งต่อ

1.2 สำรวจปัญหาและสาเหตุจากผู้ปฏิบัติงาน

1.3 ทบทวนอุบัติการณ์และวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาด้วย 2-Axis swiss cheese RCA template

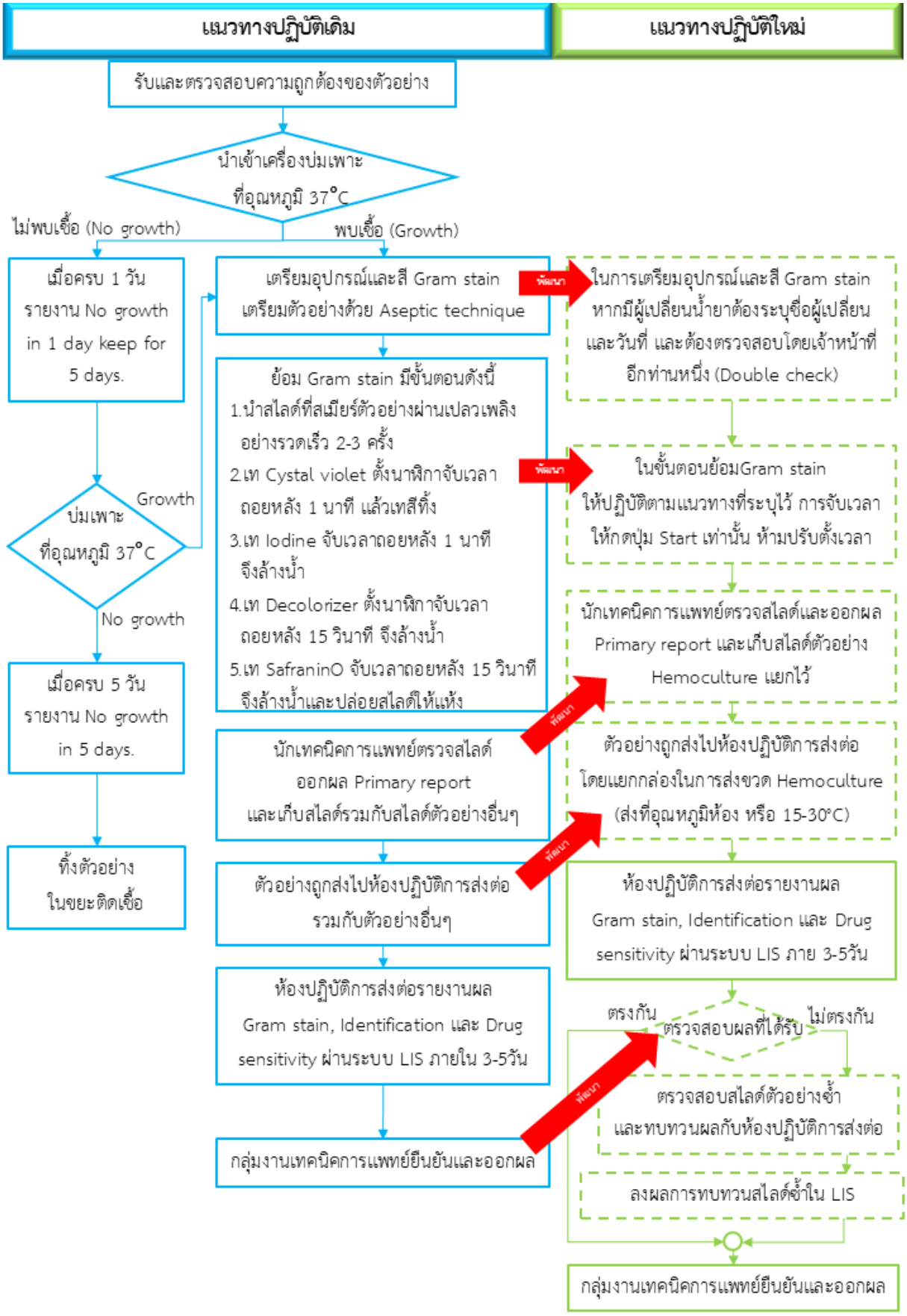
ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดของปัญหาและสาเหตุ

ช่วงเวลา	ปัญหา	สาเหตุ
พ.ศ.2566	เปลี่ยนน้ำยาย้อมผิดชนิด	ขาดผู้ตรวจสอบการเปลี่ยนน้ำยา Gram stain
เมษายน พ.ศ.2568	ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการย้อม Gram stain	นาฬิกาจับเวลาไม่เพียงพอ และต้องใช้ร่วมกับการย้อมสีอื่นๆในเวลาเดียวกัน อีกทั้งขั้นตอนการย้อม Gram stain ค่อนข้างซับซ้อน หากไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนอาจทำให้ผลรายงานผิดพลาด
	ขาดการทบทวนผลรายงาน	ไม่มีกล่องเก็บสไลด์ตัวอย่างจาก Hemoculture เพื่อตรวจสอบผลที่ได้รับจากห้องปฏิบัติการส่งต่อ เนื่องจากระยะเวลาส่งตัวอย่างจนกระทั่งได้รับผลรายงานใช้เวลามากกว่า 7 วัน แต่แนวทางปฏิบัติเดิมของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์จะเก็บสไลด์ตัวอย่างทั้งหมดรวมกันไว้ 7 วัน จึงกำจัดทิ้ง
พฤษภาคม พ.ศ.2568	ขาดการควบคุมอุณหภูมิขณะขนส่งตัวอย่าง	เจ้าหน้าที่ส่งตัวอย่าง Hemoculture รวมไปกับตัวอย่างอื่นๆ ที่อุณหภูมิ 2-8°C ซึ่ง Hemoculture ควรส่งตัวอย่างที่อุณหภูมิห้องหรือ 15-30°C จึงอาจเป็นสาเหตุให้เชื้อตายขณะขนส่งได้

1.4 ทบทวนและกำหนดแนวปฏิบัติการย้อม Gram stain และการส่งตัวอย่าง Hemoculture อย่างเหมาะสมในการประชุมของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลเทิง

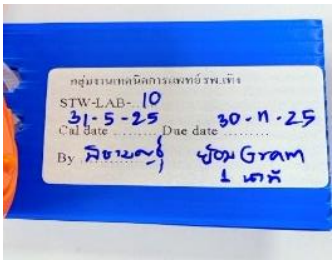
1.5 วางแผนแนวทางปฏิบัติใหม่ โดยวัตถุประสงค์คือ

- ❖ สร้างแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจหาเชื้อแบคทีเรียด้วยวิธี Gram stain
- ❖ ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ



ภาพที่ 1 การเปรียบเทียบแนวทางปฏิบัติในการตรวจ Hemoculture เดิมและแนวทางปฏิบัติใหม่

ตารางที่ 2 ลำดับการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ

ปีที่พัฒนา	ขั้นตอน	ภาพวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในแนวทางปฏิบัติใหม่	ข้อมูล	การใช้งาน
พ.ศ. 2566	Pre-analysis	ป้าย ‘สีไหน ใครเปลี่ยน’ ป้ายระบุวันเปลี่ยนน้ำยา 	●ชนิดน้ำยาที่เปลี่ยน ●ผู้เปลี่ยนและวันที่ ●ผู้ตรวจสอบและวันที่	1.หากมีผู้เปลี่ยนน้ำยาต้องระบุชื่อผู้เปลี่ยนน้ำยาและวันที่ 2.ภายหลังการเปลี่ยนน้ำยาต้องตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่อีกท่านหนึ่ง (Double check)
เมษายน พ.ศ. 2568	Analysis	‘ตะกร้าติด Gram’ ตะกร้านาฬิกาจับเวลา  ในการย้อม Gram stain	<u>ใบสอบเทียบนาฬิกา</u> ●รหัสประจำเครื่อง ●วันที่สอบเทียบ ●วันหมดอายุการสอบเทียบ ●ผู้สอบเทียบ ●วัตถุประสงค์การใช้ <u>ตะกร้าติดแกรม</u> ●ขั้นตอนการย้อม Gram stain ●ระยะเวลาที่ใช้งานและป้ายห้ามปรับเวลา	1.เตรียมนาฬิกาให้ครบทุกระยะเวลาการใช้งานและติดป้ายห้ามปรับเวลาเพื่อมั่นใจว่าเจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามเวลาที่กำหนด หากเป็นนาฬิกาจับเวลาเครื่องใหม่ให้ทำการสอบเทียบก่อนใช้งาน 2.ปฏิบัติตามแนวทางที่ระบุไว้ในตะกร้า และให้กดเพียงปุ่ม Start เท่านั้น
เมษายน พ.ศ. 2568	Post-analysis	‘กล่องเพิ่มความมั่นใจ’ กล่องเก็บสไลด์ตัวอย่าง Hemoculture growth 	●ชื่อกล่อง ●วัตถุประสงค์การใช้งาน ●ระยะเวลาที่เก็บสไลด์	เก็บสไลด์ตัวอย่าง Hemoculture growth จนกว่าจะได้รับผลรายงานจากห้องปฏิบัติการส่งต่อ หากตรวจสอบผลแล้วจึงทิ้งสไลด์ตัวอย่างนั้นได้

ปีที่พัฒนา	ขั้นตอน	ภาพวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในแนวทางปฏิบัติใหม่	ข้อมูล	การใช้งาน
พฤษภาคม พ.ศ. 2568	Post-analysis	กล่องส่งตัวอย่าง ของ Hemoculture	●ชื่อกล่อง ●ชื่อผู้รับและแหล่งส่งตัวอย่าง	แยกกล่องในการส่งขวด Hemoculture (สำหรับอุณหภูมิห้องหรือ 15-30 °C) จากสิ่งส่งตรวจอื่นๆ ที่ส่งอุณหภูมิ 2-8 °C

2. การลงมือปฏิบัติ (Do)

2.1 ประชาสัมพันธ์และชี้แจงรายละเอียดแนวทางปฏิบัติใหม่ ผ่านการประชุมประจำเดือน และ Line group ของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลเทิง

2.2 เตรียมวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในแนวทางปฏิบัติใหม่ให้พร้อมใช้ ณ จุดปฏิบัติงาน

3. การตรวจสอบ (Check)

การทดสอบประสิทธิภาพได้กำหนดตัวชี้วัด ดังนี้

3.1 จำนวนอุบัติการณ์เปลี่ยนน้ำยาผิดชนิด = 0

3.2 จำนวนผลการรายงาน Gram stain จากกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์กับห้องปฏิบัติการส่งต่อตรงกัน > ร้อยละ 80

3.3 จำนวนผลรายงาน Gram stain กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์พบเชื้อ แต่ห้องปฏิบัติการส่งต่อไม่พบเชื้อ < ร้อยละ 10

3.4 ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวทางปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ประเมินระดับดี

3.4.1 เกณฑ์การให้คะแนน ได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนไว้ 5 ระดับ ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจดีมาก

4 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจดี

3 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย

1 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

3.4.2 เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนค่าเฉลี่ย กำหนดเกณฑ์ประเมินไว้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึงระดับความพึงพอใจในระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ระดับความพึงพอใจในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึงระดับความพึงพอใจในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึงระดับความพึงพอใจในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึงระดับความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละประสิทธิภาพของแนวทางปฏิบัติข้อ 3.1

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	พ.ศ. 2566	พ.ศ. 2567	1 ต.ค. 67 - 30 มิ.ย. 68	ประสิทธิภาพ (ร้อยละ)
3.1 จำนวนอุบัติการณ์เปลี่ยนน้ำยาผิดชนิด	0	0	0	0	100

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละการเปรียบเทียบผลรายงานในช่วงเดือนเมษายน - มิถุนายน พ.ศ.2568 เพื่อแสดงประสิทธิภาพของแนวทางปฏิบัติข้อ 3.2 และ 3.3

การรายงานผล		เมษายน		พฤษภาคม		มิถุนายน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผลรายงานตรงกัน		46	80.70	65	85.53	56	98.25
ผลรายงานไม่ตรงกัน	■ ผล Gram stain ไม่ตรงกัน	8	14.04	3	3.94	1	1.75
	■ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์พบเชื้อ ห้องปฏิบัติการส่งต่อไม่พบเชื้อ	2	3.51	8	10.52	0	0.00
	■ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ไม่พบเชื้อ ห้องปฏิบัติการส่งต่อพบเชื้อ	1	1.75	0	0.00	0	0.00
รวม		57	100.00	76	100.00	57	100.00

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของความพึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติ(ข้อ 3.4)

รายละเอียด	ระดับความพึงพอใจ							
	5	4	3	2	1	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ผลการประเมิน
ความพึงพอใจต่อป้าย ‘สีไหน ใครเปลี่ยน’ จำนวนผู้ประเมิน 10 คน								
ขนาดตัวอักษรมีความเหมาะสม	7	0	3	0	0	4.40	0.97	ดี
สีพื้นหลังมีความเหมาะสม	8	1	1	0	0	4.70	0.67	ดีมาก
รูปแบบข้อความเข้าใจได้ง่าย	8	0	2	0	0	4.60	0.84	ดีมาก
ค่าเฉลี่ยรวม						4.57	0.82	ดีมาก
ความพึงพอใจต่อการใช้ ‘ตะกร้าติด Gram’ จำนวนผู้ประเมิน 10 คน								
นาฬิกาจับเวลามีความสะดวกใช้	9	1	0	0	0	4.90	0.32	ดีมาก
การห้ามปรับเวลาช่วยให้มั่นใจว่าจับเวลาตามแนวทางปฏิบัติ	8	2	0	0	0	4.80	0.42	ดีมาก
แนวทางปฏิบัติบนตะกร้ามีขนาดตัวอักษรเหมาะสม	9	1	0	0	0	4.90	0.32	ดีมาก
แนวทางปฏิบัติบนตะกร้ามีสีพื้นหลังที่เหมาะสม	9	1	0	0	0	4.90	0.32	ดีมาก
แนวทางปฏิบัติบนตะกร้ามีเนื้อหาเข้าใจง่าย	7	3	0	0	0	4.70	0.48	ดีมาก

ค่าเฉลี่ยรวม						4.84	0.37	ดีมาก
รายละเอียด	ระดับความพึงพอใจ							
	5	4	3	2	1	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ผลการประเมิน
ความพึงพอใจต่อการใช้ ‘กล่องเพิ่มความมั่นใจ’ (ตอบเฉพาะนักเทคนิคการแพทย์และพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์) จำนวนผู้ประเมิน 7 คน								
ขนาดกล่องเก็บสไลด์เพียงพอต่อการใช้งาน	4	2	1	0	0	4.43	0.79	ดี
ข้อความอธิบายการใช้งานมีขนาดตัวอักษรเหมาะสม	6	1	0	0	0	4.86	0.38	ดีมาก
ข้อความอธิบายการใช้งานเข้าใจได้ง่าย	5	2	0	0	0	4.71	0.49	ดีมาก
ค่าเฉลี่ยรวม						4.67	0.58	ดีมาก
ค่าเฉลี่ยรวมทั้งหมด						4.72	0.59	ดีมาก

4. การปรับปรุง (Act / Action)

4.1 ปัญหาและอุปสรรคที่พบภายหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ

- พบการรายงานผล Gram stain ไม่ตรงกัน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.75
- ภายหลังการใช้แนวทางปฏิบัติได้มีการประเมินความพึงพอใจ พบว่าความพึงพอใจน้อยที่สุด มี 2 ข้อ คือ ป้ายระบุวันเปลี่ยนน้ำยามีขนาดตัวอักษรเหมาะสม (ป้าย ‘สีไหน ใครเปลี่ยน) และ ขนาดกล่องเก็บสไลด์เพียงพอต่อการใช้งาน (กล่องเพิ่มความมั่นใจ) คิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.40 และ 4.43 ตามลำดับนอกจากนี้มีข้อเสนอแนะในการใช้ป้าย ‘สีไหน ใครเปลี่ยน’ ว่าป้ายไม่ควรมีสีเลอะเทอะ ควรเช็ดสีออกได้เพื่อให้อ่านอย่างชัดเจน

4.2 โอกาสพัฒนาต่อ

- ทบทวนทำ RCA ในระดับนอกองค์กรร่วมกับห้องปฏิบัติการส่งต่อ เพื่อหาแนวทางแก้ไขและป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้น
- การปรับปรุงป้ายระบุวันเปลี่ยนน้ำยาให้มีขนาดตัวอักษรที่ใหญ่ขึ้น และสามารถกันน้ำหรือสามารถเช็ดสีออกได้
- การหากล่องเก็บสไลด์เพิ่มหรือกล่องที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อเก็บสไลด์ให้เพียงพอต่อการใช้งาน

สรุป

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจหาเชื้อแบคทีเรียด้วยวิธี Gram stain จากตัวอย่าง Hemoculture ในกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลเทิง เป็นแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาโดยใช้หลักการ Plan-Do-Check-Act (PDCA) และใช้ 2-Axis swiss cheese RCA template ทำให้เกิดแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบการเปลี่ยนน้ำยา, แนวทางปฏิบัติขั้นตอนการย้อม Gram stain, แนวทางปฏิบัติการทบทวน ผลรายงาน และแนวทางปฏิบัติการขนส่งตัวอย่างอย่างเหมาะสม เพื่อแก้ไขและป้องกันสาเหตุของปัญหาที่พบ ทำให้ได้ผลรายงาน Gram stain ที่มีความน่าเชื่อถือ

ประโยชน์ที่ได้รับ

การใช้ป้ายระบุวันเปลี่ยนน้ำยา ‘สีไหน ใครเปลี่ยน’ ช่วยแก้ไขปัญหา Human error ในการเปลี่ยนน้ำยาผิดพลาด ‘ตะกร้าติด Gram’ ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสะดวกในการทำงานและปฏิบัติตามแนวทางอย่างถูกต้อง ‘กล่องเพิ่มความมั่นใจ’ ช่วยในการตรวจสอบก่อนการยืนยันผล และการส่งตัวอย่างในอุณหภูมิที่เหมาะสมช่วยลดการตายของเชื้อขณะขนส่ง อนึ่งเป็นการนำวัสดุที่มีอยู่แล้วในห้องปฏิบัติการทั่วไปมาใช้ให้เกิดประโยชน์ แนวทางปฏิบัตินี้ทำให้ได้ผลรายงาน Gram stain ที่มีความน่าเชื่อถือ ทำให้คนไข้ได้รับยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม ลดโอกาสในการดื้อยาของคนไข้ และลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ซึ่งแนวทางปฏิบัตินี้สามารถนำไปใช้ในปีต่อไปและสามารถนำไปปฏิบัติได้โดยทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

1. สุวรรณา ตระกูลสมบูรณ์, วิภา ตรีรัตน์วีรพงษ์, ฉันทนา อรัญญะ. การเพาะเชื้อจากเลือด. ใน: มาลัย วรจิตร, วันทนา ปวีณกิตติพร, สุวรรณา ตระกูลสมบูรณ์, สุรางค์ เดชศิริเลิศ, บรรณาธิการ. คู่มือการปฏิบัติงานแบคทีเรียและรา สำหรับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2557. หน้า 63-72.
2. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล, ผู้นิพันธ์. คู่มือการควบคุมและป้องกันแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล; 2558. หน้า59-102.
3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.), บรรณาธิการ. HA Update 2024 Growth Mindset for Better Healthcare System. การประชุมวิชาการประจำปี HA Nation Forum ครั้งที่ 24; 12-15 มีนาคม 2567; ศูนย์ประชุมอิมแพคฟอรั่ม เมืองทองธานี. นนทบุรี: บริษัท สหมิตร พริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด; 2567.
4. จันทรา ทินผล, จันทนี นิติการุญ. วิธีปฏิบัติงาน เรื่องวิธีการสอบเทียบนาฬิกาจับเวลา. พิมพ์ครั้งที่ 1. จันทบุรี: กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า; 2567. หน้า 1-9
5. รัตนะ บัวสนธ์. การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2567.

การประยุกต์ใช้เทคนิคทางจิตวิทยาช่วยลดจัดยาคลาดเคลื่อนห้องยา OPD และ NCD

อดิศร มุขมณี
กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชนและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลแม่จัน

บทนำ

การลดการจัดยาคลาดเคลื่อนเป็นภาระกิจสำคัญ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงที่อาจถึงผู้ป่วยได้ ในปี 2564 - 2566 พบจำนวนครั้งการจัดยาคลาดเคลื่อน ห้องยาผู้ป่วยนอก(OPD) และห้องยาผู้ป่วยเฉพาะโรค(NCD) ตามลำดับ ดังนี้ 206 , 264 , 135 (OPD) และ 234 , 296 , 157 (NCD)

เภสัชกร ได้นำเทคนิคทางจิตวิทยามาใช้กับเจ้าหน้าที่ ช่วยให้มีความคิดยืดหยุ่นขึ้น เกิดพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ ทำให้จำนวนครั้งการจัดยาคลาดเคลื่อนลดลง

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ธันวาคม 2566 – สิงหาคม 2567

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก ธ.ค. 2566 -มี.ค 2567(4 เดือน) ใช้ motivational interviewing techniques และ OARS skills

ระยะพัฒนา

1. เม.ย.- ก.ค.2567 (4 เดือน) ใช้ motivational interviewing techniques , OARS skills และ self-regulation theory techniques
2. ส.ค.-พ.ย. 2567 (4 เดือน) ใช้ motivational interviewing techniques , OARS skills , self-regulation theory techniques และ The Theory of Planned Behavior techniques
3. **ระยะนำไปใช้** ธ.ค. 2567 - มิ.ย. 2568 (7 เดือน) ใช้ motivational interviewing techniques , OARS skills , self-regulation theory techniques และ The Theory of Planned Behavior techniques

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

จำนวนครั้งจัดยาคลาดเคลื่อนห้องยา OPD และ NCD

ตัวชี้วัด

จำนวนครั้งจัดยาคลาดเคลื่อนห้องยา OPD และ NCD ลดลง ร้อยละ 50

สรุป

1.จำนวนครั้งจัดยาคลาดเคลื่อน ห้องยา OPD และ NCD ในเดือน ธ.ค. 2566 -มี.ค. 2567 , เม.ย.-ก.ค.2567 , ส.ค.-พ.ย. 2567 ตามลำดับ ดังนี้ 109 , 51 , 34 (OPD) ลดลงร้อยละ 69 และ 72 , 67 , 44 (NCD) ลดลงร้อยละ 38

2.จำนวนครั้งจัดยาคลาดเคลื่อนเฉลี่ยต่อเดือน ห้องยา OPD และ NCD ในเดือน ธ.ค. 2566 -มี.ค 2567(4เดือน) , เม.ย.- ก.ค.2567 (4เดือน) , ส.ค.-พ.ย. 2567(4เดือน) และ ธ.ค. 2567 - มิ.ย. 2568 (7เดือน) ตามลำดับ ดังนี้ 27 , 13 , 9 , 15 (OPD) ลดลงร้อยละ 44 และ 18 , 17 , 11 , 7 (NCD) ลดลงร้อยละ 61

3.การประยุกต์ใช้เทคนิคทางจิตวิทยา เพื่อสร้างแรงจูงใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ควรใช้มากกว่า 1 เทคนิคร่วมกัน และ หัวใจสำคัญของการสร้างแรงจูงใจ คือ partnership และ Collaboration

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1.จำนวนครั้งจัดยาคลาดเคลื่อนห้องยา OPD และ NCD ลดลง

2.เสริมสร้างแรงจูงใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพิ่มพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ ลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

3.เพิ่มการรายงาน self-report ระดับA จากจนท.จัดยา ที่สามารถแก้ปัญหาเชิงระบบได้

เอกสารอ้างอิง

วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์, จิตวิทยาสุขภาพและพฤติกรรมบำบัดสำหรับเภสัชกร, คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาลัยเภสัชกรรมชุมชน สภาเภสัชกรรม; 2566

การพัฒนารูปแบบการป้องกันดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีแผลกดทับ

อานนท์ สุทธคุณ
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลแม่สรวย

บทนำ

จากการปฏิบัติงานการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง(โรคหลอดเลือดสมอง ,ได้รับบาดเจ็บที่มอง ,ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง ,กระดูกสะโพกหัก) พบปัญหาว่าผู้ป่วยมีแผลกดทับมากขึ้น แม้จะมีการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องแล้วก็ตาม สาเหตุเนื่องมาจากไม่มีรูปแบบการป้องกันดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีแผลกดทับอย่างชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยระยะกลางมีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับได้ง่าย และผู้ป่วยที่มีแผลกดทับได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพล่าช้า ไม่มีประสิทธิภาพ ขาดโอกาสสำคัญในการได้รับบริการดูแลฟื้นฟูแผลกดทับที่เหมาะสมตามอาการ ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีแผลกดทับ ให้เกิดการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ และมีแผลกดทับ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย (Barthel index < 8 คะแนน) ขณะอยู่หอผู้ป่วยในต่อเนื่องถึงชุมชน

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

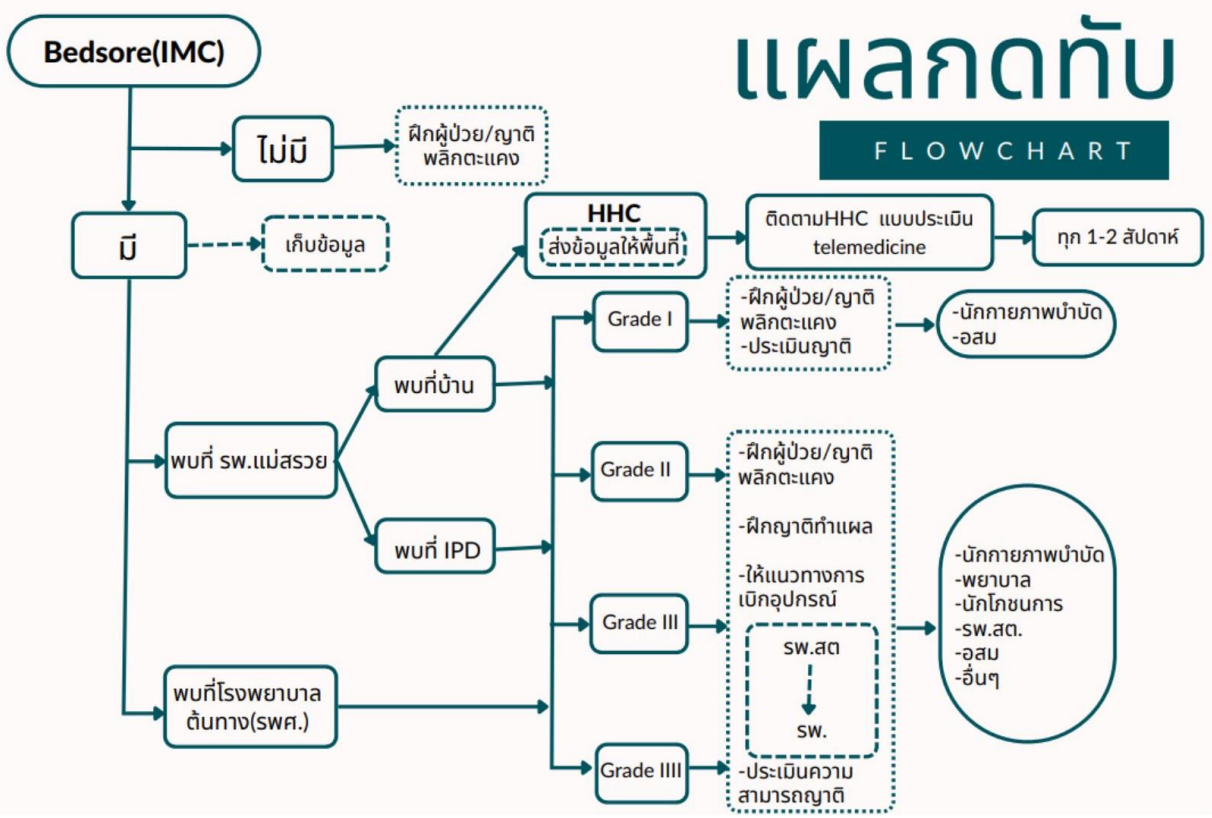
เริ่ม 1 ตุลาคม 2566 - 31 มีนาคม 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่มีแผลกดทับ ไม่มีรูปแบบการดูแลฟื้นฟูที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยระยะกลางมีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับได้ง่าย จำนวนผู้ป่วยระยะกลางที่มีแผลกดทับมีจำนวนเพิ่มขึ้น และระยะเวลาในการดูแลรักษาแผลกดทับนาน ญาติและคนไข้ไม่มีรูปแบบที่แน่ชัดในการจัดการกับแผลกดทับ ดังนั้นทางงานเวชกรรมฟื้นฟูและทีมงานIMC จึงได้ออกแบบและพัฒนารูปแบบการป้องกันดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีแผลกดทับขึ้น

ระยะพัฒนา จากการประชุมทีมงานIMC โรงพยาบาลแม่สรวย ได้ออกแบบรูปแบบการป้องกันดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีแผลกดทับขึ้น และเก็บข้อมูลในรูปแบบดิจิทัล มีแบบประเมินญาติหรือผู้แลหลัก การติดตามผู้ป่วยระยะกลางอย่างรวดเร็วหลังออกจากหอผู้ป่วยใน และช่องทางในการเข้าถึงอุปกรณ์ทำแผลรวมถึงการส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละพื้นที่

ระยะนำไปใช้...จากการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีแผลกดทับ พบว่า การเก็บข้อมูลผู้ป่วยระยะกลางโดยสร้างฐานข้อมูลแบบดิจิทัล มีรูปภาพประกอบ มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน ช่วยให้การป้องกันการเกิดแผลกดทับ และดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่เกิดแผลกดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีรูปแบบการติดตามที่รวดเร็วชัดเจน รวมถึงการทำงานแบบสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย



การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

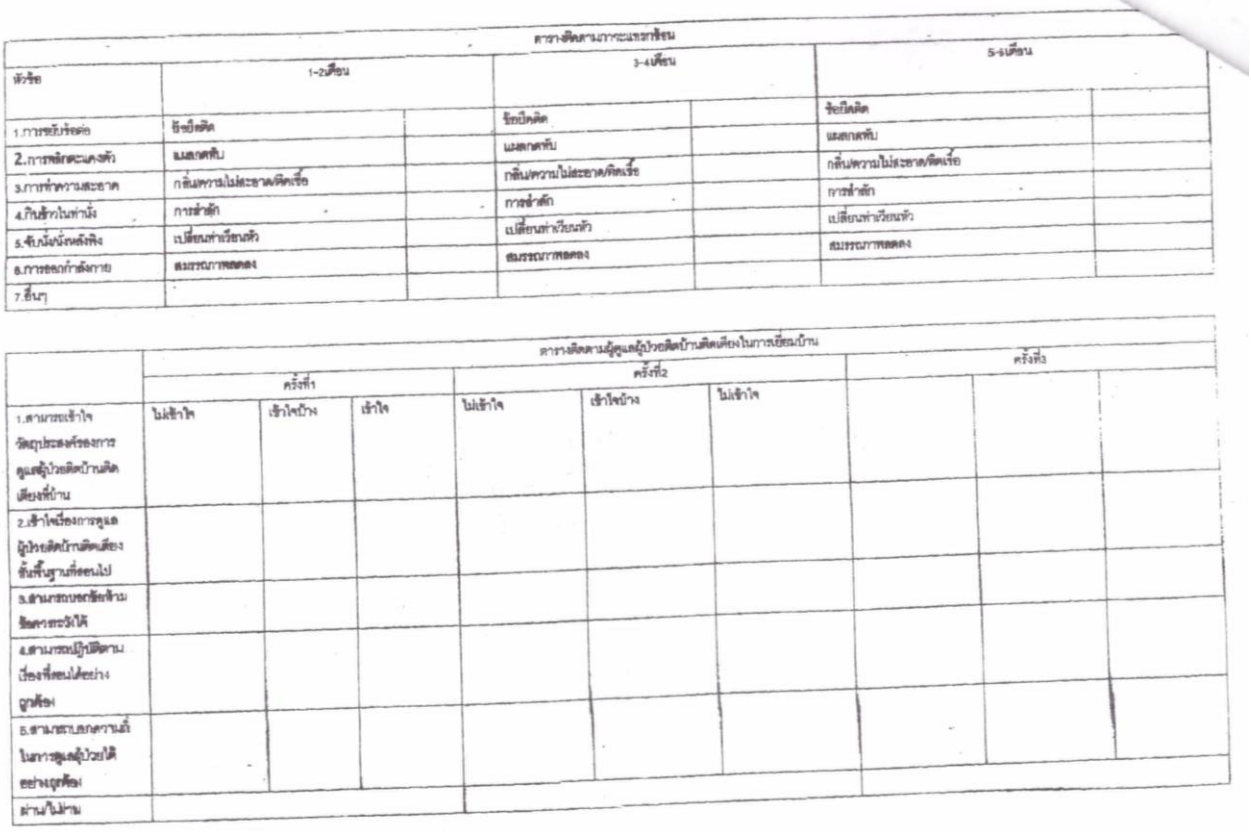
ทีมพัฒนาได้ดำเนินการใช้รูปแบบการป้องกันดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีแผลกดทับในโรงพยาบาลแม่สรวย ระยะเวลา 3 ปีต่อเนื่อง เริ่ม 1 ตุลาคม 2566 - 31 มีนาคม 2568 โดยติดตามการเกิดแผลกดทับ การดูแลแผลกดทับตั้งแต่อยู่ที่หอผู้ป่วยในต่อเนื่องจนถึง 6 เดือน

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ปี2566	2567	2568
ร้อยละผู้ป่วยIMC เกิด complication แผลกดทับ	น้อยกว่า 20 %	4/7%	12/8.16%	6/5.82%

สรุป

พบว่าในปีงบ 2568 ผู้ป่วยระยะกลางมีแผลกดทับลดลงเมื่อเทียบกับปีก่อนหน้านี้ โดยหากวิเคราะห์รายบุคคล รายกลุ่มโรคจะพบว่าใน ปีงบประมาณ2566 มีแผลกดทับอยู่ที่ 7 % คละกลุ่มโรคกันไป(โรคหลอดเลือดสมอง ,ได้รับบาดเจ็บที่สมอง ,ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง) และเพิ่มขึ้นเป็น 8.16 % ในปีงบประมาณ 2567 ซึ่งในปีนี้มีการนับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักเข้ามาในกลุ่ม IMC ด้วย จากการเก็บข้อมูลพบว่า 60 % ที่มีแผลกดทับเกิดจากผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ไม่ผ่าตัด จากการสอบถามและวิเคราะห์ผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่ามีอาการปวดบริเวณที่หัก ขยับตัวลำบาก ญาติและผู้ป่วยไม่กล้าพลิกตะแคง จึงเกิดแผลกดทับ และในปีงบประมาณ 2568 ในครึ่งปีแรก จำนวนผู้ป่วยมีแผลกดทับอยู่ที่ 5.82% ลดลงกว่าปีก่อนหน้านี้ โดยอาจจะต้องรอเก็บข้อมูลจนถึงสิ้นปีเพื่อประเมินผลอีกครั้ง และทางทีมงานก็จะได้หาแนวทางในการพัฒนาต่อไป



ตารางติดตามภาวะแทรกซ้อน

หัวข้อ	1-2เดือน		3-4เดือน		5-6เดือน	
1.การยึดข้อต่อ	ข้อยึดติด		ข้อยึดติด		ข้อยึดติด	
2.การพลัดตกหกล้ม	แผลกดทับ		แผลกดทับ		แผลกดทับ	
3.การทำความสะอาด	กลั้นความไม่สะอาดติดเชื้อ		กลั้นความไม่สะอาด/ติดเชื้อ		กลั้นความไม่สะอาด/ติดเชื้อ	
4.กินข้าวในท่านั่ง	การสำลัก		การสำลัก		การสำลัก	
5.จับนั่งนั่งหลังพิง	เปลี่ยนท่าเวียนหัว		เปลี่ยนท่าเวียนหัว		เปลี่ยนท่าเวียนหัว	
6.การออกกำลังกาย	สมรรถภาพลดลง		สมรรถภาพลดลง		สมรรถภาพลดลง	
7.อื่นๆ						

ตารางติดตามผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในการเยี่ยมบ้าน

	ครั้งที่1			ครั้งที่2			ครั้งที่3		
1.สามารถเข้าใจวัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่บ้าน	ไม่เข้าใจ	เข้าใจบ้าง	เข้าใจ	ไม่เข้าใจ	เข้าใจบ้าง	ไม่เข้าใจ			
2.เข้าใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงขั้นพื้นฐานที่ต่อไป									
3.สามารถบอกข้อห้ามติดตามระวังได้									
4.สามารถปฏิบัติตามเรื่องที่สอนได้อย่างถูกต้อง									
5.สามารถบอกความเสี่ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง									
ผ่านไม่ผ่าน									

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

มีรูปแบบการป้องกันดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่มีแผลกดทับอย่างชัดเจน รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ทำงานร่วมกับสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย และติดตามต่อเนื่องจนถึง 6 เดือน หรือเข้าสู่ long term care

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด (SSI) และการป้องกันการผ่าตัดผิดพลาดโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

จิราพร มณีรัตน์
การพยาบาลผู้ป่วยในศัลยกรรม โรงพยาบาลแม่สาย

บทนำ

หอผู้ป่วยในศัลยกรรม เป็นหอผู้ป่วยเปิดใหม่ให้บริการ เมื่อวันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ 2566 รับดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป จากสถิติข้อมูลการผ่าตัด (รายงานประจำเดือนตึกผู้ป่วยในศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก) เดือนสิงหาคม ,กันยายน 2566 และในปี2567 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยผ่าตัด 122 ,247 และ1,842 ราย ตามลำดับ จากการทบทวนดูแลผู้ป่วยในปี2567 พบว่ามีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำหลังนอนที่หอผู้ป่วยหนักและดูแลต่อที่ตึกผู้ป่วยในหญิง ด้วยภาวะแผลหลังผ่าตัด Appendectomy อักเสบบวมแดง จำนวน 1 ราย เนื่องจาก Surgical Technique Contaminate และ ผู้ป่วยหลังผ่าตัด Explore lap due to Bowel perforate นอนรักษาตึกศัลยกรรม เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่เสี่ยงต่อให้เกิดติดเชื้อหลังผ่าตัดได้ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.17% รวมไปถึงบุคลากรในหอผู้ป่วยมีทั้งพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่มีความรู้ ทักษะที่ต่างกัน ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ไม่ใช่มาตรฐานเดียวกัน และในเดือนพฤศจิกายน 2567 พบอุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดจากการMark site ผิดข้าง 1ราย คิดเป็น 0.34% จากการทบทวนอุบัติการณ์ ผู้ป่วยCase OA Both Hip มีพยาธิสภาพปวดสะโพก2ข้าง แต่ปวดข้างซ้ายมากกว่าข้างขวา (ผู้ป่วยต้องการผ่าตัดข้างซ้าย) แพทย์ต้องการผ่าตัดข้างขวา ผู้ป่วยได้รับการpre-op OPD ,SET OR Right THA ,ระบุใบประเมินราคาLt THA พบว่าOPD ระบุใบยินยอมผ่าตัดLT TKA , พยาบาลIPD เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดmark site Left Leg มีการทวนสอบข้างที่ต้อง mark site กับผู้ป่วยก่อน mark site แล้ว ยังพบอุบัติการณ์ หลังผ่าตัดผู้ป่วยแผลผ่าตัดแห้งติดดี และมีความพึงพอใจที่ได้รับการผ่าตัดข้างซ้าย ดังนั้น เพื่อป้องกันอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง/ผิดหัตถการ, เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลติดเชื้อหลังผ่าตัด(SSI) และเพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะการดูเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เช่น การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดการMark site การเตรียมผิวหนัง การดูแลแผล และหลังผ่าตัด การทำแผล การประเมินสัญญาณการติดเชื้อของแผล ทางผู้จัดทำเห็นความสำคัญ จึงได้กำหนดแนวทางเพิ่มเติม ในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลัง เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ตั้งแต่ เดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง เดือนมิถุนายน 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก Check list ตามแบบการประกันคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (SSI) มีเนื้อหาที่มากเกินไป จึงปรับปรุงแนวทางการดูแลให้ชัดเจนขึ้น

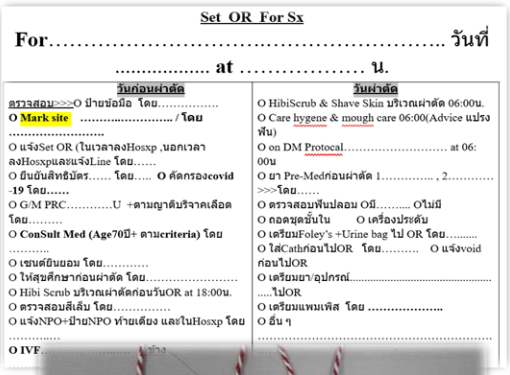
แบบการประกันคุณภาพการพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (SSI)

ลำดับ	กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1	**การเตรียมก่อนผ่าตัด**		
	1.1 ผู้ป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้าตามที่ทางโรงพยาบาลจัดไว้ให้		
	1.2 ผู้ป่วยได้รับการอาบน้ำ สระผม ให้สะอาด 1 วันก่อนผ่าตัด		
	1.3 ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ควรแนะนำให้ผู้ป่วยงดบุหรี่อย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนทำการผ่าตัด		
	1.4 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานและไม่ใช่ผู้ป่วยเบาหวานให้ได้ก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และภายใน 48-72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด ไม่ให้เกิน 200 mg%		
	1.5 ไม่ต้องทำจัดขนก่อนการผ่าตัด ยกเว้นรบกวนบริเวณที่ทำผ่าตัด ต้องทำจัดขนก่อนการผ่าตัด ให้ใช้เครื่องปลิบขน โดยปลิบภายใน 2 ชั่วโมง ก่อนการผ่าตัด		
	1.6 ทำสัญลักษณ์ในตำแหน่งที่ผ่าตัด (Mark site)		
	1.7 ผู้ป่วยถอดเครื่องประดับทุกชนิดก่อนเข้าห้องผ่าตัด		
	1.8 การล้างมือระดับ surgical hand washing (ห้องผ่าตัด)		
	1.9 ทำความสะอาดและเตรียมผิวหนังบริเวณที่ผ่าตัดและบริเวณโดยรอบด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ (ทำในห้องผ่าตัด)		
ลำดับ	กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
2	**ระยะหลังผ่าตัด**		
	2.1 ตรวจดูตำแหน่งผ่าตัด เมื่อรับย้ายจากห้องผ่าตัด		
	2.2 มีการตรวจดูตำแหน่งผ่าตัดทุกเวร		
	2.3 ล้างมือแบบ Hygienic hand washing ก่อนและหลังทำแผลผ่าตัด หรือทุกครั้งที่สัมผัสตำแหน่งผ่าตัด		
	2.4 มีการทำแผลผ่าตัดและเปลี่ยนผ้าปิดแผลใหม่ทุกครั้ง เมื่อพบแผลเปื่อย		
	2.5 ใช้หลัก aseptic technique ในการทำแผลผ่าตัดทุกครั้ง		
	2.6 ใช้หลักปฏิบัติการทำแผลแต่ละประเภท ตามคู่มือมาตรฐานการพยาบาลของโรงพยาบาลแม่สาย		
	2.7 พิจารณาหยุดยาต้านจุลชีพเพื่อการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด ภายใน 24 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด (ยกเว้น กรณีเพื่อรักษาโรคหรือการติดเชื้อให้ยาตามดุลพินิจของแพทย์)		
	2.8 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เรื่อง การดูแลแผลผ่าตัดที่ถูกต้อง อาการผิดปกติของการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด อาการผิดปกติต่าง ๆ ที่ต้องแจ้งพยาบาล		
	2.9 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เรื่อง การดูแลแผลผ่าตัดต่อเนื่องที่บ้าน การมาทำแผลผ่าตัดตามนัด และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์		

ระยะพัฒนา 1.ปรับ **แบบฟอร์มเตรียมผ่าตัด** ให้กระชับ แยกตามประเภทผ่าตัด ติดหน้าชาร์ต

2.เพิ่มระบบ **ป้ายสีตามข้างที่ผ่าตัด** (เขียว=ขวา, ชมพู=ซ้าย)

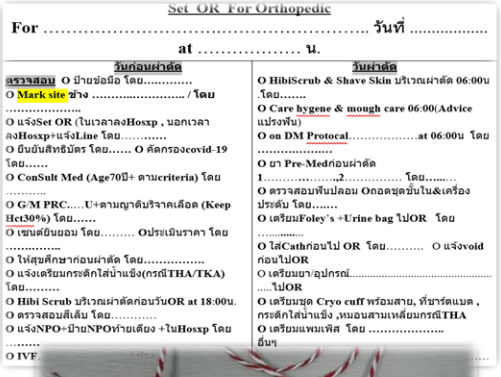
3.มีการ **Quick round + Notebook bedside** ⟶ ตรวจสอบร่วมกันแบบทันเวลา



Set OR For Sx

For..... วันที่ ..... at ..... น.

วันก่อนผ่าตัด	วันผ่าตัด
ตรวจสอบ>>>O ป้ายข้อมือ โดย..... O Mark site ช้าง ...../ โดย ..... O แจ้งSet OR (ในเวลาลงHosxp ,นอกเวลาลงHosxpและแจ้งLine โดย..... O ยืนยันสิทธิบัตร..... โดย..... O คัดกรองcovid -19 โดย..... O G/M PRC.....U +ตามญาติบริจาคเลือด โดย..... O ConSult Med (Age70ปี+ ตามcriteria) โดย ..... O เซนต์ยินยอม โดย..... O ให้สุขศึกษาก่อนผ่าตัด โดย..... O Hibi Scrub บริเวณผ่าตัดก่อนวันOR at 18:00น. O ตรวจสอบสิเล็บ โดย..... O แจ้งNPO+ป้ายNPO ท่ายเดียว และในHosxp โดย ..... O IVF	O HibiScrub & Shave Skin บริเวณผ่าตัด 06:00น. O Care hygene & mough care 06:00(Advice แปรงฟัน) O on DM Protocal..... at 06:00น O ยา Pre-Medก่อนผ่าตัด 1..... , 2..... >>>โดย..... O ตรวจสอบพันปลอม Oอี..... Oไม่มี O ถอดชุดชั้นใน O เครื่องประดับ O เตรียมFoley's +Urine bag ไป OR โดย..... O ใส่Cathก่อนไปOR โดย..... O แจ้งvoid ก่อนไปOR O เตรียมยา/อุปกรณ์..... .....ไปOR O เตรียมแพมเพิส โดย ..... O อื่น ๆ .....

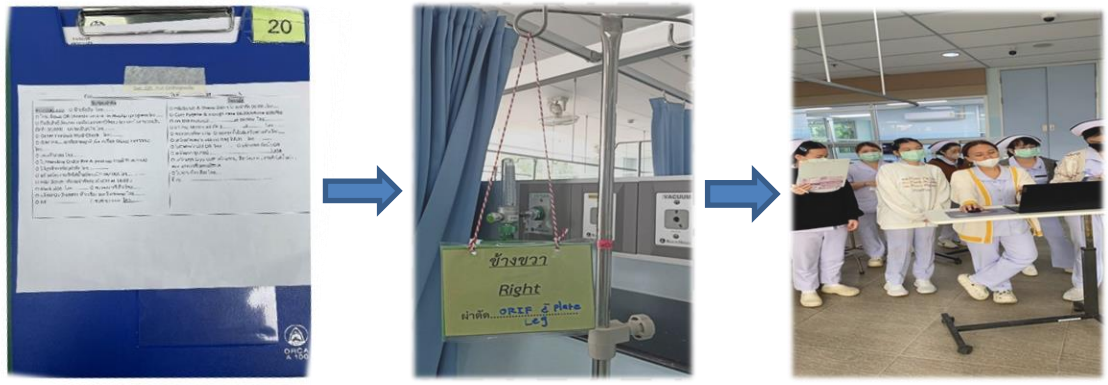


Set OR For Orthopedic

For ..... วันที่ .....
at ..... น.

วันก่อนผ่าตัด	วันผ่าตัด
ตรวจสอบ O ป้ายข้อมือ โดย..... O Mark site ช้าง ...../ โดย ..... O แจ้งSet OR (ในเวลาลงHosxp , นอกเวลาลงHosxp+แจ้งLine โดย..... O ยืนยันสิทธิบัตร โดย..... O คัดกรองcovid-19 โดย..... O ConSult Med (Age70ปี+ ตามcriteria) โดย ..... O G/M PRC.....U+ตามญาติบริจาคเลือด (Keep Hct30%) โดย..... O เซนต์ยินยอม โดย..... Oประเมินราคา โดย ..... O ให้สุขศึกษาก่อนผ่าตัด โดย..... O แจ้งเตรียมกระดิกไส่น้ำแข็ง(กรณีTHA/TKA) โดย..... O Hibi Scrub บริเวณผ่าตัดก่อนวันOR at 18:00น. O ตรวจสอบสิเล็บ โดย..... O แจ้งNPO+ป้ายNPOท่ายเดียง +ในHosxp โดย ..... O IVF	O HibiScrub & Shave Skin บริเวณผ่าตัด 06:00น โดย..... O Care hygene & mough care 06:00(Advice แปรงฟัน) O on DM Protocal.....at 06:00น โดย ..... O ยา Pre-Medก่อนผ่าตัด 1.....,2..... โดย..... O ตรวจสอบพันปลอม Oถอดชุดชั้นใน&เครื่องประดับ โดย..... O เตรียมFoley's +Urine bag ไปOR โดย ..... O ใส่Cathก่อนไป OR โดย..... O แจ้งvoid ก่อนไปOR O เตรียมยา/อุปกรณ์..... .....ไปOR O เตรียมชุด Cryo cuff พร้อมสาย, ที่ขาร์ดแบด , กระดิกไส่น่าแข็ง ,หมอนสามเหลี่ยมกรณีTHA O เตรียมแพมเพิส โดย ..... อื่นๆ

ระยะนำไปใช้



การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

สามารถดำเนินการ โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้นวัตกรรมนี้ต่อการดูแลผู้ป่วยในช่วงก่อนและหลังผ่าตัด โดยมีขั้นตอนและเกณฑ์การวัดผลตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด

ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์	เดือน			
		ส.ค-ก.ย.66	ต.ค.-ก.ย.67	ต.ค.-พ.ย.67	ธ.ค.-มิ.ย.68
1.ร้อยละการเกิดแผลติดเชื้อ SSI	<2% N*1000/los	0	2 ราย (0.17%)	0	0
2.บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อป้องกัน SSI	90%	70%	97%	98%	0
3.อุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง/ผิดหัตถการ	0 ราย	0	0	1 ราย (0.34%)	0

สรุป

การใช้นวัตกรรมนี้ช่วย **ลดการเกิดความผิดพลาด** จากการทำเครื่องหมายที่ไม่ชัดเจน โดยระบบจะตรวจสอบข้อมูลที่สอดคล้องกับการผ่าตัดให้เจ้าหน้าที่ทุกคนสามารถ **ทวนสอบได้ง่าย** ด้วยการใช้ป้ายสีสัญลักษณ์ การผ่าตัดระบุข้าง **การป้องกันแผลติดเชื้อหลังผ่าตัด** ด้วยการปรับปรุงกระบวนการเตรียมผู้ป่วย เช่น การตรวจสอบก่อนผ่าตัด (Mark site), การควบคุมการทำความสะอาดและการใช้อุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อ ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดแผลติดเชื้อ (Surgical Site Infection หรือ SSI) พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล **ได้รับการฝึกอบรม** และมีความมั่นใจในการประเมินและเตรียมผู้ป่วยตามขั้นตอนอย่างถูกต้องและสอดคล้องกัน

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดตามแนวทางที่กำหนด ทำให้ช่วยป้องกันความเสี่ยงการเกิดแผลติดเชื้อหลังผ่าตัดได้ ในด้านบุคคลากรมีความรู้เพิ่มมากขึ้นในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตำแหน่งแผลผ่าตัดติดเชื้อ และมีการพัฒนาแนวทางการรับ ส่งเวรท้ายเตียง สามารถลดระยะเวลาในการส่งเวรสั้นลงได้ รวมถึงสามารถประเมินผู้ป่วย โดยมีการ Re-Check โดยพยาบาลมากกว่า 2 คน เพื่อช่วยป้องกันความเสี่ยงในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่พร้อมหรือผิดพลาดได้อย่างทันท่วงที

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานIC. แบบการประกันคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (SSI). โรงพยาบาลแม่สาย;2565
2. สถิติข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดงานยุทธศาสตร์. โรงพยาบาลแม่สาย; 2567

การพัฒนาระบบดูแล ป้องกัน และเสริมพลังวัยใส ป้องการตั้งครรภ์ซ้ำในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย : CARE TEEN MODEL

พัชราภรณ์ มาลารัตน์
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลป่าแดด

บทนำ

จากสถานการณ์สังคมในปัจจุบันเป็นสมัยใหม่มีการติดต่อสื่อสาร การเดินทางอย่างไร้พรมแดน และความทันสมัยด้านเทคโนโลยีได้เปลี่ยนสังคมไทยจากเดิม วัยรุ่นเข้าถึงสื่อเทคโนโลยีได้ง่าย และมีการแข่งขันสูงทางด้านเศรษฐกิจเป็นสังคมแรงงานที่ต้องออกไปทำงานในสังคมเมืองที่มีโรงงานอุตสาหกรรม ครอบครัวส่วนใหญ่ที่มีบุตรต้องให้อยู่กับผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่นเลี้ยงดู ทำให้เด็กวัยรุ่นอยู่ห่างจากพ่อแม่ นำสู่การใช้ชีวิตกับเทคโนโลยี วัตถุนิยม ใช้สารเสพติดและการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเด็กอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรภาพรวมทั่วโลกมีแนวโน้มสูงขึ้น ข้อมูลทางสถิติพบว่าการตั้งครรภ์ของสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มากกว่าร้อยละ 90 จะอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ประเทศไทยมีอัตราการคลอดในหญิงวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 15-19 ปี สูงกว่าประเทศอื่นในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ค่าเฉลี่ยที่ 14 คนต่อประชากรหญิงอายุเดียวกัน 1,000 คน[1]

ข้อมูลจากสถิติการคลอดของแม่วัยรุ่น กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย 5 ปีย้อนหลัง ในปี 2562 อยู่ที่ 31 ต่อ 1,000 ประชากร ปี 2563 อยู่ที่ 28.7 ต่อ 1,000 ประชากร ปี 2564 อยู่ที่ 24.4 ต่อ 1,000 ประชากร ปี 2565 อยู่ที่ 21 ต่อ 1,000 ประชากรและปี 2566 อยู่ที่ 20.9 ต่อ 1,000 ประชากร ยังพบว่าอัตราการคลอดในกลุ่มอายุ 10-14 ปี 5 ปีย้อนหลังของไทย ในปี 2562 อยู่ที่ 1.1 ต่อ 1,000 ประชากร ปี 2563 อยู่ที่ 0.9 ต่อ 1,000 ประชากร ปี 2564 อยู่ที่ 0.9 ต่อ 1,000 ประชากร ปี 2565 อยู่ที่ 0.8 ต่อ 1,000 ประชากร และปี 2566 0.9 ต่อ 1,000 ประชากร[2] จากข้อมูลระดับประเทศจะเห็นได้ว่า การคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี มีอัตราคลอดที่เพิ่มสูงขึ้นและมีรายงานพบอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้นำมาวิเคราะห์เป็นร้อยละการคลอดซ้ำในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี, 15-19 ปี และ 10-19 ปี โดยพบว่าปี2566 การคลอดซ้ำในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 0.5 ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี เป็นร้อยละ 7.2 และ ในกลุ่มอายุ 10-19 ปี เป็นร้อยละ 7.0 ในกลุ่มที่พบการตั้งครรภ์ซ้ำมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 18-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 10 สำหรับกลุ่ม 10-14 ปี มีรายงานการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2564-2566 ร้อยละ 0.4, 0.8 และ 0.5 ตามลำดับ[3]

จากสถิติการคลอดของแม่วัยรุ่น กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย เขตสุขภาพที่ 1 มีแนวโน้มของอัตราการคลอดในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปีมากขึ้น ในปี2566 พบอัตราการคลอดในหญิงอายุ 10-19 ปี มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน และยังพบการตั้งครรภ์ซ้ำในกลุ่มหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีต่อเนื่องทุกปีและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มอายุดังกล่าว จากข้อมูลData center จังหวัดเชียงรายย้อนหลัง 5 ปีพบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี (ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี) ในปี 2562 อยู่ที่ 1.24 ปี 2563 อยู่ที่ 1.14 ปี 2564 อยู่ที่ 0.85 ปี 2565 อยู่ที่ 0.65 ปี 2566 อยู่ที่ 1.69 และปี 2567 อยู่ที่ 1.53 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี) ในปี 2562 อยู่ที่ 25.51 ปี 2563 อยู่ที่ 25.57 ปี 2564 อยู่ที่ 29.47 ปี 2565 อยู่ที่ 23.19 ปี 2566 อยู่ที่ 20.11 และปี 2567 อยู่ที่ 15.31 ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี 5 ปีย้อนหลัง ในปี 2562 พบร้อย

ละ19.23 ปี 2563 ร้อยละ20.81 ปี 2564 ร้อยละ 17.16 ปี 2565 ร้อยละ15.36 ปี 2566 ร้อยละ 16.19 และปี 2567 ร้อยละ 15.65[4]

ซึ่งในพื้นที่ของอำเภอป่าแดดเป็นอำเภอขนาดเล็กพบการตั้งครรภ์ครรภ์ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีในพื้นที่ต่อเนื่องทุกปี จากข้อมูลบันทึกการให้บริการการฝากครรภ์ของโรงพยาบาลป่าแดด อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย 5 ปีย้อนหลัง พบหญิงอายุระหว่าง10 -19 ปี เข้ารับบริการฝากครรภ์ทุกปี ปี 2562 จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.51 ปี 2563 จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.70 ปี 2564 จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.32 ปี 2565 จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.34 ปี 2566 จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.34 และปี 2567 จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.35 ยังพบว่าในปี 2563 และปี 2564 มีหญิงที่มารับบริการฝากครรภ์ตรวจพบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์(ซิฟิลิส เชื้อHIV) และมีปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้า(ฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์)หรือการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม และปี 2567 วัยรุ่นตั้งครรภ์เป็นนักเรียน เรียนในระบบการศึกษา ไม่มาฝากครรภ์ในระบบของโรงพยาบาลและคลอดเองที่บ้าน ในเหตุการณ์นี้ทำให้เด็กและครอบครัวเด็กเกิดความอับอาย มีอยู่ช่วงเวลาหนึ่งที่ไม่กล้าไปโรงเรียนและไม่กล้าพบเพื่อน และยังพบปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี จากข้อมูล 5 ปีย้อนหลังในปี 2562 พบร้อยละ 33.3 ปี 2563 พบร้อยละ 25 ปี 2564 พบร้อยละ7.69 ไม่พบการตั้งครรภ์ซ้ำในปี2565 แต่ยังพบต่อเนื่องในปี2566 พบร้อยละ 25 ปี 2567 พบร้อยละ 25[5]

ทั้งนี้ปัญหาการตั้งครรภ์และปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นยังคงมีต่อเนื่องทุกปีและยังเป็นปัญหาที่มีความสำคัญทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของ “การตั้งครรภ์ซ้ำ” ซึ่งมักเกิดจากการขาดระบบติดตามการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาเชิงลึก และการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์อย่างต่อเนื่อง ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษานวัตกรรม CARE TEEN MODEL : การพัฒนาระบบดูแล ป้องกัน และเสริมพลังวัยใส ป้องการตั้งครรภ์ซ้ำในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย เพื่อพัฒนารูปแบบระบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำและเพื่อลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำ รวมถึงการให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นอย่างครอบคลุมในทุกปัญหา เนื่องจากว่าปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหรือการเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำเกิดขึ้น แม้เพียง 1 ราย ก็เกิดผลกระทบกับปัญหาหลายด้าน ทั้งในตัววัยรุ่น ทารกหรือบุตรในครรภ์ ครอบครัวของวัยรุ่น สังคมรวมไปถึงประเทศชาติ เพราะเมื่อเกิดปัญหาวัยรุ่นในพื้นที่ส่วนใหญ่เลือกไม่ศึกษาต่อ เกิดการหย่าร้างสูง บุตรที่คลอดมาทิ้งให้ตายายที่บ้านเลี้ยง วัยรุ่นไปคบแฟนใหม่หรือมีสามีใหม่ เริ่มต้นครอบครัวใหม่ ในบางรายตั้งครรภ์ซ้ำในขณะที่ตนติดเชื้อ HIV แล้วไม่ยอมรับการรักษา ไม่รับประทานยาจึงส่งผลเสียต่อบุตรในครรภ์ด้วยที่ต้องกลายเป็นผู้ติดเชื้อ HIVร่วมกับมารดา จากปัญหาของพื้นที่ที่ได้กล่าวข้างต้นผู้ศึกษาจึงต้องการศึกษานวัตกรรม CARE TEEN MODEL : การพัฒนาระบบดูแล ป้องกัน และเสริมพลังวัยใส ป้องการตั้งครรภ์ซ้ำในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย ในครั้งนี้ วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ เพื่อลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำและเพื่อเชื่อมโยงความร่วมมือระหว่างครอบครัว โรงเรียน หน่วยบริการสุขภาพ และชุมชน ให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นอย่างครอบคลุมในทุกปัญหา เพื่อสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจ ทักษะชีวิตด้านเพศศึกษาและความรู้เรื่องการคุมกำเนิดสมัยใหม่และเพื่อสร้างเครือข่ายเพื่อนใจวัยรุ่นในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

จากปัญหาของพื้นที่ที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นจะเห็นได้ว่าวัยรุ่นในอำเภอป่าแดดยังพบปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำและมีการตั้งครรภ์ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีทุกปีต่อเนื่องและหญิงในกลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมและอยู่ในระหว่างเรียนในระบบการศึกษา จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลจากหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีที่มารับ

บริการที่คลินิกวัยรุ่นและANCระยะเวลาในการดำเนินงานทั้งหมด ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567 ถึง 31 ธันวาคม 2567

กิจกรรม	เดือน/ปี 2567					
	ม.ค.-กพ.	มี.ค.-เม.ย.	พ.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ส.ค.	ก.ย.-ต.ค.	พ.ย.-ธ.ค.
1.การศึกษาข้อมูลและเตรียมเอกสาร 1.1 ศึกษาสภาพปัญหาของกลุ่มวัยรุ่นจากทางโรงเรียนและชุมชน	←					
1.2 ศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	←					
1.3 การศึกษาเอกสารงานวิจัยและนวัตกรรมที่เกี่ยวข้อง	←					
1.4 ติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	←					
2. แต่งตั้งคณะกรรมการคลินิกวัยรุ่น 2.1 จัดทำแผนโครงการให้ความรู้กลุ่มวัยรุ่นและพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำและช่องทางให้ความช่วยเหลือ “เข้าถึง เข้าใจ พึงได้ ปลอดภัย”		←				
2.2 แนวทางระบบบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น(สาธารณสุข โรงเรียน ชุมชน)		←				
2.3 จัดกิจกรรมเชิงรุกร่วมกับภาคีเครือข่าย(รพ.สต. ชุมชน อสม หน่วยงานภายนอก)			←			
3.เก็บข้อมูล/พัฒนานวัตกรรม	←					→
4.ทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม					←	
5.การรายงาน/สรุป						←

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก

1.ศึกษาข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหา คือวิเคราะห์สถานการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำของพื้นที่อำเภอป่าแดด

2.จัดตั้งคณะกรรมการ การดำเนินงานตามแนวทางคลินิกบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น

3.ออกแบบรูปแบบนวัตกรรม (CARE TEEN MODEL) โดยใช้หลักการบูรณาการเครือข่าย ระบบติดตาม การให้ความรู้เพศวิถีและการเสริมพลังชีวิต

4.ประชุมชี้แจงคณะกรรมการ หน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอและหารือแนวทางกับคณะกรรมการเพื่อสร้างความเข้าใจและความร่วมมือ

ระยะพัฒนา

นำรูปแบบนวัตกรรม (CARE TEEN MODEL) ใช้กับร่วมกับเครือข่าย

C – Community Network Platform[6] (เครือข่ายสุขภาพ รพ.สต. ชุมชน สถานศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) ดังนี้

1.จัดตั้งคลินิกที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น(คลินิกวัยรุ่น)ในโรงพยาบาลป่าแดด

2.ประชุมชี้แจงแนวทางบริการคลินิกที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

3.ให้บริการหลากหลายช่องทางแก่วัยรุ่น คือโทรศัพท์มือถือ เฟสบุ๊คคลินิกวัยรุ่น และไลน์ออฟฟิตเชียลสำหรับวัยรุ่น เพื่อเป็นช่องทางให้วันรุ่นรับบริการปรึกษาหลายช่องทางและข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับวัย

4.ติดตามดูแลกรณีหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ตั้งครรภ์ จนคลอดหรือแท้ง และติดตามกลับเข้าสู่ระบบการศึกษา

5.ติดตามหญิงวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษาโดยครูผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่น

6.ติดตามการดูแลหญิงวัยรุ่นหลังคลอด/กลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยรพ.สต. อสม. และผู้นำชุมชน

A – Active Follow-up System[7] (ระบบติดตามแบบเชิงรุก) ดังนี้

1.เก็บข้อมูลวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มตั้งครรภ์เป็นฐานข้อมูลโดยไม่ละเมิดความเป็นส่วนตัว และมีการติดตามโดยเจ้าหน้าที่คลินิกวัยรุ่นและพยาบาลวิชาชีพในคลินิกฝากครรภ์ในกลุ่มหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ และกรณีเป็นวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษาติดตามโดยครูผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง

2.เยี่ยมเสริมพลังวัยรุ่นหญิงหลังคลอดทุกราย

R – Real Sex Ed[8] (เพศศึกษาแบบเข้าใจจริง)

1.วัยรุ่นหญิงหลังคลอดทุกรายได้รับการเยี่ยมโดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคลินิกวันรุ่น โดยมีสื่อแผนพับการแนะนำการคุมกำเนิดด้วยสมัยใหม่ ทั้งเจ้าหน้าที่อธิบายให้สุขศึกษาความรู้เรื่องการคุมกำเนิดสมัยใหม่แก่วัยรุ่นหลังคลอด สามีหรือบุคคลในครอบครัว เพื่อให้วัยรุ่นและคนในครอบครัวเข้าใจผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำและวิธีป้องกันที่ถูกต้องเหมาะสม

2.จัดทำโครงการอบรมแกนนำเพศวิถีและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในพื้นที่

3.สภาเด็กและเยาวชนจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาและการป้องกันการตั้งครรภ์

E – Empowerment Program[9] (โปรแกรมเสริมพลังชีวิต)

1.วัยรุ่นหลังคลอดหรือแท้งได้รับการเสริมพลัง โดยการแนะนำและสร้างแรงบันดาลใจ ทำสัญญาใจให้เรียนต่อในระบบการศึกษาขั้นพื้นฐาน

2.ประสานหน่วยงานรัฐเพื่อช่วยเหลือด้านทุนสนับสนุนในกรณีหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีมีบุตร เช่นหน่วยงานบ้านพักเด็กและพัฒนาสังคม

ระยะนำไปใช้

นวัตกรรม CARE TEEN MODEL ได้รับการนำไปใช้ในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในกลุ่มวัยรุ่นหญิง ตลอดจนส่งเสริมสุขภาวะทางเพศและการกลับเข้าสู่ระบบการศึกษาอย่างเหมาะสมผ่านกระบวนการบูรณาการภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่

กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมประกอบด้วย

- กลุ่มหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์และหลังคลอด ที่ขึ้นทะเบียนในระบบบริการฝากครรภ์ (ANC) ของโรงพยาบาลป่าแดด

- กลุ่มวัยรุ่นหญิงในระบบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 100 คน โดยดำเนินการผ่านสถานศึกษาและครูผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่น
- บุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบบริการและชุมชน รวมประมาณ 40 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่คลินิกวัยรุ่น โรงพยาบาลป่าแดด เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่รับผิดชอบงานคลินิกวัยรุ่น ตัวแทน อสม. ประจำแต่ละตำบล ผู้นำชุมชนในแต่ละตำบล และครูแนะแนวในสถานศึกษา

การดำเนินงานครอบคลุมระยะเวลา 12 เดือน (มกราคม–ธันวาคม 2567) ผ่านกิจกรรมภายใต้กรอบ CARE TEEN MODEL ได้แก่

1.การจัดตั้งคลินิกวัยรุ่นและบริการให้คำปรึกษาหลายช่องทาง

2.การติดตามเชิงรุกในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์/กลุ่มเสี่ยง

3.การให้ความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและการคุมกำเนิดอย่างเหมาะสม

4.การส่งเสริมศักยภาพและการกลับเข้าสู่ระบบการศึกษาหลังคลอด

รูปแบบการดำเนินงานดังกล่าวเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ ทั้งภาคสาธารณสุข การศึกษา ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้เกิดระบบดูแลวัยรุ่นที่ยั่งยืนและเหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

1.มีการสร้างเครือข่ายชุมชนในการดูแลวัยรุ่นในพื้นที่ทั้ง 5 ตำบล

2.ประเมินความตั้งใจที่จะไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำโดยการเขียนรูปหัวใจบนบอร์ด หรือ Flipchart

3.ประเมินความพึงพอใจต่อนวัตกรรม CARE TEEN MODEL โดยใช้แบบสอบถาม

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

1.เกิดเครือข่ายชุมชนเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ซ้ำครอบคลุมทั้ง 5 ตำบล (อย่างน้อย 1 เครือข่าย)

2.ร้อยละของวัยรุ่น มีความตั้งใจที่จะไม่ตั้งครรภ์ซ้ำ (เป้าร้อยละ 80)

3.คะแนนประเมินความพึงพอใจต่อนวัตกรรม CARE TEEN MODEL

ผลลัพธ์

1.มีเครือข่ายชุมชนในการให้ความร่วมมือเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ซ้ำทั้ง5ตำบลในระดับพื้นที่อย่างเข้มแข็ง

2.วัยรุ่นร้อยละ 100 มีความตั้งใจที่จะไม่ตั้งครรภ์ซ้ำ

3.คะแนนประเมินความพึงพออยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 4.89)[10]

สรุป

นวัตกรรม CARE TEEN MODEL มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหา ซึ่งมีรูปแบบในการดำเนินงานที่บูรณาการภาคีเครือข่ายทั้งในระบบสุขภาพ การศึกษา และชุมชน เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในกลุ่มวัยรุ่นหญิง โดยเน้นการดูแลเชิงรุก การส่งเสริมความรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างเข้าใจจริง และการเสริมพลังให้วัยรุ่นกลับเข้าสู่ระบบการศึกษา

ผลการดำเนินงานพบว่า นวัตกรรมมีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยสามารถสร้างเครือข่ายความร่วมมือในระดับพื้นที่ได้อย่างเข้มแข็ง ส่งเสริมให้กลุ่มวัยรุ่นมีทัศนคติที่ดีและตั้งใจหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์ซ้ำ กลุ่มเป้าหมายแสดงความพึงพอใจต่อนวัตกรรมอยู่ในระดับสูง ทั้งในด้านกระบวนการให้บริการ ความรู้ที่ได้รับและการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง นวัตกรรมนี้จึงสามารถเป็นต้นแบบที่นำไปปรับใช้หรือขยายผลในพื้นที่อื่นได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. ประโยชน์ต่อกลุ่มวัยรุ่น
- วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมตั้งแต่ตั้งครรภ์จนหลังคลอด
- วัยรุ่นได้รับความรู้และเข้าถึงการคุมกำเนิดที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ซ้ำ
- เพิ่มโอกาสในการกลับเข้าสู่ระบบการศึกษาและพัฒนาทักษะชีวิต
- ได้รับกำลังใจและการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

2. ประโยชน์ต่อครอบครัวและชุมชน
- ครอบครัวได้รับข้อมูลและคำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลวัยรุ่น
- ชุมชนเกิดความเข้าใจและมีบทบาทในการสนับสนุนวัยรุ่นอย่างเหมาะสม
- ลดปัญหาทางสังคมที่เกิดจากการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น เช่น การเลี้ยงดูเด็กที่ไม่พร้อม หรือการออกจากโรงเรียน

3. ประโยชน์ต่อหน่วยบริการสุขภาพและสถานศึกษา
- มีระบบการดูแล ติดตามที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ
- สถานบริการสามารถให้บริการวัยรุ่นได้หลากหลายช่องทาง สอดคล้องกับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีของวัยรุ่นในปัจจุบัน
- ครูและบุคลากรทางการศึกษามีแนวทางในการช่วยเหลือ ดูแล และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

4. ประโยชน์ต่อระบบสุขภาพโดยรวม
- ลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นซึ่งเป็นภาระด้านสาธารณสุขในระยะยาว
- ส่งเสริมการบูรณาการงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ
- สร้างโมเดลต้นแบบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Adolescent pregnancy [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2024 Jul 1]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

2. กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์การคลอดในวัยรุ่น ปี 2566.กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.

3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ประเทศไทย ปี 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.

4.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. ข้อมูลสถิติการคลอดของแม่วัยรุ่น จังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2562–2567. เชียงราย: กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ; 2567

5.โรงพยาบาลป่าแดด. รายงานการฝากครรภ์หญิงวัยรุ่น ปีงบประมาณ 2562–2567. เชียงราย; 2567.

6.สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2563). *คู่มือเครือข่ายดูแลวัยรุ่นในชุมชน*.

7.กรมอนามัย. (2565). *แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำ*.

8.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2564). *เพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย: รูปธรรมแนวทางการสอน*.

9.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล. (2561). *พัฒนาเยาวชนไทยเชิงบวก: คู่มือสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่น*.

10.วิเชียร ชีวสุทธิ์. (2550). *เทคนิคการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลทางสถิติ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ผลของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดูแลและติดตามผู้ป่วยในระบบการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

จิตรลดา สมรัตน์
งานการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแม่สรวย

บทนำ

ผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลแม่สรวยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยในช่วงปี 2559 – 2561 จำนวนผู้ป่วยมีรายละเอียดดังนี้ 79, 61, 77, 79 คนตามลำดับ ขณะที่ช่วงปี 2562 – 2568 มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 132, 163, 150, 199, 296,409 และ 164 คน ตามลำดับ[1]

ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้องเริ่มตั้งแต่การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยที่ได้รับติดตามเยี่ยมบ้าน จนถึงการจำหน่ายออกจากระบบการดูแล รวมทั้งข้อมูลการติดตามผลลัพธ์การดูแลและข้อมูลความเสี่ยงหรือปัญหาที่ท้าทายในการดูแล ซึ่งข้อมูลดังกล่าวมีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา เฉลี่ยผู้รับบริการการดูแลแบบประคับประคองปี 2568 อยู่ที่ 18 คนต่อวัน

บริบทโรงพยาบาลแม่สรวย การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองรายใหม่กำหนดให้ ทุกจุดบริการขึ้นทะเบียนเองได้ทุกที่ มีพยาบาลผู้รับผิดชอบงานการดูแลแบบประคับประคอง (PCN) เป็นผู้จัดการดูแลระบบ 1คน มีพยาบาลที่รับผิดชอบประจำหน่วยบริการ หน่วยละ 1 คน รวม 6 คน แพทย์ผู้รับผิดชอบ1 คน แต่การดูแลผู้ป่วยไม่ได้กำหนดไว้ให้เฉพาะ แพทย์ที่รับผิดชอบงานการดูแลแบบประคับประคองเท่านั้น และยังไม่มีคลินิกpalliative care แต่ให้ PCN ที่ขึ้นทำงานเวรเช้าจะรับ ผู้ป่วยทุกวันในการดูแลทั้งผู้ป่วยในโรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้าน

ในช่วงแรกปี 2559-2565 การบันทึกข้อมูลโดยสมุดทะเบียนเพียงอย่างเดียว ต่อมาปี2563 มีการจัดเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการติดตามและประมวลผลในระบบ Microsoft Excelการเก็บตัวชีวัดช่วงแรก ใช้การนับจากทะเบียน ปี2566 มีการนำการขึ้นทะเบียนรายใหม่ใน LINE open chatและลงทะเบียนรวมใน ระบบ NCD register ใน HOSXP ปัจจัยที่กระตุ้นการเปลี่ยนแปลงในปีนี้ ได้แก่ จำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนมาใช้ระบบไร้กระดาษ (paperless) จำนวนเจ้าหน้าที่ที่เพิ่มมากขึ้น และความยากลำบากในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งใช้เวลามาก จึงได้ใช้ระบบใช้ LINE notify แจ้งเตือน การมารับบริการใช้ Application หมอของฉันมาใช้และ ปี2568 ใช้ Telegram แทน LINE notify แจ้งเตือนการมารับบริการ ตั้งแต่ เมย ปี2568 ถึงปัจจุบัน ส่งผลให้พบปัญหาในด้านความไม่ครบถ้วนและความสมบูรณ์ของข้อมูลรวมถึงความยุ่งยากในการติดตามดูแล

วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ มีการบันทึกและติดตามข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนและสมบูรณ์ เพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามดูแลผู้ป่วย โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและระบบไร้กระดาษ (paperless) เพื่อลดความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยและปรับปรุงความถูกต้องของข้อมูลในการดูแล

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม ดังนี้ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2559 ถึงปัจจุบัน

กิจกรรม	ปี 2559 – 2562	ปี 2563 – 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
การขึ้นทะเบียนรายใหม่ใน สมุด	←	—	→			
ทะเบียนผู้ป่วยในระบบ excel		←	→			
การขึ้นทะเบียนรายใหม่ใน LINE open chat				←	—	→
ทะเบียนผู้ป่วย palliative care ใน HOSXP ใน NCD register				←	—	→
ใช้ LINE notify แจ้งเตือน การมารับบริการ				←	—	→
ใช้ Application หมอของฉัน				←	—	→
ใช้ Telegram แจ้งเตือนการ มารับบริการ ตั้งแต่ เมย ปี68 ถึงปัจจุบัน						← →

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ใช้PDSA ในการพัฒนานวัตกรรม โดยการทบทวนปัญหาในการดำเนินงาน หาแนวทางจัดการ ทดลองใช้ ชี้แจงผู้มีส่วยเกี่ยวข้อง ติดตามผลการใช้ และคืนข้อมูลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง อย่างสม่ำเสมอ

ตารางแสดงการเปลี่ยนแปลงการจัดเก็บข้อมูลและผลลัพธ์ในแต่ละช่วง

กิจกรรม		แนวทางการทำงาน	ผลลัพธ์
การขึ้นทะเบียนผู้ป่วย palliative care รายใหม่	**เดิม**	**What:** ใช้สมุดบันทึก **When:** ขึ้นทะเบียนได้เฉพาะเวรเช้าเวลาราชการ **Where:** สมุดอยู่ที่งาน OPD **Who:** เจ้าหน้าที่ ที่ OPD ขึ้นทะเบียนให้ **How:** ทุกจุดบริการแจ้งไปยัง OPD ให้ลงข้อมูล	- ไม่สะดวก ต่อการทำงาน ใช้เวลามาก - พบข้อผิดพลาดในการลงข้อมูล จากการสื่อสารและการเขียน เช่น ชื่อผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค เบอร์โทรศัพท์ เป็นต้น ตรวจสอบย้อนกลับยาก
	ใหม่	**What:** LINE open chat **Where:** ทุกจุดบริการขึ้นทะเบียนได้เอง **When:** ขึ้นทะเบียนได้ตลอดเวลา **Who: พยาบาลทุกจุดบริการ** **How:** ตั้งกลุ่ม LINE open chat แล้วชี้แจงให้ Palliative Care Ward Nurse (PCWN) และพยาบาลทุกจุดบริการที่มีการดูแลผู้ป่วย palliative care ทราบและดำเนินการลงทะเบียนตามแบบใหม่	- สะดวกต่อการขึ้นทะเบียนได้ทุกจุดบริการและทุกเวลา - สะดวกต่อการตรวจสอบข้อมูล - สะดวกต่อการเยี่ยมบ้าน - ข้อมูลถูกต้องครบถ้วนขึ้น - หากมีข้อผิดพลาด ตรวจสอบได้ - ไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่ม ไม่ต้องทำสมุดทะเบียนและไม่ต้องดูแลรักษา

กิจกรรม		แนวทางการทำงาน	ผลลัพธ์
ทะเบียนผู้ป่วย palliative care	**เดิม**	**What:** ใช้ Microsoft Excel **When:** ทำเมื่อว่าง **Where:** ในคอมพิวเตอร์ส่วนตัว **Who:** Palliative Care Nurse (PCN) **how:** PCN นำข้อมูลมาลงในระบบ Microsoft Excel	- มีข้อมูลมากขึ้นและมีองค์ประกอบหลายอย่าง บางครั้งไม่สะดวก - เกิดการไม่สมบรูณของข้อมูล - ยุ่งยากตอนประมวลผลลัพธ์
	ใหม่	**What:** ลงใน NCD registry **When:** อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง **Where:** ในระบบ HOSXP ทำได้ ทุกที่ ทุกเวลาในรพ **Who:** ผู้ช่วยเหลือคนไข้ลงข้อมูล PCN ตรวจสอบ **How:** นำข้อมูลจาก LINE open chat ลงทะเบียนทั้งผู้ป่วยใหม่และการจำหน่ายผู้ป่วย	เหมาะกับลักษณะงาน ในการลงบันทึกข้อมูล เข้าถึงข้อมูล การตรวจสอบประมวลผลงาน การนำไปใช้ได้ง่าย และสามารถส่งออกข้อมูลเป็น Microsoft Excel ได้
การติดตามการเข้ามารับบริการ เพื่อการดูแลและการติดตามเยี่ยม	**เดิม**	**What:** ใช้โทรศัพท์ถาม ข้อมูลผู้ป่วย **When:** ทุกวันทำการ **Where:** ทุกจุดบริการ ผู้ป่วยใน ต้องรอโทรถามหลังการรับส่งเวร บางครั้งได้ข้อมูลไม่ครบว่ามีผู้ป่วยกี่ราย และมีข้อมูลอะไรบ้าง **Who:** PCN **How:** ผู้ป่วยใน PCN จะโทรถามยอดและข้อมูลผู้ป่วยตอนเช้า พยาบาล	- ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการไม่สามารถตรวจสอบได้อย่างครบถ้วนถึงยอดผู้มารับบริการแต่ละวัน - ไม่สามารถวางแผนการปฏิบัติงานที่เหมาะสมในการไปดูแลผู้ป่วยได้ - ตรวจสอบการบันทึกเวชระเบียนไม่ได้ เช่น การลง ICD-10 รหัส Z515 การขึ้นทะเบียน หรือการมารับบริการเอกสาร advance care plan (ACP) เป็นต้น
	ใหม่	**What:** ใช้ LINE notify เตือน ร่วมกับการใช้ application หมอของฉันในการดูข้อมูลผู้ป่วยในหลังLINE notify หยุดให้บริการจึงเปลี่ยนมาใช้ Telegram เตือนแทน LINE notify **When:** ระบบ Telegram จะเตือนวันละ 2 ครั้ง ข้อมูลเพื่อนำมาใช้ต่อได้ตลอดวัน **Where:** ในโทรศัพท์ ผ่านระบบ application หมอของฉัน **Who:** PCN ออกแบบระบบแล้วงานสารสนเทศดำเนินการต่อ	- รับทราบข้อมูลการมารับบริการผู้ป่วยทั้งนอกและใน วันละ 2 ครั้ง - สามารถรู้ข้อมูลเพื่อนำมาวางแผนเบื้องต้นในการปฏิบัติงาน ทั้งในการดูแลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก - สะดวกในการดูข้อมูลผู้ป่วย หลังจากเปลี่ยนเป็นระบบ paper less ข้อมูลผู้ป่วยอยู่ในระบบ HOSXP ซึ่งทีมในตึกผู้ป่วยจะใช้เป็นหลัก PCN ใช้ดู

กิจกรรม		แนวทางการทำงาน	ผลลัพธ์
		How: ระบบเตือนวันละ 2 ครั้งเวลา 08.00 น และ20.00น ให้รู้ถึงข้อมูลผู้ป่วย จากนั้น PCN นำข้อมูลมาวางแผนการดูแลผู้ป่วย - PCN ตรวจสอบความสมบรูณ ของเวชระเบียนของผู้ป่วยในทุกวัน ผู้ป่วยนอกสัปดาห์ละ1 ครั้ง - PCN สรุปข้อมูลหลังนำข้อมูลความเสี่ยง ต่างๆ มาประชุม /หารือแก้ไขปัญหาการดูแล กับทีมผู้เกี่ยวข้อง	ข้อมูลจากโทรศัพท์เคลื่อนที่ผ่าน application - ตรวจสอบการบันทึกเวชระเบียนได้ เช่น การลง ICD-10 รหัส Z515 การขึ้นทะเบียน หรือการมารับบริการ เอกสาร ACP ข้อมูลการติดตามเยี่ยม เป็นต้น - พบความไม่สมบรูณของเวชระเบียน จากหลายสาเหตุ การให้การดูแลผู้ป่วยเกิดความเสี่ยง และรู้ว่าเกิดจากจุดบริการใดทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้สะดวก -เกิด การทำตารางการใช้อุปกรณ์สำหรับให้ยาทางผิวหนัง เพื่อช่วยในการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่ (เนื่องจากรพแม่สรวยมีอุปกรณ์ 3 ชนิด ทั้งใช้แล้วทิ้งและใช้ซ้ำ)

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม ประเมินจากตัวชี้วัดของการทำงาน

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567	มิย 2568
ร้อยละการได้รับการดูแลต่อเนื่อง	≥60	65 54/79	**30.4** **43/140**	**15.15** **31/199**	**30.33** **90/296**	**54.35** **222/408**	**50.09** **133/265**
อัตราผู้ป่วย palliative care ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	≥ ร้อยละ 75	83	87.41	71.36	91.80	90.10	86.95
จำนวนเงินเคลม (บาท)	-	331,000	121,750	-	252,500	**746,500**	**402,000**

สรุป

ผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลแม่สรวย เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ดังนี้ปี 2559 – 2561 เฉลี่ยปีละ 74 คน และเพิ่มขึ้นช่วงปี 2562 - 2564 เฉลี่ยปีละ 148 คน ปี 2565 – 2568 จำนวน 199, 296,409 และ 163 คนตามลำดับ ในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการจัดการข้อมูล ซึ่งเริ่มตั้งแต่การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ การติดตามดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งในตึกผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก การติดตามเยี่ยมบ้าน และการติดตามผลลัพธ์ในช่วงแรกใช้การลงเป็นเอกสารทั้งในสมุดและจัดเก็บเพื่อใช้ในการติดตามและประมวลผลในระบบ Microsoft Excel ต่อมาพบว่ามีปัจจัยกระตุ้นการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ จำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนมาใช้ระบบไร้กระดาษ (paperless) การเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ และความยากลำบากในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยซึ่งใช้เวลามาก ดังนั้นจึงมีการวิเคราะห์หาสาเหตุและวิธีการแก้ไขปัญหานี้ นำไปสู่ออกแบบการแก้ไขโดยใช้หลัก PDSA ซึ่งรวมถึงการนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการจัดการข้อมูล ได้แก่ การขึ้นทะเบียนรายใหม่ในระบบ LINE Open Chat แทนสมุดทะเบียน การใช้

ระบบ NCD Registry ในระบบ HOSXP แทน Microsoft Excel การใช้ LINE Notify ในการแจ้งเตือนการมารับบริการรายวันของผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก หลัง LINE Notifyหยุดให้บริการจึงได้นำ Telegram มาเป็นตัวช่วยในการแจ้งเตือนการมารับบริการของผู้ป่วย รวมถึงการใช้ Application “หมอของฉัน” ที่ช่วยในการเข้าถึงระบบข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยในกรณีที่ต้องการเข้าถึงระบบ HOSXP ผลลัพธ์: ผู้รับบริการได้รับการดูแลและติดตามเยี่ยมมากขึ้น ในขณะที่เจ้าหน้าที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการจัดการข้อมูลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลแม่สรวย ส่งผลให้การดูแลและติดตามผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานได้สะดวกและประหยัดเวลา ซึ่งช่วยในการวางแผนการดูแลได้ดีขึ้น เพราะ ระบบสารสนเทศช่วยในการทวนสอบความถูกต้องของข้อมูล ลดความผิดพลาดในการบันทึกและสื่อสาร ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสมและทันเวลา การเปลี่ยนแปลงนี้ยกระดับคุณภาพการดูแลและเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญ

เอกสารอ้างอิง

1 งานการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแม่สรวย.2568, ติดต่อด้วยตัวเอง

ระบบจัดเก็บ ติดตาม และควบคุมวัสดุห้องปฏิบัติการด้วยเทคโนโลยี (Lab CS TechStock)

กรรณิการ์ ใจเงิน[1] นันทพร บุญกอง[2]
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

บทนำ

การบริหารจัดการวัสดุในห้องปฏิบัติการมีบทบาทสำคัญต่อประสิทธิภาพในการให้บริการทางห้องปฏิบัติการ ทั้งในด้านคุณภาพ ความปลอดภัย และความต่อเนื่องของการตรวจวิเคราะห์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการป้องกันปัญหา การขาดแคลนวัสดุ ซึ่งอาจส่งผลต่อกระบวนการให้บริการและความล่าช้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย[(1)] วัสดุที่ใช้ในห้องปฏิบัติการ อาทิ หลอดเก็บสิ่งส่งตรวจ อุปกรณ์เจาะเก็บเลือด และสารเคมีต่าง ๆ จำเป็นต้องมีปริมาณที่เพียงพอ พร้อมใช้งาน และถูกควบคุมอย่างมีระบบ

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลเชียงแสน มีแนวทางในการจัดเก็บวัสดุโดยการเบิกจากคลังกลางของโรงพยาบาลสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง และนำมาจัดเก็บไว้ในคลังของกลุ่มงาน โดยมีเจ้าหน้าที่จำนวน 1 คนเป็นผู้รับผิดชอบในการบันทึกรายการวัสดุเข้า-ออกในรูปแบบเอกสาร (Hard copy) อย่างไรก็ตาม การเบิกจ่ายวัสดุสำหรับใช้งานในแต่ละวันโดยเจ้าหน้าที่คนอื่น ๆ ภายในห้องปฏิบัติการ ยังไม่มีระบบตัดยอดวัสดุแบบทันที (Real-time)

สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้เกิดปัญหายอดวัสดุคงคลังไม่ตรงกับข้อมูลที่บันทึกไว้ในระบบเดิม วัสดุบางรายการหมดก่อนถึงรอบการเบิกจากคลังกลางของโรงพยาบาลในครั้งถัดไป ซึ่งส่งผลกระทบต่อกระบวนการตรวจวิเคราะห์ ทำให้การให้บริการล่าช้า และอาจส่งผลต่อระยะเวลาการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้จัดทำจึงได้พัฒนานวัตกรรมเชิงระบบ “Lab CS TechStock” ซึ่งเป็นระบบจัดการคลังวัสดุภายในห้องปฏิบัติการ โดยนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในกระบวนการจัดเก็บ ติดตาม และควบคุมวัสดุแบบเรียลไทม์ (Real-time) พร้อมประยุกต์ใช้แนวคิดด้าน Human Factor Engineering [(2)] เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบันทึกข้อมูลวัสดุทั้งในส่วนของการรับเข้าและจ่ายออกได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ โดยคำนึงถึงความง่ายในการใช้งาน (Usability) และความสะดวกสบายของผู้ใช้ระบบ เช่น การออกแบบหน้าจอและแบบฟอร์มที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ลดขั้นตอนการบันทึกข้อมูลที่ซับซ้อน ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติที่ส่งตรงถึงผู้เกี่ยวข้องผ่าน LINE ช่วยให้เจ้าหน้าที่ไม่ต้องตรวจสอบข้อมูลด้วยตนเองบ่อยครั้ง และรองรับการใช้งานผ่านอุปกรณ์หลายประเภท ทั้งคอมพิวเตอร์และสมาร์ทโฟน เพื่อความคล่องตัวในการบันทึกข้อมูลแบบเรียลไทม์

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

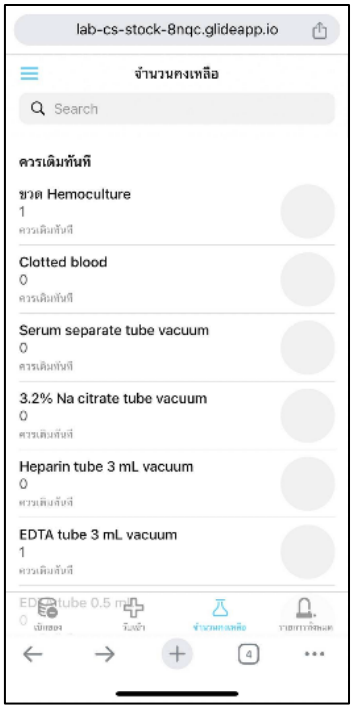
เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.2567 - มิถุนายน พ.ศ.2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก

ได้มีการวิเคราะห์ปัญหาของระบบการจัดการวัสดุเดิมภายในกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลเชียงแสน พบว่าเจ้าหน้าที่ต้องดำเนินการตรวจนับสต๊อกด้วยตนเอง โดยใช้แบบฟอร์มกระดาษ (Hard copy) และสรุปรายการเบิกวัสดุด้วยวิธี Manual ส่งผลให้เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนของข้อมูล การทำงานซ้ำซ้อน และไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลแบบทันถ่วงทีได้

ผู้จัดทำจึงได้เริ่มสำรวจเครื่องมือทางเทคโนโลยีที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการบริหารคลังวัสดุ และทดลองใช้ Google Sheet ร่วมกับแพลตฟอร์ม Glide [3] เพื่อสร้างระบบบันทึกสต๊อกออนไลน์ เชื่อมข้อมูลออนไลน์ พร้อมเรียนรู้การใช้งานผ่านคลิป YouTube [4] เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการใช้งานจริง

