



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลสิชล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้ อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่ ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๑๒๓ ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๖ มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลสิชล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน ๔ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางสีชมพู นุ่นแก้ว	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล ห้องผ่าตัด)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด
๒.	นางราตรี นาคกลัด	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล ห้องคลอด)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด
๓.	นางสาวสิริภา สาระสิทธิ์	นักกายภาพบำบัด ชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
๔.	นางสนธยา ชีช้าง	นักเทคนิคการแพทย์ ชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการ
ประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลา
ดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วง
ให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗



(นายจรัส บุญกาญจน์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนครศรีธรรมราช
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของโรงพยาบาลสิชล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสีชมพู นุ่นแก้ว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๑๑๙๒๙๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด)	๑๑๙๒๕๗	เลื่อนระดับ ๗๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน "ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุ ที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช"				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การพัฒนาระบบ Fast Tract Surgery ในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะฉุกเฉิน"				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				
๒	นางราตรี นาคกลัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๑๑๙๒๘๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลห้องคลอด)	๑๑๙๒๖๒	เลื่อนระดับ ๘๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน "ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช"				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลงานห้องคลอดด้านการสื่อสารพยาบาลโดยใช้ ISBAR"				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนครศรีธรรมราช
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของโรงพยาบาลสิชล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๓	นางสาวสิริภา สาระสิทธิ์	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช</u> <u>โรงพยาบาลสิชล</u> <u>กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู</u> นักกายภาพบำบัดชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๑๗๗๘๖๔	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช</u> <u>โรงพยาบาลสิชล</u> <u>กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู</u> นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๑๗๗๘๖๔	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
ชื่อผลงานส่งประเมิน "ประสิทธิผลของการฝึกด้วยกระจกเงาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูร่างกาย โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช"						
ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "โครงการพัฒนามุคกลางโรงพยาบาลสิชลเป็นต้นแบบสุขภาพ Good Health Good Body"						
รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"						
๔	นางสนธยา ชีช้าง	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช</u> <u>โรงพยาบาลสิชล</u> <u>กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก</u> นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๑๑๙๒๓๕	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช</u> <u>โรงพยาบาลสิชล</u> <u>กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก</u> นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๑๑๙๒๓๗	เลื่อนระดับ ๙๐%
ชื่อผลงานส่งประเมิน "แนวโน้มอุบัติการณ์และการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช"						
ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การพัฒนาแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลสิชลอย่างสมเหตุผล (Ration Laboratory Use : RLU)"						
รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"						

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนมกราคม ๒๕๖๖-เดือนกันยายน ๒๕๖๖

๓. ความรู้ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ประชากรสูงวัยกำลังเพิ่มขึ้นทั่วโลก ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเพิ่มขึ้น แม้ว่าการผ่าตัดมักจำเป็นเพื่อจัดการกับอาการทางการแพทย์ต่างๆ ในผู้สูงอายุ แต่กลุ่มประชากรกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยอายุน้อยกว่า การทำความเข้าใจปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญในการปรับปรุงผลการผ่าตัดและยกระดับคุณภาพการดูแลประชากรกลุ่มเปราะบางนี้ ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนความรู้ความชำนาญหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุ ดังนี้

๓.๑ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในวัยชรา ปัจจัยหลักประการหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในผู้สูงอายุคือการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับวัยชรา การแก่ชราทำให้การทำงานของอวัยวะลดลง ความสามารถในการสำรองลดลง และกลไกสถานะสมดุลบกพร่อง ตัวอย่างเช่น การเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น การเต้นของหัวใจที่ลดลงและความต้านทานของหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้น อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหลังการผ่าตัด (Cottrell, ๒๐๑๙)

๓.๒ ภาวะสุขภาพเรื้อรัง ผู้ป่วยสูงอายุมักมีภาวะสุขภาพเรื้อรังหลายประการ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคร่วมเหล่านี้เพิ่มความซับซ้อนของการผ่าตัดและเพิ่มความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด โรคเรื้อรังอาจทำให้ระบบอวัยวะต่างๆ เสียหาย ทำให้บาดเจ็บหลายซ้ำ และส่งผลต่อการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเสี่ยงต่อการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ มากขึ้น (Desserud et al., ๒๐๑๘)

๓.๓ ความอ่อนแอ ความอ่อนแอซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือการสำรองทางสรีรวิทยาที่ลดลงและความเสี่ยงต่อความเครียดที่เพิ่มขึ้น เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อผลลัพธ์หลังการผ่าตัดในผู้สูงอายุ บุคคลที่มีความอ่อนแอมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การหกล้ม อาการแพ้ และการฟื้นตัวเป็นเวลานาน เครื่องมือประเมินความเปราะบาง เช่น Clinical Frailty Scale สามารถช่วยระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงกว่าได้ ช่วยให้เกิดกลยุทธ์การจัดการระหว่างการผ่าตัดที่ปรับให้เหมาะสม (Partridge et al., ๒๐๑๘)