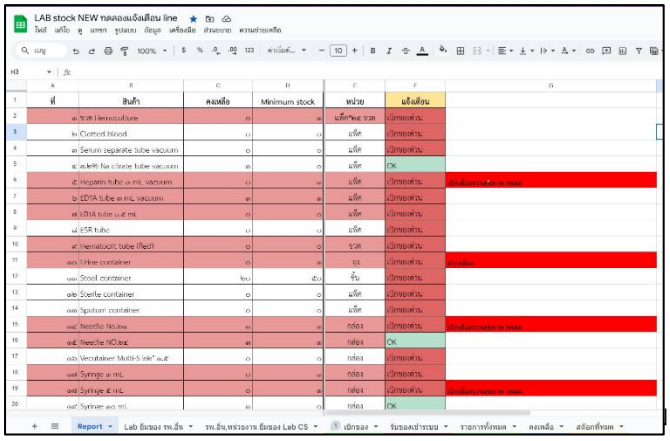


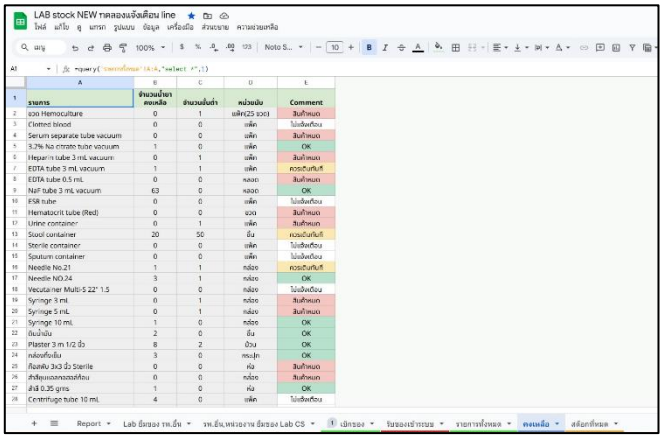
ภาพที่ 1 ตัวอย่างโปรแกรม gideapp.io

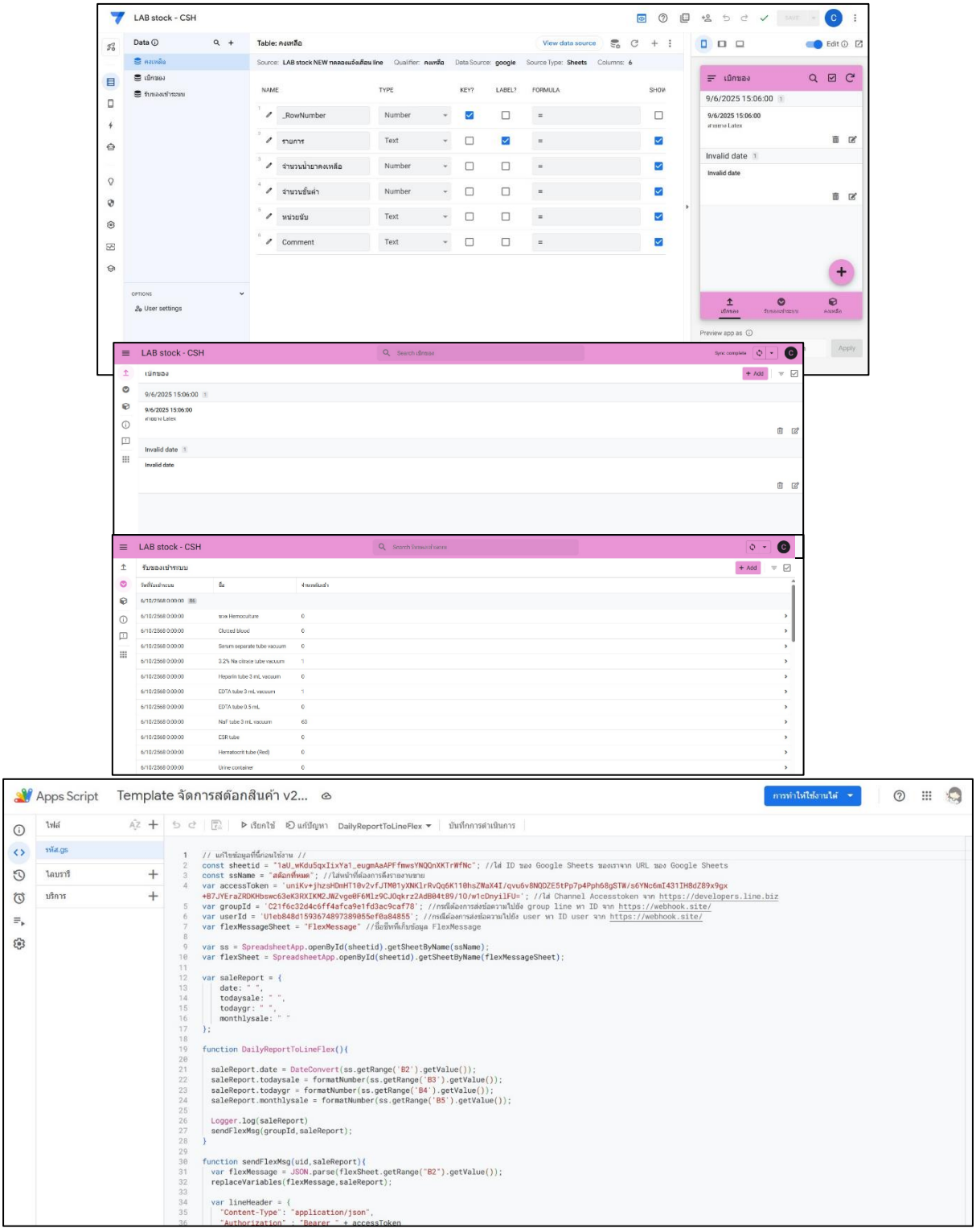
ระยะพัฒนา

เมื่อพบว่าระบบเดิมที่พัฒนาเบื้องต้นยังมีข้อจำกัด อาทิ ความไม่เสถียรของระบบและข้อผิดพลาดบ่อยครั้ง จึงได้ดำเนินการปรับเปลี่ยนเครื่องมือมาใช้ Google AppSheet ซึ่งสามารถพัฒนาเป็นแอปพลิเคชันสำหรับบริหารจัดการคลังวัสดุได้อย่างมีประสิทธิภาพ รองรับการใช้งานผ่านคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์เคลื่อนที่ Smartphone และสามารถกำหนดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลของผู้ใช้แต่ละคนผ่านบัญชี Google

นอกจากนี้ ได้ประยุกต์ใช้ Google Apps Script เชื่อมต่อกับ Google Sheet เพื่อสร้างระบบแจ้งเตือนวัสดุที่ถึงระดับขั้นต่ำ (Minimum Stock) หรือวัสดุที่หมดผ่านแอปพลิเคชัน LINE โดยอ้างอิงแนวทางจากคลิป YouTube [5] เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนเบิกวัสดุได้อย่างมีประสิทธิภาพ





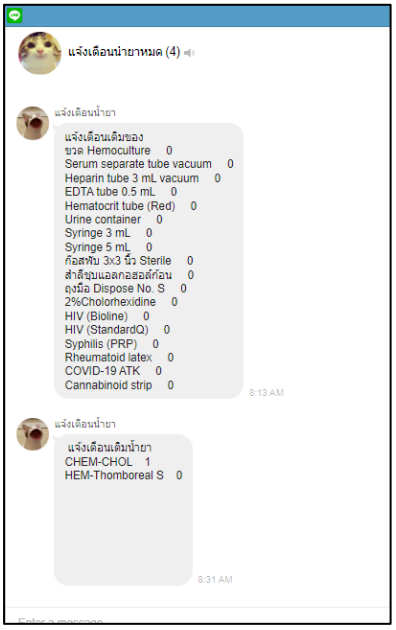


ภาพที่ 7 การเขียน Script แจ้งเตือนไลน์

ระยะนำไปใช้

ระบบ “Lab CS TechStock” ได้เริ่มนำไปใช้งานจริงภายในกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โดยเจ้าหน้าที่แต่ละคนสามารถบันทึกข้อมูลวัสดุ รับเข้า - จ่ายออก ได้แบบเรียลไทม์ผ่านแอป AppSheet พร้อมทั้งรับการแจ้งเตือนวัสดุที่ใกล้ถึงระดับขั้นต่ำ (Minimum Stock) หรือวัสดุที่หมดผ่าน LINE อัตโนมัติ

ในช่วงทดลองใช้งาน มีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการใช้งานระบบใหม่ในด้านระยะเวลาในการทำงาน อีกทั้งความถูกต้อง (Accuracy) วัดความตรงกันของระบบแจ้งเตือนวัสดุที่ถึงระดับขั้นต่ำ (Minimum Stock) หรือวัสดุที่หมดโดยอัตโนมัติ เปรียบเทียบกับปริมาณจริงจากการนับสต๊อกจริง และระดับความพึงพอใจของผู้ใช้งาน เพื่อนำผลลัพธ์ไปวิเคราะห์เปรียบเทียบและประเมินประสิทธิภาพของนวัตกรรม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน เพื่อยืนยันผลลัพธ์ของการพัฒนา และใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงระบบในระยะยาว



ภาพที่ 8 ตัวอย่างการแจ้งเตือนทางกลุ่มไลน์

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบ “Lab CS TechStock” ซึ่งเป็นระบบจัดการคลังวัสดุห้องปฏิบัติการที่พัฒนาขึ้นโดยใช้เทคโนโลยี Google AppSheet และระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติผ่าน LINE จึงได้มีการดำเนินการทดสอบประสิทธิภาพโดยเปรียบเทียบการทำงานในการใช้นวัตกรรม โดยมีเกณฑ์และวิธีการประเมินดังนี้

1. ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมิน

1.1 ระยะเวลาในการตรวจนับวัสดุและจัดทำรายการเบิกวัสดุ (นาที/ครั้ง)

1.2 การประเมินความถูกต้อง (Accuracy) วัดความตรงกันของระบบแจ้งเตือนวัสดุที่ถึงระดับขั้นต่ำ (Minimum Stock) หรือวัสดุที่หมดโดยอัตโนมัติ เปรียบเทียบกับปริมาณจริงจากการนับสต๊อกจริง

1.3 ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่หลังการใช้ระบบ “Lab CS TechStock”

2. วิธีการเก็บข้อมูล

2.1 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบบันทึกเวลาการตรวจนับวัสดุและจัดทำรายการเบิกวัสดุ (ก่อนและหลังใช้นวัตกรรม)

2.2 เก็บข้อมูลความถูกต้องวัดความตรงกันของระบบแจ้งเตือนวัสดุที่ถึงระดับขั้นต่ำหรือวัสดุที่หมดโดย

อัตโนมัติกับปริมาณจริงจากการนับสต๊อกจริง

2.3 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสอบถามความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่หลังใช้งานระบบ (ใช้มาตราส่วน 5 ระดับ)

3. เครื่องมือที่ใช้

3.1 แบบฟอร์มบันทึกเวลาการตรวจนับวัสดุและจัดทำรายการเบิกวัสดุ

3.2 แบบฟอร์มเก็บข้อมูลความถูกต้องการแจ้งเตือนกับข้อมูลการนับสต๊อกจริง

3.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่หลังใช้งานระบบ

3.4 โปรแกรม Google Sheets

3.5 โปรแกรม Google AppSheet

3.6 โปรแกรม Line Official

3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

3.7.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.7.2 สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบทีแบบจับคู่ (Paired sample t-test)

4. การเปรียบเทียบผลการใช้งาน

4.1 การเปรียบเทียบระยะเวลาในการตรวจนับวัสดุและจัดทำรายการเบิกวัสดุ

ดำเนินการรวบรวมข้อมูลระยะเวลาในการตรวจนับวัสดุและจัดทำรายการเบิกวัสดุ (นาที/ครั้ง) ก่อนใช้งานระบบ (2 ก.พ.67 - 27 มิ.ย.67) และหลังใช้งานระบบ Lab CS TechStock (2 ม.ค. 68 - 30 พ.ค. 68) โดยทำการเก็บข้อมูลทุกวันพฤหัสบดีของทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้งทเพื่อนำมาเปรียบเทียบและประเมินว่าการใช้งานระบบ Lab CS TechStock สามารถลดระยะเวลาใน การปฏิบัติงานลงได้อย่างมีนัยสำคัญหรือไม่

4.2 การเปรียบเทียบความถูกต้องของระบบแจ้งเตือนวัสดุ

ประเมินความแม่นยำของระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ โดยเปรียบเทียบจำนวนวัสดุที่ระบบแจ้งเตือนว่าถึงระดับขั้นต่ำหรือหมดสต็อกกับข้อมูลจากการตรวจนับสต็อกจริง พร้อมคำนวณอัตราความถูกต้องเป็นร้อยละ (2 ม.ค. 68 - 30 พ.ค. 68) เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบในการควบคุมวัสดุคงคลัง

4.3 การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบ

เก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ผู้ใช้งานระบบ Lab CS TechStock เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจและความสะดวกในการใช้งาน โดยใช้แบบสอบถามมาตราส่วน 5 ระดับ และสรุปผลในเชิงสถิติเพื่อวิเคราะห์คุณภาพและความเหมาะสมของระบบที่พัฒนา

ตัวชี้วัด

1. ระยะเวลาในการการตรวจนับและจัดทำรายการเบิกวัสดุ ลดลงจากเดิมเฉลี่ย 55.64 นาที/ครั้ง เหลือไม่เกิน 35 นาที/ครั้ง ดังตารางแสดง

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบระยะเวลาในการตรวจนับและจัดทำรายการเบิกวัสดุก่อน - หลังใช้ระบบ Lab CS TechStock

ระยะเวลาการตรวจนับและจัดทำรายการเบิกวัสดุ	ค่าเฉลี่ย (นาที/ครั้ง)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยความแตกต่าง	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต่าง	t	P
ก่อนใช้งานระบบฯ	55.64	4.696	21.227	5.450	18.267	**<0.001**
หลังใช้งานระบบฯ	34.41	3.660				

จากตารางที่ 1 พบว่า ระยะเวลาการตรวจนับและจัดทำรายการเบิกวัสดุก่อนและหลังใช้งานระบบ Lab CS TechStock มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ระยะเวลาการตรวจนับและจัดทำรายการเบิกวัสดุหลังการใช้งานระบบ Lab CS TechStock ต่ำกว่าก่อนการใช้งานระบบฯ

2. จำนวนความถูกต้องของระบบแจ้งเตือนวัสดุกับข้อมูลจากการตรวจนับสต็อกจริงมีความถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80

3. เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจภาพรวมต่อการใช้งานระบบ Lab CS TechStock อยู่ในระดับ “มาก” คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.5 คิดเป็น ร้อยละ 90%

สรุป

การนำระบบ Lab CS TechStock มาใช้ในการตรวจนับวัสดุและจัดทำรายการเบิก ส่งผลให้ระยะเวลาในการดำเนินงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยระยะเวลาก่อนใช้ระบบอยู่ที่ 55.64 นาที/ครั้ง และลดลงเหลือ 34.41 นาที/ครั้ง หลังการใช้งานระบบ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบในการลดระยะเวลาในการทำงานได้อย่างชัดเจน ($t = 18.267$, $p < 0.001$)

นอกจากนี้ ผู้ใช้งานระบบส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจต่อการใช้งานอยู่ในระดับ “มาก” โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.5 จากคะแนนเต็ม 5 คิดเป็นร้อยละ 90 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระบบ Lab CS TechStock ได้รับการตอบรับในทางบวก สามารถลดระยะเวลาในการทำงาน ลดข้อผิดพลาดจากการบันทึก และเพิ่มความสะดวกให้แก่เจ้าหน้าที่ได้อย่างชัดเจน รวมถึงส่งผลให้การให้บริการทางห้องปฏิบัติการเป็นไปอย่างต่อเนื่อง รวดเร็ว และมีคุณภาพยิ่งขึ้น

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. ลดความเสี่ยงของวัสดุขาดสต็อกที่อาจส่งผลให้การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยล่าช้า
2. เพิ่มความแม่นยำในการบริหารวัสดุ ด้วยระบบบันทึกและตัดสต็อกแบบ Real-time
3. แจ้งเตือนวัสดุใกล้หมดล่วงหน้า ทำให้สามารถวางแผนการเบิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. ลดภาระงานซ้ำซ้อน และลดเวลาในการตรวจนับวัสดุในแต่ละรอบ
5. สนับสนุนแนวคิด Smart Lab และการใช้เทคโนโลยีในงานเทคนิคการแพทย์
6. เพิ่มความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ และส่งเสริมการทำงานเป็นระบบในหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Labmanager. The ripple effect of poor lab inventory management [Internet]. 2023 [cited 2025 Jun 24]. Available from: https://www.labmanager.com
2. Wickens CD, Lee JD, Liu Y, Gordon-Becker S. *An introduction to human factors engineering*. 2nd ed. Pearson Education; 2004.
3. Glide. Glide: No code app builder for intelligent inventory management [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 24]. Available from: https://www.glideapps.com
4. GlideApps. แจกฟรี! แอพเบิกจ่ายวัสดุภายในองค์กร โหลดง่าย ใช้งานง่าย ภายใน 5 นาที [Internet]. YouTube video. Published ~1.6 years ago [cited 2025 Jun 24]. Available from: https://youtu.be/yWhEMEviJlM
5. ManageWithNoobITguy. แจกฟรี template การส่งแจ้งเตือนจาก Google Sheets ไปยัง Line ด้วย Line Messaging API [Internet]. YouTube video. Published ~4 months ago [cited 2025 Jun 24]. Available from: https://youtu.be/T9dgmr7VXXY

"Smart Tool Flow”
ระบบยืม-คืน-จองคิว อุปกรณ์ยุคใหม่จากกระดาษสู่ดิจิทัล เพื่อคุณภาพบริการและลดภาระงาน

ถิรเดช ศรีชัย
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า

บทนำ

ด้วยกลุ่มงานกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า ให้บริการยืมอุปกรณ์แก่ผู้ป่วย HHC,LTC,Palliative care,HW นำไปใช้ที่บ้าน เดิมระบบการยืม-คืนอุปกรณ์ เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เครื่องวัดความดัน เป็นต้น มีผู้รับผิดชอบ 1 คน และทำทะเบียนแบบจดบันทึกด้วยมือ ซึ่งกลุ่มงานอื่นๆเช่น ตึกผู้ป่วยใน NCD ติดต่อโดยโทรมายังหน่วยงานหรือติดต่อไปยังผู้รับผิดชอบเครื่องมือของหน่วยงานพบว่าในบ่อยครั้งที่ผู้รับผิดชอบด้านเครื่องมือในหน่วยงาน ออกปฏิบัติงานนอกพื้นที่ บ่อยครั้งที่ต้องหาเอกสารเพื่อเปิดดูข้อมูล ซึ่งทำให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการ และในบางครั้งการจดบันทึกไม่ครบถ้วน เกิดข้อผิดพลาด อุปกรณ์อาจสูญหาย ไม่สามารถตรวจสอบประวัติย้อนหลังได้ง่าย และยังเพิ่มภาระงานของเจ้าหน้าที่

ดังนั้นทางกลุ่มงานกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จึงได้พัฒนานวัตกรรม ระบบยืม-คืน-จองคิว อุปกรณ์ผ่าน Web Application ด้วย Google Workspace โดยผสานรวม Google Sheet, Google Apps Script, และ Telegram เข้าด้วยกัน เพื่อสร้างแพลตฟอร์มที่ใช้งานง่าย เข้าถึงได้จากทุกที่ทุกเวลา และมีการแจ้งเตือนแบบเรียลไทม์ วัตถุประสงค์หลักของนวัตกรรมนี้คือการยกระดับคุณภาพบริการ ลดภาระงานของบุคลากร และเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการอุปกรณ์ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อแก้ไข้ปัญหาความล่าช้าและข้อผิดพลาดในการจัดการอุปกรณ์แบบเดิม เพื่อพัฒนาระบบยืม-คืน-จองคิวอุปกรณ์ที่สามารถเข้าถึงและใช้งานได้ง่ายสำหรับบุคลากร เพื่อประสิทธิภาพในการบริหารจัดการอุปกรณ์ ลดข้อผิดพลาดในการบันทึกข้อมูลและติดตามสถานะอุปกรณ์ เพื่อช่วยให้สามารถเรียกดูประวัติการยืม-คืน-จองคิวอุปกรณ์ย้อนหลังและสรุปข้อมูลได้อย่างเป็นระบบ เพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ และยกระดับการให้บริการที่ง่ายและรวดเร็ว

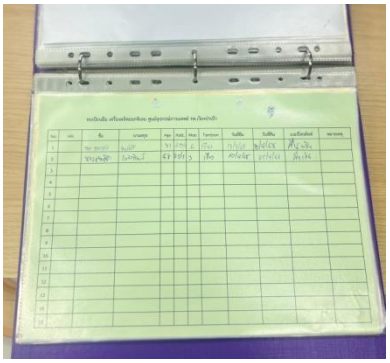
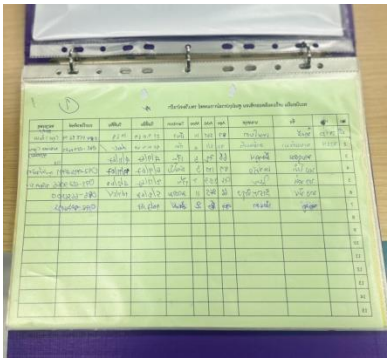
ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

การพัฒนานวัตกรรม "Smart Tool Flow ระบบยืม-คืน-จองคิว อุปกรณ์ยุคใหม่จากกระดาษสู่ดิจิทัล เพื่อคุณภาพบริการและลดภาระงาน” ดำเนินการในระยะเวลาประมาณ 1 เดือน โดยแบ่งเป็นช่วงหลักๆ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีระบบและสามารถปรับปรุงแก้ไขได้ตามข้อเสนอแนะที่ได้รับในแต่ละช่วง

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก ในระยะเริ่มต้น ได้ดำเนินการวิเคราะห์ปัญหาและรวบรวมความต้องการอย่างละเอียด โดยมีขั้นตอนดังนี้:

1. **การวิเคราะห์ปัญหา:** ศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นจากระบบการยืม-คืน-จองอุปกรณ์แบบเดิม เช่น การค้นหาอุปกรณ์ที่ใช้เวลานาน, ปัญหาการจองซ้ำซ้อน, การขาดการแจ้งเตือนสถานะ, และภาระงานเอกสารของเจ้าหน้าที่

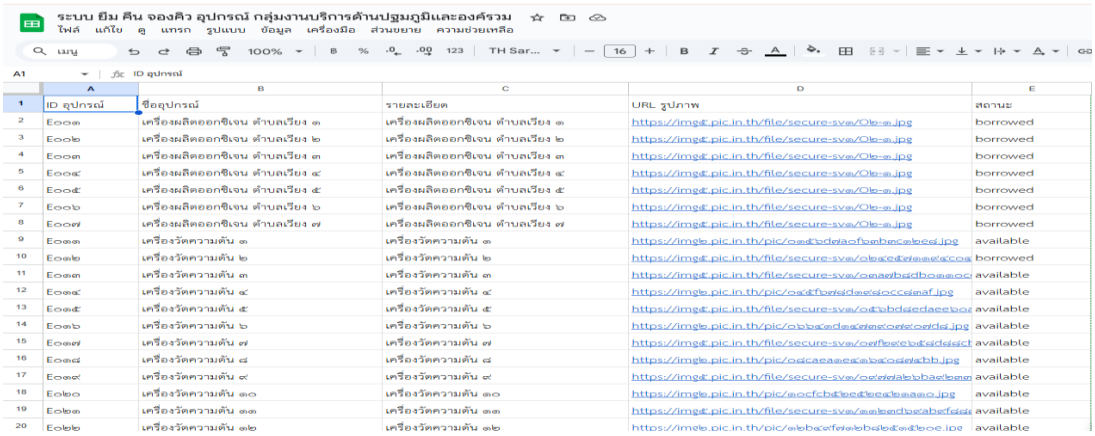



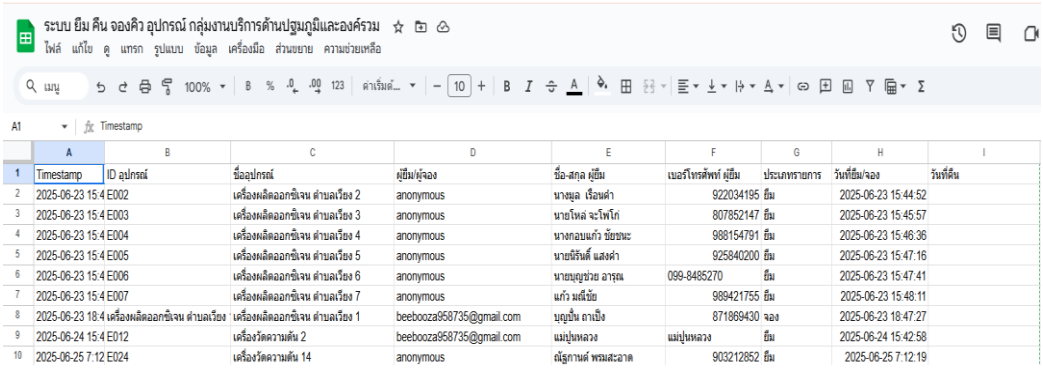
2. **การรวบรวมความต้องการ (Requirement Gathering):** สัมภาษณ์ผู้ใช้งานและผู้ดูแลระบบเพื่อทำความเข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริงของระบบใหม่ ซึ่งรวมถึงความสามารถในการยืม-คืน-จองคิวอุปกรณ์, การตรวจสอบสถานะแบบเรียลไทม์, และระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ

3. **การเลือกเทคโนโลยี:** พิจารณาและเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและเข้าถึงได้ง่ายสำหรับองค์กร โดยตัดสินใจใช้ Google Sheet เป็นฐานข้อมูลหลัก, Google Apps Script สำหรับการเขียนโค้ด Backend และการเชื่อมต่อ API, และ Web App ที่สร้างด้วย Google Apps Script สำหรับส่วนหน้า (Frontend) ที่ผู้ใช้โต้ตอบด้วย รวมถึง Telegram สำหรับระบบแจ้งเตือนแบบเรียลไทม์

ระยะพัฒนา ในระยะนี้เป็นการลงมือสร้างระบบตามที่ได้ออกแบบไว้:

1. **การพัฒนาฐานข้อมูล (Google Sheet):** ออกแบบโครงสร้างชีทสำหรับจัดเก็บข้อมูลอุปกรณ์ (ID, ชื่อ, รายละเอียด, สถานะ, URL รูปภาพ) และชีทสำหรับบันทึกประวัติการยืม-คืน-จองคิว (Timestamp, ID อุปกรณ์, ชื่ออุปกรณ์, ผู้ยืม/ผู้จอง, เบอร์โทร, ประเภทรายการ, วันที่ยืม/จอง, วันที่คืน)


ระบบ ยืม คืน จองคิว อุปกรณ์ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
ไฟล์ แก้ไข ดู แทรก รูปแบบ ข้อมูล เครื่องมือ ส่วนขยาย ความช่วยเหลือ
A1 ID อุปกรณ์
ID อุปกรณ์ | ชื่ออุปกรณ์ | รายละเอียด | URL รูปภาพ | สถานะ
E๐๐๓ | เครื่องผสมออกซิเจน ตำบลเวียง ๓ | เครื่องผสมออกซิเจน ตำบลเวียง ๓ | https://img๔.pic.in.th/file/secure-sv๙/Ole-๓.jpg | borrowed
E๐๐๒ | เครื่องผสมออกซิเจน ตำบลเวียง ๒ | เครื่องผสมออกซิเจน ตำบลเวียง ๒ | https://img๔.pic.in.th/file/secure-sv๙/Ole-๒.jpg | borrowed
E๐๐๓ | เครื่องผสมออกซิเจน ตำบลเวียง ๓ | เครื่องผสมออกซิเจน ตำบลเวียง ๓ | https://img๔.pic.in.th/file/secure-sv๙/Ole-๓.jpg | borrowed
E๐๐๔ | เครื่องผสมออกซิเจน ตำบลเวียง ๔ | เครื่องผสมออกซิเจน ตำบลเวียง ๔ | https://img๔.pic.in.th/file/secure-sv๙/Ole-๔.jpg | borrowed
E๐๐๕ | เครื่องผสมออกซิเจน ตำบลเวียง ๕ | เครื่องผสมออกซิเจน ตำบลเวียง ๕ | https://img๔.pic.in.th/file/secure-sv๙/Ole-๕.jpg | borrowed
E๐๐๖ | เครื่องผสมออกซิเจน ตำบลเวียง ๖ | เครื่องผสมออกซิเจน ตำบลเวียง ๖ | https://img๔.pic.in.th/file/secure-sv๙/Ole-๖.jpg | borrowed
E๐๐๗ | เครื่องผสมออกซิเจน ตำบลเวียง ๗ | เครื่องผสมออกซิเจน ตำบลเวียง ๗ | https://img๔.pic.in.th/file/secure-sv๙/Ole-๗.jpg | borrowed
E๐๐๘ | เครื่องวัดความดัน ๓ | เครื่องวัดความดัน ๓ | https://img๔.pic.in.th/pic/๐๙๕๐๔๗๑๘๓๒๓๒๓๔๔๔๔.jpg | available
E๐๐๙ | เครื่องวัดความดัน ๒ | เครื่องวัดความดัน ๒ | https://img๔.pic.in.th/file/secure-sv๙/๐๑๔๔๗๙๔๓๐๐๔๔๔๘ | borrowed
E๐๑๐ | เครื่องวัดความดัน ๓ | เครื่องวัดความดัน ๓ | https://img๔.pic.in.th/file/secure-sv๙/๐๑๑๗๒๔๓๒๓๐๐๔ | available
E๐๑๑ | เครื่องวัดความดัน ๔ | เครื่องวัดความดัน ๔ | https://img๔.pic.in.th/pic/๐๙๔๓๗๑๙๔๔๔๔

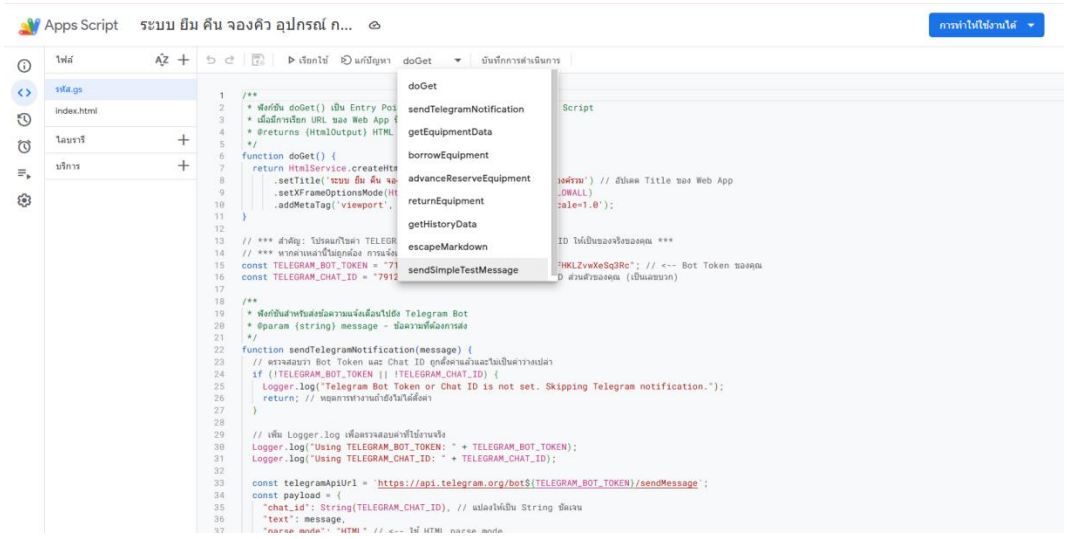


ระบบ ยืม คืน จองคิว อุปกรณ์ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

	Timestamp	ID อุปกรณ์	ชื่ออุปกรณ์	ผู้ยืม/ผู้จอง	ชื่อ-สกุล ผู้ยืม	เบอร์โทรศัพท์ ผู้ยืม	ประเภทรายการ	วันที่ยืม/จอง	วันที่คืน
2	2025-06-23 15:4	E002	เครื่องผลิตออกซิเจน ตำบลเวียง 2	anonymous	นางสุล เรือนต่า	922034195	ยืม	2025-06-23 15:44:52	
3	2025-06-23 15:4	E003	เครื่องผลิตออกซิเจน ตำบลเวียง 3	anonymous	นายโพล่ จะโพโก่	807852147	ยืม	2025-06-23 15:45:57	
4	2025-06-23 15:4	E004	เครื่องผลิตออกซิเจน ตำบลเวียง 4	anonymous	นางกอบแก้ว ชัยชนะ	988154791	ยืม	2025-06-23 15:46:36	
5	2025-06-23 15:4	E005	เครื่องผลิตออกซิเจน ตำบลเวียง 5	anonymous	นายชิรินต์ แสงต่า	925840200	ยืม	2025-06-23 15:47:16	
6	2025-06-23 15:4	E006	เครื่องผลิตออกซิเจน ตำบลเวียง 6	anonymous	นายบุญช่วย อารุณ	099-8485270	ยืม	2025-06-23 15:47:41	
7	2025-06-23 15:4	E007	เครื่องผลิตออกซิเจน ตำบลเวียง 7	anonymous	แก้ว มณีขัย	989421755	ยืม	2025-06-23 15:48:11	
8	2025-06-23 18:4	เครื่องผลิตออกซิเจน ตำบลเวียง	เครื่องผลิตออกซิเจน ตำบลเวียง 1	beebooza958735@gmail.com	บุญปั่น ถาเป็ง	871869430	จอง	2025-06-23 18:47:27	
9	2025-06-24 15:4	E012	เครื่องวัดความดัน 2	beebooza958735@gmail.com	แม่ปุ่นหลวง	แม่ปุ่นหลวง	ยืม	2025-06-24 15:42:58	
10	2025-06-25 7:12	E024	เครื่องวัดความดัน 14	anonymous	ณัฐกานต์ พรมสะอาด	903212852	ยืม	2025-06-25 7:12:19	

2. **การพัฒนาส่วน Backend (Google Apps Script):** เขียนฟังก์ชันหลักใน Code.gs เพื่อจัดการการทำงานต่างๆ เช่น:

1. getEquipmentData(): ดึงข้อมูลอุปกรณ์จาก Google Sheet
2. borrowEquipment(): บันทึกการยืมและอัปเดตสถานะอุปกรณ์
3. returnEquipment(): บันทึกการคืนและอัปเดตสถานะอุปกรณ์
4. advanceReserveEquipment(): บันทึกการจองคิวและอัปเดตสถานะอุปกรณ์
5. getHistoryData(): ดึงข้อมูลประวัติการยืม-คืน-จองคิว
6. sendTelegramNotification(): ฟังก์ชันสำหรับส่งข้อความแจ้งเตือนไปยัง Telegram Bot

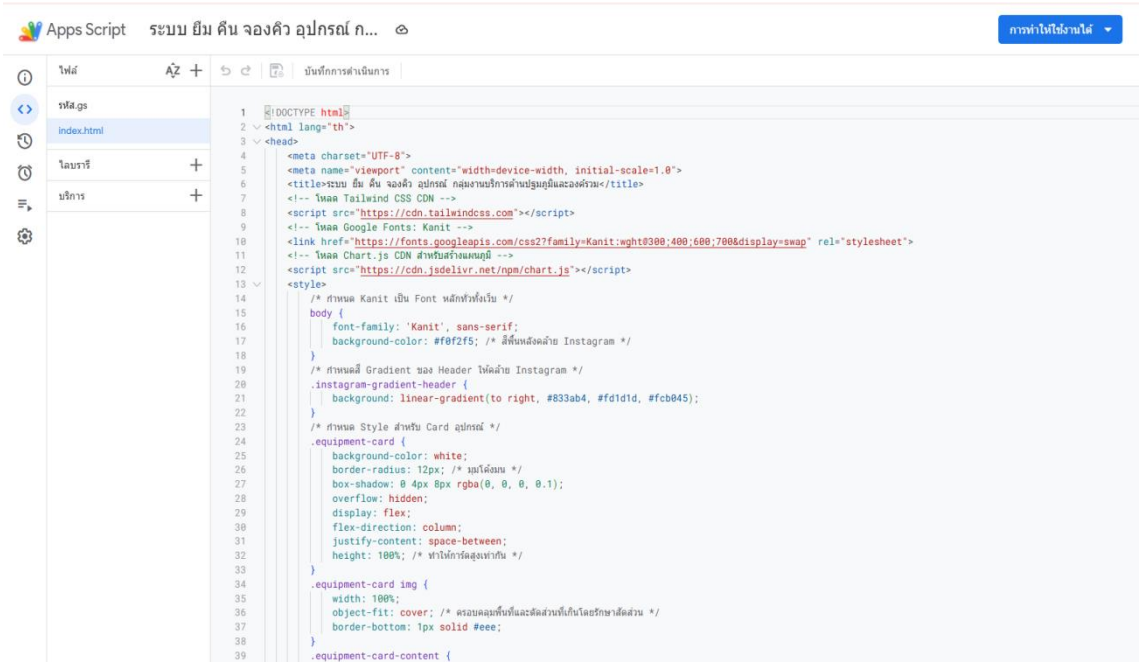


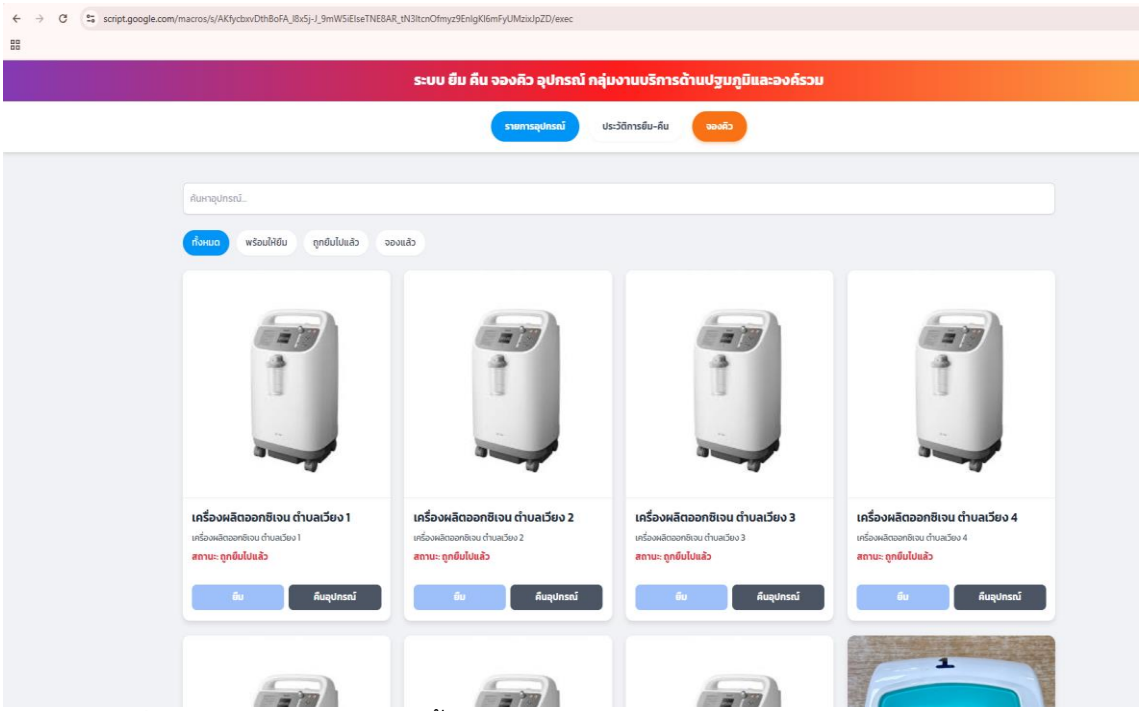
Apps Script ระบบ ยืม คืน จองคิว อุปกรณ์ ก...

```
doGet
sendTelegramNotification
getEquipmentData
borrowEquipment
advanceReserveEquipment
returnEquipment
getHistoryData
escapeMarkdown
sendSimpleTestMessage
```

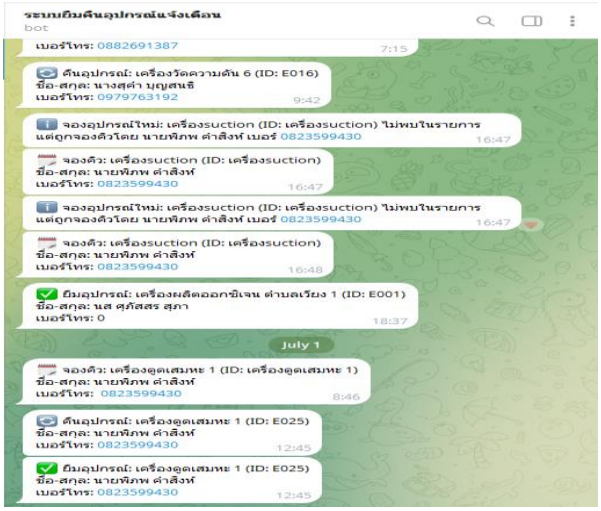
```
function doGet() {
  return HtmlService.createHtm
    .setTitle('ระบบ ยืม คืน จ
    .setXFrameOptionsMode(Ht
    .addMetaTag('viewport',
}

// *** สำคัญ: โปรดแก้ไขค่า TELEGR
// *** หากค่าเหล่านี้ไม่ถูกต้อง การแจ้ง
const TELEGRAM_BOT_TOKEN = "71
const TELEGRAM_CHAT_ID = "7912

/**
 * ฟังก์ชันสำหรับส่งข้อความแจ้งเตือนไปยัง Telegram Bot
 * @param {string} message - ข้อความที่ต้องการส่ง
 */
function sendTelegramNotification(message) {
  // ตรวจสอบว่า Bot Token และ Chat ID ถูกตั้งค่าแล้วและไม่เป็นค่าว่างเปล่า
  if (!TELEGRAM_BOT_TOKEN || !TELEGRAM_CHAT_ID) {
    Logger.log("Telegram Bot Token or Chat ID is not set. Skipping Telegram notification.");
    return; // หยุดการทำงานถ้ายังไม่ได้ตั้งค่า
  }

  // เพิ่ม Logger.log เพื่อตรวจสอบค่าที่ใช้งานจริง
  Logger.log("Using TELEGRAM_BOT_TOKEN: " + TELEGRAM_BOT_TOKEN);
  Logger.log("Using TELEGRAM_CHAT_ID: " + TELEGRAM_CHAT_ID);

  const telegramApiUrl = `https://api.telegram.org/bot${TELEGRAM_BOT_TOKEN}/sendMessage`;
  const payload = {
    "chat_id": String(TELEGRAM_CHAT_ID), // แปลงให้เป็น String เพื่อความ
    "text": message,
```

3. **การพัฒนาส่วน Frontend (Web App - index.html):** สร้างหน้าเว็บแอปพลิเคชันที่ใช้งานง่ายและตอบสนอง (Responsive Design) ด้วย HTML และ Tailwind CSS เพื่อให้ผู้ใช้สามารถเลือกอุปกรณ์ กรอกข้อมูล และทำรายการยืม-คืน-จองคิวได้





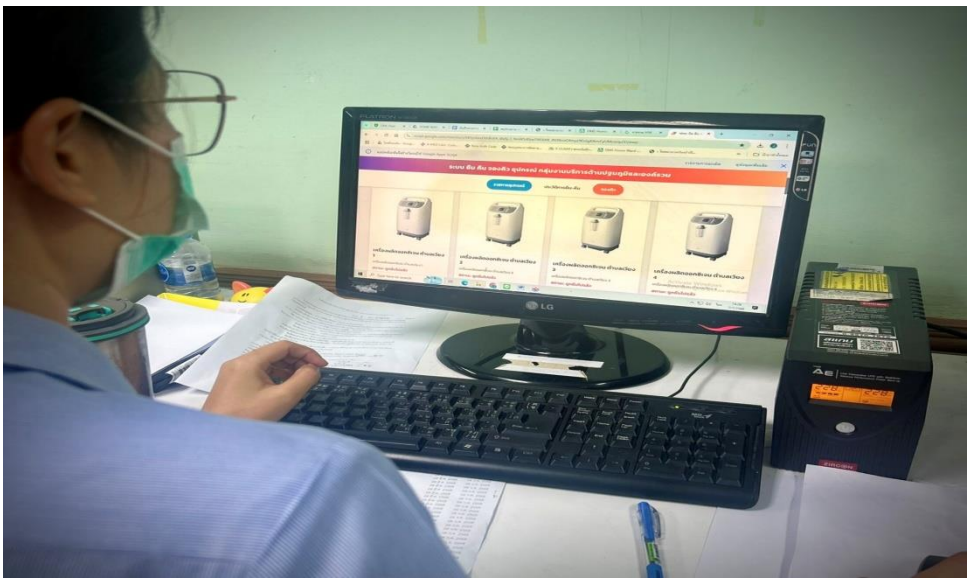
4. **การเชื่อมต่อ Telegram API:** ตั้งค่า Telegram Bot Token และ Chat ID ใน Apps Script และเขียนโค้ดสำหรับเรียกใช้ Telegram API เพื่อส่งข้อความแจ้งเตือนสถานะการยืม-คืน-จองไปยังผู้ใช้งานและผู้ดูแล



5. **การทดสอบระบบย่อย:** ทดสอบการทำงานของแต่ละฟังก์ชันและส่วนประกอบของระบบแยกกันเพื่อให้มั่นใจว่าทำงานได้ถูกต้อง

ระยะนำไปใช้ เมื่อระบบได้รับการพัฒนาและทดสอบในระดับย่อยแล้ว จึงเข้าสู่ขั้นตอนการนำไปใช้งานจริง:

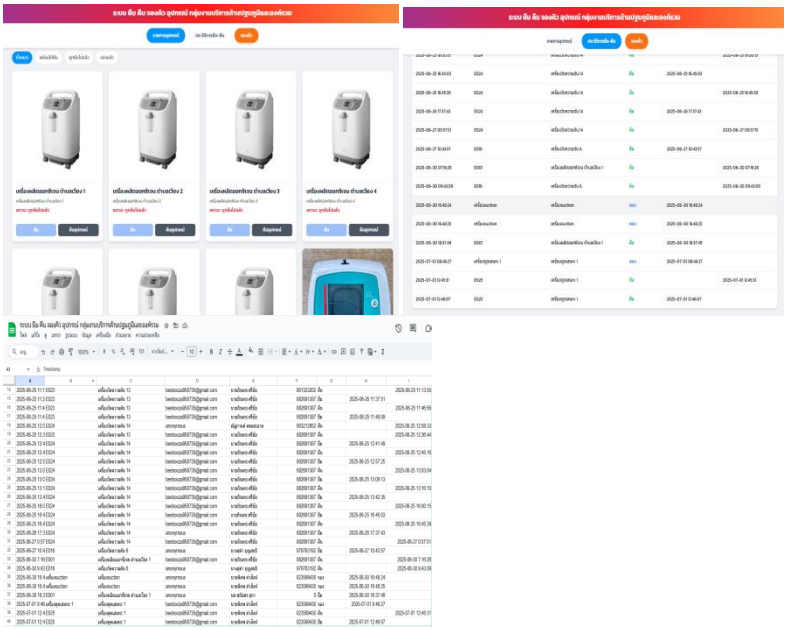
1. **การ Deploy Web App:** เผยแพร่ Google Apps Script เป็น Web App ที่สามารถเข้าถึงได้ผ่าน URL
2. **การฝึกอบรมผู้ใช้งาน:** จัดการฝึกอบรมและให้คำแนะนำแก่ผู้ใช้งานและผู้ดูแลระบบเกี่ยวกับวิธีการใช้งานระบบใหม่
3. **การทดสอบนำร่อง (Pilot Testing):** นำระบบไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ใช้งานขนาดเล็กเพื่อรวบรวมข้อเสนอแนะและระบุปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมจริง
4. **การปรับปรุงและแก้ไข:** นำข้อเสนอแนะและปัญหาที่พบจากการทดสอบนำร่องมาปรับปรุงแก้ไขระบบอย่างต่อเนื่อง

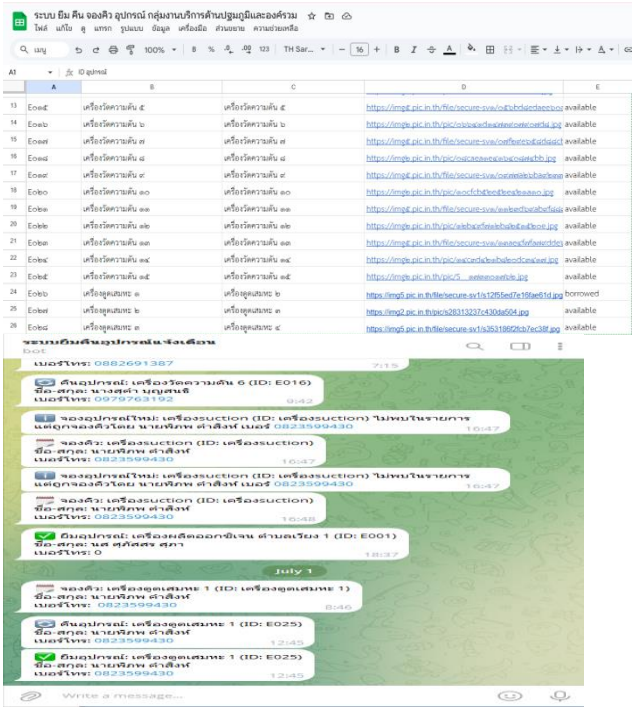


การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

การทดสอบประสิทธิภาพของนวัตกรรม "Smart Tool Flow ระบบยืม-คืน-จองคิว อุปกรณ์ยุคใหม่จากกระดาษสู่ดิจิทัล เพื่อคุณภาพบริการและลดภาระงาน” มุ่งเน้นไปที่ความถูกต้อง, ความรวดเร็ว, และความน่าเชื่อถือของระบบ โดยมีแนวทางการทดสอบดังนี้:

1. **การทดสอบความถูกต้องของข้อมูล:** ตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลการยืม-คืน-จองใน Google Sheet และการอัปเดตสถานะอุปกรณ์ว่าตรงกับความเป็นจริงหรือไม่
2. **การทดสอบความรวดเร็วในการทำรายการ:** วัดเวลาที่ใช้ในการทำรายการยืม-คืน-จองแต่ละครั้ง ตั้งแต่การกรอกข้อมูลจนถึงการยืนยันรายการ
3. **การทดสอบความน่าเชื่อถือของการแจ้งเตือน:** ตรวจสอบว่าข้อความแจ้งเตือนถูกส่งไปยัง Telegram ได้อย่างถูกต้องและทันเวลาหรือไม่ในทุกสถานการณ์ (ยืม, คืน, จองคิว, ข้อผิดพลาด)
4. **การทดสอบความเข้ากันได้:** ทดสอบการใช้งานบนอุปกรณ์และเบราว์เซอร์ที่หลากหลาย (เช่น มือถือ, แท็บเล็ต, คอมพิวเตอร์, Chrome, Safari)





ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

ผลผลิต (Output)

1. จำนวนรายการยืม-คืน-จองอุปกรณ์ที่บันทึกผ่านระบบดิจิทัลต่อวัน/เดือน : 11 ครั้ง/เดือน
2. จำนวนการแจ้งเตือน Telegram ที่ถูกส่งสำเร็จต่อวัน/เดือน : 11 ครั้ง/เดือน
3. อัตราความสำเร็จในการอัพเดทสถานะอุปกรณ์ใน Google Sheet : 100 %
4. ความพร้อมใช้งานของระบบ (System Uptime) : พร้อมใช้งาน,ไม่มีปัญหาระบบล่ม

ผลลัพธ์ (Outcome)

1. **ลดระยะเวลารอคอย:** ลดเวลาที่ผู้ใช้ต้องใช้ในการทำรายการยืม-คืน-จองอุปกรณ์ลง : 100%
2. **ลดข้อผิดพลาด:** ลดข้อผิดพลาดที่เกิดจากการบันทึกข้อมูลด้วยมือลง : 100%
3. **เพิ่มความพึงพอใจของผู้ใช้งาน:** คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้งานเพิ่มขึ้น : 100%
4. **เพิ่มความโปร่งใส:** ผู้ใช้งานและผู้ดูแลสามารถตรวจสอบสถานะอุปกรณ์และประวัติการทำรายการได้แบบเรียลไทม์
5. **เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ:** ผู้ดูแลสามารถวางแผนและบริหารจัดการอุปกรณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วยข้อมูลที่ถูกต้องแล

สรุป

นวัตกรรม "Smart Tool Flow ระบบยืม-คืน-จองคิว อุปกรณ์ยุคใหม่จากกระดาษสู่ดิจิทัล เพื่อคุณภาพบริการและลดภาระงาน” เป็นระบบบริหารจัดการการยืม-คืน-จองคิวอุปกรณ์แบบดิจิทัลที่ใช้ประโยชน์จาก Google Workspace และ Telegram เพื่อสร้างแพลตฟอร์มที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ และใช้งานง่าย ระบบนี้ช่วยลดความซับซ้อนของกระบวนการแบบเดิม ลดข้อผิดพลาด เพิ่มความรวดเร็วในการบริการ และมอบข้อมูลเชิงลึกสำหรับการบริหารจัดการอุปกรณ์อย่างมีประสิทธิภาพ ถือเป็นก้าวสำคัญในการนำ Digital Transformation มาใช้เพื่อยกระดับคุณภาพบริการและการทำงานขององค์กร

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

สำหรับผู้ใช้งาน

1 **ความสะดวกสบาย:** สามารถยืม-คืน-จองคิวอุปกรณ์ได้ทุกที่ทุกเวลาผ่าน Web App

2 **ความโปร่งใส:** ตรวจสอบสถานะอุปกรณ์และประวัติการทำรายการได้แบบเรียลไทม์

สำหรับผู้ดูแล/เจ้าหน้าที่

3 **ลดภาระงาน:** ลดงานเอกสารและการบันทึกข้อมูลด้วยมือ ช่วยประหยัดเวลาและลดความผิดพลาด

4 **การจัดการที่มีประสิทธิภาพ:** สามารถติดตามสถานะอุปกรณ์ทั้งหมดได้อย่างง่ายดายและแม่นยำ

5 **การสื่อสารที่ดีขึ้น:** ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติช่วยให้การสื่อสารระหว่างผู้ใช้และผู้ดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

6 **การแจ้งเตือนทันใจ:** ได้รับการแจ้งเตือนสถานะการทำรายการผ่าน Telegram ทันที

เอกสารอ้างอิง

Google Developers. Google Apps Script. Available from: https://developers.google.com/apps-script/

Telegram Bot API. Available from: https://core.telegram.org/bots/api

Tailwind CSS Documentation. Available from: https://tailwindcss.com/docs

ระบบแจ้งเตือนปฏิทินการทำงานผ่าน Line

ชนิกานต์ คำมาเร็ว
[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ฟ้าหลวง อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

บทนำ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ฟ้าหลวง มีการจัดทำแผนการปฏิบัติงานรายสัปดาห์ ซึ่งจะแจ้งแผนผ่าน Line Group ทุกๆวันอาทิตย์ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทราบและดำเนินการตามภารกิจที่ได้รับมอบหมายอย่างมีประสิทธิภาพ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าเจ้าหน้าที่บางส่วนไม่ทราบแผนงานที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือแทรกขึ้นมาแบบกระทันหัน ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการวางแผน การประสานงาน และลดประสิทธิภาพ ในการทำงานอีกด้วย

ดังนั้นเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนานวัตกรรม “ระบบแจ้งเตือนปฏิทินการทำงานผ่าน Line” ขึ้น โดยเป็นการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการจัดการและแจ้งเตือนแผนการปฏิบัติงานผ่านแอปพลิเคชัน Line ซึ่งเป็นช่องทางที่เจ้าหน้าที่ใช้เป็นประจำอยู่แล้ว ช่วยให้สามารถรับทราบแผนงานล่วงหน้า ติดตามการเปลี่ยนแปลง และได้รับการแจ้งเตือนในช่วงเวลาที่เหมาะสม ลดโอกาสการลืมหรือสับสนในแผนงาน เพิ่มความสะดวกในการสื่อสาร และส่งเสริมประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน
2. เพื่อลดภาระงานในการทำงานซ้ำซ้อน

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

เดือน เมษายน - พฤษภาคม 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ฟ้าหลวง มีการจัดทำแผนการปฏิบัติงานรายสัปดาห์ ซึ่งจะแจ้งแผนผ่าน Line Group ทุกๆวันอาทิตย์ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทราบและดำเนินการตามแผน แต่พบปัญหาแผนรายสัปดาห์มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และกระทันกันทำให้เจ้าหน้าที่ไม่ได้แจ้งต่อผู้บังคับบัญชา และมีผลกระทบต่อการวางแผนงาน การประสานงาน อีกด้วย จึงได้สำรวจเครื่องมือที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เช่น Google Calendar และ Line Group เพื่อหานวัตกรรมที่สามารถแจ้งปฏิทินการทำงานผ่านทาง Line Group ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้บันทึกตารางการทำงานผ่าน Google Calendar อยู่แล้ว และเพื่อไม่ให้ซ้ำซ้อนอีกด้วย

ระยะพัฒนา จึงนำไปสู่นวัตกรรม ระบบแจ้งเตือนปฏิทินการทำงานผ่าน Line ซึ่งได้นำการนัดหมายจาก Google Calendar ที่เจ้าหน้าที่แต่ละคนเข้าไปบันทึกตารางการทำงาน เชื่อมด้วย Line Messaging API โดยใช้ script code และสามารถทดสอบระบบได้ จากนั้นจึงนำ Gmail ของเจ้าหน้าที่แต่ละคนมาเชื่อม ซึ่งเจ้าหน้าที่แต่ละคนสามารถกรอกการนัดหมายการทำงานผ่าน Google calendar ของตนเองได้ และตั้งค่าให้แจ้งเตือนล่วงหน้า 1 วัน

ระยะนำไปใช้ หลังจากที่ทดสอบระบบเรียบร้อยแล้ว ก็นำไปใช้จริงในกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ฟ้าหลง จำนวน 8 คน และเริ่มทดลองใช้ในเดือนกรกฎาคม 2568 จนถึงปัจจุบัน

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

ทดสอบจากการประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ฟ้าหลวง

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

รายการประเมิน	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
จำนวนที่อ่านการแจ้งเตือนใน Line Group	1 วัน/สัปดาห์	5 วัน/สัปดาห์
ความแม่นยำในการส่งแจ้งเตือน	เจ้าหน้าที่นั่งพิมพ์ส่งทุกวันอาทิตย์	แจ้งตรงเวลาและแจ้งอัตโนมัติ
ระดับความพึงพอใจ	60.56	87.78
ร้อยละของเจ้าหน้าที่ ที่ต้องการใช้นวัตกรรมนี้ต่อเนื่องในระยะยาว	-	100

สรุป

นวัตกรรม ระบบแจ้งเตือนปฏิทินการทำงานผ่าน Line นำมาใช้ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ฟ้าหลวง เริ่มใช้เดือนกรกฎาคม 2568 ซึ่งเจ้าหน้าที่สามารถบันทึกแผนการปฏิบัติงานลงปฏิทิน การทำงานของตนเองผ่าน Google calendar จากนั้น Line Messaging API จะนำข้อมูลที่กรอกผ่าน Google calendar มาแจ้งเตือนล่วงหน้า 1 วัน อัตโนมัติ ซึ่งลดภาระงานให้เจ้าหน้าที่ ไม่ต้องแจ้งแผนการปฏิบัติงานรายสัปดาห์ หลังจากสอบถามความพึงพอใจ พบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด เนื่องจากสามารถวางแผนงาน ประสานงาน ได้ถ่วงทัน

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. เพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน
2. ลดภาระงานในการทำงานซ้ำซ้อน

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ. การจัดทำระบบแจ้งเตือนปฏิทินงานด้วย Google calendar และ Line Messaging API (อินเตอร์เน็ต). สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2567 (2 เมษายน 2568). https://onab.go.th/th/ content/category/detail/id/1660/iid/88473

วัดดูแล : พื้นที่ศรัทธา พัฒนาสุขภาพ ณ วัดเชื้อเจ็ดตน อำเภอแม่จัน

ศรัณยู มงคล[1] นงนภัส พรมสี [2]
งานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลแม่จัน

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้ความต้องการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง และผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การให้บริการที่เพียงพอเข้าถึงได้ และยั่งยืนจึงกลายเป็นภารกิจสำคัญของระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ ที่ต้องอาศัยกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคประชาชน และทุนทางสังคมในชุมชน

จากบริบทดังกล่าว อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ได้ริเริ่มแนวทางใหม่ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ผ่านนวัตกรรมเชิงระบบที่มีชื่อว่า **“นวัตกรรมวัดดูแล: พื้นที่ศรัทธา พัฒนาสุขภาพ”** โดยมี **วัดเชื้อเจ็ดตน** เป็นศูนย์กลางของการดำเนินงาน นวัตกรรมนี้มีจุดเด่นในการใช้พื้นที่ของวัด ซึ่งเป็นสถาบันที่ได้รับความเชื่อถือและเป็นศูนย์รวมจิตใจของชุมชน มาเป็นพื้นที่สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยผู้พิการ และการดูแลต่อเนื่อง และการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผสานความร่วมมือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) รวมถึงภาคประชาสังคม

นวัตกรรมนี้ไม่เพียงตอบโจทย์ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ง่าย แต่ยังเป็นแบบอย่างของการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน ผ่าน “พื้นที่ศรัทธา” ที่ประชาชนมีความผูกพันและเชื่อมั่น เป็นการคืนพลังการดูแลสุขภาพให้แก่ชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชนอย่างแท้จริง

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ตุลาคม 2566 ถึง มิถุนายน 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก นวัตกรรม **“วัดดูแล: พื้นที่ศรัทธา พัฒนาสุขภาพ”** ณ **วัดเชื้อเจ็ดตน** อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย เริ่มต้นจากความตั้งใจของทีมนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลแม่จันร่วมกับผู้นำชุมชนและคณะสงฆ์ เพื่อสร้างทางเลือกในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการในสถานพยาบาลได้อย่างสะดวก โดยมองเห็นศักยภาพของวัดในฐานะ “พื้นที่กลางของชุมชน” ที่มีความพร้อมทั้งด้านสถานที่ ความไว้วางใจจากประชาชน และบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้คนในพื้นที่ ในระยะเริ่มต้นของโครงการ ได้มีการใช้พื้นที่ภายในวัดเชื้อเจ็ดตนในการให้บริการด้าน**กายภาพบำบัดเบื้องต้น** โดยความร่วมมือของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรด้านกายภาพบำบัด และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อยึดติดหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง โดยมีผู้ป่วยเข้ารับบริการในช่วงเริ่มต้นประมาณ **20 คน** แม้จะเป็นจุดเริ่มต้นเล็กๆ แต่การดำเนินงานในระยะนี้ได้สร้างแรงกระเพื่อมสำคัญ ทั้งในแง่ของการสร้างความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพในชุมชน การกระตุ้นให้ญาติและผู้ดูแลมีบทบาทร่วมในการฟื้นฟู และการเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างวัด ชุมชน และภาคสุขภาพอย่างเป็นระบบ ซึ่งกลายเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนานวัตกรรมในระยะต่อไป

ระยะพัฒนา เมื่อโครงการเข้าสู่ระยะพัฒนา ทีมดำเนินงานได้เล็งเห็นปัญหาและข้อจำกัดในการให้บริการเฉพาะด้านกายภาพบำบัด ซึ่งต้องใช้เวลานานในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ส่งผลให้มีผู้รอรับบริการจำนวนมากและบางรายอาจไม่ได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุนี้ จึงได้มีการขยายรูปแบบการให้บริการโดย บูรณาการศาสตร์แพทย์แผนไทย เข้ากับแนวทางการฟื้นฟูสุขภาพเดิม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่หลากหลายมากขึ้นและสามารถใช้ช่วงเวลารอคอยให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทีมงานได้นำ แพทย์แผนไทย จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และชุมชน เข้ามาร่วมให้บริการ โดยเพิ่มกิจกรรมการดูแลสุขภาพ เช่น

- การแช่มือ แช่เท้าด้วยสมุนไพรท้องถิ่น เพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อย ช่วยระบบไหลเวียนโลหิต และส่งเสริมความผ่อนคลาย
- การอบสมุนไพร การนวดพื้นฐาน และการสอนท่าบริหารง่ายๆ ที่ญาติหรือผู้ดูแลสามารถทำต่อที่บ้านได้

นอกจากช่วยลดความแออัดในการรอทำกายภาพบำบัดแล้ว ยังเป็นการสร้างโอกาสให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงการฟื้นฟูสุขภาพในรูปแบบอื่นที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล เพิ่มความพึงพอใจ และลดการพึ่งพาบริการทางการแพทย์อย่างเดียว ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนในระยะนี้คือ จำนวนผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นจากเดิม ประมาณ 20 คน เป็น 40-50 คนต่อรอบกิจกรรม ด้วยความร่วมมือจากเครือข่ายในชุมชน ทั้งด้านสถานที่ บุคลากร และภูมิปัญญาท้องถิ่น ทำให้นวัตกรรมนี้กลายเป็นต้นแบบของการสร้างระบบบริการสุขภาพในชุมชนที่มีทั้งมิติความเชื่อ วัฒนธรรม และประสิทธิภาพเชิงสุขภาพอย่างแท้จริง

ระยะนำไปใช้ เมื่อรูปแบบการดำเนินงานภายในศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ ณ วัดเชื้อเจ็ดตน มีความชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น โครงการได้เข้าสู่ **ระยะนำไปใช้ (Implementation Phase)** โดยขยายการให้บริการอย่างเป็นทางการ และเชื่อมโยงเข้ากับระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอและจังหวัด เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลประชาชนอย่างทั่วถึง หนึ่งในกลยุทธ์สำคัญของระยะนี้ คือการ **จัดหน่วยบริการร่วมเคลื่อนที่ (Outreach)** โดยความร่วมมือกับ **ทีมแพทย์แผนไทย จากโรงพยาบาลแม่จัน** ที่เข้ามาให้บริการอย่างสม่ำเสมอ โดยมีทั้ง

- **การจ่ายยาสมุนไพรตามอาการ**
- **การพอกตา พอกเข่าด้วยสมุนไพรสด** เพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยเรื้อรัง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ
- ควบคู่กับ **การทำกายภาพบำบัด** ซึ่งยังคงเป็นบริการหลักของศูนย์

แนวทางนี้ช่วย **ลดระยะเวลารอคอย**ของผู้ป่วยในระหว่างรอคิวทำกายภาพบำบัด และเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการเข้าถึงทางเลือกที่หลากหลายมากขึ้น ทั้งทางแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยภายในพื้นที่เดียวกัน

นอกจากนี้ ยังมีการ **เปิดระบบ Visit และดำเนินการ Authen ยืนยันตัวตนของผู้รับบริการ** ณ จุดบริการที่ศูนย์ฟื้นฟูที่วัดโดยตรง ซึ่งเชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำให้ประชาชนสามารถใช้สิทธิรับบริการสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ไม่ต้องเดินทางไปยังสถานพยาบาลหลัก ลดภาระในการเดินทางและเพิ่มความสะดวกอย่างชัดเจน

อีกหนึ่งพัฒนาการสำคัญ คือการ **นำเครื่องมือเฉพาะทางด้านกายภาพบำบัดเข้ามาใช้** เช่น เครื่องอัลตราซาวด์บำบัด เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า เครื่องเลเซอร์ เทปบำบัด (Kinesio Tape) และอุปกรณ์เสริมการออกกำลังกายเฉพาะกลุ่ม ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟู และตอบสนองต่ออาการหรือภาวะเฉพาะของผู้ป่วยได้ดีขึ้น

จากการพัฒนาระบบบริการที่ครอบคลุมและมีคุณภาพในระยะนี้ ทำให้จำนวนผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดจากเดิมเฉลี่ย 40-50 คนต่อวัน เป็น **80-100 คนต่อวัน** โดยไม่เกิดปัญหาแออัดหรือรอคิวนาน เนื่องจากมีระบบการจัดการที่ดีขึ้น มีความร่วมมือจากหลายภาคส่วน และมีการบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ ณ วัดเชื้อเจ็ดตน จึงกลายเป็นต้นแบบของการพัฒนาระบบสุขภาพเชิงพื้นที่ที่ผสานศรัทธา วัฒนธรรม ภูมิปัญญา และวิทยาศาสตร์การแพทย์เข้าด้วยกันอย่างลงตัว

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

เพื่อประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานนวัตกรรม "วัดดูแล: พื้นที่ศรัทธา พัฒนาสุขภาพ" ณ วัดเชื้อเจ็ดตน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ได้มีการออกแบบการทดสอบประสิทธิภาพของนวัตกรรมในหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพของผู้รับบริการ ความพึงพอใจของประชาชน ระบบการจัดการบริการ และการเข้าถึงบริการสุขภาพในชุมชน โดยอาศัยทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

1. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้รับบริการ

1.1 มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทย ตั้งแต่เริ่มโครงการถึงปัจจุบัน พบว่า

- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว มีพัฒนาการด้านการทรงตัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยสะท้อนให้เห็นจาก ร้อยละของผู้ป่วยในกลุ่ม IMC ที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสมรรถภาพและได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือมีค่า Barthel Index (BI) ≥ 20 ก่อนครบระยะ 6 เดือน ซึ่งมีเป้าหมายไว้ที่ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 85 และจากการดำเนินงานสามารถ บรรลุผลได้ 100%

- อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ข้อ และเส้นประสาทของผู้รับบริการลดลงอย่างชัดเจนหลังได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดและศาสตร์การแพทย์แผนไทย ได้แก่ การพอกเข่าด้วยสมุนไพร การพอกตา และการแช่มือ–แช่เท้าด้วยสมุนไพร อย่างต่อเนื่อง โดยประเมินผลด้วยระดับความปวด (Pain Score) พบว่าใน ปีงบประมาณ 2568 เมื่อเทียบกับ ปีงบประมาณ 2567 มีแนวโน้มการลดระดับความปวดดีขึ้น ดังรายละเอียดในตารางต่อไปนี้

ระดับ Pain score ที่ลดลง	ปีงบประมาณ 2567 (คน)	ปีงบประมาณ 2568 (คน)
ลดลง 3 ระดับ	251	39
ลดลง 2 ระดับ	2,089	2,184
ลดลง 1 ระดับ	2,844	4,105
ไม่เปลี่ยนแปลง	18	4
รวมทั้งหมด	5,202	6,332

จากตารางข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ในปีงบประมาณ 2568 ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นระดับปานกลางถึงเล็กน้อย (ลดลง 1–2 ระดับ) มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่จำนวนผู้ที่อาการไม่เปลี่ยนแปลงลดลงอย่างมาก แสดงถึงแนวโน้มเชิงบวกของผลลัพธ์ในการให้บริการดังกล่าวในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มโรคกล้ามเนื้อและกระดูก

2. ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการ

2.1 จากเดิมที่มีผู้รับบริการเพียง 20 รายต่อรอบกิจกรรม ในระยะแรกของโครงการ ปัจจุบันจำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยอยู่ที่ 80-100 คนต่อวัน

2.2 การเปิดระบบ Visit และดำเนินการ Authen ยืนยันตัวตนของผู้รับบริการ ณ จุดบริการที่วัด ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพได้สะดวกขึ้น ลดภาระในการเดินทางไปยังโรงพยาบาล

2.3 ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลสามารถเข้ารับบริการโดยไม่ต้องรอคิวนาน และมีทางเลือกหลากหลายมากขึ้น ทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย

3. ผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการและระบบสนับสนุน

3.1 ศูนย์ฟื้นฟูมีการพัฒนาเครื่องมือและอุปกรณ์กายภาพบำบัดเฉพาะทาง ทำให้การให้บริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงขึ้น

3.2 มีระบบคัดกรอง จัดคิว และประเมินซ้ำอย่างเป็นระบบ โดยได้รับการสนับสนุนจาก รพ.สต. แพทย์แผนไทย และ อสม.

3.3 มีทีมอาสาสมัครในชุมชนร่วมอำนวยความสะดวกและดูแลกลุ่มเปราะบางอย่างใกล้ชิด

4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการและชุมชน

4.1 จากผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ พบว่า มากกว่าร้อยละ 95 มีความพึงพอใจต่อสถานที่ให้บริการ การดูแลของเจ้าหน้าที่ และความหลากหลายของรูปแบบการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของแต่ละบุคคล

4.2 ประชาชนในพื้นที่สะท้อนความคิดเห็นว่า การมีหน่วยบริการสุขภาพในวัดใกล้บ้าน ทำให้รู้สึกว่าเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก และเป็นมิตร ทั้งยังเกิดความรู้สึกว่า “ชุมชนดูแลกันเอง” อย่างแท้จริง อันเป็นการเสริมสร้างความไว้วางใจและความมั่นใจในระบบบริการสุขภาพชุมชน

จากการทดสอบประสิทธิภาพของนวัตกรรมในระดับพื้นที่ พบว่า การนำ “วัด” มาเป็นศูนย์กลางในการฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน สามารถ เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างระบบบริการที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางได้อย่างแท้จริง โดยไม่เป็นภาระต่อระบบบริการหลัก นอกจากนี้ ยังเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนของการ บูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคชุมชน และการใช้ทุนทางวัฒนธรรมในการพัฒนาและดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่

ตัวชี้วัด

ปีงบประมาณ	2567	2568 (ต.ค.67-พ.ค.68)
1.จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในชุมชน ณ วัดเชื้อเจ็ดตน	1,444 คน	935 คน
2.ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้รับบริการ - Pain score	ร้อยละ 99.6	ร้อยละ 99.9
3.ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการ	-ผู้รับบริการ 40-50 คน/วัน -เกิดคนไข้รายใหม่ที่เพิ่มขึ้น 10-15 คน/วัน	-ผู้รับบริการ 80-100 คน/วัน -เกิดคนไข้รายใหม่ที่เพิ่มขึ้น 8-10 คน/วัน -มีระบบการเปิดVisit และดำเนินการ Authen ยืนยันตัวตนของผู้รับบริการ ณ จุดรับบริการ
4.ผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการและระบบสนับสนุน	เกิดระบบทีมช่วยเหลือ ทั้ง อสม และทีมแพทย์แผนไทย	เกิดก่อสร้างอาคารฟื้นฟูแห่งใหม่ 2 ชั้น งบ 13.5 ล้าน
5.ความพึงพอใจของผู้รับบริการและชุมชน	มากกว่า 80%	มากกว่า 95%
6.ผลงานการให้บริการฟื้นฟูฯจากระบบข้อมูลการจ่ายชดเชยจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดเชียงราย	904,650 บาท	812,040 บาท (ต.ค.67-พ.ค.68)

สรุป

1. ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีปัญหาด้านกล้ามเนื้อและกระดูก ได้รับการดูแลและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ณ ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพในชุมชนหรือวัดใกล้บ้าน คิดเป็น ร้อยละ 100 ของกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับบริการ
2. เกิดการบูรณาการความร่วมมืออย่างเป็นระบบ ระหว่างภาคีเครือข่าย ได้แก่ ครอบครัว วัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลแม่จัน จนสามารถพัฒนาเป็น “ศูนย์สุขภาพชุมชน” ที่มีความเข้มแข็งและยั่งยืนในพื้นที่
3. ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง มารับบริการกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาล ลดภาระของครอบครัว และช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยในแผนกกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลแม่จันได้อย่างชัดเจน
4. ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ทั้งในระดับครัวเรือนและชุมชน ส่งผลให้สามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในชีวิตประจำวันได้
5. ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อบริการและเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่ามีผู้สูงอายุเข้ารับบริการเฉลี่ย เพิ่มขึ้น 80-100 คนต่อครึ่งวันเช้า และจากการสำรวจความพึงพอใจ พบว่า ร้อยละ 100 ของผู้รับบริการ มีความพึงพอใจ ไม่มีข้อร้องเรียนหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวกขึ้น

การใช้วัดเป็นพื้นที่ให้บริการฟื้นฟูสุขภาพ ทำให้ประชาชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และลดปัญหาความแออัดในโรงพยาบาล

2. ลดความเหลื่อมล้ำในการรับบริการสุขภาพ

ช่วยลดช่องว่างระหว่างพื้นที่ห่างไกลกับบริการทางการแพทย์ เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยในชุมชนได้รับการฟื้นฟูและดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. ยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

ผู้รับบริการมีพัฒนาการด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งในด้านการเคลื่อนไหว อาการปวดเมื่อย และการทำกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งยังส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเรียนรู้การดูแลตนเอง

4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน

เป็นตัวอย่างของการบูรณาการความร่วมมือระหว่างชุมชน วัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาล เป็นเครือข่ายสุขภาพแบบพึ่งพากัน ส่งเสริมแนวคิด "ชุมชนดูแลกันเอง"

5. สนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและสมุนไพรไทย

มีการประยุกต์ใช้สมุนไพรในการแช่มือ แช่เท้า พอกเข่า พอกตา ร่วมกับการรักษาทางกายภาพบำบัด ช่วยลดอาการปวดและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา โดยใช้ทรัพยากรในชุมชนอย่างคุ้มค่า

6. เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการของระบบสาธารณสุข

ช่วยลดภาระงานในโรงพยาบาลระดับอำเภอ–จังหวัด และเพิ่มจำนวนผู้รับบริการได้มากขึ้นจาก 40–50 คนต่อวัน เป็น 80–100 คนต่อวัน ผ่านระบบ Visit และ Authen ที่สามารถดำเนินการได้ ณ จุดบริการ

7. เกิดการพัฒนาระบบบริการอย่างยั่งยืน

การขยายพื้นที่ให้บริการและการจัดสรรงบประมาณเพื่อสร้างอาคารถาวร เป็นเครื่องยืนยันถึงความต่อเนื่องและยั่งยืนของนวัตกรรมในระดับพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), ก้อนมณี ว. คู่มือปฏิบัติงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด พ.ศ.2562. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2562.

โตเจริญวานิช พ. คู่มือการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปีงบประมาณ 2566. เชียงใหม่: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่; 2566

กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานโครงการพระสงฆ์นักพัฒนาสุขภาพประจำวัด (พระคิลานุปัฏฐาก). นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ; 2562.

Bonner A, Pryor J, Crockett J, Pope R, Beecham R. A sustainable approach to community rehabilitation in rural and remote areas of Australia. In: 10th National Rural Health Conference; 2009 May; Cairns, Australia. Canberra: National Rural Health Alliance; 2009. p.1-10.

World Health Organization. Community-based rehabilitation: CBR guidelines [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2021 Jun 28]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44405

“คลินิกวัคซีนผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ แบบครบวงจร: Vaccine Station Plus”

นงคราญ ปราณพานิชกิจ
งานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟู กลุ่มภารกิจบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

บทคัดย่อ (Abstract)

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ และจำนวนกลุ่มป่วยไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพิ่มจำนวนสูงขึ้น สถิติการติดเชื้อของผู้ป่วย NCD (โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง) ในประเทศไทยสูงมาก โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs มากกว่า 340,000 รายต่อปี หรือคิดเป็น 75% ของการเสียชีวิตทั้งหมด โรค NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโลกและในประเทศไทย การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโดยเฉพาะโรคปอดอักเสบ งูสวัด หรือวัคซีนไข้หวัดใหญ่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรค NCDs เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการติดเชื้อ และลดอัตราการเสียชีวิตได้ เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงวัคซีน โดยเฉพาะวัคซีนทางเลือก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์จึงได้พัฒนานวัตกรรม “Vaccine Station Plus” ซึ่งเป็นคลินิกวัคซีนแบบครบวงจร (One-stop service) ขึ้น โดยปรับเปลี่ยนกระบวนการให้บริการให้มีช่องทางเฉพาะ เริ่มตั้งแต่การลงทะเบียนจองคิวล่วงหน้าผ่าน QR Code การคัดกรองและให้คำปรึกษาโดยทีมสหวิชาชีพ ไปจนถึงการบันทึกข้อมูลในระบบดิจิทัลอย่างครบวงจร ผลการทดลองใช้นวัตกรรมพบว่าสามารถเพิ่มจำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยจาก 7.3 คนต่อวัน เป็น 23.5 คนต่อวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ลดระยะเวลารอคอยจาก 95 นาที เหลือเพียง 30 นาที และผู้รับบริการกว่าร้อยละ 98 มีความพึงพอใจในระดับสูง นวัตกรรมนี้จึงมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลจริงในการเพิ่มการเข้าถึงวัคซีน ลดความแออัด และสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการได้อย่างชัดเจน

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายของสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ซึ่งมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ ประชากรกลุ่มนี้มักมีปัญหาสุขภาพและโรคประจำตัว โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ และโรคระบบหายใจเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในประเทศ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) และกระทรวงสาธารณสุขของไทยยืนยันว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการติดเชื้อที่รุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น ไข้หวัดใหญ่, ปอดอักเสบ, งูสวัด

อย่างไรก็ตาม อัตราการได้รับวัคซีนในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วย NCDs ยังคงอยู่ในระดับต่ำ ปัญหาดังกล่าวเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การขาดความรู้ความเข้าใจในประโยชน์ของวัคซีน, ความยุ่งยากในการเข้าถึงบริการ และระบบบริการที่ยังไม่เอื้อต่อการให้บริการวัคซีนเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวและยกระดับการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์จึงได้พัฒนานวัตกรรม “Vaccine Station Plus” ขึ้น ซึ่งเป็นคลินิกวัคซีนสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุแบบครบวงจร ที่ออกแบบระบบบริการให้รวมวัคซีนที่จำเป็นทั้งในสิทธิประโยชน์และวัคซีนทางเลือกไว้ในจุดบริการเดียว พร้อมด้วยระบบการจองคิวล่วงหน้า, การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น, การให้คำปรึกษาโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการจัดการวัคซีนอย่างมีมาตรฐาน โดยทั้งหมดนี้จะเชื่อมโยงกับระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

เดิมอย่างบูรณาการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงวัคซีน, ลดอัตราการป่วยรุนแรง และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศในระยะยาว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการวัคซีนผู้ใหญ่แบบครบวงจรในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
2. เพื่อเพิ่มอัตราการได้รับวัคซีนในกลุ่มประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนทั่วไปอายุ 18 ปีขึ้นไป, ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCDs) และผู้ที่เตรียมตัวเดินทางไปต่างประเทศ
3. เพื่อสร้างความพึงพอใจและลดระยะเวลารอคอยในการเข้ารับบริการวัคซีนของประชาชน

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

การพัฒนานวัตกรรมมีระยะเวลารวม 3 เดือน ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2568 โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

- **ระยะที่ 1:** การวิเคราะห์บริบทและออกแบบระบบ (1 เดือน)
- **ระยะที่ 2:** การพัฒนาระบบบริการและคู่มือ (1 เดือน)
- **ระยะที่ 3** นำไปใช้ในคลินิกวัคซีน (1 เดือน)

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

การพัฒนานวัตกรรม "Vaccine Station Plus" เป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนการให้บริการ (Workflow) จากแนวทางเดิมที่ผู้รับบริการต้องรอพบแพทย์ในคลินิกทั่วไป ไปสู่ "คลินิกวัคซีนครบวงจร" ที่มีขั้นตอนชัดเจนและเข้าถึงง่าย

แนวทางเดิม (ก่อนการพัฒนานวัตกรรม)

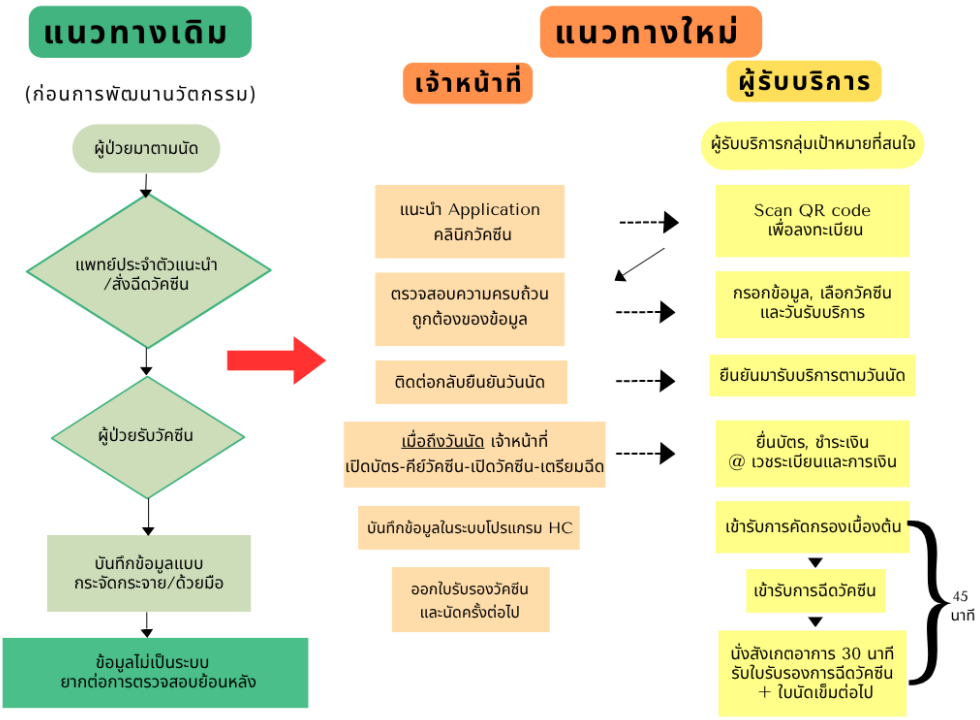
- ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจตามนัดปกติในคลินิกทั่วไป
- แพทย์ประจำตัวเป็นผู้แนะนำหรือสั่งฉีดวัคซีน
- ผู้ป่วยต้องไปรอคิวเพื่อรับการฉีดวัคซีนอีกจุดหนึ่ง
- ข้อมูลการฉีดวัคซีนถูกบันทึกในรูปแบบกระดาษ ทำให้ยากต่อการตรวจสอบย้อนหลัง

แนวทางใหม่ “คลินิกวัคซีนครบวงจร”

ระบบใหม่ถูกออกแบบให้เป็นขั้นตอนและบูรณาการมากขึ้น ดังนี้

1. **การลงทะเบียนล่วงหน้า:** ประชาชนสแกน QR Code ที่มีการประชาสัมพันธ์คลินิกวัคซีนครบวงจรที่ให้บริการ ชื่อ “วัคซีนผู้ใหญ่และผู้สูงอายุของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์” ผ่านสื่อต่างๆ รวมทั้งช่องทางโซเชียลมีเดีย เพื่อลงทะเบียนและนัดหมายเข้ารับบริการล่วงหน้า โดยสามารถเลือกวันและประเภทวัคซีนที่ต้องการ
2. **การยืนยันนัดหมาย:** เจ้าหน้าที่ติดต่อกลับเพื่อยืนยันนัดและให้ข้อมูลการเตรียมตัว
3. **การคัดกรองและให้คำปรึกษา:** เมื่อมาถึงจุดบริการ จะมีการคัดกรองสุขภาพและวัดความดันโลหิต จากนั้นพยาบาลจะให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวัคซีนแต่ละชนิด เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจอย่างมั่นใจ
4. **การให้บริการฉีดวัคซีน:** ดำเนินการให้บริการฉีดวัคซีนตามมาตรฐานวิชาชีพ
5. **การสังเกตอาการ:** เฝ้าสังเกตอาการไม่พึงประสงค์หลังฉีดเป็นเวลา 30 นาที
6. **การบันทึกข้อมูลดิจิทัล:** ข้อมูลการฉีดวัคซีนทั้งหมดจะถูกบันทึกในระบบโปรแกรม HC MOPH ที่มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล และพัฒนานวัตกรรม ต่อยอดในภายหลัง

7. **การตรวจสอบและออกใบรับรอง:** สามารถตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังและออกใบรับรองการฉีดวัคซีนได้



การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

- ตรวจสอบความตรง ความเหมาะสมในการนำไปใช้ของระบบบริการการฉีดวัคซีนโดยผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิและทีมงานที่เกี่ยวข้อง
- นำไปทดลองใช้กับระบบบริการฉีดวัคซีนพื้นที่ 33 ชุมชนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเชียงราย ฯ
- วิเคราะห์ข้อมูลระยะเวลารอคอย จำนวนผู้รับบริการเพื่อทดสอบประสิทธิผลของระบบบริการการฉีดวัคซีน

ตัวชี้วัด (ผลผลิต และ ผลลัพธ์)

ผลผลิต (Output)

โครงการได้สร้างผลผลิตที่เป็นรูปธรรมและนำไปใช้งานได้จริง ดังนี้

- **ระบบบริการ "Vaccine Station Plus"** ที่เป็นคลินิกเฉพาะทางเต็มรูปแบบ
- **คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOP)** สำหรับเจ้าหน้าที่
- **ระบบลงทะเบียนและจองคิวผ่าน QR Code**
- **ระบบบันทึกข้อมูลและออกใบรับรอง** ผ่านโปรแกรม HC MOPH

ผลลัพธ์ (Outcome)

ผลผลิตที่เป็นระบบเหล่านี้นำไปสู่ผลลัพธ์ที่วัดผลได้ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

เชิงปริมาณ:

1. จำนวนผู้เข้ารับการฉีดวัคซีน

ตาราง 1 ตารางแสดงจำนวนผู้เข้ารับการฉีดวัคซีน

จำนวนผู้เข้ารับการฉีดวัคซีน	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
จำนวนผู้เข้ารับการฉีดวัคซีน (คน/วัน)	7.3	7.5	มากที่สุด	23.5	14.2	มากที่สุด

จากข้อมูลในตาราง 1 จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้เข้ารับบริการวัคซีนเพิ่มขึ้นจาก 7.3 เป็น 23.5 คน/วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ซึ่งสรุปได้ว่าการพัฒนาระบบบริการวัคซีน “vaccine station plus” มีประสิทธิผลจริงในการเพิ่มจำนวนผู้เข้ารับบริการฯ

2 ระยะเวลารอรับบริการการฉีดวัคซีน

ตาราง 2 ตารางแสดงระยะเวลารอรับบริการผู้ป่วยนอก

ระยะเวลารอรับบริการการฉีดวัคซีน	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
ระยะเวลารอรับบริการการฉีดวัคซีน (นาที)	95	30

จากข้อมูลในตาราง 2 จะเห็นได้ว่าระยะเวลาการรอรับบริการวัคซีนลดลงจาก 95 เป็น 30 นาที ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนกระบวนการทำงาน จากการรอคอยหลายจุด เปลี่ยนเป็นการรอคอยจุดเดียว one stop service ที่มีการนัดหมายล่วงหน้า ทำให้ขั้นตอนต่อเนื่องและรวดเร็ว ส่งผลให้ระยะเวลารอรับบริการเฉลี่ยลดลงเหลือเพียง 30 นาที

3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการการฉีดวัคซีน

ตาราง 3 ตารางแสดงความความพึงพอใจของผู้รับบริการการฉีดวัคซีน (n=48)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	**ก่อนการพัฒนา**			**หลังการพัฒนา**		
	ค่าเฉลี่ย	**S.D.**	**แปลผล**	**ค่าเฉลี่ย**	**S.D.**	**แปลผล**
1. ความสะดวกในการเข้ารับบริการ (เช่น เวลาเปิดบริการ การลงทะเบียน)	3.75	0.60	ปานกลาง	4.75	0.61	มาก
2. ความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของสถานที่ให้บริการ	4.60	0.57	มาก	4.70	0.54	มาก
3. การต้อนรับและให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่	4.66	0.55	มาก	4.83	0.47	มาก
4. ความรวดเร็วในการให้บริการ	3.56	0.58	ปานกลาง	4.72	0.53	มาก
5. ความชัดเจนในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับวัคซีนที่ได้รับ	4.50	0.65	มาก	4.77	0.55	มาก
6. ความสุภาพและความใส่ใจของบุคลากรทางการแพทย์	4.54	0.58	มาก	4.85	0.46	มาก
7. ความรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจในการรับวัคซีน	4.62	0.56	มาก	4.83	0.47	มาก
8. ระยะเวลารอคอยก่อนเข้ารับบริการ	3.62	0.60	ปานกลาง	4.62	0.60	มาก
9. การนัดหมายมารับวัคซีนครั้งต่อไป	3.83	0.47	ปานกลาง	4.83	0.47	มาก
10.ความพึงพอใจโดยรวมต่อการให้บริการของคลินิก	2.87	0.39	น้อย	4.83	0.47	มาก

จากข้อมูลในตาราง 3 พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับสูงสุดของระบบบริการวัคซีน “vaccine station plus”

เชิงคุณภาพ:

- การบันทึกข้อมูลมีความครบถ้วน เป็นระบบ และตรวจสอบย้อนหลังได้
- ผู้รับบริการมีความรู้ความเข้าใจเรื่องวัคซีนเพิ่มขึ้นจากการได้รับคำปรึกษาอย่างละเอียด

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผล

นวัตกรรม “Vaccine Station Plus” แสดงให้เห็นว่าการปรับระบบบริการวัคซีนให้มีความเฉพาะทาง มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีส่วนช่วยลดความซับซ้อนของงาน และ กระบวนการครบวงจร สามารถลดปัญหาเชิงระบบ เช่น ความแออัดและความล่าช้าจากระยะเวลาการรอรับบริการวัคซีนจาก 95 นาทีเป็น 30 นาที เพิ่มจำนวนผู้เข้ารับบริการ จาก 7.3 เป็น 23.5 คน/วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ผู้รับบริการมีความพึงพอใจระดับสูงสุด การสร้างระบบบริการวัคซีน “Vaccine Station Plus” ส่งผลให้ผู้รับบริการเข้าถึงการรับบริการวัคซีนเพิ่มขึ้น ลดระยะเวลาการรอคอยการฉีดวัคซีน ที่สำคัญการพัฒนาระบบบริการวัคซีนส่งผลให้ได้ฐานข้อมูลที่มีมาตรฐาน และตรวจสอบได้ กล่าวได้ว่า นี่คือตัวอย่างของการ พัฒนา “บริการสาธารณสุขเชิงรุก” ที่ประสบความสำเร็จทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ และมีศักยภาพในการขยายผลสู่สถานบริการอื่นๆ ต่อไปในอนาคต

อภิปรายผล

แนวทาง “Vaccine Station Plus” หรือ“คลินิกวัคซีนครบวงจร” ไม่ได้เป็นเพียงการเปลี่ยนขั้นตอนบริการ แต่เป็นการยกระดับระบบบริการสุขภาพทั้งระบบ ผ่านการบูรณาการเทคโนโลยี กระบวนการบริการและการสื่อสารกับประชาชน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์เชิงปริมาณที่วัดได้ เช่น จำนวนผู้เข้ารับบริการเพิ่มขึ้นและเวลารอคอยลดลง ผลลัพธ์เชิงคุณภาพที่จับต้องได้ เช่น ความพึงพอใจ ความเข้าใจของประชาชน และการทำงานอย่างเป็นระบบของเจ้าหน้าที่ Vaccine Station Plus จึงเป็น นวัตกรรมที่แสดงให้เห็นว่า “แนวคิดแบบครบวงจร” เมื่อถูกนำไปปฏิบัติจริง สามารถสร้างผลลัพธ์ที่ชัดเจนและขยายผลได้อย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

ข้อจำกัด

- การศึกษานี้ดำเนินการในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวและในระยะเวลาที่จำกัด ผลลัพธ์อาจแตกต่างกันในบริบทอื่น
- แม้นวัตกรรมจะช่วยลดปัญหาเชิงระบบ แต่การเข้าถึงบริการยังอาจถูกจำกัดในกลุ่มประชาชนที่ไม่มีความพร้อมด้านเทคโนโลยี เช่น ผู้สูงอายุหรือผู้ที่ไม่สามารถใช้งานระบบจองคิวออนไลน์บนสมาร์ทโฟนได้
- วัคซีนที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นวัคซีนทางเลือก ยังมีราคาสูง ทำให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มสิทธิบัตรทอง และเป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ขาดโอกาสในการเข้าถึงวัคซีนที่จำเป็น

ข้อเสนอแนะ

- ควรมีการขยายผลนวัตกรรมนี้ไปยังโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานพยาบาลปฐมภูมิอื่นๆ พร้อมทั้งอาจพิจารณาพัฒนาระบบแจ้งเตือนการรับวัคซีนเข็มถัดไปผ่านแอปพลิเคชันบนมือถือ เพื่อส่งเสริมการรับวัคซีนอย่างต่อเนื่องในระยะยาว
- ควรเพิ่มช่องทางสำรองสำหรับการเข้ารับบริการ เช่น การจองผ่านสายด่วนหรือช่องทางชุมชน เช่น ติดต่อผ่าน ทางอสม. หรือทีมหมอครอบครัวที่ลงชุมชน สำหรับกลุ่มที่ไม่สะดวกใช้งานเทคโนโลยี

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

- **ต่อประชาชน:** กลุ่มผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วย NCDs เข้าถึงวัคซีนที่จำเป็นอย่างสะดวก ทั่วถึง และปลอดภัย ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อรุนแรง
- **ต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ:** มีกระบวนการทำงานที่เป็นระบบและชัดเจน สามารถบริหารจัดการผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อนและความแออัดในพื้นที่บริการ
- **ต่อหน่วยงาน (โรงพยาบาล):** มีระบบงานบริการวัคซีนที่เป็นมาตรฐาน สามารถติดตามและประเมินผลผ่านข้อมูลดิจิทัลได้อย่างแม่นยำ ซึ่งช่วยยกระดับคุณภาพบริการโดยรวมของโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. (2565). *แนวทางการให้วัคซีนสำหรับผู้สูงอายุและผู้มีโรคเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
2. สำนักสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แนวทางการให้บริการในคลินิกวัคซีนผู้ใหญ่* [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ [วันที่สืบค้น], จาก [URL]
3. PIDST Vaccine Guidelines. (2566). *Adolescent and adult immunization strategies in Thailand* [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ [วันที่สืบค้น], จาก [URL]
4. Bumrungrad International Hospital. (2568). *วัคซีนที่ผู้สูงวัยควรฉีด* [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ [วันที่สืบค้น], จาก [URL]

ผลของการพัฒนาระบบ IMC Dashboard ต่อประสิทธิภาพการติดตามข้อมูลการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง

ศรัณยู มงคล [1] นงนภัส พรมสี [2] อนุวัตร ฟูเฟื่อง [3]
[1,2,3]หน่วยงาน งานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลแม่จัน

บทนำ

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบในระหว่างการติดตามอาการแต่ละครั้ง ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนากระบวนการรักษาและฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ซึ่งอยู่ในช่วงฟื้นฟูหลังการรักษาเฉียบพลัน หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้ในที่สุด

จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยระยะกลางในจังหวัดเชียงราย พบว่ามีผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 3,789 ราย โดยกลุ่มโรคที่เข้าเกณฑ์ IMC ได้แก่

1. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
2. การบาดเจ็บของสมองจากอุบัติเหตุ (Traumatic Brain Injury: TBI)
3. การบาดเจ็บของไขสันหลัง (Spinal Cord Injury: SCI)
4. กระดูกหักรอบสะโพก (Fracture around the Hip)

จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลในเครือข่าย อย่างไรก็ตาม ระบบการติดตามผลการฟื้นฟูผู้ป่วยยังขาดความชัดเจน ทำให้เกิดปัญหาการติดตามอาการที่ไม่ครอบคลุมและไม่เป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข โดยในปี 2565 และ 2566 อัตราการติดตามผู้ป่วยสำเร็จอยู่ต่ำกว่าร้อยละ 85 ตามเกณฑ์ของ Service Plan สาเหตุหลักมาจากความล่าช้าในการส่งต่อข้อมูล การใช้หลายระบบพร้อมกัน และการจัดเก็บข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกัน ส่งผลให้เกิดความซ้ำซ้อน ตกหล่น และไม่สามารถจัดเก็บได้ครบถ้วนตามตัวชี้วัด โดยเฉพาะในโรงพยาบาลแม่จันที่ยังใช้ระบบการลงทะเบียนด้วยกระดาษ ก่อนนำข้อมูลไปบันทึกใน Google Sheet ซึ่งพบข้อจำกัดด้านความถูกต้อง ความสมบูรณ์ และความต่อเนื่องของข้อมูล

จากปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลแม่จันจึงเริ่มปรับระบบการเก็บข้อมูลผู้ป่วยให้เป็นแบบดิจิทัล (Paperless) และยกเลิกการใช้ใบลงทะเบียนแบบเขียนมือ แต่ยังขาดระบบกลางที่สามารถวิเคราะห์ ติดตาม และรายงานข้อมูลผู้ป่วย IMC ได้อย่างมีประสิทธิภาพตลอดระยะเวลา 6 เดือนหลังการรักษา

ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนาระบบ IMC Dashboard เพื่อรองรับการจัดเก็บ วิเคราะห์ และติดตามข้อมูลผู้ป่วย IMC อย่างมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การรักษาในโรงพยาบาลจนถึงการฟื้นฟูที่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้สามารถติดตามผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดขั้นตอนการบันทึกซ้ำซ้อน และสนับสนุนการรายงานผลตามตัวชี้วัดของกระทรวงฯ ทั้งยังเป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการรายได้ของโรงพยาบาลตามนโยบายของคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ (CFO) อีกด้วย

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเวลาการดำเนินงาน คือ เดือนตุลาคม 2564 ถึง พฤษภาคม 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก ในระยะเริ่มแรก โรงพยาบาลแม่จันได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับบริการทางกายภาพบำบัดโดยใช้แบบฟอร์มลงทะเบียนแบบเขียนด้วยมือ จากนั้นนำข้อมูลจากใบลงทะเบียนมาบันทึกซ้ำอีกครั้งในรูปแบบของ Google Sheet

อย่างไรก็ตาม จากกระบวนการดังกล่าว พบว่าข้อมูลบางส่วนมีการตกหล่น ไม่ครบถ้วน และไม่เพียงพอต่อการจัดเก็บตามตัวชี้วัดที่กำหนด อีกทั้งยังเป็นกระบวนการที่ซ้ำซ้อนและใช้เวลามาก

จากปัญหาดังกล่าว กลุ่มงานกายภาพบำบัดจึงได้วิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และนำไปสู่การพัฒนาในวงจรที่ 2 ของการปรับปรุงกระบวนการจัดเก็บและติดตามข้อมูลผู้ป่วยระยะกลาง

ระยะพัฒนา ในระยะของการพัฒนา ได้มีการดำเนินงานร่วมกับทีมแพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วยใน เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด รวมทั้งจัดทำแนวปฏิบัติร่วมในการรับช่วงดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์ โดยมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบ Google Sheet Online

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการจัดเก็บข้อมูลผ่านระบบออนไลน์แล้ว แต่ยังคงพบปัญหาด้านความไม่ครบถ้วนของข้อมูล ความซ้ำซ้อนของกระบวนการ และความยุ่งยากในการใช้งาน ส่งผลให้ไม่สามารถติดตามข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากปัญหาดังกล่าว จึงมีการต่อยอดพัฒนาเพื่อจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นระบบกลาง ช่วยลดช่องว่างและข้อจำกัดของการจัดเก็บข้อมูลแบบเดิม นำไปสู่การพัฒนาระบบในวงจรคุณภาพ (PDCA) ระยะที่ 3

ระยะนำไปใช้ โรงพยาบาลแม่จันได้ดำเนินการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลจากแบบฟอร์มกระดาษ (Paper-based) เป็นระบบดิจิทัล (Paperless) โดยอาศัยการสื่อสารและการส่งข้อมูลผ่านระบบอินเทอร์เน็ต เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรวบรวม ตรวจสอบ และจัดเก็บข้อมูลให้เป็นระบบมากยิ่งขึ้น

จากแนวทางดังกล่าว กลุ่มงานกายภาพบำบัดจึงได้ยกเลิกการเก็บข้อมูลผู้ป่วยผ่านใบลงทะเบียนแบบเดิม และได้ร่วมวางแผนการดำเนินงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพัฒนาและใช้งานโปรแกรม IMC Dashboard เป็นระบบฐานข้อมูลกลางในการดูแลและติดตามผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) อย่างต่อเนื่องตามช่วงเวลา Golden Period 6 เดือน โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้:

ขั้นตอนการนำไปใช้

1. ประชุมและวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
   จัดประชุมเพื่อวางแผนแนวทางการดำเนินงาน ร่วมกับทีมบริหารด้านการเงิน (CFO), งานเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) และสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานผู้ป่วย IMC
2. ออกแบบกระบวนการทำงาน(Work Flow)
   วางแผนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างแผนก โดยนักกายภาพบำบัดจะเป็นผู้ลงบันทึกข้อมูลในระบบ Hosp ทั้งในส่วนผู้ป่วยใน (IPD) และผู้ป่วยนอก (OPD)
3. พัฒนาโปรแกรม IMC Dashboard
   นักวิชาการคอมพิวเตอร์ได้พัฒนาโปรแกรม IMC Dashboard โดยเชื่อมโยงข้อมูลจากระบบ Hosp และสร้างสูตรรายงานเพื่อแสดงข้อมูลผู้ป่วยตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามการฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
4. วางแผนการออกเยี่ยมบ้าน

วางแผนการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการและให้บริการฟื้นฟู ณ ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพชุมชน โดยอาศัยข้อมูลจากระบบ IMC Dashboard เป็นหลัก เพื่อกำหนดลำดับความสำคัญและพื้นที่เป้าหมาย

5. ติดตามผลและวิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
   ประเมินผลการฟื้นฟูโดยใช้คะแนน Barthel Index (BI) เปรียบเทียบก่อน-หลังการดูแลในหอผู้ป่วย IMC ward/bed และในการติดตามที่บ้าน โดยตั้งเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับบริการฟื้นฟูอย่างน้อย 6 ครั้งภายใน 6 เดือน หรือจนกระทั่งมีค่า BI = 20
6. สรุปและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน
   สรุปผลการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ตลอดจนความคืบหน้าในการใช้งานระบบ IMC Dashboard เสนอต่อผู้บริหารโรงพยาบาลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการขยายผล
7. รายงานผลด้านการเงินและการจ่ายชดเชย
   วิเคราะห์และรายงานข้อมูลในระบบ Seamless for DMIS เพื่อนำเสนอผลการดูแลผู้ป่วย IMC ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผู้บริหารฝ่ายการเงินการคลัง (CFO) ของโรงพยาบาล

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

1. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1 เพื่อศึกษาผลของการใช้ระบบ IMC Dashboard ต่อประสิทธิภาพในการติดตามข้อมูลการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางภายในระยะเวลา 6 เดือน

1.2 เพื่อพัฒนาแนวทางการบันทึกข้อมูลการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางให้มีประสิทธิภาพและลดความซ้ำซ้อนของข้อมูล

2. กลุ่มเป้าหมาย / กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาระบบคัดเลือกโดยวิธีการแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่

2.1 ผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ของโรงพยาบาลแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

2.2 ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบ

3.1 โปรแกรม Hosp ของโรงพยาบาล ซึ่งใช้สำหรับบันทึกข้อมูลการรักษาและแสดงผลในรูปแบบ Dashboard

3.2 โปรแกรม IMC Dashboard ที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการติดตามข้อมูลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง

3.3 แบบบันทึกข้อมูลการฟื้นฟูผู้ป่วย IMC

4. กระบวนการทดสอบ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Development Research) โดยดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ได้แก่

1. การวิเคราะห์สถานการณ์
2. การพัฒนาแนวทาง
3. การนำแนวทางที่พัฒนาไปใช้จริง
4. การประเมินผลลัพธ์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล และ โปรแกรม IMC Dashboard ซึ่งใช้ในการติดตามและวิเคราะห์ผลการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นสำคัญ ดังนี้

4.1 จำนวนครั้งของการให้บริการฟื้นฟู

4.2 ตัวชี้วัด IMC ข้อที่ 1: ร้อยละของผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือมีคะแนน Barthel Index (BI) เท่ากับ 20 ก่อนครบ 6 เดือน ซึ่งต้องได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85

4.3 ข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะจากระบบ Seamless For DMIS เพื่อประเมินประสิทธิภาพเชิงรายได้ของหน่วยบริการ

5. ตัวชี้วัดประสิทธิภาพ

การพัฒนาระบบ IMC Dashboard ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการติดตามข้อมูลบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางภายในระยะเวลา 6 เดือน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งสะท้อนผ่านค่าตัวชี้วัด IMC ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการจัดเก็บรายได้ผ่านระบบข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS) มีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้โรงพยาบาลสามารถเรียกเก็บรายได้ในกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดระเบียบและจำแนกข้อมูลแต่ละส่วนแล้วนำมาสรุปเป็นประเด็นต่าง ๆ

6.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ได้แก่ ค่าร้อยละ

ตัวชี้วัด

จากการศึกษาในครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและนำเสนอข้อมูลผลการศึกษาดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด

ปีงบประมาณ	2565	2566	2567	2568
จำนวนผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับการติดตามในชุมชน	245 ราย	276 ราย	267 ราย	232 ราย (ต.ค.67 - พ.ค.68)
จำนวนครั้งในการออกให้บริการฟื้นฟูในชุมชน	82 ครั้ง	2,921 ครั้ง	3,409 ครั้ง	2,806 ครั้ง (ต.ค. 67-เม.ย.68)
ตัวชี้วัด IMC ข้อที่ 1 *(ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับการฟื้นฟูและติดตามครบ 6 เดือน หรือ BI = 20 ก่อนครบกำหนด)* เป้าหมาย ≥ 85%	68.4%	70.2%	100%	100
ตัวชี้วัด IMC ข้อที่ 2 *(ร้อยละของผู้ป่วย IMC มีค่า BI เพิ่มขึ้น ≥ 2 คะแนนใน IMC ward)* เป้าหมาย ≥ 60%	ตัวชี้วัดใหม่ปี 67	ตัวชี้วัดใหม่ปี 67	53.6% (มค67-ก.ย.67)	72.2%
ตัวชี้วัด IMC ข้อที่ 3 *(ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับ*	14.3%	81.6%	87.3% (มค67-ก.ย.67)	93.7%

ปีงบประมาณ	2565	2566	2567	2568
การฟื้นฟู ≥ 6 ครั้งใน 6 เดือน) เป้าหมาย ≥ 50%				
ผลงานการให้บริการฟื้นฟูฯจากระบบข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DIMS)	137,325 บาท	1,343,962 บาท (ได้อันดับ 3 ของประเทศ)	1,290,150 บาท	1,161,900 บาท (ต.ค.67-เม.ย.68)

สรุป

จากการพัฒนาระบบ IMC Dashboard พบว่า ในปี 2567 มีจำนวนผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับการติดตามในชุมชนจำนวน 204 ราย และนักกายภาพบำบัดได้ให้บริการฟื้นฟูรวมทั้งสิ้น 2,037 ครั้ง แสดงให้เห็นถึงการติดตามที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับบริการฟื้นฟูเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

ด้านรายได้ พบว่าระบบ IMC Dashboard ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่าบริการฟื้นฟูผ่านระบบ Seamless for DMIS ได้เพิ่มขึ้น โดยในปี 2566 มีการชดเชยค่าบริการรวม 1,343,962 บาท และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2565–2567 สอดคล้องกับนโยบาย CFO ทำให้โรงพยาบาลแม่จันได้รับ อันดับที่ 3 ของประเทศ ด้านกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพในปี 2566

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า ระบบ IMC Dashboard ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามและให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางได้อย่างเป็นระบบ การเพิ่มจำนวนครั้งของการให้บริการและการเข้าถึงของผู้ป่วยมีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย โดยเฉพาะการติดตามต่อเนื่อง 6 เดือนในชุมชนที่ได้ผลสูงถึงร้อยละ 86.9 ซึ่งเกินกว่าเกณฑ์ที่คาดหวังไว้

การที่ผู้ป่วยนอกได้รับบริการฟื้นฟูครบถ้วน (≥6 ครั้ง) ถึงร้อยละ 100 บ่งชี้ถึงการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมฟื้นฟูและระบบติดตามที่ช่วยลดการขาดนัดและเพิ่มความต่อเนื่องของการรักษา

ในด้านการเงิน ระบบ IMC Dashboard ยังเอื้อต่อการบริหารรายได้ที่มีประสิทธิภาพผ่าน Seamless for DMIS ซึ่งไม่เพียงเพิ่มรายได้ให้โรงพยาบาล แต่ยังสะท้อนถึงความคุ้มค่าในการพัฒนาระบบสารสนเทศด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับเป้าหมายของการพัฒนาระบบ IMC Dashboard คือ เพื่อเสริมสร้างกระบวนการบริบาลผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง ครอบคลุม และยั่งยืน อีกทั้งยังสามารถเป็นต้นแบบให้กับโรงพยาบาลชุมชนอื่นในการพัฒนาระบบติดตามผลการฟื้นฟูผู้ป่วยในอนาคต

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

จากผลการดำเนินงาน พบว่าระบบ IMC Dashboard สามารถสนับสนุนการติดตามและบันทึกข้อมูลบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ระบบดังกล่าวจึงอาจเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาระบบสารสนเทศด้านการให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน

ระบบนี้สามารถช่วยลดความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูล เพิ่มความสะดวกในการสืบค้น และเอื้อต่อการเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบการเบิกจ่ายค่าบริการ (Seamless for DMIS) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเหมาะสำหรับขยายผลสู่โรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ เพื่อใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลและการจัดเก็บรายได้ที่เป็นระบบและไม่ซับซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ตารางแสดงจำนวนผลงานบริการผู้ป่วย IMC จำแนกรายเขต และ 10 อันดับหน่วยบริการที่มีผลงานสูงสุด ปีงบประมาณ 2566, Dashboard M&E NHSO [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 12 มี.ค. 2567. เข้าถึงได้จาก: https://mishos.nhso.go.th/mis_hos/#/dashboard
2. รุจิรา จันทร์หอม, วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์, เสถียรพงศษฎ์ ศศิวินา. การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 พ.ค.-ส.ค.;15(2):119-132. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/256105
3. ประธาน ศรีจุลฮาด. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 ก.ย.-ธ.ค.;14(3):219-232. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/254129/173816
4. ภัคภรณ์ เชิงสะอาด. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 ต.ค.-2563 ม.ค.;1(1):89-98. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/253707/172350
5. จามจุรียก เลิศจันทร์, มาลัยวรณ ทิพย์ปิ่นวงค. โครงการพัฒนาระบบบริการการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: บริษัทสยามพิมพ์นานา จำกัด; 2564.
6. ถมญาณี โชติการณ์, นฎา จันทไทย, พัชรินทร์ ภูวิเลิศ, ทัศนีย์ ภูตรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2566 ต.ค.-ธ.ค.;8(4):804-814. เข้าถึงได้จาก: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/269773
7. มัลลิกา ภิรมย์บุญ. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและระดับความพิการในบริบทโรงพยาบาลชุมชน. ใน: โครงการสนับสนุนการพัฒนางานประจำ สำนักงานวิจัยระดับประเทศ; 2556. หน้า 24-26.

Smart Admission: การยกระดับบริการการจองออนไลน์

เบญจมาศ ยอดคำ
หอผู้ป่วยอายุกรรมพิเศษ 6,7 โรงพยาบาลแม่สาย

บทนำ

การจัดบริการห้องพิเศษ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการความเป็นส่วนตัว ทีมได้พัฒนาระบบจองห้องพิเศษผ่านช่องทางออนไลน์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ แนวทางคัดกรองผู้ป่วยเพื่อให้การจัดสรรห้องพิเศษมีความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จากการทบทวนกระบวนการและเกณฑ์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน พบข้อจำกัดที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการให้บริการ ได้แก่ (1) เกณฑ์บางข้อยังไม่สอดคล้องกับระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยหรือบริบททางคลินิก เช่น ผู้ป่วยที่ต้องการการประเมินทางการระบบประสาทหรือผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Syndrome: AWS) ซึ่งเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ไม่เหมาะสมต่อการดูแลในห้องพิเศษ (2) กระบวนการตอบรับการเข้าพักยังต้องพึ่งพาการสื่อสารจากหลายฝ่าย ขาดแผนผังการดำเนินงาน (Flow) ที่เป็นระบบ ทำให้เกิดความล่าช้าในการตอบสนอง(3) บุคลากรแต่ละฝ่ายมีการตีความเกณฑ์ที่แตกต่างกัน นำไปสู่ความคลาดเคลื่อนในการประเมินและอาจเป็นเหตุให้เกิดข้อร้องเรียนจากผู้ป่วยหรือญาติ

จากปัญหาข้างต้น หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลแม่สาย จึงได้ดำเนินการปรับปรุงเกณฑ์คัดกรองให้มีความชัดเจนและครอบคลุม มีแนวทางปฏิบัติ (SOP) และแผนผังการดำเนินงาน เพื่อใช้ร่วมกับระบบจองออนไลน์ เพื่อยกระดับคุณภาพบริการ ลดข้อผิดพลาด และสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการ

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

เดือนตุลาคมปี 2566- เดือน ตุลาคม ปี 2567

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

การพัฒนาระบบคัดกรองและกระบวนการรับผู้ป่วยเข้าห้องพิเศษ ใช้แนวทาง PDCA (Plan–Do–Check–Act) ดังนี้

- **P – Plan (วางแผน)**
  1. ทบทวนเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยเดิม ร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ และทีมประกันคุณภาพ
  2. สำรวจปัญหาและความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบเดิม (เจ้าหน้าที่/ผู้ป่วย)
  3. รวบรวมข้อเสนอแนะและบทเรียนจากเหตุการณ์ร้องเรียนในอดีต
  4. ปรับปรุงเกณฑ์การคัดกรองให้สอดคล้องกับบริบทการดูแลจริง เช่น งดรับผู้ป่วยที่มี AWS ,งดรับผู้ป่วยที่ต้องประเมิน Neuro sign ทุก 4 ชั่วโมง (ยกเว้นอายุรกรรม),ผู้เฝ้าไข้ต้องมีอายุ 20 ปีขึ้นไป
  5. ออกแบบ Flow การจองและการตอบรับผู้ป่วยเข้าห้องพิเศษ ให้สอดคล้องกับระบบออนไลน์เดิมที่ใช้งานอยู่
  6. จัดทำร่าง SOP เพื่อเป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติสอดคล้องกัน

- **D – Do (ดำเนินการ)**
  1. ทดลองใช้เกณฑ์ที่ปรับปรุงแล้วในหน่วยงานนำร่อง (หอผู้ป่วยพิเศษ)
  2. ประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติ (SOP) ให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย
  3. ดำเนินการประเมินผู้ป่วยผ่าน แบบฟอร์มคัดกรองใหม่ ควบคู่กับการจองผ่าน ระบบออนไลน์ (Website และ Line OA)
  4. ติดตามการใช้งานจริง โดยมีพยาบาลเวรหัวหน้ารับผิดชอบกลั่นกรองเบื้องต้น
- **C – Check (ตรวจสอบผล)**
  1. เก็บข้อมูลเชิงสถิติตลอดระยะเวลา 3 เดือน ได้แก่ จำนวนการจอง,จำนวนที่ได้รับการตอบรับ , ระยะเวลาการตอบรับ
  2. รวบรวมข้อร้องเรียน ข้อสงสัย หรือความไม่เข้าใจจากทีมที่เกี่ยวข้อง
  3. สำรวจความพึงพอใจของ เจ้าหน้าที่ในทีมสหวิชาชีพ ,ผู้ป่วยและญาติ
  4. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินประสิทธิภาพของเกณฑ์ใหม่และ SOP ที่จัดทำขึ้น
- **A – Act (ปรับปรุงและขยายผล)**
  1. ปรับแก้แบบฟอร์มคัดกรองให้กระชับ เข้าใจง่าย และเหมาะกับการใช้งานจริง
  2. เพิ่มระบบการแจ้งเตือนหรือให้คำแนะนำในขั้นตอนจองห้องผ่านออนไลน์
  3. ขยายการใช้เกณฑ์และ SOP ไปยังหอผู้ป่วยอื่นที่เกี่ยวข้อง
  4. เสนอให้ บรรจุ SOP และเกณฑ์คัดกรองฉบับปรับปรุง เป็นแนวทางมาตรฐานของโรงพยาบาลแม่สาย
  5. วางแผนการทบทวนเกณฑ์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของบริบทการดูแล
  6. บรรจุเป็นนโยบายบริการห้องพิเศษของโรงพยาบาล

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์หลังการปรับปรุงระบบ
การตอบรับการจองห้องภายใน 30 นาที	≥ 90%	92%
จำนวนข้อร้องเรียนห้องพิเศษ	≤ 10%	0
ผู้รับบริการพึงพอใจต่อระบบการจองห้องพิเศษ	≥ 85%	90%
เจ้าหน้าที่พึงพอใจต่อระบบและเกณฑ์การพิจารณาห้อง	≥ 85%	90%
ผู้ป่วยได้รับห้องตรงตามเกณฑ์และปลอดภัย	≥ 95%	100%

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

1. ร้อยละของการตอบรับการจองห้องพิเศษภายใน 30 นาที
2. จำนวนข้อร้องเรียนการจองห้องพิเศษ น้อยกว่าร้อยละ 10
3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบการจองห้องพิเศษ มากกว่าร้อยละ 85
4. ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อระบบและเกณฑ์การพิจารณาห้อง มากกว่าร้อยละ 85
5. ผู้ป่วยได้รับบริการห้องพิเศษตรงตามความเหมาะสมและปลอดภัย มากกว่าร้อยละ 95

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

-การมีระบบออนไลน์เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ หากไม่มีเกณฑ์การคัดกรองที่เหมาะสมและชัดเจน

ระบบจองห้องพิเศษแบบออนไลน์ ควรมีเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยสอดคล้องกับความเสี่ยงทางคลินิก เพื่อความปลอดภัยในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย

-การจัดทำแนวทางปฏิบัติ (Standard Operating Procedure: SOP) ที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย เพิ่มประสิทธิภาพในการประสานงาน

-ความเชื่อมโยงของการสื่อสารระหว่างแผนกเป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หอผู้ป่วย ห้องพิเศษ เวชระเบียน มีความสำคัญต่อการทำให้ระบบจองและตอบรับผู้ป่วยมีความต่อเนื่องและปลอดภัย

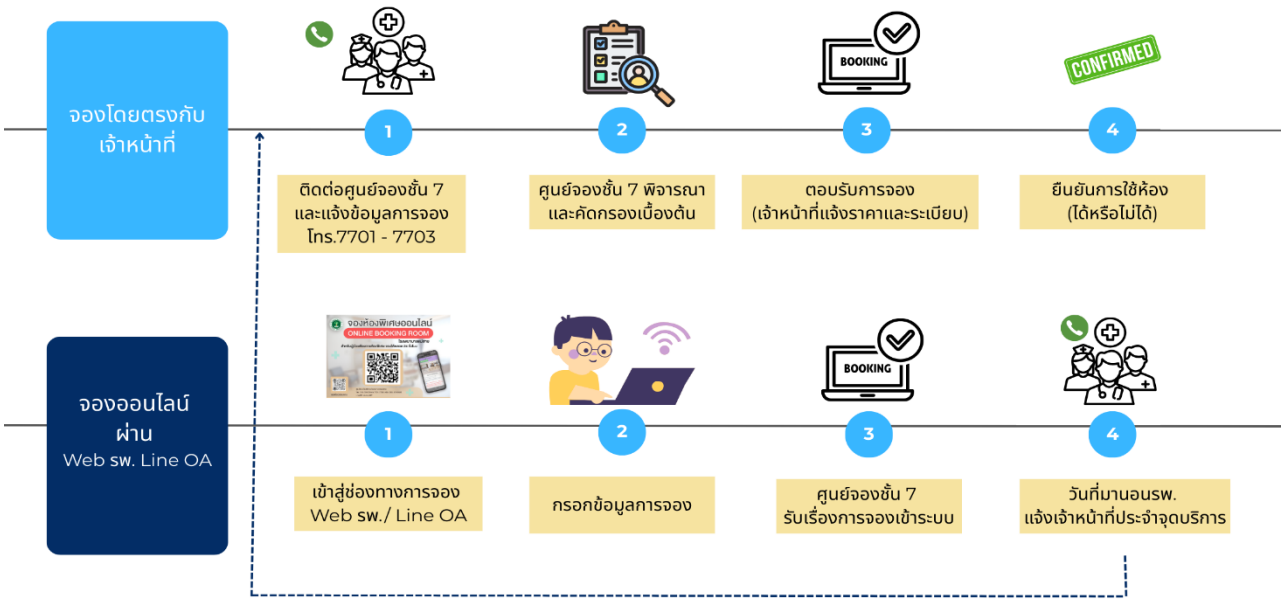
เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการบริหารจัดการหอผู้ป่วยโรงพยาบาลระดับ F2 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 7 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://phdb.moph.go.th
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). คู่มือการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพสถานพยาบาลฉบับที่ 5 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สรพ.; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 7 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ha.or.th
3. โรงพยาบาลแม่สาย. รายงานประจำปี 2566 [เอกสารภายใน]. เชียงราย: โรงพยาบาลแม่สาย; 2567.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 7 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://strategy.moph.go.th
5. พวงเพชร พงศ์เจริญ. การพัฒนาระบบการให้บริการห้องพิเศษในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2565;32(3):45–55.

ภาคผนวก

1. แผนผัง Flow chart การจองและตอบรับห้องพิเศษ
2. แบบฟอร์มตอบรับการจองห้องพิเศษ โรงพยาบาลแม่สาย
3. เกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้าห้องพิเศษ

แผนผัง Flow chart การจองและตอบรับห้องพิเศษ



Flow chart การจองห้องพิเศษ

ผู้ป่วย/ญาติต้องการห้องพิเศษ

จองโดยตรงกับเจ้าหน้าที่

ติดต่อติดต่อศูนย์จองชั้น 7และแจ้งข้อมูลการจอง โทร.7701 7703

ศูนย์จองชั้น 7 พิจารณาและคัดกรองเบื้องต้น

ตอบรับการจอง *(เจ้าหน้าที่แจ้งราคาและระเบียบ)*

มีห้องว่างและไม่มีคิวก่อนหน้า

Admit

ไม่มีห้องว่าง/มีคิวก่อนหน้า

ส่งสามัญรอคิว แจ้งผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่จะประสานไปยังตึกที่นอนหากถึงคิวที่ท่านได้รับ

จองออนไลน์ ผ่าน Web รพ./Line OA

เข้าสู่ช่องทางการจอง Web รพ./ Line OA

กรอกข้อมูลการจอง

ศูนย์จองชั้น 7 รับเรื่องการจองเข้าระบบ

วันที่มานอนรพ. แจ้งเจ้าหน้าที่ประจำจุดบริการ

เจ้าหน้าที่ติดต่อติดต่อศูนย์จองชั้น 7 และแจ้งข้อมูลการจองออนไลน์ โทร.7701 7703

ศูนย์จองชั้น 7 พิจารณาและคัดกรองเบื้องต้น

ตอบรับการจอง *(เจ้าหน้าที่แจ้งราคาและระเบียบ)*

มีห้องว่างและไม่มีคิวก่อนหน้า

Admit

ไม่มีห้องว่าง/มีคิวก่อนหน้า

ส่งสามัญรอคิว แจ้งผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่จะประสานไปยังตึกที่นอนหากถึงคิวที่ท่านได้รับ

แบบฟอร์มตอบรับการจองห้องพิเศษ โรงพยาบาลแม่สาย

ศูนย์จองห้องพิเศษโรงพยาบาลแม่สาย โทร 053-7313000 ต่อ 7701-7703

Booking Number .....

Pt. Name.....

Dx.....

Admit Date.....

ประเภทห้องพักที่ต้องการ

☐ VIP ราคา 1,800 บาท/คืน

☐ VVIP ราคา 3,400 บาท/คืน

นโยบายห้องพิเศษ

1. ต้องมีผู้เฝ้าไข้ตลอด 24 ชั่วโมง 1 คน และผู้เฝ้าไข้ต้องบรรลุนิติภาวะ มีอายุ ≥ 20 ปีบริบูรณ์
2. งดรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยกลุ่มอาการถอนพิษจากแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด มีคะแนน AWS
3. การเข้าห้องพิเศษจะต้องได้รับการอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้ก่อนเท่านั้น จึงจะสามารถเข้าห้องพิเศษได้
4. การจองคิวห้องพิเศษนี้เป็นเพียงการจองลำดับคิวการเข้าห้องพิเศษเท่านั้นไม่ได้เป็นการยืนยันว่าท่านจะได้ห้องพิเศษในวันที่มานอนโรงพยาบาล
5. กรณีห้องพิเศษเต็ม แต่ท่านได้จองคิวไว้แล้ว จำเป็นต้องไปนอนที่หอผู้ป่วยรวมก่อน เพื่อรอคิวเข้าห้องเศษต่อไป
6. กรณีเกิดเหตุการณ์ย้ายลงสามัญหรือแพทย์ให้กลับบ้านด้วยเหตุผลทางการแพทย์ เช่น ยกเลิกการผ่าตัด ผู้ป่วยจะต้องชำระเงินค่าห้องพิเศษตามระเบียบทุกกรณี**

(ชื่อพยาบาลผู้รับจอง) (ผู้จองเซ็นรับทราบ)

Mae Sai Hospital Special Room Reservation Response Form (for International Patients)

Mae Sai Hospital Special Room Reservation Center, please call 053-7313000 ext. 7701-7703.

Booking Number .....

Pt. Name.....

Dx.....

Admit Date.....

Preferred room type

☐ VIP rate: 2,200 baht/night

☐ VVIP rate: 3,800 baht/night

Special room policy

1. A designated individual must attend to the patient around the clock, and this caregiver must be of legal age, specifically 20 years old.
2. Do not accept patients exhibiting aggressive behavior, those experiencing alcohol or drug withdrawal syndrome, or individuals with AWS scores.
3. Access to the special room requires prior approval from the attending physician.
4. This special room reservation serves solely to secure a place in the special room queue. It does not guarantee that you will be assigned a special room on the day of your visit to the hospital.
5. If the special room is at capacity and you have already made a reservation, you are required to first proceed to the general ward to await your turn to enter the special room.
6. In the event of a transfer to a general hospital or if the doctor discharges the patient for medical reasons, such as the cancellation of surgery, the patient is required to pay the private room fee in accordance with the regulations in all instances.

Name of the nurse confirming the appointment

Name of the individual making the reservation and signing for acknowledgment

เกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้าห้องพิเศษ

1. **วัตถุประสงค์**
   เพื่อให้การรับผู้ป่วยเข้าห้องพิเศษมีมาตรฐาน ชัดเจน และสอดคล้องกับบริบททางคลินิก โดยใช้เกณฑ์ที่เหมาะสมกับสาขาโรค การดูแล และใช้ระบบออนไลน์อย่างมีประสิทธิภาพ
2. **ขอบเขตการใช้งาน**
   เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการรับผู้ป่วยเข้าห้องพิเศษ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยต่าง ๆ , หัวหน้าหอผู้ป่วย,เจ้าหน้าที่ประจำห้องพิเศษ ,แอดมินระบบจองออนไลน์
3. **คำจำกัดความ**
   - ห้องพิเศษ: ห้องพักผู้ป่วยเดี่ยว พร้อมสิ่งอำนวยความสะดวก
   - ผู้เฝ้าไข้: ญาติหรือผู้ดูแลที่ได้รับอนุญาตให้เฝ้าไข้ตลอด 24 ชั่วโมง
4. **เกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้าห้องพิเศษ**

ลำดับ	เกณฑ์	รายละเอียด
1	**แยกตามสาขาโรค**	➢ **อายุรกรรม** **เข้าห้องพิเศษได้ :** 1. สัญญาณชีพปกติ ***ห้ามเข้าห้องพิเศษ :*** 1. ผู้ป่วยไข้เลือดเดงกี (DHF) มีความรุนแรงของโรค Grade II ขึ้นไป *(DHF Grade II : ไม่มีภาวะช็อก แต่มีภาวะเลือดออก เช่น มีจุดเลือดออกตามตัว มีเลือดกำเดาหรืออาเจียน/ ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด/ สีดำ Plt แนวโน้มต่ำลง)* 2. ผู้ป่วยที่สัญญาณชีพไม่คงที่ ต้อง monitor เช่น ● ผู้ป่วย sepsis ที่ต้องเฝ้าระวังภาวะ Septic shock ● ผู้ป่วย AF with RVR ที่ได้รับยา Amiodarone ● ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบต้องเฝ้าระวังภาวะ respiratory failure ● ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย on High flow ● ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงต้องได้รับการประเมิน Neuro signs 3. ผู้ป่วย MI ที่กำลังได้รับ Anticoagulant (Enoxaparin , Heparin) 4. ผู้ป่วยที่ได้รับการ On ICD (ยกเว้นแพทย์ประเมินแล้วอนุญาต) 5. ผู้ป่วย U/D Heart ต้อง Consult Med ทุกครั้ง 6. ผู้ป่วยที่ on AWS / มีอาการทางจิตเวช 7. ผู้ป่วยที่ต้อง Observe N/S < 4 ชั่วโมง 8. ผู้ป่วย Palliative care ที่ยังไม่เซ็นใบ NR
		➢ **ศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก** **เข้าห้องพิเศษได้ :**

ลำดับ	เกณฑ์	รายละเอียด
		1. สัญญาณชีพปกติ ***ห้ามเข้าห้องพิเศษ :*** 1. ผู้ป่วย Head injury ที่ต้อง Observe N/S in 24 hr. แรก หรือหลังจาก 24 hr. แรกที่อาการยังไม่คงที่ 2. ผู้ป่วย UGIH with Active Bleed 3. ผู้ป่วย Multiple trauma ที่มีภาวะ hypovolemic shock 4. ผู้ป่วยที่ on AWS / มีอาการทางจิตเวช
		➢ **สูตินรีเวช** **เข้าห้องพิเศษได้ :** 1. สัญญาณชีพปกติ ***ห้ามเข้าห้องพิเศษ :*** 1. ผู้ป่วยหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยา MgSO4 2. ผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดที่ได้รับการเติมเลือด
		➢ **กุมารเวชกรรม** **เข้าห้องพิเศษได้ :** 1. สัญญาณชีพปกติ ***ห้ามเข้าห้องพิเศษ :*** 1. ผู้ป่วยเด็กที่มีมาด้วยอาการชัก 2. ทารกแรกเกิดที่ได้ใส่ตู้อบเด็ก (On Incubator) 3. ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับออกซิเจนที่มีอาการหายใจเหนื่อย มี retraction 4. ผู้ป่วยเด็กติดเชื้อในกระแสเลือด 5. ผู้ป่วยเด็กไข้เลือดเดงกี (DHF) มีความรุนแรงของโรค Grade II ขึ้นไป *(DHF Grade II : ไม่มีภาวะช็อก แต่มีภาวะเลือดออก เช่น มีจุดเลือดออกตามตัว มีเลือดกำเดาหรืออาเจียน/ ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด/ สีดำ)*
2	**ผู้เฝ้าไข้**	☐ ต้องมีผู้เฝ้าไข้ตลอด 24 ชั่วโมง 1 คน ☐ ผู้เฝ้าไข้ต้องบรรลุนิติภาวะ มีอายุ ≥ 20 ปีบริบูรณ์
3	**ความเสี่ยงด้านพฤติกรรม**	☐ งดรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ☐ งดรับผู้ป่วยกลุ่มอาการถอนพิษจากแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด มีคะแนน AWS (Acute Withdrawal Syndrome)
4	**ความพร้อมของห้องพัก**	☐ ต้องมีห้องว่างตามสัดส่วนที่จัดสรร
5	**พิจารณาร่วม**	☐ แพทย์เจ้าของไข้อนุญาติให้เข้าห้องพิเศษได้ และแพทย์ระบุใน Order เท่านั้น ☐ พยาบาลหัวหน้าเวร/หัวหน้าหอผู้ป่วย พิจารณาตามเกณฑ์สาขาโรค

5. ขั้นตอนการดำเนินงาน (Flow Process)

ขั้นตอนที่ 1: การจองห้องพิเศษผ่านระบบออนไลน์/ประสานผ่านเจ้าหน้าที่

- ผู้ป่วย/ญาติสามารถจองห้องพิเศษผ่านเว็บไซต์ รพ. หรือ LINE OA
- ระบบจะส่งข้อมูลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและทันที
- หรือพยาบาลประจำจุดบริการประสานแจ้งความประสงค์ของผู้ป่วย/ญาติ ทางโทรศัพท์ภายใน 7701-7703 เจ้าหน้าที่จะนำชื่อเข้าระบบให้

ขั้นตอนที่ 2: การพิจารณาและคัดกรองเบื้องต้น

- พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทำการประเมินตามเกณฑ์ในข้อ 1-5
    - หากผ่านเกณฑ์ ต้องแจ้งรายละเอียดการเข้าพักกับผู้ป่วยเรื่องราคาและระเบียบการเข้าพักตามแบบตอบรับการจองห้องพิเศษ
    - หากไม่ผ่าน ต้องแจ้งเหตุผลแก่ผู้ป่วย/ญาติ

ขั้นตอนที่ 3: การตอบรับและยืนยันการใช้ห้อง

- ห้องพิเศษตรวจสอบความพร้อมของห้อง
- แจ้งผู้จองผ่านระบบออนไลน์หรือโทรศัพท์ หรือประสานผ่านเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยที่รับบริการ

ขั้นตอนที่ 4: การประเมินภายหลังเข้าพัก

- สำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ
- บันทึกข้อเสนอแนะ/ข้อร้องเรียนเพื่อทบทวนเกณฑ์ในรอบต่อไป

การพัฒนารูปแบบการสื่อสารรับส่งเวร เพื่อการดูแลผู้คลอดโดยใช้ Lean management งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลแม่สาย

กันติชา บัตรรัมย์
งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลแม่สาย

บทนำ

การสื่อสารที่สำคัญของพยาบาล คือ การรับ-ส่งเวร ซึ่งเป็นการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากพยาบาลทีมหนึ่งไปยังพยาบาลอีกทีมหนึ่ง ทุกเวร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เกิดความปลอดภัย เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน บุคลากรใหม่หรือผู้ขาดประสบการณ์ อาจมีการส่งต่อข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลตามแผนการรักษา การส่งเวรที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การส่งต่อและรับข้อมูลเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง การรักษา/การพยาบาลที่ได้รับ แผนการรักษาและผลการรักษาพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ภายใต้ระยะเวลาที่เหมาะสม

งานการพยาบาลผู้คลอดเป็นหน่วยงานกึ่งวิกฤต ที่ต้องให้การพยาบาลอย่างเร่งด่วนในบางราย ในแต่ละเวรมีการจัดการพยาบาลขึ้นเวรเพียงเวรละ 2 คน โดยแต่ละคนจะมีหน้าที่รับผิดชอบ แบ่งหน้าที่เป็น In-charge และ Member ในต้นเวรจะมีการรับ-ส่งเวรร่วมกันเพื่อให้ทราบถึงอาการ แผนการรักษาและประวัติของผู้คลอด จากนั้นปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับผิดชอบ แต่การทำงานในบางเวรไม่สามารถที่จะแบ่งปฏิบัติกันได้ตามหน้าที่ มีการสลับหน้าที่กันได้ตามความเหมาะสมในภาวะฉุกเฉินนั้นๆ จึงทำให้เห็นว่าพยาบาลทุกคนต้องได้รับข้อมูลที่จำเป็น เพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่อง ทราบปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และจะต้องจดจำรายละเอียดได้ทั้งหมด เพื่อใช้ในการให้การพยาบาลและการส่งเวรครั้งต่อไป ด้วยเหตุนี้ทำให้เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงการสื่อสารข้อมูลผิดพลาดจากการรับ-ส่งเวรไม่ครบถ้วน แยกปัญหาความเสี่ยงสูงและความเสี่ยงต่ำไม่ได้ ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการรักษา ทางหน่วยงานจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข จึงได้มีแนวคิดพัฒนารูปแบบการรับ-ส่งเวร มาทบทวน เพิ่มประสิทธิภาพการรับส่งเวร เพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยใช้ Lean management

เป้าหมาย

1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล การวางแผนการพยาบาลในแต่ละระยะได้อย่างเหมาะสม
2. เพื่อแยกประเภทผู้คลอดความเสี่ยงสูงและความเสี่ยงต่ำจากปัจจัยต่างๆได้อย่างแม่นยำ
3. ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจกับการใช้งาน

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

เดือนมกราคม 2568 – มีนาคม 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก

1. ค้นหาปัญหา/อุปสรรค ปัจจัยที่มีผลกระทบในการรับ-ส่งเวร
2. ทบทวนการรับ –ส่งเวรในหน่วยงานที่ปฏิบัติในปัจจุบันในเรื่อง ความครบถ้วนของเนื้อหารายละเอียดที่สำคัญ ความผิดพลาดที่พบและระยะเวลาที่ใช้ในการรับส่งเวร

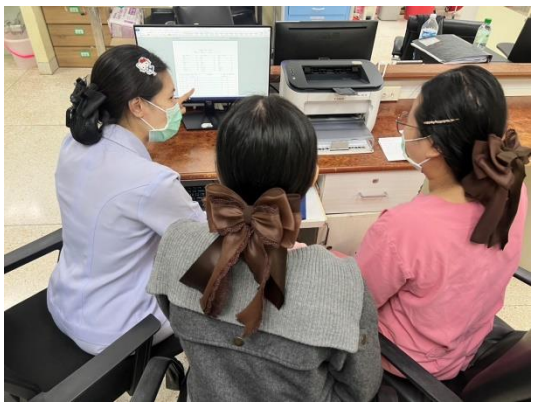
ระยะพัฒนา

1. ประชุมชี้แจงปัญหาในที่ประชุมหน่วยงาน

2. จัดประชุมระดมสมอง วิเคราะห์ปัญหา/แนวทางแก้ไขปรับปรุงพัฒนาเพื่อหาแนวทางการรับส่งเวรที่มีประสิทธิภาพ

3. จัดทำโครงการและขั้นตอนการดำเนินงานการรับส่งเวร โดยใช้ Lean management

4. ประชุมชี้แจงและทำความเข้าใจกับบุคลากรในหน่วยงานเรื่องการรับส่งเวร โดยใช้ Lean management



ระยะนำไปใช้

1. เขียนแบบฟอร์มแนวทางการปฏิบัติในการรับ-ส่งเวร

Daily Nurse's report

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เวรดึก ยอดยกมา.....คน	เวรเช้า ยอดยกมา.....คน	เวรบ่าย ยอดยกมา.....คน
รับใหม่.....คน	รับใหม่.....คน	รับใหม่.....คน
รับย้าย.....คน	รับย้าย.....คน	รับย้าย.....คน
ย้าย.....คน	ย้าย.....คน	ย้าย.....คน
จำหน่าย.....คน	จำหน่าย.....คน	จำหน่าย.....คน
Refer.....คน	Refer.....คน	Refer.....คน
ตาย.....คน	ตาย.....คน	ตาย.....คน
คลอด N/D.....คน	คลอด N/D.....คน	คลอด N/D.....คน
คลอด C/S.....คน	คลอด C/S.....คน	คลอด C/S.....คน
คงเหลือ.....คน	คงเหลือ.....คน	คงเหลือ.....คน

เวร	เตียง	ชื่อสกุล	ลำดับครรภ์	GA	รายละเอียด	ประวัติ high risk	ข้อมูลการให้ยา

2. ให้บุคลากรในหน่วยงานใช้แนวทางการรับ-ส่งเวรในหน่วยงาน
3. ติดตามผลการปฏิบัติ 3 เดือน

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

จากผลการดำเนินโครงการ พบว่าบุคลากรสามารถแยกประเภทความเสี่ยงของผู้คลอด และมีการวางแผนการพยาบาลที่แม่นยำเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 95 อัตราความพึงพอใจของบุคลากรในการรับ-ส่งเวร เท่ากับร้อยละ 98 และจากการสัมภาษณ์บุคลากรพบว่า การรับส่งเวรโดยใช้ Lean management ทำให้การรับส่งเวรง่ายขึ้น สามารถสรุปปัญหาที่สำคัญของผู้คลอดได้ชัดเจนและผู้รับเวรพบว่าทำให้ได้ข้อมูลที่จำเป็นครบถ้วน และง่ายต่อการเข้าใจ

ตัวชี้วัด

ชื่อตัวชี้วัด	สอดคล้องกับเป้าหมายในข้อที่			ก่อนดำเนินการ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	
	1	2	3			ม.ค. 68	มี.ค. 68
1. แยกประเภทของผู้ป่วย (high/low risk) และแผนการรักษาได้อย่างแม่นยำ	/	/		N/A	≥80%	85%	95%
2.ร้อยละความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน			/	N/A	≥80%	94%	98%

สรุป

จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า กระบวนการรับส่งเวรของพยาบาล เป็นการสื่อสารที่มีความสำคัญในการดูแลผู้คลอดให้ปลอดภัย เป็นการสื่อสารสองทางและส่งข้อมูลไปยังสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้คลอดร่วมกัน การใช้เทคนิคการสื่อสารแบบ Lean management จะทำให้มีแนวทางในการสื่อสารที่ครอบคลุมปัญหาอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรมีแนวทางในการส่งเวรเป็นไปในทางเดียวกัน ข้อมูลมีความกระชับ ลดระยะเวลาในการรับ-ส่งเวรลงแต่คงไว้ซึ่งประสิทธิภาพ เพิ่มคุณภาพในการพยาบาล ช่วยลดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือการสื่อสารข้อมูลที่ผิดพลาด ไม่ครบถ้วน และสร้างความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้น

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. ได้พัฒนาแบบฟอร์มการรับส่งเวร เพื่อใช้ในการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. สามารถแยกประเภทความเสี่ยงของผู้ป่วยได้ชัดเจนเพิ่มมากขึ้น
3. ลดอุบัติการณ์ความเสี่ยง การสื่อสารข้อมูลที่ผิดพลาดในหน่วยงาน
4. ให้การรักษาที่ควรจะได้รับในแต่ละระยะของการรอคลอดได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

จรรยา กาวีเมือง. การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. [การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองพยาบาลมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2558.

ประภัสสร มนต์อ่อน. ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการรายงานเปลี่ยนเวรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพุทธโสธร[วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2554.

มธุรส ตันติเวสส. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา2560;25:41-51.

เดชชัย โพธิ์กลิ่น. ประสิทธิผลของการจัดการการส่งเวรด้วยโมเดลเอสบาร์ที่แผนกผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร.[วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2559.

การพัฒนาระบบการยืนยันเข้ารับบริการ New Authen Code โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

วิไลพร กันตรีสมบัติ [1], ศิวกร จันต๊ะฟู[2]
[1-2]กลุ่มงานเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์ โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

บทนำ

โรงพยาบาลแม่สายเป็นโรงพยาบาลระดับ M1 เป็นหน่วยบริการที่ครอบคลุมของการนำร่องโครงการบัตรประชาชนใบเดียวในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาล ในการบันทึกการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายและเพื่อให้บริการสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตามประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยให้โรงพยาบาลแสดงการพิสูจน์ตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ (Authentication) ด้วยบัตรประชาชน smart card ของผู้มีสิทธิบัตรทอง (UC)

ในปี 2567 พบว่าไม่มีการยืนยันใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ (Authentication) ด้วยบัตรประชาชน smart card จำนวน 977 ราย

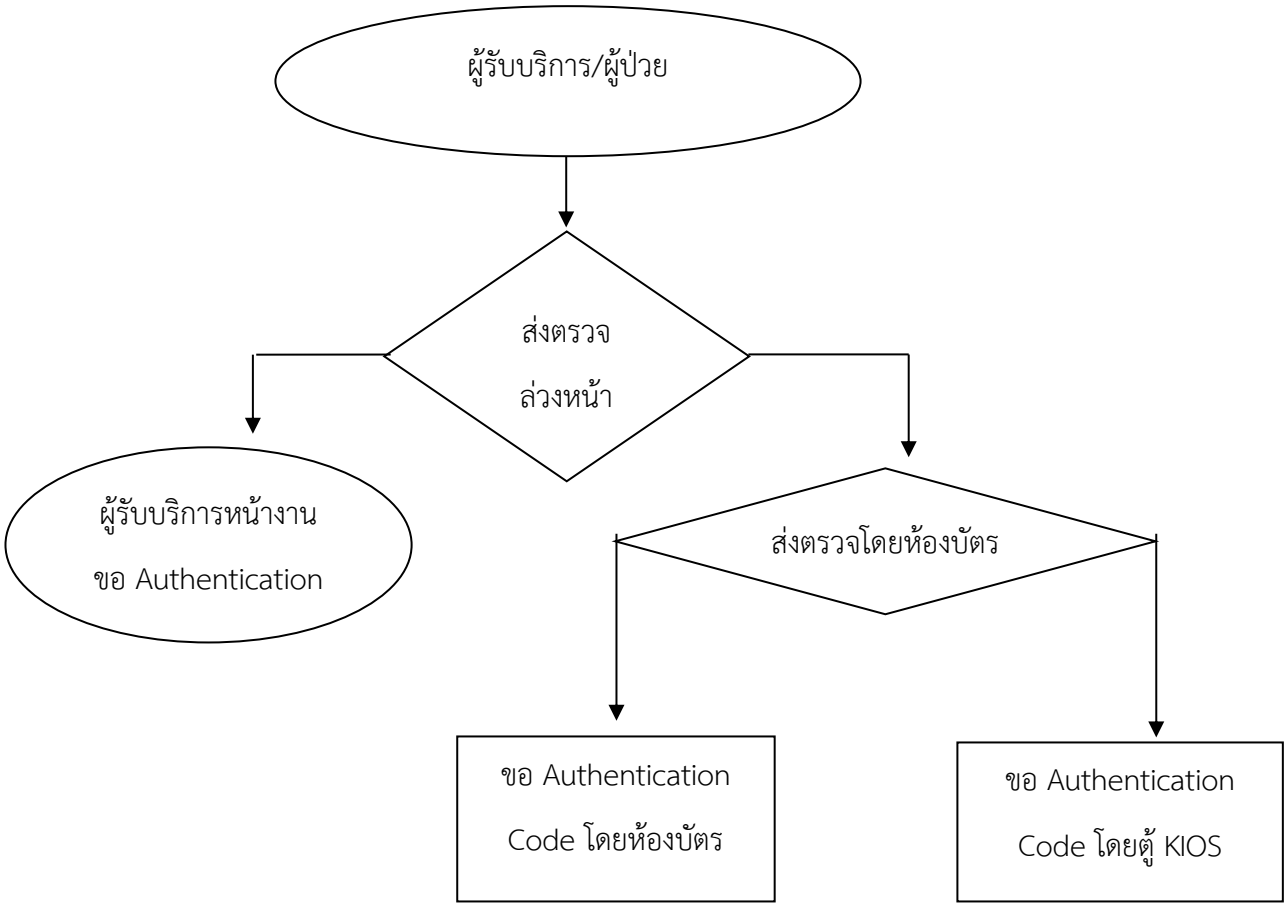
ดังนั้นกลุ่มงานเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์ ร่วมกับทาง IT โรงพยาบาลแม่สาย จึงได้ดำเนินการจัดทำระบบการตรวจสอบ Website การยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ (Authentication) โดยใช้ Line notify เพื่อให้มีการยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการครบถ้วน Line notify และเข้าทางเว็บไซค์ช่วยเชคข้อมูลให้ครบถ้วน

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ตุลาคม 2568 ถึง มีนาคม 2568

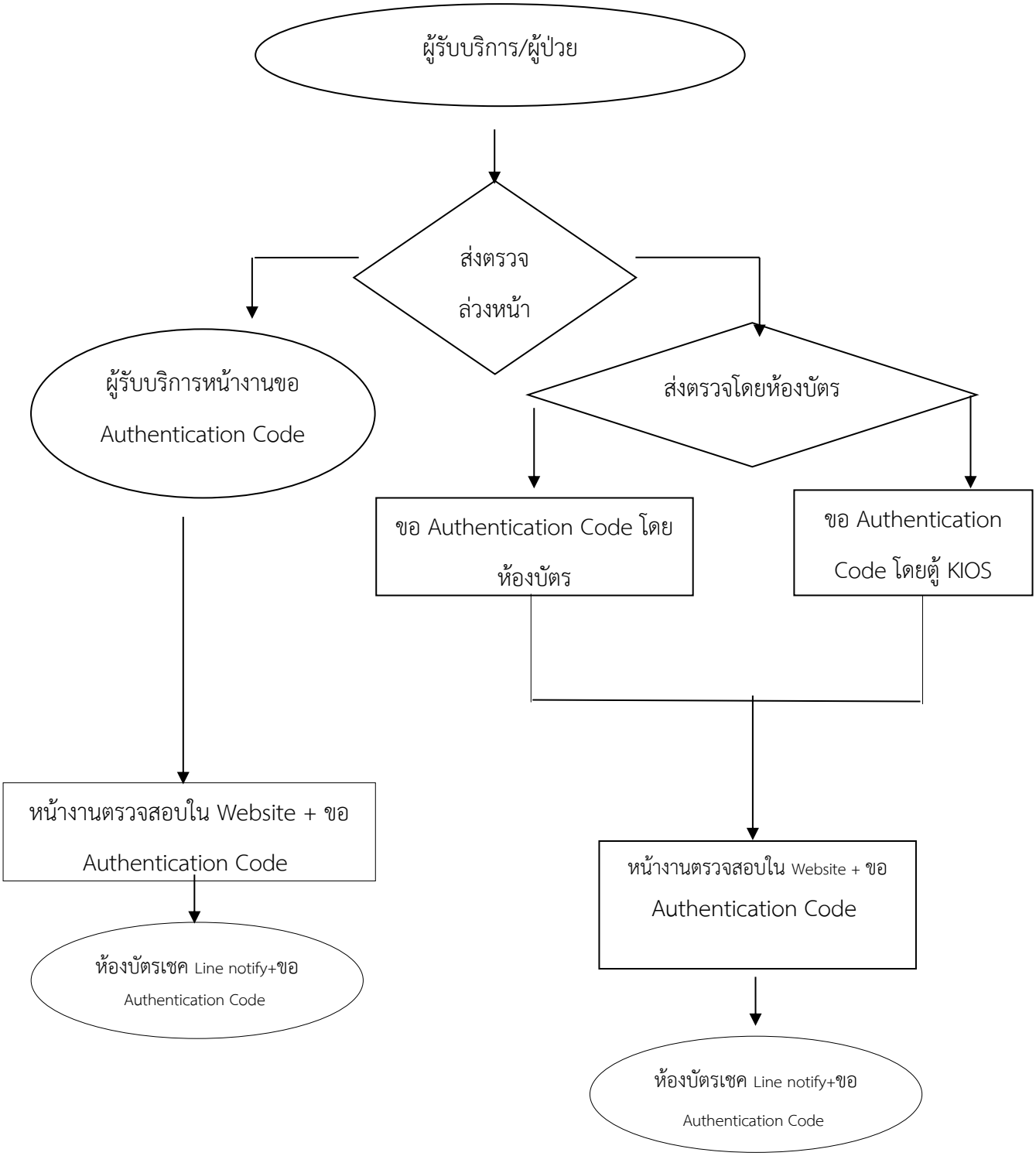
วิธีการพัฒนานวัตกรรม
ระยะเริ่มแรก

Flow ขอ Authentication Code โรงพยาบาลแม่สายแบบเดิม



ระยะพัฒนา

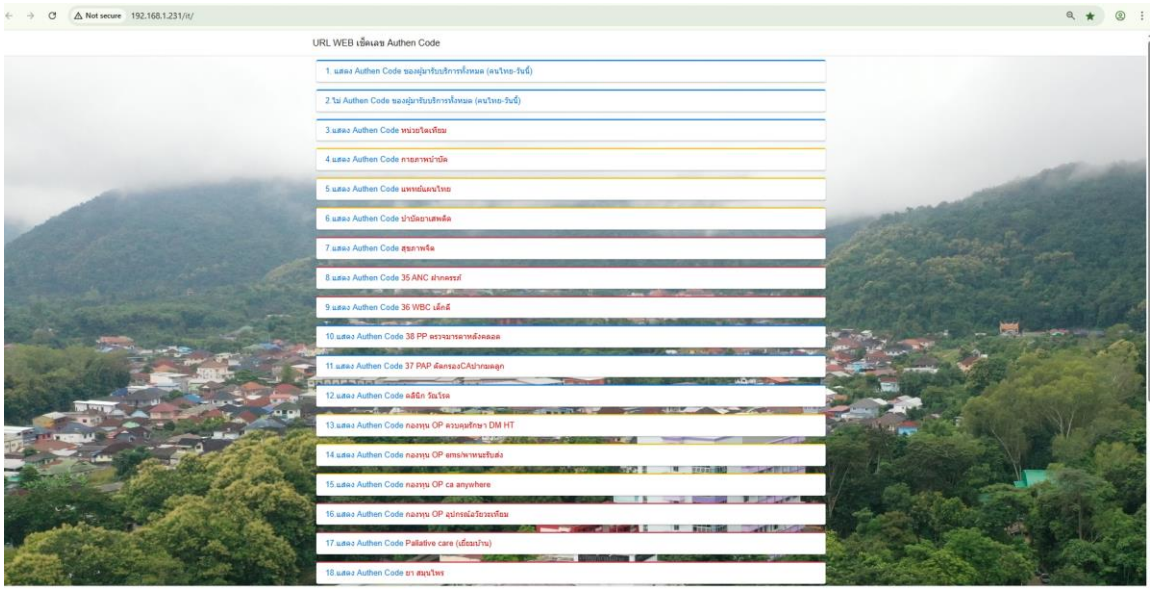
Flow ขอ Authentication Code โรงพยาบาลแม่สายแบบใหม่



ระยะนำไปใช้

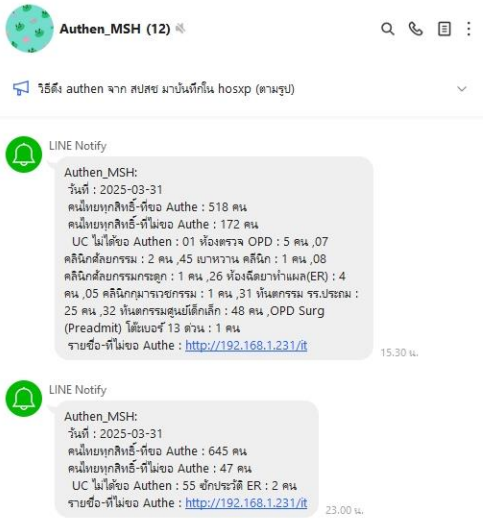
การขอ **Authentication** รูปแบบเดิมพบ ไม่ครบ เมื่อเปลี่ยนรูปแบบการคีย์ข้อมูลแบบใหม่พบว่าเจ้าหน้าที่ลงข้อมูลหน้างานได้ครบถ้วน

1.เจ้าหน้าที่สามารถเข้ามาเชคทางเว็บไซค์



รูป 1.1 หน้า เว็บไซค์การขอ **Authentication**

2.มี Line notify แจ้งเตือน 2 ครั้งในเวลา 15.30 น. และเวลา 23.00 น.ของทุก



รูป 2.1 หน้าของ Line notify

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

การนำเว็บไซค์มาใช้ พบว่าเจ้าหน้าที่ไม่มีการเข้ามาตรวจสอบ จึงได้จัดทำ Line notify ไว้

ตัวชี้วัด

การขอ **Authentication**จากเดิมคิดเป็น 0.41% และได้นำหน้าเว็บไซค์มาใช้ ลดเหลือ 0.08%

สรุป

1.ขอ Authentication Code ได้ครบถ้วน

2. ขอ Authentication Code ได้ทันเวลา

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

มีระบบตรวจสอบ **Authentication** ทำให้ขอ ได้ครบถ้วนทุกคลินิก (UC)

การพัฒนาระบบบริหารจัดการเบิกจ่ายยาทางวิสัญญี หน่วยงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลแม่สาย

วทัญญู สุตะวงค์
กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลแม่สาย

บทนำ

ยาทางวิสัญญี (Anesthetic drugs) หมายถึง ยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึกหรือความเจ็บปวด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการผ่าตัดหรือหัตถการทางการแพทย์ได้อย่างปลอดภัยและไม่รู้สึกตัวหรือไม่เจ็บปวด โดยยา กลุ่มนี้ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทเพื่อเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย

แผนการบริหารจัดการระบบยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในปีล่าสุด (พ.ศ. 2566) ได้รับการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องในหลายหน่วยงาน โดยมุ่งเน้นการป้องกันความผิดพลาดทางยาและส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยาสูงสุด โดยต้องมีการเฝ้าระวังจึงครอบคลุมตั้งแต่การจัดเก็บ การสั่งจ่าย การเตรียมยา ไปจนถึงการให้ยาและติดตามอาการผู้ป่วย

สำหรับประเทศไทยสถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้ประกาศให้กระบวนการประสานรายการยาเป็นส่วนหนึ่งในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จึงเป็นความท้าทายของโรงพยาบาลที่ต้องพัฒนากระบวนการประสานรายการยาให้มีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลแม่สายเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ที่มีการให้บริการทางวิสัญญี ซึ่งในหน่วยงานการพยาบาลวิสัญญีให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดและหัตถการเฉพาะทางเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ส่งผลให้ปริมาณการใช้ยาทางวิสัญญีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม จากการประเมินกระบวนการเบิกจ่ายยาในปัจจุบันยังพบปัญหาการติดตามยาเหลือใช้หรือยาเบิกเกินไม่ได้ และมีความเสี่ยงต่อความผิดพลาดในการจัดยา การใช้ระบบเบิกจ่ายแบบกระดาษหรือการบันทึกแบบแยกส่วนยังทำให้การติดตามตรวจสอบย้อนหลังทำได้ยากและไม่ตอบโจทย์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)

ด้วยเหตุนี้ หน่วยงานการพยาบาลวิสัญญีจึงเห็นความจำเป็นในการ **พัฒนาระบบบริหารจัดการเบิกจ่ายยาทางวิสัญญี** โดยมุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาสนับสนุนการจัดการข้อมูลยาให้มีความถูกต้อง แม่นยำ และสามารถติดตามตรวจสอบได้ตลอดกระบวนการ พร้อมทั้งออกแบบแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับบุคลากร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ ลดความคลาดเคลื่อน ลดการสูญเสีย และเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

การพัฒนาระบบดังกล่าวไม่เพียงแต่ช่วยให้การเบิกจ่ายยาทางวิสัญญีมีความเป็นระบบและโปร่งใสมากยิ่งขึ้น แต่ยังสนับสนุนให้หน่วยงานสามารถใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด พร้อมทั้งยกระดับคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลตามแนวคิดโรงพยาบาลคุณภาพและมาตรฐานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

1 พฤษภาคม 2568 ถึง ปัจจุบัน

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

กิจกรรมการพัฒนานี้ได้ใช้แนวคิด PDCA คือ วงจรบริหารงานคุณภาพ ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน Plan-Do-Check-Act เป็นกระบวนการที่ใช้ปรับปรุงการทำงานขององค์กรอย่างเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาและเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous improvement)

ระยะเริ่มแรก

มีการพัฒนาตามกระบวนการ คือ P – Plan ระบุและวิเคราะห์ปัญหา พบว่า 1. ไม่มีทะเบียนการเบิกยาทางวิสัญญีในหน่วยงาน 2. ไม่มีการตรวจสอบยาทางวิสัญญีเป็นประจำทำให้ไม่สามารถติดตามการใช้ยาทางวิสัญญีได้

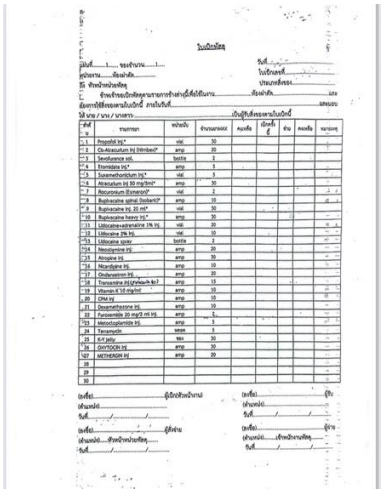
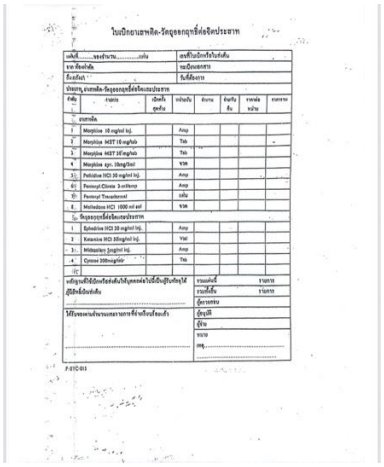
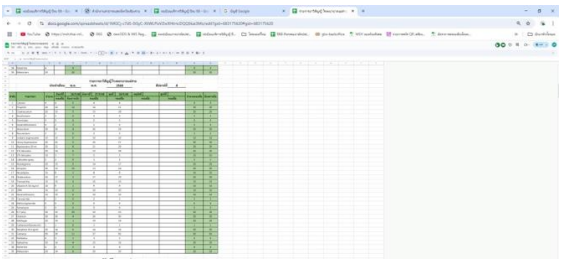
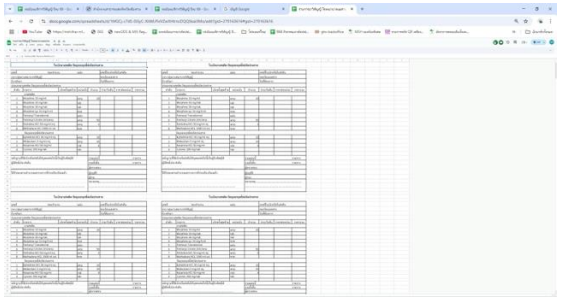
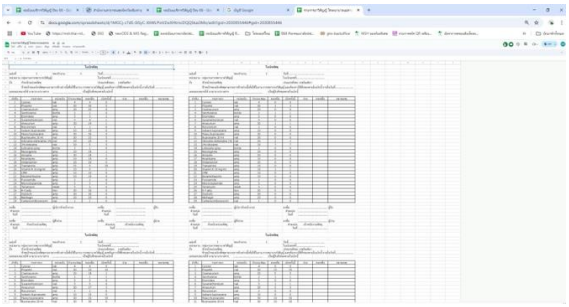
ระยะพัฒนา

. D – DO พัฒนาทางออกและดำเนินการตามแผน คือ 1. จัดทำทะเบียนการเบิกยาทางวิสัญญีใน Google sheet ที่สามารถลงบันทึกได้ตลอดเวลาและมีหลักฐานเอกสารใน Google sheet เป็นของหน่วยงานในการทวนสอบกับคลังยา 2. มีการตรวจสอบยาทางวิสัญญีทุกวันเป็นปัจจุบัน มีการเบิกจ่ายยาจากคลังยาทุกวันจันทร์และวันศุกร์

ระยะนำไปใช้

C – Check ประเมินและสรุปผล คือ 1. มีระบบการเบิกยาทางวิสัญญีที่เป็นปัจจุบัน และมีหลักฐานการเบิกจ่ายเพื่อทวนสอบกับคลังยาในหน่วยงาน 2. มียาทางวิสัญญีพร้อมใช้ 3. มีข้อมูลของการเบิกจ่ายยาทางวิสัญญีที่ครบถ้วน และ A – Act ปรับปรุงแก้ไขและวางแผนใหม่ต่อไป คือ ทดลองการใช้ระบบการเบิกยาทางวิสัญญีโดยการประชุมหน่วยงานและกำหนดเป็นมาตรฐาน และเผยแพร่ไปยังหน่วยงานที่ต้องการใช้ พัฒนาต่อยอดไปยังคลังยาโดยส่งข้อมูลผ่านทาง Google sheet และพัฒนาต่อยอดไปเป็น Application เบิกจ่ายยาวิสัญญี

เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา

ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
1. ตรวจสอบยาทางวิสัญญีและเบิกจ่ายผ่านเอกสารไปที่คลังยาทุกวันจันทร์และวันศุกร์ 2. เอกสารการเบิกจ่ายอยู่ที่คลังยา  	1. มีระบบการเบิกยาทางวิสัญญีที่เป็นปัจจุบัน และมีหลักฐานการเบิกจ่ายเพื่อทวนสอบกับคลังยาในหน่วยงาน 2. มีข้อมูลของการเบิกจ่ายยาทางวิสัญญีที่ครบถ้วน   

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

ใช้ระบบ Google Sheet เป็นเครื่องมือหลักในการจัดเก็บและตรวจสอบข้อมูลและตรวจสอบระบบ โดยใช้เกณฑ์:

1. ความครบถ้วนของข้อมูลการเบิกจ่าย
2. ความพร้อมใช้ของยาทางวิสัญญี
3. ความสามารถในการตรวจสอบย้อนหลัง

ตัวชี้วัด

1. มีระบบบริหารจัดการเบิกจ่ายยาทางวิสัญญีในหน่วยงานการพยาบาลวิสัญญี
2. มียาทางวิสัญญีพร้อมใช้ ไม่พบอุบัติการณ์ยาทางวิสัญญีไม่พร้อมใช้
3. มีข้อมูลของการเบิกจ่ายยาทางวิสัญญีที่ครบถ้วนในหน่วยงานเป็นแบบ online Google sheet ของหน่วยงาน

สรุป

ระบบบริหารจัดการเบิกจ่ายยาทางวิสัญญี หน่วยงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลแม่สายช่วยยกระดับกระบวนการบริหารจัดการยาทางวิสัญญีในหน่วยงานพยาบาลวิสัญญี ให้มีความแม่นยำ ทันสมัย ตรวจสอบได้ และสอดคล้องกับนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วย ช่วยลดความเสี่ยงด้านยาและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพในโรงพยาบาลอย่างชัดเจน

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. **มีระบบการเบิกจ่ายยาทางวิสัญญีที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพ**
   - ใช้ Google Sheet สำหรับจัดเก็บข้อมูลการเบิกจ่ายแบบออนไลน์ ทำให้สามารถเข้าถึงและตรวจสอบย้อนหลังได้สะดวก
   - ระบบสามารถทวนสอบการเบิกจ่ายกับคลังยาได้อย่างชัดเจนและโปร่งใส
2. **มียาทางวิสัญญีพร้อมใช้ตลอดเวลา**
   - ลดอุบัติการณ์ “ยาขาด” หรือ “ยาพร้อมใช้ไม่ทัน” ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย
   - มีการตรวจสอบสต็อกยาและการเบิกจ่ายทุกวันจันทร์และศุกร์ ทำให้ยามีความพร้อมใช้อย่างต่อเนื่อง
3. **ข้อมูลเบิกจ่ายยาครบถ้วน และสามารถนำไปใช้วิเคราะห์ต่อยอด**
   - ข้อมูลจากระบบสามารถนำไปวิเคราะห์การใช้ยา แนวโน้มการเบิกจ่าย และวางแผนการจัดซื้อในอนาคต
   - สนับสนุนการพัฒนาเป็น Application ต่อไปในอนาคต เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความสะดวกในการใช้งาน
4. **ทีมงานมีความเข้าใจและมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา**
   - มีการประชุมหารือ กำหนดมาตรฐานการใช้งาน และการปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่องตามแนวทาง PDCA
   - ส่งผลให้เกิดความเป็นเจ้าของงานร่วมกันในทีม

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลตามระบบ HA ฉบับปรับปรุง 2566. กรุงเทพฯ: สรพ.; 2566.
2. World Health Organization. Medication without harm: WHO's third global patient safety challenge [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2025 Jul 9]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.6
3. IOM (Institute of Medicine). Preventing Medication Errors. Washington, DC: The National Academies Press; 2007.
4. Deming WE. Out of the crisis. Cambridge (MA): MIT Press; 1986.
5. Google. Sheets: Online spreadsheets for personal use [Internet]. California: Google LLC; c2025 [cited 2025 Jul 9]. Available from: https://www.google.com/sheets/about/

การพัฒนาการบริการตรวจไทรอยด์ที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็วอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับเกณฑ์การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล(Rational Lab Use, RLU)

ชัยสิทธิ์ สุวรรณจักษ์ [1], มัณฑนา บุศย์เมือง[2], วัชรพงศ์ แสงดาว[3]
[1-3] กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลแม่ลาว

บทนำ

โรคไทรอยด์เป็นความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ ซึ่งเป็นต่อมไร้ท่อขนาดเล็กบริเวณด้านหน้าลำคอ ทำหน้าที่ผลิตฮอร์โมนไทรอยด์ที่มีบทบาทสำคัญต่อระบบเผาผลาญ พลังงาน การเจริญเติบโต และการทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย โรคไทรอยด์สามารถแบ่งออกได้เป็นหลายประเภท เช่น ภาวะไทรอยด์ทำงานเกิน (Hyperthyroidism) ภาวะไทรอยด์ทำงานต่ำ (Hypothyroidism) และก้อนเนื้อหรือมะเร็งของต่อมไทรอยด์ โดยแต่ละประเภทจะมีอาการและผลกระทบที่แตกต่างกัน

การวินิจฉัยโรคไทรอยด์มักเริ่มจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งรวมถึงการตรวจระดับฮอร์โมนในเลือด เช่น TSH (Thyroid Stimulating Hormone), FT3 (Free Triiodothyronine), FT4 (Free Thyroxine)

การให้บริการตรวจวิเคราะห์ฮอร์โมนไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH) เป็นส่วนสำคัญในการช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยและวางแผนการรักษาผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำและทันท่วงที โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะเกี่ยวข้องกับต่อมไร้ท่อหรือระบบเมตาบอลิซึม ดังนั้น ความถูกต้องและความรวดเร็วของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะเวลาในการตรวจไทรอยด์นั้นโดยทั่วไปใช้เวลาเพียงไม่กี่นาทีสำหรับการเจาะเลือด สำหรับระยะเวลาการรายงานผลสอดคล้องไปกับศักยภาพของสถานพยาบาลนั้น (เครื่องมือที่ใช้ตรวจ, แนวทางของกระบวนการตรวจ, ระยะเวลาในการตรวจ)

ดังนั้น เพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานและลดปัญหาการรายงานผลล่าช้าในอนาคต จึงมีการนำระบบปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) มาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุ และจัดทำแนวทางการแก้ไขและพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งหวังให้การรายงานผลการตรวจมีความรวดเร็ว ถูกต้อง และ ตอบสนองต่อการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

กุมภาพันธ์ 2567 ถึง พฤษภาคม 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม พัฒนา 2 รอบวง (PDCA)

ระยะเริ่มแรก

1. วางแผน (Plan):เดือน กุมภาพันธ์ 2567
    - ศึกษากระบวนการตรวจฮอร์โมนไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH) ในปัจจุบัน
    - รวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับระยะเวลาในการตรวจและรายงานผล
    - วิเคราะห์ปัญหาและหาสาเหตุของความล่าช้า

ระยะพัฒนา รอบที่ 1

พัฒนา ปรับปรุงกระบวนการตรวจให้มีประสิทธิภาพ

2. ดำเนินการ (Do):เดือน กุภาพันธ์ 2567
    - ปรับปรุงกระบวนการในการฮอร์โมนไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH) คือ ห้องปฏิบัติการทำการปรับเปลี่ยนรอบการตรวจวิเคราะห์ thyroid จากวันละ 1 ครั้ง เจาะเลือดเช้า ออกผลบ่าย เป็น เจาะเลือดเช้า ทำการตรวจวิเคราะห์ Thyroid 2 รอบ แต่ละรอบจะสามารถทำการวิเคราะห์ได้ 16 รายต่อรอบ เนื่องจาก Rackที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ สามารถใช้ได้Rackละ 8 ราย มี จำนวนแค่ 2 Rack และเครื่องใช้ได้แค่ครั้งละ 2 Rack และทำการรวม test ที่ใกล้เคียงกันทำในรอบการปฏิบัติงานของเครื่องในรอบเดียวกัน

ระยะนำไปใช้

3. ตรวจสอบผล (Check):ทุกเดือนเริ่มตั้งแต่ มีนาคม 67 ถึงพฤษภาคม 68
    - เก็บข้อมูลหลังจากปรับปรุง เช่น ระยะเวลาตรวจวิเคราะห์ และเวลารายงานผล
4. ปรับปรุงต่อเนื่อง (Act):
    - ประเมินผลและวางแผนการปรับปรุงในรอบถัดไป

ระยะเริ่มแรก รอบที่ 2 : กุมภาพันธ์ 68 นำเอา RLU มาใช้ร่วมกับ PDCA

- **ศึกษากระบวนการส่งตรวจฮอร์โมนไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH) ในปัจจุบัน**

ระยะพัฒนา รอบที่ 2 : กุมภาพันธ์ 68

พัฒนา ปรับปรุงกระบวนการส่งตรวจให้มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า

- ปรับปรุงเงื่อนไขการสั่งตรวจไทรอยด์ให้มีประสิทธิภาพตามแนวทางการพัฒนาระบบการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Lab Use, RLU) โดยระบุเงื่อนไขดังต่อไปนี้

  การสั่งตรวจไทรอยด์ฮอร์โมน

  -ให้สั่งตรวจตามเงื่อนไขที่แจ้ง

  -คัดกรองรายใหม่ ⟶ TSH

  -Hypothyroidism ⟶ FT4, TSH

  -Hyperthyroidism ⟶ FT3, FT4, TSH

ระยะนำไปใช้

ตรวจสอบผล (Check):ทุกเดือนเริ่มตั้งแต่ มีนาคม 67 ถึงพฤษภาคม 68

- เก็บข้อมูลหลังจากปรับปรุง เช่น ระยะเวลาตรวจวิเคราะห์ และเวลารายงานผล

ปรับปรุงต่อเนื่อง (Act):

- ประเมินผลและวางแผนการปรับปรุงในรอบถัดไป

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

จากวิธีการดำเนินงานเริ่มวางแผนและดำเนินตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ 67 และเริ่มเก็บข้อมูลเดือนมีนาคม 67 พบว่า รายการตรวจฮอร์โมนไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH) ในเดือน มกราคม ซึ่งเป็นช่วงก่อนการวางแผนและดำเนินการยังมีช่วงระยะเวลาในการตรวจวิเคราะห์การตรวจฮอร์โมนไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH) อยู่ที่ 60นาที ทุกรายการทดสอบ และหลังจากเดือนกุมภาพันธ์ที่ได้ทำการวางแผนและดำเนินการเฉลี่ยของรายตรวจ TSH คือ 48 (60,56,50,46,45,48,45,47,45,43,44,42) , FT3 คือ 48(60,56,45,46,46,48,48,47,45,43,46,44)

, FT4 คือ 48 (60,56,45,46,46,48,45,47,49,44,46,42)

ในปี 2568 ดำเนินการเฉลี่ยของรายตรวจ TSH คือ 43 (41,43,44,44,43) , FT3 คือ 44(43,43,44,45,43) , FT4 คือ 45 (43,44,43,48,48)

จากวิธีการดำเนินงานเริ่มวางแผนและดำเนินรายการตรวจฮอร์โมนไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH)พบว่าในเดือน มกราคม 2567 และกุมภาพันธ์ 2567 มีการรายงานผลในช่วงเวลาก่อนเที่ยง คิดเป็น ร้อยละ 69.29 และร้อยละ 71.32 ซึ่งส่งผลให้ไม่ตอบสนองความต้องการในการรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้ทำการศึกษาและปรับปรุงกระบวนการทำงานต่างๆในการตรวจฮอร์โมนไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH) ได้ผลการดำเนินงานในการรายงานผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้คือ การรายงานผลตรวจไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH) ใน 1 วัน รายงานช่วงเช้าก่อน 12.00 น. เท่ากับหรือเกิน ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่มาตรวจตรวจไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH) ในวันที่มรับการตรวจในแต่ละเดือน ได้ดังนี้ คือ ตั้งแต่มีนาคม 2567 ถึง เดือน พฤษภาคม 2568 พบว่า ร้อยละ 80 ของรายการตรวจฮอร์โมนไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH) ทั้งหมด สามารถออกผลได้ในช่วงเวลา ก่อน 12.00 น. ซึ่งปี 2567 มี2 เดือนคือ มกราคม และกุมภาพันธ์ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายซึ่งได้ร้อยละ 69.29 และ 71.32 ตามลำดับ ซึ่งในปี 2568 พบว่า ร้อยละ 80 ของรายการตรวจฮอร์โมนไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH) ทั้งหมด สามารถออกผลได้ในช่วงเวลา ก่อน 12.00 น. ดังตารางที่ 5 ซึ่งได้ผลการดำเนินการ ดังนี้ ร้อยละ 88.50,84.91,80.39,85.26,91.82 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าเกินเกณฑ์ เป้าหมายที่ตั้งไว้

จากคนไข้ไทรอยด์ทั้งหมด 339 คนตั้งแต่กุมภาพันธ์ 2567 ถึง พฤษภาคม 2568 พบเป็นกลุ่ม Hyperthyroid อยู่ 242 คน คิดเป็น ร้อยละ 72 แต่พบว่าในปี 67 มีการส่งตรวจแล็บไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH) ในกรณีติดตามผล อยู่ที่ ร้อยละ 81 จึงได้ทำการนำเอาการพัฒนาระบบการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Lab Use, RLU) มาใช้ พบว่า ในเดือน กุมภาพันธ์ 68 ถึง พฤษภาคม 68 พบว่าการสั่งตรวจแล็บไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH)ลดลงเหลือร้อยละ 55.12

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

1. ระยะเวลาในการตรวจวิเคราะห์ ตรวจไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH) ไม่เกิน 60 นาที ต่อ 1 รายการ
2. การรายงานผลตรวจไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH) ใน 1 วัน รายงานช่วงเช้าก่อน 12.00 น. เท่ากับหรือเกิน ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่มาตรวจตรวจไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH) ในวันที่มรับการตรวจในแต่ละเดือน
3. ลดร้อยละของการสังตรวจไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH)กรณีติดตามผล ให้น้อยกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่มาติดตามผลในกลุ่มของคนไข้ไทรอยด์

สรุป

พัฒนาการบริการตรวจไทรอยด์ของโรงพยาบาลแม่ลาว อาศัยการใช้การพัฒนาแบบระบบคุณภาพอย่างต่อเนื่อง(CQI)ร่วมกับระบบการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Lab Use, RLU)ได้ใช้การทำงานแบบ PDCA พบว่าได้ทำการพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง แยกเป็น 2 ช่วง **คือ ช่วงแรกพัฒนาเรื่องประสิทธิภาพในการตรวจไทรอยด์และการรายงานผลการตรวจ** ได้พัฒนาระยะเวลาการตรวจได้ผลดังนี้ ช่วงก่อนการพัฒนาระบบ ทุกรายการตรวจของไทรอยด์จะอยู่ 60 นาทีต่อ 1 รายการ เมื่อพัฒนาแล้ว ได้ TSH คือ 43 นาที, FT3 คือ 44, FT4 คือ 45 ได้พัฒนาระยะเวลาออกผลได้ดังนี้ ก่อนการพัฒนาระบบมีการรายงานผลในช่วงเวลาก่อนเที่ยง คิดเป็น ร้อยละ 69.29 และร้อยละ 71.32 ซึ่งส่งผลให้ไม่ตอบสนองความต้องการในการรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้ทำการศึกษาและปรับปรุงกระบวนการทำงานต่างๆในการตรวจฮอร์โมนไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH) ได้ผลการดำเนินงานในการรายงานผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้คือ การรายงาน

ผลตรวจไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH) ใน 1 วัน รายงานช่วงเช้าก่อน 12.00 น. เท่ากับหรือเกิน ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่มาตรวจตรวจไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH) ในวันที่มารับการตรวจในแต่ละเดือน ได้ดังนี้ คือ ตั้งแต่มีนาคม 2567 ถึง เดือน พฤษภาคม 2568 พบว่า ร้อยละ 80 ของรายการตรวจฮอร์โมนไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH) ทั้งหมด สามารถออกผลได้ในช่วงเวลา ก่อน 12.00 น. ซึ่งปี 2567 มี2 เดือนคือ มกราคม และกุมภาพันธ์ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายซึ่งได้ร้อยละ 69.29 และ 71.32 ตามลำดับ ซึ่งในปี 2568 พบว่า ร้อยละ 80 ของรายการตรวจฮอร์โมนไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH) ทั้งหมด สามารถออกผลได้ในช่วงเวลา ก่อน 12.00 น.ซึ่งได้ผลการดำเนินการ ดังนี้ ร้อยละ 88.50,84.91,80.39,85.26,91.82 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าเกินเกณฑ์ เป้าหมายที่ตั้งไว้

ช่วงสองพัฒนาเรื่องการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล ได้ผลดังนี้ พบการสั่งตรวจไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH)ในกรณีติดตามผล อยู่ที่ ร้อยละ 81 ซึ่งพบว่าเกินกว่าร้อยละของคนไข้ที่จำเป็นต้องตรวจไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH)ในกรณีติดตามผล หลังจากพัฒนาตามระบบ CQI และ RLU พบว่า ในเดือนกุมภาพันธ์ 68 ถึง พฤษภาคม 68 พบว่าการสั่งตรวจไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH)ลดลงเหลือร้อยละ 55.12

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. ผู้ป่วยได้รับตรวจไทรอยด์ (FT3, FT4, TSH)ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ผู้ป่วยได้ผลการตรวจและเข้ารับการรักษาได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว
3. สามารถลดต้นทุนในการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่ลดทอนประสิทธิภาพในการรักษาหรือให้บริการต่อผู้มารับบริการ

เอกสารอ้างอิง

Teansawang NP. การประเมินการส่งตรวจการทำงานของไทรอยด์ ตามแนวทางของสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2556 ในการวินิจฉัยไทรอยด์เป็นพิษ ในโรงพยาบาลวังสะพุง. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธาน2564;29(2):183

วัลยา จงเจริญประเสริฐ. การดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการทำงานของต่อมไทรอยด์. หน่วยต่อมไร้ท่อและเมแทบบอลิสม.

อัจฉริยาพร นามดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, สำราญ พลยศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ,และคณะ : CQI:Lean กระบวนการคีย์รายการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ณัฏฐ์ณพัชร์ อ่อนตาม. เทคนิคการบริหารงานแบบ PDCA (Deming Cycle). วารสารสมาคมพัฒนวิชาชีพการบริหารการศึกษาแห่งประเทศไทย. 2562;1(3):39

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Lab Use, RLU).. นนทบุรี: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์; 2566..

การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อเป็นฐานข้อมูล และระบบนำทาง ด้วยดาวเทียม GPS ของผู้ป่วยกลุ่มฟื้นฟูระยะกลาง IMC (PT Application)

ว่าที่ร้อยตรีหญิงภัทรลักษณ์ อิ่นคำ[1] นายณรงค์ฤทธิ์ สร้างแก้ว[2]
[1,2]หน่วยงานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลขุนตาล

บทนำ

งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู นอกเหนือจากงานบริการในคลินิก ยังมีงานบริการในชุมชน ซึ่งมีการสับเปลี่ยนหมุนเวียนนักกายภาพบำบัดในการติดตามเยี่ยมบ้าน ระบบเดิมการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างคณะทำงานเป็นรูปแบบของการจดบันทึก วาดแผนที่บ้านลงสมุดและแฟ้มผู้ป่วย ซึ่งพบว่าปัญหาการใช้งานค่อนข้างใช้งานยาก เสียเวลาในการค้นหาพิกัดบ้านผู้ป่วย ดังนั้น ทีมงานกายภาพบำบัด จึงต้องการพัฒนาแอปพลิเคชัน PT App ที่ใช้ในการนำทาง เพื่อติดตามบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ใน 4 กลุ่มโรคในชุมชน จนครบ 6 เดือน, ลดขั้นตอนการค้นหาพิกัดบ้านผู้ป่วย ทำให้งานบริการเยี่ยมบ้านเป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งแอปพลิเคชันจะมีระบบนำทาง สามารถบันทึกข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน บันทึกคะแนน Barthel Index อีกทั้งยังสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการวิเคราะห์ และติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสร้างเป็น PT Dashboard ที่แสดงข้อมูลภาพรวมผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคะแนน Barthel Index ของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และยังสามารถตอบตัวชี้วัด IMC ได้อย่างครบถ้วน ซึ่ง ณ ปัจจุบัน PT App ยังครอบคลุมไปยังกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ

ปัญหา *IMC งานชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้าน*

1. อัตราการตอบกลับ และการบันทึกข้อมูล BI ผู้ป่วยรายบุคคลให้แก่ Hub PT รพศ.ชร. ฟื้นฟูทั้งในและนอกโรงพยาบาล ทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร
   - ในทุก ๆ 2 - 4 เดือน PT จะมีการสับเปลี่ยนหมุนเวียนคณะทำงาน ระหว่างงานคลินิกและงานชุมชน เนื่องด้วยไม่มีระบบฐานข้อมูล ทำให้คณะทำงานใหม่ต้อง Set zero ในทุก ๆ ครั้ง เช่น การค้นหาพิกัดบ้านผู้ป่วย, จำนวนครั้งที่เยี่ยมติดตาม, ระดับ BI ของผู้ป่วยในแต่ละราย
   - ไม่มีฐานข้อมูลผู้ป่วย ที่สามารถทำการบันทึก สืบค้นประวัติที่เข้าถึงง่าย
2. ไม่สามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นได้ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ ได้ตามเกณฑ์
   - สูญเสียเวลาไปกับการค้นหาพิกัดบ้านของผู้ป่วยในแต่ละราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงของการ Set zero เนื่องจากการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่าง PT ด้วยกันนั้น พิกัดบ้านจะใช้วิธีการเขียนแผนที่แบบวาดมือด้วยเหตุผลข้างต้น ทำให้อัตราการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยต่อวันทำได้ไม่ตามเกณฑ์

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

เริ่มพัฒนา Application Ver.1 ช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 และหยุดการใช้งานไป

เริ่มพัฒนา Application Ver.2 ช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567

เริ่มใช้งานจริง เดือนพฤศจิกายน 2567 โดยพัฒนา และใช้งานมาจนถึงปัจจุบัน รวมระยะเวลา 10 เดือน

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูต้องการพัฒนา PT application เพื่อเป็นฐานข้อมูลและระบบนำทางด้วยดาวเทียม GPS ของผู้ป่วยกลุ่มฟื้นฟูระยะกลาง IMC จึงได้มีการประชุมทีมเพื่อร่วมกันพัฒนาโปรแกรมขึ้นมาเพื่อลดขั้นตอนในการค้นหาพิกัดบ้านผู้ป่วย ทำให้งานบริการเยี่ยมบ้านเป็นไปตามเป้าหมาย โดยแอปพลิเคชันมีระบบนำทาง ทำงานร่วมกับ google map อีกทั้งสามารถบันทึกข้อมูลและแสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยตามตัวชี้วัด IMC รวมถึงข้อมูลการเปลี่ยนแปลงคะแนน BI ของผู้ป่วยในช่วง 1-6 เดือน เพื่อใช้ในการติดตามดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยใช้ข้อมูลร่วมกันผ่านโปรแกรม PT application โดยมีข้อมูลที่ได้รับมาจาก PT รพศ.ชร. ในการติดตามผู้ป่วยตั้งแต่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลและกลุ่มที่ไม่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล ตลอดจนสามารถนำชุดข้อมูลดังกล่าว สร้างเป็น PT Dashboard เพื่อแสดงข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในพื้นที่

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

กระบวนการตั้งแต่เริ่มพัฒนา PT Application และเริ่มใช้งานในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2567 ทางผู้จัดทำได้มีการใช้งาน ร่วมกับพัฒนาปรับปรุงระบบควบคู่กันไป ระบบค่อนข้างมีความเสถียร อีกทั้งยังพัฒนาฟีเจอร์ต่าง ๆ เพื่อที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการการใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนกระทั่งปัจจุบันสามารถใช้งานได้จริง

ตัวชี้วัด

ผลลัพธ์

1. **ก่อนใช้โปรแกรม PT application ปีงบประมาณ 2567**
   - มีอัตราการตอบกลับ และการบันทึกข้อมูล BI ผู้ป่วยรายบุคคลให้แก่ Hub PT รพศ.ชร.ฟื้นฟูทั้งในและนอกโรงพยาบาล คิดเป็น ร้อยละ 40 (42 : 105 ราย)
   - ผู้ป่วยกลุ่ม IMC เยี่ยมบ้าน ADL < 15 ได้รับการ ฟื้นฟูเฉลี่ย 1.07 ครั้ง/เดือน
   - ผู้ป่วยกลุ่ม IMC เยี่ยมบ้าน ADL < 15 มี ADL > 15 คิดเป็น ร้อยละ 31.37 (16 : 51)

2. **หลังใช้โปรแกรม PT application ปีงบประมาณ 2568 (1 ต.ค. 67 - 30 มิ.ย. 68)**
   - มีอัตราการตอบกลับ และการบันทึกข้อมูล BI ผู้ป่วยรายบุคคลให้แก่ Hub PT รพศ.ชร. ฟื้นฟูทั้งในและนอกโรงพยาบาล คิดเป็น ร้อยละ 95.45 (63 : 66 ราย)
   - ผู้ป่วยกลุ่ม IMC เยี่ยมบ้าน ADL < 15 ได้รับการ ฟื้นฟูเฉลี่ย 3-6 ครั้ง/เดือน
   - ผู้ป่วยกลุ่ม IMC เยี่ยมบ้าน ช่วงวันที่ 1 ต.ค. 67 - 30 มิ.ย. 68 ที่มีระดับ ADL < 15 มี ADL > 15 คิดเป็น ร้อยละ 30.23 (13 : 43) ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในระยะของการฟื้นฟูและติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง
3. ลดระยะเวลาในการค้นหาพิกัดบ้านของผู้ป่วย

4. สามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นได้ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ ได้ตามเกณฑ์
5. มีฐานข้อมูลผู้ป่วย ที่สามารถทำการบันทึก สืบค้นประวัติผู้ป่วยที่เข้าถึงง่าย

สรุป

เกิดแอปพลิเคชันเพื่อเป็นฐานข้อมูล และระบบนำทางด้วยดาวเทียม GPS ของผู้ป่วยกลุ่มฟื้นฟูระยะกลาง IMC (PT Application) ที่เป็นเครื่องมือแสดงข้อมูลของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน ทำให้ผู้ใช้งานสามารถใช้ติดตามผู้ป่วย ทำการบันทึก สืบค้นประวัติผู้ป่วยได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ลดระยะเวลาในการค้นหาพิกัดบ้านของผู้ป่วย ตลอดจนสามารถนำชุดข้อมูลดังกล่าว สร้างเป็น PT Dashboard เพื่อแสดงข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในพื้นที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่ม IMC ได้รับการติดตาม ดูแลรักษาตามระยะเวลา Golder period 6 เดือน และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นอีกทั้งมีอัตราการตอบกลับตัวชี้วัดจังหวัด และการบันทึกข้อมูล BI ของผู้ป่วย IMC ที่เพิ่มขึ้น

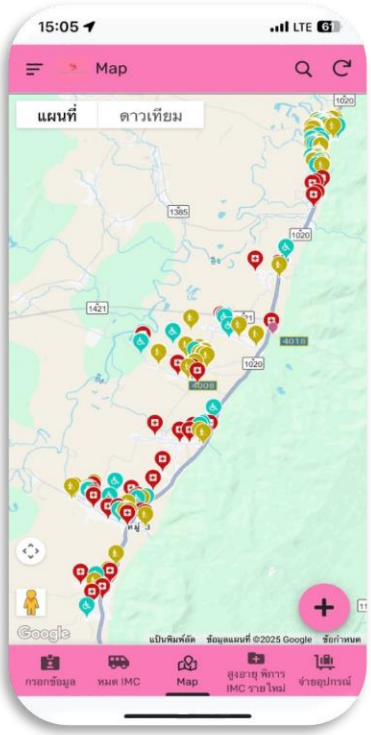
ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

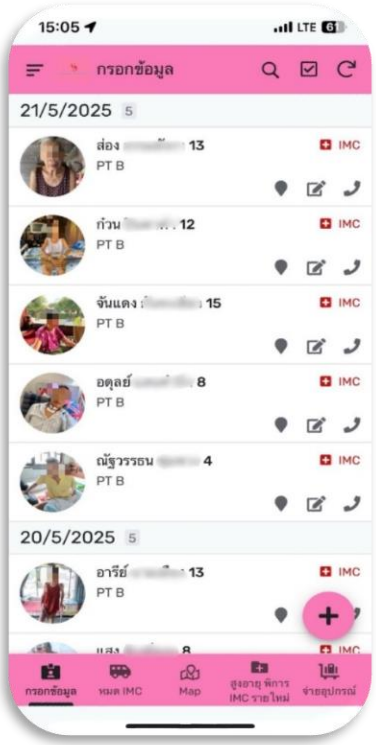
1. ลดขั้นตอน การค้นหาบ้านผู้ป่วย PT App สามารถนำทางไปยังบ้านผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ
2. มี Application ที่แสดงข้อมูล ผป. อย่างครบถ้วนรองรับการบันทึก Barthel Index
3. มี PT Dashboard เพื่อแสดงข้อมูลภาพรวมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล
4. มีอัตราการตอบกลับ ตอบตัวชี้วัด IMC จังหวัดได้อย่างครบถ้วน
5. สามารถขยายการใช้งาน ไปยังกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น ผู้สูงอายุ และผู้พิการ

จากที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ทำให้เกิดการบริการในชุมชนอย่างเป็นระบบยิ่งขึ้น

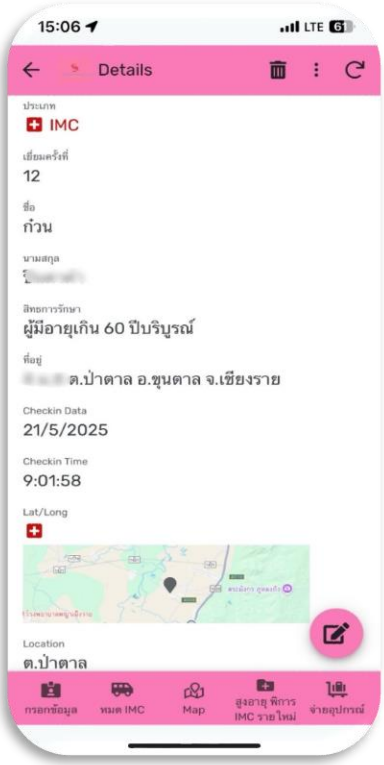
ภาคผนวก

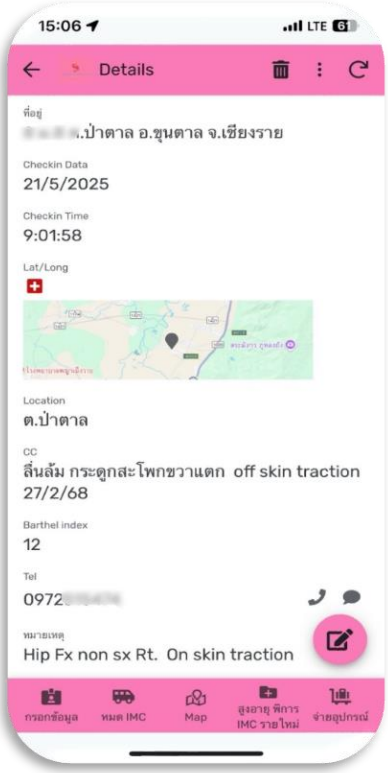
15:03
SINCE 2024
Syncing...
Cancel


15:05
Map
แผนที่
ดาวเทียม
กรอกข้อมูล
หมด IMC
Map
สูงอายุ พิการ IMC รายใหม่
จ่ายอุปกรณ์

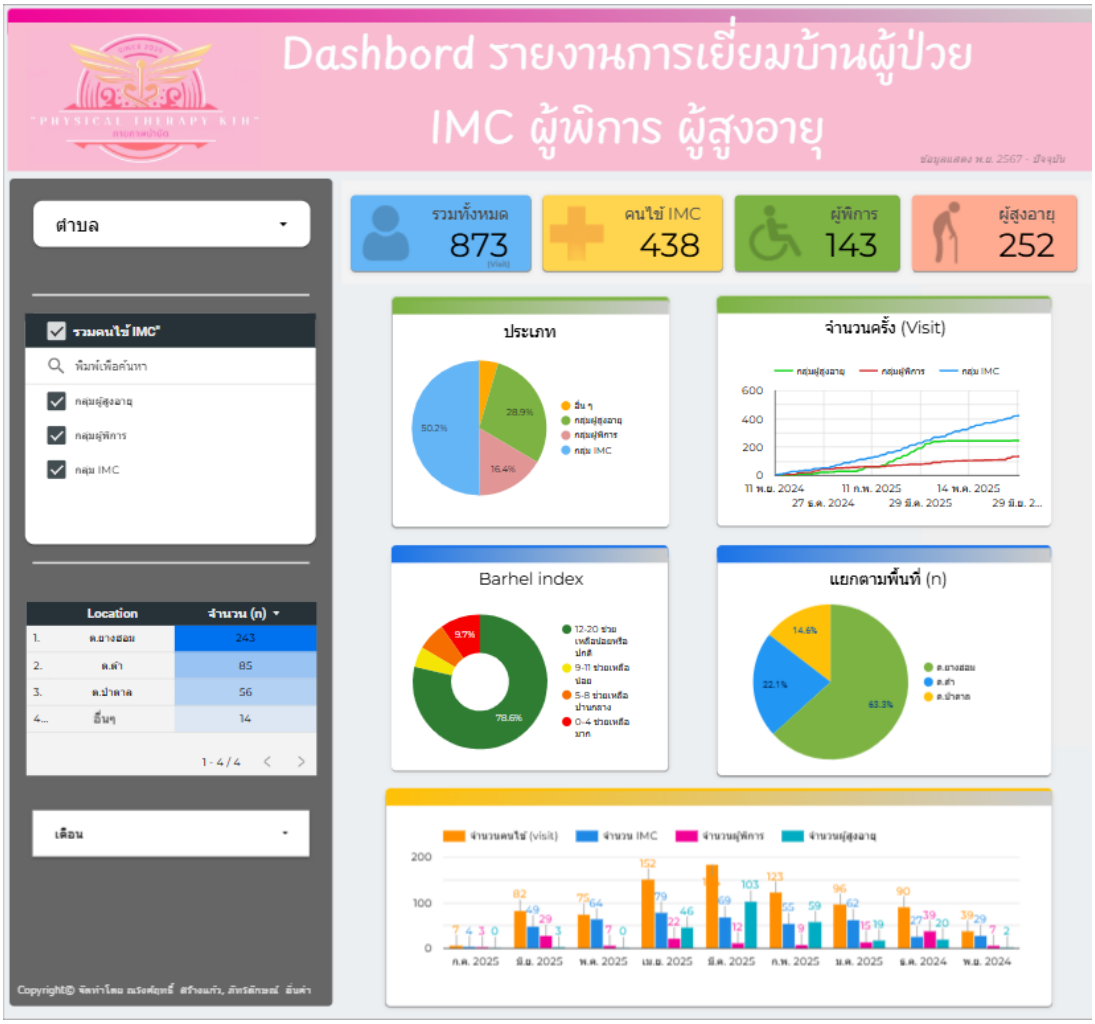

15:05
กรอกข้อมูล
21/5/2025
ส่อง 13
PT B
IMC
ก๋วน 12
จันแดง 15
อดุลย์ 8
ณัฐวรรธน 4
20/5/2025
อารีย์ 13

15:06
Details
COPY
หมด IMC
กรอกข้อมูล ADL
ก๋วน 12
PT B
HN
000012249


15:06
Details
IMC
12
ก๋วน
ผู้มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์
ต.ป่าตาล อ.ซุนตาล จ.เชียงราย
Checkin Data
21/5/2025
Checkin Time
9:01:58
Lat/Long
Location
ต.ป่าตาล


15:06
Details
.ป่าตาล อ.ซุนตาล จ.เชียงราย
Checkin Data
21/5/2025
Checkin Time
9:01:58
Lat/Long
Location
ต.ป่าตาล
CC
ลื่นล้ม กระดูกสะโพกขวาแตก off skin traction
27/2/68
Barthel index
12
Tel
Hip Fx non sx Rt. On skin traction

ภาคผนวก


Dashbord รายงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
IMC ผู้พิการ ผู้สูงอายุ
ตำบล
รวมทั้งหมด 873
คนใช้ IMC 438
ผู้พิการ 143
ผู้สูงอายุ 252
ประเภท
จำนวนครั้ง (Visit)
Barhel index
แยกตามพื้นที่ (n)
Location
จำนวน (n)
เดือน

ปรับนิด สะกิดหน่อย ไม่ปล่อยให้เกิด Phlebitis

มรกต สิทธิขันแก้ว[1] จารุวรรณ ไชยเม็ง[2]
[1,2] การพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง

บทนำ

การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นหัตถการสำคัญที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ ดังนั้นพยาบาลผู้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำต้องมีความรู้และทักษะที่จำเป็น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับยา/สารน้ำ การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเฝ้าระวังและประเมินอาการ/อาการแสดง เพื่อสามารถระบุระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว และให้การพยาบาลตามมาตรฐานได้อย่างถูกต้องเหมาะสม[1] ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย คือ ภาวะเส้นเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด เส้นเลือดดำแข็งตัว หรือเนื้อตายเฉพาะที่ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งเพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

จากข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2565-2567 มีผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลายจำนวน 4,228 ครั้ง 7,925 ครั้ง และ 7,697 ครั้ง ตามลำดับ ซึ่งยาหรือสารน้ำบางตัวมีความเข้มข้นสูง หรือมีฤทธิ์ระคายเคืองต่อหลอดเลือดได้ง่าย จากข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) ในปีงบประมาณ 2565-2567 พบอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบเป็น 0.47 0.38 และ 0.87 ครั้ง/1000 วันนอน ถึงแม้ว่าอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบที่พบน้อยกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด แต่หากมองถึงคุณภาพการดูแลที่แท้จริงต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเกิดขึ้น ทางทีมการพยาบาลงานผู้ป่วยในได้ทบทวนสาเหตุของการเกิด phlebitis ได้แก่ การเสียดสีของสายสวนบ่อยครั้ง ขนาดของสายสวนมีขนาดใหญ่ตำแหน่งในการคา สายสวนไม่เหมาะสม การระคายเคืองจากสารละลาย ยา ชนิดของสารน้ำ ระยะเวลาที่ให้ความเข้มข้นของยาที่ผสม สภาพของเส้นเลือด เป็นต้น ปัจจัยส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมให้ระดับความรุนแรงของการเกิด phlebitis มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับการดูแล จากการค้นหาสาเหตุพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ขาดความตระหนักเรื่องการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย ทำให้ละเลยการประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ทางหน่วยงานจึงกำหนดแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือด เพื่อช่วยป้องกันและลดอัตราการเกิด phlebitis ภายในหอผู้ป่วย และเป็นที่ยอมรับได้ตามมาตรฐานการพยาบาล

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

เดือน ตุลาคม พ.ศ.2567 ถึง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก ทำการสำรวจ ค้นหา และวิเคราะห์ข้อมูลจากปัญหาและอุบัติการณ์การเกิด Phlebitis ที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วย

ช่วงเวลา	สภาพการปฏิบัติจริง	ปัญหาที่พบ
ตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2567	-กำหนดให้เปลี่ยนตำแหน่งการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลายทุก 3 วัน โดยการใช้สติ๊กเกอร์สีระบุตามวันที่ครบเปลี่ยนแปะไว้ตรงตำแหน่งที่คาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย -มีระบบการประเมินตำแหน่งที่คาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลายโดยพยาบาล refer เวรเช้า ทำการตรวจประเมินในช่วงเช้าก่อนแพทย์ round ขณะรับ-ส่งเวร หากพบว่าบริเวณตำแหน่งคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนมีสติ๊กเกอร์สีตรงวันที่ครบเปลี่ยนและตำแหน่งนั้นเปรอะเปื้อนให้ทำการเช็ดทำความสะอาดผิวหนังและปิดด้วย Tegaderm แผ่นใหม่พร้อมติดสติ๊กเกอร์สีตามวันครบเปลี่ยนครั้งถัดไป -หากพบตำแหน่งนั้นยังไม่ถึงกำหนดวันครบเปลี่ยนแต่ลักษณะผิวหนังตรงตำแหน่งที่ On IVF หรือ On plug เริ่มบวมหรือแดงให้ Off ทันที และเปลี่ยนตำแหน่งใหม่ -ระหว่างเวรพยาบาลให้ยาหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำจะมีการสังเกตและเฝ้าระวังการเกิด Phlebitis ร่วมด้วย	-พยาบาล ไม่ได้เปลี่ยนตำแหน่งสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลายตามแนวทางที่กำหนด -ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวขณะคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย

ระยะพัฒนา

1. ทบทวนแนวทางการให้ยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแนวทางของสมาคมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยกำหนดแนวปฏิบัติให้เหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้จริงกับบริบทของโรงพยาบาล

2. กำหนดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยยึดตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของสมาคมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ดังนี้

ช่วงวลา	แนวทางการพัฒนา
มกราคม 2568	1. การเลือกตำแหน่งการแทงสายสวนหลอดเลือดดำที่เหมาะสมได้แก่ Metacarpal veins, Cephalic veins, Basilic veins และ Median veins 2. การทำความสะอาดผิวหนังด้วย 70% Alcohol ก่อนแทงสายสวนหลอดเลือดดำ โดยออกแรงเช็ด ขัด และถูผิวหนัง ด้วยหลักการเช็ดไปทางเดียวจนผิวหนังสะอาด คราบเหงื่อไคลหลุดหมด และรอให้น้ำยาแห้งก่อนแทงสายสวนหลอดเลือดดำ 3.การยึดตรึงตำแหน่ง on plug หรือ on IVF ด้วย Omega technique และ Chevron technique 4. บันทึกตำแหน่งการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลายตั้งแต่ครั้งแรก ในแบบบันทึกสัญญาณชีพ ในระบบ IPD paperless และเมื่อมีการเปลี่ยนตำแหน่งใหม่ ให้ระบุไว้ในใบบันทึกสัญญาณชีพทุกครั้ง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการทบทวนย้อนหลังหากเกิด Phlebitis ใน case นั้นๆ 5. การทำความสะอาดจุกยางบริเวณ On plug หรือ On IVF ด้วย 70% Alcohol และรอให้แห้ง 15 วินาทีเพื่อให้มีผลในการฆ่าเชื้อ 6. ในระหว่างการให้ยาหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ มีการตรวจประเมินผิวหนังบริเวณตำแหน่งแทงสายสวนหลอดเลือดดำ เมื่อพบว่าเป็น Phlebitis ระดับ 1 สามารถเปลี่ยนตำแหน่งใหม่ทันที 7. พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ช่วยสังเกตและประเมินตำแหน่งการ on IVF หรือ on plug หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวด บวม แดง บริเวณตำแหน่งดังกล่าวให้แจ้งพยาบาลเพื่อประเมินทันที 8. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ มีส่วนร่วมในการสังเกตตำแหน่งที่คาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย หากรู้สึกปวด บวม แดง ตรงตำแหน่งนั้นๆ ให้ แจ้งทีมการพยาบาลทันที

ระยะนำไปใช้

1. สื่อสารแนวทางต่างๆที่ได้กำหนดไว้ ในการประชุมประจำเดือน โดยสร้างความรู้และความเข้าใจให้แก่ทีมการพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เพื่อให้ปฏิบัติเป็นไปแนวทางเดียวกัน

2. กำหนดช่วงเวลาที่เริ่มนำนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้ คือ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2568

3. ติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางของนวัตกรรมเชิงระบบที่กำหนดไว้ และประเมินผล

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

เริ่มนำนวัตกรรมไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงตามแนวทางที่กำหนดไว้ เริ่มใช้ตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ จนถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ตัวชี้วัด

จากการนำนวัตกรรมเชิงระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้และติดตามผลลัพธ์พบว่า อัตราการเกิด Phlebitis ลดลงจากก่อนการพัฒนา ดังแสดงในตาราง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	
		ก่อนการพัฒนา ต.ค. 2567-ม.ค 2568	หลังการพัฒนา ก.พ. - พ.ค. 2568
จำนวนผู้ป่วยที่ on IVF หรือ on plug		857	845
จำนวนวันที่ผู้ป่วย on IVF หรือ on plug		2557	2456
การเกิด Phlebitis ระดับ 1		1	1
การเกิด Phlebitis ระดับ 2		2	0
การเกิด Phlebitis ระดับ 3		0	0
การเกิด Phlebitis ระดับ 4		0	0
อัตราการเกิด Phlebitis	≤3:1000 วันนอน	1.73	0.41

สรุป

การกำหนดแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมการพยาบาล พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ผู้ป่วยและญาติ ให้คอยสังเกตและประเมินเฝ้าระวังการเกิด Phlebitis ทำให้สามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิด Phlebitis ได้อย่างต่อเนื่อง

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis โดยยึดตามแนวทางที่เป็นมาตรฐานของสมาคมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

เอกสารอ้างอิง

1. ภัทรารัตน์ ตันนุกิจ, สุวดี สุขีนิตย์, จิราพร เชาว์โพธิ์ทอง, บรรณาธิการ. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ. กรุงเทพฯ :สมาคมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ, 2567

การตรวจสอบเครื่องมือผ่าน QR code งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลแม่สาย

วิไลพร คิดอ่าน
งานจ่ายกลาง กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมฯ โรงพยาบาลแม่สาย

บทนำ

งานจ่ายกลาง มีเครื่องมือสำคัญที่มีความจำเป็นในการตรวจสอบความพร้อมใช้งานของเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องล้างอัตโนมัติ เครื่องอบแห้ง เครื่องทำปราศจากเชื้อ (เครื่องนึ่งไอน้ำ, เครื่องอบพลาสมา) เป็นต้น ซึ่ง การตรวจสอบเครื่องมือแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การตรวจสอบโดยบริษัทหรือช่างทุก 4 เดือน และการตรวจสอบประจำวันของเจ้าหน้าที่จ่ายกลาง การตรวจสอบดังกล่าวเพื่อเป็นการบำรุงรักษาเครื่องมือให้การใช้งานได้ในระยะยาว และตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ อีกทั้งเพื่อให้มีความพร้อมของเครื่องมือก่อนการใช้งาน

การตรวจสอบเครื่องมือของงานจ่ายกลาง แบบเดิมใช้กระดาษสำหรับบันทึกข้อมูลในการตรวจสอบรายวัน พบปัญหากระดาษที่บันทึกสูญหาย เปียกชื้น และฉีกขาด ส่งผลให้เจ้าหน้าที่จ่ายกลางมีการตรวจสอบไม่ต่อเนื่อง ไม่ครบถ้วน ไม่สม่ำเสมอ พบอุบัติการณ์เครื่องทำปราศจากเชื้อและเครื่องล้างอัตโนมัติชำรุดระหว่างการใช้งานในช่วงเดือน ต.ค.66-ม.ค.67 จำนวน 3 ครั้ง ทำให้ต้องรอเวลาการซ่อมเครื่องที่ชำรุดดังกล่าว ส่งผลให้การส่งอุปกรณ์เครื่องมือให้กับทางหน่วยงานได้ล่าช้า

ด้วยเหตุผลดังกล่าว งานจ่ายกลาง เห็นความสำคัญของการตรวจสอบเครื่องมือก่อนการใช้งาน จึงได้จัดทำ QR code ที่มีข้อมูลรายละเอียดของเครื่องมือ ตารางการตรวจสอบ สามารถสแกนตรวจสอบเครื่องมือได้สะดวกมากขึ้น ลดการใช้กระดาษ และสามารถทวนสอบการตรวจสอบที่ผ่านมาได้ เพื่อความพร้อมของเครื่องมือก่อนการใช้งานต่อไป

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

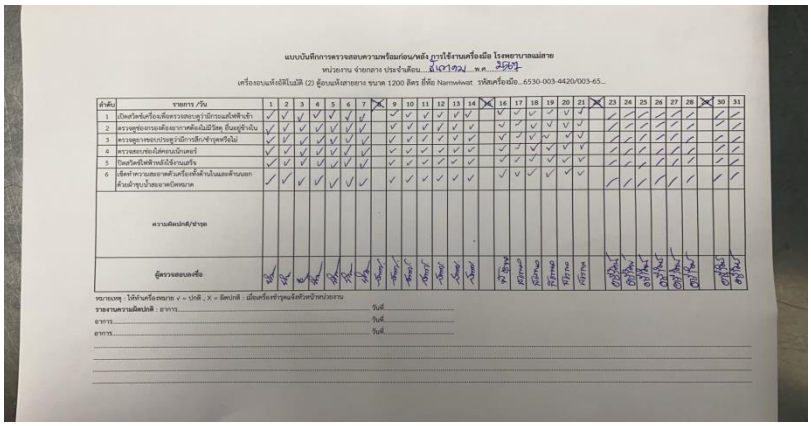
ระหว่าง วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 – ปัจจุบัน

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก

ค้นหาปัญหา/อุปสรรค ประเด็นปัญหาที่พบความไม่สะดวกใช้กระดาษในการตรวจสอบเครื่องมือ มีปัญหาเรื่องการรวบรวมสรุปข้อมูลย้อนหลัง วิเคราะห์ปัญหา/แนวทางแก้ไขปรับปรุงพัฒนา การพัฒนาการตรวจสอบเครื่องมือผ่าน QR code

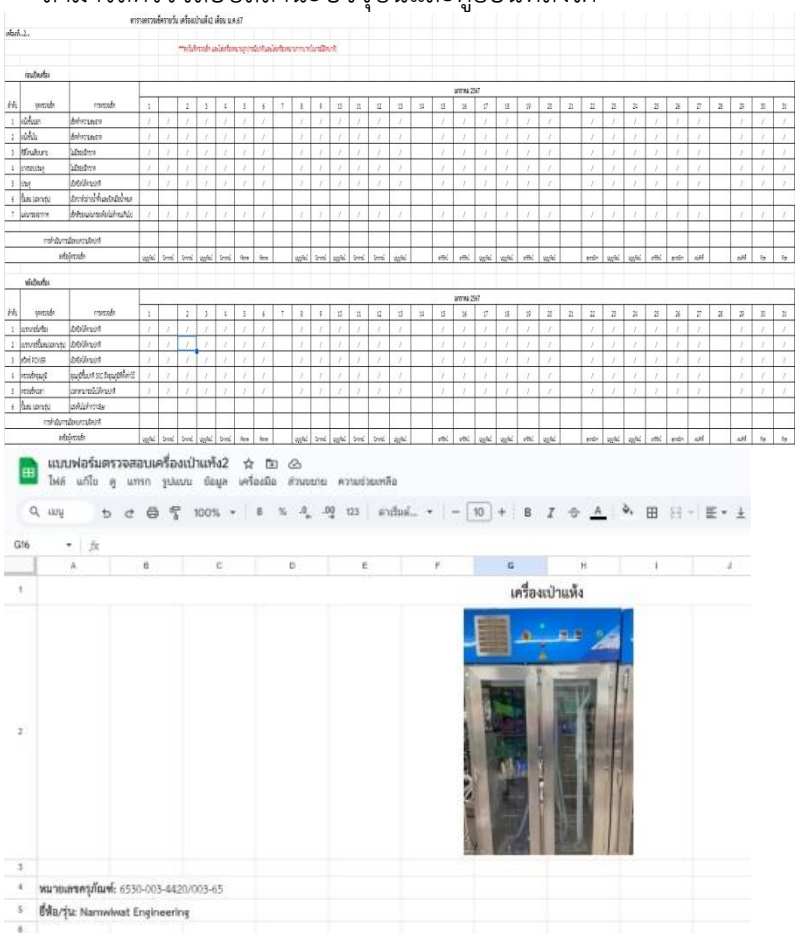
การตรวจสอบเครื่องมือระบบเดิม



ระยะพัฒนา วางแผนและจัดทำ QR code ตั้ง 1 -28 กุมภาพันธ์ 2568 (ระยะเวลา 1 เดือน)

- การจัดทำลิ้งค์หรือแบบฟอร์มการลงข้อมูล และจัดทำในรูปแบบ QR code ที่สแกนสามารถเห็นรายละเอียดของเครื่องมือ การตรวจสอบปัจจุบันและดูย้อนหลังได้
- ปริ้น QR code จัดทำป้าย QR code นำติดหน้าเครื่องมือที่ตรวจสอบ
- สื่อสาร และสอนสาธิต ให้กับทางเจ้าหน้าที่จ่ายกลางรับทราบและปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน

การตรวจสอบเครื่องมือระบบใหม่ เป็นQR code ที่สแกนสามารถเห็นรายละเอียดของเครื่องมือ สามารถตรวจสอบสถานะปัจจุบันและดูย้อนหลังได้



ระยะนำไปใช้

ดำเนินการเริ่มใช้ QR code ตรวจสอบเครื่องมือ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2567 – ปัจจุบัน

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

1.การทดสอบประสิทธิภาพเชิงเนื้อหาของข้อมูล ดังนี้

- ตรวจสอบข้อมูลเนื้อหาขั้นตอนการตรวจสอบเครื่องมือที่ถูกต้องเหมาะสม โดยช่างชำนาญงานจากบริษัทที่จำหน่ายเครื่องมือโดยตรง
- ตรวจสอบข้อมูลการตรวจสอบด้านกายภาพที่ครบถ้วนให้เป็นไปตามมาตรฐานงานจ่ายกลาง

2. การทดสอบประสิทธิภาพด้านการนำไปใช้ ทดสอบกับเจ้าหน้าที่งานจ่ายกลางทั้งหมด จำนวน 7 คน

ข้อความ	ผลประสิทธิภาพนวัตกรรม (ร้อยละ)
1. เนื้อหาการตรวจสอบเครื่องมือเข้าใจง่าย	97
2. ความสะดวกใช้ของการใช้ QR code ตรวจสอบ	95
3. การสรุปผลวิเคราะห์ การรวบรวมข้อมูล	100
4. ตรวจสอบความต่อเนื่องย้อนหลังได้	100

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

1. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเครื่องมือผ่าน QR code อย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 100
2. ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 95.20
3. อุบัติการณ์เครื่องมือชำรุด จากการไม่ได้ตรวจสอบ เป็น 0 ครั้ง

สรุป

ผลจากการจัดทำ QR code ตรวจสอบเครื่องมือแทนการใช้กระดาษในรูปแบบเดิม เจ้าหน้าที่ทุกคนงานจ่ายกลางสามารถเข้าถึงได้ สะดวก ลดการใช้กระดาษ และสามารถจัดเก็บข้อมูลได้ทั้งหมด อีกทั้งการตรวจสอบดูข้อมูลย้อนหลังได้ หลังการนำ QR code มาทดลองใช้พบว่า เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเครื่องมือผ่าน QR code อย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 100, ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 95.20 และอุบัติการณ์เครื่องมือชำรุด จากการไม่ได้ตรวจสอบ เป็น 0 ครั้ง

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. การตรวจสอบเครื่องมือในหน่วยงานที่ต่อเนื่องครบถ้วน สะดวก สามารถตรวจสอบดูวันที่เครื่องมือที่มีปัญหาได้
2. ลดการใช้กระดาษในการตรวจสอบเครื่องมือ
3. สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ผลได้

เอกสารอ้างอิง

1. บริษัท นำวิวัฒน์ เมดิคอล คอร์ปอเรชั่น จำกัด (มหาชน). **คู่มือการใช้งานและตรวจสอบสอบของเครื่องล้าง อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์**; สมุทรปราการ.
2. บริษัท นำวิวัฒน์ เมดิคอล คอร์ปอเรชั่น จำกัด (มหาชน). **คู่มือการใช้งานและตรวจสอบสอบของเครื่องอบแห้งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์**; สมุทรปราการ.
3. บริษัท นำวิวัฒน์ เมดิคอล คอร์ปอเรชั่น จำกัด (มหาชน). **คู่มือการใช้งานและตรวจสอบสอบของเครื่องทำปราศจากเชื้ออุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์**; สมุทรปราการ.
4. อะเคื้อ อุณหเลขกะ. **ความรู้ในการทำลายเชื้อและการทำให้เครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มิ่งเมืองนวรัตน์; 2565.

การพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์มิใช่ยา (วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์) อย่างมีประสิทธิภาพของโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

มัณฑนา บุศย์เมือง[1], ชัยสิทธิ์ สุวรรณจักษ์[2], วัชรพงศ์ แสงดาว[3]
[1-3]กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

บทนำ

การบริหารคลังเวชภัณฑ์มิใช่ยา โดยเฉพาะวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ เป็นกระบวนการสำคัญที่มีผลต่อประสิทธิภาพและความโปร่งใสของระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์มิใช่ยา (วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์) อย่างเป็นระบบ ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 อย่างเคร่งครัด โดยผสมผสานยึดหลักเกณฑ์การสอบทานระบบควบคุมภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเสริมสร้างธรรมาภิบาลและความโปร่งใสในการบริหารวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตลอดจนสนับสรุนการบริการทางการแพทย์ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิผลและลดความสูญเปล่าของงบประมาณแผ่นดิน ด้วยการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU: Rational Lab Use) ให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ.2567 ถึง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 9 เดือน

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก ดำเนินการจัดทำแผนและจัดซื้อจัดจ้างวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์, แผนการเช่าเครื่องอัตโนมัติซื้อน้ำยา และการใช้บริการส่งตรวจวิเคราะห์ไปยังหน่วยงานภายนอก ให้ถูกต้องตามระเบียบที่กำหนด มีการศึกษาข้อมูลแนวทางตรวจสอบภายในที่เกี่ยวข้องและวิเคราะห์ปัญหาในระบบเดิมที่ยังเป็นจุดอ่อนในการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงในข้อตรวจประเมินเกี่ยวกับการบริหารคลังวัสดุเวชภัณฑ์ รวมถึงการศึกษาระบบ RLU ซึ่งถูกกำหนดให้เป็น service plan นโยบายของประเทศไทย

ระยะพัฒนา เข้าร่วมรับนโยบายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (สสจ.เชียงราย) ร่วมจัดทำพร้อมกำหนดแบบสอบทานในหมวดการบริหารเวชภัณฑ์ และแผนปฏิบัติการตรวจสอบภายในปีงบประมาณ 2568 โดยจะร่วมทีมออกตรวจประเมินสสจ.เชียงราย โดยนำข้อมูลที่วิเคราะห์ในเบื้องต้นที่จะต้องปิดจุดอ่อนมาซักซ้อมและแนะนำให้แก่ห้องปฏิบัติการทั้งโรงพยาบาลเครือข่ายและโรงพยาบาลแม่ลาวเองก่อนรับการตรวจประเมิน รวมถึงการดำเนินงาน RLU ในระดับจังหวัดและระดับเขตอย่างต่อเนื่อง

ระยะนำไปใช้ ปีงบประมาณ 2568 ดำเนินการจัดซื้อในแต่ละเดือน, ไตรมาส ให้เป็นไปตามแผน และคำนวณอัตราการหมุนเวียนคลังและอัตราการสำรองคลังทุกเดือน รวมถึงดำเนินการจัดเตรียมข้อมูลเอกสารการวิเคราะห์ต่างๆตามแบบสอบทานภายในจากทีมตรวจสอบภายใน สสจ.เชียงรายให้ครบถ้วน และส่งผลการดำเนินงานของเกณฑ์การตรวจประเมินครบบันได 4 ขั้นของการดำเนินงาน RLU ของจังหวัดเชียงรายในเวลาที่กำหนด พร้อมติดตามประเมินผล

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม มีการตรวจสอบภายในจากทีมสสจ.เชียงราย และมีการตรวจประเมินจากทีม RLU surveyor เครือข่ายห้องปฏิบัติการเชียงรายนำโดยสสจ.เชียงราย

ตัวชี้วัด (ผลผลิต/ผลลัพธ์)

1. ผลการตรวจประเมินภายในจากทีม สสจ.เชียงรายในส่วนของการบริหารเวชภัณฑ์มิใช่ยา (วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์) ทุกแห่งของห้องปฏิบัติการเครือข่ายที่ได้รับการตรวจสอบภายใน เป้าหมายได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ผลลัพธ์ได้คะแนนร้อยละ 96.88-100 สำหรับโรงพยาบาลแม่ลาวได้ร้อยละ 100

2. การดำเนินการ RLU เป้าหมายผ่านบันได 4 ขั้นในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ผลลัพธ์ของรพ.แม่ลาวผ่านบันไดขั้นที่ 4 มีตัวชี้วัด 8 ตัว หลังจากดำเนินตามมาตรการ 4 เดือน สามารถลดต้นทุนการตรวจวิเคราะห์ได้โดยมี 4 ตัวชี้วัด ลดต้นทุนได้ 49,12.70 บาท (1 ปี ลดได้ 147,374.10 บาท) ตัวชี้วัด 3 ตัวไม่พบอุบัติการณ์ซึ่งมีคุณค่าเหนือกว่าการลดต้นทุนได้ถึงร้อยละ 100 และตัวชี้วัด 1 ตัวมีผลลัพธ์ที่เหมาะสมแล้ว

สรุป

ระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์มิใช่ยาของโรงพยาบาลแม่ลาว ที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถยกระดับการบริหารพัสดุให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใสและตรวจสอบได้ ตามหลักธรรมมาภิบาลและข้อกำหนดตามกฎหมาย และเป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆได้ ในการบริหารจัดการเวชภัณฑ์อย่างมีประสิทิภาพและประสิทธิผล

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

นวัตกรรมช่วยลดความเสี่ยงจากการจัดซื้อจัดจ้างผิดประเภท เพิ่มประสิทธิภาพการเบิกจ่ายวัสดุทางการแพทย์ ลดวัสดุสูญหาย หมดอายุ และการใช้เกินความจำเป็น ตลอดจนเพิ่มความแม่นยำในการจัดการสต็อก และสนับสนุนการให้บริการที่มีคุณภาพโดยสร้างมาตรฐานการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติ การอย่างสมเหตุผล (RLU) เพื่อลดต้นทุนการตรวจวิเคราะห์อย่างเป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

1. ประเทศไทย. พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี; 2560.
2. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางตรวจสอบภายใน ปีงบประมาณ 2568. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
3. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. คู่มือการบริหารจัดการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ (RLU) สำหรับหน่วยบริการสุขภาพ. นนทบุรี: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์; 2566.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ

นิภาวดี แก้วคำมี
งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลพญาเม็งราย

บทนำ

ทบทวนกรณีศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 จนถึงเดือนตุลาคม 2567 มีการศึกษาการดูแลทารกแรกคลอดที่มีอุณหภูมิกายต่ำ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลทารกแรกเกิด และผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ โดยในปี 2567 ได้นำแนวปฏิบัติดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ประกอบด้วย 15 ข้อ มาใช้กับการดูแลทารกหลังคลอดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำ และได้ศึกษาแนวคิดเรื่องการควบคุมอุณหภูมิร่างกาย (Thermoregulation) และการสูญเสียความร้อน (Heat Loss)

จากการเก็บข้อมูลพบว่า สถิติทารกแรกคลอดที่มีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 36.5 องศาเซลเซียส ในปี 2564 มีจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.74 ปี 2565 ไม่พบทารกแรกคลอดที่มีอุณหภูมิกายต่ำ ปี 2566 จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.03 และในปี 2567 จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.95 โดยมีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนพบว่าสาเหตุเกิดจากการดูแลทารกแรกคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอดที่ยังไม่เคร่งครัด และการเตรียมอุปกรณ์ในการดูแลทารกที่ยังไม่พร้อม ทั้งนี้เนื่องจากห้องคลอดโรงพยาบาลพญาเม็งรายยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน จึงเกิดความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมและสามารถนำไปใช้ได้จริง

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1997) ระบุว่า ทารกแรกเกิดมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (Neonatal Hypothermia) โดยเฉพาะในช่วง 1–2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีการสูญเสียความร้อนสูงที่สุด หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เช่น น้ำตาลต่ำ หายใจล้มเหลว ภาวะเลือดเป็นกรด (acidosis) หรือแม้แต่การเสียชีวิต นอกจากนี้ งานวิจัยของ Shaw et al. (2018) และ Amatya et al. (2018) ยังแสดงให้เห็นว่า การใช้แนวทางพัฒนาคุณภาพแบบ PDSA (Plan – Do – Study – Act) ร่วมกับการดูแลอุณหภูมิแบบองค์รวม (warm chain) ช่วยลดอุบัติการณ์ hypothermia ได้จริง โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่มีทรัพยากรจำกัด

เพื่อให้เกิดแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ทีมผู้ให้การดูแล ได้แก่ แพทย์ พยาบาลประจำห้องคลอด โรงพยาบาลพญาเม็งราย จึงมีความสนใจที่จะวางแนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำที่ชัดเจน ครอบคลุม และสามารถดูแลทารกเหล่านี้ให้มีอุณหภูมิกายคงที่ อันจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจตามมา เช่น หายใจเร็ว หายใจลำบาก น้ำตาลในเลือดต่ำ ซึม ดูดนมช้า อาเจียน ท้องอืด ชีด หรือเขียวคล้ำ (Cyanosis) น้ำหนักไม่ขึ้นหรือน้ำหนักลดลง ท้ายที่สุด แนวปฏิบัตินี้จะช่วยลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย ลดภาระของครอบครัว และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับทารกและผู้ดูแลในระยะยาว

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ตั้งแต่ตุลาคม 2563 – ตุลาคม 2567 (ระยะเวลา 4 ปี)

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก (ตุลาคม 2563 – ธันวาคม 2563) **ศึกษาสถานการณ์**

- เก็บรวบรวมสถิติภาวะอุณหภูมิกายต่ำย้อนหลัง (ปี 2563 – ต้น 2564)
- วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง : การระเหย (Evaporation) การนำ (Conduction) การพา (Convection) การแผ่รังสี (Radiation)
- ทบทวนทฤษฎี Thermoregulation & Heat Loss ของทารกแรกเกิด
- ตรวจสอบเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ห้องคลอด พบว่า **ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน**
- สรุปปัญหาและเสนอแนวคิดพัฒนา “นวัตกรรมเชิงระบบ” แบบวงจร CQI/PDSA เพื่อแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรม

ระยะพัฒนา (มกราคม 2564 – กันยายน 2566) ▶ **ออกแบบกระบวนการ**

- จัดประชุมทีมสหสาขา (แพทย์ – พยาบาล – ทีมสนับสนุน) วางแนวทางแก้ไขร่วมกัน
- **ร่างและทดสอบแนวปฏิบัติ 15 ข้อ** ครอบคลุม ทั้ง ก่อนคลอด ระหว่างคลอด และ 2 ชม. หลังคลอด
- อ้างอิงหลัก **Warm Chain ของ WHO** และงานวิจัย Shawetal., Amatyaetal.
- จัดหา-เตรียมอุปกรณ์ (radiant warmer, ผ้าอุ่น, หมวก, ผ้าห่อตัว)
- จัด **อบรมบุคลากร**และทำ Checklist การปฏิบัติงาน
- ปรับแบบฟอร์มบันทึก & ทางเดินเอกสารให้เก็บข้อมูลได้ทันทีที่คลอด

ระยะนำไปใช้ (ตุลาคม 2566 – ตุลาคม 2567) ▶ **ทดลองใช้ ⟶ ประเมินผล ⟶ ปรับปรุง**

- นำแนวปฏิบัติ 15 ข้อไปใช้จริงในห้องคลอดทุกเวรตั้งแต่ ต.ค. 2566
- ติดตามอัตรา Hypothermia รายเดือน เทียบปี 2565–2566
- ประเมิน ความพึงพอใจบุคลากร (ได้ 100 %) และรายงานผลต่อฝ่ายการพยาบาล & ทีมบริหาร
- วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวงจร PDSA ⟶ ปรับจุดอ่อน (เช่น ขั้นตอนเตรียมอุปกรณ์กลางคืน)
- เริ่มต้นโครงการต่อยอด “เสื้อใยสังเคราะห์ควบคุมอุณหภูมิ” แทนถุงถั่วเขียว
- เตรียมนำเสนอผลลัพธ์ระดับจังหวัด และวางแผนขยายสู่ รพ.เครือข่าย

ที่มาและกระบวนการออกแบบแนวปฏิบัติ 15 ข้อ

แนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำจำนวน 15 ข้อนี้ เป็นแนวทางที่พัฒนาขึ้นโดยทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลพญาเม็งราย ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยการ สังเคราะห์องค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) ทั้งในระดับสากลและภายในประเทศ

แนวปฏิบัตินี้มีพื้นฐานจากแนวคิดสำคัญ ได้แก่

- Thermoregulation และ Warm Chain จากองค์การอนามัยโลก (WHO, 1997)
- แนวคิดการพัฒนาคุณภาพวงจร PDSA จากงานวิจัยของ Amatya A. et al. (2018) และ Shaw S. et al. (2018)
- แนวทางจาก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และ สมาคมกุมารเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย (2563)
- ข้อมูลสถิติทารกที่มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำย้อนหลังในโรงพยาบาลพญาเม็งราย ปี 2563–2566

จากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ทีมงานได้ออกแบบแนวปฏิบัติ 15 ข้อที่ครอบคลุมตั้งแต่ก่อนคลอด ระหว่างคลอด และ 2 ชั่วโมงหลังคลอด โดยเน้นความชัดเจน ใช้งานง่าย และสามารถปรับใช้ได้จริงในโรงพยาบาลระดับอำเภอที่มีทรัพยากรจำกัด

แนวทางดังกล่าวได้ผ่านการ ทดลองใช้จริงตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 เป็นต้นมา ครอบคลุมการปฏิบัติงานในเวรเช้า บ่าย และดึก พร้อมทั้งติดตามผลอัตราการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำรายเดือน และประเมินความพึงพอใจของบุคลากรในหน่วยงาน

ผลการดำเนินงานพบว่า แนวปฏิบัตินี้ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิดได้อย่างชัดเจน และได้รับความพึงพอใจจากเจ้าหน้าที่ทุกเวรในระดับ “มากที่สุด”

แนวปฏิบัติดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำประกอบด้วย 15 ข้อ ดังนี้

1.ปรับระดับอุณหภูมิห้องคลอดให้ได้ 26 C

2.เปิดเครื่อง Radiant Warmer ก่อนคลอด 15 นาที ภาวะคลอดปกติ ตั้งค่า Radian Warmer อณหภมิ 36.5 C

Note.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.ผ้ารับเด็กอยู่ใน Set ผ้ารับเด็กเปิดเตรียมใต้ Radian Warmer

4.ปิดแอร์ทันทีเมื่อศีรษะทารกผ่านพ้นช่องคลอดของมารดาหรือ ห้ามเปิดแอร์กรณีที่มารดามีแนวโน้มคลอดง่าย และเร็ว

5.ผู้ทำคลอดตัดสายสะดือ ผู้ช่วยนำผ้า 1 ผืนที่อุ่นใต้ Radian Warmer ให้ผู้ทำคลอดเช็ดตัวเด็กแล้วนำผ้าเปียกออก แล้วอุ้มทารกให้มารดาดูเพศ

6.เช็ดตัวทารกทันทีแรกเกิด หลังจากการช่วยเหลือเบื้องต้นนำทารกที่เปลือยไปให้แม่อุ้มเนื้อแนบเนื้อ Bonding and Attachment พร้อมนำผ้าห่ม 1 ผืนที่ผ่านการอุ่นไปห่อหุ้มตัวทารกดูดนมแม่นาน 5-10 นาที

7.กิจกรรมการตกแต่งสะดือ การผูกป้ายข้อมือ ให้ถูกชื่อ นามสกุล เพศ เวลาเกิด วันที่เกิด ทำใต้ Radian Warmer

8.กิจกรรมการตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจดูความพิการตั้งแต่กำเนิด วัดความยาวลำตัว รอบศีรษะ รอบท้องรวมถึงกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ฉีดยา หยอดตา ป้ายสะดือ ทำใต้ Radian Warmer

9.วัดอุณหภูมิทางทวารหนักโดยใช้เทอร์มอมิเตอร์แบบกระเปาะแก้ว สอดปรอทลึก 3 ซม. นาน 3 นาที หรือใช้ปรอทอัตโนมัติ รอจนมีเสียงดัง

10.ชั่งน้ำหนักทารกโดยใช้ผ้าอ้อมรองเครื่องชั่ง

11.ทารกได้รับการห่อด้วยเสื้อผ้าเด็ก ผ้าอ้อม และห่ออีกชั้นด้วยผ้าห่อ 1 ผืนที่ได้ผ่านการอุ่นใต้ Radian Warmer สวมหมวกให้ทารกด้วย แล้วเจ้าหน้าที่อุ้มจากห้องคลอดไปยังหลังคลอดให้มารดา (หลังคลอด 2 ชม.)

12.ขณะอยู่หลังคลอด 2 ชม. ให้เปิดแอร์ที่อุณหภูมิ 27 C **ห้าม**เปิดพัดลม

13.ดูแลทารกแรกเกิดหลังคลอด- 2ชม.หลังคลอด โดยวัดสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง และ 1 ชม. จำนวน 1 ครั้ง

14.ดูแลทารกแรกเกิด-2ชม. หลังคลอดมิให้นอนแช่ปัสสาวะหรืออุจจาระ

15.ดูแลย้ายทารกไปหลังคลอด โดยห่อด้วยผ้าอ้อม และผ้าขนหนูอีก 1 ชั้น

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

การติดตามผลดำเนินงานใช้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ (อุบัติการณ์ hypothermia) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (ความพึงพอใจของบุคลากร) โดยแบ่งวิเคราะห์ตามปี — ฤดูกาล — สถานการณ์ใช้แนวปฏิบัติ

ตารางเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังใช้นวัตกรรม

ปีงบประมาณ	เกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (ราย)	คิดเป็น %	ฤดูกาลที่เกิด	ทารกเกิดทั้งปี(คน)	สถานะของแนวปฏิบัติ
2564	2	1.74	ฤดูหนาว (พ.ย.–ม.ค.)	109	ยังไม่มีแนวปฏิบัติ ใช้การดูแลทั่วไป
2565	0	0	–	128	เริ่มตระหนักถึงปัญหา และเก็บข้อมูลย้อนหลัง
2566	1	1.03	ฤดูหนาว	103	ทดลองใช้แนวปฏิบัติบางส่วนในเวรเช้า-บ่าย
2567	1	0.95	ฤดูหนาว	94	ใช้แนวปฏิบัติ 15 ข้อ ครบทุกเวร

สรุปผลเชิงปริมาณ

- แนวโน้มอุบัติการณ์ลดลงชัดเจนหลังนำแนวปฏิบัติไปใช้เต็มรูปแบบในปี 2567
- กรณีที่ยังพบในปี 2567 เกิดช่วงฤดูหนาว เวลาประมาณ 02.00 น. โดยพบว่า radiant warmer ยังไม่เปิดล่วงหน้าและผ้าอุ่นไม่พร้อม ➔ ดำเนินการแก้ไขด้วย Checklist เวรดึกและอบรมบุคลากรใหม่ทันที

การประเมินความพึงพอใจของบุคลากร

- เครื่องมือ: แบบสอบถาม Likert 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด, 5 = มากที่สุด)
- กลุ่มตัวอย่าง: พยาบาลประจำห้องคลอด 6 คน + ผู้ช่วยพยาบาล 3 คน(รวม 9 คน)
- ประเด็นที่ประเมิน (3 ด้าน)
  1. ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ
  2. ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติงานจริง
  3. ความมั่นใจในการดูแลทารกหลังคลอด
- ผลลัพธ์: คะแนนเฉลี่ยทุกด้าน ≥ 4.50 (คิดเป็นระดับ “มาก” และ “มากที่สุด”) ➔ ความพึงพอใจรวม 100%

วิเคราะห์สาเหตุอุบัติการณ์ที่ยังพบ (ปี 2567)

ปัจจัย	รายละเอียด	มาตรการแก้ไข
เวลา-ฤดูกาล	เกิดช่วงฤดูหนาว เวลาตี 2 (อากาศเย็น อุณหภูมิเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 20-23 องศาเซลเซียส)	ติดป้ายเตือนเปิด radiant warmer ล่วงหน้า 15 นาที ทุกเวรดึก
บุคลากร	พยาบาลเวรดึกเป็นบุคลากรใหม่ ยังไม่ผ่าน On-job Training	จัดอบรมเชิงปฏิบัติ 1 วันก่อนเข้าปฏิบัติงานจริง
อุปกรณ์	ผ้าเช็ดตัวและผ้าห่อตัวไม่ผ่านการอุ่น	เพิ่ม Checklist “ผ้าอุ่นพร้อมใช้งาน” ในใบตรวจเวร

หลังปรับปรุงมาตรการข้างต้น ตั้งแต่ พ.ย. 2567 เป็นต้นมา ไม่พบภาวะอุณหภูมิกายต่ำซ้ำอีก (ข้อมูลเฝ้าระวังต่อเนื่อง 3 เดือน)

วิเคราะห์: หลังจากการดำเนินงานและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง พบข้อวิเคราะห์สำคัญดังนี้:

- หลังใช้นวัตกรรมอย่างเต็มรูปแบบในปี 2567 อุบัติการณ์ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ **ลดลงชัดเจน** และมีแนวโน้มคงที่
- การไม่พบผู้ป่วยเลยในปี 2565 แม้จะยังไม่มีแนวปฏิบัติชัดเจน แสดงให้เห็นถึง **ศักยภาพของการเฝ้าระวังเชิงรุกและการเตรียมพร้อมของบุคลากร**
- **พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่** โดยเฉพาะการเตรียมอุปกรณ์และปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างเคร่งครัด มีผลโดยตรงต่อความสำเร็จของแนวปฏิบัติ
- การประเมินย้อนกลับแสดงให้เห็นว่า “เวรที่มีการละเลย หรือบุคลากรใหม่ที่ยังไม่อบรม” มีโอกาสเกิด hypothermia มากกว่าปกติ ➜ ยืนยันความสำคัญของการอบรม + ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

1. ได้แนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ที่ชัดเจน ครอบคลุม และสามารถปฏิบัติได้จริงในพื้นที่
2. ลดอัตราทารกแรกเกิดที่มีอุณหภูมิกายต่ำจาก **1.74% (ปี 2564) ⟶ เหลือ 0.95% (ปี 2567)**
3. ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ในการใช้งานแนวทาง = **100%**
4. ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก เช่น น้ำตาลต่ำ หายใจลำบาก ดูดนมช้า
5. ลดระยะเวลาในการพักรักษาตัวของทารกในโรงพยาบาล เฉลี่ยลดลง 0.5–1 วัน/ราย
6. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และลดภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัว
7. เพิ่มความมั่นใจและความสม่ำเสมอในการดูแลของเจ้าหน้าที่ทุกเวร
8. วางรากฐานสู่การพัฒนานวัตกรรมใหม่ เช่น “เสื้อควบคุมอุณหภูมิใยสังเคราะห์”

กรณีศึกษา: การดูแลทารกแรกเกิดด้วยแนวปฏิบัติ 15 ข้อ

ด.ญ.เอวา เป็นทารกเพศหญิง คลอดจากครรภ์คุณแม่อายุ 27 ปี ตั้งครรภ์หลัง คลอดเมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2566 คลอด N/D 16/10/65 ทารกหลังคลอดน้ำหนัก 2430 กรัม ขณะรอคลอด มีภาวะ Fetal distress หลังคลอด T=36.4c เช็ดตัวทารกแห้งแล้วห่อตัวด้วยผ้าอ้อม ใส่ถุงถั่วเขียว และให้มารดาโอบกอด วัดซ้ำ T=37c อุณหภูมิห้อง 26.8 c

แนวทางการดูแลที่ดำเนินการ

ทีมพยาบาลได้ใช้ **แนวปฏิบัติ 15 ข้ออย่างเคร่งครัด** โดยมีขั้นตอนเด่น ๆ ดังนี้:

- เปิด radiant warmer ล่วงหน้า 15 นาที และวางผ้าอุ่นทุกชิ้น
- ทารกคลอดแล้วเช็ดตัวทันทีด้วยผ้าแห้งอุ่น
- มารดาได้ skin-to-skin contact ทันทีในช่วง 5–10 นาทีแรก
- หลังห่อตัว 2 ชั้น ทารกถูกชั่งน้ำหนักบนผ้าอุ่น และตรวจร่างกายใต้ radiant warmer
- ประเมินสัญญาณชีพทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง และ 1 ชั่วโมง จำนวน 1 ครั้ง ก่อนย้ายไปหลังคลอด วัดอุณหภูมิซ้ำหลังคลอด 2 ชั่วโมง = 37°C
- ไม่มีอาการหายใจเร็ว ซึม หรือเขียว ทารกดูดนมได้ภายใน 45 นาที
- ไม่ให้ทารกนอนแช่อุจจาระหรือปัสสาวะ

ผลลัพธ์

ทารกไม่เกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ
อยู่ห้องคลอด 2 ชั่วโมงแรกอย่างปลอดภัย
ไม่ต้องเข้าหอผู้ป่วยทารกวิกฤต
มารดารายงานความพึงพอใจต่อการดูแลระดับ “มากที่สุด”

สรุป

แนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำที่ได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 15 ข้อ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ครอบคลุมทุกช่วงเวลาตั้งแต่ก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอดมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิด เห็นผลอย่างเป็นรูปธรรมเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในห้องคลอดและสามารถขยายผลได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะและบทเรียนที่ได้รับจากการดำเนินงาน

1. ความสม่ำเสมอสำคัญมากกว่าระบบ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ 15 ข้ออย่างเคร่งครัดในทุกเวรช่วยลดอุบัติการณ์ hypothermia ได้จริง หากใช้เฉพาะบางเวร หรือมีข้อยกเว้น จะทำให้ผลลัพธ์ลดลงทันที
2. ความพร้อมของอุปกรณ์ = ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การเตรียมผ้าอุ่น, radiant warmer, ผ้าห่อตัว และหมวกให้พร้อมก่อนคลอด เป็นขั้นตอนเล็ก ๆ ที่สร้างความแตกต่างในผลลัพธ์ได้อย่างมาก
3. ความรู้ของเจ้าหน้าที่ = หัวใจของระบบการอบรมเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะผู้ใหม่ ให้เข้าใจหลักการ thermoregulation และ warm chainช่วยลดข้อผิดพลาดซ้ำเดิม และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่
4. นวัตกรรมง่าย ๆ ก็เปลี่ยนชีวิตทารกได้แม้แนวปฏิบัตินี้จะไม่ได้ใช้อุปกรณ์ล้ำสมัย แต่การจัดระเบียบขั้นตอนและความต่อเนื่องในการดูแลส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของทารก
5. มีโอกาสต่อยอดสู่การประดิษฐ์สิ่งประดิษฐ์จากการใช้งานจริง พบว่าสามารถพัฒนาต่อยอดเป็น “เสื้อควบคุมอุณหภูมิใยสังเคราะห์”ซึ่งจะมีความยืดหยุ่น ใช้ง่าย ปลอดภัยกว่า “ถุงถั่วเขียว” ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม:

- ควรมีการจัดทำสื่อ Infographic เพื่อสื่อสารแนวปฏิบัตินี้แก่บุคลากรใหม่
- พัฒนาเป็น Check List ใช้ในเวรประจำวัน เพื่อลดข้อหลุดรอด
- สร้างความร่วมมือกับพยาบาลหอผู้ป่วยทารกและหลังคลอด ให้แนวปฏิบัติสอดคล้องทั้งระบบ

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. เพิ่มความปลอดภัยให้กับทารก
2. ลดภาระในการดูแลผู้ป่วยภายหลังที่เกิดภาวะแทรกซ้อน
3. ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล
4. ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว
5. สร้างความพึงพอใจทั้งในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ
6. เป็นแนวปฏิบัติที่ต่อยอดสู่การพัฒนาเครื่องมือ เช่น “เสื้อควบคุมอุณหภูมิใยสังเคราะห์”

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Thermal protection of the newborn: a practical guide. Geneva: WHO; 1997.
2. สมาคมกุมารเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิด. แนวทางเวชปฏิบัติสมาคมกุมารเวชศาสตร์ฯ. 2563.
3. Kumar P, Dabas V, Shah D, Sundaram V, Narang A. Quality improvement initiative to reduce hypothermia among newborns on admission to neonatal intensive care unit. Indian Pediatr. 2020;57(8):715–718.
4. Amatya A, Callahan R, Basnet S, Karki D, Shrestha L, Gautam N, et al. Using Plan-Do-Study-Act cycle to reduce admission hypothermia in neonates delivered at a tertiary hospital. BMJ Open Qual. 2018;7(4):e000204.
5. Gachau S, Wanjala C, Karumbi J, Ayebale G, Waiswa P. Evaluating the impact of newborn thermal care bundles on neonatal hypothermia and early mortality in sub-Saharan Africa: a multi-country study. BMC Pediatr. 2021;21:456.
6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลทารกแรกเกิดและแม่หลังคลอดในสถานพยาบาล. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2565.
7. สุวิมล ศิริธัญญาลักษณ์. ผลของการใช้ผ้าห่อตัวต่ออุณหภูมิร่างกายของทารกแรกเกิดหลังคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2562;37(1):89–99.

“ปลอดภัยไว้ก่อน ทุกครั้งที่ลงมือ” การป้องกันการบาดเจ็บของช่างทำขาเทียม โดยการส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล โรงพยาบาลแม่ลาว

เกียรติศักดิ์ ดวงสุวรรณ์
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลแม่ลาว

บทนำ

งานช่างทำขาเทียมมีความเสี่ยงสูงต่อการบาดเจ็บจากวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ เช่น เรซิน ไฟเบอร์ ฝุ่นละเอียด อุปกรณ์ตัดเฉือน และความร้อนจากการแปรรูปพลาสติก ส่งผลให้บุคลากรอาจได้รับบาดเจ็บจากแผลพุพอง แผลเฉือน ฝุ่นเข้าสู่ทางเดินหายใจ การระเหยของสารเคมีจากการผสมน้ำยาเคมีภัณฑ์ หรือการได้ยินเสื่อม(1) สำหรับช่างทำขาเทียม อุปกรณ์ Personal Protective Equipment (PPE) ที่จำเป็นเพื่อความปลอดภัยมีหลายอย่าง เช่น 1.หน้ากากนิรภัย ใช้สำหรับป้องกันดวงตาจากเศษวัสดุ และสารเคมี 2. หน้ากากกันฝุ่นหรือหน้ากากกรองสารเคมี ใช้สำหรับป้องกันระบบทางเดินหายใจจากการสูดดมฝุ่นละออง สารเคมี หรือควันจากการเชื่อม 3. ถุงมือนิรภัย ใช้สำหรับป้องกันมือจากการบาด การถูกสารเคมี หรือความร้อน 4. เสื้อคลุมและผ้ากันเปื้อน ใช้สำหรับป้องกันร่างกายจากการเปื้อนสารเคมี การบาด หรือการสัมผัสความร้อน 5.รองเท้านิรภัย ป้องกันเท้าจากการถูกของหนักตกใส่ การลื่น หรือการสัมผัสสารเคมี 6. อุปกรณ์ป้องกันการได้ยิน หากทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีเสียงดัง เช่น การใช้เครื่องจักร(2)(3)

จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์ความเสี่ยงของกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู พบว่า ความเสี่ยงที่พบบ่อยคือ บุคลากรประสบอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน โดยในปี 2567 – 2568 โดยเหตุการณ์ดังนี้ ปี 2567 พบ 1.เจ้าหน้าที่จับพลาสติกที่ยังร้อนหลังอบ โดยไม่ใส่ถุงมือป้องกันความร้อน ทำให้เกิดแผลพุพอง 2. เจ้าหน้าที่ถูกม้วนเทปใสบาดนิ้วขณะประกอบชิ้นงาน ทำให้เกิดแผล และในปี 2568 พบเจ้าหน้าที่ไม่ได้ใส่รองเท้านิรภัยขณะทำงาน ถูกพลาสติกแทงนิ้วเท้าทำให้เกิดแผล

เมื่อเกิดเหตุการณ์ หน่วยงานเวชกรรมฟื้นฟู ได้นำอุบัติการณ์มาทบทวน และกำหนดมาตรการป้องกัน พร้อมทั้งส่งเสริมความตระหนักรู้ในเรื่องความปลอดภัย ด้วยเหตุนี้คณะผู้จัดทำจึงได้ พัฒนาระบบการป้องกันการบาดเจ็บของช่างทำขาเทียม โดยการส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล โรงพยาบาลแม่ลาว ขึ้น ที่สอดคล้องกับระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล (Risk Management System) ซึ่งมุ่งเน้นการลดผลกระทบต่อผู้ป่วย บุคลากร และทรัพย์สิน เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยและคุณภาพในการให้บริการทางการแพทย์

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

โครงการนี้เริ่มต้นจากการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงในงานเวชกรรมฟื้นฟู ตั้งแต่เดือน เมษายน 2568 และดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนถึงเดือน กรกฎาคม 2568 รวม ระยะเวลา 4 เดือน โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ช่วงหลัก ดังนี้

1. **เดือนเมษายน - พฤษภาคม 2568**

- ทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน
- วิเคราะห์สาเหตุ และประชุมทีมเพื่อหาวิธีป้องกันที่เหมาะสม
- ดำเนินกิจกรรมพัฒนาในหน่วยงาน ประกอบด้วย การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสมและให้ความรู้ในที่ประชุม
- ติดสื่อเตือนความปลอดภัยในพื้นที่ปฏิบัติงาน

2. **เดือนมิถุนายน 2568**

- ติดตามการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลของบุคลากร
- ประเมินการปฏิบัติตาม และสรุปผลเบื้องต้นของการดำเนินงาน

3. **เดือนกรกฎาคม 2568**

- จัดทำรายงานผลงานเพื่อนำเสนอและเผยแพร่ในการประชุมวิชาการ

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรกระยะเริ่มแรก

- ทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจริงในงานเวชกรรมฟื้นฟู โดยเฉพาะเหตุการณ์บาดเจ็บจากการทำขาเทียม
- ทบทวนข้อห้าม ข้อควรระวังในการใช้อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง
- ประชุมร่วมกันในหน่วยงานเพื่อหาสาเหตุหลัก และหาแนวทางแก้ไข
- ศึกษาแนวทางการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่เหมาะสมกับลักษณะงาน

ระยะพัฒนา

- จัดหาและเตรียมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ให้เพียงพอและเหมาะสมกับลักษณะงาน เช่น ถุงมือกันความร้อน รองเท้านิรภัย หน้ากากนิรภัย หน้ากากกันสารเคมี ที่ครอบหูลดเสียง
- จัดประชุมในหน่วยงานเพื่อเน้นย้ำข้อควรระวังในการปฏิบัติงาน โดยอ้างอิงจากอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น
- ให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับการป้องกันตนเอง และการใช้อุปกรณ์ PPE อย่างถูกต้องผ่านการพูดคุยในที่ประชุมประจำเดือน
- ติดป้ายเตือน “ปลอดภัยไว้ก่อน ทุกครั้งที่ลงมือ” และติดสื่อประชาสัมพันธ์การใช้อุปกรณ์ป้องกัน ที่ถูกต้อง ณ จุดปฏิบัติงาน

ระยะนำไปใช้

- นำแนวทางการใช้ PPE ที่ได้สื่อสารในที่ประชุม ไปใช้จริงในการปฏิบัติงานของทีมช่างทำขาเทียม
- มีการกำกับติดตามโดยหัวหน้าหน่วยงานให้เจ้าหน้าที่ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอย่างสม่ำเสมอ
- สังเกตและบันทึกพฤติกรรมการใช้ PPE ของบุคลากรในระหว่างปฏิบัติงาน พร้อมให้คำแนะนำแบบไม่เป็นทางการทันทีเมื่อพบการใช้ไม่ครบถ้วน
- มีการทบทวนเหตุการณ์ใกล้เคียงอุบัติเหตุ (near-miss) และบาดเจ็บเล็กน้อยที่เกิดขึ้น เพื่อประเมินแนวโน้มและความจำเป็นในการปรับปรุง
- ใช้ข้อมูลการปฏิบัติงานจริงเพื่อสรุปผลเบื้องต้นของประสิทธิภาพของการดำเนินงานในรอบ 3 เดือน

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

เพื่อประเมินประสิทธิภาพของนวัตกรรมในการป้องกันการบาดเจ็บของบุคลากรในงานเวชกรรมฟื้นฟู หน่วยงานได้ดำเนินการดังนี้

เก็บข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2565 – 2568 พบเหตุการณ์ที่เกิดจากการไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลจำนวน 4 เหตุการณ์ ได้แก่

1. การถูกมีดบาดนิ้วมือ
2. การจับพลาสติกที่ยังร้อนหลังการอบ
3. การถูกม้วนเทปใสบาดนิ้วมือ
4. การได้รับบาดเจ็บที่เท้าเนื่องจากไม่ใส่รองเท้าเซฟตี้

หลังดำเนินโครงการ ได้มีการติดตามพฤติกรรมการใช้ PPE อย่างใกล้ชิด โดยใช้วิธีการสังเกต และพูดคุยแนะนำอย่างไม่เป็นทางการ

ผลการดำเนินการ เบื้องต้นในระยะเวลา 3 เดือน พบว่า บุคลากรมีความตระหนักเพิ่มขึ้นในการใช้อุปกรณ์ป้องกัน และ ยังไม่พบเหตุการณ์บาดเจ็บซ้ำจากสาเหตุเดิม

มีการสอบถามความพึงพอใจแบบไม่เป็นทางการ พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่รู้สึกว่าอุปกรณ์ที่จัดหาให้มีความเหมาะสมและสามารถใช้งานได้จริง

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

ผลผลิต (Output):

- บุคลากรในทีมช่างทำขาเทียมทุกคนได้รับอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่จำเป็น เช่น ถุงมือ แว่นตา รองเท้านิรภัย
- มีการจัดทำสื่อเตือนความปลอดภัย และให้ความรู้ในที่ประชุมภายในหน่วยงาน
- มีการทบทวนและติดตามพฤติกรรมการใช้ PPE อย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ (Outcome):

- อัตราการเกิดอุบัติเหตุจากการไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลลดลงจาก 3 เหตุการณ์ในรอบปี เหลือ 0 เหตุการณ์ ภายหลังดำเนินโครงการในระยะเวลา 3 เดือน
- บุคลากรมีความตระหนักและความเข้าใจในการป้องกันตนเองเพิ่มขึ้น โดยประเมินจากการมีการใช้ PPE ครบถ้วนเพิ่มขึ้น (จากการสังเกตระหว่างปฏิบัติงาน)
- ความพึงพอใจของบุคลากรต่อความปลอดภัยในการทำงานเพิ่มขึ้น (จากการสอบถามแบบไม่เป็นทางการ)

สรุป

การพัฒนานวัตกรรมในครั้งนี้เป็นการดำเนินงานตามกระบวนการ CQI ที่เน้นการป้องกันการบาดเจ็บของบุคลากรจากการปฏิบัติงานในหน่วยงานเวชกรรมฟื้นฟู โดยเฉพาะในงานผลิตขาเทียมที่มีความเสี่ยงสูง โครงการนี้เกิดจากการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจริง และได้ดำเนินกิจกรรมพัฒนาในหน่วยงาน ทั้งการให้ความรู้ การจัดหาอุปกรณ์ และการติดตามการใช้งานอย่างใกล้ชิดผลที่ได้แสดงให้เห็นว่าบุคลากรมีความตระหนักและปฏิบัติได้ดีขึ้น และไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำจากเหตุเดิมหลังการดำเนินโครงการในช่วง 3 เดือนแรก

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

- ลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุของบุคลากรขณะปฏิบัติงาน
- เสริมสร้างความตระหนักด้านความปลอดภัยในการทำงานแก่บุคลากร
- ลดค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดจากการรักษาพยาบาลหรือภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บ
- สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง
- สามารถต่อยอดแนวคิดไปสู่การบริหารความเสี่ยงในขั้นตอนอื่นของงานเวชกรรมฟื้นฟู

เอกสารอ้างอิง

1. วิทยา ศรีประเสริฐ. การจัดการความปลอดภัยในการทำงาน. วารสารอาชีวอนามัยและความปลอดภัย. 2564;27(3):15–22.
2. Occupational Safety and Health Administration. Personal Protective Equipment. U.S. Department of Labor; 2021.
3. สถาบันประกันสังคม. แนวทางการป้องกันโรคจากการทำงาน. กรุงเทพฯ: สำนักงานประกันสังคม; 2562.

ระบบตรวจสอบสถานะเพื่อติดตามการส่งแผนปฏิบัติราชการและโครงการ ของโรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

ศราวุธ ชัยรัตน์[1], จุมพล พันธ์ลำ[2]
[1,2]งานยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลแม่ลาว

บทนำ

งานยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลแม่ลาว ขับเคลื่อนงานยุทธศาสตร์ แผนงานปฏิบัติราชการและโครงการ เนื่องจากหน่วยงานเกิดปัญหาการติดตามแผนปฏิบัติราชการและโครงการอยู่บ่อยครั้ง และต้องใช้เวลาในการตรวจสอบโครงการอยู่นานทำให้หน่วยงานต้องใช้ระยะเวลารอคอย จึงเกิดแนวคิดในการพัฒนาระบบเพื่อใช้ในการตรวจสอบ ติดตาม แผนปฏิบัติราชการและโครงการให้ง่าย สะดวก รวดเร็วเป็นปัจจุบัน

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเวลาในการดำเนินงานเริ่มในเดือน พฤษภาคม 2568 เป็นระยะเวลา 3 เดือน

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก สืบค้นหาปัญหาเกิดจาการขาดเครื่องมือช่วยในการตรวจสอบสถานะของงาน

ระยะพัฒนา ประสานทีมสุขภาพดิจิทัล ออกแบบให้และสร้างเครื่องมือขึ้นมาและสามารถใช้ได้จริง

ระยะนำไปใช้ ระยะทดลองเริ่มนำมาใช้ในเดือนมิถุนายน 2568 สามารถเปิดใช้ในเดือน กรกฎาคม 2568

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

งานยุทธศาสตร์ใช้อีเมล์กลางของหน่วยงานเชื่อมต่อระบบแอ๊บชีทนำเข้าระบบแผนปฏิบัติราชการและโครงการ กำหนดให้ปรับปรุงแก้ไขได้ แบ่งเป็น 2 ระบบ คือ ระบบงานยุทธศาสตร์ และระบบหน่วยงาน

1. ระบบงานยุทธศาสตร์ หรือแอดมิน เมื่อหน่วยงานส่งงานผ่านงานยุทธศาสตร์ ก็จะนำเข้าระบบโดยการบันทึกสถานะแผนปฏิบัติราชการหรือโครงการ สถานะก็จะถูกบันทึกตามระบบ เช่น ส่งการเงิน ผู้อำนวยการอนุมัติส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแล้ว หน่วยงานรับคืนแล้ว ทำโครงการแล้วเสร็จ เป็นต้น
2. ระบบของหน่วยงาน หากหน่วยงานประสงค์ติดตามสถานะของแผนปฏิบัติราชการและโครงการก็เพียงแค่แสกน คิวอาร์โค้ด และค้นหาแผนปฏิบัติราชการหรือโครงการของหน่วยงานของตนเองก็จะทราบสถานะของโครงการตนเองได้โดยไม่ต้องโทรถามงานยุทธศาสตร์

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

มีคิวอาร์โค้ดเพื่อแสกนดูสถานะของแผนปฏิบัติราชการและโครงการได้อย่างสะดวกรวดเร็ว

สรุป

งานยุทธศาสตร์โรงพยาบาลแม่ลาวมีระบบติดตามแผนปฏิบัติราชการและโครงการโดยการใช้เครื่องมือ App sheet (แอ๊บชีท) มาช่วยในการเก็บข้อมูลและรายงานสถานะของการดำเนินงานว่าอยู่ขั้นตอนไหนโดยการ แสกนคิวอาร์โค๊ดเพื่อตรวจสอบ ทราบงานของหน่วยงานได้อย่างสะดวก รวดเร็ว

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานยุทธศาสตร์และหน่วยงานที่ต้องการติดตามงานแผนปฏิบัติราชการและโครงการ ง่ายต่อการเก็บข้อมูลเพื่อรายงานต่อผู้บริหาร และง่ายต่อการตรวจสอบของหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

1. App Sheet “ML Model2005”

2. Link ตรวจสอบสถานะ

การพัฒนาระบบแจ้งเตือนผลตรวจเชื้อก่อโรคทางเดินหายใจผ่านแอปพลิเคชัน LINE official (Line OA)

ภิรนันท์ ศรีธิ[1], เพ็ญศรี วงษ์พุฒ[2]
[1,2] กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลแม่จัน

บทนำ

โรคไข้หวัดใหญ่ (influenza) จัดเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่ก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก โดยมีสาเหตุจากเชื้อไวรัสอินฟลูเอนซา (Influenza virus) ซึ่งมีการกลายพันธุ์ของสายพันธุ์อยู่เสมอ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรงและการแพร่ระบาดในวงกว้าง [1] แม้ว่าการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่จะมีความสำคัญอย่างยิ่ง แต่ปัจจุบันผู้ป่วยที่สงสัยหรือมีอาการเข้าข่ายโรคไข้หวัดใหญ่ที่ได้รับการรายงานในระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทยส่วนใหญ่ยังขาดการเก็บตัวอย่างส่งตรวจเพื่อยืนยันเชื้อก่อโรคทางห้องปฏิบัติการ โดยมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มีการเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจหาเชื้อร่วมด้วย ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดหลายประการ เช่น การเข้าถึงห้องปฏิบัติการ การขนส่งตัวอย่าง หรือทรัพยากรที่จำกัด [2] การขาดข้อมูลการยืนยันเชื้อทางห้องปฏิบัติการนี้ส่งผลกระทบต่อการประเมินสถานการณ์การระบาด การวางแผนมาตรการควบคุมโรค และการพัฒนาวัคซีนที่จำเพาะต่อสายพันธุ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในปี พ.ศ. 2565 กองระบาดวิทยาและสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้ร่วมมือกันดำเนินโครงการ "เพิ่มความเข้มแข็งการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่เพื่อตรวจจับเชื้อก่อโรคอย่างมีประสิทธิภาพในประเทศไทย" (Flu-RightSize: Strengthening sentinel surveillance on influenza in Thailand) โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ (Thailand-U.S. Collaboration Center) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างระบบการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ในโรงพยาบาลเครือข่าย โรงพยาบาลแม่จันเป็นหนึ่งในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการนี้ โดยมีบทบาทสำคัญในการเก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ตัวอย่างจะถูกเก็บโดยวิธี Throat swab จำนวน 4 รายต่อวัน และนำไปตรวจวิเคราะห์ด้วยเครื่อง QIAstat ซึ่งใช้น้ำยาตรวจเชื้อไวรัสก่อโรคทางเดินหายใจ 22 ชนิด (RP22) วิธีการนี้ช่วยให้สามารถตรวจจับเชื้อก่อโรคได้อย่างหลากหลายและมีประสิทธิภาพ

แม้ว่าเทคโนโลยีดิจิทัลจะมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขยุคปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้แพลตฟอร์มสื่อสารที่เข้าถึงง่ายอย่าง LINE Official Account (LINE OA) [3] ซึ่งได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในประเทศไทย ทว่าการนำแพลตฟอร์มเหล่านี้มาใช้เพื่อแจ้งผลการตรวจโรคทางเดินหายใจโดยตรงระหว่างโรงพยาบาลและผู้ป่วยนั้นยังคงเป็นประเด็นที่ต้องการการศึกษาและพัฒนาเพิ่มเติม [4]

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

20 มกราคม 2568 – 20 เมษายน 2568 รวมระยะเวลาทั้งสิ้นประมาณ 3 เดือน ซึ่งครอบคลุมช่วงเวลาของการวางแผน ออกแบบระบบ พัฒนาระบบ ทดสอบใช้งานจริง และประเมินผลความพึงพอใจจากเจ้าหน้าที่

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

การพัฒนาระบบแจ้งผลการตรวจโรคทางเดินหายใจโดยใช้ LINE OA เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการสื่อสารในงานเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ ได้ถูกดำเนินการเป็น 3 ระยะหลัก ได้แก่ ระยะเริ่มแรก ระยะพัฒนา และระยะนำไปใช้ ซึ่งแต่ละระยะมีขั้นตอนสำคัญที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์อย่างเป็นระบบ

1. ระยะเริ่มแรก (Initiation Phase)

ในระยะเริ่มต้นนี้ มุ่งเน้นการทำความเข้าใจบริบทและกำหนดทิศทางการพัฒนานวัตกรรมอย่างรอบด้าน ประกอบด้วย

การศึกษาสถานการณ์โรค ดำเนินการศึกษาข้อมูลสถานการณ์ของ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน (Acute Respiratory Infection: ARI) รวมถึงกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (Influenza-like Illness: ILI) และการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (Severe Acute Respiratory Infection: SARI) ภายในโรงพยาบาลแม่จัน เพื่อระบุแนวโน้มและความท้าทายที่เกี่ยวข้องกับการแจ้งผลตรวจ

การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการแจ้งผลตรวจแก่ผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นประเด็นด้าน ความรวดเร็ว ความถูกต้อง ของข้อมูล และการ ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับปรุงระบบ

การประชุมวางแผนทีมงาน จัดประชุมภายในทีมงานเพื่อร่วมกันกำหนดขอบเขต วัตถุประสงค์ และระเบียบวิธีการดำเนินงานของโครงการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและการทำงานที่มีประสิทธิภาพ

การศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้ LINE OA ศึกษาศักยภาพและความเป็นไปได้ในการใช้แอปพลิเคชัน LINE OA เป็นเครื่องมือหลักในการสื่อสารผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยพิจารณาจากฐานผู้ใช้งานที่กว้างขวางในประเทศไทยและฟังก์ชันที่รองรับการแจ้งข้อมูล

2. ระยะพัฒนา (Development Phase)

ระยะนี้เป็นการดำเนินการสร้างและปรับปรุงระบบตามที่ได้วางแผนไว้ ประกอบด้วย

การลงทะเบียนและตั้งค่า LINE OA ดำเนินการลงทะเบียนและตั้งค่าบัญชี LINE OA สำหรับโครงการโดยเฉพาะ เพื่อให้เป็นช่องทางการสื่อสารอย่างเป็นทางการและเป็นระบบ

การพัฒนาระบบส่งข้อความอัตโนมัติ พัฒนาระบบการส่งข้อความอัตโนมัติผ่าน LINE OA โดยมีการออกแบบรูปแบบข้อความ ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และกำหนด ขั้นตอนการใช้งาน ที่ไม่ซับซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สามารถเข้าถึงและใช้งานได้อย่างสะดวก

การสร้างสื่อประกอบ จัดทำสื่อประกอบที่จำเป็น เช่น โปสเตอร์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ แบบสอบถามการรับวัคซีน และคู่มือขั้นตอนการตรวจและการรับผล ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความเข้าใจของผู้ป่วย

การจัดทำแบบประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ พัฒนาแบบประเมินเพื่อวัดระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อระบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการปรับปรุงในอนาคต

การทดสอบระบบเบื้องต้น ดำเนินการทดสอบระบบภายในกลุ่มทีมงานเพื่อระบุข้อบกพร่องและจุดที่ต้องปรับปรุง ก่อนนำไปใช้งานจริงกับผู้ป่วย

3. ระยะนำไปใช้ (Implementation Phase)

ระยะสุดท้ายเป็นการนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้งานจริงในสถานการณ์ทางคลินิก เพื่อประเมินผลและรวบรวมข้อคิดเห็น

การนำระบบ LINE OA ไปใช้จริง เริ่มนำระบบ LINE OA ไปใช้งานจริงในโรงพยาบาลแม่จัน โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้และฝึกฝนแก่เจ้าหน้าที่กลุ่มเป้าหมายเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการใช้งาน

การทดลองใช้กับผู้ป่วย ให้เจ้าหน้าที่ทดลองใช้งานระบบกับผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยมีการส่งชื่อผู้ป่วยผ่าน LINE OA วันละ 4 ราย เพื่อจำลองสถานการณ์การใช้งานจริง

การส่งผลการตรวจและข้อมูลเสริม ดำเนินการส่งผลการตรวจแก่ผู้ป่วยผ่าน LINE OA พร้อมทั้งแนบข้อมูลโรคที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยและส่งเสริมความเข้าใจด้านสุขภาพ

การรวบรวมความคิดเห็นและประเมินผล รวบรวมความคิดเห็นและประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่หลังจากใช้งานจริง ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะถูกนำไปใช้ในการสรุปผลการดำเนินงานและเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาปรับปรุงระบบในระยะต่อไป

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

เพื่อประเมิน ประสิทธิภาพของระบบแจ้งผลตรวจผ่าน LINE OA ที่ได้รับการพัฒนาขึ้น คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบประเมินความพึงพอใจ จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่จันที่เกี่ยวข้องกับการใช้งานระบบจริงในช่วงระยะเวลาโครงการนำร่อง แบบประเมินที่ใช้ประกอบด้วย 10 ข้อ ซึ่งครอบคลุมประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1. ความสะดวกในการใช้งาน ของระบบ
2. ความชัดเจนและเข้าใจง่าย ของเนื้อหาที่นำเสนอ
3. ความเหมาะสมของระบบ ต่อกระบวนการทำงานปัจจุบัน
4. ความสามารถในการลดภาระงาน ของเจ้าหน้าที่
5. ความรวดเร็วและแม่นยำ ของการแจ้งผล
6. ประโยชน์ต่อผู้ป่วย ในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ
7. ความครบถ้วนของข้อมูล ที่สื่อสาร

แต่ละข้อได้รับการประเมินด้วย มาตรวัดแบบ Likert 5 ระดับ ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด)

ผลการประเมิน ผลการประเมินแสดงให้เห็นถึง ระดับความพึงพอใจโดยรวมที่สูง ของเจ้าหน้าที่ต่อระบบ LINE OA คะแนนเฉลี่ยรวม ของความพึงพอใจอยู่ที่ 4.17 ซึ่งอยู่ในระดับ "สูง" ข้อที่ได้รับ คะแนนสูงสุด (เฉลี่ย 4.4) ได้แก่ ความสะดวกในการแจ้งผล ความถูกต้องของข้อมูล และความเหมาะสมของรูปแบบการสื่อสาร ซึ่งบ่งชี้ถึงจุดแข็งที่ชัดเจนของระบบในด้านเหล่านี้ ข้อที่ได้รับ คะแนนต่ำที่สุด คือ ความสามารถในการลดจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการโดยไม่จำเป็น ด้วยคะแนนเฉลี่ย 3.7 ซึ่งยังคงอยู่ในระดับ "สูง" แต่ก็สะท้อนให้เห็นถึงโอกาสในการพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อลดการเดินทางของผู้ป่วยมายังโรงพยาบาล

นอกจากนี้ การสังเกตพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ในระหว่างการใช้งานระบบพบว่า ระบบสามารถลดเวลาในกระบวนการแจ้งผลได้เฉลี่ยร้อยละ 50–60 เมื่อเทียบกับวิธีการแจ้งผลแบบเดิมที่ต้องใช้การโทรศัพท์หรือการแจ้งด้วยตนเอง ซึ่งเน้นย้ำถึงประสิทธิภาพในการประหยัดเวลาและเพิ่มความคล่องตัวในการทำงาน

ผลการประเมินชี้ให้เห็นว่าระบบแจ้งผลตรวจผ่าน LINE OA ที่พัฒนาขึ้นนี้มี ประสิทธิภาพสูง ในการเพิ่มความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ลดภาระงาน และเพิ่มความรวดเร็วแม่นยำในการสื่อสารข้อมูล อย่างไรก็ตาม การปรับปรุงเพิ่มเติมในด้านการลดจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการโดยไม่จำเป็นจะเป็นประเด็นสำคัญสำหรับการพัฒนาระบบในอนาคต เพื่อให้ระบบสามารถตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ในการลดความแออัดในโรงพยาบาลได้อย่างเต็มศักยภาพ

ตัวชี้วัดและการประเมินผลลัพธ์

การประเมินประสิทธิภาพของระบบแจ้งผลตรวจผ่าน LINE OA ถูกกำหนดด้วยชุดของตัวชี้วัดที่แบ่งออกเป็น 2 หมวดหลัก ได้แก่ ตัวชี้วัดผลผลิต (Output Indicators) และ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome Indicators) เพื่อสะท้อนถึงการดำเนินการและการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการอย่างรอบด้าน

1. ตัวชี้วัดผลผลิต (Output Indicators)

ตัวชี้วัดเหล่านี้มุ่งเน้นการวัดปริมาณกิจกรรมและผลผลิตที่เกิดขึ้นจากการใช้งานระบบ LINE OA ได้แก่

1.1 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับผลตรวจผ่าน LINE OA เพื่อสะท้อนถึงการนำระบบไปใช้งานจริงอย่างมีประสิทธิภาพ กำหนดเป้าหมายไว้ไม่น้อยกว่า 100 ราย ภายในระยะเวลาโครงการ

1.2 จำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในการใช้งานระบบ แสดงถึงการมีส่วนร่วมของบุคลากรในกระบวนการระบบใหม่ คาดหวังว่ามีเจ้าหน้าที่อย่างน้อย 5 คน ที่ใช้ระบบอย่างต่อเนื่อง

1.3 จำนวนสื่อสุขภาพที่เผยแพร่ผ่าน LINE OA เช่น ข้อความให้ความรู้เกี่ยวกับโรค โปสเตอร์ หรือลิงก์แบบสอบถาม ตั้งเป้าเผยแพร่ไม่น้อยกว่า 3 ชิ้น

1.4 จำนวนแบบสอบถามหรือฟอร์มที่แจกจ่ายให้ผู้ป่วย เพื่อใช้ในการติดตามผลการได้รับวัคซีนหรือพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ

1.5 จำนวนผู้ป่วยที่โต้ตอบข้อความใน LINE OA เช่น การพิมพ์ตอบกลับ การกดลิงก์ หรือการตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นตัวชี้วัดการมีส่วนร่วมของผู้รับสารกับระบบ

1.6 จำนวนการส่งผลตรวจที่ถูกต้องและครบถ้วน เพื่อวัดความแม่นยำของระบบในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ

2. ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome Indicators)

ตัวชี้วัดเหล่านี้มุ่งเน้นการวัดผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังจากการนำระบบ LINE OA ไปใช้

2.1 ระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้งานระบบ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามมาตรฐาน Likert Scale ตั้งเป้าหมายให้ได้คะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 4.00 จาก 5

2.2 ระยะเวลาเฉลี่ยในการแจ้งผลลดลง เปรียบเทียบระหว่างระบบเดิมและระบบใหม่ คาดหวังให้ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 50

2.3 จำนวนผู้ป่วยที่โทรมาสอบถามผลซ้ำลดลง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลครบถ้วน คาดว่าจะลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 จากก่อนใช้ระบบ

2.4 ความเข้าใจข้อมูลโรคของผู้ป่วยหลังจากได้รับผลตรวจทาง LINE OA ประเมินจากแบบสอบถาม คาดว่าผู้ป่วยร้อยละ 80 จะสามารถอธิบายหรือเข้าใจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคที่ติดได้

2.5 อัตราการเปิดอ่านข้อความผลตรวจในระบบ LINE OA คาดว่าจะไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่ได้รับข้อความ

2.6 จำนวนผู้ป่วยที่กลับมารับบริการซ้ำโดยไม่จำเป็นลดลง เพื่อสะท้อนว่าระบบช่วยลดความแออัดและภาระงานของโรงพยาบาลได้จริง

2.7 ความแม่นยำของระบบในการส่งผลตรวจ (ไม่มีข้อผิดพลาด) คาดว่าไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ของผลตรวจจะถูกส่งอย่างครบถ้วน ถูกต้อง และตรงตามกำหนดเวลา

2.8 ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ต่อความเหมาะสมของรูปแบบการสื่อสาร โดยตั้งเป้าหมายให้ได้คะแนนความพึงพอใจในหัวข้อนี้ไม่น้อยกว่า 4.20

2.9 เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าระบบช่วยลดภาระงานในภาพรวม โดยผลประเมินความพึงพอใจควรอยู่ในระดับไม่น้อยกว่า 4.00

2.10 ความเห็นจากหัวหน้าหน่วยหรือผู้บริหารถึงความพร้อมในการขยายผลโครงการ คาดว่าร้อยละ 80 ของผู้บริหารจะเห็นว่าระบบนี้สามารถนำไปใช้ต่อในหน่วยงานอื่นได้

ตัวชี้วัดเหล่านี้จะช่วยให้สามารถประเมินผลสำเร็จของโครงการได้อย่างครอบคลุม ทั้งในมิติของการนำไปปฏิบัติและผลกระทบต่อทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย

สรุป

ระบบแจ้งผลตรวจเชื้อก่อโรคทางเดินหายใจผ่านแอปพลิเคชัน LINE OA ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นนี้ ได้พิสูจน์ให้เห็นถึงศักยภาพในการเป็นเครื่องมือสำคัญเพื่อ ยกระดับประสิทธิภาพการสื่อสารด้านสาธารณสุข ในบริบทของหน่วยบริการสุขภาพ โดยสามารถตอบสนองต่อความต้องการทั้งของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ นวัตกรรมนี้ไม่เพียงแต่ช่วยลดขั้นตอนและระยะเวลา ในกระบวนการแจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งส่งผลให้ ภาระงานของเจ้าหน้าที่ลดลง แต่ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและทันเวลา ได้อย่างสะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น ผลการประเมินโครงการซึ่งระบุว่าผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในระดับสูง ตอกย้ำถึง ความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ของระบบที่พัฒนาขึ้นนี้

ดังนั้น ระบบแจ้งผลตรวจผ่าน LINE OA นี้จึงมีศักยภาพสูงในการนำไปประยุกต์ใช้และขยายผลไปยังหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ เพื่อเป็นต้นแบบในการพัฒนาการสื่อสารด้านสุขภาพดิจิทัลในวงกว้างต่อไป ซึ่งจะนำไปสู่การส่งเสริมการดูแลสุขภาพเชิงรุกและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. เพิ่มความสะดวกและรวดเร็วในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพสำหรับผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถรับทราบผลการตรวจได้อย่าง สะดวกและทันท่วงที ผ่านช่องทางที่คุ้นเคย ซึ่งช่วย ลดระยะเวลาการรอคอย ผลตรวจตลอดจน ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง มายังสถานพยาบาลโดยไม่จำเป็น ถือเป็นการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

2. ลดภาระงานและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ระบบนี้ช่วย ลดขั้นตอนและปริมาณงาน ที่ต้องใช้ในการโทรศัพท์แจ้งผลตรวจแก่ผู้ป่วย ทำให้เจ้าหน้าที่มีเวลามากขึ้นในการปฏิบัติหน้าที่สำคัญอื่น ๆ ที่ต้องการทักษะและความใส่ใจสูง ซึ่งส่งผลให้เกิด การจัดสรรทรัพยากรบุคลากรที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ภายในหน่วยงาน

3. การจัดเก็บข้อมูลสุขภาพที่เป็นระบบและตรวจสอบย้อนหลังได้ ผลการตรวจและข้อมูลสุขภาพที่ส่งผ่านระบบ LINE OA จะถูก จัดเก็บอย่างเป็นระบบ ซึ่งเอื้อต่อการ ตรวจสอบย้อนหลัง และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการรักษา การติดตามอาการ หรือการวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยาในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ศักยภาพในการขยายผลและพัฒนาต่อยอด นวัตกรรมนี้ได้รับการออกแบบให้มี ความยืดหยุ่นสูง ทำให้สามารถ ขยายผลการใช้งานไปยังหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ ได้อย่างง่ายดายในอนาคต นอกจากนี้ ยังมีศักยภาพในการ พัฒนาเพิ่มเติมให้ครอบคลุมการแจ้งผลตรวจโรคอื่น ๆ นอกเหนือจากโรคทางเดินหายใจ ซึ่งจะช่วยยกระดับระบบบริการสุขภาพดิจิทัลของประเทศให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1 World Health Organization. (2023). *Influenza (seasonal)*. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal

2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *รายงานสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่*. (เข้าถึงล่าสุด [วันที่ปัจจุบัน])

3. สมชาย ใจดี และ มณีรัตน์ ศรีสุข. การพัฒนาระบบนัดหมายด้วย LINE Official Account สำหรับผู้รับบริการคลินิกแพทย์แผนไทย วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก. วารสารวิชาการ วทพศ กาญจนาภิเษก. 2566;10(2):123-30.

4 ชาตรี เมธาธราธิป ประภัสสรา พิศวงปราการ และ ธเนศ นนท์ศรีราช. ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (Line Official Account): สุขภาพดีมีรางวัลของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2565; 14(2):14-33.

การพัฒนาแนวทางการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลพญาเม็งราย

ศศิภา เวียงโอสถ
ฝ่ายเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลพญาเม็งราย

บทนำ

ปัจจุบันวัณโรคยังคงเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยสูตรยาที่ซับซ้อนและมีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้สูง โรงพยาบาลพญาเม็งรายพบว่าแม้จะมีแนวทางการรักษาวัณโรคระดับประเทศ แต่ยังขาดแนวทางที่ชัดเจนในระดับหน่วยบริการสำหรับการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยเฉพาะ

จากการทบทวนสถานการณ์วัณโรคของโรงพยาบาลพญาเม็งรายภายในปีงบประมาณ 2565 พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 29 ราย มารับบริการรวม 188 ครั้ง พบการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาแบบไม่รุนแรง 8 ครั้ง แบบรุนแรง 1 ครั้ง และมีการได้รับยาวัณโรคในขนาดที่ไม่เหมาะสมถึง 59 ครั้ง แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางเฉพาะด้านบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคอย่างเป็นระบบ[1,2,3]

ด้วยเหตุนี้ โรงพยาบาลจึงได้เริ่มดำเนินการพัฒนาแนวทางการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 ตามแนวทางควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564[4] โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวทางบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรค ให้ผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเหมาะสม เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้อย่างเป็นระบบ และส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งประเมินผลการใช้แนวทางการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรค

ผลการดำเนินงานแสดงให้เห็นว่า ปีงบประมาณ 2566 ผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นเป็น 45 ราย มีอัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์แบบไม่รุนแรง 20 ครั้ง แบบรุนแรง 3 ครั้ง และการได้รับยาขนาดไม่เหมาะสมลดลงเหลือ 10 ครั้ง ขณะที่ปี 2567 แม้ผู้ป่วยลดลงเหลือ 28 ราย แต่สามารถค้นพบอาการไม่พึงประสงค์แบบไม่รุนแรงถึง 29 ครั้ง แบบรุนแรง 4 ครั้ง และจำนวนครั้งที่ได้รับยาขนาดไม่เหมาะสมลดลงเหลือเพียง 6 ครั้ง

แนวทางดังกล่าวสะท้อนถึงการพัฒนาเชิงระบบที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ปลอดภัยและเหมาะสมมากขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ และลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนเพิ่มโอกาสประสบผลสำเร็จในการรักษาวัณโรคอย่างยั่งยืน

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2567

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก

สืบค้นข้อมูลการดำเนินงานคลินิกผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลพญาเม็งรายพบว่า ปีงบประมาณ 2565 มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด 29 ราย มารับบริการที่โรงพยาบาลทั้งหมด 188 ครั้ง เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาแบบไม่รุนแรง 8 ครั้ง เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาแบบรุนแรง 1 ครั้ง และได้รับยาวัณโรคในขนาดที่ไม่เหมาะสมถึง 59 ครั้ง

ระยะพัฒนา

ปี 2565 มีการทบทวนอุบัติการณ์การใช้ยาในผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเนื่องจากพบอุบัติการณ์แพ้ยาวัณโรคแบบรุนแรง (DRESS) และมีการสำรวจและสอบถามความคิดเห็นจากพยาบาลประจำคลินิกวัณโรคถึงปัญหาและความต้องการพัฒนาระบบการบริบาลทางเภสัชกรรม มีการจัดทำแบบประเมินและติดตามการใช้ยาต้านวัณโรคในผู้ป่วยรายใหม่ โดยมีเภสัชกรให้คำปรึกษาด้านยาที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรค

รูปที่ 1 แบบประเมินและติดตามการใช้ยาต้านวัณโรคในผู้ป่วยรายใหม่

แบบประเมินและติดตามการใช้ยาต้านวัณโรคในผู้ป่วยรายใหม่

ชื่อ.....อายุ.....HN.....

Diagnosis.....วันที่.....

สูตรยา.....เริ่มยาวันที่.....

ความเสี่ยง.....ต่ำ / ปานกลาง / สูง .....ครบ 2 เดือน..... ครบ 6 เดือน.....

ผลตรวจร่างกาย, lab	การตรวจสอบ	กิจกรรม	ปัญหาจากการใช้ยา
น้ำหนัก..... GFR..... AST..... ALT..... Bilirubin.....	☐ ตรวจสอบสูตรยาที่เหมาะสม ☐ ปรับขนาดยาตามน้ำหนัก และค่าตับ ไตของผู้ป่วย	☐ แนะนำการรักษาด้วยยาและ compliance การใช้ยา ☐ แนะนำอาการแพ้และผลข้างเคียงจากยา ประเมิน compliance ☐ สูง (กินยาทุกวัน) ☐ กลาง ลืมกินยา.....ครั้ง /สัปดาห์ หรือ compliance > 90% ☐ ต่ำ ลืมกินยา.....ครั้ง/สัปดาห์ หรือ compliance < 90%	☐ มี / ไม่มี - ผื่น - คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง - ตัวเหลือง ตาเหลือง - ปวดข้อ - การมองเห็นผิดปกติ - อื่นๆ..... ....

ยา	ขนาดยา	Max dose/day
Isoniazid	4-6 mg/kg/day	300 mg
Rifampicin	8-12 mg/kg/day	600 mg
Pyrazinamide	20-30 mg/kg/day	2,000 mg
Ethambutol	15-20 mg/kg/day	1,600 mg
Streptomycin	15 mg/kg/day	1 g (ถ้าน >60 ปี 750 mg)

	สูตรยา
สูตรยาที่มียาที่มีผลต่อการทำงานของตับ 2 ชนิด	2HRE/7HR
	6-9RZE
สูตรยาที่มียาที่มีผลต่อการทำงานของตับ 1 ชนิด	2SHE/16HE
	18-24HE + Fluoroquinolones

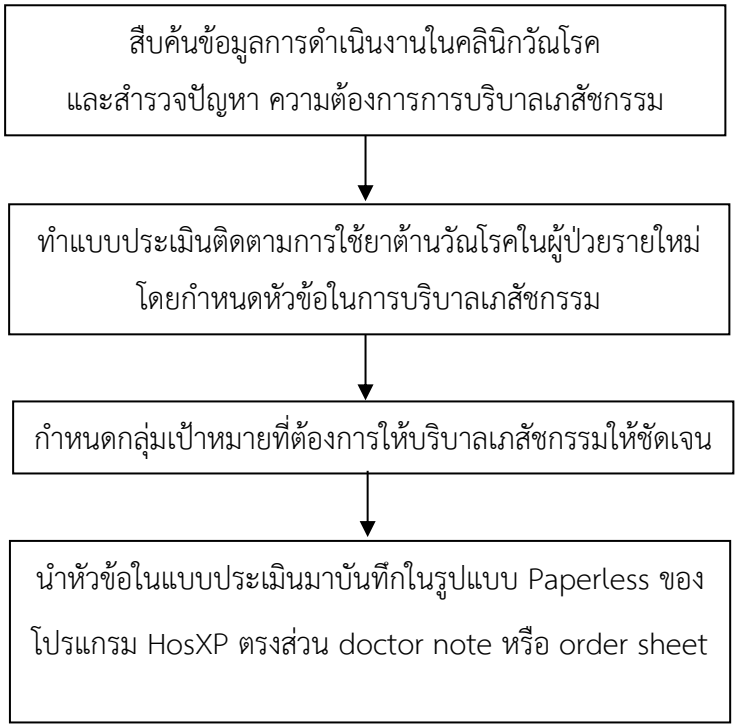
ยา	ขนาดยาที่แนะนำในผู้ป่วยโรคไต
Isoniazid	ไม่ปรับ ใช้ขนาดยาเต็ม
Rifamycin	ไม่ปรับ ใช้ขนาดยาเต็ม
Pyrazinamide	20-30 mg/kg/day รับประทาน 3 วันต่อสัปดาห์
Ethambutol	15-20mg/kg/day รับประทาน 3 วันต่อสัปดาห์
Streptomycin	ไม่แนะนำให้ใช้

อาการไม่พึงประสงค์รุนแรง	ยาที่เป็นสาเหตุ	การจัดการ
ผื่นผิวหนังรุนแรง	ทุกตัว	หยุดยาที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ
ตัวเหลือง ตับอักเสบ	H, R, Z	
ตับอักเสบ	ทุกตัว	
การมองเห็นภาพผิดปกติ	E, H	
ผื่น purpura เกร็ดเลือดต่ำ ไตวายเฉียบพลัน ช็อค	R	หยุดยาและไม่กลับมาใช้อีก
ไข้ ปวดข้อ ผื่น eosinophilia, hepatitis, ลมพิษ hypersensitivity reaction	ทุกตัว	หยุดยาที่สงสัยและไม่กลับมาใช้อีก
คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง	Z, R, H	รับประทานยาพร้อมอาหาร หรือก่อนนอน
ปวดข้อ โดยไม่มีอาการข้ออักเสบ	Z, E	ให้ NSAIDs หรือ Paracetamol
ชาปลายมือปลายเท้า	H, R	ให้ pyridoxine 50-100 mg/day
ง่วง	H	รับประทานยาก่อนนอน
อาการคล้ายโรคหัวใจ	R	พิจารณาหยุดยาถ้าอาการรุนแรง
ปฏิกิริยาทางผิวหนัง		**การจัดการ**
ผื่น ไม่มีไข้		รับประทานยาต่อ + ให้ antihistamines อาการจะดีขึ้นแต่อาจใช้เวลานานหลายสัปดาห์
ผื่นคล้ายสิว ผื่น		ให้ยาต่อ ไม่เป็นอันตรายแต่อาจมีผลด้านความสวยงาม
ผื่นแบบ maculopapular rash หลายตำแหน่ง		- หยุดยาทุกชนิด + ให้ antihistamine + พิจารณาให้ prednisolone ขนาดต่ำ
ผื่นผิวหนังรุนแรงมาก ที่มีรอยโรคในเยื่อบุต่างๆร่วมด้วย		หยุดยาทุกชนิด + ให้ systemic steroid ขนาดสูง (prednisolone 40-60 mg/day) แล้วค่อยๆ ลดขนาดยาลงตามการตอบสนอง ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อวางแผนการรักษา

จากนั้นพัฒนาการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคให้ชัดเจนมากขึ้น โดยกำหนดให้เภสัชกรให้คำปรึกษากับผู้ป่วยวัณโรค เรื่องแนวทางการรักษา ขนาดยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์เมื่อผู้ป่วยเริ่มยาวัณโรคครั้งแรก และในทุกครั้งที่มาโรงพยาบาลตามนัดใน 2 เดือนแรก หรือในขณะที่ผู้ป่วยกำลังใช้สูตร 2HRZE ทั้งผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรคในรูปแบบผู้ป่วยนอก (ในรูปแบบ Pre-counseling) และผู้ป่วยวัณโรคที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยใน

ปี 2567 มีการปรับปรุงการใช้แบบประเมินและติดตามการใช้ยาต้านวัณโรคในรูปแบบของ Paperless ตามนโยบายของโรงพยาบาล เพื่อลดการใช้กระดาษและใช้การบันทึกข้อมูลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ คือโปรแกรม HosXP ตรง doctor note (OPD) หรือ order sheet (IPD) มีการบันทึกรายละเอียดตามหัวข้อของแบบประเมินและติดตามการใช้ยาต้านวัณโรค และช่วยเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น

แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการพัฒนาการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรค



ระยะนำไปใช้

เริ่มนำแนวทางการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคมาใช้ในปี 2566 มีการกำหนดรูปแบบการให้บริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคตามการเข้ารับบริการ ดังนี้

- ผู้ป่วยใน เภสัชกรให้คำปรึกษาการรักษาด้วยยาภายใน 24 ชั่วโมงหลังผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคที่ปอด หรือโดยเร็วที่สุด และมีการติดตามต่อเนื่องทุกวันโดยเฉพาะในช่วง 7 วันแรกของการรักษาวัณโรคในตึกผู้ป่วยใน มีการให้คำปรึกษาเรื่องแนวทางการรักษาด้วยยา ระยะเวลาการรักษา ผลข้างเคียงจากยา ตรวจสอบขนาดยาวัณโรค และตรวจดูค่าการทำงานของตับ/ไตร่วมกับแพทย์ หากพบว่าผู้ป่วยมีผลข้างเคียงจากยาวัณโรค ให้เภสัชกรประเมินและประสานแพทย์เพื่อปรับการรักษาต่อไป

- ผู้ป่วยนอก เภสัชกรให้คำปรึกษาเรื่องการใช้ยาก่อนเข้าพบแพทย์ (pre-counseling) แก่ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพญาเม็งรายในรายที่กำลังได้รับยาสูตร 2HRZE ทุกครั้งและเมื่อปรับเป็นสูตร 4HR ครั้งแรก โดยช่วยตรวจดูค่าการทำงานของตับ/ไต การแนะนำขนาดยาตามน้ำหนักกรณีน้ำหนักผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง ประเมินความร่วมมือการกินยาวัณโรคและอาการไม่พึงประสงค์จากยา และมีการตรวจสอบคำสั่งใช้ยาซ้ำอีกครั้งก่อนจ่ายยาให้ผู้ป่วยกลับบ้านตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาเหมาะสมและปลอดภัย นำไปสู่การสิ้นสุดการรักษาวัณโรคได้อย่างเหมาะสม

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

จากการพัฒนาแนวทางการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรค ได้มีการใช้แบบประเมินและติดตามการใช้ยาต้านวัณโรค ซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม[1,2,3]และอ้างอิงตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค[4] โดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยที่มาตามนัดคลินิกวัณโรคในรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยวัณโรคที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยใน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่กำลังได้รับยาสูตร 2HRZE และเมื่อปรับเป็นสูตร 4HR ครั้งแรก และมีการทบทวนข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากแบบประเมินและติดตามการใช้ยา มีการพัฒนาปรับปรุงแบบประเมินร่วมกับทีมเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานและหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม

เริ่มจากการที่เภสัชกรให้คำปรึกษาด้านยาวัณโรคกับผู้ป่วย มีการบันทึกข้อมูลลงในแบบประเมินและติดตามการใช้ยาต้านวัณโรค จากนั้นนำไปสแกนเข้าโปรแกรม HosXP ในผู้ป่วยแต่ละราย พบว่ามีข้อมูลบางส่วนที่ขาดหาย ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ครบ จึงปรับแนวทางการบันทึกข้อมูลแบบ Paperless โดยมีการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม HosXP ตรงส่วน doctor note (OPD) หรือ order sheet (IPD) ให้สอดคล้องและครอบคลุมตามแบบประเมินและติดตามการใช้ยาต้านวัณโรคเดิมที่พัฒนาขึ้นมา ซึ่งเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลได้สะดวก ข้อมูลไม่หายและสามารถนำมาสืบค้นข้อมูลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมได้

รวบรวมข้อมูลการให้บริบาลทางเภสัชกรรม ปัญหาที่เกิดขึ้นและผลลัพธ์ที่ได้ผ่านโปรแกรม Excel โดยมีการสรุปข้อมูลในสิ้นปีงบประมาณแต่ละปี มีผลการดำเนินงานที่ได้ติดตามคือ ความเหมาะสมของขนาดยาวัณโรคที่ผู้ป่วยได้รับ ปัญหาจากการกินยาวัณโรคโดยเฉพาะอาการไม่พึงประสงค์จากยาทั้งแบบรุนแรงและไม่รุนแรง ซึ่งนำไปสู่ความร่วมมือในการกินยาวัณโรคและความสำเร็จในการรักษาวัณโรค

ตัวชี้วัด

ผลการพัฒนาแนวทางการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรค ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2567 มีผลการดำเนินงานดังนี้

- ปีงบประมาณ 2566 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด 45 ราย มารับบริการที่โรงพยาบาลทั้งหมด 333 ครั้ง เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาแบบไม่รุนแรง 20 ครั้ง เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาแบบรุนแรง 3 ครั้ง ได้รับยาวัณโรคในขนาดที่ไม่เหมาะสม 10 ครั้ง

- ปีงบประมาณ 2567 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด 28 ราย มารับบริการที่โรงพยาบาลทั้งหมด 188 ครั้ง เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาแบบไม่รุนแรง 29 ครั้ง เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาแบบรุนแรง 4 ครั้ง ได้รับยาวัณโรคในขนาดที่ไม่เหมาะสม 6 ครั้ง

รายละเอียดผลการดำเนินงานดังแสดงในตารางที่ 1-3

ตารางที่ 1 จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาแบบไม่รุนแรง

อาการไม่พึงประสงค์จากยา (ไม่รุนแรง)	จำนวนครั้ง		
	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567
ผื่นคัน	1	5	10 (แพ้ยา 2 ราย)
คัน ไม่มีผื่น	2	7	6
คลื่นไส้/อาเจียน	4	5	6
ปวดเข่า	1	1	0
ปวดขา	0	0	2
เบื่ออาหาร	0	1	0
ผิวลอกข้างแก้ม ข้างจมูก	0	1	0

อาการไม่พึงประสงค์จากยา (ไม่รุนแรง)	จำนวนครั้ง		
	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567
เวียนศีรษะ	0	0	2
อ่อนเพลีย	0	0	1
นอนไม่หลับ	0	0	2
รวม	8	20	29

จากผลการดำเนินงานพบว่า ในปีงบประมาณ 2566 และ 2567 สามารถค้นหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาวัณโรคได้มากขึ้น ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่ที่พบ คือ ผื่น คัน คลื่นไส้อาเจียน โดยเภสัชกรได้มีการให้คำปรึกษาด้านยาและแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติที่ดูแลผู้ป่วยทุกราย รวมทั้งได้มีการติดตามการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาต่อเนื่อง หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจพัฒนาเกิดอาการไม่พึงประสงค์แบบรุนแรง เภสัชกรปรึกษากับแพทย์เพื่อพิจารณารับเป็นผู้ป่วยในต่อไปเพื่อติดตามการเกิดอาการไม่พึงประสงค์อย่างใกล้ชิด

ตารางที่ 2 จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาแบบรุนแรง

อาการไม่พึงประสงค์จากยา (รุนแรง)	จำนวนครั้ง		
	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567
ภาวะตับอักเสบ	0	3	4
แพ้ยารุนแรง	1 (DRESS)	0	0
รวม	1	3	4

ในปีงบประมาณ 2566 และ 2567 พบผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาแบบรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยมีอาการของภาวะตับอักเสบ 3 ครั้งและ 4 ครั้ง ตามลำดับ แต่ไม่มีการเกิดแพ้ยารุนแรง เนื่องจากเภสัชกรติดตามอาการไม่พึงประสงค์อย่างใกล้ชิดตามแนวทาง โดยการดำเนินงานที่ผ่านมาพบผู้ป่วยเกิดผื่น หรือ คันแต่ไม่มีผื่น ซึ่งไม่รุนแรง จำนวน 12 และ 16 ราย ตามลำดับ และหากพบผู้ป่วยสงสัยแพ้ยา เภสัชกรจะติดตามอาการอย่างใกล้ชิดและปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณารักษาผู้ป่วยแบบผู้ป่วยใน และทำการ re-challenge ยาวัณโรคตามแนวทางการแพ้ยาวัณโรคของโรงพยาบาลเพื่อติดตามอาการแพ้ยา ออกบัตรแพ้ยาและพิจารณาปรับสูตรยาวัณโรคร่วมกับแพทย์ สำหรับการเกิดภาวะตับอักเสบที่พบมากขึ้นเนื่องจากมีการติดตามค่าการทำงานของตับอย่างใกล้ชิด จึงดำเนินการตามแนวทางการใช้ยาวัณโรคในผู้ป่วยที่มีภาวะตับอักเสบอย่างเหมาะสม และได้มีการปรับแผนการรักษาด้วยสูตรยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงจากยาวัณโรค

ตารางที่ 3 จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับยาวัณโรคในขนาดที่ไม่เหมาะสม

ยาวัณโรค	จำนวนครั้ง		
	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567
ขนาดยาต่ำกว่าช่วงการรักษา			
Isoniazid (4-6 mg/kg/d)	0	1	0
Rifampicin (8-12 mg/kg/d)	1	1	0
Pyrazinamide (20-30 mg/kg/d)	0	2	0
Ethambutol (15-20 mg/kg/d)	2	2	0
ขนาดยาสูงกว่าช่วงการรักษา			
Isoniazid (4-6 mg/kg/d)	40	4	6
Rifampicin (8-12 mg/kg/d)	4	0	0
Pyrazinamide (20-30 mg/kg/d)	2	0	0
Ethambutol (15-20 mg/kg/d)	10	0	0
รวม	59	10	6

ในปีงบประมาณ 2565 พบว่ามีการสั่งใช้ยาในขนาดที่ไม่เหมาะสมทั้งหมด 59 ครั้ง เมื่อได้มีการดำเนินงานพัฒนาแนวทางการบริบาลเภสัชกรรม พบว่า ผู้ป่วยได้รับยาวัณโรคในขนาดยาที่เหมาะสมมากขึ้น โดยผลการดำเนินงานในปี 2566 และ 2567 มีการสั่งใช้ยาวัณโรคในขนาดที่ไม่เหมาะสมลดลง คือ 10 ครั้งและ 6 ครั้งตามลำดับ

สรุป

จากการดำเนินงานการพัฒนาแนวทางการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคได้รับขนาดยาวัณโรคที่เหมาะสมมากขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2565 คิดเป็นร้อยละ 68.62 จากนั้นเพิ่มเป็นร้อยละ 97 และ 96.81 ในปีงบประมาณ 2566 และ 2567 ตามลำดับ รวมถึงการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคมีการค้นหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเชิงรุกได้มากขึ้น ในปีงบประมาณ 2565 ค้นพบการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 4.79 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.91 และ 17.55 ในปีงบประมาณ 2566 และ 2567 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มักเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยาแบบไม่รุนแรง ส่วนในผู้ที่พบอาการไม่พึงประสงค์จากยาแบบรุนแรงทุกรายได้มีการเฝ้าระวัง ติดตามอาการอย่างใกล้ชิด และดำเนินการตามแนวทางอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับประสิทธิผลและปลอดภัยจากการรักษาวัณโรค ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงจากยาวัณโรค

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

การพัฒนาแนวทางการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลพญาเม็งราย โดยมีเภสัชกรช่วยค้นหาและเฝ้าระวังปัญหาจากยา รวมถึงการปรึกษาเรื่องการรักษาร่วมกับแพทย์และพยาบาล ส่งผลให้สามารถช่วยดูแลผู้ป่วยวัณโรคให้มีการรักษาที่เหมาะสมและปลอดภัย ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่เหมาะสม เพิ่มความร่วมมือผู้ป่วยในการกินยาวัณโรค ลดการเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงจากยาวัณโรค ซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จในการรักษาได้

เอกสารอ้างอิง

1. ภมร เลิศวรวิทย์. ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปี 2562 อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่.Journal of the Phrae hospital 2020;28:102-15.

2. พรพิมล รัศมีวงษ์จันทร์. การพัฒนาระบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรค อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี.วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ 2566;5(1):38-54.

3. วันชัย เหล่าเสถียรกิจ. การพัฒนาและการประเมินผลรูปแบบการกำกับติดตามการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ในจังหวัดศรีสะเกษ.วารสารกรมการแพทย์ 2562;44(2):128-35.

4. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์;2564.

การเพิ่มประสิทธิภาพการจัดทำแผนปฏิบัติราชการ โรงพยาบาลพญาเม็งราย

กศศิรินทร์ อินต๊ะ[1], จุฬาลักษณ์ จันทร์หอม[2]
[1,2]กลุ่มงานประกัน ยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลพญาเม็งราย

บทนำ

การจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปีเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยกำหนดทิศทางการดำเนินงานขององค์กรให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐและบริบทของพื้นที่ โดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและซับซ้อน การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์จึงเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลพญาเม็งรายในฐานะหน่วยบริการสุขภาพระดับอำเภอ มีบทบาทในการขับเคลื่อนนโยบายด้านสาธารณสุขให้เข้าถึงประชาชนในพื้นที่อย่างทั่วถึง อย่างไรก็ตาม จากการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบว่า ในช่วงปีงบประมาณ 2564–2566 ร้อยละการบรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในภาพรวม โดยในปี 2564 อยู่ที่ร้อยละ 56.41 สะท้อนถึงการเริ่มต้นที่ยังต่ำกว่ามาตรฐานเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 80 อย่างมาก ต่อมาในปี 2565 มีการปรับตัวดีขึ้นเป็นร้อยละ 69.05 แสดงถึงความก้าวหน้าในการดำเนินงานและการจัดทำแผนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ในปี 2566 ร้อยละการบรรลุเป้าหมายลดลงเล็กน้อยเหลือ 65.71 ซึ่งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดในการเชื่อมโยงแผนงานกับยุทธศาสตร์หลัก ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนบ่อยครั้ง ทำให้การจัดทำแผนในระดับพื้นที่ขาดความต่อเนื่องและไม่เชื่อมโยงเชิงยุทธศาสตร์ อีกทั้งการกำหนดตัวชี้วัดยังไม่ชัดเจน วัดผลได้ยาก และไม่สะท้อนผลลัพธ์ที่แท้จริง ขณะที่ระบบติดตามและประเมินผลยังไม่มีประสิทธิภาพ เน้นรายงานเชิงปริมาณมากกว่าคุณภาพ ขาดการใช้ข้อมูลประเมินผลในการปรับปรุงแผนอย่างเป็นระบบ

ด้วยเหตุนี้ โรงพยาบาลพญาเม็งรายจึงได้ดำเนินการทบทวนและปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์องค์กรให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง โดยการจัดเวทีระดมความคิดเห็นร่วมกับคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการคุณภาพ ทีมนำทางระบบ และผู้เกี่ยวข้อง พร้อมเชิญวิทยากรผู้เชี่ยวชาญระดับประเทศมาร่วมให้ข้อเสนอแนะ เพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และตัวชี้วัดขององค์กรใหม่ให้มีความชัดเจนและสามารถขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

ผลงานวิชาการชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการและผลของการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดทำแผนปฏิบัติราชการของโรงพยาบาลพญาเม็งราย โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และการสร้างความเชื่อมโยงของแผนระดับต่าง ๆ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงและยกระดับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลอย่างยั่งยืน

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ตุลาคม 2566 – กันยายน 2567

1. ระยะเริ่มต้น (Preparation Phase)
   - ศึกษาปัญหา วิเคราะห์บริบท
   - รวบรวมข้อมูลและข้อเสนอแนะจากการติดตามแผนเดิม
   - ระดมความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้อง
   - กำหนดเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ในการพัฒนา
2. ระยะพัฒนา (Development Phase)
   - ทบทวนแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
   - จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง
   - ออกแบบโครงสร้างแผน/เครื่องมือ/ตัวชี้วัดใหม่
   - นำเทคโนโลยีมาสนับสนุนการดำเนินงาน
3. ระยะนำไปใช้ (Implementation & Evaluation Phase)
   - ถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติในระดับหน่วยงาน
   - ติดตามและประเมินผลในระยะสั้น
   - ปรับปรุงและพัฒนาต่อเนื่องจากผลลัพธ์
   - สรุปบทเรียน และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มต้น : การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์

1. ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของการจัดทำแผนปฏิบัติราชการในช่วงปีที่ผ่านมา
2. รวบรวมข้อมูลจาก ข้อเสนอแนะ รายงานการติดตามและประเมินผลตามแผนเดิม
3. ระดมความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค (SWOT Analysis)
4. ศึกษาแนวทางจากแผนระดับชาติ แผน 5 ปีของกระทรวงสาธารณสุข และแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล เพื่อให้เข้าใจบริบทของแผนทั้งระบบ
5. สรุปประเด็นสำคัญและกำหนดเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ในการพัฒนา

ระยะพัฒนา : การออกแบบนวัตกรรม

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อระดมความคิดเห็นจากผู้บริหาร คณะกรรมการคุณภาพ ทีมนำระบบ และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อออกแบบกระบวนการใหม่

ปลายปีงบประมาณ 2567 โรงพยาบาลพญาเม็งรายได้จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลระยะ 5 ปี โดยเชิญวิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดทำแผนระดับประเทศ เพื่อเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจแก่ผู้บริหารเกี่ยวกับขั้นตอนและกระบวนการกำหนดกลยุทธ์อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการจัดทำแผนปฏิบัติการที่สามารถเชื่อมโยงวิสัยทัศน์และแผนธุรกิจขององค์กรสู่แนวทางการบริหารที่ชัดเจน พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานที่สอดคล้องและสามารถขับเคลื่อนองค์กรให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

2. พัฒนารูปแบบนวัตกรรมที่เน้นการเชื่อมโยงแผนระดับต่าง ๆ และการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน

โรงพยาบาลพญาเม็งรายได้จัดทำแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี โดยยึดแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามนโยบาย “4+1 ด้านสู่ความเป็นเลิศ (5 Excellences)” ของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) ประกอบด้วย

1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

+1) ด้านเศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ (Health Related Economy Excellence)

การจัดทำแผนดังกล่าวได้พิจารณาความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579), แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ, แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตลอดจนเชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์ประจำปี พ.ศ. 2568 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายอย่างเป็นระบบ

3. จัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์ฉบับใหม่ (พ.ศ. 2566–2570) ที่มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ตัวชี้วัด และยุทธศาสตร์หลักอย่างเป็นระบบ

4. นำเทคโนโลยีมาสนับสนุนการดำเนินงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดทำและขับเคลื่อนแผนปฏิบัติราชการ โรงพยาบาลพญาเม็งรายได้นำเทคโนโลยีมาสนับสนุนพัฒนาและออกแบบเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน ดังนี้

1) จัดทำเอกสารคู่มือแนวทางที่ชัดเจน เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถจัดทำแผนงาน/โครงการได้อย่างสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และตัวชี้วัดของโรงพยาบาล รวมทั้งเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ระดับประเทศและระดับจังหวัด

2) พัฒนาแบบฟอร์มสำหรับการจัดทำแผน การติดตาม และรายงานผล เช่น แบบฟอร์มเสนอแผนโครงการ แบบฟอร์มสรุปผลการดำเนินงานประจำไตรมาส และแบบฟอร์มการประเมินผลลัพธ์ เพื่อให้เกิดความเป็นระบบและสามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้สะดวก

3) พัฒนาระบบรวบรวมข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานแบบออนไลน์ (หรือกึ่งออนไลน์) เพื่อลดภาระงานซ้ำซ้อนของเจ้าหน้าที่ เพิ่มความถูกต้องและทันเวลาของข้อมูลในการติดตามประเมินผล

4) นำเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น เว็บไซต์โรงพยาบาล Google Workspace, Line OA, Power BI หรือแอปพลิเคชันอื่น ๆ มาใช้ในการเผยแพร่แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ และผลการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้บริหารและบุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวก รวดเร็ว และเกิดการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ขององค์กรอย่างต่อเนื่อง

ระยะนำไปใช้ : การออกแบบนวัตกรรม

1. จัดเวทีอบรม และประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความเข้าใจในนวัตกรรมแก่ผู้บริหารและบุคลากร

2. ถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติในระดับหน่วยงานทดลองใช้นวัตกรรมในการจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ. 2568

3. ติดตามผลการดำเนินงาน และประเมินผลในระยะสั้นรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เช่น ความครบถ้วนของแผน ความสอดคล้องของตัวชี้วัด ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน

4. ประเมินประสิทธิภาพของนวัตกรรม และนำผลที่ได้มาปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

5. สรุปบทเรียนการพัฒนา เพื่อนำไปใช้ในการจัดทำแผนในรอบปีถัดไป และขยายผลสู่ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

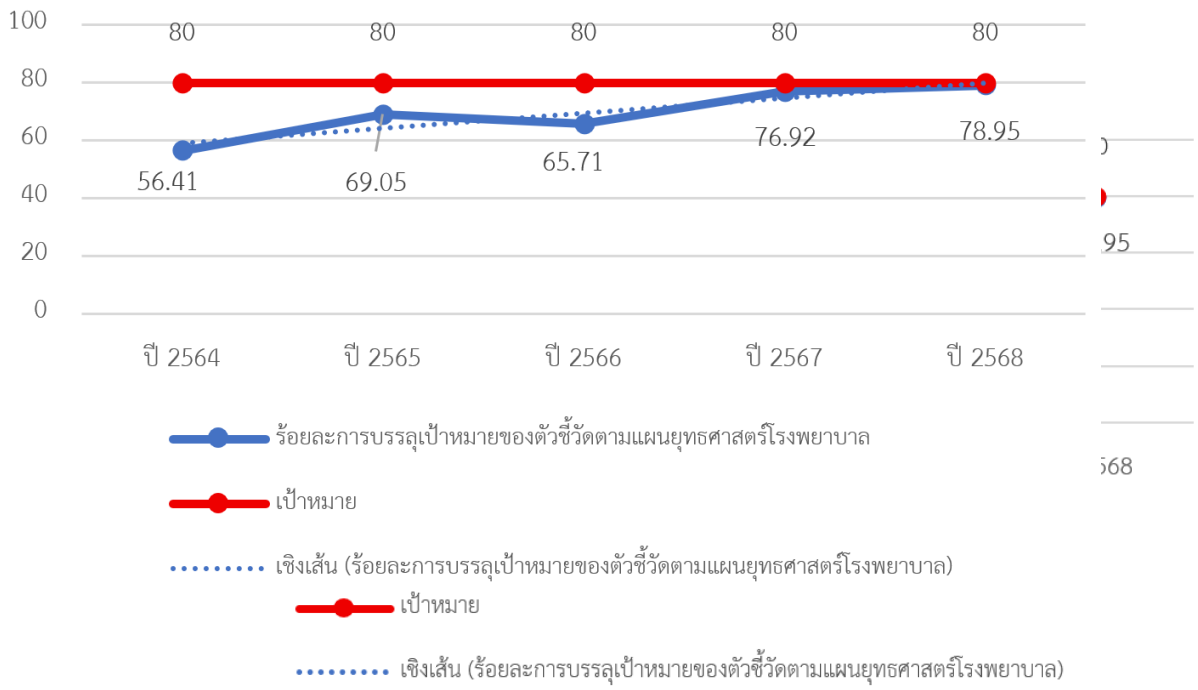
การทดสอบประสิทธิภาพของดำเนินการการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปีของโรงพยาบาลพญาเม็งราย ดำเนินการโดยการนำรูปแบบนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงในกระบวนการจัดทำแผนประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยมีวิธีการประเมินผลใน 3 มิติ ได้แก่

1. **ด้านประสิทธิภาพของกระบวนการ (Process Efficiency)**

จากผลการประเมินความสำเร็จขององค์กรในช่วงต้นของการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2563–2567 โดยเฉพาะในปีงบประมาณ 2566 พบว่าระดับการนำองค์กรมีแนวโน้มลดลง อันเป็นผลมาจากการที่ผู้นำองค์กรและคณะผู้บริหารได้ดำเนินการทบทวนและปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลใหม่ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง และรองรับการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566–2570)

การปรับปรุงยุทธศาสตร์ดังกล่าวมุ่งเน้นการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ชัดเจน พร้อมพัฒนาตัวชี้วัดที่เน้นผลลัพธ์ (Outcome) ซึ่งตอบสนองต่อความท้าทายเชิงระบบสุขภาพ และสนับสนุนเป้าหมายด้านคุณภาพ มาตรฐาน และประสิทธิภาพของบริการ โดยได้ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปีให้เชื่อมโยงกับแผนระยะยาวอย่างครบถ้วน และถ่ายทอดสู่หน่วยงานภายในอย่างเป็นระบบ มีการกำกับติดตามและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานทั้งในด้านที่บรรลุเป้าหมายและส่วนที่ยังต้องปรับปรุง เพื่อบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นงบประมาณ แผนพัฒนากำลังคน หรือการขยายบริการในอนาคต ภายใต้วิสัยทัศน์ "เป็นโรงพยาบาลคุณภาพ เพื่อประชาชนสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข" และวางรากฐานให้โรงพยาบาลสามารถขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไปสู่เป้าหมายในปี 2570 ได้อย่างเป็นรูปธรรม

2. **ด้านผลลัพธ์ของแผน (Plan Output Quality)**



จากกราฟในช่วงปีงบประมาณ 2564–2566 ร้อยละการบรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในภาพรวม โดยในปี 2564 อยู่ที่ร้อยละ 56.41 สะท้อนถึงการเริ่มต้นที่ยังต่ำกว่ามาตรฐานเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 80 อย่างมาก ต่อมาในปี 2565 มีการปรับตัวดีขึ้นเป็นร้อยละ 69.05 แสดงถึงความก้าวหน้าในการดำเนินงานและการจัดทำแผนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ในปี 2566 ร้อยละการบรรลุเป้าหมายลดลงเล็กน้อยเหลือ 65.71 ซึ่งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดในการเชื่อมโยงแผนงานกับยุทธศาสตร์หลัก หรือปัญหาในด้านการติดตามประเมินผลและการกำหนดตัวชี้วัดที่ยังไม่ชัดเจนเพียงพอ

สรุปผลการดำเนินงาน (รอบ 6 เดือน ปี 2568) จากข้อมูลตัวชี้วัด ในรอบ 6 เดือน (ตุลาคม 2567 – มีนาคม 2568) โรงพยาบาลมี **ร้อยละการบรรลุเป้าหมายอยู่ที่ 78.95%** แม้ยังไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ (>80%) แต่มีแนวโน้ม “ดีขึ้นต่อเนื่อง” เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้าสะท้อนให้เห็นถึง **การปรับปรุงกลไกการติดตามยุทธศาสตร์และการถ่ายทอดเป้าหมายสู่ระดับปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ** แม้ในปี 2568 ผลสัมฤทธิ์ยังไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ (>80%) แต่การพัฒนาอย่างมีเสถียรภาพต่อเนื่องแสดงถึงความพร้อมขององค์กรในการก้าวสู่เป้าหมายในปีถัดไป โดยเฉพาะภายใต้โครงสร้างการบริหารยุทธศาสตร์ใหม่ที่สอดรับกับระบบสุขภาพในอนาคต

และจากการติดตามผลการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติราชการประจำปี 2567 พบว่า โครงการที่ดำเนินการแล้วเสร็จตามแผน และสามารถบรรลุตัวชี้วัดตามที่กำหนด มีจำนวน 53 โครงการ จากทั้งหมด 58 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 91.37 ของแผนทั้งหมด แสดงถึงระดับความสำเร็จในภาพรวมของการบริหารจัดการแผนงานที่อยู่ในระดับดีมาก

3. **ด้านความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วม (User Satisfaction)**

ประเมินความพึงพอใจของผู้บริหาร คณะกรรมการ และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่มีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำแผน โดยใช้ **แบบฟอร์ม Google Forms หรือ Microsoft Forms ระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับ "ดี"** (ค่าเฉลี่ยรวม = 4.23) หรือร้อยละ 82.2 แสดงให้เห็นว่าผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อกระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติราชการของโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

1. ร้อยละ 100 จัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2568 – 2572
2. ร้อยละ 91.37 ดำเนินงานได้ตามแผนงาน / โครงการตามแผนปฏิบัติราชการภายในปีงบประมาณ 2567

สรุป

จากการดำเนินงานพัฒนานวัตกรรมการจัดทำแผนปฏิบัติราชการโรงพยาบาลพญาเม็งราย พบว่ามีจุดแข็งที่สำคัญหลายประการ ประการแรก คือ การสร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากบุคลากรทุกระดับ ทั้งผู้บริหาร คณะกรรมการ และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ผ่านกระบวนการระดมสมองถึง 3 ครั้ง และการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการอีก 2 ครั้ง ซึ่งช่วยให้ทุกฝ่ายมีความเข้าใจและเป็นเจ้าของแผนร่วมกัน

ประการที่สอง นวัตกรรมนี้ประสบความสำเร็จในการบูรณาการแผนระดับองค์กรเข้ากับนโยบายระดับชาติและระดับกระทรวงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการออกแบบให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผน 4+1 ด้านของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้แผนงานมีความเชื่อมโยงและตอบสนองต่อทิศทางการพัฒนาประเทศ

ประการสุดท้าย การนำเทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น Power BI และ Google Workspace มาใช้ในการเผยแพร่แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ และผลการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้บริหารและบุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวก รวดเร็ว และเกิดการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ขององค์กรอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ดี ยังมีบางประเด็นที่ควรพัฒนาเพิ่มเติม เพื่อให้การดำเนินงานมีความยั่งยืนยิ่งขึ้น เรื่องแรก คือ ระบบติดตามผลที่ยังต้องการกลไกการดำเนินงานที่ชัดเจนมากขึ้น โดยอาจพิจารณาจัดทำคู่มือมาตรฐานการติดตามผลและจัดตั้งทีมงานเฉพาะด้าน เพื่อดูแลระบบนี้อย่างต่อเนื่อง

เรื่องที่สอง คือ ความยืดหยุ่นในการปรับแผนให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายระดับสูง ซึ่งอาจแก้ไขโดยกำหนดกลไกการทบทวนแผนทุก 6 เดือน เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนได้ทันสถานการณ์

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

การพัฒนานวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปีของโรงพยาบาลพญาเม็งราย ส่งผลให้เกิดประโยชน์ทั้งในระดับองค์กร บุคลากร และระบบบริการสุขภาพโดยรวม ดังนี้

1. ด้านการบริหารจัดการองค์กร ทำให้กระบวนการจัดทำแผนมีความเป็นระบบ ชัดเจน และสอดคล้องกับแผนระดับชาติและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการแผนงานและงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อน

2. ด้านบุคลากร บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำแผนในมิติเชิงยุทธศาสตร์มากขึ้น ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการคิดวิเคราะห์ของทีมงานผ่านกระบวนการจัดทำแผนร่วมกัน

3. **ด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน** แผนปฏิบัติราชการมีความสอดคล้อง ชัดเจน มีเป้าหมายและตัวชี้วัดที่สามารถวัดผลได้จริง เพิ่มประสิทธิภาพในการนำแผนไปใช้และติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

4. ด้านระบบบริการสุขภาพ สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการให้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้มากขึ้น และทำให้โรงพยาบาลสามารถกำหนดบทบาทตามยุทธศาสตร์ระดับกระทรวงและระดับจังหวัดได้ชัดเจนขึ้น

เอกสารอ้างอิง

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561–2580) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานฯ; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 30 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th

กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 30 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://strategy.moph.go.th

กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566–2570) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 30 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://policy.moph.go.th

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. แผนยุทธศาสตร์และแผนกลยุทธ์ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จังหวัดเชียงราย. เชียงราย: สำนักงานฯ; 2567.

ภาคผนวก

1. กิจกรรมการพัฒนา (Quality Improvement Process)

- ปลายปีงบประมาณ 2567 จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ระยะ 5 ปี โดยมีวิทยากรผู้เชี่ยวชาญเรื่องการจัดทำแผนระดับประเทศ เพื่อให้ผู้บริหารได้เรียนรู้ถึงขั้นตอน และกระบวนการกำหนดกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพรวมถึงการจัดทำแผนปฏิบัติการ ให้สามารถเชื่อมโยงวิสัยทัศน์และแผนธุรกิจสู่แนวทางการบริหารสามารถกำหนดเป้าหมายในการทำงานที่ประสานสอดคล้องร่วมกันให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้
- จัดทำแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของโรงพยาบาลพญาเม็งราย ได้ใช้แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ตามกระทรวงสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศ 4+1 ด้าน (5 Excellences) ภายใต้แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) ได้แก่ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) +1 ด้านเศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ (Health Related Economy Excellence) โดยได้พิจารณาความสอดคล้อง เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนกลยุทธ์ประจำปี 2568 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

ในการดำเนินตามแผนนี้ โรงพยาบาลพญาเม็งรายมุ่งเน้นพัฒนากระบวนการทำงานที่มีระเบียบแบบแผน สร้างความเชื่อมโยงในระดับแผนต่างๆ และกำหนดตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับนโยบายเพื่อใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล อีกทั้งการดำเนินงานภายใต้แผนปฏิบัติราชการนี้จะไม่เพียงแต่สร้างผลสัมฤทธิ์ในด้านการดูแลสุขภาพ แต่ยังสร้างคุณภาพชีวิต การสร้างสังคมที่มีสุขภาพดีของประชาชนอำเภอพญาเม็งรายให้ยั่งยืนในอนาคต ซึ่งมีกิจกรรมการพัฒนา (Quality Improvement Process) ดังนี้

1. การจัดประชุมทีมนำเตรียมความพร้อม เพื่อการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ระยะ 5 ปี

2. การจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ระยะ 5 ปี

ในการจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ระยะ 5 ปี ของโรงพยาบาลพญาเม็งราย โดยมีหัวข้อในการอบรมดังนี้

- สร้างความเข้าใจการจัดทำแผนตามมติคณะรัฐมนตรี
- สาระสำคัญและความเชื่อมโยงของแผนโรงพยาบาล กับแผนระดับต่างๆ
- ทบทวนการวิเคราะห์ตนเอง เพื่อนำไปสู่การพัฒนา
- ฉากทัศน์การพัฒนาโรงพยาบาลพญาเม็งราย ใน 5 ปี
- วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลพญาเม็งราย
- พันธกิจของโรงพยาบาลพญาเม็งราย
- ป้าหมายและตัวชี้วัดรวม
- การถ่ายทอดแผนโรงพยาบาลสู่การปฏิบัติ
- แนวทางการพัฒนา เป้าหมาย ค่าเป้าหมายรายปี

3. มีการจัดประชุมหลังการจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ระยะ 5 ปี เพื่อพิจารณาตัวชี้วัด เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนน และรายละเอียดตัวชีวัดประจำปีงบประมาณ 2568 ที่ใช้เป็นเครื่องมือวัดผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานตามภารกิจบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติราชการ
4. ในการจัดทำแผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (2566 – 2570) ของโรงพยาบาลพญาเม็งราย ในรูปแบบ E-book เพื่อขั้นตอนง่ายในการอ่าน และการค้นหา

5. นำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาประยุกต์ใช้ในการทำฐานข้อมูล เป็นเครื่องมือที่สนับสนุนอำนวยความสะดวกในกระบวนการจัดการความรู้ การวัดผล การติดตาม และการประเมินผล

2. ผลการดำเนินงานหรือการประเมินผลการเปลี่ยนแปลง (Performance)

1) หลังการจัดอบรม มีแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของโรงพยาบาลพญาเม็งราย ได้ใช้แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
2) ทุกหน่วยงานมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนปฏิบัติราชการของโรงพยาบาลพญาเม็งราย มีการสื่อสารให้ทราบและเป็นแนวทางเดียวกัน
3) มีแนวทางการติดตามและประเมินผลดำเนินตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีของโรงพยาบาลพญาเม็งรายเพิ่มประสิทธิภาพการจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปีของโรงพยาบาลพญาเม็งราย
4) โรงพยาบาลพญาเม็งรายจากการมุ่งเน้นพัฒนากระบวนการทำงานที่มีระเบียบแบบแผน สร้างความเชื่อมโยงในระดับแผนต่างๆ และกำหนดตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับนโยบายจึงทำให้การดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

การพัฒนาระบบการคัดกรองและจัดบริการดูแลผู้มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จิตรลดา ดีอิทธิกุล
โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของโลกและประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกมากกว่า 537 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 643 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค ออกกำลังกายและภาวะอ้วนลงพุง โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา

ในประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและกระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้น ๆ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรวัยทำงานที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ปัจจัยด้านวิถีชีวิต ภาวะอ้วนและการขาดการคัดกรองเชิงรุก เป็นปัจจัยเร่งให้เกิดโรคได้ตั้งแต่อายุยังน้อย

ในระดับจังหวัดเชียงราย พบว่ามีอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ซึ่งในพื้นที่อำเภอเวียงชัยอยู่ภายใต้เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิก NCD ระหว่างปี พ.ศ. 2564 – 2566 พบว่าอัตราป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อประชากรแสนคน อยู่ที่ 449.27, 500.81 และ 485.41 ตามลำดับและจำนวนผู้ป่วยสะสมในปี 2566 สูงถึง 3,183 ราย จากการทบทวนข้อมูลพบว่าผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ส่วนใหญ่ได้รับการคัดกรองในชุมชน มีจำนวนไม่น้อยที่เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รักษาอยู่ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2564 ร้อยละ=1.18 ปี 2565 ร้อยละ=1.31 และปี 2566 ร้อยละ=1.32 นอกจากนี้ยังพบการวินิจฉัยโรคเบาหวานรายใหม่พร้อมกับความดันโลหิตสูงรายใหม่อีกด้วย ส่วนผู้ที่เป็นเบาหวานรายใหม่ที่อายุต่ำกว่า 35 ปี มักจะพบว่ามีภาวะอ้วนอันตรายร่วมด้วย จากการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะได้รับการตรวจ FBS ปีละ 1 ครั้ง ได้รับคำแนะนำผู้ป่วยแบบทั่วไปและการติดตามตามแพทย์นัด ซึ่งไม่สามารถตอบสนองต่อกลุ่มเสี่ยงสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นและการพลาดโอกาสในการวินิจฉัยเบาหวานตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

จากสถานการณ์ดังกล่าว คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จึงได้พัฒนานวัตกรรมเชิงระบบในการคัดกรองและจัดบริการดูแลผู้มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่าคนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดเบาหวานในคนที่มีความดันโลหิตสูง สูงถึง 34.1 ต่อ 1,000 คน/ปี เมื่อเทียบกับ 16.7 ต่อ 1,000 คน/ปี ในกลุ่มคนความดันปกติ นั่นคือผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นเบาหวานมากกว่าคนทั่วไปประมาณ 2 เท่า นอกจากนี้ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ยังมีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างร่วมกัน (เช่น ภาวะอ้วน ไขมันในเลือดผิดปกติ) ทำให้มักพบสองโรคนี้ร่วมกันในผู้ป่วยคนเดียวกันบ่อย ๆ ด้วยเหตุนี้ แนวทางเวชปฏิบัติ ในประเทศไทยจึงแนะนำให้มีการคัดกรองโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาลดความดันอยู่เป็นประจำ การใช้แบบประเมินความเสี่ยงเบาหวานของไทย (Thai Diabetes Risk Score) เป็นเครื่องมือหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการทำนายโอกาสเกิดเบาหวานในอนาคตได้ค่อนข้างแม่นยำ

ดังนั้น การดำเนินโครงการคัดกรองความเสี่ยงเบาหวานในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและจัดการลดความเสี่ยงรายบุคคล จึงมีความสำคัญและสมเหตุสมผลทั้งในเชิงวิชาการและเชิงสาธารณสุข โดยมุ่งหวังที่จะลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ผ่านการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงสูงตั้งแต่ก่อนเป็นโรค เพื่อให้สามารถประเมินวินิจฉัยความเสี่ยง รู้เสี่ยง รู้เร็ว มีระบบการดูแลอย่างเหมาะสมและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่และเพิ่มประสิทธิภาพการวินิจฉัยเบาหวานตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

เดือน มกราคม 2567-ปัจจุบัน

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก

1.ทบทวนปัญหา

2.จัดทำแผนงาน

3.กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมาย

4.กำหนดวิธีการดำเนินการ/กิจกรรม

5.กำหนดค่าใช้จ่ายในการเตรียม คน วัสดุอุปกรณ์

6.จัดระบบบริการ

ระยะพัฒนา

1.สร้างแบบประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่2 (Diabetes risk score) ด้วย Google form

2. ค้นหาแหล่งความรู้ plate model , โปรแกรมนับคาร์บ ,เมนูอาหาร Low Carb นำมาใช้เพื่อเป็นสื่อให้ความรู้

3.เพิ่มระบบการติดตาม online ติดตามในชุมชน

ระยะนำไปใช้

1.ปฏิบัติตามแผนงาน

- พยาบาลประเมินและคัดเลือกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีผลน้ำตาล(FPG, FBS) >110 mg% หรือ BMI> 30

- ใช้แบบประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Diabetes risk score) Google form สรุปผลคะแนน และให้ข้อมูลคะแนนระดับความเสี่ยง สะท้อนกลับให้ผู้ป่วยทราบ

- พยาบาลใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา Brief intervention(5ข้อ):ชมเชย, ถาม,แนะนำความรู้ที่สำคัญ, ประเมินความพร้อม,ตั้งเป้าหมาย และวางแผนร่วมกับผู้ป่วย

- ให้ความรู้เฉพาะโรคที่สำคัญ เรื่อง การนับคาร์บโดยใช้โปรแกรมคำนวณคาร์บ(พัฒนาโดย สสส.)และตัวอย่างอาหาร เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทานอาหารที่มีปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่เหมาะสมและความรู้ IF รูปแบบการกินอาหารที่เน้นการจำกัดช่วงเวลาในการรับประทานอาหาร (Feeding) และช่วงเวลาที่งดเว้นการทานอาหาร (Fasting)

2.ติดตามผู้ป่วย ระบบ online ,onsite

- นัดตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ทุก1-3 เดือน
- ประสานศูนย์ คนไทยห่างไกล NCDs นัดติดตาม FBS โดย อสม.ทุก 1 เดือน (อยู่ในช่วงวางแผน)

4.วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล ประเมินผลลัพธ์ สรุปปัญหา หาแนวทางปรับปรุงแก้ไข

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความเป็นไปได้ของนวัตกรรมระบบการคัดกรองและจัดบริการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่รักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วิธีการดำเนินการทดสอบ

กลุ่มเป้าหมาย: ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ให้บริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มี FBS หรือ FPG >110 mg% และ/หรือ ดัชนีมวลกายมากกว่า 30

การออกแบบการทดสอบ: เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองในสถานพยาบาลจริง โดยดำเนินการในช่วงเวลาที่กำหนด มกราคม 2567- มกราคม 2568 ผู้เข้าร่วมกลุ่มเสี่ยงจะได้รับบริการตามนวัตกรรมใหม่ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน การคัดกรองเชิงรุกและการดูแลติดตามผลอย่างบูรณาการในงานประจำวัน

ขั้นตอนดำเนินงาน

(1.) การคัดกรองที่เป็นระบบ ช่วงเวลาคัดกรองความเสี่ย มกราคม 2567- มกราคม 2568 ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

(2) แบ่งกลุ่มผู้รับบริการ แยกกลุ่มผู้ที่ผลคัดกรองปกติ, กลุ่มเสี่ยงปานกลาง , กลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มที่เป็นโรคแล้ว เพื่อการดูแลที่เหมาะสม

(3) กลุ่มเสี่ยงสูงจะได้รับการขึ้นทะเบียน วินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงและการดูแลตามโปรแกรมป้องกันเบาหวาน เช่นการประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวาน(Diabetes risk score) ให้ข้อมูลผลการประเมินระดับความเสี่ยง ให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย, การนัดติดตามวัดระดับน้ำตาลหรือปัจจัยเสี่ยงอื่นอย่างต่อเนื่องและการให้ความรู้สุขภาพเฉพาะบุคคล

วิธีเก็บข้อมูล: ใช้วิธีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

- ข้อมูลด้านสุขภาพและชีวภาพ: เก็บค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ของผู้เข้าร่วมทั้งก่อนเริ่มโครงการและหลังสิ้นสุดระยะทดสอบ เพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลง เช่น น้ำหนักตัว, ดัชนีมวลกาย (BMI)
- ข้อมูลด้านความพึงพอใจและกระบวนการ: ใช้แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบการคัดกรองและการดูแลที่ได้รับ เช่น ความสะดวกในการรับบริการ, ความชัดเจนในการให้ข้อมูล, และการดูแลของเจ้าหน้าที่

เครื่องมือที่ใช้: ประกอบด้วยเครื่องมือวิจัยและอุปกรณ์ทางการแพทย์

- Google Forms แบบประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวาน (Diabetes risk score)
- เครื่องมือตรวจระดับน้ำตาลในเลือด FBS หรือ FPG ในห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร
- สื่อสุขศึกษา โปรแกรมนับคาร์บ ,เมนูอาหาร Low Carb สำหรับเจ้าหน้าที่ใช้ในการให้ความรู้ผู้เข้าร่วม
- เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention : BI)
- แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ตัวชี้วัดประสิทธิภาพของนวัตกรรม

- ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS): เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย FBS ก่อนและหลังการทดลองใช้
- จำนวนผู้ที่ตรวจพบว่ามีความเสี่ยงและลงทะเบียน = 62 ราย
-ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ
    1.ร้อยละความพึงพอใจต่อประโยชน์ของระบบบริการ= 81.33
    2 ร้อยละความพึงพอใจต่อระบบบริการ =88.00
    3.ร้อยละความพึงพอใจต่อการบริการเจ้าหน้าที่ =90.67
- ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามต่อเนื่อง= 100

ระยะเวลาในการทดสอบนวัตกรรม12 เดือน

-ช่วงเตรียมการ (1 เดือน): ใช้สำหรับการคัดกรองเบื้องต้นและรับสมัครกลุ่มเป้าหมาย, ชี้แจงเจ้าหน้าที่ ในการใช้นวัตกรรม, และดำเนินการเก็บข้อมูล FBS, ชั่งน้ำหนัก

-ช่วงดำเนินการทดลอง (10 เดือน): เป็นระยะที่นวัตกรรมถูกนำมาใช้จริงอย่างต่อเนื่องในคลินิก. ผู้เข้าร่วมจะได้รับการติดตามดูแลตามโปรแกรมที่ออกแบบไว้ เช่น การนัดหมายตรวจสุขภาพทุก 3-4 เดือน, กิจกรรมการให้ความรู้ และการติดตามปรึกษาทางโทรศัพท์/ออนไลน์

-ช่วงประเมินผลปลายโครงการ (1 เดือน): เมื่อสิ้นสุดระยะทดลอง เก็บข้อมูลหลังการเข้าร่วม

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

จำนวนผู้ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงตามแบบประเมิน Diabetes Risk Score= 62 ราย

ร้อยละของผู้มีความเสี่ยงสูงที่เข้าสู่กระบวนการจัดการรายบุคคล = 100 %

-ร้อยละของผู้มีความเสี่ยงสูงที่ภายหลัง 12 เดือน พบค่าระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น= 41.94

ร้อยละของผู้มีความเสี่ยงสูงที่ภายหลัง 12 เดือนพบน้ำหนักตัวลดลง = 17.74

ลดค่าใช้จ่าย และงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน 55 รายX 25,000บาท = 1,375,000 บาท/ปี

(เนื่องจากนวัตกรรมนี้ ป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม 55 ราย)

สรุปผล

นวัตกรรมนี้มุ่งเน้น พัฒนาระบบคัดกรองและจัดบริการดูแลเชิงรุก ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยใช้กระบวนการสำคัญ เช่น

- การคัดกรองความเสี่ยงอย่างเป็นระบบด้วยแบบประเมินมาตรฐาน
- การจัดกลุ่มความเสี่ยงเพื่อออกแบบแผนการดูแลรายบุคคล
- การให้ความรู้และติดตามผลต่อเนื่อง

ผลลัพธ์จากการทดสอบประสิทธิภาพชี้ว่า สามารถค้นหาผู้มีความเสี่ยงสูงได้มากขึ้น จัดการดูแลได้รวดเร็ว ลดโอกาสเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ และช่วยเพิ่มศักยภาพบุคลากรในการให้บริการเชิงป้องกัน

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

การพัฒนาระบบการคัดกรอง และการจัดบริการดูแลผู้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร สามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ได้และเพิ่มประสิทธิภาพการวินิจฉัยเบาหวานตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เพื่อให้เข้าสู่กระบวนการรักษาป้องกันโรคแทรกซ้อนได้เร็ว

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. 2566:15–25.

2. กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) นับคาร์บลดโรค NCDs [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2568. เข้าถึงได้จาก: https://www.nubcarb.com/menu.

3. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. โครงการจัดการความรู้การดูแลพฤติกรรมและจิตสังคมในระบบสาธารณสุข. 2565:94–147.

4. Aungkulanon S, Pudpong N, Yothasamut J, et al. Economic burden of diabetes, hypertension, and cardiovascular disease: Health system cost perspective. J Health Syst Res. 2015;9(2):186–97. (ภาระค่าใช้จ่ายของเบาหวาน ความดัน และโรคหัวใจในระบบสุขภาพไทย).

5.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.แบบประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่2(Thai Diabetes Risk score).กรุงเทพฯ:สมาคมฯ;2562

การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ด้วยระบบดิจิทัลผ่าน QR CODE เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย

ช่อทิพย์ คูหา
งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลขุนตาล

บทนำ

โรงพยาบาลขุนตาล เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง โดยมีวิสัยทัศน์คือ โรงพยาบาลขุนตาล เป็นโรงพยาบาลคุณภาพ ร่วมภาคี บริการดี มีความสุข งานผู้ป่วยนอก มีการให้บริการผู้ป่วย และผู้รับบริการเป็นจำนวนมาก สถิติการรับบริการของงานผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ พ.ศ. 2565 ถึง พ.ศ. 2568 ในแต่ละปีมีจำนวนผู้ใช้บริการ เป็นจำนวน 12,979 ครั้ง 24,956 ครั้ง 24,958 ครั้ง และ 17,188 ครั้ง ตามลำดับ และโดยเฉลี่ยแต่ละปี มีผู้รับบริการต่อวัน เป็นจำนวน 54 ครั้ง 104 ครั้ง 104 ครั้ง และ 95 ครั้ง ตามลำดับ เดิมเพื่อให้งานบริการงานผู้ป่วยนอกมีคุณภาพ หน่วยงานจึงได้มีการสำรวจความพึงพอใจและความคาดหวังของผู้รับบริการปีละ 2 ครั้ง โดยการใช้แบบสอบถามแบบกระดาษ และเก็บรวบรวมข้อมูล นำข้อมูลมาวิเคราะห์สรุปผลและหาแนวทางการแก้ไข เพื่อปรับปรุงการให้บริการดียิ่งขึ้น ซึ่งโดยวิธีการดังกล่าวนั้นต้องใช้ระยะเวลานาน ในปัจจุบันมีการพัฒนาเทคโนโลยีอย่างแพร่หลาย งานผู้ป่วยนอกจึงได้นำระบบ QR code มาเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่จะนำมาช่วยพัฒนาการสำรวจข้อมูล ให้มีความสะดวก และรวดเร็ว ทั้งยังสามารถบันทึกข้อมูลไปยัง google drive ได้โดยอัตโนมัติ เพื่อลดระยะเวลาการเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล งานผู้ป่วยนอกจึงเริ่มใช้การประเมิน แบบระบบ QR code ตั้งแต่ เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567 เป็นต้นมา

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ 2567 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ.2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก

หน่วยบริการได้นำแบบสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการและญาติผู้ติดตาม ซึ่งจัดทำโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มาใช้ในการประเมินคุณภาพการให้บริการ โดยเปิดให้ผู้รับบริการสแกน QR Code เพื่อเข้าสู่แบบฟอร์มออนไลน์ โดยในการปฏิบัติงานจริงพบข้อจำกัด ดังนี้

1. ผู้รับบริการบางส่วนไม่สามารถสแกน QR Code ได้ เนื่องจากข้อจำกัดของอุปกรณ์ เช่น กล้องไม่ชัด หรือสมาร์ทโฟนไม่รองรับการสแกนระบบ QR Code ทำให้ไม่สามารถเข้าสู่ระบบแบบสอบถามได้

2. เมื่อเข้าสู่ระบบแบบสอบถามแล้ว ผู้รับบริการจำเป็นต้องค้นหาชื่อหน่วยบริการ (โรงพยาบาลขุนตาล) ด้วยตนเอง ซึ่งขั้นตอนดังกล่าวมีความยุ่งยากและซับซ้อน ทำให้ผู้รับบริการใช้เวลานาน ในบางรายไม่สามารถดำเนินการได้สำเร็จ

3. เจ้าหน้าที่ต้องคอยให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล ทั้งในส่วนของการสแกน QR Code และการค้นหาชื่อหน่วยบริการ ส่งผลให้เกิดภาระงานเพิ่มขึ้น และทำให้ประสิทธิภาพในการให้บริการโดยรวมลดลง

ระยะพัฒนา

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว หน่วยบริการจึงได้ดำเนินการปรับปรุง ดังนี้

1. ปรับปรุงภาพ QR Code โดยปรับขนาดและคุณภาพของภาพ ให้เหมาะสมกับการใช้งานและจัดวาง QR Code ในจุดที่สามารถสแกนได้สะดวกยิ่งขึ้น

2. ปรับปรุงการตั้งค่า โดยกำหนดชื่อหน่วยบริการ “โรงพยาบาลขุนตาล” ไว้ในแบบสอบถามเพื่อช่วยลดขั้นตอน และเวลาในการตอบแบบสอบถาม

3. การสร้างแบบสอบถามออนไลน์ ได้จัดทำโดยใช้ Google Forms เป็นเครื่องมือหลักในการสร้างแบบสอบถาม และแปลงเป็น QR Code เพื่อลิงก์ไปยังแบบสอบถามดังกล่าว ให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงและตอบแบบสอบถามได้อย่างสะดวก ในการสร้างแบบสอบถาม ได้ขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่งานเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) ของโรงพยาบาลขุนตาล จัดทำแบบสอบถามให้มีความเหมาะสม ชัดเจน และเข้าใจง่ายในทุกกลุ่มช่วงอายุ

ระยะนำไปใช้

1. งานผู้ป่วยนอกจัดทำ QR Code เป็นรูปแบบโปสเตอร์ขนาด A4 และติดตั้งในจุดที่ผู้รับบริการมองเห็นได้ชัดเจน ได้แก่ บริเวณหน้าห้องตรวจ บริเวณจุดซักประวัติ และจุดคัดแยกผู้ป่วย เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถสแกน QR Code และตอบแบบสอบถามได้โดยสะดวก

2. การตอบแบบสอบถาม พบว่าผู้รับบริการมีการประเมินความพึงพอใจผ่านระบบออนไลน์เฉลี่ยประมาณ 1 ถึง 2 รายต่อสัปดาห์ งานผู้ป่วยนอกจึงได้มีการส่งเสริมการเข้าถึงแบบสอบถาม เพื่อเพิ่มจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามและครอบคลุมกลุ่มผู้รับบริการทุกช่วงอายุ โดยจัดให้เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงานประชาสัมพันธ์และแนะนำวิธีการสแกน QR Code ให้แก่ผู้รับบริการ รวมถึงดำเนินการเดินสำรวจและเชิญชวนให้ผู้รับบริการประเมินความพึงพอใจด้วยตนเองอย่างน้อย วันละ 5 ราย การเก็บข้อมูลจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้รับบริการในช่วงอายุต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย และกำหนดเป้าหมายของจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามให้มากกว่า 50 รายต่อเดือน

3. เจ้าหน้าที่ได้จัดเตรียม แบบสอบถาม แบบกระดาษ สำหรับผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ไม่มีสมาร์ทโฟน โดยแบบสอบถามแบบกระดาษ จะถูกรวบรวมและบันทึกเข้าสู่ระบบโดยเจ้าหน้าที่ภายหลัง

4. การวิเคราะห์และการสรุปผล จากข้อมูลแบบสอบถามความพึงพอใจจะถูกรวบรวมและ วิเคราะห์สรุปผลในทุกสิ้นเดือน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำผลการประเมินไปปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ ให้เป็นไปตามนโยบายและเป้าหมายของโรงพยาบาล

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

การดำเนินการ การทดสอบประสิทธิภาพของนวัตกรรม QR Code สำหรับการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเหมาะสมของกระบวนการดำเนินงาน ความสะดวกในการเข้าถึงแบบสอบถาม และความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับ โดยมีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

1. การประชาสัมพันธ์และการติดตั้ง การเข้าถึงระบบแบบสอบถาม โดยการจัดทำแบบสอบถามความพึงพอใจผ่านระบบ Google Forms และแปลงเป็น QR Code เพื่อลิงก์ไปยังแบบสอบถาม จากนั้นนำ QR Code ไปประชาสัมพันธ์ในรูปแบบโปสเตอร์ขนาด A4 และติดตั้งบริเวณจุดให้บริการผู้ป่วยนอก เช่น บริเวณหน้าห้องตรวจ บริเวณจุดซักประวัติ และจุดคัดแยกผู้ป่วย เพื่อให้ผู้รับบริการและญาติผู้ติดตามสามารถสแกน QR Code และตอบแบบสอบถามได้โดยสะดวก

2. การเก็บข้อมูลจากผู้รับบริการ จากการทดสอบระบบโดยให้ผู้รับบริการ สแกน QR Code และกรอกแบบสอบถาม โดยมีเจ้าหน้าที่คอยให้คำแนะนำในกรณีที่ไม่สามารถดำเนินการต่อได้ ด้วยตนเอง พร้อมเก็บข้อมูลจำนวนการเข้าถึงแบบสอบถาม ผลสำเร็จของการส่งข้อมูล และสังเกตุระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม

3. การวิเคราะห์ข้อมูลและการประเมินผล วิเคราะห์ผลการตอบแบบสอบถามจะวิเคราะห์เป็นรายสัปดาห์ โดยสรุปจำนวนผู้ใช้งาน ความครบถ้วนของข้อมูล ความพึงพอใจต่อขั้นตอนการใช้แบบสอบถาม และข้อเสนอแนะจากผู้ตอบแบบสอบถาม เพื่อประเมินประสิทธิภาพของนวัตกรรม

4. ผลการทดสอบ จากการดำเนินงานตั้งแต่ เดือนมีนาคม ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 พบว่า

4.1 ผู้รับบริการและญาติผู้ติดตาม สามารถตอบแบบสอบถามผ่านระบบ QR Code ได้เฉลี่ย 1 ถึง 2 ราย ต่อสัปดาห์ ในช่วงแรก และเพิ่มขึ้นเป็น วันละ 4 ถึง 5 ราย ภายหลังการประชาสัมพันธ์

4.2 ผู้รับบริการและญาติผู้ติดตาม มีการตอบแบบสอบถามอย่างครบถ้วน สามารถสะท้อนปัญหาและได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ในการปรับปรุงคุณภาพการบริการ

4.3 กรณีผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ไม่มีสมาร์ทโฟน สามรถใช้งานแบบสอบถามกระดาษ โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ช่วยให้คำแนะนำ ในการดำเนินการ

5. ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ พบว่าการใช้นวัตกรรม QR Code ช่วยลดระยะเวลาในการประมวลผลข้อมูล และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์ และปรับปรุงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามยังจำเป็นต้องมีการพัฒนาในส่วนของการสื่อสารกับกลุ่มผู้ใช้งานที่มีข้อจำกัดด้านเทคโนโลยี และจัดการระบบคัดกรองแผนกรับบริการให้ชัดเจน เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามผิดแผนก

ตัวชี้วัด

1. ผู้รับบริการรวมถึงญาติผู้ติดตาม มีความพึงพอใจต่อระบบบริการและพฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ในอัตราไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ต่อเดือน

2. ระยะเวลารอคอยในการรับบริการผู้ป่วยนอก เฉลี่ย ไม่เกิน 1 ชั่วโมง 30 นาที

3. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความสุขในการปฏิบัติงาน จากการประเมินแบบสอบถาม Happinometer ในอัตราไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

4. ไม่มีอุบัติการณ์ หรือข้อร้องเรียน เกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ ตลอดช่วงระยะเวลาการดำเนินงาน

ผลลัพธ์

1. ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการรวมถึงญาติผู้ติดตาม ต่อระบบบริการและพฤติกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่

- ช่วงเดือนมีนาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ ร้อยละ 85.8
- ช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ ร้อยละ 89.39

2. ระยะเวลารอคอยการรับบริการผู้ป่วยนอก

- โดยนับจากระยะเวลา ตั้งแต่กระบวนการคัดแยกผู้ป่วย จนถึงกระบวนการจำหน่ายผู้รับบริการกลับบ้าน มีระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 1 ชั่วโมง 18 นาที

3. ระดับความสุขของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ จากการประเมินด้วยแบบสอบถาม Happinometer พบว่า เจ้าหน้าที่มีความสุขในการปฏิบัติงานในระดับเฉลี่ย ร้อยละ 78.59

4. ข้อร้องเรียน และอุบัติการณ์ด้านพฤติกรรมบริการ ไม่พบอุบัติการณ์หรือข้อร้องเรียนใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ตลอดช่วงระยะเวลาการดำเนินงาน

สรุป

การพัฒนานวัตกรรมการประเมินความพึงพอใจ ของผู้รับบริการและญาติผู้ติดตามแผนกผู้ป่วยนอก ผ่านระบบ QR Code มีวัตถุประสงค์เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ ในการให้ข้อมูล และความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ พร้อมทั้งสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดเก็บข้อมูล และประมวลผลข้อมูลเพื่อพัฒนาการบริการอย่างมีประสิทธิผล จากการดำเนินงาน ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ.2567 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 พบว่า มีจำนวนผู้รับบริการ สามารถเข้าถึงแบบสอบถามผ่าน QR Code เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉลี่ย 4 ถึง 5 รายต่อวัน และสามารถนำข้อคิดเห็น ไปใช้ปรับปรุงคุณภาพการบริการได้จริง ส่งผลให้ระดับความพึงพอใจโดยรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.8 เป็นร้อยละ 89.39 แม้ว่าอุปสรรคด้านข้อจำกัดในการตอบแบบสอบถามจากผู้รับบริการ กรณีผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ไม่มีสมาร์ทโฟน ที่มีความจำเป็นต้องใช้แบบสอบถามในรูปแบบกระดาษ รวมถึงปัญหาการเลือกข้อมูลผิดแผนก แต่ภาพโดยรวมของการดำเนินงาน สรุปผลได้ว่านวัตกรรมนี้ช่วยลดภาระงานด้านการจัดเก็บข้อมูล เพิ่มความรวดเร็วในการวิเคราะห์ผล และสามารถนำข้อมูลที่ได้ ไปปรับปรุงในการพัฒนาคุณภาพการบริการ ได้อย่างเป็นรูปธรรม การใช้นวัตกรรม QR Code เป็นเครื่องมือประเมินความพึงพอใจ ของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพิ่มการประชาสัมพันธ์ กระตุ้นให้ผู้รับบริการ มีการตอบแบบสอบถามต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการพัฒนาปรับปรุงตามข้อคิดเห็นให้ครอบคลุมทุกกลุ่มผู้รับบริการ เพื่อมุ่งสู่การบริการที่มีคุณภาพและตอบสนองความต้องการ ของผู้รับบริการอย่างแท้จริง

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. สามารถรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการได้โดยตรง จากการใช้แบบสอบถามผ่านระบบ QR Code ทั้งยังสามารถให้ผู้รับบริการสามารถแสดงความคิดเห็น และประเมินความพึงพอใจได้ด้วยตนเอง โดยไม่ผ่านการกรอกข้อมูลจากบุคคลที่สาม ทำให้ได้ข้อมูลและความคิดเห็น ที่สามารถนำไปปรับปรุงการให้บริการได้อย่างถูกต้องและตรงประเด็น

2. สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดเก็บและประมวลผลข้อมูล จากการนำเทคโนโลยี QR Code มาใช้ร่วมกับแบบสอบถาม เพื่อช่วยลดขั้นตอนการจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบกระดาษ เพื่อลดข้อผิดพลาดจากการลงข้อมูลในระบบทำมือ และสามารถประมวลผลสถิติ ได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ

3. สามารถนำผลการประเมินไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ ข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามความพึงพอใจ สามารถนำไปวิเคราะห์ เพื่อวางแผนและดำเนินการปรับปรุงทั้งในด้านระบบบริการ และพฤติกรรมการให้บริการของบุคลากร ตรงตามความคาดหวังของผู้รับบริการ

Check Alert ลดยา Expired ณ.จุดบริการห้องยา

สุภัคพร นวลใส[1] ลัดดาวรรณ เขื่อนศิริ[2] ธัญลักษณ์ มุ่งมาย[3]
ธนิษฐา สมศักดิ์[4] ธนาวัฒน์ คัชมาตย์[5]
[1-5]หน่วยงาน เภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ

บทนำ

การตรวจสอบยาหมดอายุเป็นเป็นกระบวนการที่สำคัญตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วยและประสิทธิภาพของยา เนื่องจากรายการยาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชการเชียงของมีจำนวนมาก การพัฒนา Check Alert ลดยา Expired โดยใช้แอปพลิเคชัน จึงเป็นนวัตกรรมทางด้าน IT ที่นำมาใช้ในงานเภสัชกรรม เพื่อสะดวกในการปฏิบัติงานด้านการบริการและความปลอดภัยด้านยา ป้องกันการจ่ายยาที่หมดอายุให้ผู้ป่วย รวมถึงการหมุนเวียนใช้ยาได้ทันเพื่อลดค่าใช้จ่ายการสูญเสียของโรงพยาบาล

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ระหว่างวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2568 – 31 พฤษภาคม พ.ศ.2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

1. งานเภสัชกรรมดำเนินการพัฒนาแอปพลิเคชันไลน์ โดยการใช้ line notify 25 มีนาคม 2564และ Telegram 25 มีนาคม 2568 ที่ให้ผู้ปฏิบัติงาน (พนักงานประจำห้องยา) หลังจากตรวจสอบรายการยาประจำเดือน ณ.จุดบริการ สามารถบันทึกข้อมูลวันหมดอายุของยาและจำนวนยา ลงในแอปพลิเคชันตั้งค่าการแจ้งเตือนล่วงหน้าเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานทุกท่าน (เภสัชกรและเจ้าหน้าที่ห้องยา) ได้รับการแจ้งเตือนรายการยาที่ใกล้จะหมดอายุ

2. เนื่องจากรายการยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยา ณ.จุดบริการ มีจำนวนประมาณ 500 รายการ การออกแบบระบบจะมอบหมายกำหนดผู้รับผิดชอบในการดูแลรายการยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาตาม lock ยาที่กำหนด และกำหนดการตรวจสอบยาใกล้หมดอายุทุกเดือน โดยต้องรายงานก่อนวันที่ 10 ของทุกๆเดือน จากนั้นหากพบว่ามียา ใกล้หมดอายุบันทึกให้บันทึกลงใน แอปพลิเคชัน หลังจากบันทึกข้อมูลแล้ว จะกำหนดให้แอปพลิเคชันแจ้งเตือนทุกๆวันอังคาร เนื่องจากทุกวันอังคารจะเป็นวันที่เติม stock ยาจากคลังยาใหญ่

3. เครื่องมือที่ใช้ พนักงานดำเนินการตรวจสอบรายการยาและเวชภัณฑ์ฯประจำเดือน ทุกรายการและบันทึกวันหมดอายุยาและเวชภัณฑ์ฯทุกรายการในระบบข้อมูลออนไลน์ คือ Google Sheet หลังจากนั้นนำข้อมูลมาบันทึกในแอปพลิเคชัน โดยจะบันทึกข้อมูลเฉพาะวันหมดอายุของยาออกเป็น 3 ช่วงคือ 1.รายการยาที่จะหมดอายุภายใน 30 วัน 2.รายการยาที่จะหมดอายุภายใน 1-3 เดือน 3.รายการยาที่จะหมดอายุภายใน 3-6 เดือน

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

หลังจากที่มีการใช้แอปพลิเคชันในการช่วยบันทึกข้อมูลวันหมดอายุยา ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทราบข้อมูลยาใกล้หมดอายุได้ง่ายขึ้น จากนวัตกรรมดังกล่าวทำให้

1. เภสัชกรเห็นจำนวนยาที่ใกล้หมดอายุ และช่วยประสานขอแพทย์ช่วยสั่งจ่ายยา ลดการสูญเสีย ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่ายาส่วนใหญ่จะเป็นยาที่มีอัตราการใช้น้อย เช่น Amoxycillin 250 mg , Albendazole syrup

2. ยาที่มีอัตราการใช้น้อย ไม่ได้สำรองในคลัง ส่วนใหญ่เป็นยาฉีดเช่น ยา Naloxone , 2-PAM หลังจากมีการใช้นวัตกรรมดังกล่าวทำให้งานจัดซื้อยาทราบข้อมูลและสำรองซื้อยาได้ทันก่อนยาหมดอายุ รวมถึงจุดบริการแลกเปลี่ยนยาขึ้นมาสำรองพร้อมใช้ก่อนยาหมดอายุอย่างน้อย 1 อาทิตย์

3. พนักงานห้องยาทุกท่านเข้าถึงรายการยาใกล้หมดอายุได้ง่าย ลดปัญหาหน้างาน (เดิมทราบข้อมูลเฉพาะยารับผิดชอบของตัวเอง) และเกิดนวัตกรรมตามมาอีกคือ ยาหมดอายุภายใน1-3 เดือน จะทำการติดป้ายว่าใช้ก่อน และเขียนวัน หมดอายุ เพื่อให้เป็นไปตามระบบ First expired First out (FEFO)

4. ผลการดำเนินงาน

4.1 ตารางที่ 1 ตารางแสดงมูลค่ายาหมดอายุ ตั้งแต่เดือน มกราคม 2567-เดือน ธันวาคม 2567

ตารางแสดงมูลค่ายาหมดอายุ	
เดือน	**มูลค่า(บาท)**
มกราคม	0
กุมภาพันธ์	3140
มีนาคม	128.78
เมษายน	0
พฤษภาคม	0
มิถุนายน	5529
กรกฎาคม	712
สิงหาคม	360
กันยายน	5635
ตุลาคม	5,825
พฤศจิกายน	0
ธันวาคม	12,003.42
รวม	33,333.2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงมูลค่ายาหมดอายุ ตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ 2568 -พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ตารางแสดงมูลค่า ยาหมดอายุ	
เดือน	**มูลค่า(บาท)**
มกราคม	1,205.32
กุมภาพันธ์	0
มีนาคม	0
เมษายน	0
พฤษภาคม	1,874.25
รวม	3,079.57

หมายเหตุ พบยาหมดอายุ เนื่องจาก ยาที่หมดอายุเป็นยาที่มีอัตราการสั่งใช้น้อย หรือไม่มีการสั่งใช้ยาตัวนั้นเลย ทำให้เกิดเป็นยา Dead Stock เช่น Naloxone, Nalador เป็นต้น แต่ยังคงจำเป็นต้องมีอยู่ในโรงพยาบาล

4.2 ลดความคลาดเคลื่อนทางยา

เนื่องจากเคยมีอุบัติการณ์ จ่ายยาใกล้หมดอายุให้ผู้ป่วย โดยเหตุการณ์เกิดจากผู้รับผิดชอบ ได้ทำการตรวจสอบาเช็คยาใกล้ หมดอายุ ทุกเดือน แต่ทราบเฉพาะผู้รับผิดชอบเอง จึงไม่ได้ติดป้ายเตือนว่ายาใกล้หมดอายุ หลังจากนั้น ผู้ป่วยรับยา ผ่านไปประมาน 1เดือน ผู้ป่วยกลับมาแจ้งว่า ยาตัวนี้หมดอายุแล้ว จึงทำการเปลี่ยนยาที่ไม่หมดอายุให้ และเก็บมูลไว้ และ ทำการ RCA เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ทราบได้ว่า ผู้ป่วยได้รับยาใกล้หมดอายุประมาน1เดือนซึ้งหมดอายุ ก่อนถึงนัด ผู้ป่วยอีกครั้ง ทำให้เกิดความตระหนัก เรื่องยาหมดอายุเพิ่มขึ้น จึงให้ผู้รับผิดชอบ ติดป้าย ที่หน้าชั้นยาที่ใกล้หมดอายุ เพื่อแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทุกท่านทราบ

สรุป

การใช้นวัตกรรมแอปพลิเคชัน ช่วยในการแจ้งเตือนยาใกล้หมดอายุ ทำให้สะดวกในการปฏิบัติงาน ป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา และยังช่วยให้เกิดการหมุนเวียนยา ลดมูลค่าการสูญเสียยาได้อีกทาง ทั้งนี้ทั้งนั้นนวัตกรรมจะเกิดประโยชน์และยั่งยืนเมื่อผู้ปฏิบัติงานเห็นประโยชน์และคุณค่าและกำหนดให้เป็น SOP ของการทำงาน และสามารถต่อยอดนำไปใช้ในเครือข่าย รพสต. ขนาดใหญ่ที่มีจำนวนรายการยาจำนวนมากได้

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1.การทำงานเป็นทีมเป็นสิ่งที่สำคัญ ในการพัฒนาระบบงานใด ๆ จะเริ่มต่นจากปญหา และความเสี่ยงที่สงผลตอความปลอดภัยของผู่ป่วย การนำปัญหาจากหน้างานมาพัฒนาระบบจะช่วยให้ลดความเสี่ยงและเกิดความปลอดภัยได้

2.เกิดการเชื่อมข้อมูลกับงานบริหารเวชภัณฑ์ยา(คลังยา) ลดอุบัติการณ์ยาขาดเนื่องจากยาหมดอายุและไม่มีของสำรอง

3.เกิดการหมุนเวียนยาตามระบบ FEFO เนื่องจากพนักงานห้องยามีการตรวจสอบยาทุกรายการเพื่อนำข้อมูลยาเข้าระบบแอปพลิเคชัน มั่นใจได้ว่าโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชการมียาคุณภาพสูง พร้อมใช้ ไม่พบยาเสื่อมยาหมดอายุ

ภาคผนวก

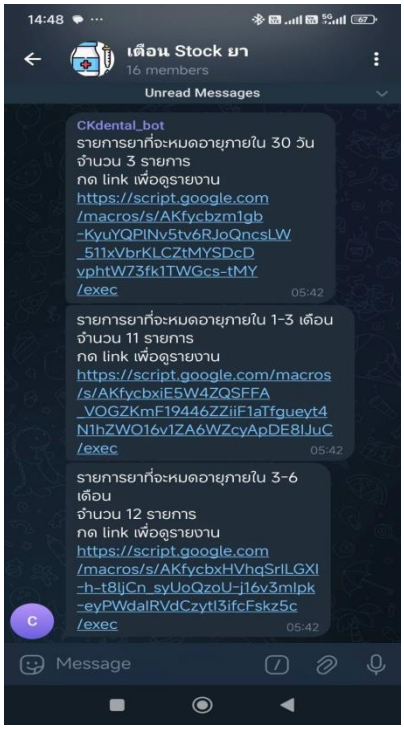
1.รูปภาพนวัตกรรมการแจ้งเตือนผ่านแอปพลิเคชัน

1.line notify

\

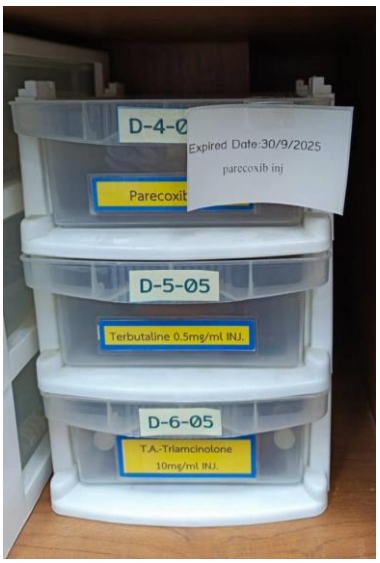
2.Telegram_____

ตัวอย่าง แจ้งเตือนยาหมดอายุ

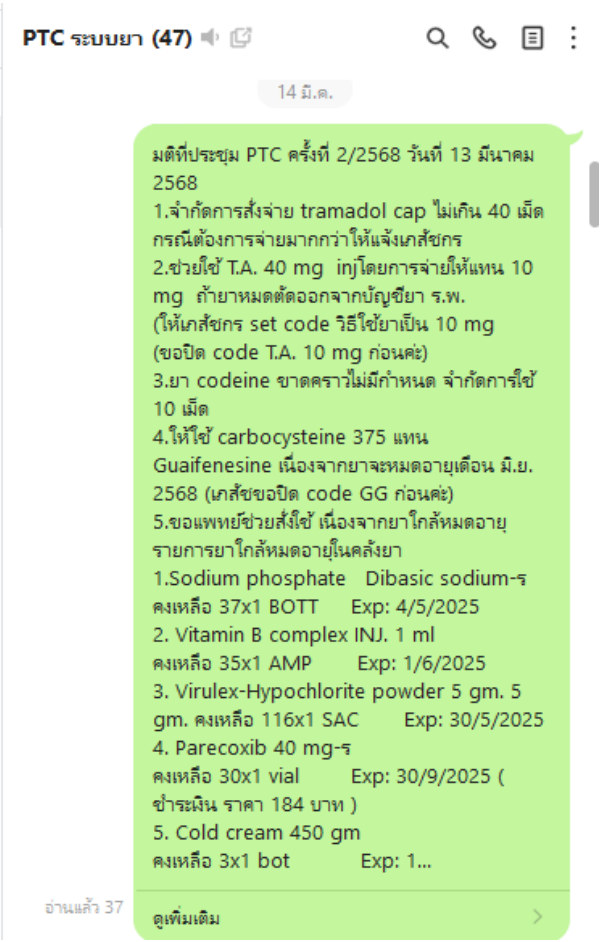


ตัวอย่าง แสดงรายการยาหมดอายุ

2.รูปภาพ ยาหมดอายุภายใน 1 เดือน หรือการโชว์การใช้ยาก่อน FEFO



3.รูปภาพการประสานข้อมูล ขอแพทย์ช่วยสั่งใช้ยา



การออกแบบโปรแกรมออกกำลังกายสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลแม่สรวย

อินทิพร เผ่ากันทะ
งานบริหารและพัฒนาบุคลากร โรงพยาบาลแม่สรวย

บทนำ

จากการวิเคราะห์ผลตรวจสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลแม่สรวย ปี 2562–2567 เพื่อติดตามแนวโน้มปัญหาสุขภาพ พบว่า สัดส่วนบุคลากรสุขภาพปกติลดลงเกือบครึ่ง ใน 5 ปี กลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นกว่า 13% และมีแนวโน้มสูงต่อเนื่อง กลุ่มป่วยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ต้องเฝ้าระวัง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ความเครียด พฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้ง สิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งทางทีมงานได้หาแนวทางในการป้องกันแก้ไขโดยการจัด กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี2565	ปี 2566	ปี 2567
กลุ่มปกติ	ร้อยละ 60	38.76	36.06	30.74	30.9	19.05	23.08
กลุ่มเสี่ยง	ร้อยละ 30	48.06	53.3	57.6	54.17	66.33	61.19
กลุ่มป่วย	ร้อยละ 10	13.18	12.64	11.66	14.93	14.62	15.73

ตาราง 1 แสดงผลตรวจสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลแม่สรวย ปี 2562–2567

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ในปี 2563-2567 ได้ทำหาแนวทางแก้ไขป้องกันโดยการ

1. จัดโปรแกรมลดความเสี่ยงโรค NCDs (ออกกำลังกาย อาหารสุขภาพ)
2. จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ(รางวัลสำหรับผู้ปรับพฤติกรรมสำเร็จ) โครงการMaesuai Fun for Health

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

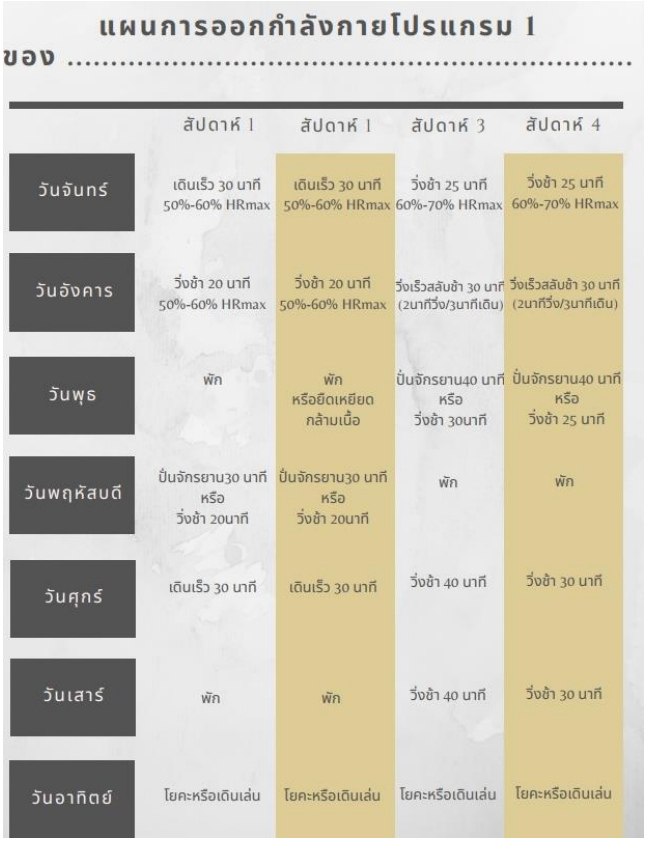
ระยะเริ่มแรก

1. จัดโปรแกรมลดความเสี่ยงโรค NCDs (ออกกำลังกาย อาหารสุขภาพ)
2. จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ(รางวัลสำหรับผู้ปรับพฤติกรรมสำเร็จ)
3. โครงการ Maesuai Fun for Health 1-3 ปี 2563-2567 แต่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของบุคลากรยังไม่มีแนวโน้มดีขึ้น

ระยะพัฒนา ออกแบบโปรแกรมออกกำลังกายสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลแม่สรวย ให้เหมาะสมกับสุขภาพของบุคลากรแต่ละกลุ่มวัย โดยมีคู่มือออกกำลังกาย มีคลิปสอนออกกำลังกายแต่ละท่าอย่างละเอียด ตารางการออกกำลังกายประจำวัน มีการกระตุ้นและเช็คชื่อวันผ่านระบบไลน์กลุ่ม

โปรแกรมออกกำลังกาย	โปรแกรม 1	โปรแกรม 2
กลุ่มเป้าหมาย	อายุ18-39	อายุ40-59
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาสมรรถนะระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Fitness) ระยะเวลา 8 สัปดาห์	เพื่อเพิ่มความแข็งแรง ความยืดหยุ่น ความทนทานของร่างกาย รวมถึงการรักษาสุขภาพของข้อและกระดูกให้ดี ระยะเวลา 8 สัปดาห์
การประเมินผล	ประเมินสมรรถนะทางกาย	ประเมินสมรรถนะทางกาย

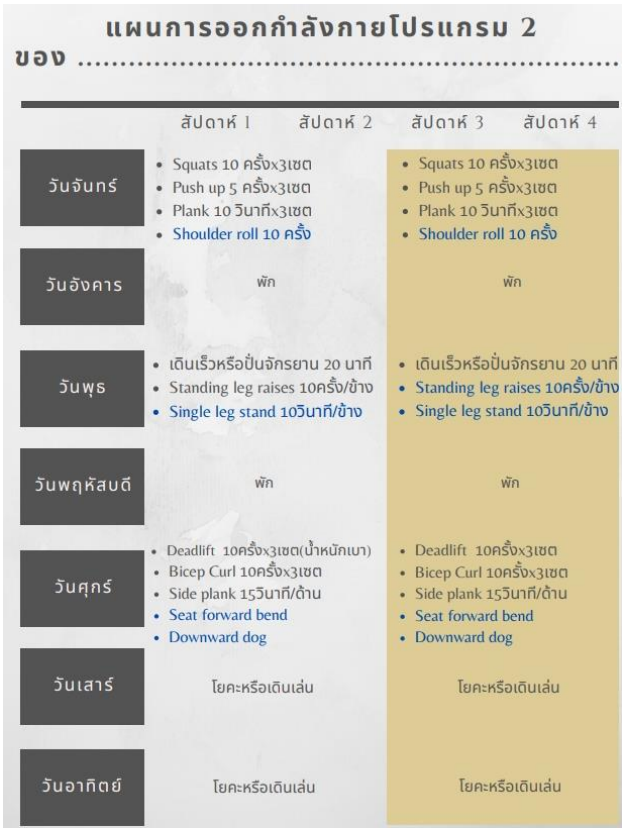
ตาราง 2 แสดงการออกแบบโปรแกรมให้เหมาะสมกับบุคลากรแต่ละกลุ่มวัย



แผนการออกกำลังกายโปรแกรม 1

ของ .....