๓.๔ การใช้ยา Polypharmacy เป็นเรื่องปกติในผู้ป่วยสูงอายุ โดยหลายคนใช้ยาหลายชนิดเพื่อจัดการกับอาการเรื้อรัง ปฏิกิริยาระหว่างยาเหล่านี้ อาจส่งผลต่อการเผาผลาญของยาและยาอื่น ๆ ในระหว่างการผ่าตัด ซึ่งส่งผลต่อความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ ยาบางชนิด

เช่น ยาต้านการแข็งตัวของเลือด อาจทำให้เลือดออกเพิ่มขึ้นหรือการรักษาบาดแผลล่าช้า (Cottrell, ๒๐๑๙)

- ๓.๕ ความบกพร่องทางสติปัญญา ความบกพร่องทางสติปัญญา รวมถึงสถานะต่างๆ เช่น ภาวะสมองเสื่อม พบได้ทั่วไปในผู้สูงอายุและอาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาอาจประสบปัญหากับคำแนะนำหลังการผ่าตัด มีอาการเพ้อ และมีความเสี่ยงสูงที่จะหกล้ม การประเมินความรู้ความเข้าใจก่อนการผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการระบุบุคคลที่อาจต้องการการสนับสนุนและการติดตามเพิ่มเติม (Partridge et al., ๒๐๑๘)
- ๓.๖ ข้อควรพิจารณาในการผ่าตัด ประเภทและความซับซ้อนของขั้นตอนการผ่าตัดยังมีบทบาทสำคัญในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในผู้สูงอายุอีกด้วย การผ่าตัดฉุกเฉิน การทำหัตถการที่ใช้เวลานาน และผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบอวัยวะสำคัญอาจเพิ่มความเสี่ยงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การประเมินก่อนการผ่าตัดที่ครอบคลุมโดยคำนึงถึงสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย สถานะการทำงาน และความเครียดจากการผ่าตัดที่คาดหวังสามารถเป็นแนวทางในการตัดสินใจและปรับผลลัพธ์ให้เหมาะสม (Desserud et al., ๒๐๑๘)

ดังนั้น การระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุจำเป็นต้องอาศัยแนวทางสหสาขาวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ ผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่พยาบาล การประเมินก่อนการผ่าตัดที่ครอบคลุม แผนการดูแลระหว่างการผ่าตัดเฉพาะบุคคล และการสื่อสารที่ดีขึ้นระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด ในขณะที่จำนวนประชากรสูงวัยยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การวิจัยอย่างต่อเนื่องและนวัตกรรมทางคลินิกจึงมีความจำเป็นในการปรับกลยุทธ์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลการผ่าตัดในผู้สูงอายุ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