	สัปดาห์ 1	สัปดาห์ 1	สัปดาห์ 3	สัปดาห์ 4
วันจันทร์	เดินเร็ว 30 นาที 50%-60% HRmax	เดินเร็ว 30 นาที 50%-60% HRmax	วิ่งช้า 25 นาที 60%-70% HRmax	วิ่งช้า 25 นาที 60%-70% HRmax
วันอังคาร	วิ่งช้า 20 นาที 50%-60% HRmax	วิ่งช้า 20 นาที 50%-60% HRmax	วิ่งเร็วสลับช้า 30 นาที (2นาทีวิ่ง/3นาทีเดิน)	วิ่งเร็วสลับช้า 30 นาที (2นาทีวิ่ง/3นาทีเดิน)
วันพุธ	พัก	พัก หรือยืดเหยียดกล้ามเนื้อ	ปั่นจักรยาน40 นาที หรือ วิ่งช้า 30นาที	ปั่นจักรยาน40 นาที หรือ วิ่งช้า 25 นาที
วันพฤหัสบดี	ปั่นจักรยาน30 นาที หรือ วิ่งช้า 20นาที	ปั่นจักรยาน30 นาที หรือ วิ่งช้า 20นาที	พัก	พัก
วันศุกร์	เดินเร็ว 30 นาที	เดินเร็ว 30 นาที	วิ่งช้า 40 นาที	วิ่งช้า 30 นาที
วันเสาร์	พัก	พัก	วิ่งช้า 40 นาที	วิ่งช้า 30 นาที
วันอาทิตย์	โยคะหรือเดินเล่น	โยคะหรือเดินเล่น	โยคะหรือเดินเล่น	โยคะหรือเดินเล่น



แผนการออกกำลังกายโปรแกรม 2

ของ .....

	สัปดาห์ 1 สัปดาห์ 2	สัปดาห์ 3 สัปดาห์ 4
วันจันทร์	• Squats 10 ครั้งx3เซต • Push up 5 ครั้งx3เซต • Plank 10 วินาทีx3เซต • Shoulder roll 10 ครั้ง	• Squats 10 ครั้งx3เซต • Push up 5 ครั้งx3เซต • Plank 10 วินาทีx3เซต • Shoulder roll 10 ครั้ง
วันอังคาร	พัก	พัก
วันพุธ	• เดินเร็วหรือปั่นจักรยาน 20 นาที • Standing leg raises 10ครั้ง/ข้าง • Single leg stand 10วินาที/ข้าง	• เดินเร็วหรือปั่นจักรยาน 20 นาที • Standing leg raises 10ครั้ง/ข้าง • Single leg stand 10วินาที/ข้าง
วันพฤหัสบดี	พัก	พัก
วันศุกร์	• Deadlift 10ครั้งx3เซต(น้ำหนักเบา) • Bicep Curl 10ครั้งx3เซต • Side plank 15วินาที/ด้าน • Seat forward bend • Downward dog	• Deadlift 10ครั้งx3เซต • Bicep Curl 10ครั้งx3เซต • Side plank 15วินาที/ด้าน • Seat forward bend • Downward dog
วันเสาร์	โยคะหรือเดินเล่น	โยคะหรือเดินเล่น
วันอาทิตย์	โยคะหรือเดินเล่น	โยคะหรือเดินเล่น

ตาราง3 แสดงรายละเอียดโปรแกรมออกกำลังกายแต่ละโปรแกรม

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

ทำการทดสอบสมรรถนะทางกาย 5 ฐาน ทำการทดสอบก่อนทำกิจกรรม และหลังออกกำลังกายจนครบ 8 สัปดาห์ รายละเอียดดังนี้

1. วัดความยืดหยุ่นของร่างกายด้วย การนั่งงอตัวไปข้างหน้า
2. วัดความแข็งแรงของแขนและมือด้วย การวัดแรงบีบมือ
3. วัดความแข็งแรงของขาและสะโพกด้วย การยืนนั่งบนเก้าอี้ 60 วินาที
4. วัดความทนทานของระบบหัวใจและปอดด้วย ยืนยกเข่าขึ้นลง 3 นาที

แบบบันทึกผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย
สำหรับประชาชน อายุ 19-59 ปี

ชื่อ – นามสกุล .....

วัน เดือน ปี เกิด ...../...../..... **อายุ** ..... **ปี** ..... **เดือน**

เพศ ☐ **ชาย** ☐ **หญิง**

อาชีพ ..... **จังหวัด**.....

โรคประจำตัว ☐ **ไม่มี** ☐ **มี โรค**.....

	ผลการทดสอบ	
ชีพจรขณะพัก (ครั้ง/นาที)		
ความดันโลหิต (มม.ปรอท)		
1. น้ำหนัก (กิโลกรัม)		
2. ส่วนสูง (เมตร)		
3. ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)		
4. นั่งงอตัวไปข้างหน้า (เซนติเมตร)		
5. แรงบีบมือ (กิโลกรัม/น้ำหนักตัว)		
6. ยืน-นั่ง บนเก้าอี้ 60 วินาที (ครั้ง)		
7. ยืนยกเข่าขึ้นลง 3 นาที (ครั้ง)		

ตาราง 4 แสดงตารางบันทึกผลการทดสอบสมรรถนะทางกาย

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

- มีบุคลากรร่วมกิจกรรมทั้งหมด 210 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.30 ของบุคลากรโรงพยาบาลแม่สรวย
- บุคลากรที่ทำกิจกรรมจนครบ 8 สัปดาห์ ทั้งหมด 129 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.42 ของบุคลากรที่ร่วมกิจกรรม

ตัวชี้วัด	ก่อนฝึก (Pre-test)	หลังฝึก (Post-test)	การเปลี่ยนแปลง
BMI	25.1	25.0	-0.1
นั่งงอตัวไปข้างหน้า (ซม.)	6.8	9.2	+2.4
แรงบีบมือ (กก.)	34.2	36.5	+2.3
ลุก-นั่ง 60 วินาที (ครั้ง)	45.3	52.7	+7.4
ยกเข่าขึ้นลง 3 นาที (ครั้ง)	145.8	170.2	+24.4

ตาราง 5 แสดงผลการประเมินสมรรถนะก่อน-หลัง ของโปรแกรม 1 (อายุ18-39 ปี)

ตัวชี้วัด	ก่อนฝึก (Pre-test)	หลังฝึก (Post-test)	การเปลี่ยนแปลง
BMI	24.4	24.5	-0.1
นั่งงอตัวไปข้างหน้า (ซม.)	7.2	9.8	+2.6
แรงบีบมือ (กก.)	28.1	30.2	+2.1
ลุก-นั่ง 60 วินาที (ครั้ง)	38.5	46.2	+7.7
ยกเข่าขึ้นลง 3 นาที (ครั้ง)	126.3	152.4	+26.1

ตาราง 6 แสดงผลการประเมินสมรรถนะก่อน-หลัง ของโปรแกรม 2 (อายุ40-59 ปี)

จากผลลัพธ์ พบว่า

1. ทั้งสองกลุ่มอายุมีการพัฒนาทุกตัวชี้วัดหลังการฝึก
2. ตัวชี้วัดที่พัฒนามากที่สุดในทั้งสองกลุ่มคือ "ยกเข่าขึ้นลง 3 นาที"
3. ทั้ง 2 กลุ่มมีค่าความทนทานของหัวใจและปอดเพิ่มขึ้น อย่างชัดเจน

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
กลุ่มปกติ	ร้อยละ 60	38.76	36.06	30.74	30.9	19.05	23.08	22.22
กลุ่มเสี่ยง	ร้อยละ 30	48.06	53.3	57.6	54.17	66.33	61.19	64.24
กลุ่มป่วย	ร้อยละ 10	13.18	12.64	11.66	14.93	14.62	15.73	13.54

ตาราง 7 แสดงผลตรวจสุขภาพบุคลากร ตั้งแต่ปี 2562- 2568

สำหรับผลตรวจสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลแม่สรวยก็มีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย ซึ่งทางทีมงานก็จะได้วางแผนการพัฒนาต่อไป

สรุป

การออกแบบโปรแกรมออกกำลังกายสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลแม่สรวยนี้ มีผลทำให้สมรรถนะทางกายของบุคลากรโรงพยาบาลแม่สรวยเพิ่มขึ้น ทั้งโปรแกรมที่1และโปรแกรมที่ 2 ซึ่งเหมาะสำหรับนำไปช่วยสร้างแผนการออกกำลังกายให้บุคลากรโรงพยาบาลแม่สรวยได้อย่างเหมาะสม

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

สามารถนำโปรแกรมอออกกำลังกายนี้ไปใช้ได้อย่างเหมาะสมกับความต้องการ นอกจากนี้ยังเหมาะกับผู้ต้องการเริ่มต้นออกกำลังกาย เพราะโปรแกรมมีรายละเอียดของการออกกำลังกายที่ครอบคลุม ทั้งท่าออกกำลังกาย วัน เวลา และความถี่ ซึ่งเหมาะอย่างยิ่งสำหรับผู้เริ่มต้น

การพัฒนาระบบการจัดส่งยาจิตเวชให้ผู้ป่วยที่บ้าน

เจตษรินทร์ ดาวสมบูรณ์
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพญาเม็งราย

บทนำ

ในปัจจุบัน ปัญหาสุขภาพจิตเป็นประเด็นสำคัญที่ได้รับความสนใจมากขึ้นทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การรักษาโรคทางจิตเวชมักต้องอาศัยการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมอาการและป้องกันการกำเริบของโรค อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการด้านยา ไม่ว่าจะเป็นข้อจำกัดด้านการเดินทาง ระยะทางที่ห่างไกล ความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ หรือภาวะเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการมารับยา ณ สถานพยาบาล เนื่องด้วยปัญหานี้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตกำเริบเพราะการขาดยา ด้วยสาเหตุไม่มารับยาตามวันนัดเพราะปัญหาเรื่องการเดินทาง ซึ่งผู้ป่วยจิตเวช จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและรับประทานยาเป็นประจำ

จากสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลพญาเม็งราย ปีงบ 2568จำนวน 2,034 ราย พบว่ามีผู้ป่วยขาดนัดจำนวน291ราย คิดเป็นร้อยละ 12 ของผู้มารับบริการทั้งหมด จากการสำรวจข้อมูล พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มาตามนัดเกิดจากปัญหาในการเดินทางและการลืมวันนัด และเมื่อดูข้อมูลระบบส่งต่อพบว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบและได้รับการส่งต่อในปีงบ 2568 จำนวน 62 ราย ไปรับการรักษาโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์จำนวน54ราย และโรงพยาบาลสวนปรุงจำนวน8ราย จากการดูประวัติของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบก่อนส่งต่อพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบคือไม่ได้ทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพญาเม็งราย จึงได้พัฒนาระบบการส่งยาจิตเวชให้ผู้ป่วยที่บ้านขึ้น เป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตโดยเน้นการดูแลต่อเนื่องถึงบ้านผู้ป่วย ด้วยการประสานงานระหว่างสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และผู้ช่วยเหลือคนไข้ เพื่อส่งยาจิตเวชให้ผู้ป่วยถึงบ้าน โดยมีการติดตามประเมินอาการผ่านระบบ Telemed และการเยี่ยมบ้านจริงทุกครั้งที่จัดส่งยา โดยนำร่องในเขตพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เปา มีหมู่บ้านที่ 1,2,3,6,11,12,14,16,19,20 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดอัตราการขาดนัดของผู้ป่วยจิตเวชและป้องกันการเกิดอาการทางจิตกำเริบ เพิ่มความต่อเนื่องในการรักษาและ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

มีนาคม 2568 ถึงเดือน มิถุนายน 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

จากเดิมที่ผู้ป่วยต้องเดินทางมารับการรักษาที่สถานพยาบาลตามวันนัด บางนัดผู้ป่วยไม่สามารถมารับการรักษาได้เนื่องจากปัญหาต่างๆเช่นการเดินทางและหลงลืมวันนัด ซึ่งนำไปสู่การขาดยา

การพัฒนานวัตกรรมนี้ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญดังต่อไปนี้

1. **วิเคราะห์ปัญหา** ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากขาดนัดรับยา เพราะปัญหาการเดินทางและลืมวันนัด บางรายไม่มีผู้ดูแล
2. **ตั้งเป้าหมาย** ลดอัตราการขาดนัดรับยาของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมโครงการให้ได้ร้อยละ100 ภายใน3เดือน
3. **วางแผนดำเนินงาน** ใช้ระบบโทรTelemedประเมินอาการเบื้องต้นเพื่อเปิดvisitให้พยาบาลเบิกยาและใช้HearthRiderเพื่อให้เภสัชเตรียมยาและตรวจสอบในการจัดส่งยาให้ผู้ป่วยตามวันนัดหลังเลิกงาน พร้อมเก็บข้อมูลการใช้แบบประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้านในทุกครั้งที่จัดส่งยาเพื่อเปรียบเทียบอาการของผู้ป่วยก่อนจัดส่งและหลังจัดส่ง และสอบถามความพึงพอใจเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยและญาติ เพื่อพัฒนาโครงการให้ดีขึ้น
4. **ประเมินผล** ผู้ป่วยได้รับยาตามวันนัดทุกครั้งและทานยาถูกต้องต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่เคยขาดยาแล้วมีอาการกำเริบ หลังจาก3เดือนพบว่าไม่มีอาการกำเริบ และการสำรวจความพึงพอใจ พบว่าผู้ป่วยและญาติตอบรับดีมากในเรื่องความสะดวกสบายในการรักษา อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยในโครงการ40รายหลังเข้าร่วมโครงการจัดส่งยาให้ที่บ้านกลายเป็น0
5. **ขยายผล** โครงการจัดส่งยาจิตเวชให้ผู้ป่วยที่บ้าน หลังจาก3เดือนผ่านไป พบว่าผลประกอบการตรงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และสามารถขยายไปใช้ในเขตพื้นที่อื่นได้ โดยมีแนวทางพื้นที่นำร่องที่ดำเนินการอยู่

ระยะเริ่มแรก

1.สำรวจข้อมูลและปัญหา ของผู้ป่วยขาดนัดและมีอาการกำเริบ

2. วิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไขปัญหาการ โดยการจัดส่งยาให้ที่บ้าน

ระยะพัฒนา

1.จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการโดยมีชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรและวันนัดในรอบถัดไปเกณฑ์การคัดเข้าโครงการ คือกลุ่มผู้ป่วยขาดนัด และเดินทางมารับการรักษาลำบาก โดยอาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่ 1,2,3,6,11,12,14,16,19,20 ตำบลแม่เปาอำเภอพญาเม็งราย ทั้งหมด 40 ราย

2. ปรับปรุงระบบการจัดส่งยาใหม่ จากเดิมที่ผู้ป่วยต้องเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลพญาเม็งราย จึงเปลี่ยนเป็นเจ้าหน้าที่ โทร Telemed หาผู้ป่วย เพื่อสอบถามประเมินอาการ เพื่อเบิกยาและลงทะเบียน Health Rider เพื่อจัดส่งยาจิตเวชให้ผู้ป่วยที่บ้าน

3. การจัดส่งยาให้ผู้ป่วยในแต่ละเดือนตามวันนัด จะมีการประเมินอาการโดยใช้แบบประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน เพื่อความเป็นมาตฐานในการรักษา

ระยะนำไปใช้

นำแนวทางที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในตำบลนำร่อง คือตำบลแม่เปา หมู่ที่ 1,2,3,6,11,12,14,16,19,20 ในระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2568 ถึงวันที่30 มิถุนายน 2568 มีผู้ป่วยอยู่ในโครงการทั้งสิ้นจำนวน 40 ราย

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

ในช่วงเวลา 3 เดือนที่ได้เริ่มโครงการ ระบบการจัดส่งยาจิตเวชให้ผู้ป่วยที่บ้านสามารถลดอัตราการขาดนัดได้ 100% โดยผู้ป่วยได้รับการติดตามและประเมินอย่างต่อเนื่อง และไม่เกิดอาการทางจิตกำเริบ นำไปสู่ความพึงพอใจในโครงการพัฒนาระบบการจัดส่งยาจิตเวชให้ผู้ป่วยที่บ้าน

ตัวชี้วัด

1.ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยในโครงการไม่มีอาการทางจิตกำเริบ จากประวัติผู้ป่วยบางรายก่อนเริ่มโครงการมีอาการท้อแท้ เครียด และบางรายมีอาการทางจิตจนถูกนำส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลสวนปรุง หลังจาก3เดือนที่ดำเนินโครงการ พบว่าร้อยละ100ของผู้ป่วยในโครงการไม่มีอาการทางจิตกำเริบ

2.ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยได้รับการติดตามและประเมินอาการต่อเนื่อง จากปัญหาอัตราขาดนัด หลังจากดำเนินโครงการ3เดือน พบว่าผู้ป่วยในโครงการร้อยละ100ได้รับการติดตามทุกนัดและมีการประเมินโดยการใช้แบบประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรือรังในชุมชน 10 ด้าน

3.ความพึงพอใจของผู้ป่วยในโครงการต่อระบบการจัดส่งยาให้ที่บ้าน มากกว่าร้อยละ 80 จากการสำรวจความพึงพอใจในรอบ3เดือน โดยการใช้แบบประเมินให้ผู้ป่วยหรือญาติในหัวข้อ 1.ความสะดวกสบายในการรักษา 2.ความถูกต้องในการจัดส่งยา 3.ได้รับประโยชน์กับโครงการนี้ พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ90และให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างดีเยี่ยม

สรุป

การพัฒนาระบบจัดส่งยาให้ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเวช ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิตกำเริบ และได้รับการติดตามและประเมินอาการอย่างต่อเนื่องทุก 1 เดือนตามวันนัดรับยา จากผลการดำเนินโครงการพบว่า ตลอด 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่าการจัดระบบการจัดส่งยาจิตเวชให้ผู้ป่วยที่บ้านสามารถลดอัตราการขาดนัดได้ 100% ทั้งยังลดความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุและปัญหาการเดินทาง ที่ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมารับการรักษาที่สถานพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจและให้ความร่วมมือในการรักษา จากผลการดำเนินงานโครงการระบบการจัดส่งยาจิตเวชให้ผู้ป่วยที่บ้าน โดยนำร่องในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เปา ทั้งหมด10หมู่บ้าน มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ 40 ราย ไม่มีอาการทางจิตกำเริบทั้ง 40 รายใน3เดือนที่เริ่มโครงการ คิดเป็นร้อยละ100 และผู้ป่วยได้รับการติดตามและประเมินอาการอย่างต่อเนื่องทุกเดือนตามวันนัดรับยา จากการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่เข้าร่วมโครงการระบบการจัดส่งยาให้ที่บ้านพบว่า ความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ90 การพัฒนาระบบการจัดส่งยาจิตเวชให้ผู้ป่วยที่บ้าน สามารถช่วยลดปัญหาผู้ป่วยจิตเวชขาดนัดได้100% การจัดส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน จะจัดส่งยาช่วงเลิกงาน หลัง4โมงเย็นเป็นต้นไป ดังนั้นโครงการนี้จึงไม่ส่งผลกระทบต่ออัตราบุคลากรในการทำงานและยังสร้างความคุ้มทุนต่อสถานพยาบาล โดยการเคลมค่ารักษาต่างๆเช่น ระบบ TelemedและHealthRider ดังนั้นโครงการจัดส่งยาให้ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสามารถขยายไปดำเนินงานในเขตพื้นที่อื่นได้

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. เป็นระบบเชิงรุกที่ไม่รอให้ผู้ป่วยมาหาแพทย์ แต่ส่งการรักษาไปหาผู้ป่วย
2. ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว
3. ลดความแออัดและภาระในสถานพยาบาล
4. ช่วยลดอุบัติเหตุในการเดินทางของผู้ป่วยที่มารับบริการ
5. ลดอัตราการขาดนัดและการขาดยาที่นำไปสู่อาการทางจิตกำเริบของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

ธีระ ลีลานันทกิจ. การพัฒนาระบบด้านผู้ป่วยจิตเวช. กลุ่มงานผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 7;2551

พินิจ ปรีชานนท์ และวนิดา วิรยศิริ . ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่รับการรักษา. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2544;3(3): กันยายน-ธันวาคม.

ชุติวรรณ แก้วไสย, ธนพล พรหมสว่างศิลป์. ลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด. ผลงานคุณภาพ (CQI). กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล; 2551.

ระบบบันทึกข้อมูลการรักษาไวรัสตับอักเสบบีและซีที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก

ธงชัย ตั้งจิตต์[1] , ชานนท์กันทะขู้ [2]
[1,2]สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

บทนำ

โรคไวรัสตับอักเสบเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขระดับโลก โดยมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีรวมกันมากกว่า 350 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตมากกว่า 1.1 ล้านคนต่อปี โดยโรคนี้สามารถพัฒนาเป็นตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งตับในระยะยาวได้[(1)] สำหรับประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีประมาณ 2.2 ล้านคน และไวรัสตับอักเสบซีประมาณ 3–8 แสนคน[(2)]กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายขจัดไวรัสตับอักเสบบีและซีให้หมดไปจากประเทศไทยภายในปี พ.ศ. 2573 โดยเน้นการคัดกรองกลุ่มประชาชนที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 รวมกว่า 42 ล้านคนทั่วประเทศ[(3)]โดยเฉพาะในปีงบประมาณ 2568 ได้มีการตั้งเป้าหมายอัตราการเข้าสู่กระบวนการรักษาของไวรัสตับอักเสบซีไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ซึ่งผู้ป่วยสามารถเข้ารับการตรวจคัดกรอง ยืนยันผล และรับยารักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)[(4)]

จังหวัดเชียงรายมีประชากร 1,298,425 คน โดยในปี 2567 มีผู้ที่เกิดก่อนปี 2535 จำนวน 827,722 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของการคัดกรอง โดยตั้งเป้าหมายคัดกรองในปี 2568 ที่ 60,057 คน อย่างไรก็ตาม ณ วันที่ 30 มีนาคม 2568 จังหวัดเชียงรายมีอัตราการเข้าสู่กระบวนการรักษาในไวรัสตับอักเสบซี เพียงร้อยละ 19.70 และไวรัสตับอักเสบบี เพียงร้อยละ 11.05 ซึ่งถือว่าต่ำมากกว่ามาตรฐานตัวชี้วัดที่กระทรวงกำหนด[(5)]เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้พัฒนาระบบบันทึกข้อมูลไวรัสตับอักเสบบีและซีที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก เพื่อจัดเก็บข้อมูลกระบวนการรักษาตั้งแต่การคัดกรอง การยืนยันผล จนถึงการรับยารักษาอย่างครบวงจร โดยมีจุดประสงค์เพื่อปิดช่องว่างระหว่างกระบวนการ และเพิ่มประสิทธิภาพการนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2568 ถึง 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

1. ระยะเริ่มต้น

ออกแบบโครงสร้างฐานข้อมูลออนไลน์ด้วย MySQL และเขียนเว็บแอปพลิเคชันด้วยภาษา PHP โดยกำหนดตัวแปรจำเป็นเพื่อรองรับการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยและกระบวนการรักษาในแต่ละขั้นตอน

2. ระยะพัฒนา

จัดทำระบบบันทึกข้อมูลสำหรับหน่วยบริการทั้ง 18 แห่ง โดยกำหนดสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลเฉพาะผู้รับผิดชอบงานในแต่ละหน่วยบริการ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 เพื่อความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย

3. ระยะนำไปใช้

จัดประชุมผู้รับผิดชอบงานคลินิกตับในแต่ละหน่วยบริการ ทั้งในรูปแบบออนไลน์และออนไซต์ เพื่อชี้แจงการใช้งานระบบ ทดสอบการใช้งานจริง และวิเคราะห์ข้อมูลระยะเวลาระหว่างกระบวนการรักษาผู้ป่วย

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

จากข้อมูลวันที่ 9 กรกฎาคม 2568 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มีผลการคัดกรองที่เป็นบวกในไวรัสตับอักเสบซี 586 ราย จากหน่วยบริการ 18 แห่ง โดยสามารถนำเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ 337 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.83 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากเดิมถึงร้อยละ 37.13 และในไวรัสตับอักเสบบี 2,369 ราย สามารถนำเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ 1,126 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.53 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากเดิมถึงร้อยละ 36.48 เมื่อเทียบกับก่อนดำเนินโครงการ

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

1. มีเครื่องมือในการติดตามผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีและซีที่มีผลคัดกรองเป็นบวก
2. หน่วยบริการภาครัฐ 18 แห่งมีระบบติดตามผู้ป่วยที่เข้าสู่คลินิกรักษาตับ
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายสามารถนำข้อมูลไปใช้ตรวจราชการและติดตามผลรายหน่วยบริการ

สรุป

ระบบบันทึกข้อมูลดังกล่าวเป็นเครื่องมือสำคัญในการติดตามผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก ไม่ให้หลุดออกจากระบบการรักษา ช่วยให้หน่วยบริการสามารถดำเนินงานได้อย่างเป็นระบบและทำให้ผลการดำเนินงานโดยรวมของจังหวัดเชียงรายเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. ประชาชนได้รับการคัดกรองและรักษาอย่างรวดเร็ว ลดภาวะตับแข็งและมะเร็งตับ
2. หน่วยบริการทั้ง 18 แห่งมีระบบติดตามการรักษาไวรัสตับอักเสบอย่างเป็นระบบ
3. หน่วยบริการสามารถผ่านตัวชี้วัดตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. Hepatitis B and C. Geneva: WHO; 2021.

2.Thailand Ministry of Public Health. Hepatitis Situation in Thailand 2023. Nonthaburi: MOPH; 2023.

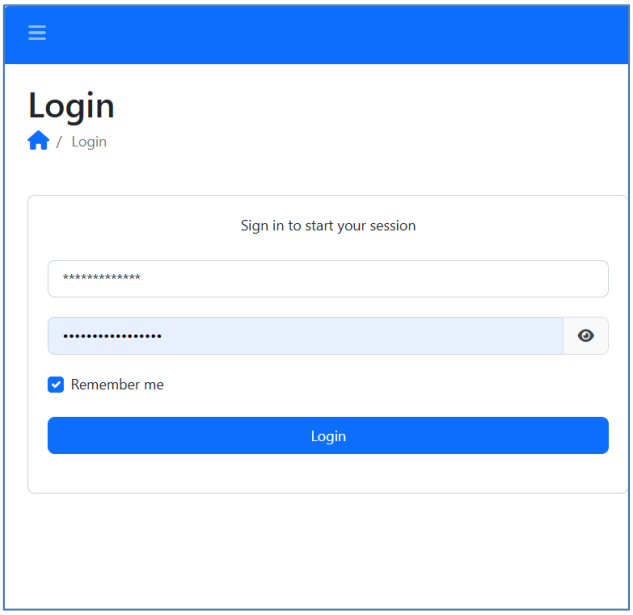
3.Bureau of Epidemiology. Guidelines for Elimination of Viral Hepatitis B and C. Department of Disease Control, MOPH; 2024.

4.National Health Security Office (NHSO). Hepatitis C treatment support program. Bangkok: NHSO; 2023.

5.Chiang Rai Provincial Health Office. HDC Population Statistics and Hepatitis Screening Report; March 2025.

ภาคผนวก

ภาพที่ 1 บันทึกข้อมูลการรักษาไวรัสตับอักเสบบีและซี

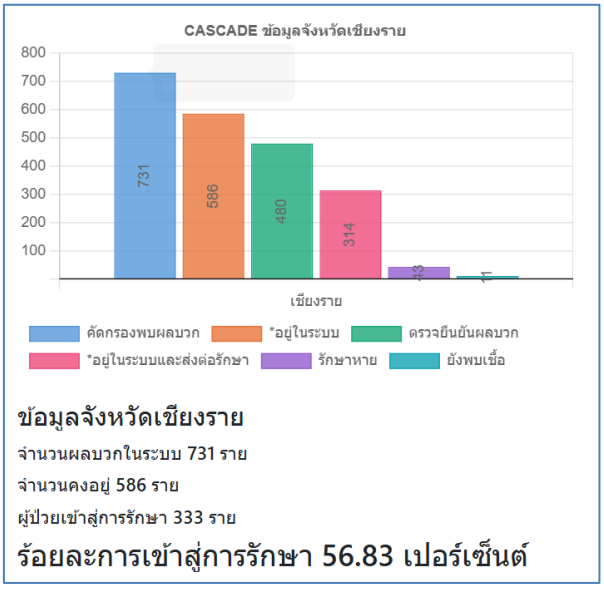


ภาพที่ 2 การเข้าสู่ระบบต้องระบุรหัสผู้ใช้งานตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

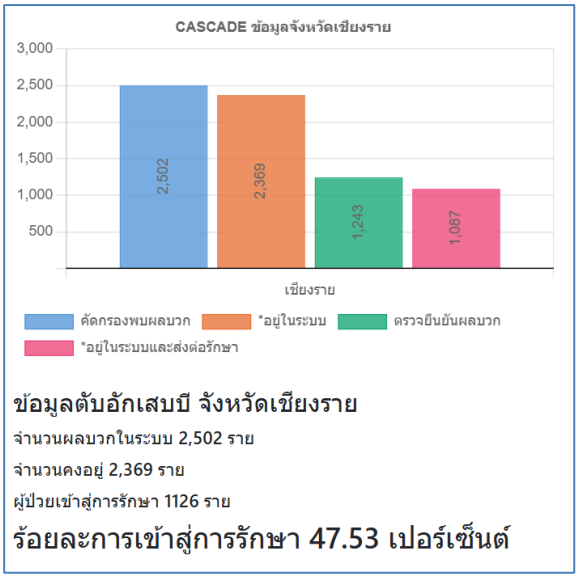
A = ลงข้อมูลเบิกค่าตรวจคัดกรอง สปสช.แล้ว
B = ลงข้อมูลเบิกค่าตรวจยืนยัน สปสช.แล้ว
E = จำหน่ายบุคคลเนื่องจากสาเหตุต่างๆ
chk = จำนวนวันที่คัดกรองพบผลบวกโดยการใช้ชุด Rapid Test ถึงวันที่ปัจจุบัน
All = จำนวนวันที่ตรวจพบเชื้อจนถึงวันที่จ่ายยารักษา
Conf = จำนวนวันที่ตรวจคัดกรองพบผลบวกจนถึงวันที่ส่ง Lab ยืนยันผลบวก
Lab = จำนวนวันที่ทราบผล Lab ตรวจยืนยันผล
Doc = จำนวนวันที่ทราบผล Lab ยืนยันและส่งพบแพทย์ผู้ดูแล ในโรงพยาบาลชุมชน
Treat = จำนวนวันที่แพทย์ผู้ดูแลในโรงพยาบาลชุมชนพบผู้ป่วยและให้บริการตรวจรักษา
Ref = จำนวนวันที่ส่งต่อแพทย์ GI เฉพาะทาง หรือหน่วยงานอื่น

		E	All	Conf	Lab	Doc	Treat	Ref	เพศ	สัญชาติ	อายุ	* วันพบผลบวก	ปีงบ	* วันที่ตรวจยืนยัน	วันทราบผล Lab	ผลตรวจยืนยัน	Viral Load
1.				131	0				ชาย	ไทย	70	09/10/2024	2568	17/02/2025	17/02/2025	Negative	
2.			193	119	25	49	0		หญิง	ไทย	55	17/10/2024	2568	13/02/2025	10/03/2025	Negative	
3.			146	118	28	0	0		หญิง	ไทย	59	22/10/2024	2568	17/02/2025	17/03/2025	Positive	VL : <25
4.				117	27				หญิง	ไทย	85	25/10/2024	2568	19/02/2025	18/03/2025	Negative	
5.			113	113	0	0	0		หญิง	ไทย	88	11/11/2024	2568	04/03/2025	04/03/2025	Negative	
6.			101	101	0	0	0		ชาย	ไทย	62	22/11/2024	2568	03/03/2025	03/03/2025	Negative	
7.			109	75	0	34	0		ชาย	ไทย	30	03/10/2024	2568	17/12/2024	17/12/2024	Positive	414,900
8.			123	60	63	0	0		ชาย	ไทย	34	24/10/2024	2568	23/12/2024	24/02/2025	Positive	173,900

ภาพที่ 3 การบันทึกข้อมูลการรักษาไวรัสตับอักเสบบีและซี



ภาพที่ 4 กราฟแสดงการติดตามข้อมูลการรักษาไวรัสตับอักเสบบีและซี HCV



ภาพที่ 5 กราฟแสดงการติดตามข้อมูลการรักษาไวรัสตับอักเสบบีและซี HBV

การพัฒนาการประเมินความเสี่ยงในการผ่าตัดฟันกรามแท้ซี่ที่สามล่างฝังคุด เพื่อลดอัตราการเกิดอาการชาหลังการรักษา

นางพันพัสส์ ปาระมี
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลแม่สาย

บทนำ

การผ่าตัดฟันกรามแท้ซี่ที่สามล่างฝังคุดเป็นการผ่าตัดในช่องปากที่ทันตแพทย์ให้การรักษามากที่สุด แม้ว่าจะมีการทำหัตถการอย่างระมัดระวัง แต่ก็ยังคงพบภาวะแทรกซ้อน โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด 1 ใน 4 คือ อาการชาที่เกิดจากเส้นประสาทอินฟีเรียร์ อัลวีโอลาร์ (Inferior alveolar nerve) ได้รับบาดเจ็บ กลุ่มงานทันตกรรม รพ.แม่สายจะรายงานอุบัติการณ์ดังกล่าวเมื่อมีอาการชาภายหลังการรักษานานเกิน 3 เดือน ในปี 2565 พบผู้ป่วยที่มีอาการชาจำนวน 3 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด 218 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.01 แม้ว่าจะเป็นร้อยละที่ไม่มาก แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ได้แก่ ประสาทสัมผัสในการเคี้ยว บ้วนน้ำ การแสดงสีหน้าไม่สมบูรณ์

เพื่อลดอัตราการชาหลังการผ่าตัด จึงนำการประเมินความยากในการผ่าตัดฟันกรามแท้ซี่ที่สามล่างฝังคุด (Difficulty index by Kharma et al.)1 มาใช้ร่วมกับวิธีเดิม คือ การประเมินทางภาพรังสีด้วยตัวบ่งชี้ทางภาพรังสี 7 ประการในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างเส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์ (Inferior alveolar nerve) กับฟันกรามแท้ซี่ที่สามล่าง2เพียงอย่างเดียว3 เพื่อพัฒนาการประเมินความเสี่ยงในการรักษาเพราะระดับความยากมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อทันตแพทย์เพื่อช่วยวางแผนการรักษาที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ปลอดภัยมากที่สุด

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ระหว่าง วันที่ 1 ต.ค. 2566 – 31 มี.ค.2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

1.ทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาก่อนหน้า แล้วนำมาประยุกต์ใช้ที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลแม่สาย

2.พัฒนาเครื่องมือการประเมินความเสี่ยงในการผ่าตัดฟันกรามแท้ซี่ที่สามล่างฝังคุด โดยใช้ดัชนีการประเมินความยากในการผ่าตัดฟันกรามแท้ซี่ที่สามล่างฝังคุดของ Kharma และคณะ (Difficulty index by Kharma et al.) ร่วมกับวิธีเดิม คือ การประเมินทางภาพรังสีด้วยตัวบ่งชี้ทางภาพรังสี 7 ประการในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างเส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์ (Inferior alveolar nerve) กับฟันกรามแท้ซี่ที่สามล่างเพียงอย่างเดียวของ Rood และ Shehab

3.นำมาสื่อสารทำความเข้าใจกับทันตแพทย์ทุกคนในโรงพยาบาลแม่สาย ในการนำมาประยุกต์ใช้ทางคลินิก

4.กำหนดให้มีการบันทึกผลการประเมินทุกรายโดยทันตแพทย์ ในเอกสารแนบของใบยินยอมรับการผ่าตัดฟันฝังคุด

5.กำกับติดตามการนำเครื่องมือมาใช้เพื่อประเมินความเสี่ยงและวางแผนการดูแลทุกราย

6.ประเมินอาการชาหลังผ่าตัดฟันกรามแท้ซี่ที่สามล่างฝังคุดจนสิ้นสุดระยะเวลา 6 เดือนหรือไม่พบอาการชา เพื่อนำมาวิเคราะห์ความแตกต่างในการลดอุบัติการณ์ชาหลังผ่าตัดฟันคุดเมื่อเปรียบเทียบกับการประเมินด้วยวิธีเดิม

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

1.อัตราของอาการชาภายหลังการผ่าตัดฟันกรามแท้ซี่ที่สามล่างฝังคุด เนื่องจากเส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์ (Inferior alveolar nerve) ได้รับบาดเจ็บลดลง

โดยแบ่งแผนการรักษา ตามการประเมินความเสี่ยงในการผ่าฟันคุด ดังนี้

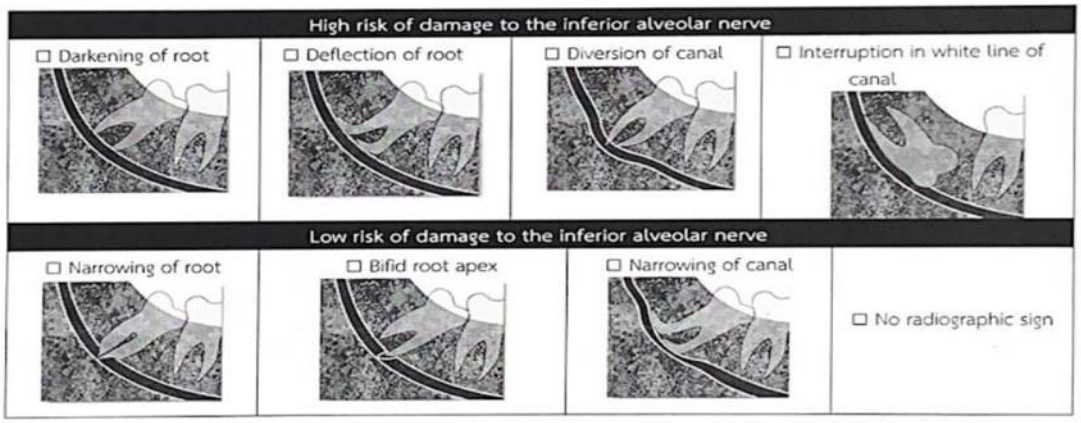
แนวทางการประเมินความเสี่ยงในการผ่าฟันคุด

วันที่..... HN..... ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี

Difficulty index for removal of impacted mandibular third molar (by Kharma et al.)

	Classification	Value
Angulation	Mesioangular	0
	Horizontal/transverse	1
	Vertical	2
	Distoangular	3
Depth and eruption	Level A : high occlusal level	1
	Level B : medium occlusal level	2
	Level C : deep occlusal level	3
Ramus relationship/ space available	Class 1 : sufficient space	0
	Class 2 : reduced space	1
	Class 3 : no space	2
Root form	Convergent	0
	Divergent	1
	Bulbous	2
Difficulty index	Very difficult	7-10
	Moderately difficult	5-6
	Slightly difficult	3-4
	Easy	1-2
Conclusion.....	Impaction class..... position..... ...	Value.....

7 radiographic indicators of a close relationship between the lower mandibular third molar and the inferior alveolar canal (by Rood and Shehab)



Periapical film

ดัชนีความยาก (Difficulty index)	คะแนน	ตัวบ่งชี้ทางภาพรังสี 7 ประการ (7 radiographic Indicators)	กำหนดประเภทของทันตแพทย์	OPG	Special treatment	การติดตามอาการชาหลังการผ่าตัด
Very difficult	7-10	high	ทันตแพทย์เฉพาะทางศัลยศาสตร์ช่องปาก	/	Coronectomy[4,5]	1 วัน
		low	≥ 5 ปี หรือ ทันตแพทย์เฉพาะทางศัลยศาสตร์ช่องปาก	X	X	1 วัน
Moderately difficult	5-6	high	≥ 3 ปี	/	X	1 วัน
		low	≥ 3 ปี	X	X	1 สัปดาห์
Slightly difficult	3-4	high	≥ 3 ปี	X	X	1 สัปดาห์
		low	≥ 2 ปี	X	X	1 สัปดาห์
Easy	1-2	high	≥ 3 ปี	X	X	1 สัปดาห์
		low	< 1 ปี + ให้มีทันตแพทย์พี่เลี้ยงดูแล หรือ ≥ 1 ปี	X	X	1 สัปดาห์

หมายเหตุ: กรณีทันตแพทย์ตรวจพบอาการชาหลังการผ่าตัด ต้องได้รับการติดตามอาการต่อเนื่องจนครบช่วงเวลาดังนี้ 1 สัปดาห์, 3 เดือน, 6 เดือน หรือจนกว่าจะไม่พบอาการชา

ตัวชี้วัด

อัตราการเกิดอาการชาของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดฟันกรามแท้ซี่ที่สามล่างฝังคุดเนื่องจากเส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์ (Inferior alveolar nerve) ได้รับบาดเจ็บนานเกิน 6 เดือน ลดลงเมื่อเทียบกับการประเมินความเสี่ยงในการผ่าตัดฟันกรามแท้ซี่ที่สามล่างฝังคุดแบบเดิม โดยวิเคราะห์ทางสถิติด้วย Fisher's Exact Test

ตารางที่1 การเปรียบเทียบอัตราการเกิดอาการชา (paresthesia) ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม

ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcome)	จำนวนผู้ป่วยก่อนใช้นวัตกรรม (วิธีดั้งเดิม) ปีงบประมาณ 2565 (คน)	จำนวนผู้ป่วยหลังใช้นวัตกรรม ปีงบประมาณ 2566-2568 (คน)	อัตราการเกิด paresthesia จากวิธีดั้งเดิม (ร้อยละ)	อัตราการเกิด paresthesia หลังใช้นวัตกรรม (ร้อยละ)	RR (95% CI)	P-Value
จำนวนผู้รับบริการ (N)	218	815	-	-	-	-
1.มีอาการชา (Overall paresthesia)	5	3	2.29	0.37	0.16 (0.04–0.60)	0.004
1.1 ชาชั่วคราว (Transient paresthesia) อาการชา < 3 เดือน	2	2	0.92	0.25	0.27 (0.05-1.45)	0.204
1.2 ชาชั่วคราว (Transient paresthesia) 3-6 เดือน	3	1	1.38	0.12	0.09 (0.01-0.85)	0.031
1.3 ชาเรื้อรัง (Persistent paresthesia) 6 เดือน- 1 ปี	0	0	-	-	-	-
1.4 ชาถาวร (Permanent paresthesia) > 1 ปี	0	0	-	-	-	-
2. ไม่ชา (No paresthesia)	213	812	97.70	99.63	-	-

แปลผล

1. อัตราการเกิดอาการชา (paresthesia) โดยรวม (overall paresthesia) ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีดั้งเดิมอยู่ที่ร้อยละ 2.29 ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการรักษาหลังใช้นวัตกรรมมีอัตราการเกิดเพียงร้อยละ 0.37 โดยมีค่า Relative Risk (RR) เท่ากับ 0.16 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 0.04–0.60 การลดลงดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P = 0.004) แสดงให้เห็นว่าการใช้นวัตกรรมสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการอาการชา (paresthesia) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. อัตราการเกิดอาการชา (paresthesia) ชั่วคราวภายในระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน (Transient paresthesia < 3 เดือน) ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีดั้งเดิมมีอัตราการเกิดอาการชาร้อยละ 0.92 ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการรักษาหลังใช้นวัตกรรมมีอัตราการเกิดร้อยละ 0.25 โดยมีค่า Relative Risk (RR) = 0.27 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 0.05–1.45 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าการลดลงดังกล่าว ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.204) แสดงให้เห็นว่า อัตราการเกิดอาการชา (paresthesia) มีแนวโน้มลดลงเมื่อใช้นวัตกรรม แต่ยังไม่สามารถสรุปผลได้ว่าการลดลงนี้เกิดขึ้นโดยไม่ใช่ความบังเอิญ ในระยะเวลาน้อยกว่า 3 เดือน

3.อัตราการเกิดอาการชา (paresthesia) ชั่วคราวในช่วงระยะเวลา 3–6 เดือน (Transient paresthesia 3–6 เดือน) ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีดั้งเดิมมีอัตราการเกิดอาการชาร้อยละ 1.38 ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการรักษาหลังใช้นวัตกรรมมีอัตราการเกิดร้อยละ 0.12 มีค่า Relative Risk (RR) = 0.09 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 0.01–0.85 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า อัตราการเกิดอาการชาลดลงนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P = 0.031) แสดงให้เห็นว่า การใช้วิธีการรักษาแบบนวัตกรรมสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการชา (paresthesia) ในช่วง 3–6 เดือนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.ไม่พบอัตราการเกิดอาการชาในระยะเวลา 6 เดือน-1 ปี และมากกว่า 1 ปี ทั้งในกลุ่มวิธีการดั้งเดิมและวิธีการนวัตกรรม แสดงให้เห็นถึงความปลอดภัยของการรักษาในภาพรวม

สรุป

นวัตกรรมการพัฒนาการประเมินความเสี่ยงในการผ่าตัดฟันกรามแท้ซี่ที่สามล่างฝังคุดเพื่อลดอัตราการเกิดอาการชาหลังการรักษา ทำให้ลดอัตราอาการชาหลังผ่าตัดเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีดั้งเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยเฉพาะในช่วงระยะเวลา 3-6 เดือนหลังผ่าตัด เนื่องจากเป็นกระบวนการประเมินความเสี่ยงและวางแผนการดูแลเพื่อลดอัตราการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์ (Inferior alveolar nerve) ในระหว่างผ่าตัด ส่งผลให้การผ่าตัดฟันกรามแท้ซี่ที่สามล่างฝังคุดมีความปลอดภัยและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

นำมาใช้เป็นเครื่องมือประเมินและวางแผนการรักษาทางทันตกรรม ในการผ่าตัดฟันกรามแท้ซี่ที่สามล่างฝังคุด ดังนี้

1. ประเมินความเสี่ยงก่อนผ่าตัดอย่างครอบคลุมตามระดับของดัชนีความยากในการทำหัตถการ (Difficulty index) ร่วมกับการประเมินทางภาพรังสีด้วยตัวบ่งชี้ทางภาพรังสี 7 ประการในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างเส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์ (Inferior alveolar nerve) กับฟันกรามแท้ซี่ที่สามล่าง

2. วางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย โดยนำมาใช้กำหนดประเภทของทันตแพทย์ผู้ทำหัตถการ กำหนดข้อบ่งชี้ในการตรวจพิเศษด้วย OPG และประเภทของหัตถการเสริมขณะผ่าตัด

3. กำหนดแนวทางในการติดตามเพื่อเฝ้าระวังอาการชาหลังผ่าตัดอย่างสอดคล้องเหมาะสมกับประเภทความเสี่ยง

เอกสารอ้างอิง

1. Kharma MY, Sakka S, Aws G, Tarabishi B, Nassani MZ. Reliability of Pederson Scale in Surgical Extraction of Impacted Lower Third Molars: Proposal of New Scale. J Oral Dis. 2014;2014:157523. doi: 10.1155/2014/157523.

2. Rood JP, Shehab BA. The radiological prediction of inferior alveolar nerve injury during third molar surgery. Br J Oral Maxillofac Surg. 1990;28(1):20-5. doi:10.1016/0266-4356(90)90005-6.

3. Al-Samman AA, Kharma MY, Sakka S, Aws G, Tarakji B, Nassani MZ. Evaluation of Kharma scale as a predictor of lower third molar extraction difficulty. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2017 Nov 1;22(6):e796-9. doi:10.4317/medoral.22082.

4. Alves FA, Serpa MS, Delgado-Azañero W, de Almeida OP. Coronectomy – An alternative approach to remove impacted teeth in oncological patients. J Clin Exp Dent. 2018 Oct 1;10(10):e992–e995. doi:10.4317/jced.55231. PMID: 30386505; PMCID: PMC6203898.

5. Lenfant B, Haese K, Kimakhe S, Lesclous P. Third mandibular molar coronectomy: a way to prevent iatrogenic inferior alveolar nerve injuries—an systematic review. J Oral Med Oral Surg. 2018;24:93-9

การพัฒนาระบบการจองตรวจรักษาผ่านแอปพลิเคชัน หมอพร้อม

อัทธเมศร์ ไชยกมลอนันต์
เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

หลักการและเหตุผล

ในยุคดิจิทัลที่เทคโนโลยีสารสนเทศได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในทุกภาคส่วนของสังคม การดูแลสุขภาพก็เป็นอีกหนึ่งด้านที่ได้รับผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ระบบสุขภาพแบบดั้งเดิมที่ผู้ป่วยต้องเดินทางมาติดต่อหน่วยงานบริการสุขภาพโดยตรง ทำให้เกิดความไม่สะดวกสบาย การรอคอยเป็นเวลานาน ผู้รับบริการไม่พึงพอใจกับการบริการ ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์ที่สำคัญ โดยเฉพาะการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลให้ความต้องการใช้บริการสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ขณะเดียวกันวิถีชีวิตที่เร่งรีบของคนในยุคปัจจุบัน โดยเฉพาะในเขตเมืองใหญ่ ทำให้ผู้คนมีเวลาจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะดวกสบาย และเข้าถึงได้ง่าย จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

แอปพลิเคชัน "หมอพร้อม" จึงเกิดขึ้นเพื่อเป็นสะพานเชื่อมระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ด้วยระบบการจองตรวจรักษาออนไลน์ที่ทันสมัย ผู้ป่วยสามารถจองคิวตรวจรักษาล่วงหน้า เลือกแพทย์ที่ต้องการ ตรวจสอบตารางเวลาว่าง และได้รับข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการรักษาได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว การพัฒนานวัตกรรมนี้ไม่เพียงแต่จะช่วยลดความแออัดในสถานพยาบาล แต่ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการ ทั้งยังสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ กลยุทธ์การดำเนินงานของโรงพยาบาล ในการลดการแออัด ลดการรอคอย เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ

นอกจากนี้ การมีระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงและจัดเก็บอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าถึงประวัติการรักษาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพการรักษาที่ดีขึ้น และการติดตามอาการของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อลดเวลาในการรอคอยและความแออัดในสถานพยาบาล
2. เพื่อสร้างระบบข้อมูลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงและสามารถเข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจและผลกระทบของการใช้แอปพลิเคชันต่อการให้บริการสุขภาพ

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

การพัฒนาแอปพลิเคชัน "หมอพร้อม" มีระยะเวลาที่นำ app มาใช้ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2567-ปัจจุบัน

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

- ตรวจสอบความเหมาะสมในการนำไปใช้ของระบบการจองคิวตรวจโดยผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิและทีมงานที่เกี่ยวข้อง
- นำไปทดลองใช้กับระบบการจองคิวตรวจของคลินิกหมอครอบครัว
- วิเคราะห์ข้อมูลระยะเวลารอคอย จำนวนผู้รับบริการเพื่อทดสอบประสิทธิผลของระบบการจองคิวตรวจ

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระบบการตรวจเดิม (Walk-in)	ระบบการจองตรวจผ่านแอพพลิเคชันหมอพร้อม
ขั้นตอน 1.ผู้ป่วยเดินทางมารพ.แต่เช้า ⟶ กดบัตรคิว 2.รอเรียกคัดกรอง / ชั่งน้ำหนัก / วัดความดัน 3.รอเรียกพบแพทย์ 4.รับยา / ชำระเงิน / นัดครั้งต่อไป **ข้อดี** ✅ ใช้ได้กับผู้ป่วยที่ไม่มีสมาร์ทโฟน ✅ ผู้สูงอายุคุ้นเคย **ข้อจำกัด** ⚠ ผู้ป่วยต้องรอนาน ⚠ อาจทำให้แออัดช่วงเช้า ⚠ ผู้ป่วยไม่ทราบคิวล่วงหน้า ⚠ บุคลากรเสียเวลาจัดคิว/จัดการหน้างาน	**ขั้นตอน** 1.ผู้ป่วย/ญาติ จองคิวล่วงหน้าในแอพพลิเคชันหมอพร้อม 2.เลือกวัน/เวลา/แผนก 3.แสดงการจองตรวจผ่านหน้าจอแอพฯที่จุดลงทะเบียน 4.ซักประวัติคัดกรอง 5.พบแพทย์ 6.รับยา / ชำระเงิน **ข้อดี** ✅ ลดระยะเวลารอคิว ✅ ผู้ป่วยทราบเวลานัดหมายชัดเจน ✅ ลดความแออัดหน้าโรงพยาบาล ✅ บุคลากรจัดการคิวได้ง่ายขึ้น **ข้อจำกัด** ⚠ ผู้ป่วยต้องมีสมาร์ทโฟนและอินเทอร์เน็ต ⚠ ผู้สูงอายุอาจต้องการการช่วยเหลือ

ตัวชี้วัด

1. การประกันระยะเวลารอคอยในการให้บริการตั้งแต่ลงทะเบียนจนถึงรับยา ภายใน 60 นาที
2. ความพึงพอใจจากผู้มารับบริการอยู่ในเกณฑ์พึงพอใจมาก ร้อยละ 90

สรุป

การพัฒนาแอปพลิเคชัน "หมอพร้อม" ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในทุกมิติ ระบบสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างความพึงพอใจให้กับทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

ผลสำเร็จหลัก

- จากการดำเนินงาน พบว่ามีผู้ลงทะเบียนใช้งานการจองตรวจผ่านแอปพลิเคชันจำนวน 38 คน เกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ 25
- การลดเวลาเฉลี่ยในการรอคิวสำเร็จตามเป้าหมาย โดยใช้เวลาเฉลี่ยจากเดิม 276.83 นาที เหลือเพียง 70 นาที
- ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจ ร้อยละ 93

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. **ประโยชน์ต่อผู้ป่วย**

ความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการผู้ป่วยสามารถจองคิวตรวจรักษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยไม่ต้องเดินทางมาที่สถานพยาบาล และสามารถดูตารางเวลาว่างได้อย่างชัดเจน การมีระบบแจ้งเตือนช่วยให้ผู้ป่วยไม่ลืมนัดหมาย และสามารถเตรียมตัวได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลประวัติการรักษา ผลการตรวจ และคำแนะนำจากแพทย์ได้อย่างครบถ้วน ช่วยให้เกิดความเข้าใจในสภาพสุขภาพของตนเองมากขึ้น **การประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย** การลดเวลาในการรอคิวช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้เวลาในการทำกิจกรรมอื่นๆ ได้มากขึ้น

2. **ประโยชน์ต่อแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์**

การเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานระบบช่วยให้แพทย์สามารถจัดการตารางเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดเวลาในการบริหารจัดการคิว และสามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ช่วยให้การตรวจรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

การปรับปรุงคุณภาพการรักษา การมีข้อมูลผู้ป่วยที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน ช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยและรักษาได้อย่างแม่นยำมากขึ้น ระบบการติดตามผลการรักษาช่วยให้แพทย์สามารถปรับแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม

3. **ประโยชน์ต่อสถานพยาบาล**

การเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ ระบบช่วยในการวางแผนการใช้ทรัพยากร เช่น ห้องตรวจ อุปกรณ์การแพทย์ และบุคลากร ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดการสูญเสียและเพิ่มอัตราการใช้ประโยชน์ของทรัพยากร

การปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ การลดเวลาในการรอคิวและการให้บริการที่สะดวกสบาย ช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและสร้างชื่อเสียงที่ดีให้กับสถานพยาบาล

4. **ประโยชน์ต่อระบบสุขภาพโดยรวม**

การปรับปรุงการเข้าถึงบริการสุขภาพ ระบบช่วยให้ผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลสามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาและจองคิวได้ง่ายขึ้น ช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การสร้างฐานข้อมูลสุขภาพที่ครอบคลุม ข้อมูลที่รวบรวมจากระบบสามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์แนวโน้มการเจ็บป่วย การวางแผนด้านสาธารณสุข และการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพได้

การส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีในระบบสุขภาพ โครงการนี้เป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลในอนาคต ช่วยเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีในวงการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. https://mohpromt.moph.go.th/mpc/wp-content/uploads/2023/02/%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%9B%E0%B8%8F%E0%B8%B4%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99-MOPH-Appointment-Center.pdf
2. https://bdh.moph.go.th/site/wp-content/uploads/2024/02/%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%99%E0%B8%B1%E0%B8%94%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%A2-station.pdf

อสม.เวียงชัยร่วมใจ ดูแลช่องปากผู้สูงวัยถึงบ้าน

พจนา พงษ์พานิช[1] เพ็ญจิรา วงศ์ปลูกแก้ว[2]
[1,2]กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ การเข้าสู่สังคมสูงอายุ ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศและหนึ่งในปัญหาที่สำคัญ แต่ยังไม่ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงคือปัญหาสุขภาพช่องปาก นอกจากจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพแล้วยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านกายภาพและด้านจิตใจในเรื่องความสุข ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านบุคลิกภาพ การเข้าสังคม การพูดคุยการเคี้ยวอาหารการรับรสอาหาร

จากการสำรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในอำเภอเวียงชัย พบว่าผู้สูงอายุยังคงมีปัญหาเรื่อง ฟันผุ ฟันโยก มีหินปูนและเหงือกอักเสบ ซึ่งปัญหาเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จะมีโอกาสลุกลามนำไปสู่ความเจ็บปวดและคุณภาพชีวิตได้ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ จากข้อมูลสุขภาพ Health data center (HDC) ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากในปีพ.ศ 2563 ร้อยละ 9.9 และปีพ.ศ 2564 ร้อยละ 3.5 พบว่าความครอบคลุมก่อนการพัฒนาน้อย และไม่มีระบบการส่งต่อในการรักษา ไปยังหน่วยบริการ อย่างเหมาะสม เนื่องจากความชราภาพ และส่วนใหญ่ลูกหลานไปทำงานต่างจังหวัด จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเดินทางมารับบริการได้ แม้ว่าการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของผู้สูงอายุในบางพื้นที่ยังจำกัด โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่บุคลากรในชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อสม. ถือเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า และใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด หากได้รับการอบรมและส่งเสริมศักยภาพด้านสุขภาพช่องปาก จะสามารถเป็นกำลังสำคัญในการเฝ้าระวัง ให้ความรู้เบื้องต้น และส่งต่อปัญหาสุขภาพ ในชุมชนได้

จากความสำคัญดังกล่าว กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงได้มีการคิดพัฒนาและได้จัดทำ “นวัตกรรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโดย อสม.” ขึ้น เพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะและบทบาทของอสม. ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่องและมีการวางระบบให้ทันตาภิบาลร่วมกับ อสม. ออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นประจำ เพื่อเกิดผลต่อสุขภาพช่องปากอย่างยั่งยืนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

เริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปีพ.ศ 2564 ถึง ปีพ.ศ 2568 (ผลงานเดือน ตุลาคม 2567 - มิถุนายน 2568)

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

1. ประชุมทีมทันตกรรมร่วมกับภาคีเครือข่าย

1.1 ประชุมทีมทันตกรรมร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล ประกอบไปด้วย นักกายภาพบำบัด พยาบาล เภสัชกรและภาคีเครือข่าย เช่นเจ้าหน้าที่รพ.สต. อสม. อบต. เทศบาล เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันและบูรณาการการทำงานร่วมกัน

1.2 วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา โดยมีการทบทวนข้อมูลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในพื้นที่ อำเภอเวียงชัย เช่น จำนวนผู้ป่วย สภาพช่องปากเบื้องต้น ปัญหาการเข้าถึงบริการและบทบาทปัจจุบันของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

1.3 กำหนดเป้าหมายร่วมกันสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้น

1.4 วางแผนการดำเนินงาน รวมถึงระยะเวลาและงบประมาณที่ใช้ในโครงการ

1.5 ชี้แจงบทบาทและหน้าที่ของแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน โดยเฉพาะบทบาทของ อสม. ในการเป็นผู้คัดกรองเบื้องต้นและบทบาทของทันตาภิบาลในการเยี่ยมบ้าน

2. การดำเนินงานในกลุ่มผู้สูงอายุ

กิจกรรม	การดำเนินกิจกรรม
<u>กิจกรรมที่ 1</u> ออกแบบและพัฒนาเครื่องมือ	- จัดทำแบบประเมินสุขภาพช่องปากเบื้องต้น ที่ใช้งานง่ายสำหรับ อสม. ประกอบไปด้วย จำนวนฟันแท้ ฟันผุ ฟันปลอม คู่สบและรอยโรค ในช่องปาก - ออกแบบสื่อให้เข้าใจง่าย เพื่อใช้สำหรับให้ความรู้อสม.
<u>กิจกรรมที่ 2</u> จัดอบรม อสม. ทุกตำบล ในเขตอำเภอเวียงชัย	- ให้ความรู้เรื่องความสำคัญของสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ และผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวม - การคัดกรองรอยโรคในช่องปากที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ แผลในช่องปาก) - เทคนิคการตรวจสุขภาพช่องปากเบื้องต้น โดยใช้แบบฟอร์มที่ทางเจ้าหน้าที่ออกแบบให้ - วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการส่งต่อการรักษา - จัดให้มีการฝึกปฏิบัติจริง เช่น การสาธิตและฝึกการตรวจช่องปากบนหุ่นจำลองหรือในกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมด้วยกันเอง การฝึกแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน และการดูแลฟันปลอม
<u>กิจกรรมที่ 3</u> เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยอสม. และส่งต่อข้อมูลรายที่มีปัญหาให้ทันตบุคลากร	- ตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยอสม. - ส่งต่อข้อมูลรายที่มีปัญหาให้ทันตบุคลากร

3. การดำเนินงานในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กิจกรรม	การดำเนินกิจกรรม
<u>กิจกรรมที่ 1</u> ออกแบบเครื่องมือและสร้างระบบการตรวจสอบติดตามผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	- ดึงรายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจาก HDC จัดเก็บข้อมูลใน google sheets และแจ้งให้ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ที่รับผิดชอบเรื่องผู้สูงอายุเข้ามาตรวจสอบรายชื่อให้เป็นปัจจุบัน
<u>กิจกรรมที่ 2</u> เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเจ้าหน้าที่ทันตบุคลากรร่วมกับ อสม.ในพื้นที่	- ตรวจสุขภาพช่องปากและสอนผู้ดูแลทำความสะอาดสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง - ตรวจสุขภาพช่องปากและสอนผู้ดูแลทำความสะอาดสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง - คัดกรองภาวะกลืนลำบาก ปากแห้งน้ำลายน้อย - แนะนำโภชนาการและอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
<u>กิจกรรมที่ 3</u> พัฒนาระบบการส่งต่อและการให้บริการทันตกรรมในคลินิกสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	- ประสานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง(อบต./ รพ.สต./ รพ.) ในการขนย้ายผู้ป่วย เพื่อมารับบริการทันตกรรม - มีการปรับการให้บริการทันตกรรมในคลินิกที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตัวชี้วัด

ผลผลิต

- จำนวนผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก
- จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและได้รับบริการทันตกรรม

ผลลัพธ์

- จำนวนผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น ≥ 20%
- จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น ≥ 20%

สรุป

1. จากผลการดำเนินงานการติดตามผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจฟัน(ผลงานจาก HDC) ในปี 2564 ถึงปี 2568 (ผลงานเดือน ตุลาคม 2567 - มิถุนายน 2568) มีผลการดำเนินงานคิดเป็นร้อยละ 3.1, 18.80, 48.70, 39.93 และร้อยละ 47.20 ตามลำดับ จะเห็นว่าในปี 2565 ถึงปี 2568 มีผู้สูงอายุได้รับการตรวจฟัน เพิ่มขึ้น

2. จากผลการดำเนินงานการติดตามผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการตรวจฟัน (ผลงานจาก HDC) ในปี 2564 ถึง ปี 2568 (ผลงานเดือน ตุลาคม 2567 - มิถุนายน 2568) มีผลการดำเนินงานคิดเป็นร้อยละ 3.5, 39.60, 71.90, 91.44 และร้อยละ 71.10 ตามลำดับ จะเห็นว่าในปี 2565 ถึงปี 2568 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการตรวจฟันเพิ่มขึ้น

3. ผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดโอกาสในการเกิดโรคปอดอักเสบ (Pneumonia)

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากและได้รับคำแนะนำการเข้ารับบริการทันตกรรมตามสภาพปัญหาที่เหมาะสม
2. ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดีและคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการได้รับการทำความสะอาดช่องปากที่ถูกวิธี ช่วยลดการอักเสบของช่องปากผู้สูงอายุ สามารถรับประทานอาหารได้ดีขึ้น
3. อสม.มีความรู้และความสามารถในการส่งเสริมดูแลสุขภาพช่องปากและเป็นทีมดูแลสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งไม่สะดวกเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลได้
4. ลดภาระงานตรวจคัดกรองเบื้องต้นได้ เนื่องจากผู้สูงอายุในเขตอำเภอเวียงชัย มีจำนวนมาก เมื่อเทียบกับเจ้าหน้าที่ทันตบุคลากร การที่ อสม. สามารถตรวจคัดกรองเบื้องต้นได้ ทำให้ทีมทันตกรรม สามารถมุ่งเน้นการรักษาผู้ป่วยที่มีความจำเป็นซับซ้อนได้มากขึ้น
5. ทีมทันตกรรมมีข้อมูลผลการตรวจสุขภาพช่องปากและข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงเพิ่ม ซึ่งช่วยให้สามารถวางแผนการดำเนินงานได้ตรงจุด

ChiangRai Heart Smart

วิไลพรรณ เลขผสม
เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease: CVD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรโลก และในประเทศไทยก็เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ เช่นกัน ด้วยการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตสมัยใหม่ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และความเครียด ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าทางเศรษฐกิจมากกว่าการรักษาหลังจากเกิดโรคแล้ว การคัดกรองเพื่อประเมินความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการระบุกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงและสามารถให้การแทรกแซงเพื่อป้องกันได้อย่างเหมาะสม การใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยง CVD Risk ที่ได้รับการพัฒนาและตรวจสอบประสิทธิภาพแล้วจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถประเมินความเสี่ยงได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ

การพัฒนานวัตกรรมการคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชนจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงการบริการคัดกรองได้อย่างสะดวกและทั่วถึง รวมถึงการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจะนำไปสู่การลดอัตราการเกิดโรคและการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาว

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

โครงการ ChiangRai Heart Smart มีระยะเวลาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2567 ถึง ปัจจุบัน

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

1. ประชุมทีมหมอครอบครัวชี้แจงคณะทำงานสหสาขาวิชาชีพ
2. วางแผนแนวทางการดำเนินงาน/ขั้นตอน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
3. ประชุมชี้แจง และวางแผนกำหนดวันเวลา การดำเนินกิจกรรมร่วมกับอสม.ในพื้นที่
4. จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดและผู้ที่สนใจในเขตรับผิดชอบโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
5. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง เยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว ให้คำแนะนำเฉพาะรายบุคคล
6. ติดตามและประเมินผลภายหลังจัดกิจกรรม

ตัวชี้วัด

1 กลุ่มเสี่ยงในชุมชนมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
2 ลดอุบัติการณ์ โรคหัวใจและหลอดเลือดรายใหม่ในอนาคต
3 ชุมชนดอยเขาควายเกิดเป็นชุมชนต้นแบบ สามารถทำในกลุ่มเสี่ยง อายุ 35 ปีขึ้นไป และกลุ่มป่วยไม่ให้กลับไปเป็น stroke ซ้ำ และขยายผลในการทำชุมชนอื่นต่อไป

สรุป

โครงการ ChiangRai Heart Smart เป็นโครงการพัฒนานวัตกรรมการป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดจากการคัดกรอง CVD Risk นี้ คาดว่าจะสามารถสร้างระบบการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพและเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งจะช่วยลดภาระโรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชนได้อย่างยั่งยืน นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสนับสนุนระบบสาธารณสุขของประเทศให้สามารถป้องกันโรคได้อย่างเชิงรับมากขึ้น การดำเนินโครงการนี้จะต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน ชุมชน และประชาชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการลดอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและสร้างสังคมที่มีสุขภาพดีต่อไป

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. ประโยชน์ต่อประชาชน

ประชาชนได้รับการคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สะดวก เข้าถึงได้ ได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและภาวะแทรกซ้อน และประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

2. ประโยชน์ต่อระบบสาธารณสุข

Thai CV score เป็นเครื่องมือคัดกรองที่มีประสิทธิภาพและมาตรฐาน สามารถระบุและติดตามกลุ่มเสี่ยงได้อย่างเป็นระบบ สามารถลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด

3. ประโยชน์ต่อชุมชนและสังคม

สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด สร้างแรงงานที่มีสุขภาพดีให้กับประเทศ

21 วันชวนกันนับคาร์บ

ขนิษฐา เชื้อเมืองพาน[1] สร้อยเพชร ดวงคิด[2]
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

บทนำ

การสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยไข้เจ็บและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพ เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ที่ทุกคนควรมีการปฏิบัติและปลูกฝังจนเป็นสุขนิสัย เพื่อให้มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการเรียนรู้ การมีความสุข ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ส่งผลต่อการมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน รวมถึงเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติ จากสถิติการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการโรงพยาบาลแม่ลาวพบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบอันดับต้นต่อจากโรคความดันโลหิตสูง ในปี2565-2568 อำเภอแม่ลาวมีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร 593.96, 1118.20, 880.72, 693.61 ตามลำดับ

ในปีงบประมาณ 2568 กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ได้ดำเนินการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในประชาชนกลุ่มเป้าหมายอายุ 35 ปีขึ้นไปของประชากรในหมู่บ้านที่1 ต.จอมหมอกแก้ว เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลแม่ลาว พบมีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานโดยมีระดับน้ำตาล 101- 150 mg/dL จำนวน 45 คน เดิมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีแนวทางโดยอบรมให้คำปรึกษาแก่กลุ่มเสี่ยง 3 อ 2 ส และคอยติดตามประเมินผลเมื่อครบ3เดือน จากการถอดบทเรียนพบว่าแนวทางขาดความชัดเจนในการปฏิบัติ รวมถึงขาดการติดตามประเมินผลต่อเนื่องตามแนว ทางกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีนโยบายขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง และในปี2568 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการขับเคลื่อนนโยบาย “คนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)” ผ่านการส่งเสริมการกินแบบ “นับคาร์บ” โดยผ่านกลไก อสม.ซึ่ง“การนับคาร์โบไฮเดรต” หรือ “การนับคาร์บ” เป็นเทคนิคการวางแผนมื้ออาหาร เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทราบปริมาณของคาร์โบไฮเดรตที่สามารถรับประทานได้ในแต่ละมื้อ โดยไม่ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงเกินปกติ ในอาหารแต่ละชนิดมีคาร์โบไฮเดรตเป็นส่วนประกอบ ในปริมาณที่แตกต่างกัน โดยวางแผนมื้ออาหาร ทั้งมื้อหลักและมื้อว่างตามความเหมาะสมความต้องการของร่างกาย เรียนรู้ชนิดและปริมาณคาร์โบไฮเดรตในอาหารแต่ละชนิด ฝึกการชั่งตวงอาหารเพื่อให้การนับคาร์โบไฮเดรตมีความถูกต้องและแม่นยำ ประกอบกับปรากฏการณ์ทฤษฎี 21 วันของ Maxwell Maltz ที่ปรากฏตามสื่อ Facebook , tiktok ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยน แปลงพฤติกรรมของมนุษย์และการปรับตัวที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา 21 วัน ดร. แมคเวล มอลท์ (Dr. Maxwell Maltz) ผู้ริเริ่มทฤษฎี 21 วัน (21-Day Habit Theory) เป็นศัลยแพทย์ตกแต่งในช่วงทศวรรษที่ 1950 สังเกตเห็นรูปแบบบางอย่างในผู้ป่วยของเขา ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่ทำจมูกใช้เวลาประมาณ 21 วันในการทำความคุ้นเคยกับใบหน้า ผู้ป่วยที่ถูกตัดแขนจะมีอาการประสาทหลอนเกี่ยวกับแขนขาที่หายไปเป็นเวลาอย่างน้อย 21 วันหลังจากนั้นผู้ป่วยจะเริ่มคุ้นเคยกับร่างกายใหม่ และตีพิมพ์เอาไว้ในหนังสือชื่อว่า Psycho-Cybernetics หลักการของทฤษฎี 21 วัน คือการเปลี่ยนนิสัยโดยการทำพฤติกรรมบางอย่างซ้ำ ๆ ติดต่อกันเป็นเวลา 21 วัน หากทำได้ ว่ากันว่า พฤติกรรมนั้นจะกลายมาเป็นนิสัยใหม่ไปโดยปริยาย ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ได้กับทุกเรื่อง

ดังนั้นทีมพัฒนาจึงสนใจในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง จึงได้ทบทวนงานวิจัยร่วมกับการสังเคราะห์บทเรียนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโรคเบาหวาน เพื่อมาเป็นแนวทางการการประยุกต์ใช้โปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวาน และ มี

นวัตกรรมการป้องกันควบคุมเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง โดยการนับคาร์บภายใน21 วันติดต่อกัน เพื่อประเมินผลของการลดคาร์โบไฮเดรตต่อค่าน้ำตาลในเลือดFBS (Fasting Blood Sugar) และน้ำหนักตัวในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

เดือนตุลาคม 2567 – มิถุนายน 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

วิธีการปรับเปลี่ยนเดิม	21วันชวนกันนับคาร์บ
1.กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการอบรม3อ 2ส ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง 2 สัปดาห์ 2.นัดตรวจเลือดเพื่อประเมินค่าน้ำตาล(FPG) หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพบแพทย์ 3.นัดติดตามทุก3เดือน	1. จัดอบรมให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้แก่ การนับคาร์บ การออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน วางแผนการนับคาร์บรายบุคคล การคัดกรองสุขภาพซ้ำก่อนเข้าโครงการ การมอบแบบบันทึกปฏิทินสุขภาพ 2.อสม.ติดตามการนับคาร์บรายวัน โดยมีการกระตุ้นติดตาม สื่อสารความรู้ผ่านคลิป แลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และเมนูอาหาร ผ่านไลน์ 3. มีการคัดกรองสุขภาพได้แก่ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต เจาะเลือดหาค่าน้ำตาล 4. เมื่อครบ 21 วันนัดถอดบทเรียน และเสริมสร้างแรงจูงใจ 5. นัดตรวจเลือดเพื่อประเมินค่าน้ำตาล(FPG) หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพบแพทย์ 6. นัดติดตามทุก3เดือน

ระยะเริ่มแรก

1. ประชุมคณะทำงานเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อโรคเบาหวานในหมู่ที่ 1 ต.จอมหมอกแก้วทบทวนงานวิจัยร่วมกับถอดบทเรียนการดำเนินงานวางแผนออกแบบกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 21 วันชวนกันนับคาร์บ อสม.ทดลองนับคาร์บตามแนวทางของรมว.กระทรวงสาธารณสุขนายสมศักดิ์ เทพสุทิน

พบว่า ไม่สามารถปรับวิถีการรับประทานอาหารตามรูปแบบใหม่ได้เนื่องจากมีความยุ่งยากต่อภาระงานและการใช้ชีวิตประวัน

ระยะพัฒนา

1. ปรับรูปแบบการนับคาร์บ โดยมีการวางแผนคำนวณคาร์บที่เคยรับประทาน ออกแบบโดยลดจำนวนเท่าที่สามารถจัดการตามวิถีและการดำเนินชีวิต
2. จัดเตรียมวัสดุอุกรณ์ เครื่องมือต่างๆ แบบบันทึกสุขภาพ กลุ่มไลน์
3. ประชุมชี้แจงแนวทางร่วมกับ อสม.ทดลองใช้แนวทางกับอสมและบทบาทติดตามการนับคาร์บ การนัดตรวจสุขภาพที่สถานีสุขภาพ

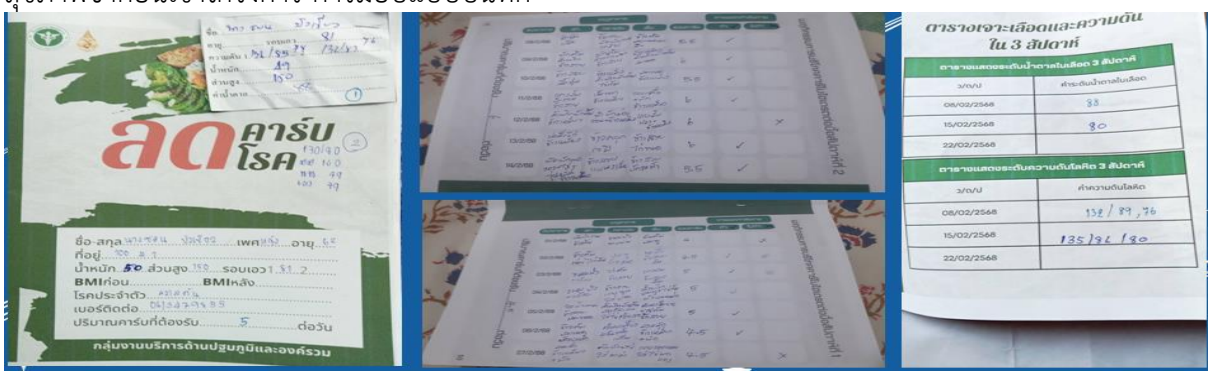
พบว่าอสม.สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ดี

ระยะนำไปใช้

1. นำแนวทางไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงเบาหวานจำนวน 45 คน
2. ติดตามผลการตรวจสุขภาพทุกสัปดาห์ และทุก3 เดือน
3. ประเมินผล

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

1. ประชุมชี้แจงแนวทางร่วมกับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 45 คน จัดอบรมให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้แก่ การนับคาร์บ การออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน วางแผนการนับคาร์บรายบุคคล การคัดกรองสุขภาพซ้ำก่อนเข้าโครงการ การมอบแบบบันทึก



2. กำหนดวัน วันที่เริ่มนับคาร์บ วันที่ทำการตรวจสุขภาพ ครั้งที่ 1-3 วันสิ้นสุด

แผนภูมิติดตามการกินและการออกกำลังกายรายสัปดาห์

ตารางติดตามการบริโภคอาหาร			
อาทิตย์	การบริโภคคาร์โบไฮเดรต	คาร์โบที่ได้รับมอบหมาย - ให้ความชุ่มชื้น	ประเมินผลลัพธ์
สัปดาห์ที่ 1			
สัปดาห์ที่ 2			
สัปดาห์ที่ 3			

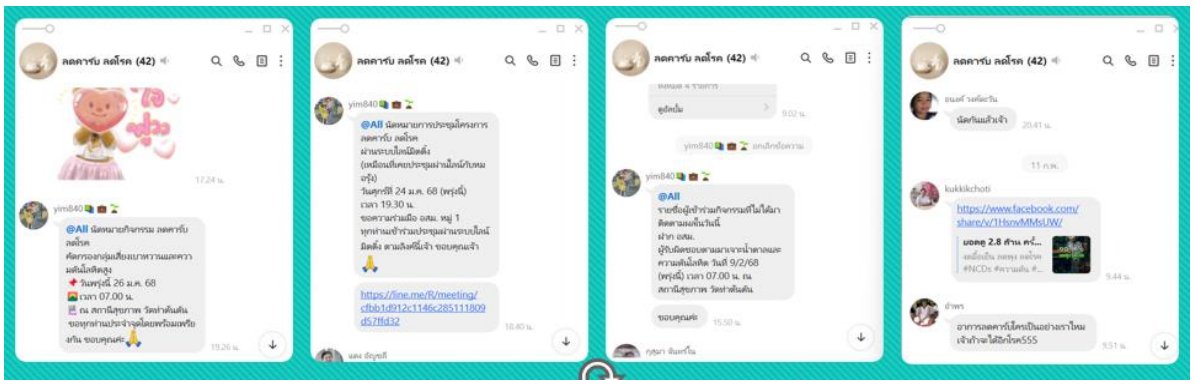
ตารางติดตามการออกกำลังกาย				
อาทิตย์	ไม่ทำ	Do1-3 วัน	ทำ 4-5 วัน	ทำ 6-7 วัน
สัปดาห์ที่ 1				
สัปดาห์ที่ 2				
สัปดาห์ที่ 4				

FBS และตารางน้ำหนักตัวใน 3 สัปดาห์

กราฟ FBS เป็นเวลา 3 สัปดาห์	
D/M/Y	เอฟบีเอส
08/02/2568	
15/02/2568	
22/02/2568	

แผนภูมิน้ำหนักตัวเป็นเวลา 3 สัปดาห์	
D/M/Y	ค่าดัชนีมวลกาย
08/02/2568	
15/02/2568	
22/02/2568	

3. นัดติดตามผลทุกสัปดาห์โดยติดตามค่าน้ำหนัก ความดันโลหิต รอบเอว ค่าน้ำตาลโดยอสม.รวมทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ การติดตามทางไลน์



4. ติดตามประเมินผลของโปรแกรมทุก 3 เดือนและติดตามผลความพึงพอใจ

ลำดับ	กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	มกราคม				กุมภาพันธ์			
			อาทิตย์ 1	อาทิตย์ 2	อาทิตย์ 3	อาทิตย์ 4	อาทิตย์ 1	อาทิตย์ 2	อาทิตย์ 3	อาทิตย์ 4
1.	การวิจัยและการวางแผน	การรวบรวมข้อมูลสำหรับโครงการและวางแผนกระบวนการดำเนินการ		9/1/2025 ←	→	24/1/2025				
2.	ดำเนินการภาคสนามเพื่อรวบรวมข้อมูล	ดำเนินการภาคสนามเพื่อรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น รวมถึงการทดสอบ FBS การประเมินค่าดัชนีการ รวบรวมข้อมูลทั่วไป และการให้ความรู้				26/1/2025 ←	8/2/2025	15/2/2025	22/2/2025 →	
3.	ติดตามความคืบหน้า	การตรวจสอบ FBS, BMI, การออกกำลังกาย และเอว				26/1/2025 ←			22/2/2025 →	
4.	ประเมินผลลัพธ์	สรุปผลการตรวจสอบและตีความข้อมูล							22/2/2025 ←	27/2/2025 →

ตัวชี้วัด (ผลผลิต /ผลลัพท์)

ตารางบันทึกข้อมูลการบันทึกตามการติดตามรายสัปดาห์ จำนวน 21วัน

ผลการดำเนินงาน

เปรียบเทียบผลการติดตามผล

ผลการติดตามผลของ FBS

FBS	MEAN	SD	จำนวนผู้เข้าร่วมที่มี FBS ลดลง	เปอร์เซ็นต์ของการลด FBS (เมื่อเทียบกับ KPI)	ผล
สัปดาห์ที่ 1	103.62	12.39	24	53.3	สำเร็จ
สัปดาห์ที่ 2	106.02	17.41			
สัปดาห์ที่ 3	102.64	16.56			

ผลการติดตามผลน้ำหนัก

ฐ้าหนัก	MEAN	SD	จำนวนผู้เข้าร่วมที่มีฐ้าหนักลดลง	เปอร์เซ็นต์ของการลดฐ้าหนัก (เมื่อเทียบกับ KPI)	ผล
สัปดาห์ที่ 1	59.00	11.87	36	80.0	สำเร็จ
สัปดาห์ที่ 2	59.31	11.94			
สัปดาห์ที่ 3	59.02	12.23			

ผลการติดตามผลคาร์โบไฮเดรต

คาร์โบไฮเดรต	MEAN	SD	จำนวนผู้เข้าร่วมที่มีคาร์โบไฮเดรตลดลง	เปอร์เซ็นต์ของการลดคาร์โบไฮเดรต (เมื่อเทียบกับ KPI)	ผล
สัปดาห์ที่ 1	6.3	1.12	20	44.4	สำเร็จ
สัปดาห์ที่ 2	5.6	1.0			

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ร้อยละ50 เท่ากับ 53.3
2. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถลดน้ำหนักได้ดีขึ้นมากกว่าร้อยละ 20 เท่ากับ 80.0
3. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถเข้าร่วมจะบรรลุการลดคาร์โบไฮเดรต*ต่ำ*ที่ดีขึ้นมากกว่าร้อยละ 30 เท่ากับ 44.4
4. ไม่มีผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงเบาหวานได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยรายใหม่

สรุปผล

หลักการของทฤษฎี 21 วัน คือการเปลี่ยนนิสัยโดยการทำพฤติกรรมบางอย่างซ้ำ ๆ ติดต่อกันเป็นเวลา 21 วัน ดังนั้นเมื่อประยุกต์ใช้กับการนับคาร์บ”ในการควบคุมโรคเบาหวานในผู้ร่วมกิจกรรมกลุ่มเสี่ยง พบว่ากลุ่มที่มีการควบคุมการนับคาร์บได้ดีมีระดับน้ำตาลลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ และส่วนใหญ่มีน้ำหนักลดลงร่วมด้วย ทำให้ผู้ร่วมกิจกรรมพึงพอใจในกิจกรรมที่ตนเองสามารถทำได้ ซึ่งมีผู้เสนอแนะถึงทฤษฎี 21 วันยังขาดระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ที่เข้มงวดซึ่งจำเป็นต่อการสรุปผลทั่วไปเกี่ยวกับการสร้างนิสัยในมุมมองทางวิทยาศาสตร์ งานวิจัยล่าสุดได้ชี้ให้เห็นถึงเส้นเวลาจริงที่จำเป็นสำหรับการสร้างนิสัย และชี้ให้เห็นว่าทฤษฎี 21 วันนั้นเรียบง่ายเกินไปและมักทำให้เข้าใจผิด การศึกษาที่จัดทำขึ้นที่มหาวิทยาลัยคอลเลจลอนดอนในปี 2552 พบว่าการสร้างนิสัยจะแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล และอาจอยู่ในช่วงตั้งแต่ 18 ถึง 254 วัน โดยมีค่าเฉลี่ย 66 วัน ซึ่งหมายความว่าเวลาที่ใช้เพื่อให้นิสัยกลายเป็นอัตโนมัติอาจแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ความซับซ้อนของพฤติกรรม บุคลิกภาพส่วนบุคคล และรูปแบบการใช้ชีวิต

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. เป็นรูปแบบของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เรียบง่าย ในระยะเวลาที่สั้นส่งผลต่อการตัดสินใจในการปรับพฤติกรรมส่วนบุคคลในครั้งต่อไป
2. อสม.หมู่ที่ 1 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลมีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการนับคาร์บ
3. ประชาชนในพื้นที่มีความตื่นตัวต่อการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง
4. ไม่พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. savcurvEditor. ทฤษฎี 21 วัน คืออะไร ? มีอะไรบ้าง ? พร้อมตัวอย่างหลายแง่มุม [อินเทอร์เน็ต]. Savcurv; 2024 ก.พ. 24 [เข้าถึงเมื่อ 14 พ.ย. 2024]. เข้าถึงจาก: https://www.savcurv.com/articles/21-day-habit-theory/
2. Pongklam W. เทคนิคพัฒนาตัวเอง เปลี่ยนนิสัยสร้างคุณคนใหม่ด้วยทฤษฎี 21 วัน [อินเทอร์เน็ต]. OFM Blog; 2021 ต.ค. 1 [เข้าถึงเมื่อ 14 พ.ย. 2024]. เข้าถึงจาก: https://www.ofm.co.th/blog/21-day-habit-theory/
3. Dmthai. หนังสือ รู้จักคาร์บ รู้จักนับ ปรับสมดุล ควบคุมเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. DMThai; 2018 มี.ค. 7 [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.ค. 2025]. เข้าถึงจาก: https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/sahrab-bukhkhl-thawpi/diabetes-book/601-2018-03-07-10-38-18

การพัฒนาโปรแกรม Disability Automation

แพรวไพรรินทร์ จันต๊ะขัติ[1] , พรรณเชษฐ์ ไชยชมภู[2]
[1] กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ [2]สารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร

บทนำ

ประชากรสูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2565 พบว่า ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.8 ล้านคน โดยมีจำนวนผู้สูงอายุ 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.5 ของประชากรทั้งหมด ทำให้สังคมไทยกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” และในปี 2583 จำนวนผู้สูงอายุของไทยจะเพิ่มขึ้นเป็น 20.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมด

อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2566 -2568 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 30.5 , 32.6 และ 34.4 ตามลำดับ โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร ได้ให้ความสำคัญของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและเล็งเห็นว่าเป็นทางเลือกหนึ่ง ที่ช่วยลดภาระของสถานพยาบาลและเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย โดยมีการพัฒนาระบบเพื่อสนับสนุนครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลเพิ่มขึ้นและเอื้อให้ผู้สูงอายุได้อาศัยในบ้านตนเองในชุมชน ฉะนั้นผู้ดูแลหลักในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพทางกาย โดยให้การสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมทางกายตามศักยภาพ เพื่อรักษาสมรรถภาพทางกาย เพื่อป้องกันการสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ทางโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวรออกให้บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ประกอบไปด้วยกิจกรรมที่หลากหลายทั้งด้านกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) จิตบำบัด(Psychotherapy) และกายภาพบำบัด (Physical Therapy) เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น มุ่งเน้นการส่งเสริมการทำกิจกรรมที่หลากหลาย ปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมและดูแลสุขภาพจิตให้แข็งแรง โดยมีผลงานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพและประมาณการได้รับเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ดังนี้ ปีงบประมาณ 2566 กิจกรรมการให้บริการทั้งสิ้น จำนวน 20,113 รายการ เป็นเงินจำนวน 1,741,200 บาท ปีงบประมาณ 2567 กิจกรรมการให้บริการทั้งสิ้นจำนวน 22,517 รายการ เป็นเงินจำนวน 1,980,600 บาท และปีงบประมาณ 2568 (1 ตุลาคม 2567 – 30 มิถุนายน 2568) กิจกรรมการให้บริการทั้งสิ้นจำนวน 21,385 รายการ เป็นเงิน จำนวน 2,311,350 บาท ซึ่งการขอรับค่าบริการชดเชยทางการแพทย์จะได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหน่วยบริการจะต้องบันทึกข้อมูลการขอรับค่าบริการชดเชยทางการแพทย์ทีละกิจกรรมต่อการให้บริการรายคนผ่านระบบ disability portalของสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งการให้บริการดังกล่าวฯ มีจำนวนที่ค่อนข้างมาก ทำให้ต้องใช้บุคลากรในการบันทึกขอรับค่าบริการชดเชยทางการแพทย์และใช้ระยะเวลาบันทึกข้อมูลจำนวนมาก ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ ในบางครั้งมักจะเกิดปัญหาการบันทึกวันที่เข้ารับบริการผิดพลาด ทำให้ข้อมูลไม่ผ่านการประมวลผล เพื่อขอรับชดเชยค่าบริการชดเชยทางการแพทย์

ดังนั้นกลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ จึงมีความสนใจการพัฒนาโปรแกรม Disability Automation มาช่วยในการบันทึกการขอรับค่าบริการชดเชยทางการแพทย์ผ่านระบบ disability portal แบบอัตโนมัติ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่สามารถช่วยลดเวลาในการทำงานที่ซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานได้เป็นอย่างดี รวมถึงช่วยให้หน่วยบริการสามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีได้อย่างรวดเร็ว

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

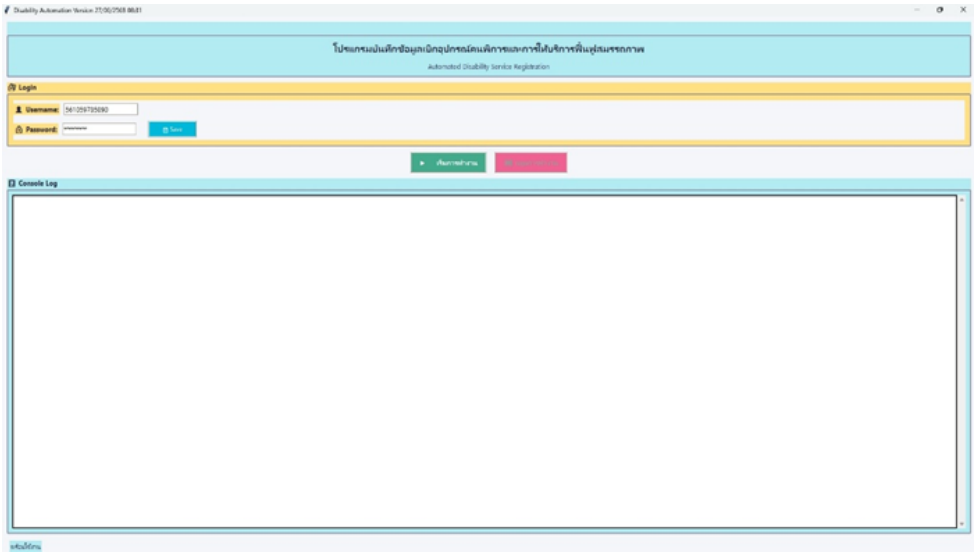
ระยะที่ 1 (วิเคราะห์ปัญหาและออกแบบนวัตกรรม) 1 เมษายน 2568 – 15 เมษายน 2568
ระยะที่ 2 (พัฒนา ทดลองใช้และมาปรับปรุงผลงาน) 16 เมษายน 2568 – 15 มิถุนายน 2568
ระยะที่ 3 (ประเมินผลเบื้องต้น) 16 มิถุนายน 2568 – 4 กรกฎาคม 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ระยะเริ่มแรก (Preparation Phase) วิเคราะห์เตรียมข้อมูลศึกษาปัญหาและความต้องการของบุคลากรที่ให้บริการเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงสถิติและความคิดเห็นจากสหวิชาชีพได้แก่นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ นักกิจกรรมบำบัดและบุคลากรกลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ นำปัญหาประชุมวางแผนกับผู้ที่เกี่ยวข้องกำหนดวัตถุประสงค์และวิธีการการจัดทำนวัตกรรม

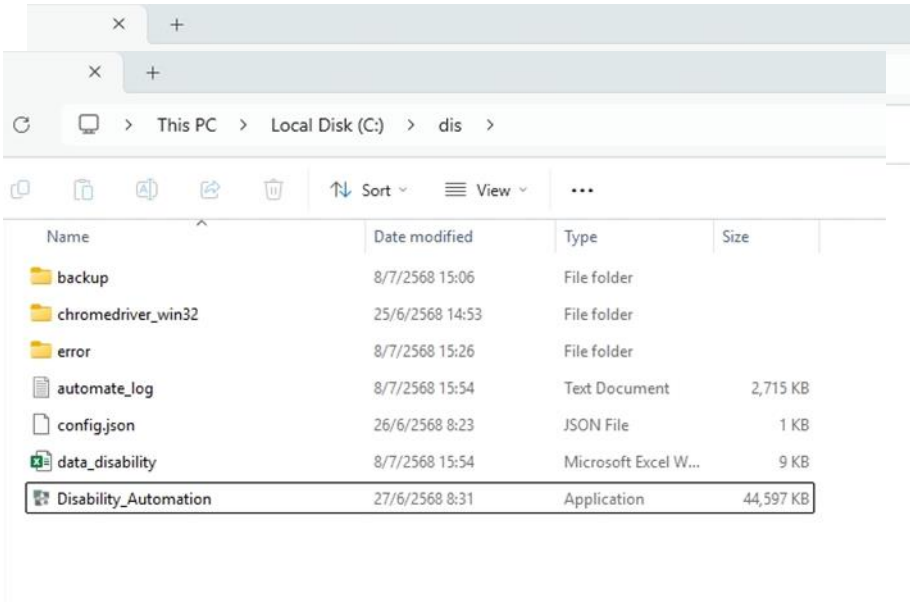
ระยะพัฒนา (Development Phase) ออกแบบการพัฒนา การใช้โปรแกรม Disability Automation ทดลองใช้โปรแกรม ภายหลังการทดลองใช้ยังมี errorจากกระบวนการของโปรแกรม ทำให้การทำงานของโปรแกรมยังไม่สมบูรณ์ รวมถึงเก็บรวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้ใช้นำไปปรับปรุงระบบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและจัดทำคู่มือการใช้งานโปรแกรมฯ ดังนี้

คู่มือการใช้งานโปรแกรม Disability Automation

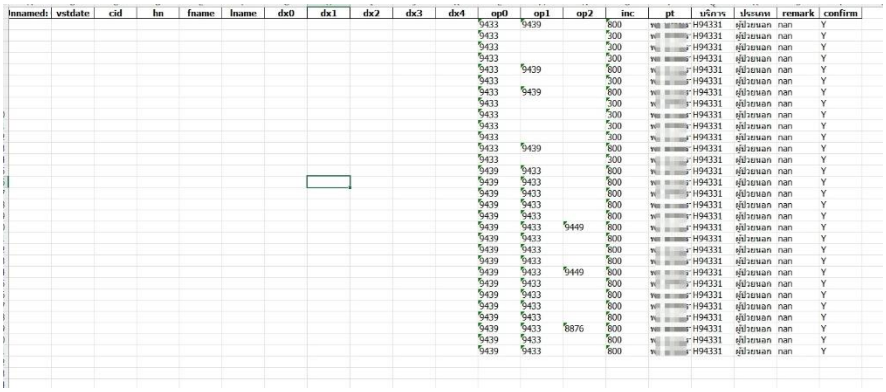


ภาพที่ 1 แสดงโปรแกรม Disability Automation

1.จัดเตรียมข้อมูลการให้บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยดึงข้อมูล 16 แฟ้มจากHIS และนำข้อมูลดังกล่าวมาจัดทำตาม Format Data_ disability ประกอบไปด้วย VStdate, CID, HN, Fname, Lname, DX, OP,inc และบริการของโปรแกรม



ภาพที่ 2 แสดงฟังก์ชันการใช้งานของโปรแกรมฯ



ภาพที่ 3 แสดง Format Data_ disability

2. login username password ของ web https://portal.nhso.go.th/disability/ เพื่อเตรียมจัดส่งข้อมูลเข้าระบบ โดยโปรแกรมจะทำงาน 9 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 เริ่มกรอกข้อมูล Row : การเลือกข้อมูลโดยอัตโนมัติของโปรแกรมฯตาม Format Data_ disability

2.2 คลิกปุ่มค้นหา ICD 10 : เปิดModalเพื่อค้นหา ICD 10

2.3 modal ICD 10 : notify process เปิด modal ICD 10

2.4 Dx columns : โปรแกรมฯ เลือกข้อมูลการวินิจฉัยจาก Format Data_ disability

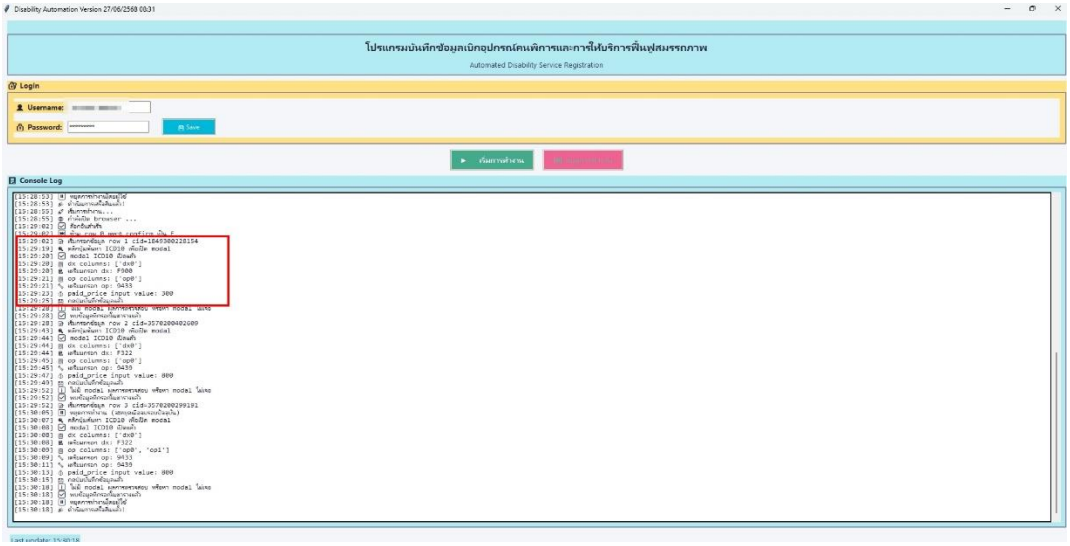
2.5 เตรียมกรอก Dx. : โปรแกรมฯนำข้อมูลการวินิจฉัยไปกรอกใน disability portal

2.6 OP columns : โปรแกรมฯ เลือกข้อมูลการรหัสหัตถการจาก Format Data_ disability

2.7 เตรียมกรอก OP : โปรแกรมฯนำข้อมูลการรหัสหัตถการไปกรอกใน disability portal

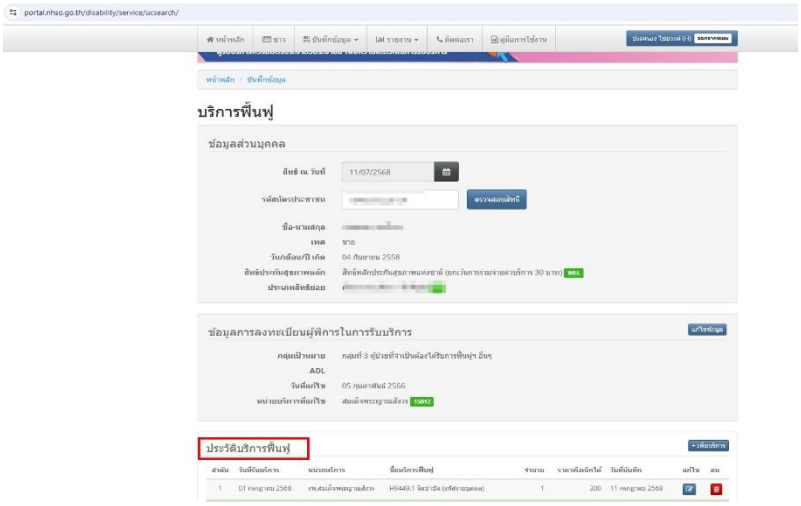
2.8 Paid price in put value : บันทึกข้อมูลราคา/จำนวนเงินที่จ่ายไปจริง

2.9 กดปุ่มบันทึกข้อมูล

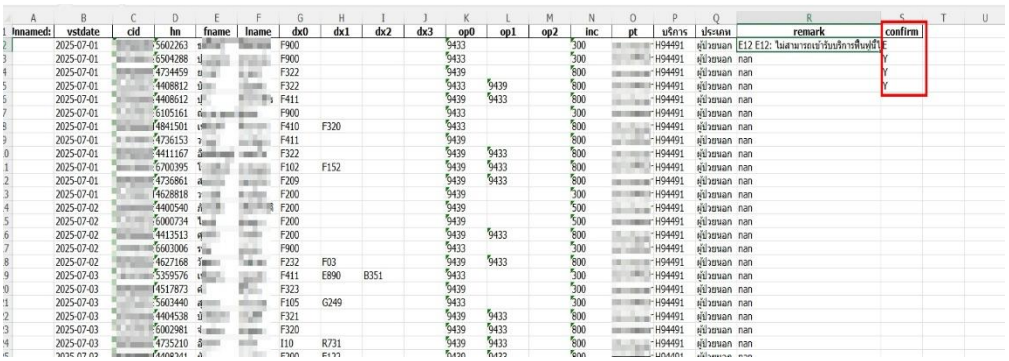


ภาพที่ 4 แสดงกระบวนการส่งข้อมูลจากโปรแกรม Disability Automation

3. โปรแกรมจะบันทึกการขอรับค่าชดเชยบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบอัตโนมัติ และมีสถานะยืนการบันทึกสมบูรณ์สถานะจะเท่ากับ “Y” หากข้อมูล error สถานะจะเท่ากับ “E”เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ และแก้ไขต่อไป



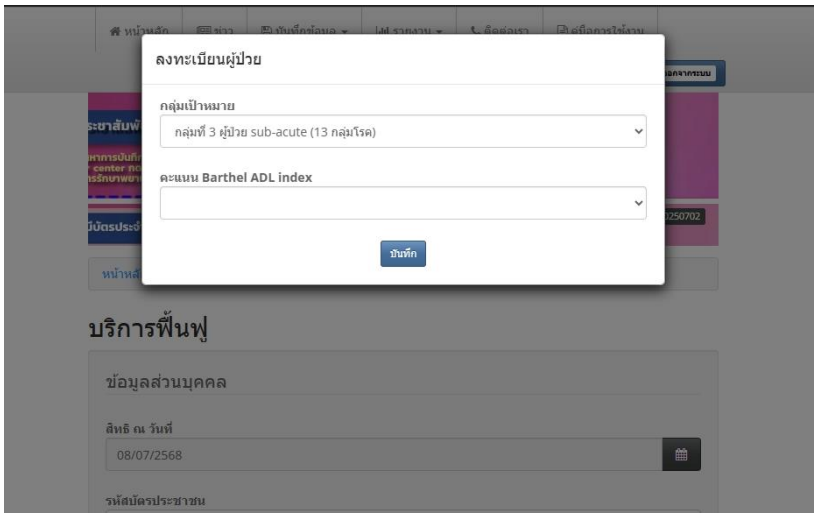
ภาพที่ 5 แสดงการบันทึกข้อมูลภายหลังการใช้โปรแกรม Disability Automation



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Unnamed:	vstdate	cid	hn	fname	lname	dx0	dx1	dx2	dx3	op0	op1	op2	inc	pt	บริการ	ประเภท	remark	confirm
2		2025-07-01	[redacted]	5602263	[redacted]	[redacted]	F900				9433			300	[redacted]	H94491	ผู้ป่วยนอก	E12 E12: ไม่สามารถเข้ารับบริการฟื้นฟูได้	E
3		2025-07-01	[redacted]	5594288	[redacted]	[redacted]	F900				9433			300	[redacted]	H94491	ผู้ป่วยนอก	nan	Y
4		2025-07-01	[redacted]	4734459	[redacted]	[redacted]	F322				9439			800	[redacted]	H94491	ผู้ป่วยนอก	nan	Y
5		2025-07-01	[redacted]	4408812	[redacted]	[redacted]	F322				9433	9439		800	[redacted]	H94491	ผู้ป่วยนอก	nan	Y
6		2025-07-01	[redacted]	4408612	[redacted]	[redacted]	F411				9439	9433		800	[redacted]	H94491	ผู้ป่วยนอก	nan	
7		2025-07-01	[redacted]	5105161	[redacted]	[redacted]	F900				9433			300	[redacted]	H94491	ผู้ป่วยนอก	nan	
8		2025-07-01	[redacted]	4841501	[redacted]	[redacted]	F410	F320			9433			800	[redacted]	H94491	ผู้ป่วยนอก	nan	
9		2025-07-01	[redacted]	4736153	[redacted]	[redacted]	F411				9439			800	[redacted]	H94491	ผู้ป่วยนอก	nan	
10		2025-07-01	[redacted]	4411167	[redacted]	[redacted]	F322				9439	9433		800	[redacted]	H94491	ผู้ป่วยนอก	nan	
11		2025-07-01	[redacted]	5700395	[redacted]	[redacted]	F102	F152			9439	9433		800	[redacted]	H94491	ผู้ป่วยนอก	nan	
12		2025-07-01	[redacted]	4736861	[redacted]	[redacted]	F209				9439	9433		800	[redacted]	H94491	ผู้ป่วยนอก	nan	
13		2025-07-01	[redacted]	4628818	[redacted]	[redacted]	F200				9439			300	[redacted]	H94491	ผู้ป่วยนอก	nan	
14		2025-07-02	[redacted]	4400540	[redacted]	[redacted]	F200				9439			500	[redacted]	H94491	ผู้ป่วยนอก	nan	
15		2025-07-02	[redacted]	5000734	[redacted]	[redacted]	F200				9439			500	[redacted]	H94491	ผู้ป่วยนอก	nan	
16		2025-07-02	[redacted]	4413513	[redacted]	[redacted]	F200				9439	9433		800	[redacted]	H94491	ผู้ป่วยนอก	nan	
17		2025-07-02	[redacted]	5603006	[redacted]	[redacted]	F900				9433			300	[redacted]	H94491	ผู้ป่วยนอก	nan	
18		2025-07-02	[redacted]	4627168	[redacted]	[redacted]	F232	F03			9439	9433		800	[redacted]	H94491	ผู้ป่วยนอก	nan	
19		2025-07-03	[redacted]	5359576	[redacted]	[redacted]	F411	E890	B351		9433			300	[redacted]	H94491	ผู้ป่วยนอก	nan	
20		2025-07-03	[redacted]	4517873	[redacted]	[redacted]	F323				9439			300	[redacted]	H94491	ผู้ป่วยนอก	nan	
21		2025-07-03	[redacted]	5603440	[redacted]	[redacted]	F105	G249			9433			300	[redacted]	H94491	ผู้ป่วยนอก	nan	
22		2025-07-03	[redacted]	4404538	[redacted]	[redacted]	F321				9439	9433		800	[redacted]	H94491	ผู้ป่วยนอก	nan	
23		2025-07-03	[redacted]	5002981	[redacted]	[redacted]	F320				9439	9433		800	[redacted]	H94491	ผู้ป่วยนอก	nan	
24		2025-07-03	[redacted]	4735210	[redacted]	[redacted]	I10	R731			9439	9433		800	[redacted]	H94491	ผู้ป่วยนอก	nan	

ภาพที่ 6 แสดงสถานการณ์ส่งข้อมูล โปรแกรม Disability Automation

4.ตรวจสอบข้อมูล error โดยโปรแกรมจะบันทึก snap shot ข้อมูลที่ error ให้พร้อมระบุ CID ในรายการที่มีปัญหา



ภาพที่ 7 แสดงข้อมูล snap shot ข้อมูลที่ Error

5. ตรวจสอบจำนวน และคุณภาพการบันทึกข้อมูลโดยนำข้อมูลภายหลังจากโปรแกรม Disability Automation ดำเนินการเสร็จสิ้น โดยนำข้อมูลรายงานการบันทึกผ่าน disability portal มาเปรียบเทียบกับข้อมูลจากฐานข้อมูล HIS ทุกครั้ง

ระยะนำไปใช้ (Implementation Phase) สอนการใช้งานโปรแกรมฯ พร้อมทั้งติดตามการใช้งานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้สามารถใช้นวัตกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงวางแผนพัฒนาต่อยอดการบันทึกรายการขอรับชดเชยกายอุปกรณ์ เช่น รองเท้าผู้พิการ รถเข็นนั่งสำหรับผู้พิการ ไม้เท้านำทาง สำหรับผู้พิการทางด้านสายตา เป็นต้น

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

วัตถุประสงค์ของการทดสอบประสิทธิภาพ

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ
2. เพื่อวัดจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคีย์ข้อมูลครบถ้วนภายในช่วงเวลาที่กำหนด
3. เพื่อประเมินความสะดวก รวดเร็ว และความแม่นยำของโปรแกรมฯ

วิธีการดำเนินการทดสอบ

1. กลุ่มเป้าหมาย: เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบการคีย์ข้อมูลระบบฟื้นฟู
2. ระยะเวลาทดสอบ: ก่อนใช้นวัตกรรม 1 สัปดาห์ และหลังใช้นวัตกรรม 1 สัปดาห์
3. เครื่องมือที่ใช้: โปรแกรม Disability Automation / แบบบันทึกเวลา / แบบสอบถามความพึงพอใจ

ตัวชี้วัด

ตารางที่ 1 แสดงตัวชี้วัด วิธีวัดผลและเป้าหมาย

ตัวชี้วัด	วิธีวัดผล	เป้าหมาย
1.เวลาเฉลี่ยในการคีย์ข้อมูลต่อราย	วัดด้วยนาฬิกาจับเวลา	ลดลง ≥ ร้อยละ 20
2.จำนวนผู้ป่วยที่คีย์ข้อมูลได้ต่อวัน	บันทึกโดยระบบ	เพิ่มขึ้น ≥ ร้อยละ 50
3. ความครบถ้วนของข้อมูล	ตรวจสอบฟิลด์ที่บันทึกครบ	≥ ร้อยละ 90 ของรายการข้อมูล
4.ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน	แบบสอบถามความพึงพอใจ	คะแนนเฉลี่ยมากกว่า ≥ 80

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์ จากการใช้งานโปรแกรม Disability Automation

ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์	ผลการประเมิน
1.เวลาเฉลี่ยในการคีย์ข้อมูลต่อราย	ลดลงร้อยละ 22.88	บรรลุเป้าหมาย
2.จำนวนผู้ป่วยที่คีย์ข้อมูลได้ต่อวัน	เพิ่มขึ้นร้อยละ 984.94	บรรลุเป้าหมาย
3. ความครบถ้วนของข้อมูล	ร้อยละ 100	บรรลุเป้าหมาย
4.ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน	ร้อยละ 88.80	บรรลุเป้าหมาย

สรุป

ภายหลังจากการใช้งาน โปรแกรม Disability Automation มีผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมายทั้ง 4 ตัวชี้วัด ในด้านต่างๆดังต่อไปนี้

1. ประสิทธิภาพในการทำงาน: จำนวนผู้ป่วยที่สามารถบันทึกข้อมูลได้ต่อวัน เพิ่มขึ้นเกือบ 10 เท่า คิดเป็นร้อยละ984.94 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของระบบในการเพิ่มประสิทธิภาพและการลดภาระงานของเจ้าหน้าที่อย่างชัดเจน

2 คุณภาพของข้อมูล: ความครบถ้วนของข้อมูลที่บันทึกได้ถึง ร้อยละ100 สะท้อนถึงความแม่นยำของระบบ และความสะดวกในการกรอกข้อมูล

3.ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน:คะแนนเฉลี่ยร้อยละ88.80 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯสามารถตอบสนองความต้องการในการใช้งานจริงได้อย่างเหมาะสม

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

จากการประเมินการใช้งานจริง พบว่าโปรแกรม Disability Automation ส่งผลให้การให้บริการบันทึกและขอรับค่าชดเชยด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีประโยชน์ที่สำคัญในการช่วยลดระยะเวลาในการคีย์ข้อมูลและสามารถบันทึกขอรับค่าชดเชยบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพในจำนวนที่มากขึ้น ลดภาระงานและความซ้ำซ้อน เจ้าหน้าที่มีเวลาในการให้บริการด้านอื่นรวมถึงการตรวจสอบคุณภาพงานเรียกเก็บมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้หน่วยงานสามารถบริหารทรัพยากรได้อย่างคุ้มค่าอย่างยั่งยืน และยังยกระดับคุณภาพของข้อมูล รวมถึงส่งเสริมประสิทธิภาพเชิงระบบในงานฟื้นฟูผู้สูงอายุอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/

การพัฒนาระบบห้องปลอดฝุ่นในสถานพยาบาล

ฉันทพิชญา พิกุล[1] วรลักษณ์ แก้วจันทรา[2] การณ์รัชนี เกียรติจิรภัทร[3]
[1,2,3] โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

บทนำ

ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพในกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ และผู้ป่วยกลุ่มที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ การควบคุมคุณภาพอากาศในพื้นที่ปิดจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในสถานพยาบาล หอพักผู้ป่วย หรือแม้แต่ในบ้านเรือนของกลุ่มเปราะบาง

กระทรวงสาธารณสุข จึงมีนโยบายให้สถานพยาบาลจัดหาพื้นที่ปลอดฝุ่นสำหรับการพักคอย เพื่อรองรับผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงในช่วงภาวะวิกฤตที่ปริมาณฝุ่น $PM_{2.5}$ เกินค่ามาตรฐาน โดยในระยะเริ่มต้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ทางโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ได้เตรียมพื้นที่รองรับดังกล่าวเป็นห้องประชุม ซึ่งเป็นห้องปิด มีเครื่องปรับอากาศ และเพิ่มเครื่องฟอกอากาศ พบปัญหาจำนวนผู้ใช้บริการจำนวนน้อย ต่อมา ปี พ.ศ. 2562 จึงได้เริ่มพัฒนาระบบและปรับรูปแบบห้องปลอดฝุ่น ระดับ 2 คือ พื้นที่ที่รองรับผู้มารับบริการ ญาติ และประชาชนทั่วไป ได้แก่ ห้องประชุมและห้องสมุด ส่วนพื้นที่ที่รองรับกลุ่มเสี่ยงสูง ได้ดำเนินการในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด, และห้องตรวจกุมารเวชกรรม เป็นพื้นที่ต้นแบบ หลังจากนั้น ขยายจำนวนห้องมากขึ้นตามลำดับความเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงสูง ต่อมาในปี พ.ศ. 2566 ได้พัฒนาระบบและปรับรูปแบบ เป็นห้องปลอดฝุ่น ระดับ 3 ซึ่งเป็นระบบที่มีการควบคุมแรงดัน ทิศทางการไหลของอากาศ และมีการติดตามคุณภาพอากาศ

ในบริบทของโรงพยาบาลศูนย์ ที่มีผู้รับบริการหนาแน่น การมีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยจาก ฝุ่น $PM_{2.5}$ จึงจำเป็นอย่างยิ่ง และผู้บริหารของโรงพยาบาลเห็นปัญหา และให้ความสำคัญต่อสุขภาพ จึงได้มีการปรับปรุงและพัฒนา “การพัฒนาระบบห้องปลอดฝุ่นในสถานพยาบาล” ทั้งผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก เพื่อรองรับผู้ที่ได้รับผลกระทบจาก ฝุ่น $PM_{2.5}$ มาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2560 เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ และสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยจาก ฝุ่น $PM_{2.5}$ สำหรับผู้รับบริการ และบุคลากรทางการแพทย์

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

- **ระยะเริ่มแรก : พ.ศ. 2560 ถึง ปี พ.ศ. 2562**

  ปี พ.ศ. 2560 ถึง ปี พ.ศ. 2561 จัดเตรียมห้องประชุมปัญญาโมลี และห้องสมุด เป็นพื้นที่รองรับสำหรับหลบฝุ่นควัน ให้แก่ผู้รับมาบริการ ญาติ และประชาชนทั่วไป

  ปี พ.ศ. 2562 ได้ศึกษาปัญหาและออกแบบแนวคิดระบบ เพื่อตอบสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดย ออกแบบเป็นห้องปลอดฝุ่นรูปแบบที่ 2 คือ ห้องปิดและมีระบบฟอกอากาศ ดังนี้

  - ห้องสำหรับรองรับผู้มารับบริการ ญาติ และประชาชนทั่วไป จำนวน 2 ห้อง ได้แก่ ห้องประชุมและห้องสมุด
  - ห้องสำหรับรองรับกลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 5 ห้อง ได้แก่ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด, ห้องคลอด, ห้องตรวจครรภ์, ห้องตรวจศูนย์โรคหัวใจ และห้องตรวจกุมารเวชกรรม

- **ระยะพัฒนา : พ.ศ. 2563 ถึง ปี พ.ศ. 2567**

ปี พ.ศ. 2563 เพิ่มปริมาณห้องปลอดฝุ่นรูปแบบที่ 2 มากขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงได้มากยิ่งขึ้น ดังนี้

- สำหรับรองรับผู้มารับบริการ ญาติ และประชาชนทั่วไป จำนวน 4 ห้อง และเพิ่มข้อจำกัดการใช้ห้อง เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่โรค Covid – 19 ระบาดต่อเนื่อง
- ห้องสำหรับรองรับกลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 66 ห้อง

ปี พ.ศ. 2564 เพิ่มการติดแผ่นกรอง (Filter) ในหน่วยงานที่มีเครื่องปรับอากาศ จำนวน 236 เครื่อง และติดตั้งเครื่องฟอกอากาศเพิ่ม อีก 15 ห้อง รวมเป็น 81 ห้อง

ปี พ.ศ. 2565 ได้วางแผนและออกแบบระบบการเติมอากาศ ร่วมกับ กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์ แต่เนื่องจากปริมาณฝุ่น PM2.5 เกินค่ามาตรฐาน จำนวน 10 วัน และค่าสูงสุดคือ 71 มค.ก./ลบ.ม.

ปี พ.ศ. 2566 มีการพัฒนาระบบห้องปลอดฝุ่น จากห้องปลอดฝุ่นระดับ 2 คือ ห้องปิดและมีระบบฟอกอากาศ เป็น ห้องปลอดฝุ่นรูปแบบที่ 3 คือ ห้องปิดและมีระบบการเติมอากาศ เพื่อเป็นระบบต้นแบบ จำนวน 2 ห้อง โดยเริ่มติดตั้งในพื้นที่ที่ดูแลกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม, หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม3 เป็นหน่วยงานต้นแบบ และวางแผนปฏิบัติงาน (Action plan) ในปีถัดไป

ปี พ.ศ. 2567 ได้ติดตั้งระบบห้องปลอดฝุ่นรูปแบบที่ 3 ตามแผนปฏิบัติงาน (Action plan) เพิ่มขึ้นอีกจำนวน 22 หน่วยงาน และมีการทดลองระบบการติดตามค่าฝุ่น PM2.5 ผ่านระบบแอพพลิเคชั่น Modela IoT แต่ไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน และระบบการใช้งานยังไม่เสถียร เนื่องจากสัญญาณอินเตอร์เน็ตของโรงพยาบาล และเป็นแอพพลิเคชั่นฟรี

- **ระยะนำไปใช้ :**

ปี พ.ศ. 2568 เพิ่มจำนวนห้องปลอดฝุ่นรูปแบบที่ 3 ทั้ง OPD และ IPD รวมมีจำนวนทั้งสิ้น 42 หน่วยงาน และมีการกำหนดระยะเวลาการดูแลบำรุงรักษาแผ่นกรอง (Filter) แต่ละชั้นตามระยะเวลา และติดตามค่าปริมาณฝุ่น PM2.5 ในแต่ละหน่วยงานให้ครอบคลุม โดยผ่านระบบ google form

และได้นำหลักการของการสร้างห้องปลอดฝุ่นที่ได้ ไปขยายผลต่อในการสร้างมุ้งสู้ฝุ่น และห้องปลอดฝุ่นให้แก่กลุ่มเสี่ยงในชุมชน

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

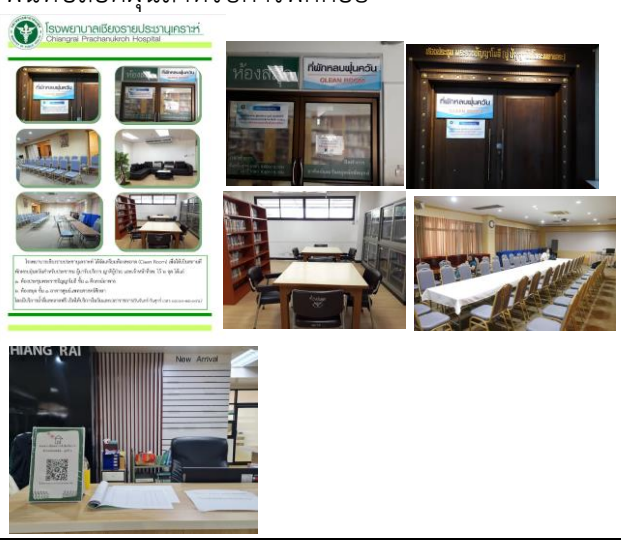
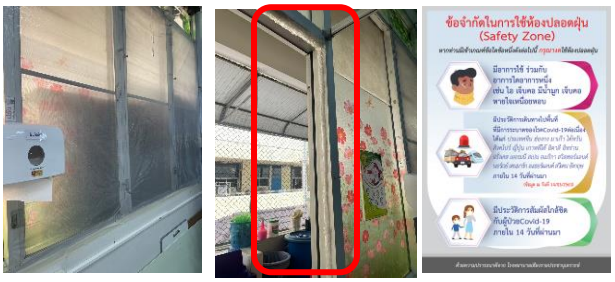
หลักการจัดการควบคุมอากาศในอาคาร ตามแนวทางของกรมอนามัย ใช้หลักการจัดการอากาศ 3 ข้อ ดังนี้

1) กันฝุ่นข้างนอกไม่ให้เข้าห้อง โดยปิดรอยขอบประตูหน้าต่างให้หมด และจัดการให้มีทางเข้าออกพื้นที่น้อยที่สุด

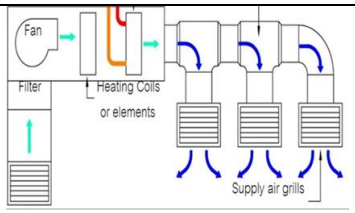
2) กรองอากาศ ภายในห้องด้วยการติดตั้งเครื่องกรองอากาศขนาดเล็กเพิ่มเติม และปรับระบบอากาศเดิมให้สามารถกรองฝุ่นขนาดเล็กได้ โดยเพิ่มแผ่นกรองอากาศระหว่างแผ่นกรองหยาบและเครื่องทำความเย็นของเครื่องปรับอากาศในหน่วยงาน

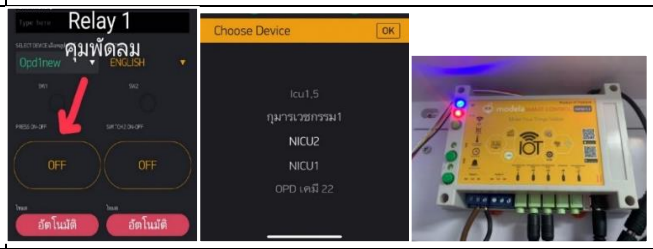
3) การเติมอากาศเข้าไปในห้อง โดยทำให้ห้องเป็นระบบความดันอากาศพร้อมระบบฟอกอากาศ(Positives pressure) โดยผ่านการกรองสามชั้น คือ Pre Filter, Medium Filter, HEPA Filter เป็นไปตามมาตรฐาน ASHRAE 170-2013 โดยการเติมปริมาณอากาศสะอาด 1,000 ลูกบาศก์ฟุตต่อนาทีเข้าไปในห้อง

ระยะเริ่มต้น (พ.ศ.2560- พ.ศ.2562)

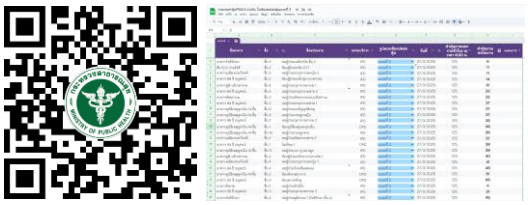
รายละเอียดขั้นตอนการพัฒนา	ภาพตัวอย่างการดำเนินการ
1. สำรวจพื้นที่ และจัดหาพื้นที่ รองรับผู้รับบริการญาติ และประชาชนทั่วไป เพื่อหลบฝุ่นPM2.5 ระหว่างการพักคอยรับการตรวจ	พื้นที่ปลอดฝุ่นสำหรับการพักคอย 
2. ควบคุมการปิดประตู-หน้าต่าง และปิดช่องว่าง / รอยต่อระหว่างบานเกล็ดด้วยพลาสติกแผ่นใหญ่เพื่อลดการรั่วไหลของอากาศจากภายนอก	
3. กรองอากาศภายในห้อง ด้วยการติดตั้งเครื่องกรองอากาศขนาดเล็ก	

ระยะพัฒนา (ปี พ.ศ. 2563 - พ.ศ.2567)

รายละเอียดขั้นตอนการพัฒนา	ภาพตัวอย่างการดำเนินการ
1. เพิ่มแผ่นกรองอากาศระหว่างแผ่นกรองหยาบและเครื่องทำความเย็น ของเครื่องปรับอากาศในหน่วยงาน	
2. สร้างห้องปลอดฝุ่น ระดับ 2 โดย ติดตั้งเครื่องฟอกประสิทธิภาพสูง (HEPA filter) เพื่อฟอกอากาศภายในห้อง	
2.1 ติดตามค่าปริมาณฝุ่น $PM_{2.5}$ ในห้องที่ดำเนินการติดตั้ง โดยการวัดแบบ real-Time	
3. พัฒนาจากห้องปลอดฝุ่น ระดับ 2 เป็นระดับ 3 โดยเริ่มติดตั้งในพื้นที่ที่ดูแลกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม, หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม3 เป็นหน่วยงานต้นแบบ	
3.1 ติดตั้งระบบการเติมอากาศเข้าไปในห้องโดยทำให้ห้องเป็นระบบความดันอากาศพร้อมระบบฟอกอากาศ	

รายละเอียดขั้นตอนการพัฒนา	ภาพตัวอย่างการดำเนินการ
3.2 ทดลองระบบการติดตามค่าฝุ่น PM2.5 ผ่านระบบแอพพลิเคชั่น Modela IoT (ฟรี) ในบางหน่วยงาน โดยใช้สัญญาณอินเตอร์ใช้ของ รพ.	
3.3 มีการกำหนดระยะเวลาการดูแลบำรุงรักษาแผ่นกรอง (Filter) แต่ละชั้นตามระยะเวลา - เปลี่ยนPre Filter ทุกๆ 3 เดือน - เปลี่ยนMedium Filter ทุกๆ 6 เดือน - เปลี่ยน HEPA Filter ทุกๆ 1ปี และมีแผนบำรุงรักษาประจำปี	

ระยะนำไปใช้ (ปี พ.ศ. 2568)

รายละเอียดขั้นตอนการพัฒนา	ภาพตัวอย่างการดำเนินการ
1.ขยายการพัฒนาห้องปลอดฝุ่นให้เป็นระดับ 3 ครอบคลุม ทั้ง OPD และ IPD รวมมีจำนวนทั้งสิ้น 42 หน่วยงาน และตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่อง โดยดูค่าจากตู้ควบคุมในแต่ละหน่วยงาน	
2.หน่วยงานมีการติดตามค่าปริมาณฝุ่น $PM_{2.5}$ รายวัน และรายงานผ่านระบบ google form (เนื่องจากอยู่ในระหว่างการพัฒนาของระบบ Modela IoT)	
3. อบรมบุคลากรผู้ที่ดูแลระบบ (อาสาสมัครอาชีว-อนามัยประจำหน่วยงาน) ติดตามคุณภาพอากาศและรายงานค่าฝุ่น $PM_{2.5}$ เป็นประจำ	
4. นำหลักการของการสร้างห้องปลอดฝุ่นที่ได้ ไปขยายผลต่อในการสร้างมุ้งสู้ฝุ่น และห้องปลอดฝุ่นให้แก่กลุ่มเสี่ยงในชุมชน	

Timeline การพัฒนาห้องปิด สู่ ห้องปลอดฝุ่นอุ่นใจ

ปี พ.ศ. 2560
พื้นที่ : ห้องประชุม
วิธีการ : ห้องปลอดฝุ่น ระดับที่ 1

ปี พ.ศ. 2562-2565
พื้นที่ : ห้องประชุม + ห้องตรวจ / หอผู้ป่วย
วิธีการ : ห้องปลอด ระดับที่ 2 + เพิ่มแผ่นกรองเครื่องปรับอากาศ

ปี พ.ศ. 2566-2567
พื้นที่ : ห้องประชุม + ห้องตรวจ / หอผู้ป่วย
วิธีการ : ห้องปลอด ระดับที่ 2 +เพิ่มแผ่นกรองเครื่องปรับอากาศ +เครื่องเติมอากาศ (ต้นแบบ)

ปี พ.ศ. 2568
พื้นที่ : ห้องประชุม + ห้องตรวจ/ หอผู้ป่วย + สำนักงานบางส่วน
วิธีการ : ห้องปลอด ระดับที่ 2 +เพิ่มแผ่นกรองเครื่องปรับอากาศ +เครื่องเติมอากาศครอบคลุมทุกหน่วยงาน

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

- วัดค่าปริมาณฝุ่น PM2.5 ภายในห้อง ก่อนและหลังการติดตั้งระบบ
- ความพึงพอใจต่อภาพรวมของการใช้งานระบบห้องปลอดฝุ่นของบุคลากร มากกว่าร้อยละ 80
- จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเดินหายใจลดลง

ตัวชี้วัด

- เมื่อการติดตั้งระบบเติมอากาศ (ห้องปลอดฝุ่นระดับ 3) ค่าปริมาณฝุ่น $PM_{2.5}$ ภายในห้อง ลดลง เมื่อเทียบกับ ก่อนการติดตั้งระบบ
- ความพึงพอใจต่อภาพรวมของการใช้งานระบบห้องปลอดฝุ่นของบุคลากร ร้อยละ 87.57
- จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเดินหายใจที่มารับบริการในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ในปี พ.ศ. 2567 (จำนวน 19,012 ราย) ลงลงร้อยละ 15.21 จากปีพ.ศ. 2568 (จำนวน 16,120 ราย)

ประเภท	ขนาดห้อง (ตารางเมตร)	ค่าฝุ่น $PM_{2.5}$ นอกอาคาร (มค.ก./ลบ.ม.)	ค่าฝุ่น $PM_{2.5}$ ภายในห้อง				วันที่ตรวจวัด
			เครื่องปรับอากาศ	เครื่องปรับอากาศ+แผ่นกรอง	เครื่องปรับอากาศ+แผ่นกรอง + เครื่องฟอก	เครื่องปรับอากาศ+ เครื่องเติมอากาศ	
ห้องปลอดฝุ่นระดับ 1	119 (ห้องประชุม)	52	94	46	30	-	25/1/64
ห้องปลอดฝุ่นระดับ 2	47 (กุมาร1)	52	30	23	12	-	25/1/64
ห้องปลอดฝุ่นระดับ 3	215 (ICU CVT)	125	75	68	33	11	27/3/68

สรุป

การพัฒนาห้องปลอดฝุ่นในสถานพยาบาลเป็นนวัตกรรมที่สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจ และสร้างความปลอดภัยในสถานพยาบาล โดยใช้องค์ความรู้ตามหลักวิชาการ ร่วมประยุกต์ใช้กับเทคโนโลยี ในการติดตามและควบคุมคุณภาพอากาศ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดของการใช้งานของระบบห้องปลอดฝุ่นในสถานพยาบาล

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

- ลดความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ
- พัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาลให้มีความปลอดภัยสูงขึ้น
- สามารถใช้เป็นต้นแบบในการขยายผลสู่ชุมชน และโรงพยาบาลอื่นๆได้

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย, กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ. แนวทางการทำห้องปลอดฝุ่นสำหรับบ้านเรือนและอาคารสาธารณะ. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2563.

สุพจน์ เตชะอำนวยวิทย์ . การระบายอากาศสำหรับสถานพยาบาล. บทความวิชาการ. กรุงเทพฯ: สมาคมวิศวกรรมปรับอากาศแห่งประเทศไทย; 2559.

Chiangrai Remission Platform (CrRP)

ปฐมพร อ้วนวุฒิ[1] พัทธนันท์ ศรีอ่อนทอง[2]
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก โดยเฉพาะระบบสาธารณสุขของประเทศไทย พบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคเบาหวานปี 2558-2562 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น มีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี ทั้งนี้หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐานจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบของร่างกายทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง อันนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งประเทศชาติ

ในปัจจุบันมีการรักษาที่สามารถช่วยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ หรือที่เรียกภาวะนี้ว่า **โรคเบาหวานระยะสงบ (DM Remission)** กล่าวคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือนโดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม ร่วมกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเช่น น้ำหนักตัว อาหาร และการออกกำลังกาย โดยหลักฐานทางวิชาการพบว่าการลดน้ำหนักร้อยละ 10-15 ของน้ำหนักตัว จะช่วยให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ อีกทั้งยังพบว่าการทำ Remission สำเร็จจะช่วยลดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมที่กำลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

สถานการณ์โรคเบาหวาน จังหวัดเชียงราย ปี พ.ศ. 2565-2568 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบอัตราป่วยรายใหม่ 557.37, 555.62, 592.65 และ 473.73 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสม จำนวน 76,372 คน พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีร้อยละ 30.13 โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจติดตาม HbA1c และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากพฤติกรรมของตนเอง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยยังขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรค มีความเชื่อว่าโรคไม่สามารถรักษาให้หายได้ และขาดแรงจูงใจในการควบคุมโรค

จังหวัดเชียงราย ได้เริ่มขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (DM Remission) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และเน้นการวางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ ให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพแบบใหม่ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยรายบุคคล ปัจจุบันมีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ ทั้งหมด 1,066 คน สามารถเข้าสู่ระยะสงบ (DM Remission) จำนวน 102 คนมีรูปแบบการดำเนินงานและการจัดเก็บข้อมูลที่หลากหลาย จึงนำไปสู่การพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบในรูปแบบ Web Application ภายใต้ชื่อ **“Chiangrai Remission Platform (CrRP)”**

ที่ออกแบบมาเพื่อเป็นเครื่องมือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในทุกระดับบริการ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ไปจนถึงสถานีอนามัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพสามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาระงานซ้ำซ้อนของบุคลากร ยกระดับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบองค์รวมมุ่งสู่เป้าหมาย DM Remission และเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามข้อมูลด้วยข้อมูลที่เป็นระบบ ตลอดจนสร้างระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระดับจังหวัดต่อไป

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

วันที่ 1 เมษายน 2568 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

1. ระยะเริ่มแรก : วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และวางแผนการดำเนินงาน

1.1 สถานการณ์โรคเบาหวานจังหวัดเชียงราย

จังหวัดเชียงรายพบปัญหาการควบคุมโรคเบาหวานที่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายระดับประเทศ ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถควบคุมระดับ HbA1c ได้ตามเกณฑ์ ขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง และมีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเพิ่มขึ้น

1.2 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน DM Remission

1.2.1 ด้านบุคลากร : บุคลากรไม่เพียงพอต่อภาระงาน ทำให้ไม่สามารถแยกเวลามาดูแลผู้ป่วย Remission ได้อย่างเต็มที่

1.2.2 ด้านผู้ป่วย : ผู้ป่วยขาดการรับรู้ข้อมูลสุขภาพของตนเองแบบต่อเนื่อง อีกทั้งยังขาดความรู้ ความเข้าใจและแรงจูงใจต่อเป้าหมาย DM Remission

1.2.3 ด้านระบบบริการ **:** ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดเก็บอยู่ในหลายระบบ เช่น HOSxP, ข้อมูล 43 แฟ้ม, Excel รายบุคคล ขาดระบบติดตามเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ เช่น ค่าระดับน้ำตาลหรือรายการยา และขาดเครื่องมือที่สนับสนุนการวางแผนดูแลผู้ป่วยแบบเฉพาะรายสำหรับบุคลากร

1.3 วางแผนการดำเนินงาน DM Remission ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวาน จังหวัดเชียงราย

1.3.1 มีการจัดประชุมเพื่อวางแผนและหาแนวทางในการดำเนินงาน DM Remission โดยผู้รับผิดชอบงานคลินิก NCD และผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวาน ระดับจังหวัด

1.3.2 แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน และทบทวนองค์ความรู้ รวมถึงข้อมูลจากพื้นที่ที่มีการดำเนินงาน DM Remission

1.3.3 วางแผนการลดยา/หยุดยาอย่างเป็นระบบ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มข้น

2. ระยะพัฒนา : กำหนดรูปแบบ พัฒนา และทดสอบระบบ

2.1 การกำหนดคุณลักษณะระบบ (System Requirements)

รวบรวมความต้องการของผู้ใช้งาน เพื่อกำหนดองค์ประกอบสำคัญของแพลตฟอร์ม ได้ข้อสรุปว่าระบบควรมีองค์ประกอบสำคัญดังนี้

2.1.1 แสดงข้อมูลผู้ป่วยแบบรายบุคคล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประวัติการมารับบริการ รายการยา

2.1.2 มีกราฟแสดงระดับน้ำตาลในเลือด (FBS/HbA1c) น้ำหนัก ที่แสดงแนวโน้มอย่างชัดเจน

2.1.3 ระบบบันทึกค่าสุขภาพ และวิเคราะห์แนวโน้มการลดยา/หยุดยา

2.1.4 สามารถเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลกลางในจังหวัดอย่างปลอดภัย

2.2 การพัฒนาระบบต้นแบบ (Prototype)

ทีมพัฒนา Web Application ดำเนินการพัฒนา CrRP เวอร์ชันต้นแบบ โดยใช้เทคโนโลยี Web-based ที่เข้าถึงได้จากทุกหน่วยบริการ (ผ่านเบราว์เซอร์) เน้นความเรียบง่าย ใช้กราฟแสดงผลทันที ไม่ต้องเปิดหลายหน้าจอ และสามารถบันทึกปรับเปลี่ยนข้อมูลได้โดยผู้ใช้งาน

2.3 การทดสอบระบบนำร่อง (Pilot Testing) ดำเนินการทดสอบระบบในโรงพยาบาลนำร่อง ได้แก่ รพ.สมเด็จพระยุพราชเชียงของ และรพ.ป่าแดด โดยเก็บข้อมูลการใช้งานจริง ปัญหาทางเทคนิค ข้อเสนอแนะจากผู้ใช้งาน และปรับปรุงเวอร์ชันระบบทุก 2 สัปดาห์ตามหลัก Agile Development

3.ระยะนำไปใช้ : ประเมินประสิทธิภาพ เพื่อปรับปรุงและพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

3.1 การขยายผลการใช้งาน หลังจากการทดสอบแล้วเสร็จ ระบบ CrRP ได้รับการอนุมัติให้นำไปใช้ในโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วจังหวัด ผ่านการสนับสนุนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

3.2 การจัดอบรมและถ่ายทอดความรู้ มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่บุคลากรในหน่วยบริการ โดยเน้น วิธีใช้งานระบบอย่างถูกต้อง การตีความผลจากกราฟและแนวโน้ม แนวทางวางแผน DM Remission ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และการสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วม

3.3 การติดตามประเมินผล กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้กำกับและติดตามการใช้งานจริง ประเมินผลลัพธ์ เช่น จำนวนผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ การควบคุมระดับน้ำตาล จำนวนผู้เข้าสู่ Remission และรวบรวมข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง

3.4 การบูรณาการเข้าสู่ระบบสุขภาพจังหวัด กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ร่วมกับคณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผลักดันให้ Web Application CrRP ได้รับการบรรจุเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์จังหวัดด้าน NCDs ปีงบประมาณ 2569 ต่อไป

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

ขั้นตอนการดำเนินงานแบบเดิม	ขั้นตอนการดำเนินงานแบบใหม่
คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ Remission ⇩ สอบถามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมโครงการ ⇩ บันทึกข้อมูลการรับบริการใน HIS ⇩ บันทึกข้อมูลผู้รับบริการและประวัติการรับบริการในแต่ละครั้ง เช่น Excel หรือสมุดทะเบียน ⇩ ประมวลผลและสรุปข้อมูลด้วยตนเอง ⇩ รายงานผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารทราบ ⇩ รายงานผลการดำเนินงานให้ สสจ.ทราบ ⇩ รายงานผลการดำเนินงานให้ส่วนกลาง (Google Sheet)	คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ Remission ⇩ สอบถามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมโครงการ ⇩ บันทึกข้อมูลการรับบริการใน HIS ⇩ บันทึกข้อมูลผ่าน Web Application CrRP ⇩ ระบบประมวลผลและสรุปข้อมูลเป็นทะเบียนผู้รับบริการ และภาพรวม (Dashboard) ⇩ ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร และ สสจ.สามารถติดตามข้อมูลได้เป็นปัจจุบัน (Realtime) ⇩ สสจ.รายงานผลการดำเนินงานให้ส่วนกลาง (Google Sheet)

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วม DM Remission ได้รับการติดตามผ่านระบบ CrRP ร้อยละ 100

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วม DM Remission และได้รับการติดตามผ่านระบบ CrRP ไม่เกิดภาวะ Hypoglycemia

3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่ระยะสงบต่อผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วม ร้อยละ 10 (สามารถหยุดยาเบาหวานได้ทุกตัวและมีค่า HbA1c < 6.5% ต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน)

สรุป

การดำเนินงาน DM Remission แบบใหม่ ผ่านระบบ Web Application Chiangrai Remission Platform (CrRP) ในจังหวัดเชียงราย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อนในการบันทึกข้อมูล และสร้างความเป็นมาตรฐานเดียวกันในการจัดเก็บข้อมูลของผู้รับบริการ ระบบนี้ช่วยให้การบันทึกข้อมูลเป็นไปอย่างเป็นระบบและรวดเร็วโดยข้อมูลจะถูกประมวลผลและสรุปผลในรูปแบบ Dashboard ที่สามารถเข้าถึงได้แบบเรียลไทม์ ทั้งผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่งผลให้สามารถติดตามผลการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ระบบยังช่วยลดภาระในการจัดทำรายงานทำให้การบริหารจัดการข้อมูลสะดวกและรวดเร็วมากขึ้น ทั้งนี้ระบบ CrRP ยังมีจุดเด่นสำคัญคือ สามารถแสดงผลข้อมูลสุขภาพรายบุคคลในรูปแบบกราฟ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย (BMI) และรอบเอว ซึ่งช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถวิเคราะห์แนวโน้มและการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพผู้รับบริการได้อย่างชัดเจน ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นภาพ

ผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การควบคุมอาหารการออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ

ระบบ CrRP จึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างการติดตามประเมินผล และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระดับบุคคล พร้อมทั้งสนับสนุนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิผลและยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนานวัตกรรม Chiangrai Remission Platform (CrRP) ช่วยให้ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลทุกระดับในจังหวัดเชียงราย สามารถเข้าถึงข้อมูลที่สำคัญได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา และมีความต่อเนื่อง ช่วยให้สามารถประเมินภาวะของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน วางแผนการรักษาที่เหมาะสม ป้องกันการเกิด Hypoglycemia และส่งเสริมการเข้าสู่ภาวะ Remission ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การเป็นต้นแบบของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพในระดับจังหวัด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การใช้ข้อมูลร่วมกัน และการประเมินผลตามตัวชี้วัดที่ชัดเจน ซึ่งสามารถขยายผลไปสู่การดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ได้ในอนาคต

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1. ด้านบุคลากรทางการแพทย์
    1.1 ลดภาระงานในการค้นหาและบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน
    1.2 ช่วยให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยได้แบบครบถ้วนในจุดเดียว
    1.3 เพิ่มความแม่นยำในการวางแผนการรักษาและการปรับลดยา
    1.4 สนับสนุนการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม
2. ด้านผู้รับบริการ (ผู้ป่วย)
    2.1 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเห็นข้อมูลสุขภาพของตนเอง เช่น น้ำหนัก ระดับน้ำตาล และการใช้ยา
    2.2 กระตุ้นแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
    2.3 เพิ่มความเข้าใจในโรคและเป้าหมายของการรักษา ทำให้มีส่วนร่วมในการวางแผนสุขภาพของตนเอง
    2.4 สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับทีมดูแล ผ่านกระบวนการสื่อสารที่มีข้อมูลรองรับ
3. ด้านระบบสาธารณสุขจังหวัด
    3.1 เกิดการบูรณาการข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานจากทุกสถานบริการเข้าสู่ศูนย์กลาง
    3.2 ช่วยให้สามารถวางแผนนโยบายสาธารณสุขเชิงรุกได้จากฐานข้อมูลจริง
    3.3 ลดค่าใช้จ่ายระยะยาวจากการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
    3.4 เพิ่มขีดความสามารถของจังหวัดเชียงรายในการเป็นต้นแบบ “ระบบดูแลสุขภาพเชิงรุกแบบยั่งยืน” ที่สามารถนำไปขยายผลระดับประเทศ

เอกสารอ้างอิง

Buse JB, Caprio S, Cefalu WT, et al. How do we define cure of diabetes? Diabetes Care 2009; 32: 2133–2135.

Nagi D, Hambling C, Taylor R. Remission of type 2 diabetes: a position statement from the Association of British Clinical Diabetologists (ABCD) and the Primary Care Diabetes Society (PCDS). Br J Diabetes 2019; 19: 73–76.

HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 4 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/cri/public/main

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้เป็นเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Remission Service). [อินเตอร์เน็ต]. 2566[เข้าถึงเมื่อ 4 กรกฎาคม 2568]: เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1517720240119072703.pdf

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2566.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ. หลักการและแนวปฏิบัติเพื่อการดูแลโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2568.

การพัฒนาการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลพาน

กิติชัย พงศ์วรินทร์[1] ศิริลักษณ์ ดวงจิตร[2]
[1,2] งานสุขาภิบาล กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมและองค์รวม

บทนำ

การจัดการขยะมูลฝอย ถือเป็นวาระแห่งชาติที่มีความสำคัญเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไข เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของปริมาณขยะมูลฝอยทุกปี ตามอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร การขยายตัวทางเศรษฐกิจและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการบริโภคของประชาชน โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย เป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย ขนาด 120 เตียง มีผู้รับบริการทั้งผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน ประมาณวันละ 1,000 คน จากการเก็บข้อมูล โรงพยาบาลพาน มีขยะทั่วไปเกิดขึ้นในปี 2565 – 2567 จำนวน 137,521, 103,785 และ 95,520 กิโลกรัม ตามลำดับ (เฉลี่ย 112,275 กิโลกรัม /ปี) ขยะติดเชื้อ มีปริมาณ 48,005, 32,569 และ 42,442 กิโลกรัม ตามลำดับ (เฉลี่ย 41,005 กิโลกรัม /ปี) แม้ปริมาณขยะทั่วไปจะมีปริมาณลดลง แต่ขยะติดเชื้อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2567 จากการขยายการให้บริการภายในโรงพยาบาล การจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลยังส่งผลต่อการเกิดมลภาวะทางน้ำ มลภาวะทางอากาศ มลภาวะทางดิน เป็นแหล่งเพาะพันธุ์แมลงและสัตว์นำโรค ก่อให้ เกิดความเดือดร้อนเป็นเหตุรำคาญ ตลอดจนทำลายสุนทรียภาพทางสิ่งแวดล้อม[1] การพัฒนาคุณภาพการจัดการขยะอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชน และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

ระยะเวลาการพัฒนานวัตกรรม

ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2566 - .มีนาคม 2568

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

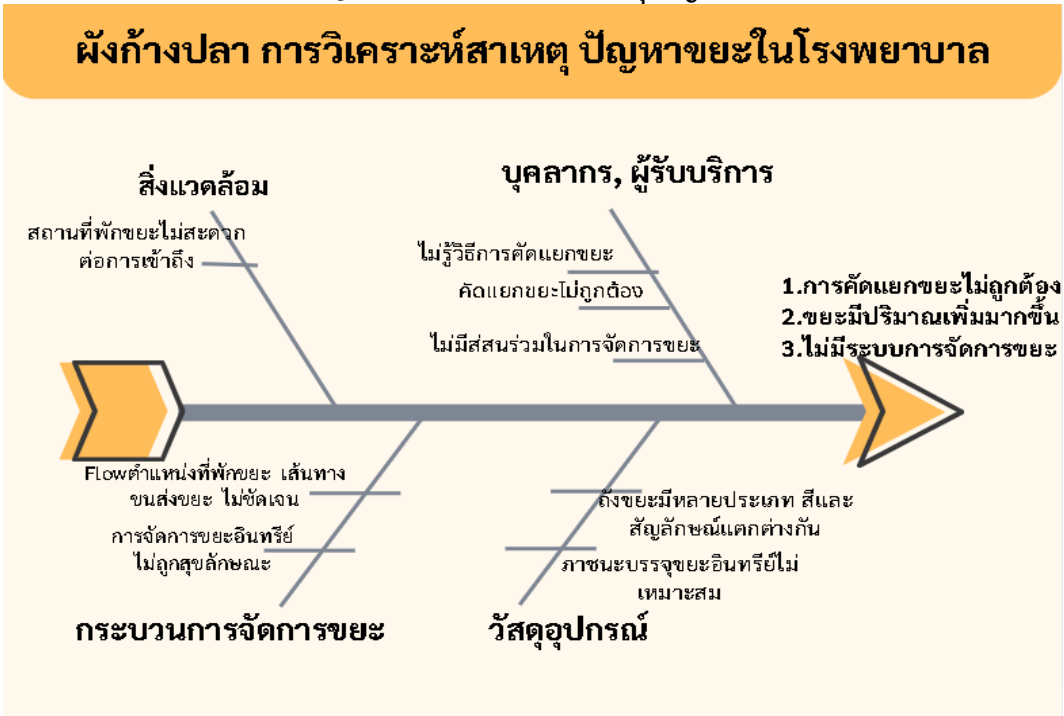
ระยะเริ่มแรก

การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

การวิเคราะห์เชิงระบบ โดยใช้เครื่องมือ แผนผังก้างปลา (*Fish bone Diagram*)

โดยพบว่า บุคลากร ยังไม่รู้วิธีการคัดแยกขยะที่ถูกต้อง มีการคัดแยก ทิ้งขยะไม่ถูกต้อง รวมถึงไม่มีส่วนร่วมในการจัดการขยะในโรงพยาบาล ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า สถานที่พักขยะ ไม่สะดวกต่อการเข้าถึง มีกระจายอยู่หลายจุดในโรงพยาบาล แต่เข้าถึงได้ยาก ด้านกระบวนการ พบว่า Flow ตำแหน่งที่พักขยะ เส้นทางขนส่งขยะ ไม่ชัดเจน ไม่เป็นปัจจุบัน การจัดการขยะอินทรีย์ไม่มีการจัดการอย่างถูกสุขลักษณะ รวมถึงด้านอุปกรณ์ ถังขยะมีหลากหลายขนาด หลายสี มีสัญลักษณ์ที่แตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถมีอำนาจจำแนกประเภทถังสำหรับบรรจุขยะแต่ละประเภทอย่างชัดเจน และเป็นแบบเดียวกันทั้งโรงพยาบาล

ผังก้างปลา (Fishbone diagram) การวิเคราะห์สาเหตุ ปัญหาขยะในโรงพยาบาลพาน



การวางแผน ตามกระบวนการ Appreciation Influence Control (AIC)

1) สร้างความรู้ (Appreciation) ชี้แจง, ประชาสัมพันธ์การคัดแยกขยะแก่บุคลากรโรงพยาบาล ประชาชนผู้มารับบริการ และรณรงค์การคัดแยกขยะ ในแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาล รวมถึงบ้านพักบุคลากรของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการคัดแยกขยะ ณ จุดกำเนิด ที่ถูกต้อง

2) สร้างแนวทางการพัฒนา (Influence) ประชุมหารือในคณะกรรมการ ENV บุคลากรในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง สอบถามความเห็นจากผู้รับบริการ นำมากำหนดแผน กิจกรรม การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะ จัดทำ Flow แนวทางการคัดแยกประเภทขยะ สี สัญลักษณ์ถุงขยะ ถังขยะที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ออกแบบระบบการจัดการขยะแต่ละประเภทให้ชัดเจน ถูกหลักสุขาภิบาล เช่น การจัดการขยะอินทรีย์โดยการสร้างบ่อกรีนโคน

3) การปฏิบัติและการควบคุมติดตาม (Control) การกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัดความสำเร็จ โดยกำหนดเป้าหมายลดปริมาณขยะทุกประเภทลง ร้อยละ 5 ผู้รับผิดชอบหลัก ได้แก่ บุคลากรงานสุขาภิบาล (กิติชัย พงศ์วรินทร์) และผู้รับผิดชอบรอง ได้แก่ บุคลากรกำจัดขยะ (สาคร อินโน) ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามกระบวนการ โดยประธาน ENV (ศิริลักษณ์ ดวงจิตร) และดำเนินงานโดยคณะกรรมการ ENV ผสานการมีส่วนร่วม ของบุคลากรโรงพยาบาลพาน ทุกคน รวมถึงความร่วมมือจากประชาชนผู้มารับบริการ

ระยะพัฒนา

1) พัฒนาระบบการสื่อสาร การคัดแยกขยะ เพื่อให้สามารถสร้างความรอบรู้ เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ บุคลากรของโรงพยาบาล และผู้รับบริการที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งสื่อประชาสัมพันธ์ เสียงตามสาย และการให้ความรู้ในที่ประชุม
2) พัฒนา Flow แนวทางการคัดแยกขยะ เส้นทางขนส่งขยะประเภทต่าง ๆ รวมถึงทบทวนสัญลักษณ์สำหรับถุงขยะ ถังขยะประเภทต่าง ๆ ให้มีมาตรฐานเดียวกัน

ระยะนำไปใช้

การปฏิบัติการ

1) การปฏิบัติการ (Action) ปรับปรุงจุดคัดแยกขยะในอาคารบริการ ยกเลิกจุดพักขยะติดเชื้อระหว่างอาคาร ให้ทิ้งในจุดอาคารบริการที่มีการแยกถูกต้อง ปรับปรุงจุดพักขยะในที่สาธารณะที่สำคัญ สร้างบ่อกรีนโคนสำหรับกำจัดขยะอินทรีย์ ใช้ถุงแยกขยะเฉพาะสำหรับบุคลากรบ้านพัก

2) การสังเกตผล (Observation) ติดตามประเมินผล ทุก 1 เดือน ได้แก่ ประเมินปริมาณขยะประเภทต่าง ๆ การสุ่มประเมินการคัดแยกขยะในบริเวณโรงพยาบาล ร่วมสรุปรูปแบบการพัฒนาการจัดการขยะในโรงพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยการสอบถามปัญหาในที่ประชุมคณะกรรมการ ENV และการประชุมที่เกี่ยวข้อง

3) การสะท้อนผลให้กับบุคลากรโรงพยาบาล และผู้รับบริการในโรงพยาบาล (Refection) โดยการคืนข้อมูลในคณะกรรมการ ENV และประชาสัมพันธ์ผลการจัดการขยะอย่างมีส่วนร่วมแก่บุคลากรในโรงพยาบาล

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

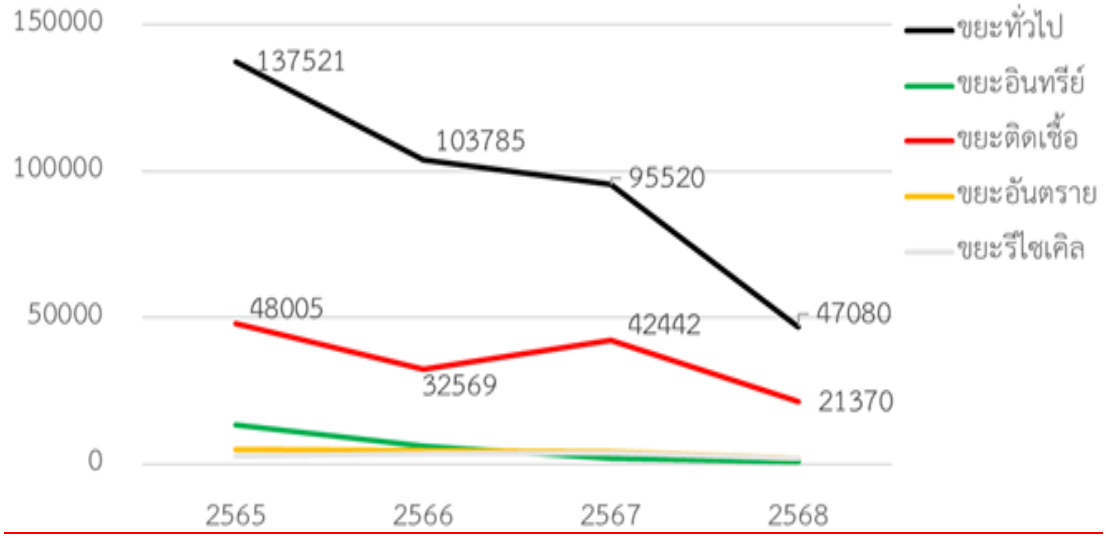
1) วัดปริมาณขยะทุกประเภท รายงานสถิติ แนวโน้ม ข้อเสนอเพื่อพิจารณา ต่อคณะกรรมการ ENV ผู้บังคับบัญชา และผู้เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง
2) สุ่มประเมินความถูกต้อง การคัดแยกขยะ ติดตามข้อมูลข้อร้องเรียนในระบบ HOIR เรื่องการจัดการขยะในระบบ HRMS อย่างต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด (ผลผลิต / ผลลัพธ์)

ปริมาณขยะทั่วไป ขยะติดเชื้อ ปี 2567 - 2568

ตารางแสดงปริมาณขยะทั่วไปและขยะติดเชื้อ โรงพยาบาลพาน ปี 2567 – 2568 (ปี 2568 ข้อมูล เดือนตุลาคม 2567 - มีนาคม 2568 – ครึ่งปี)

(กิโลกรัม)



การประเมินเชิงคุณภาพ พบว่า ความถูกต้องของการคัดแยกขยะ ร้อยละ 91.43 (ปี 2567 ยังไม่มีการประเมินความูกต้องการคัดแยกขยะ)

สรุป

จะเห็นได้ว่า หลังมีการพัฒนากระบวนการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วม ในปีงบประมาณ 2568 ปริมาณขยะทั่วไปลดลง ร้อยละ 1.42 ขยะอินทรีย์ลดลง ร้อยละ 9.62 ขยะอันตราย ลดลง ร้อยละ 10.3 ขยะรีไซเคิลเพิ่มขึ้น ร้อยละ 8.19 ขยะติดเชื้อ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.7 จะเห็นได้ว่า ขยะทั่วไป ขยะอินทรีย์ และขยะอันตรายมีประมาณลดลง (เมื่อเทียบกับประมาณ 6 เดือน ของปี 2568 กับ 6 เดือน ของปี 2567)ส่วนขยะติดเชื้อ และขยะรีไซเคิลมีปริมาณเพิ่มขึ้น โดยในกระบวนการคัดแยกขยะ ทำให้สามารถดงขยะรีไซเคิลออกมาจากขยะทั่วไป และทำให้บุคลากรแยกขยะที่เป็นขยะติดเชื้อ ส่งกำจัดอย่างถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ส่วนการประเมินเชิงคุณภาพ พบว่า ความถูกต้องของการคัดแยกขยะ ร้อยละ 91.43 (ปี 2567 ยังไม่มีการประเมินความมูกต้องการคัดแยกขยะ) แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับขยะติดเชื้อ และความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรโรงพยาบาล[2] ซึ่งการประเมินความถูกต้อง ทีมงานจะนำไปต่อยอดการพัฒนาต่อในปี 2569 ต่อไป

ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม

1) ด้านงบประมาณ สามารถประหยัดงบประมาณในการจัดการขยะทั่วไป และขยะอินทรีย์ ทำให้โรงพยาบาลนำงบประมาณมาพัฒนาในด้านอื่น ๆ
2) ด้านการจัดการ ทีมงานสามารถสร้างการมีส่วนร่วม ของบุคลากร และผู้รับบริการ ในการบริหารจัดการขยะแบบมีส่วนร่วม ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน การพัฒนากระบวนการ การดำเนินการ การประเมินผล และสะท้อนผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อสร้างการมีส่วมร่วมในการพัฒนาต่อไปในอนาคต
3) ด้านบุคลากร ได้พัฒนาบุคลากร ในเรื่องความรู้ ทักษะการคัดแยกขยะ การบริหารจัดการขยะแบบมีส่วนร่วม เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1.กรมอนามัย. คู่มือการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ หลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่เกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2563.

2. ประสาท รุจิรัตน์. ปัจจัยที่มีผล ต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรโรงพยาบาลวังน้ำเขียวจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ 2561;5(2):35–52.

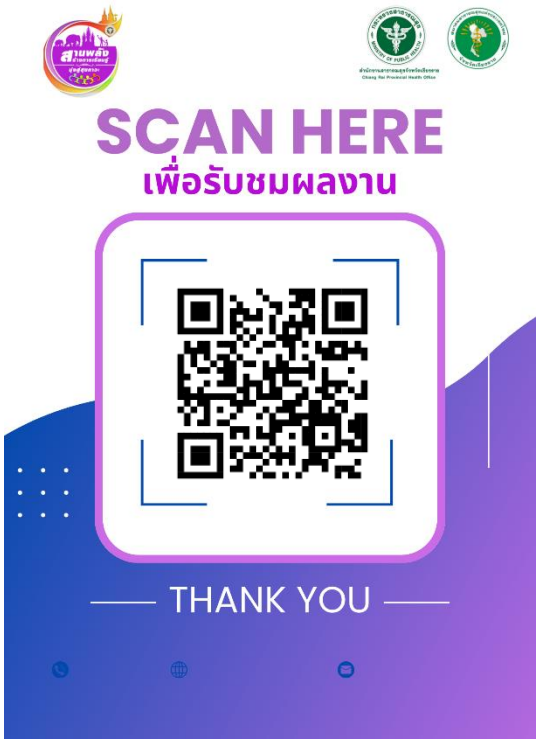
ผลงานวิชาการ
ประเภทคลิปวีดีโอ TikTok

ผลงาน

Healthy Staff = Happy Patients : พนักงานสุขภาพดี = คนไข้มีความสุข

นางสาวจุฑามาศ คำหล้า
หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลแม่สาย

ในสถานการณ์ที่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) กำลังเพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยทำงาน โรงพยาบาลแม่สาย มีแนวคิด “Healthy Staff, Happy Patients” โดยบุคลากรสุขภาพมีความตระหนักการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อส่งต่อแนวคิดการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ กิจกรรมต่าง ๆ จึงมุ่งเน้นที่การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในที่ทำงาน เช่น การดูแลโภชนาการ ลดอาหารหวาน มัน เค็ม การเคลื่อนไหวระหว่างวัน มุมสุขภาพ มุมผ่อนคลาย ในที่ทำงาน การสนับสนุนการดูแลสุขภาพสม่ำเสมอ เมื่อบุคลากรมีสุขภาพกายใจที่ดี เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้รับบริการ แนวทางนี้ช่วยสร้างวัฒนธรรมใหม่ในการทำงานที่เน้น “สุขภาพดีร่วมกัน” ระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้รับบริการ เป็นต้นแบบของการพัฒนาคุณภาพชีวิตบุคลากรควบคู่กับการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ แนวคิดนี้จึงเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อน “ชาวเชียงรายสุขภาพดี” ที่ไม่ใช่แค่ปลอดโรค แต่มีพลังใจและสุขภาวะที่ดีไปด้วยกัน

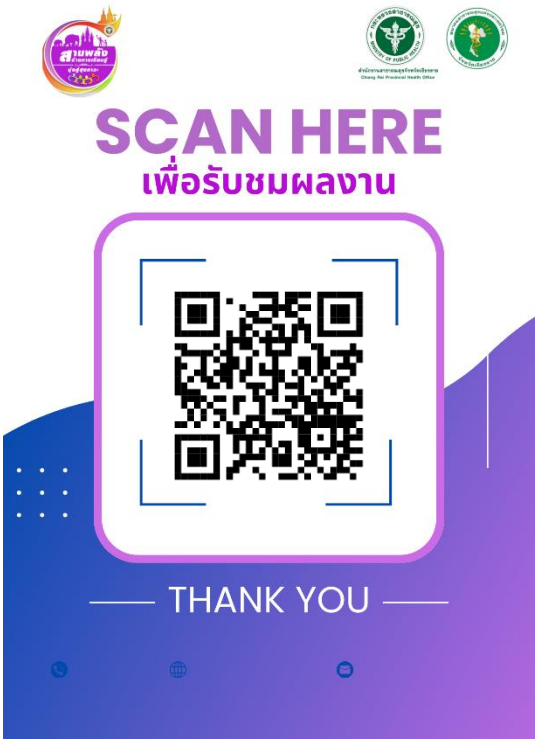


ผลงาน

“สุขภาพดี.. ไม่มีพรมแดน” Good Health Knows No Borders

1. นางสาวสุชาดา ลำพูน
2. นางสาวลัดดาวรรณ ดีดวงดี 3. Miss Khin Yadanar Phyo
ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ พรมแดนสามเหลี่ยมทองคำ

ชายแดนไม่มีรั้วกั้นโรค ไม่ว่าจะเป็นโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ หรือพฤติกรรมเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ชายแดนจึงต้องครอบคลุมทุกมิติอย่างเป็นระบบ ด้วยการประเมินความเสี่ยงทั้งด้านกายภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้สามารถคัดกรองและให้ความช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที การสื่อสารสุขภาพอย่างหลากหลายภาษา คือ หัวใจสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำ เปิดโอกาสให้ทุกคนเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม การให้คำปรึกษาครอบคลุมทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ควบคู่ไปกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ อาทิ ลดการสูบบุหรี่ บริโภคลดหวาน เค็ม มัน รวมถึงการสวมหน้ากากอนามัย **เป้าหมาย** คือ การพัฒนาระบบสุขภาพชายแดนที่มีคุณภาพ เข้าถึงได้ และยั่งยืน เพื่อความมั่นคง ด้านสุขภาพของประชาชนทั้งสองฝั่งพรมแดนที่เชื่อมโยงกันทั้งชีวิต เศรษฐกิจ และสังคม

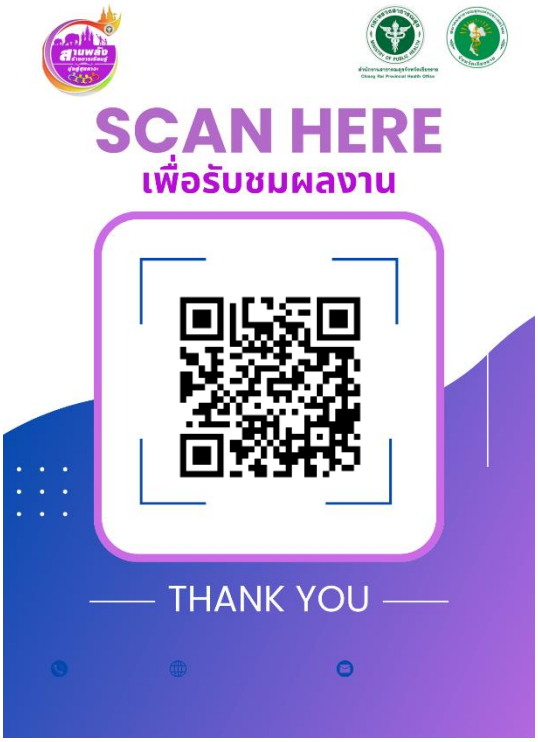


ผลงาน
ตรวจก่อน รู้ก่อน ป้องกันได้ (Lab NCDs)

นางสุนีย์นุช งามสม, นางดวงดาว เตชะนันท์ และทีม
หน่วยงาน โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า

NCDs (Non-Communicable Diseases) คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคหรือการติดเชื้อ NCDs ที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) โรคไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease) โรคปอดเรื้อรัง (เช่น COPD) โรคมะเร็งบางชนิด เป็นต้น มักเกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต เช่น การกินอาหารไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ความเครียดเรื้อรัง เป็นต้น

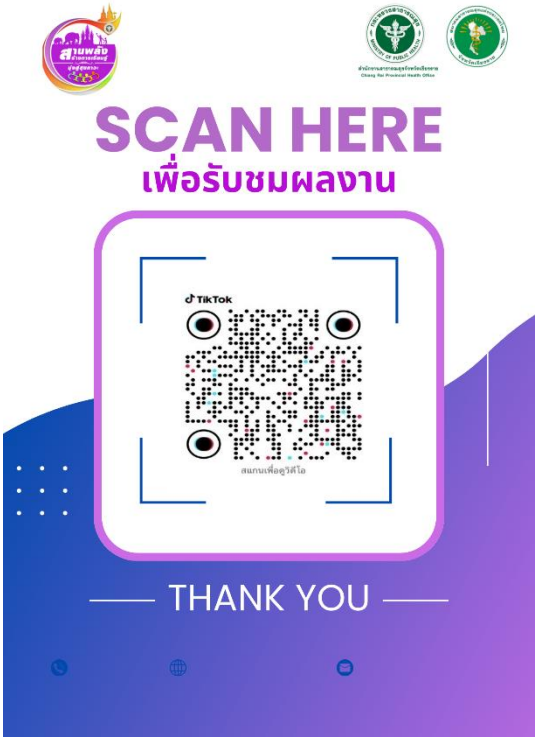
ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (Laboratory : LAB) มีบทบาททั้ง ก่อนเกิดโรค ระหว่างรักษา และป้องกันโรค ติดตามค่าผลเลือดเป็นระยะ ช่วยแพทย์และสหวิชาชีพ วางแผนการรักษา ปรับพฤติกรรมผู้รับบริการได้ตรงจุด ประเมินความเสี่ยงโรคล่วงหน้า แม้ยังไม่มีอาการ เมื่อรู้ผล Lab สามารถปรับพฤติกรรมได้ทัน ก็สามารถลดความเสี่ยง NCDs ได้



ผลงาน
โรคที่มากับหน้าฝน

นางสาวสุวรรณี ทิพย์โชติ
หน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม้ยา

โรคที่พบบ่อยในหน้าฝน ได้แก่ โรคที่มียุงเป็นพาหะ โรคมือ เท้า ปาก โรคฉี่หนู โรคตาแดง โรคอาหารเป็นพิษและไข้หวัด แนะนำให้พกร่มและดูแลสุขภาพ พักผ่อนให้เพียงพอ



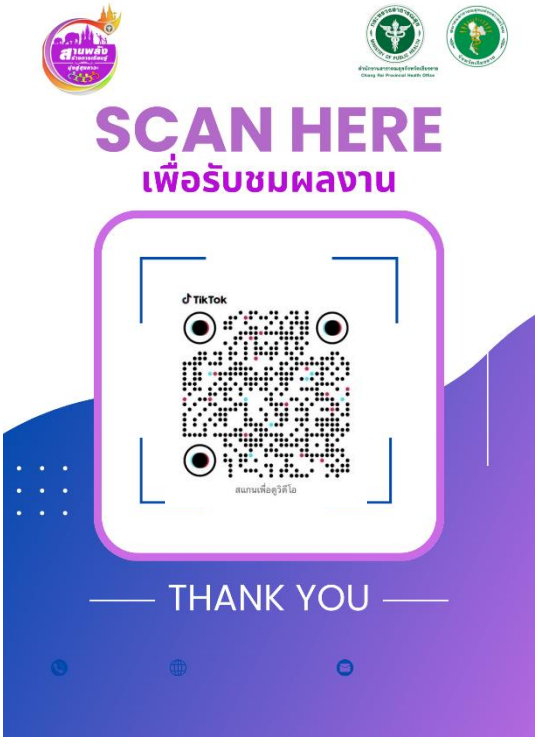
ผลงาน

สุขภาพดีที่เวียงชัย ห่างไกล NCDs

นางพัชรินทร์ อารีย์ และ นายกฤษณะ พรชัย
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงชัย

จากนโยบายท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข การขับเคลื่อนนโยบายคนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สู่การปฏิบัติในพื้นที่ โดยทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงชัย ได้ให้ความรู้การป้องกันโรคโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งถือเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขกับประชาชนทุกช่วงวัย โดยในพื้นที่อำเภอเวียงชัย เราใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย 5 ฐาน

ฐานที่ 1 การรับรู้ตนเอง โดยการซักประวัติความเสี่ยง วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก เพื่อรู้สถานะสุขภาพตนเอง
ฐานที่ 2 การออกกำลังกาย เคลื่อนไหวให้มากขึ้น อย่างน้อย 30 นาที/วัน หรือ 150 นาที/สัปดาห์
ฐานที่ 3 ลดหวาน มัน เค็ม ลดการเติมน้ำตาล น้ำปลา ซอสปรุงรส เลี่ยงอาหารทอด มัน และอาหารแปรรูป
ฐานที่ 4 งดเหล้า-บุหรี่ เพื่อหันมาดูแลตนเอง และเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูกหลาน
ฐานที่ 5 สุขภาพจิตดี พักผ่อนเพียงพอ ทุกคนควรให้เวลากับตนเอง ได้ผ่อนคลาย และนอนหลับอย่างเพียงพอ



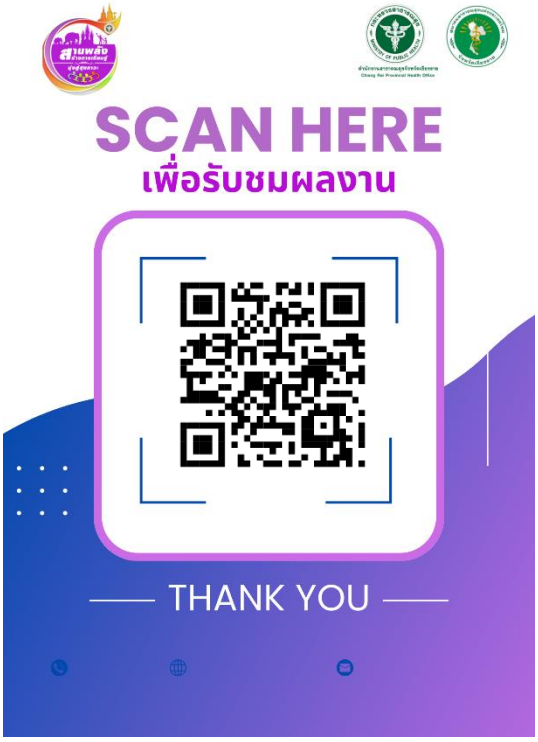
ผลงาน

HPV Self Test ตรวจมะเร็งปากมดลูกเองได้ง่ายไม่ต้องอายหมอ

นายกิตติชัย ปัญญาวรรณ์
โรงพยาบาลพาน

มะเร็งปากมดลูก เกิดจากการติดเชื้อไวรัสที่ชื่อ Human Papilloma Virus หรือเรียกสั้นๆว่าเชื้อ เอชพีวี (HPV) สามารถติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์ โดยอาจจะเกิดจากการติดต่อได้หลายช่องทาง เช่น ทางปาก ทางช่องคลอด หรือ ทางทวารหนัก โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถตรวจพบได้ในระยะก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็ง โดยส่วนใหญ่ระยะเริ่มแรกนี้มักจะไม่มีอาการแสดงใด ๆ ตรวจพบจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

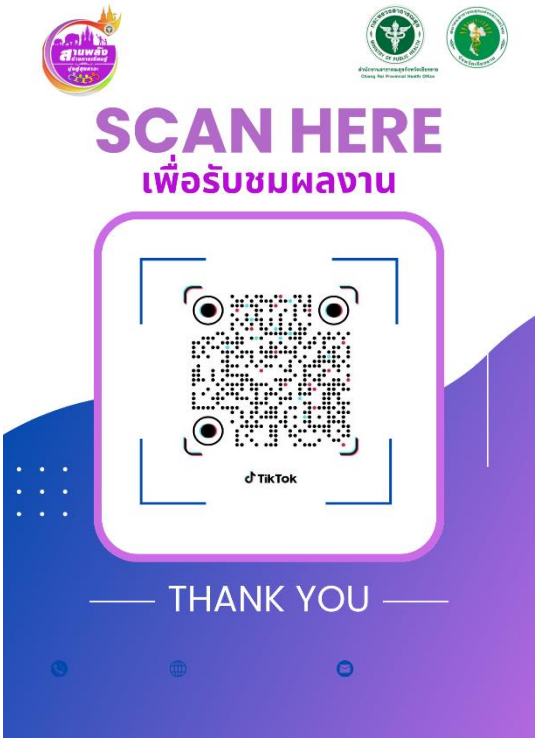
ดังนั้น สตรีในวัยเจริญพันธุ์ควรตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำและสม่ำเสมอ โดยไม่ต้องรอให้มีอาการใด ๆ สำหรับหญิงไทยทุกสิทธิ ที่มีช่วงอายุตั้งแต่ 30 - 60 ปี ทุกคน และอายุตั้งแต่ 15-29 ปี ที่มีความเสี่ยงสูง (ครั้งแรก) เช่น มีคู่นอนหลายคน หรือมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุก 5 ปี แต่ที่ผ่านมาพบว่ามีผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองน้อย ส่วนหนึ่งมาจากกลัวเจ็บและเขินอาย รพ.พาน จึงขอเชิญชวนหญิงกลุ่มเป้าหมาย ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้ชุดเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง ฟรี ไม่ต้องขึ้นขาหยั่ง ไม่เจ็บ ไม่อาย เพิ่มโอกาสในการตรวจพบความผิดปกติ และเข้าสู่การรักษาได้ตั้งแต่แรกเริ่ม



ผลงาน
เริ่มวันนี้ ชีวิตห่างไกล NCDs

นางสาววรรณิภา เกษวิริยะการ
โรงพยาบาลแม่จัน

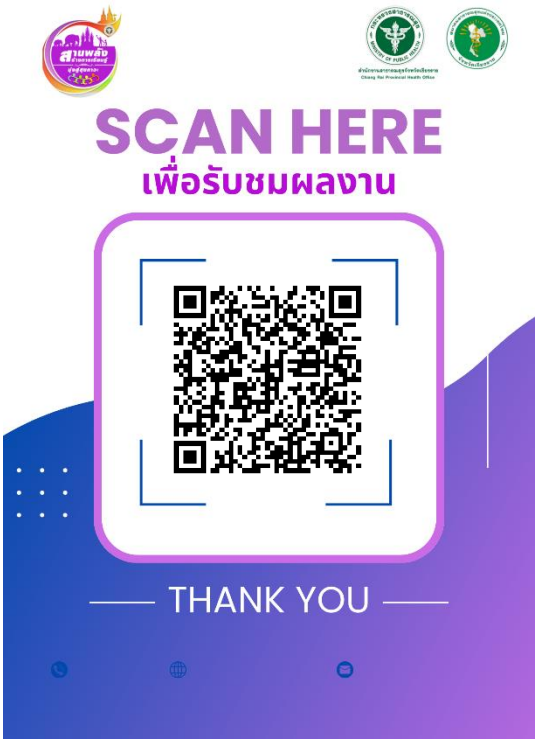
โรค NCDs หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน ไขมันในเลือด กำลังเป็นภัยเงียบที่เกิดจากพฤติกรรมในชีวิตประจำวันแต่เราทุกคนสามารถป้องกันได้ ด้วยการเริ่มปรับพฤติกรรมวันนี้เลือกกินอาหารสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม ดื่มน้ำเปล่าให้มากขึ้น แทนน้ำหวานหรือน้ำอัดลม ขยับร่างกายทุกวัน อย่างน้อยวันละ 30 นาที นอนหลับให้พอ ลดความเครียด และตรวจสุขภาพประจำปี เพียงเท่านี้ก็ช่วยให้เราห่างไกล NCDs ได้ อย่ารอให้ป่วยก่อนแล้วค่อยดูแล เริ่มวันนี้ เพื่อสุขภาพดีในวันข้างหน้า



ผลงาน
ป้องกันโรค NCDs

นายอัทธเมศร์ ไชยกมลอนันต์
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

การบริโภคในปัจจุบันมีความหลากหลายและเปลี่ยนแปลงไปตามเทรนด์และไลฟ์สไตล์ของผู้คน ที่เน้นไปทางความสะดวกและรวดเร็ว รวมไปถึงประสบการณ์การบริโภคที่แปลกใหม่ ทำให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม อีกทั้งยังรวมไปถึงพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และการพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นต้น การนำเสนอผลงาน “ป้องกันโรค NCDs” นี้ จึงสร้างขึ้นมาเพื่อพัฒนาสื่อดิจิทัลและเป็นแรงจูงใจให้ประชาชนหันมาใส่ใจการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อไม่เสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในอนาคต

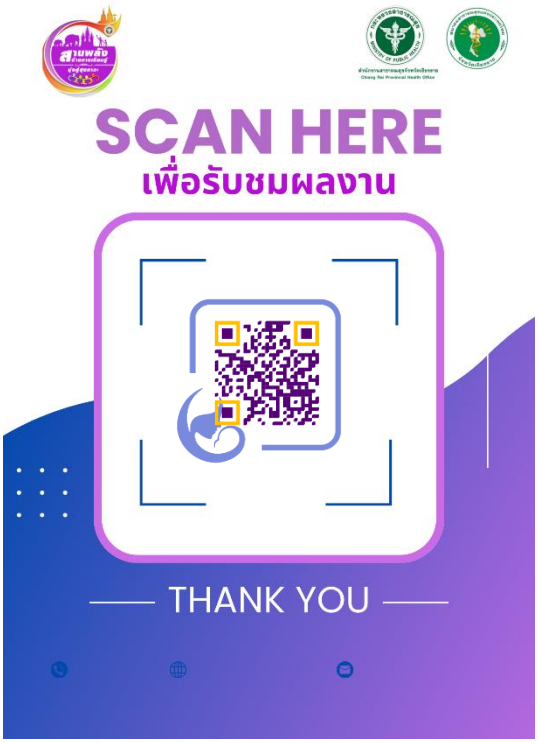


ผลงาน

Stopมะเร็งปากมดลูก Start HPV Self Sam Pling

1.นางธัญญลักษณ์ ปันตั๋น 2.นส.ณัฐวดี วะสัตย์ 3.นส.อรทัย อินต๊ะ
รพ.สต.บ้านร่องธาร ต.ทรายขาว อ.พาน จ.เชียงราย

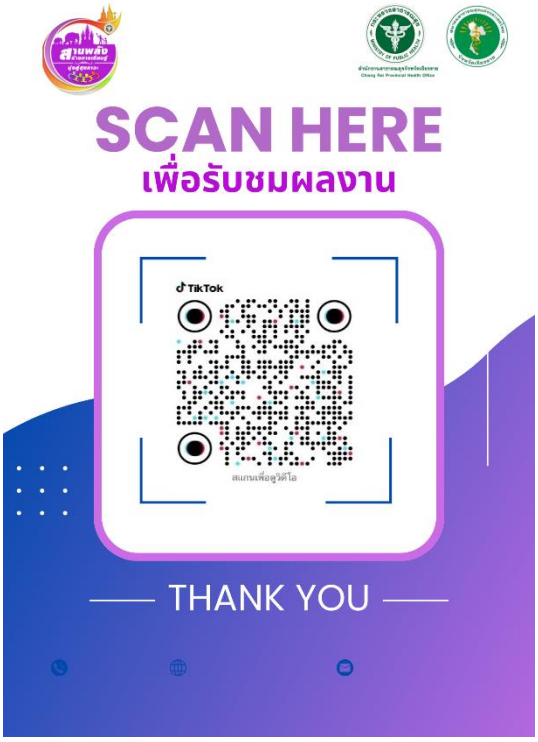
มะเร็งปากมดลูก 1 ในปัญหาโรคเรื้อรัง NCD อันดับต้นของผู้หญิง ซึ่งทางรพ.สต.บ้านร่องธารมีความตั้งใจและตระหนักในการตรวจว่า ยิ่งตรวจไว ยิ่งเจอไว ยิ่งรักษาได้ไว ทั้งนี้การคัดกรองและการเชิญชวนรวมถึงการรณรงค์ในผู้หญิงกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตัวเอง จึงมีความสำคัญ และปัจจุบันวิธีที่ดีนั่นคือ HPV DNA Test หรือ HPV Self Sam Pling นั่นเอง วิธีนี้จะช่วยผ่อนคลายความกังวลของผู้หญิงที่กลัวเจ็บ อายแพทย์ กลัวการสอดอุปกรณ์ปากเป็ดตรวจช่องคลอดหรือกลัวการตรวจภายใน รวมถึงไม่มีเวลามาตรวจที่โรงพยาบาล วิธีนี้จึงทำได้ง่ายขึ้น ไม่ต้องขึ้นขาหยั่ง และเป็นทางเลือกที่ดีและสะดวกสำหรับผู้หญิงในปัจจุบัน



ผลงาน
ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลแม่ลาว เชื่อมโยงเครือข่ายห้องปฏิบัติการเชียงราย มุ่งส่งเสริมสุขภาพประชาชน ปลอดภัยจากโรคไม่ติดต่อ

นางสาวมัณฑนา บุศย์เมือง, นายชัยสิทธิ์ สุวรรณจักษ์
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลแม่ลาว

ณ เบื้องหลังห้องสีขาวที่เต็มไปด้วยกลิ่นสะอาดและเสียงเครื่องตรวจวิเคราะห์ที่ไม่เคยหยุดนิ่ง มีทีมงานเล็ก ๆ ที่เปี่ยมด้วยหัวใจแห่งความรับผิดชอบทำงานอย่างไม่รู้เหน็ดเหนื่อย ทุกหยดเลือด ทุกตัวอย่างที่ส่งเข้ามา ไม่ใช่เพียงแค่สิ่งส่งตรวจธรรมดา แต่คือความหวังของใครคนหนึ่งที่รอคอยคำตอบจากความเงียบงันของร่างกาย ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลแม่ลาว เปรียบประดุจหัวใจ ดวงเล็กๆ ดวงหนึ่งของระบบสาธารณสุขที่แม้จะไม่ปรากฏต่อสายตาในแนวหน้า แต่กลับมีบทบาทสำคัญยิ่งในการป้องกันและคัดกรองโรคภัยโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ค่อย ๆ คืบคลานอย่างเงียบงันและพรากสุขภาพของผู้คนไปทีละน้อย ด้วยพลังแห่งการเชื่อมโยงเครือข่ายห้องปฏิบัติการทั่วจังหวัดเชียงราย พวกเราขยายขอบเขตของการดูแลผู้ป่วยได้ไกลกว่าที่เคย ความร่วมมือ ความแม่นยำ และมาตรฐานที่สอดคล้องกัน สะท้อนออกมาเป็นความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน ในทุกวันอันเงียบสงบ ภายใต้แสงไฟเรืองรองของกล้องจุลทรรศน์ ความมุ่งมั่นของคนแลปยังคงเรืองรองไม่ต่างกัน พวกเราอาจไม่ใช่แพทย์ที่รักษาโรค แต่คือผู้ที่ทำให้การวินิจฉัยเป็นไปได้ และทำให้การป้องกันเกิดขึ้นก่อนที่ความสูญเสียจะมาถึง **แลปแม่ลาว** จึงไม่ใช่เพียงที่ๆทำการวิเคราะห์ผลตรวจ แต่เป็นพื้นที่แห่งความหวัง ที่เชื่อมโยงชีวิตกับสุขภาพ และเชื่อมโยงจิตใจของคนทำงานกับหัวใจของประชาชนอย่างแท้จริง



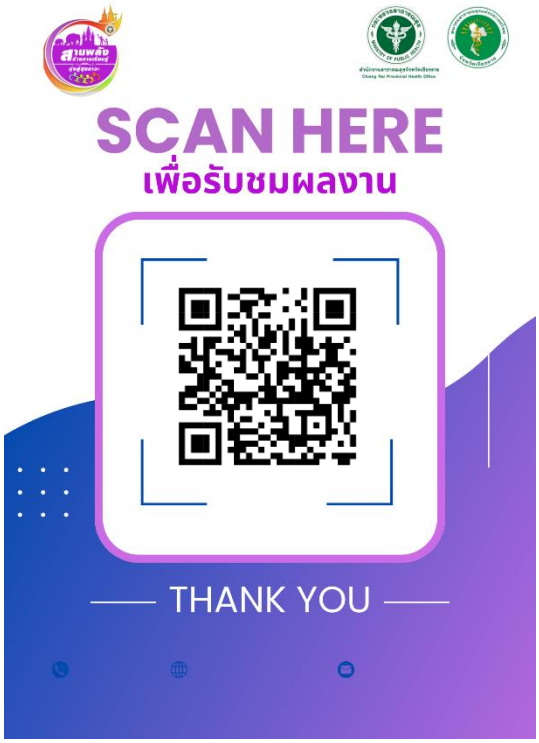
ผลงาน

บริษัท NCDs จำกัด!

นางสาวภัทรียา วรรณสอน
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองแม่จัน โรงพยาบาลแม่จัน

สาระดีๆ ในคลิปสัมภาษณ์สุดปังจากบริษัท NCDs จำกัด ที่รับคนผ่านโปรเป็นเบาหวานแต่ไม่ผ่านนิสัยกินหวาน! ในคลิปวิดีโอนี้ จะพาไปรู้จักกับ “พนักงานใหม่สายสุขภาพ” ของบริษัท NCDs จำกัด ที่แม้จะเคยเผลอใจให้ของหวาน แต่ปัจจุบันปรับตัวจนผ่านโปรสุขภาพ ด้วยการเปลี่ยนวิธีคิดและการใช้ชีวิต โดยเฉพาะ “การนับคาร์บ” ที่กลายเป็นเครื่องมือสำคัญให้เขาเข้าใจร่างกายตัวเองมากขึ้น บทสัมภาษณ์สไตล์ไม่เครร่งเครียด สนุกสนาน แต่แอบสอดแทรกเนื้อหา การนำเสนอรูปแบบสัมภาษณ์ “รับเข้าทำงาน” เปรียบเปรยโรค NCDs ว่าเป็นบริษัทที่หลายคนสมัครเข้ามาเองแบบไม่รู้ตัว เพราะพฤติกรรมการกิน การใช้ชีวิตแบบเสี่ยงโดยไม่ปรับตัว การใช้มุกตลก ทำให้สาระสุขภาพดูใกล้ตัว และจำง่ายมากขึ้น

สาระสำคัญ: นับคาร์บ การเปรียบเทียบปริมาณข้าว ผลไม้ กับค่าคาร์บใน 1 หน่วย (15 กรัม) เพื่อให้คนดูเริ่มนับคาร์บในชีวิตจริงได้ง่ายๆ สอดแทรกเกร็ดความรู้จาก “สมุนไพรไทยใกล้ตัว” ปิดท้ายด้วยการนำเสนอทางเลือกใหม่ที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ NCDs เป็นเรื่องจริงที่ป้องกันได้เริ่มที่จานข้าวเรา

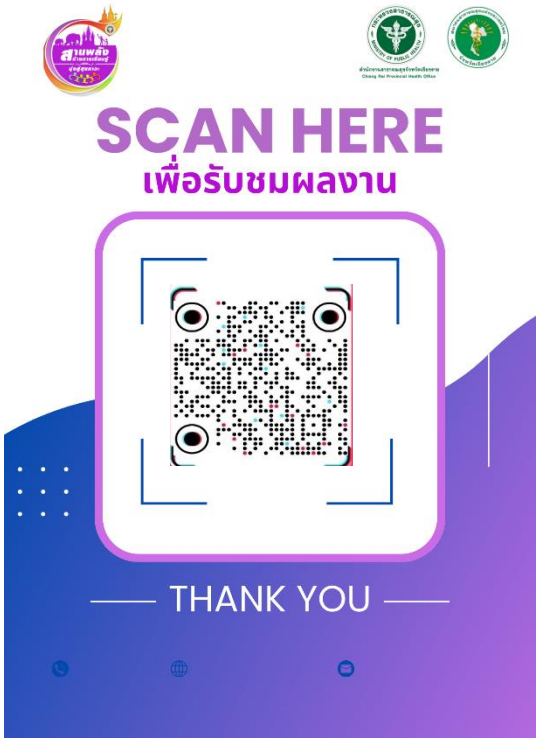


ผลงาน

เสียงจากหัวใจ ชีวิตใหม่ ห่างไกลยาเสพติด

นายภูวสิษฏ์ โปราหา
โรงพยาบาลแม่ลาว

สมเด็จย่าทรงตรัสว่า “คนที่ติดยา เขาเป็นคนหรือเปล่า ในเมื่อเขาเป็นคน เรามีการช่วยเหลือเขาได้ไหม ถ้าช่วยเหลือเขาได้ เท่ากับชุบชีวิตใหม่ให้เขา เราก็ควรทำ” จากคนติดยา ที่ไม่มีใครต้องการ ได้รับโอกาศเข้ามาบำบัดที่ศูนย์มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลแม่ลาว วันนี้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดเสร็จสิ้นแล้ว มีความมั่นใจที่จะกลับใช้ชีวิตใหม่ โดยไม่มียาเสพติด จึงอยากสะท้อนความรู้สึกของตนเอง ผ่านคลิปวิดีโอ ตั้งแต่วันแรกที่ตัดสินใจเข้ามารับการบำบัด จนถึงวันประสบความสำเร็จในการเลิกยาเสพติดได้ เพื่อเป็นกำลังใจ ให้แก่เจ้าหน้าที่ ศูนย์บำบัดมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลแม่ลาว และเป็นแบบอย่างให้กับผู้ติดยาเสพติดรายอื่น ที่ยังลังเลในการเข้าสู่ระบบการรักษา ว่ายาเสพติดสามารถเลิกได้ หากเรามีความตั้งใจจริง และปรึกษาโรงพยาบาลเฉพาะทางในการวางแผนการรักษาที่ถูกต้อง โดยที่ศูนย์บำบัดมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลแม่ลาว จะสอนให้ผู้บำบัดเริ่มจากการรักตัวเองก่อน พร้อมทั้งฝึกทักษะต่างๆ เรื่องของ สมองติดยา ทักษะการปฏิเสธ และการอยู่ร่วมกับคนอื่นอย่างมีความสุข ทางศูนย์บำบัดจึงได้จัดทำคลิปวิดีโอ TikTok นี้ขึ้น



ผลงาน

4 โรคเรื้อรังยอดฮิต..รู้ไว้..ป้องกันได้

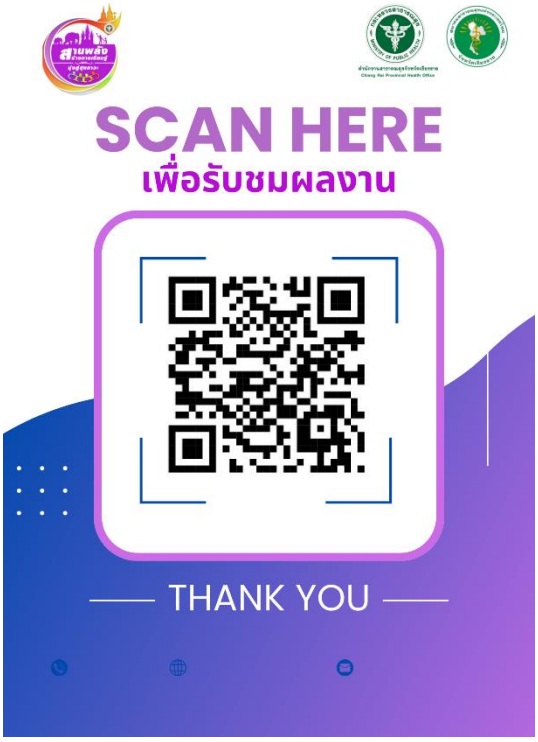
นางสาวอัจฉรา ทะระมา
โรงพยาบาลเทิง

โรคเรื้อรังยอดฮิต 4 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคไตวายเรื้อรัง, และ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) มีความสำคัญอย่างมากในระบบสาธารณสุข เนื่องจากมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1. โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคตา แ ละระบบประสาท
2. โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และไตวาย
3. โรคไตวายเรื้อรัง เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ต้องได้รับการฟอกไต เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย
4. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เกิดจากการสูบบุหรี่หรือการสัมผัสสารระคายเคืองเป็นเวลานาน

การป้องกันโรคเรื้อรังทั้ง 4 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ไตวายเรื้อรัง, และ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) สามารถทำได้โดยการปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยง

"กินดี อยู่ดี ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โรคเรื้อรังไม่มาเยือนแน่นอน"

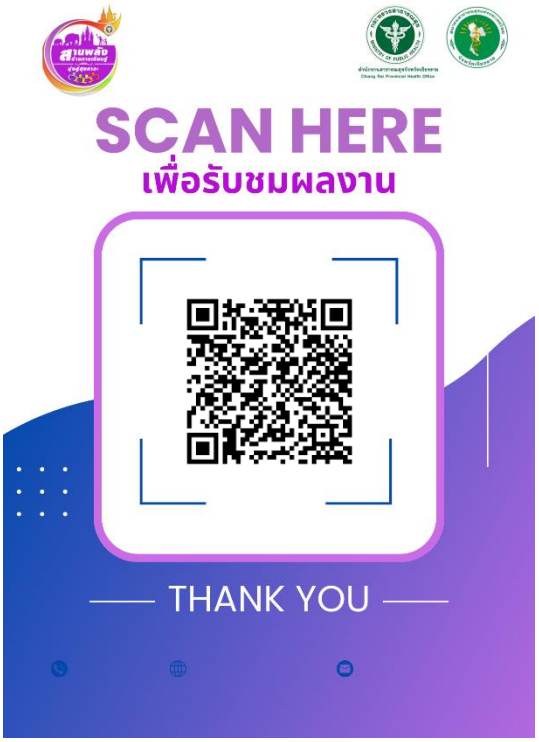


ผลงาน

กินดี ชีวีปลอดโรคทุกคำที่คุณกิน คือทางเลือกของสุขภาพคุณ

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สสจ.ชร.

ในแต่ละวันบุคลากรวัยทำงานอย่างเรา ต้องวิ่งไล่ล่าความฝัน ฝ่าภาระงานที่ถาโถม หลายครั้งที่เราเลือกตามใจปากเพราะไม่มีเวลา อาหารจานด่วน อาหารประเภทหวานจัด มันจัด เค็มจัด ซึ่งอาหารเหล่านี้มีรสชาติอร่อยแต่อันตราย เสี่ยงโรค NCDs เช่น เบาหวาน ความดัน ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง และอ้วนลงพุง แต่เราเลือกใหม่ได้ แค่เปลี่ยน “นิสัยการกิน” เป็น “กินดี มีประโยชน์” กินผักผลไม้ในปริมาณเพียงพอ ลดน้ำหวาน เลี่ยงของทอด อ่านฉลากก่อนซื้อ ขยับร่างกายทุกวัน ไม่ต้องรอป่วยถึงจะเริ่มดูแลตัวเอง สุขภาพดีสร้างได้ทุกมื้อ ทุกคน ทุกวัน You Are What You Eat กินดีวันนี้ ชีวีปลอดโรคในวันหน้า "สุขภาพดีเริ่มที่ตัวเรา"

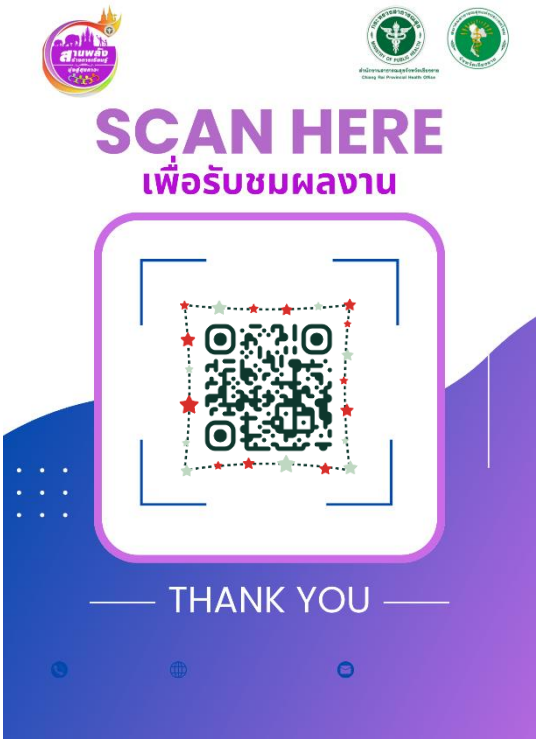


ผลงาน

"วิถีสุขภาพเชียงราย 4 เคล็ดลับง่ายๆ ห่างไกล NCDs"

นางสาวรุ้งลาวัลย์ กาวิละ
โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง

"วิถีสุขภาพเชียงราย 4 เคล็ดลับง่ายๆ ห่างไกล NCDs" เป็นคอนเทนต์สำหรับ Application TikTok ที่มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายคนรักสุขภาพ วัยทำงาน และผู้สูงอายุ นำเสนอวิธีการดูแลสุขภาพแบบง่าย ๆ ในชีวิตประจำวัน ผ่านเคล็ดลับ 4 ข้อหลัก ได้แก่ 1. การเดินขึ้นบันได 99 ขั้น เทียบเท่าการทำคาร์ดิโอ 5 นาที 2 .การรับประทานอาหารพื้นบ้านที่มีประโยชน์แทนอาหารที่มีน้ำตาลสูง 3. การพักผ่อนด้วยการจิบชา และหายใจลึก และ 4. การออกกำลังกายง่ายๆ ระหว่างรอทำกิจกรรมต่างๆ วิดีโอนำเสนอในรูปแบบที่สนุก กระชับ พร้อมกราฟิกและซับไตเติ้ลที่ชัดเจน มีการท้าทายผู้ชมด้วยแฮชแท็ก #ChiangRai30 และปิดท้ายด้วยการเชิญชวนให้ติดตามช่องและติดแฮชแท็ก #สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย #Tiktokcontest #Healthy Chiang Rai Lifestyle Beyond NCDs #งานวิชาการ68 เพื่อสร้างชุมชนคนรักสุขภาพ

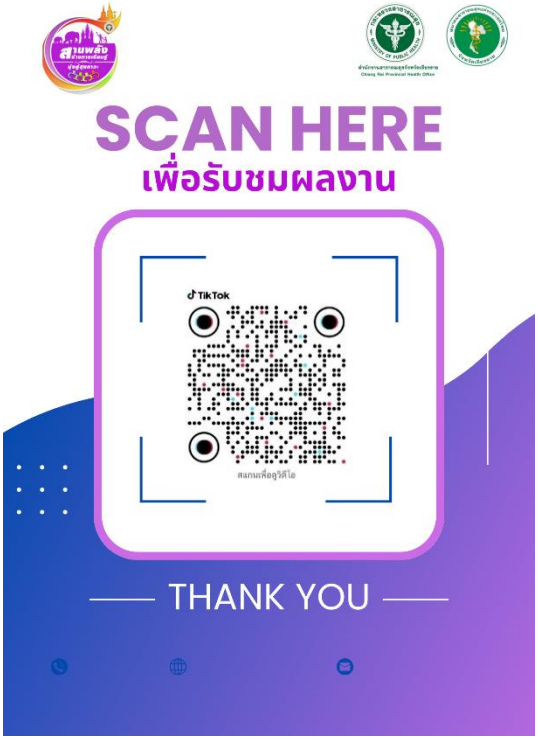


ผลงาน

รู้เร็ว ดูแลไว ห่างไกล โรคเบาหวาน-ความดัน

นางสาวอรทัย บุญมี
โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจัดเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทยและทั่วโลก เนื่องจากมีแนวโน้มการเกิดโรคสูงขึ้นทุกปี ซึ่งอำเภอแม่ฟ้าหลวงมีลักษณะเฉพาะคือประชากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ เช่น อาข่า ลาหู่ ไทยใหญ่ เป็นต้น ที่มีข้อกำจัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพและข้อมูลที่ถูกต้อง โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง ให้ความสำคัญกับประชากรในพื้นที่ทุกระดับ เพื่อให้เข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุม จึงมุ่งเน้นการส่งเสริมการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในรูปแบบเชิงรุก โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเสี่ยงผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีน้ำหนักเกินและผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเหล่านี้ภายใต้แนวคิด “การรู้เร็วคือโอกาสในการเลือกชีวิตที่ดีขึ้น การดูแลไวคือกุญแจป้องกันโรคเรื้อรัง อย่ารอให้สาย เพราะสุขภาพดีเริ่มได้วันนี้”

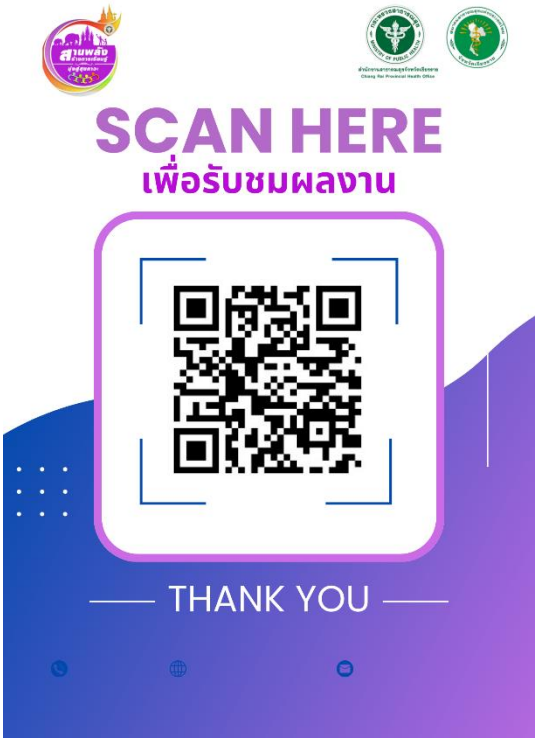


ผลงาน

รู้ทันสิ่งเร้า เข้าใจปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. ภญ. วิรัชฎา วงค์คำ 2. นายมนตรี ภารสว่าง 3. นายเชล มงคลคลี 4.นางสุภาพร สุวรรณ
กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเชียงแสน

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดจากการตอบสนองของปอดต่อสิ่งเร้าผิดปกติ เกิดการอุดกั้นของหลอดลม เรื้อรังฟื้นกลับไม่เต็มที่ ส่งผลต่อระบบหายใจ และอวัยวะอื่นๆ หลังได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นอกจากการใช้ยาชนิดรับประทานและยาสูดพ่นตามแพทย์สั่งแล้ว ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหากสูบบุหรี่ให้ลดและเลิกการสูบบุหรี่ การออกกำลังกายแบบแอโรคบิคอย่างสม่ำเสมอ และควรป้องกันตัวเองจากสิ่งเร้า ได้แก่ เปลี่ยนการหุงต้มโดยใช้ถ่านฟืนเป็นการเตาไฟฟ้าหรือแก๊สหุงต้มแทน เปลี่ยนจากการเผาขยะ เผาวัชพืช เป็นการแยกขยะทิ้งหรือฝังกลบ ป้องกันตนเองจากฝุ่น PM 2.5 สูงเกินค่ามาตรฐาน โดยการสวมใส่หน้ากากอนามัยที่มีแผ่นกรอง PM 2.5

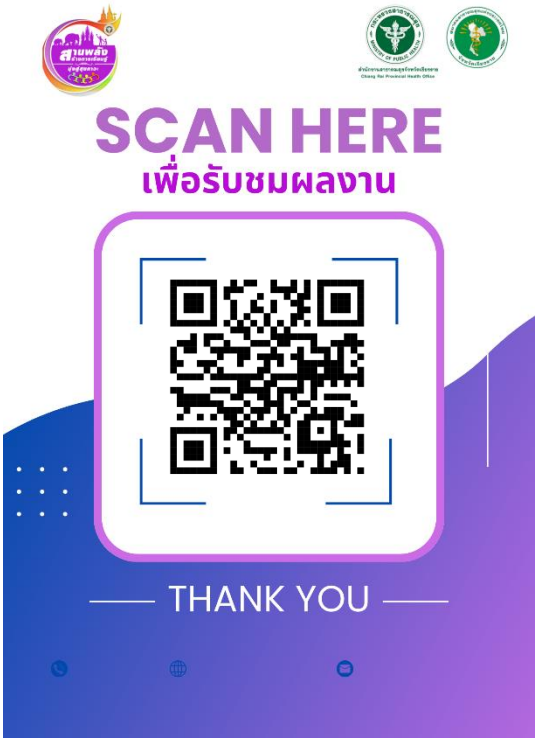


ผลงาน
เบาหวานคุมได้ ห่างไกลภัยเงียบ

ภญ. อนันตญา ผัดดี นศภ. เพ็ญพิมพ์ สารบรรณ
โรงพยาบาลเชียงแสน

โรคเบาหวานระยะสงบ คือ ภาวะที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมน้ำตาลได้ดี (HbA1c < 6.5%) นานมากกว่า 3 เดือน โดยไม่ใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด การเข้าสู่ระยะสงบทำได้ 3 วิธี: ปรับพฤติกรรม, ผ่าตัดลดน้ำหนัก, ใช้ยาลดน้ำหนัก แนวทางดูแลสุขภาพเมื่อเป็นโรคเบาหวาน:

1. ลดอาหารหวาน มัน เค็ม และคาร์โบไฮเดรต
2. เพิ่มการรับประทานผักใบเขียว,รับประทานผลไม้รสหวานในปริมาณที่พอเหมาะ
3. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
4. ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์
5. ลดการดื่มแอลกอฮอล์
6. ลดการสูบบุหรี่
7. ทานยาตามแพทย์สั่ง ไม่ปรับยาเอง

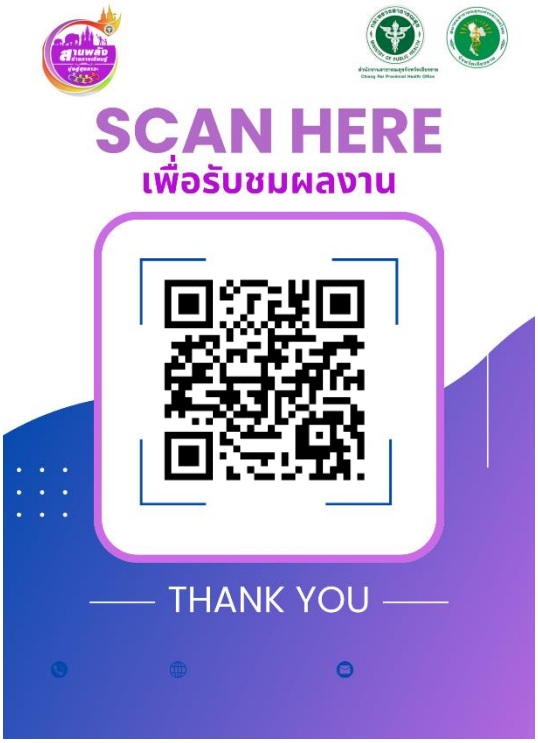


ผลงาน

INR ขึ้นลงไม่แน่นอน อาหารอาจเป็นตัวการ

1. นศภ.พิมพร ใจเติม 2. ภญ. พนิดา ชมบริสุทธิ์
โรงพยาบาลเชียงแสน จ.เชียงราย

“นี่คือยาวาร์ฟาริน ยาที่คุณต้องระวังเรื่องอาหาร” อาหารที่ทำให้ INR สูงขึ้นและต่ำลง มีดังนี้ อาหารที่มีผลต่อระดับ INR อาหารที่เพิ่ม INR เพิ่มความเสี่ยงเลือดออก! เช่น มะม่วงสุก ทุเรียนมะละกอสุก อาหารที่ลดค่า INR เพิ่มความเสี่ยงลิ่มเลือดอุดตัน เช่น กะหล่ำปลี ตำลึง บรอคโคลี อาหารเสริม / สมุนไพรต้องระวังเป็นพิเศษ ใบแปะก๊วย โสม กระเทียม ขมิ้น มีฤทธิ์เสริมยาวาร์ฟารินบางครั้งกินคู่กัน INR จะสูงจนเลือดออกไม่หยุดได้ค่ะก่อนกินสมุนไพรหรืออาหารเสริม แนะนำปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อนเสมอค่ะ” ไม่ได้ห้ามกินผักและผลไม้ แต่ ต้องกินให้สม่ำเสมอ แจ้งหมอหรือเภสัชทุกครั้งถ้ามีเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน INR จะได้คงที่ และปลอดภัยจากลิ่มเลือดหรือเลือดออกค่ะ”



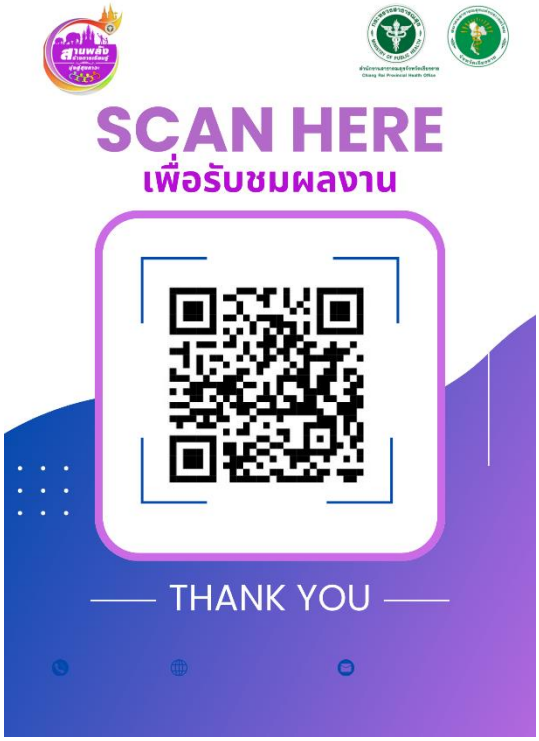
ผลงาน
ไขมันตัวร้าย กำจัดไปก่อนเกิดโรค

นางสาวธรรมจารี แก้ววงค์วาน
กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเชียงแสน

ภาวะไขมันในเลือดสูง โดยปกติร่างกายคนเราจะมีไขมันอยู่ 2 ชนิด คือ

1. คอเลสเตอรอล (Cholesterol) มีระดับสูงขึ้นจากอาหารหวาน มัน เค็ม เนื้อสัตว์ติดมัน โดยเฉพาะไขมันทรานส์ พบได้ในขนมอบ เป็นต้น โดยคอเลสเตอรอลแบ่งเป็น ไขมันชนิดที่ไม่ดี (LDL) เป็นชนิดอันตราย เพราะจะไปสะสมในผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงตีบและแข็ง เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน และหลอดเลือดสมองตีบ และไขมันชนิดที่ดี (HDL) ทำหน้าที่ขจัดไขมันอันตรายไปจากกระแสเลือด

2. ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้มีภาวะไขมันในเลือดสูง เช่น 1. เลือกรับประทานให้เหมาะสม โดยอาหารที่แนะนำ ได้แก่ อะโวคาโด ปลาทะเล ธัญพืชไม่ขัดสี กระเทียม เป็นต้น 2. แนะนำให้ลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว และคอเลสเตอรอล ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน เครื่องในสัตว์ น้ำมันมะพร้าว กะทิ เป็นต้น 3. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ช่วยลดปริมาณไขมันในเลือด และเพิ่มระดับของ HDL ได้อย่างดี ควรทำอย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที

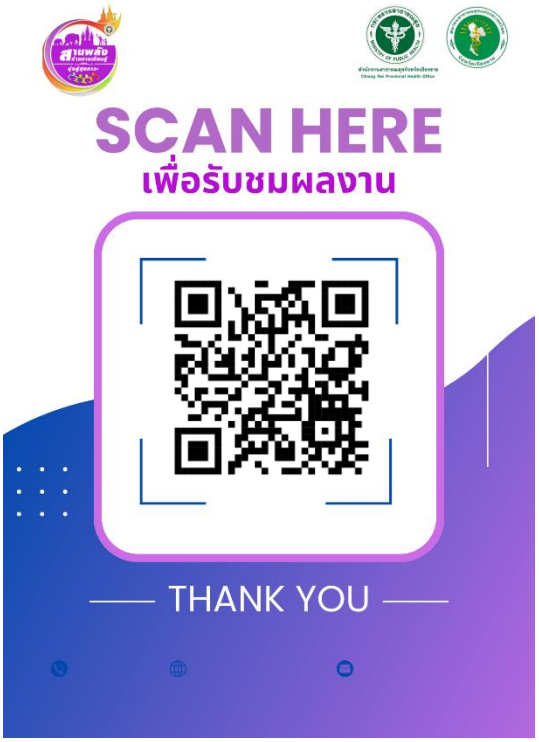


ผลงาน

เชียงรายชีวิตดี๊ดี ถ้าไม่มี NCDs: ปรับไลฟ์สไตล์วันนี้ เพื่ออนาคตที่มีสุข

ศิรดา ศิริสำราญ, ขวัญฤทัย สุทธแสน, วรัญญา เสนาดี, ดอกพิกุล ทองผุย,
เสาวภาคย์ วรรณราช, กันยา อ้อยลี, นันทิยา สุขพันธ์
โรงพยาบาลแม่สรวย

ในยุคที่ชีวิตของชาวเชียงรายเต็มไปด้วยความเร่งรีบ หลายคนละเลยการดูแลสุขภาพจนเกิดพฤติกรรม ที่ส่งผลเสียต่อร่างกายในระยะยาว ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหารหวานจัด เค็มจัด หรือไขมันสูงเป็นประจำ ขาดการออกกำลังกาย นั่งทำงานหน้าจอนานๆ นอนหลับไม่เพียงพอ รวมถึงความเครียดสะสมและการดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ พฤติกรรมเหล่านี้คือต้นตอของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อาทิ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งคร่าชีวิตผู้คนจำนวนมากในแต่ละปี วิธีพลิกฟื้นสุขภาพ ได้แก่ การลดคาร์โบไฮเดรต (Low Carb) ผอมได้ไม่ต้องอดโดยการจำกัดปริมาณคาร์โบไฮเดรตในอาหาร เน้นโปรตีนและไขมันดี ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน จัดการความเครียดหาวิธีคลายเครียดที่เหมาะกับตัวเอง นอนหลับให้เพียงพอ พักผ่อนอย่างมีคุณภาพ การเปลี่ยนแปลงเล็กๆ น้อยๆ ในชีวิตประจำวันจะส่งผลลัพธ์ที่ยิ่งใหญ่เกินคาด ไม่เพียงช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรค NCDs แต่ยังช่วยให้คุณมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จำไว้ว่าสุขภาพที่ดีเริ่มต้นได้ที่ตัวเราวันนี้ เพื่อชีวิตชาวเชียงรายที่ยืนยาวและมีความสุขในวันข้างหน้า

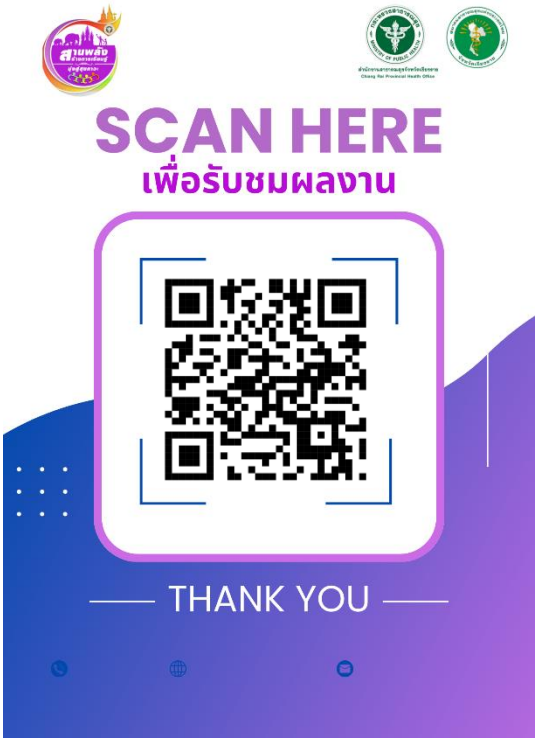


ผลงาน

“นับคาร์บ สุขภาพดี วิถีใหม่”

นางสาวนรีกานต์ แซ่หวัง
กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ในยุคปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ซึ่งสาเหตุหนึ่งของโรคเบาหวานมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การรู้จักนับคาร์บ หรือนับคาร์โบไฮเดรตเป็นการสร้างการเรียนรู้ให้กับกลุ่มผู้ป่วย ให้รู้จักการวางแผนการบริโภคคาร์โบไฮเดรต อาหารกลุ่มประเภทแป้ง น้ำตาล เพื่อนำไปใช้ในการจัดการตนเอง เพราะคาร์โบไฮเดรตเป็นสารอาหารหลักที่มีผลโดยตรงต่อระดับน้ำตาลในเลือด การคำนวณและควบคุมปริมาณคาร์บในแต่ละมื้ออย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

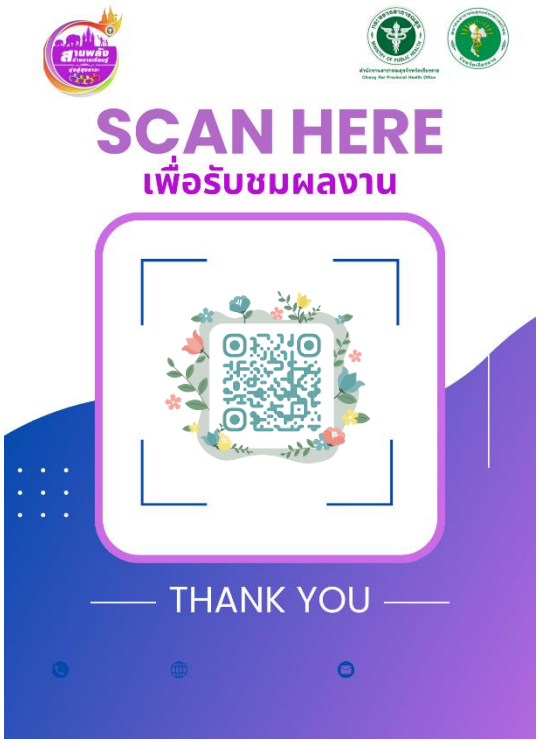


ผลงาน

รู้เท่าทัน ชาวเชียงรายห่างไกล NCDs

นางสาวปริชญา มณทนม
โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร

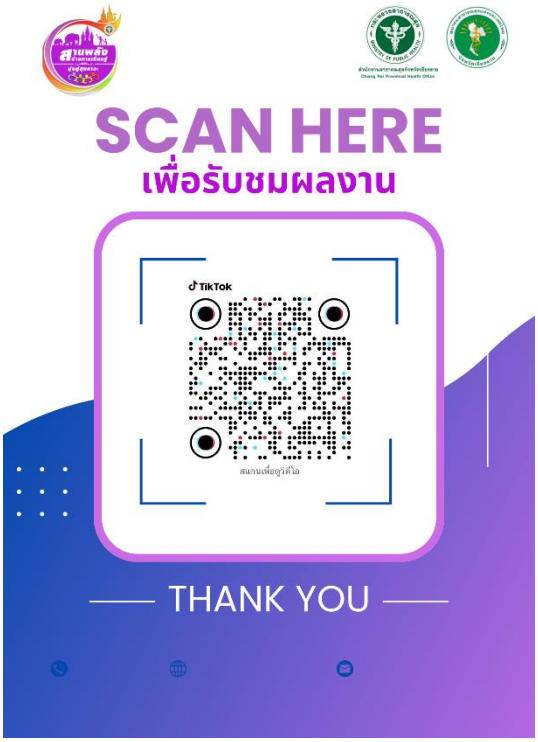
ในเนื้อหาที่นำเสนอกล่าวถึงความหมายของโรค NCDs และตัวอย่างกลุ่มโรคของ NCDs เบื้องต้น เพื่อให้ผู้ที่ได้เข้ามารับชมผลงานได้รู้จักกับโรค NCDs ได้เข้าใจในการคัดกรองเบื้องต้นของโรคเบาหวานที่จัดเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคที่มักพบได้บ่อยของโรค NCDs โดยอาศัยผลทางห้องปฏิบัติการในการช่วยวินิจฉัยเบื้องต้นของโรคเบาหวาน อีกทั้งในผลงานยังนำเสนอการแนะนำในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเพื่อให้ห่างไกลจากโรค NCDs การนำเสนอผลงานผ่าน Tik Tok เป็นอีกสื่อและช่องทางหนึ่งที่สามารถทำให้คนทั่วไปเข้าถึงและเข้าใจได้ง่ายมากยิ่งขึ้น



ผลงาน
ดูแลด้วยหัวใจ ห่างไกลยาเสพติดและโรค NCD

นางสาวสุคนทิพย์ เรือนสิทธิ์
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลขุนตาล

โรงพยาบาลขุนตาล ให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบครบวงจร โดยใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดจำนวน 16 ครั้ง มีกิจกรรมเข้ากลุ่มบำบัด เพื่อนช่วยเพื่อน เสริมความรู้ ปรับความคิด ชวนคิด หาเป้าหมายในชีวิต ค้นหาแรงจูงใจในการเลิกใช้ยา วิธีการดูแลตนเอง ป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ประเมินผลหลังการบำบัด การติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยที่บ้าน ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ดูสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ออกเยี่ยมบ้านพร้อมภาคีเครือข่าย ช่วยเหลือให้คำแนะนำ แนะนำการจัดสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบริเวณบ้าน อีกทั้งมีการบำบัดร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นสถานีตำรวจ ที่ว่าการอำเภอ และผู้นำชุมชน เพื่อให้โอกาสผู้เสพยาเสพติดกลับมามีชีวิตปกติในสังคมได้อีกครั้ง อีกทั้งร่วมคัดกรอง NCD หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งรายงานผลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้อภัย ให้โอกาส ให้พวกเขามีอนาคต เพราะคนติดยาไม่ใช่คนร้าย แต่เป็นคนป่วย เมื่อพวกเขาหายดี อาจเป็นแรงพลังสำคัญในการเสริมสร้างชุมชน สังคม และความมั่นคงของชาติต่อไป ชุมชนให้อภัย สังคมให้อภัย จะเป็นแรงผลักดันให้พวกเขาเหล่านี้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตลอดไป

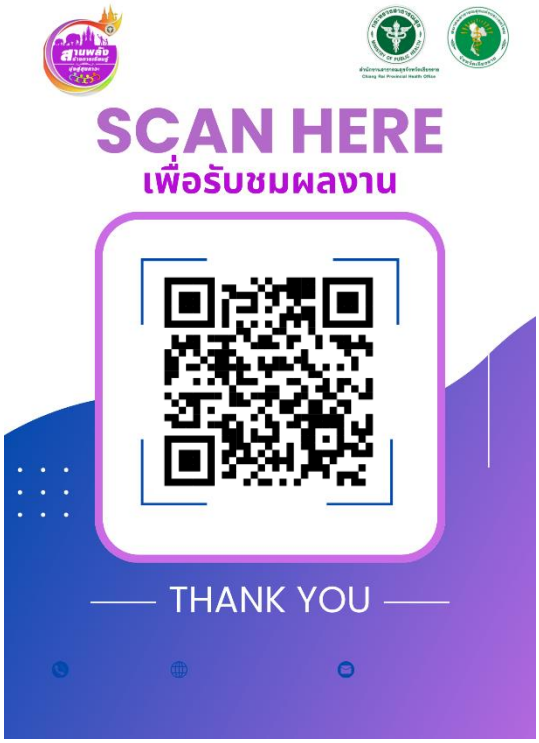


ผลงาน

ลุงชัยพิชิตโรค Ncds

นางสาวกนกพิชญ์ แต้มรู้
โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า

ลุงชัยอายุ 52 ปี มีพฤติกรรมกินมัน เค็ม หวาน ชอบดื่มสุราเป็นชีวิตจิตใจและไม่ชอบออกกำลังกาย จนทำให้ชีวิตของลุงชัยต้องเจอกับโรคเบาหวาน โรคความดัน ไขมันสูง โดยที่เขาไม่รู้ตัวว่าพฤติกรรมการใช้ชีวิตของเขาเป็นตัวการทำให้เกิดโรค จนวันหนึ่งลุงชัยได้หมดสติและถูกนำส่งโรงพยาบาล เขาเริ่มรู้ตัวว่าเขาต้องเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตของเขา เขาจึงหันมาทานอาหารที่มีประโยชน์ เริ่มออกกำลังกาย เปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต ทำให้สุขภาพของเขาดีขึ้นอย่างมาก จนทำให้เขาสดใสเหมือนวัยหนุ่มอีกครั้ง



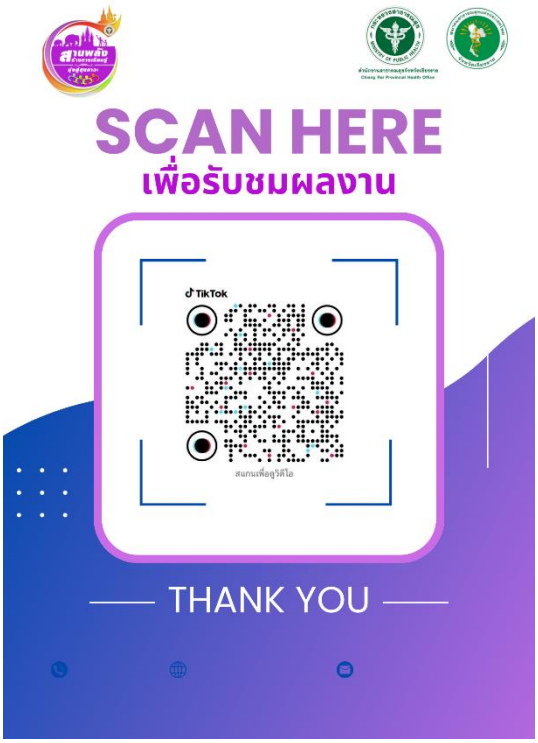
ผลงาน

ชราบาลเวียงชัย สุขกาย สบายใจ ห่างไกลสมองเสื่อม เข่าเสื่อม

นางสาว นัชรา ชาวเชียววงศ์
โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร

เพื่อดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและวิญญาณให้แก่ผู้สูงอายุอำเภอเวียงชัย และการมีส่วนร่วมกับชุมชนในการจัดกิจกรรมโรงเรียนชราบาลของแต่ละตำบลในเขตพื้นที่อำเภอเวียงชัย ทางโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวรได้เล็งเห็นความสำคัญในสังคมผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น จึงได้สนับสนุนเจ้าหน้าที่และอุปกรณ์ เพื่อออกปฏิบัติงานกิจกรรมโรงเรียนชราบาล โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. กิจกรรมออกกำลังกาย ยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อผ่อนคลายและกระตุ้นไฟฟ้า เพื่อบรรเทาอาการปวด โดยนักกายภาพบำบัด
2. กิจกรรมสูงอายุอารมณ์ดี ร้อง เล่น เต้น เกมบริหารสมองโดยนักกิจกรรมบำบัด
3. กิจกรรมการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตน การนวดและประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร การพอกเข่าและการจ่ายยาสมุนไพรโดยแพทย์แผนไทย

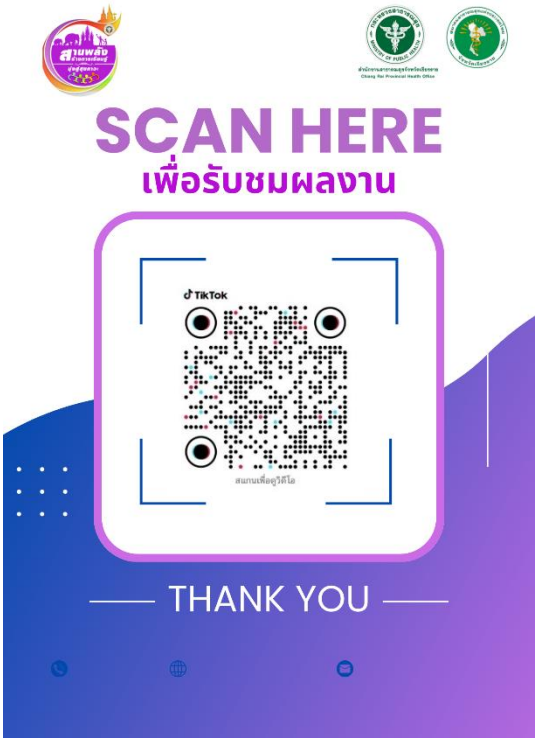


ผลงาน

ติดอาวุธผู้พิการทางสายตา สู่ชีวิตอิสระ

นางสาว สุดา ช่างฟ้อน
โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร

การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็น ด้านการทำความคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation and Mobility) เพื่อให้ผู้พิการที่จำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะ O&M ได้เข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงทั้งจังหวัดเชียงรายและได้รับอุปกรณ์ ควบคู่กับบริการ O&M ที่มีคุณภาพ รวมทั้งได้รับการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ให้สามารถพึ่งพาตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้และต่อยอดความรู้และทักษะที่ได้รับการฝึก เพื่อประกอบอาชีพ เลี้ยงตัวเองได้ ลดภาระการดูแลของญาติ ส่งผลให้คนพิการทางการมองเห็น สามารถยืนอยู่ในสังคมได้อย่างเท่าเทียมกับคนทั่วไปได้



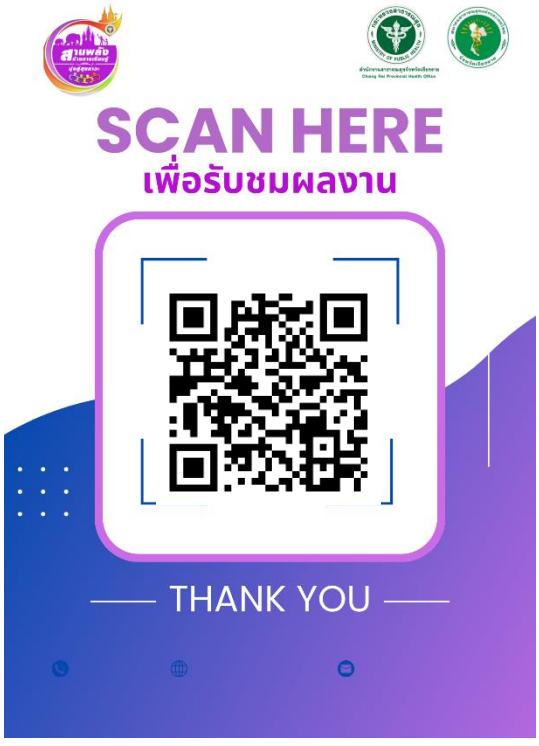
ผลงาน

ผู้หญิงทุกคนควรรู้!วิธีตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตัวเอง ง่าย ปลอดภัย ทำได้ที่บ้าน

นางชยุตา สาตราคม
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง

SOFT_SELF – โมเดลไหมพรมเสริมพลังใจ สู่การตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือการรักษาที่ต้นเหตุ เพราะสามารถตรวจพบเซลล์ผิดปกติก่อนกลายเป็นมะเร็ง ทำให้รักษาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ไม่ต้องรอให้เจ็บหรือมีอาการ ก็สามารถป้องกันชีวิตไว้ได้ ล่วงหน้าSOFT_SELF คือนวัตกรรมโมเดลไหมพรมจำลองอวัยวะสืบพันธุ์หญิงที่นำมาประยุกต์สอนทั้งในคลินิกตรวจมะเร็งปากมดลูกและการลงสอนในชุมชน โมเดลนี้ช่วยให้ผู้หญิงกล้าตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองมากขึ้น ด้วยดีไซน์น่ารัก เข้าใจง่าย ลดความเขินและความกลัว ผ่านชุดตรวจ HPV DNA ที่จัดส่งพร้อมคู่มือและ QR Code สื่อวิดีโอสอนในกลุ่มไลน์ “Smart Lady” ซึ่งเปรียบเสมือนคลินิกเสมือนจริง มีการสอบถามพูดคุย ให้กำลังใจได้ทุกวัน ผลลัพธ์ที่ได้ จากอัตราการตรวจเพียง 6.67% เพิ่มเป็น 96.66% และส่งหลอดคืนใน 7 วัน 96.66% เช่นกัน เป็นหลักฐานว่าการสื่อสารอย่างเป็นมิตรและการตรวจด้วยตนเองที่สะดวกและเข้าใจง่าย สามารถสร้างพฤติกรรมสุขภาพเชิงรุกได้จริงวางแผนให้อสม.นำไปเผยแพร่และสอนในชุมชนอย่างต่อเนื่องต่อไป

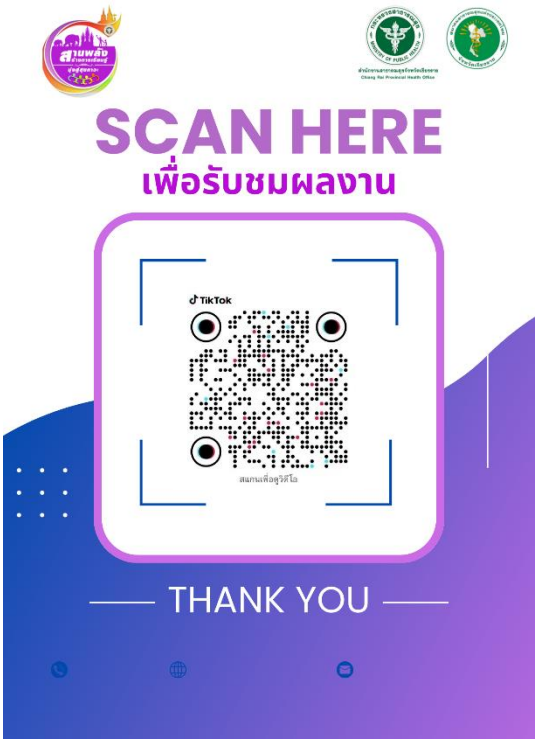


ผลงาน
หนึ่งคืน...กับชีวิตที่เปลี่ยนไปตลอดกาล

อนุชา อินต๊ะเนตรและจุรีพร มอญเพชร
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

หนึ่งคืน...กับชีวิตที่เปลี่ยนไปตลอดกาล เป็นการนำเสนอเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่ทำให้เกิดการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ จากรายงานของกรมควบคุมโรค พบว่า พื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย พบผู้ป่วยโรคซิฟิลิสมากเป็นลำดับที่ 7 ของประเทศ ที่มีผู้ป่วยมากถึง 146 ราย โดยเฉพาะในกลุ่ม 15 – 24 ปี ดังนั้นการเฝ้าระวังโรคติดต่อที่ดีนั้นคือ การให้ทุกกลุ่มวัยได้เกิดความตระหนักของการป้องกันตนเองโดยการใช้ถุงยางอนามัย เฝ้าสังเกตอาการสำคัญหากมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และเข้าถึงระบบการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว และต้องไม่ซื้อยารับประทานเองเพื่อป้องกันการดื้อยาของโรคซิฟิลิส

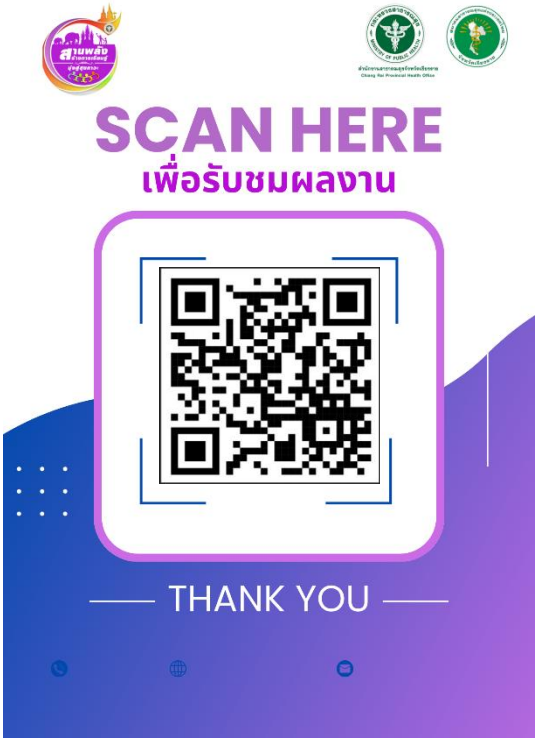
ทั้งนี้ในผลงาน TikTok นี้ เป็นการเน้นเข้ารับการรักษา ระบุขั้นตอนการรักษาและมีระบบติดตามผู้ป่วย การให้คำปรึกษาเบื้องต้นและการนัดหมายเพื่อเข้ารับการรักษาในระบบ Line Official ที่มีชื่อว่า **มาเป็น Friend กัน** ของ All Gen Clinic กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ซึ่งจะมีแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขเป็นผู้ร่วมดูแลและติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง



ผลงาน
นับคาร์บง่ายๆ เสริมสร้างสุขภาพดี พิชิตโรค NCDs

นางสาวกันยารัตน์ คีลาวงค์
กลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร

อาหารเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิต ปัจจุบันอาหารมีความหลากหลายในการให้ประชาชนเลือกสรรเพื่อนำมาบริโภค แต่บางครั้งประชาชนลืมตระหนักสิ่งที่แฝงมากับอาหารที่เลือกมารับประทานในแต่ละครั้ง อีกทั้งการประกอบอาหารหรือดัดแปลงให้มีความน่ารับประทานมากขึ้น จนไม่ได้จำกัดการบริโภคให้เหมาะสม จึงมีส่วนที่ทำให้เกิดกลุ่มโรคNCDs ได้ โดยอาหารกลุ่มข้าว/แป้ง/น้ำตาล ที่มีสารอาหาร คือ คาร์โบไฮเดรต หรือ คาร์บ คือ สารอาหารที่เป็นแหล่งพลังงานหลักของร่างกาย เมื่อรับประทานเข้าไปร่างกายจะเปลี่ยนคาร์โบไฮเดรตให้เป็นน้ำตาลกลูโคส เพื่อนำไปใช้เป็นพลังงานในการทำงานของเซลล์ต่างๆ ในร่างกาย ดังนั้น เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในการควบคุมสารอาหารที่มีผลต่อการทำให้เกิดกลุ่มโรคNCDs จึงได้นำเสนอผ่านคลิปเพื่อเป็นสื่อในการให้ประชาชนได้เรียนรู้และนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ การนับคาร์บ (Carb Counting) คือ การวางแผนการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในแต่ละมื้ออาหาร โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ที่ต้องการควบคุมน้ำหนัก หรือผู้ที่ต้องการจำกัดคาร์โบไฮเดรต การนับคาร์บช่วยให้ทราบปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่บริโภคได้อย่างแม่นยำ ทำให้สามารถวางแผนการรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม

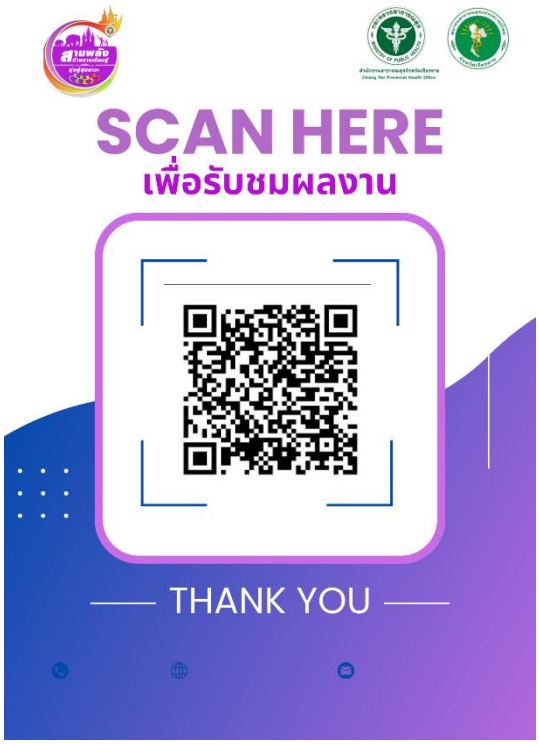


ผลงาน

คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และญาติที่เข้ามารับการรักษาในห้องพิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

น.ส. ณัฐพร พรสวรรค์
งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่ลาว

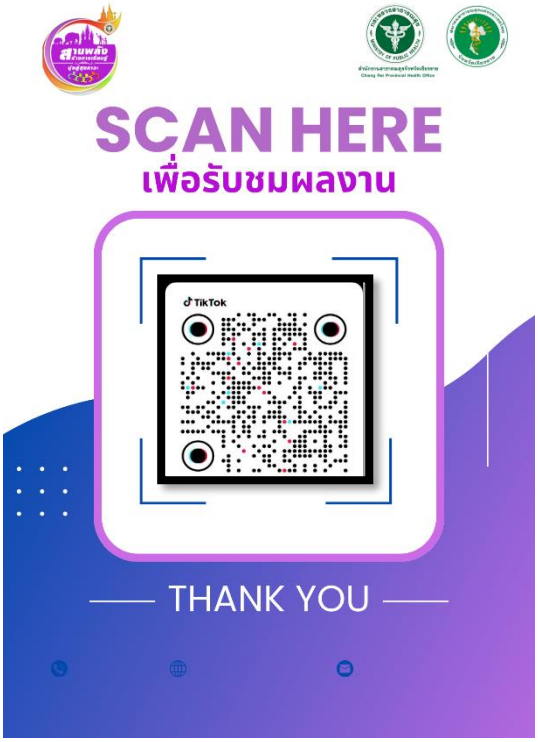
คลิป Tiktok คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และญาติ/ผู้ดูแลที่เข้ามารับการรักษาในห้องพิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่แล้ว



ผลงาน
นักประชาสัมพันธ์สาว ชาวลาหู่

นางสุวิมล แก้วประสิทธิ์
โรงพยาบาลแม่ลาว

เป็นการประชาสัมพันธ์ การเข้าถึงระบบการบำบัดเลิกยาเสพติด ของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ซึ่งพบว่าจากการจัดตั้งศูนย์บำบัดมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลแม่ลาว มีกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ มาเข้ารับการบำบัด เป็นจำนวนมากคิดเป็นร้อยละ 60 หรือจำนวน 88 คนจากจำนวนผู้ที่มาบำบัดทั้งหมด 147 คน (เดือนตุลาปี 2567 - กรกฎาคม 2568)จากข้อมูลของผู้ที่มาบำบัดพบว่ายังมีกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ในหมู่บ้านจำนวนมากที่ติด ยาเสพติด และไม่สามารถ พูด หรือ ฟัง ภาษาไทยได้ จึงอยากให้ ศูนย์บำบัดมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลแม่ลาว ทำคลิปประชาสัมพันธ์ ผ่านโปรแกรม TikTok เชิญชวนให้พี่ น้อง กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ได้รู้จักศูนย์บำบัดมินิธัญญารักษ์ ขั้นตอนการบำบัดรักษา และฟรีค่าใช้จ่ายในการรักษา เพื่อให้ง่ายต่อการตัดสินใจ ในการเข้าสู่กระบวนการบำบัดเลิกยาเสพติด ดังนั้น ศูนย์บำบัดมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลแม่ลาว จึงได้จัดทำคลิปประชาสัมพันธ์ชื่อผลงาน นักประชาสัมพันธ์สาว ชาวลาหู่ ขึ้นเพื่อประชาสัมพันธ์ กลุ่มชาติพันธุ์ ลาหู่ให้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษามากขึ้น



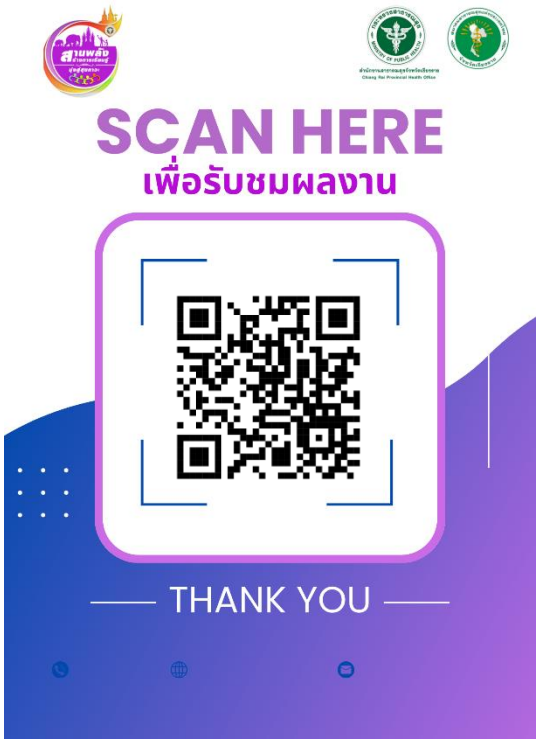
ผลงาน

“กินไปเหอะ...ชีวิตมันสั้น”

นางหทัยทิพย์ มโนวงศ์ และนางสาววาสนา ป๊อกบุญเรือง
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพาน

“กินไปเหอะ...ชีวิตมันสั้น” คำพูดติดปากที่หลายคนใช้เป็นข้ออ้างในการกินของหวาน ของมัน หรือของเค็มจัด แต่ในความจริงแล้ว ชีวิตเราอาจสั้นลงจริง ๆ ไม่ใช่เพราะโชคชะตา แต่เพราะโรคที่เราสร้างจากพฤติกรรมการกินของเราเอง การบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูง ไขมันอิ่มตัว และโซเดียมเกินความต้องการของร่างกาย เป็นสาเหตุสำคัญของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งล้วนเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่แสดงอาการในระยะแรก แต่ค่อย ๆ ทำลายอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ ไต ตา และหลอดเลือด โดยเฉพาะโรคเบาหวานที่หลายคนเข้าใจว่าแค่ “น้ำตาลในเลือดสูง”แต่จริง ๆ แล้ว มันเพิ่มความเสี่ยงต่อ หัวใจวาย ไตวาย และตาบอด ส่วนโรคความดันโลหิตสูง ก็เป็น “ฆาตกรเงียบ” ที่ทำให้เส้นเลือดแตกหรือตีบ โดยไม่รู้ตัว

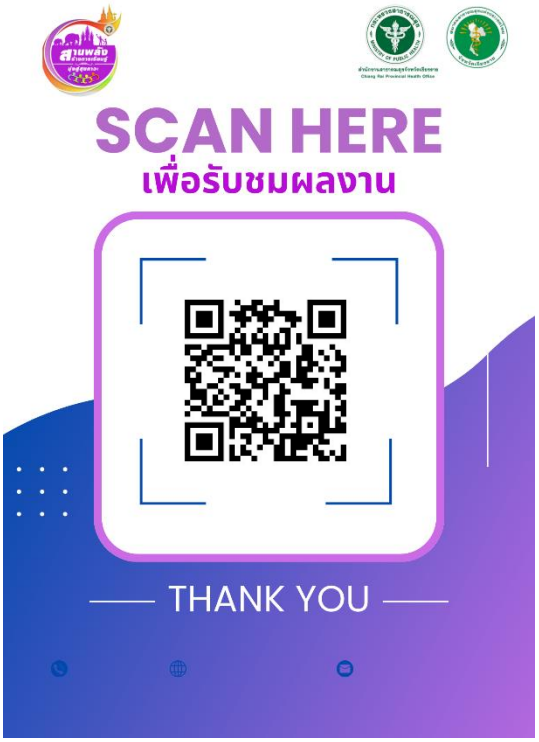
ดังนั้น การกินแบบไม่คิด อาจเป็นการเร่งให้ชีวิตเราสั้นลงโดยไม่รู้ตัว และแทนที่จะ “กินไปเหอะ” เราควรเรียนรู้ที่จะ “กินอย่างฉลาด” ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักผลไม้ และเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพเพราะการดูแลตัวเองวันนี้ คือการยืดชีวิตให้ยาวและมีคุณภาพในวันข้างหน้า



ผลงาน
ยินดีต้อนรับสู่ห้องไตเทียมโรงพยาบาลเทิง

พว.อรวี แสนโสภา และ บุคลากรไตเทียมเทิง
หน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลเทิง

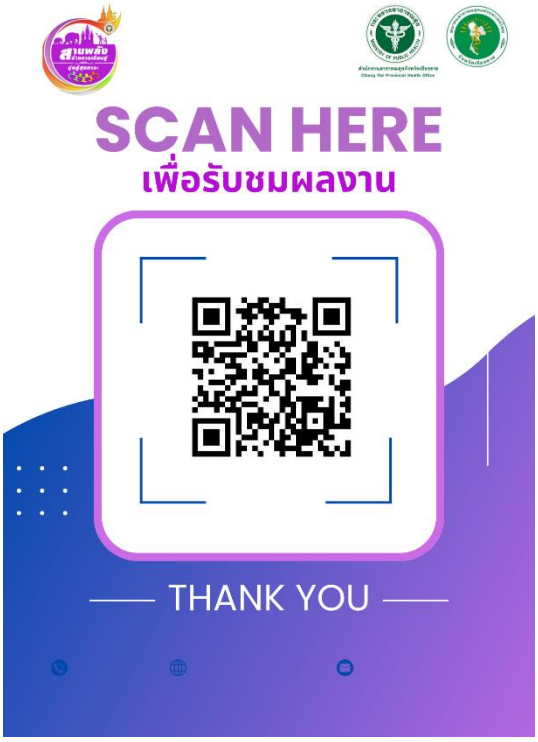
สถานที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งทำเป็นรูปแบบคลิปสั้นผ่าน platform “Tiktok” ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสถานที่ตั้ง อุปกรณ์ที่ใช้ในการฟอกเลือดที่ได้มาตรฐานผ่านการรับรอง มีบุคลากรที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมคอยดูแลตรวจสอบ ตรวจเช็คความปลอดภัยของเครื่อง และผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด อีกทั้งมีการอธิบายถึงขั้นตอนการรับบริการ พาชมบรรยากาศภายในห้องฟอกเลือด แจ้งเวลาให้บริการ และช่องทางการติดต่อ เพื่อเป็นประโยชน์มต่อผู้ที่ได้รับชมคลิปได้เข้าใจถึงลักษณะห้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การให้บริการ และสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม หากมีความสนใจเข้ารับบริการที่หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลเทิง หรือเพื่อใช้ในการตัดสินใจเลือกสถานที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม



ผลงาน
“สั่นปุ๊บ หนีปั๊บ รอดชัวร์!”

พว.ปฐมวดี พลนา และบุคลากรไตเทียมโรงพยาบาลเทิง
หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลเทิง

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยเครื่องมือทางการแพทย์ซับซ้อน และผู้ป่วยจะต้องอยู่ในภาวะที่หลอดเลือดเชื่อมต่อกับระบบของเครื่องไตเทียม ซึ่งหากเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น แผ่นดินไหว ไฟไหม้ ไฟฟ้าดับ หรือภัยพิบัติอื่น ๆ ขณะกำลังฟอกเลือด ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และการเตรียมพร้อมในการรับมืออย่างถูกต้อง การให้ความรู้เรื่องนี้จึงมีความสำคัญ เพื่อลดความเสี่ยงจากอุบัติเหตุร้ายแรง เช่น การดึงเข็มเองทำให้เสียเลือด ป้องกันความตื่นตระหนกและความสับสนในสถานการณ์ฉุกเฉิน เพิ่มความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และระบบของเครื่องไตเทียม สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยในการรับบริการฟอกเลือดอย่างต่อเนื่องแม้เกิดเหตุฉุกเฉิน

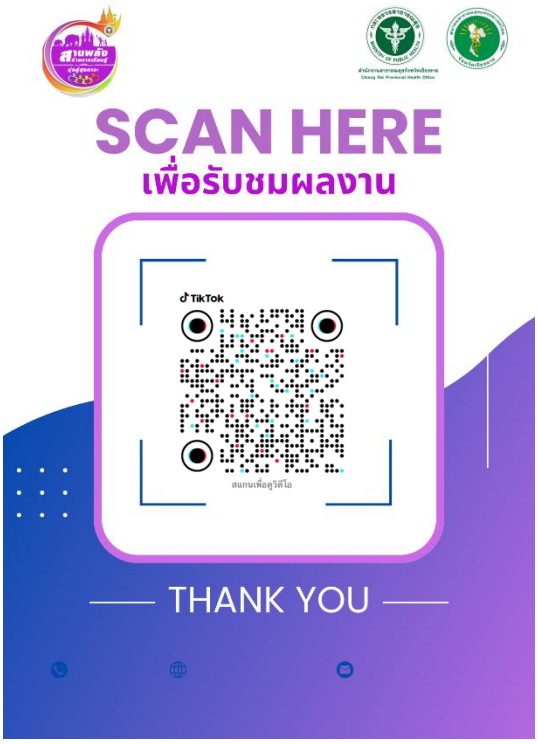


ผลงาน

สรรสร้าง AI ห่างไกล NCDs

นายอนุชา ซอนสุข
โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร

ปัจจุบันใน application TikTok มีการนำเสนอความบันเทิงด้วยวิดีโอที่สร้างด้วย AI เป็นจำนวนมาก ผู้นำเสนอผลงานจึงต้องการใช้เทรนด์ของวิดีโอ AI ใน TikTok มานำเสนอในด้านการรณรงค์เพื่อคนไทยห่างไกล NCDs

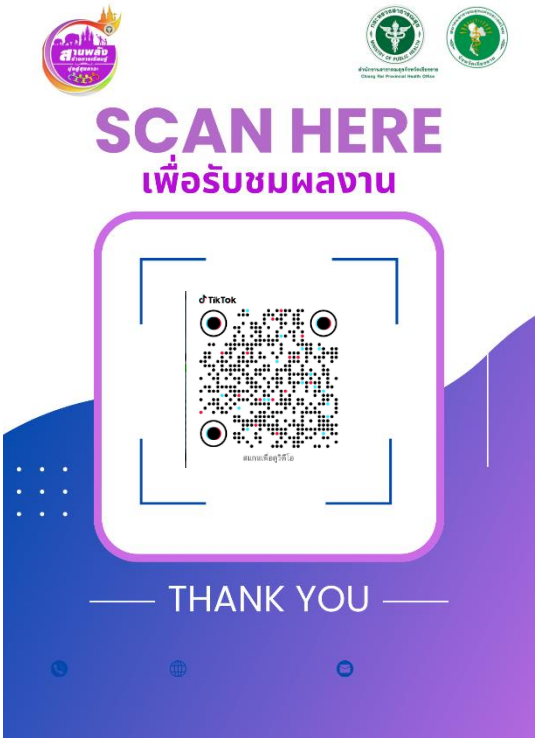


ผลงาน

NCDs ตัวร้ายยยย

นางสาวมัณฑนา บุศย์เมือง, นายชัยสิทธิ์ สุวรรณจักษ์
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลแม่ลาว

ภายใต้หัวข้อ “ชาวเชียงรายสุขภาพดีวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการจากโรงพยาบาลแม่ลาวได้จัดกิจกรรมให้คำปรึกษาและให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ตัวร้าย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับวิถีใหม่หลังโควิด เช่น การเลือกรับประทานอาหารปลอดภัย ลดหวาน มัน เค็ม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการจัดการความเครียด เจ้าหน้าที่ได้อธิบายผลการตรวจสุขภาพให้ผู้รับบริการเข้าใจง่าย พร้อมแนะแนวทางการดูแลสุขภาพเชิงรุกและต่อเนื่อง รวมถึงส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี เพื่อให้ชาวเชียงรายมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน ห่างไกลจาก NCDs ตัวร้าย ด้วยวิถีชีวิตใหม่ที่แข็งแรงและมีความสุข



ผลงาน

เจอหมอผ่าน Telemedicine ประหยัดเงิน ประหยัดเวลา

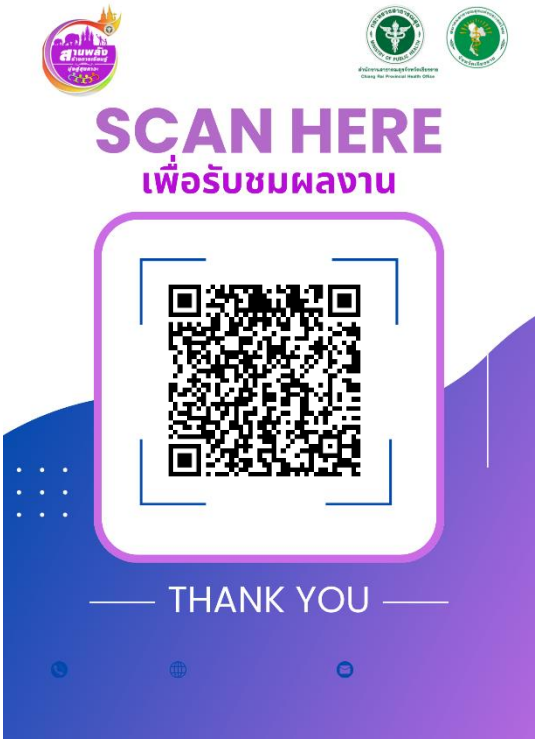
นางสาวสุวรี ยามี
งานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

Telemedicine คือ การให้บริการด้านสาธารณสุขกับประชาชน โดยบุคลากรทางการแพทย์ผ่านทางเทคโนโลยีและการสื่อสารแบบ Video conference เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัย การรักษา และการป้องกันโรค โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่ หรือเรียกว่า ระบบแพทย์ทางไกล เหมาะกับโรคอะไรบ้าง โรคทั่วไปที่ไม่จำเป็นต้องผ่าตัดหรือทำหัตถการ โรคที่สามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นและติดตามอาการผ่านช่องทางออนไลน์ได้ โรคที่ต้องการคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ในปัจจุบัน Telemedicine เป็นที่นิยมในการดูแลรักษาโรคต่างๆ โดยการปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นอาการเบื้องต้นที่ไม่รุนแรง เช่น เป็นไข้ ปวดท้อง ปวดหัว เป็นผื่นคันหรือสำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัวที่ต้องการปรึกษาหรือติดตามผลการรักษา เช่น โรคความดัน โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ประโยชน์ของการรักษา แบบ Telemedicine ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ไกลโรงพยาบาลสามารถเข้าถึงการตรวจรักษาและวินิจฉัยจากแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวสามารถติดตามการรักษา ได้ง่ายขึ้น โดยไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อยๆ ช่วยให้ผู้ป่วยลดระยะเวลาการรอคอยในการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาทางการแพทย์ สามารถแลกเปลี่ยนความรู้และคำแนะนำจากแพทย์ได้โดยตรง

ผลงาน

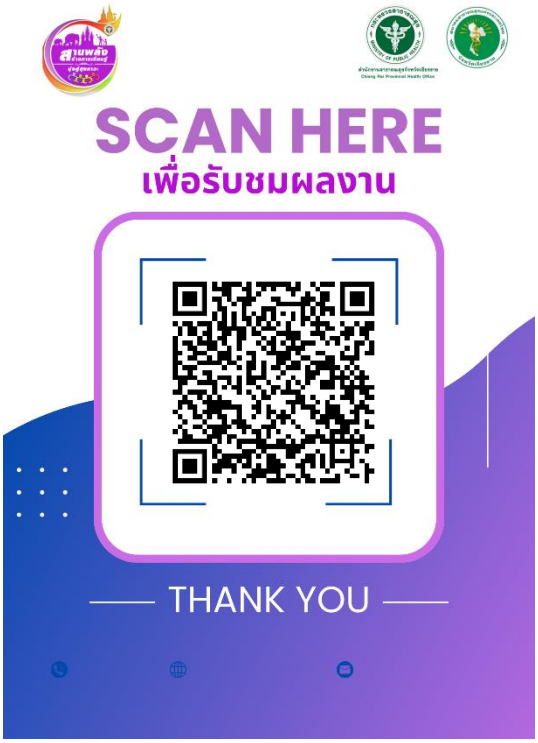
"แซ่บได้แต่ต้องไม่ป่วย เด็กไทยห่างไกล NCDs"

วนิชธิชา อุ่นกันทา
โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง



ผลงาน
"ลดเค็ม ลดโรค"

เพ็ญนภา สมสนิท
โรงพยาบาลเชียงแสน



ภาคผนวก

คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
ที่ ๒๑๙ /๒๕๖๘
เรื่อง แต่งตั้งที่ปรึกษาและคณะกรรมการอำนวยการจัดประชุมวิชาการ นำเสนอผลงาน และนวัตกรรม บุคลากรสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย ประจำปี ๒๕๖๘

กระทรวงสาธารณสุขได้วางแผนยุทธศาสตร์ระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุขภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ ๔ ด้าน คือ ด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค ด้านบริการด้านบุคลากร และด้านบริหาร ด้วยธรรมาภิบาลและได้ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติภายใต้การดำเนินงานร่วมกันเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” การพัฒนางานวิจัยเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนางานและควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในองค์กรและสนับสนุนให้เกิดผลงานวิชาการโดยใช้หลักการทางวิชาการและการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบ มุ่งเน้นให้เกิดประโยชน์กับผู้รับบริการเป็นสำคัญ และเป็นการยกระดับความรู้ ความสามารถของบุคลากรตามแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้จัดประชุมวิชาการ นำเสนอผลงาน นวัตกรรมบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ประจำปี ๒๕๖๘

เพื่อให้การประชุมวิชาการฯ ดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย บรรลุวัตถุประสงค์ และมีประสิทธิภาพ จึงแต่งตั้งที่ปรึกษาและคณะกรรมการอำนวยการจัดประชุมวิชาการ นำเสนอผลงาน และนวัตกรรม บุคลากรสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย ประจำปี ๒๕๖๘ โดยมีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

ที่ปรึกษา

๑. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
๒. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

<u>บทบาทหน้าที่</u>

ให้คำปรึกษา แนะนำ คณะกรรมการอำนวยการ จัดประชุมวิชาการฯ และสนับสนุนให้การจัดประชุมวิชาการฯเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้

คณะกรรมการอำนวยการ

๑. นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) คนที่ ๑	ประธานกรรมการ
๒. รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (ผู้ควบคุมกำกับกลุ่มงานวิชาการและพัฒนาบุคลากร)	รองประธานกรรมการ
๓. รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงรายทุกท่าน	กรรมการ
๔. ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงรายทุกท่าน	กรรมการ
๕. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สาย	กรรมการ
๖. รองผู้อำนวยการฝ่ายผลิตบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลเชียงรายฯ	กรรมการ
๗. นายกสมาคมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย จังหวัดเชียงราย	กรรมการ
๘. ประธานชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเชียงราย	กรรมการ

/๙. ประธานกลุ่ม...

๙. ประธานกลุ่มสาธารณสุขอำเภอจังหวัดเชียงราย กรรมการ
๑๐. หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการและพัฒนาบุคลากร เลขานุการ
๑๑. รองหัวหน้ากลุ่มงานวิชาการและพัฒนาบุคลากร ผู้ช่วยเลขานุการ
๑๒. นักทรัพยากรบุคคลผู้ได้รับมอบหมาย ผู้ช่วยเลขานุการ

<u>บทบาทหน้าที่</u>

๑. กำหนดรูปแบบการดำเนินงานและกำหนดการประชุมวิชาการฯ

๒. วางแผนปฏิบัติงานการประชุมวิชาการให้สำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์

๓. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานการประชุมวิชาการ เพื่อจัดการประชุมวิชาการให้สำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์

๔. ประสานงานทั่วไปและอำนวยความสะดวกให้การดำเนินงานของคณะกรรมการดำเนินงานแต่ละฝ่ายเป็นไปด้วยความเรียบร้อย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๘ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายเอกชัย คำลือ)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
ที่ ๒๔๔ /๒๕๖๘
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานจัดการประชุมวิชาการ นำเสนอผลงาน และนวัตกรรม บุคลากรสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย ประจำปี ๒๕๖๘

กระทรวงสาธารณสุขได้วางแผนยุทธศาสตร์ระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุขภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ ๔ ด้าน คือ ด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค ด้านบริการด้านบุคลากร และด้านบริหารด้วยธรรมาภิบาลและได้ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติภายใต้การดำเนินงานร่วมกันเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” การพัฒนางานวิจัยเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนางานและควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในองค์กรและสนับสนุนให้เกิดผลงานวิชาการโดยใช้หลักการทางวิชาการและการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบ มุ่งเน้นให้เกิดประโยชน์กับผู้รับบริการเป็นสำคัญ และเป็นการยกระดับความรู้ ความสามารถของบุคลากรตามแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้จัดประชุมวิชาการ นำเสนอผลงานนวัตกรรมบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ประจำปี ๒๕๖๘ ภายใต้แนวคิด “Healthy Chiang Rai Lifestyle Beyond NCDs : ชาวเชียงรายสุขภาพดี วิถีใหม่ห่างไกล NCDs”

เพื่อให้การดำเนินงานจัดการประชุมวิชาการฯ ดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย บรรลุวัตถุประสงค์ และมีประสิทธิภาพ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานจัดการประชุมวิชาการ นำเสนอผลงาน และนวัตกรรม บุคลากรสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย ประจำปี ๒๕๖๘ ดังนี้

๑.คณะกรรมการฝ่ายวิชาการ

๑.๑ นายรัฐกานต์ ปาระมี	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	ประธานกรรมการ
๑.๒ นายวิสูตร์ เสน่หา	สาธารณสุขอำเภอแม่สรวย	รองประธานกรรมการ
๑.๓ นางอุไรวรรณ ชัยมินทร์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๑.๔ นายไพรัช มหาวงศนันท์	ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข อบจ.เชียงราย	กรรมการ
๑.๕ นายณรงฤทธิ์ คงหมั้น	นักสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๑.๖ นายนเรนทร์ฤทธิ์ บัวละวงค์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑.๗ นายสำราญ เชื้อเมืองพาน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๑.๘ นายอนุพงษ์ พูลพร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๑.๙ นายกฤษดา ปาสำลี	นักสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๑.๑๐ นายทินวัฒน์ ยศชูสกุล	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	กรรมการ
๑.๑๑ นายจีระศักดิ์ ฝึกฝน	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ	กรรมการ
๑.๑๒ นางสาวณประวีร์ สวัสดิ์	เจ้าพนักงานธุรการ	กรรมการ
๑.๑๓ นายชยินกร นันตา	นักวิชาการสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๑๔ นางสาวสุพรรณี มณีวรรณ์	แพทย์แผนไทยชำนาญการ	กรรมการ

/๑.๑๕ นายกรรณ...

๑.๑๕ นายกรรณ ธนะวงศ์ นักทรัพยากรบุคคล กรรมการ
๑.๑๖ นางสาวนรีรัตน์ เอสานี่ คริสลิน นักทรัพยากรบุคคล กรรมการ
๑.๑๗ นางสาวจิราภรณ์ แสงสุวรรณ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เลขานุการ
๑.๑๘ นางสาวจันทร์จิรา อยู่เกียรติกุล นักสาธารณสุขปฏิบัติการ ผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๑๙ นายสุธรรม คำวะรัตน์ นักทรัพยากรบุคคล ผู้ช่วยเลขานุการ

บทบาทหน้าที่

๑. กำหนดรูปแบบ หลักเกณฑ์การนำเสนอผลงานวิชาการในแต่ละกลุ่มเนื้อหา
๒. จัดทำ proceeding ให้เป็นไปตามข้อกำหนด หลักเกณฑ์ และแนวทางการนำเสนอผลงานวิชาการ
๓. จัดทำเป็นรูปเล่มในรูปแบบ PDF files เพื่อเผยแพร่งานวิชาการ
๔. จัดเตรียมรายชื่อและป้ายชื่อวิทยากรและผู้เข้าประชุม
๕. จัดทำใบประกาศสำหรับผู้นำเสนอผลงานวิชาการ
๖. จัดทำสูจิบัตรงานประชุมวิชาการ
๗. ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องในเชิงวิชาการตลอดทั้งการสรุปและประเมินผลรูปแบบการนำเสนอผลงานวิชาการ วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค เพื่อนำมาพัฒนาและปรับปรุง ในการวางแผนการจัดประชุมครั้งต่อไป

๒.คณะกรรมการฝ่ายลงทะเบียน

๒.๑ นายศักดิ์ดา ธานินทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ประธานกรรมการ
๒.๒ นายสุรชัย พิชคำ สาธารณสุขอำเภอพญาเม็งราย รองประธานกรรมการ
๒.๓ นายอนุชิต หน่อแหวน นักสาธารณสุขชำนาญการ กรรมการ
๒.๔ นายณัฐพล ปัญญาปุ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติ กรรมการ
๒.๕ นางหทัยทิพย์ มโนวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กรรมการ
๒.๖ นางสาววาสนา ป๊อกบุญเรือง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กรรมการ
๒.๗ นางปาณิสรา แสงคุณปัญญา เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน กรรมการ
๒.๘ นายศราวุธ สร้อยแก้ว เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน กรรมการ
๒.๙ นางสาวหทัยชนก ศรีสุวรรณ เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน กรรมการ
๒.๑๐ นางสาวอารีรัตน์ พิเศษ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กรรมการ
๒.๑๑ นางวาสนา แผ่นชัยพรม นักวิชาการเงินและบัญชี กรรมการ
๒.๑๒ นางสาวสุรีรัตน์ ต่อมใจ เจ้าพนักงานธุรการ กรรมการ
๒.๑๓ นางสาวไพลินรัตน์ พันยาง นักทรัพยากรบุคคล กรรมการ
๒.๑๔ นางสุกัญญา เนตรวงค์ นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ เลขานุการ
๒.๑๕ นางสาวกัลยา ยกย่อง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ ผู้ช่วยเลขานุการ

บทบาทหน้าที่

๑. วางแผนและกำหนดรูปแบบการลงทะเบียนผู้เข้าประชุมและการรับลงทะเบียนผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการ ฯ
๒. จัดระบบลงทะเบียนผู้เข้ารับการอบรมและอยู่ประจำโต๊ะลงทะเบียนหน้างาน
๓. จัดระบบการลงทะเบียนการนำเสนอผลงานวิชาการทุกประเภทผลงานวิชาการและอยู่ประจำจุดลงทะเบียน หน้างาน
๔. ประสานงานระหว่างฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับผู้นำเสนอผลงานทุกประเภท

/๓. คณะกรรมการ...

๓.คณะกรรมการฝ่ายการเงินและพัสดุ

๓.๑ นายพรชัย พรสวรรค์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	ประธานกรรมการ
๓.๒ นายสิทธิชัย ยอดสุวรรณ	สาธารณสุขอำเภอเชียงของ	รองประธานกรรมการ
๓.๓ นางสุทัศน์ ฉันทะ	เหรัญญิก สมาคมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย จังหวัดเชียงราย	กรรมการ
๓.๔ นายพงศกร หัวนา	นักสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๓.๕ นางกาญจนา กิจจา	เจ้าพนักงานพัสดุชำนาญงาน	กรรมการ
๓.๖ นางสาวเบญจวรรณ อุ่นหน้อย	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน	กรรมการ
๓.๗ นางวรวรรณ ติ๊บบุญเรือง	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	กรรมการ
๓.๘ นางณัฐธิยา อินไชย	เจ้าพนักงานพัสดุ	กรรมการ
๓.๙ นางสาวพิดารัตน์ แสงน้อย	นักวิชาการเงินและบัญชี	กรรมการ
๓.๑๐ นางสาวพิชญากร ฟุ้งพิริยะ	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน	กรรมการ
๓.๑๑ นายอำนาจ พันธ์พิทักษ์	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ	เลขานุการ
๓.๑๒ นางสาววิมลมาศ ริ้วสุวรรณ	นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ	ผู้ช่วยเลขานุการ

<u>บทบาทหน้าที่</u>

๑. ประสานการดำเนินงานเกี่ยวกับการเงินและพัสดุ

๒. ดำเนินการเกี่ยวกับการรับ-จ่ายเงิน

๓. จัดทำบัญชีรายรับ - รายจ่าย ในการจัดงานประชุมวิชาการให้ถูกต้องตามระเบียบ

๔. จัดทำเอกสารแบบฟอร์มต่าง ๆ เพื่อเป็นหลักฐานประการการเบิกจ่าย

๔.คณะกรรมการฝ่ายสถานที่ โสตทัศนูปกรณ์

๔.๑ นายณรงค์ ลือชา	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)	ประธานกรรมการ
๔.๒ นายเกียรติชัย สุภามณี	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	รองประธานกรรมการ
๔.๓ นายปรเมนทร์ อริเดช	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๔.๔ นายบรรจง ปะสาวะโพธิ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๔.๕ นายบุริศร์วุฒิกร ทองสุข	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	กรรมการ
๔.๖ นายศุภฤกษ์ กุณราขา	นักสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๔.๗ นายธีระ ฤทธิคุปต์	นายช่างเทคนิคชำนาญงาน	กรรมการ
๔.๘ นางสาวพรพิมล วังแง่	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน	กรรมการ
๔.๙ นายจิรวัฒน์ ดีประเสริฐ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	กรรมการ
๔.๑๐ นายภูมิ คำชุ่ม	นักทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๔.๑๑ นายธนาณัติ ลุกลาม	นักทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๔.๑๒ นายวีระวุฒิ เมืองแก่น	นักทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๔.๑๓ นายชำนาญ จิตวรางคนา	เจ้าพนักงานธุรการ	กรรมการ
๔.๑๔ นายนพรัตน์ สิทธิกัน	นายช่างโยธา	กรรมการ
๔.๑๕ นายกฤษณะ สืบสาร	นายช่างเทคนิค	กรรมการ
๔.๑๖ เจ้าหน้าที่ยานพาหนะและซ่อมบำรุง		กรรมการ

/๔.๑๗ นายณอมศักดิ์...

๔.๑๗ นายถนอมศักดิ์ ชัยมินทร์ สาธารณสุขอำเภอแม่ฟ้าหลวง เลขานุการ
๔.๑๘ นายประสิทธิ์ ชัยมินทร์ ผู้ช่วยช่างทั่วไป ส๓ ผู้ช่วยเลขานุการ

บทบาทหน้าที่

๑. จัดสถานที่ประชุม จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เครื่องโสตทัศนูปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในการดำเนินการประชุมวิชาการ ฯ ทั้งห้องประชุมใหญ่และห้องนำเสนอผลงานวิชาการ ทุกประเภท

๒. ประสานงานเรื่องจัดสถานที่ประชุม สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การจัดประชุมวิชาการ ฯ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย

๓. วางแผนอำนวยการ และดูแลการจราจร ให้เกิดความปลอดภัยของการสัญจร และบริเวณสถานที่จอดรถ

๕.คณะกรรมการฝ่ายพิธีการ

๕.๑ นางกานต์สุดา อินทจักร์	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ประธานกรรมการ
๕.๒ นายภูริภัทร์ ธีระลักษณ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	รองประธานกรรมการ
๕.๓ นายดนุพล ยอดคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๕.๔ นางสาวธัญญ์วรัตศ์ หมื่นตื้อ	นักสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๕.๕ นางมัตติกา ปิงเมือง	นักสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๕.๖ นางสาวกติกา เสตะกสิกร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๕.๗ นายสมพร ทองดี	นักสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๕.๘ นายณรงค์ เครือคำ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๕.๙ นางนันทิตา กุณราชา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๕.๑๐ นายพงศธร แก้วพลิก	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการ
๕.๑๑ นายณฐกร เพ็งพ่วง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการ
๕.๑๒ นางสาวกีฬารักษ์ ใจกล้า	เภสัชกรปฏิบัติการ	กรรมการ
๕.๑๓ นางชมพูนุช มณีรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการ
๕.๑๔ นางสาวฉัฐณัฐ ขาวฟองชาญ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการ
๕.๑๕ นายณพวรรธน์ รัชตพิสิฐกร	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน	เลขานุการ
๕.๑๖ นางสาวเกศราพร ขิใสยา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	ผู้ช่วยเลขานุการ

บทบาทหน้าที่

๑. ดำเนินการในพิธีการ กิจกรรมขั้นตอนต่าง ๆ ของการประชุมวิชาการฯ ให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย

๒. จัดพิธีกรประจำห้องประชุมและห้องนำเสนอต่างๆ

๓. บริหารจัดการมอบใบประกาศสำหรับผู้นำเสนอผลงานวิชาการและของที่ระลึกวิทยากร

๖.คณะกรรมการฝ่ายปฏิคมและต้อนรับ

๖.๑ นางรัตนา รัชตพิสิฐกร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	ประธานกรรมการ
๖.๒ นางสาวรุจิรา แสนดี	ทันตแพทย์ชำนาญการ	รองประธานกรรมการ
๖.๓ นางสาวฉัตรฤทัย น้อยกมล	นักสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๖.๔ นางสาวจินต์กัญญา มาลา	นักสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ

/๖.๕ นางสาวภัทรา...

๖.๕ นางสาวภัทรา แสงสมบูรณ์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการ
๖.๖ นางสาวอรทัย ไชยวงค์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการ
๖.๗ นางสาวณัฐทรี สุภาวงค์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการ
๖.๘ นางสาวพรพรรณ เจริญปัญญากิจ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการ
๖.๙ นางสาวพัทธนันท์ ศรีอ่อนทอง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการ
๖.๑๐ นางสาวเมธาพร ปาละบุญมา	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ	กรรมการ
๖.๑๑ นางสาวมยุรี กันนา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการ
๖.๑๒ นางสาวอินทิรา เมืองมา	เภสัชกรปฏิบัติการ	กรรมการ
๖.๑๓ นางสาวกฤตพร สันติชาติ	เภสัชกรปฏิบัติการ	กรรมการ
๖.๑๔ นางภูริตา ธีรธนกิตติ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	กรรมการ
๖.๑๕ นางสาวจิรัชยา อรทัย	นักวิชาการสาธารณสุข	กรรมการ
๖.๑๖ นางสาวนภัสกร นนแก้ว	นักวิชาการสาธารณสุข	กรรมการ
๖.๑๗ นางสาววรัญญา อุปรี	นิติกร	กรรมการ
๖.๑๘ นางสาวพัชรินทร์ ภูกองไชย	เจ้าพนักงานธุรการ	กรรมการ
๖.๑๙ นางวงศ์ตะวัน ณ น่าน	เจ้าพนักงานธุรการ	กรรมการ
๖.๒๐ นางสาวภาสินี ใจแปง	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน	เลขานุการ
๖.๒๑ นางสาวพิมพ์สุจี วงค์ชัย	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน	ผู้ช่วยเลขานุการ
๖.๒๒ นางสาววรารัตน์ เงินเย็น	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน	ผู้ช่วยเลขานุการ

<u>บทบาทหน้าที่</u>

๑. จัดทีมต้อนรับผู้เข้าประชุมวิชาการ ดูแลอาหารว่างและเครื่องดื่ม อาหารกลางวัน สำหรับคณะกรรมการ วิทยากร ผู้นำเสนอผลงานและผู้เข้าประชุม

๒. อำนวยความสะดวกให้กิจกรรมการประชุมวิชาการฯเป็นไปด้วยความเรียบร้อย

๗.คณะกรรมการฝ่ายช่างภาพและประชาสัมพันธ์

๗.๑ นางสาวชนกพร ใจปินโต	นายแพทย์ชำนาญการ	ประธานกรรมการ
๗.๒ นายสัจจะ บุญมาเกี๋ยง	สาธารณสุขอำเภอพาน	รองประธานกรรมการ
๗.๓ นายอนุชิต มโนวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๗.๔ นายรพีพงษ์ สิทธิขันแก้ว	นักสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๗.๕ นายอิทธิกร ธรรมวงค์	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาชำนาญงาน รพศ.เชียงราย	กรรมการ
๗.๖ นางสาวสิรวัศยา ไพศาลยศกุล	เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์	กรรมการ
๗.๗ นายภัคศรันย์ นามคุณาปกรณ์	นักประชาสัมพันธ์ รพศ.เชียงราย	กรรมการ
๗.๘ นายชัชวาล มณีรัตน์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	กรรมการ
๗.๙ นายนิธินัย ไชยแก้ว	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาชำนาญงาน	เลขานุการ
๗.๑๐ นายนพดล ทิพย์ขันธ์	เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ชำนาญงาน	ผู้ช่วยเลขานุการ
๗.๑๑ นางสาวนสิชา เหลียวพัฒนพงศ์	นักจัดการงานทั่วไป	ผู้ช่วยเลขานุการ

/บทบาทหน้าที่...

บทบาทหน้าที่

๑. จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์การจัดประชุมวิชาการ และป้ายการประชุมวิชาการห้องประชุมใหญ่และห้องประชุมกลุ่มย่อย ต่าง ๆ

๒. ประชาสัมพันธ์การจัดงานประชุมวิชาการฯ ผ่านสื่อต่างๆทั้งก่อนและระหว่างประชุมวิชาการ

๓. ประชาสัมพันธ์ข้อมูลต่างๆ ระหว่างประชุมวิชาการ

๔. ถ่ายภาพงานประชุมวิชาการทั้งในภาพรวมและประจำห้องนำเสนอผลงานทุกประเภท

๕. งานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

๘.คณะกรรมการฝ่ายประเมินผล

๘.๑ นายชัยเนตร เขื่อนเพชร	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ประธานกรรมการ
๘.๒ นายนรุตม์ชัย แก้วสอน	สาธารณสุขอำเภอเวียงชัย	รองประธานกรรมการ
๘.๓ นายสดมภ์ คำภีระ	นักสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๘.๔ นายพิเชษฐ์ ภู่พันธ์สกุล	นักสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๘.๕ นางสาวณชญาดา เอมรัฐ	นักสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๘.๖ นายฤทธิ์รงค์ ลีคำหมง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการ
๘.๗ นายสันติภาพ สวัสดี	นักสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๘.๘ นางสาวประจักษ์จิตต์ คำบุญส่ง	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ	กรรมการ
๘.๙ นายคมกฤต ปัญญาติ๊บ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	กรรมการ
๘.๑๐ นายฮุง เซ็ง ตัน	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	กรรมการ
๘.๑๑ นายวิศวะ แสงประชุม	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ	เลขานุการ
๘.๑๒ นายสาธิต มุนินทร์	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ	ผู้ช่วยเลขานุการ

บทบาทหน้าที่

๑. ออกแบบและประเมินผลการประชุมวิชาการ

๒. ดำเนินการประเมินผลและรายงานผลต่อที่ประชุมคณะกรรมการ

๓. งานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๘ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายเอกชัย คำลือ)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

424 หมู่ 5 ตำบลท่าสาย อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย 57000