หลักการและเหตุผล

การผ่าตัดเป็นกระบวนการทางการแพทย์ที่มีความสำคัญในการรักษาและแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยในหลาย ๆ โรคและภาวะสุขภาพ รวมถึงผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่การมีสุขภาพที่ดีขึ้นหลังจากการรักษาหรือแก้ไขปัญหาด้านทางการแพทย์ ดังเห็นได้จากสถิติของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลสิชล ปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๕ จำนวน ๑,๔๙๔, ๑,๓๙๐ และ ๑,๕๐๕ ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ ๓๑.๔, ๓๐.๔ และ ๓๑.๗ ของผู้ป่วยที่มาผ่าตัดทั้งหมด และผู้ป่วยสูงอายุมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดมีแนวโน้มอัตราการตายที่สูงขึ้น โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ ๙๐-๙๙ ปีและได้รับการผ่าตัด จะมีอัตราตายภายใน ๑ ปี และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ ๘๐-๘๙ ปี (Kitridis, D., Tsikopoulos, K., Givissis, P & Chalidis, B., ๒๐๒๒)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุพบว่ามีหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ จำนวนโรคร่วม ฮีโมโกลบิน และดัชนีมวลกาย เป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่ทำผ่าตัดกระดูกสะโพกได้ร้อยละ ๕๔ โดยผู้ป่วยที่มีอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็น ๑.๓๗ เท่าของผู้ป่วยที่มีอายุ ๖๐-๖๙ ปี ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมากกว่า ๔ โรค มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็น ๘.๔๗ เท่าของผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมน้อยกว่า ๔ โรค ผู้ป่วยที่มีฮีโมโกลบินมากกว่า ๑๐% มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงร้อยละ ๘๗ ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ ๓๐ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็น ๔๐.๔๖ เท่าของผู้ที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๔.๙ (ปราณี มีหาญพงษ์, สุนีย์รัตน์ บุญศิลป์, ศศิธร รุจนเวช และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร, ๒๕๖๕) วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก การสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด และภาวะโลหิตจางก่อนผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด (มฤดี มาลา, ๒๕๕๘) ภาวะพร่องโภชนาการ และระยะเวลาการผ่าตัดที่นาน จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งปอด (Okada, S., Shimomura, M., Ishihara, S., Ikebe, S., Furuya, T., & Inoue, M., ๒๐๒๒) ความอ้วน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิด เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Lapsekili, E., Deniz, A., & Celik, US., ๒๐๒๑) ระดับเอนไซม์คอเลสเตอรอลในเลือดก่อนผ่าตัดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Takano, Y. et al., ๒๐๒๑) ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Gong, S., Qian, D., Riazi, S., Chung, F., Englesakis, M., Li, O., Huszti, E. & Wong, J., ๒๐๒๓) จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน แบ่งได้เป็น ปัจจัยก่อนผ่าตัด ได้แก่ อายุ โรคร่วม ภาวะอ้วน ภาวะชืด และสภาพร่างกาย (ASA Class) ส่วนปัจจัยขณะผ่าตัด ได้แก่ การเสียเลือดมาก ระยะเวลาผ่าตัดนาน และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญไม่เพียงแต่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุแต่ยังส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพและนโยบายด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในระยะยาว เนื่องจากผลการวิจัยมีส่วนช่วยในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดหรือมีโอกาสดังกล่าวในอนาคต ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งเป็นศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective) ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลสิชล โดยศึกษาในการผ่าตัดทุกชนิด เพื่อจะได้นำข้อมูลมาพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อ

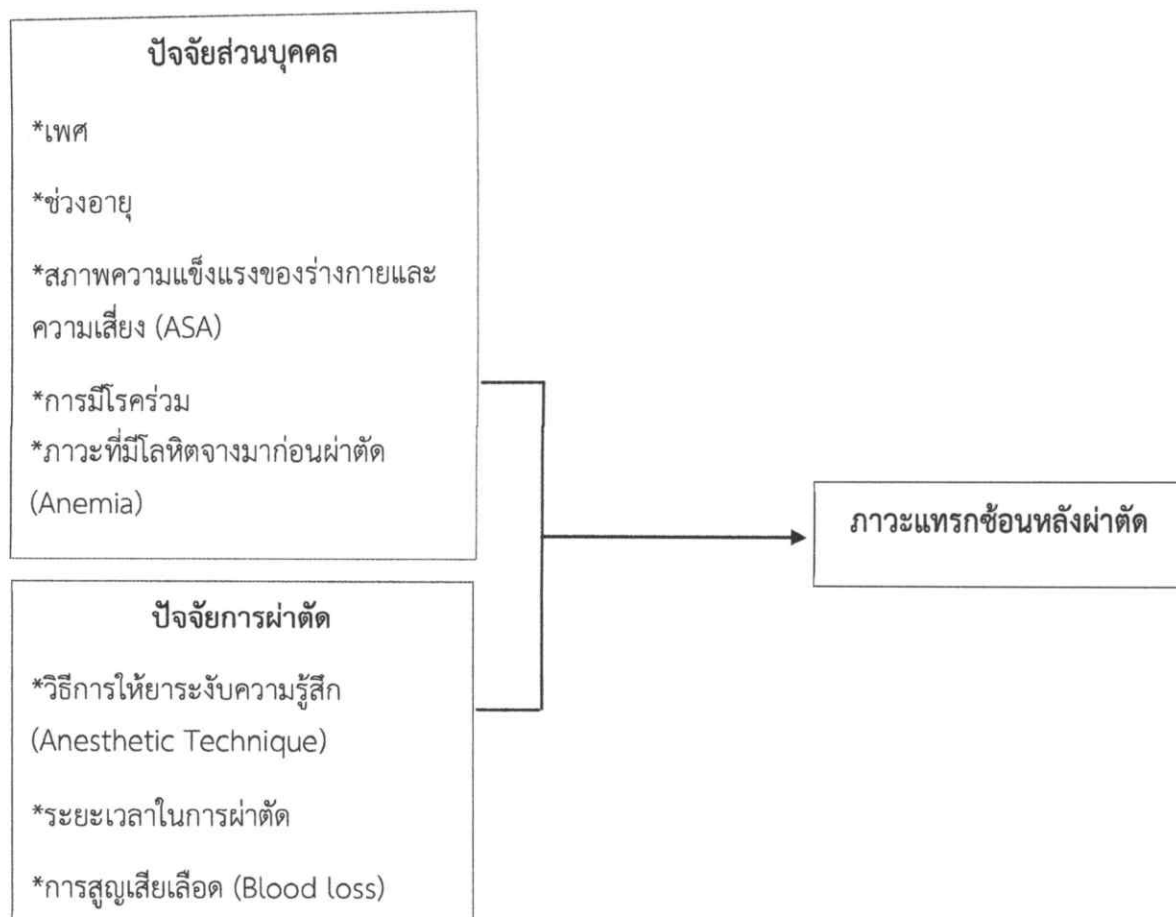
ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดในเชิงระบบ และสามารถช่วยในการพัฒนา นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและการจัดการทรัพยากรสาธารณสุขให้เหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใน โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework) ของกรีนและคณะ (Green & Kreuter, ๑๙๙๑) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย ๗ ขั้นตอน แต่สำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในขั้นต้นเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งตรงกับแนวคิดในขั้นตอนที่ ๔ ของกระบวนการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำขั้นตอนนี้มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยโดยได้เลือกศึกษาเฉพาะบางตัวแปรในแต่ละกลุ่มปัจจัย ที่ผู้วิจัยมีความสนใจและคาดว่าจะมีผลต่อตัวแปร ตามมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้ (ภาพ ๑)



วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาข้อมูลย้อนหลังในเวชระเบียนผู้ป่วย (Retrospective Cohort study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังในเวชระเบียนผู้ป่วย ประจำปี ๒๕๖๕

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษา เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๕ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยการหยิบฉลากไม่คืนที่ (Lottery Sampling) จำนวน ๒๕๒ ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด และเกณฑ์การคัดออกได้แก่ เวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน และเวชระเบียนผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเนื่องจากได้รับอุบัติเหตุมีการบาดเจ็บของอวัยวะหลายระบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยเก็บข้อมูลแบ่งเป็น ๒ ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะ และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การมีโรคร่วม แบ่งกลุ่มตามสภาพความแข็งแรงและความเสี่ยง (ASA Classification) ภาวะอ้วน วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก (Anesthetic Technique) ระยะเวลาในการผ่าตัด ปริมาณของการสูญเสียเลือด (Blood Loss) และการมีภาวะโลหิตจางมาก่อนผ่าตัด (Anemia)

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด ลักษณะคำถาม มี ๒ คำตอบ คือ มี และไม่มี ภาวะแทรกซ้อน และถ้ามี ให้เลือกตอบโดยทำเครื่องหมายกากบาทว่ามีภาวะแทรกซ้อนในระบบใด แบ่งเป็น ๑) ภาวะแทรกซ้อนของระบบไหลเวียน ๒) ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร ๓) ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ ๔) ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินปัสสาวะ ๕) ภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาท และ ๖) ภาวะแทรกซ้อนจากแผลผ่าตัด

การรวบรวมข้อมูล

๑. เมื่อโครงร่างการวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกเวชระเบียนผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า คัดออก และเกณฑ์ยุติการศึกษา

๒. เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลให้ครบทั้ง ๒ ส่วน

๓. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด โดยใช้สถิติการวิเคราะห์แบบถดถอย (Logistic regression)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

หัวข้อ	๒๕๖๕			๒๕๖๖					
	ต.ค	พ.ย	ธ.ค	ม.ค	ก.พ	มี.ค	พ.ค	มิ.ย	ก.ค
กำหนดปัญหาที่จะดำเนินการวิจัย/ วัตถุประสงค์	←	→							
ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง/ คำถามการวิจัย/นัยสำคัญ	←	→							
เขียนโครงร่างการวิจัย กำหนดรูปแบบ การวิจัย ประชากร และวิธีการสุ่ม ตัวอย่าง	←	→							
จัดทำเครื่องมือ และตรวจสอบ คุณภาพของเครื่องมือ	←	→							
ส่งโครงร่างขอพิจารณาจริยธรรมการ วิจัย			←	→					
ดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยที่ กำหนดไว้						←	→		
เก็บรวบรวมข้อมูล						←	→		
วิเคราะห์ข้อมูล							←	→	
สรุปผลการวิจัยและเขียนรายงานการ วิจัย								←	→
เผยแพร่ผลการวิจัย								←	→

๔.๓ เป้าหมายของงาน

- ๔.๓.๑ ทำความเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อน: เพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช
- ๔.๓.๒ การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด: เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อให้เกิดการดูแลที่เหมาะสม มีการจัดการควบคุม และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังผ่าตัด
- ๔.๓.๓ การสร้างความรู้จากการวิจัย: การได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งปันผลการวิจัยและสร้างความรู้ในวงกว้างเพื่อประโยชน์ทางด้านวิชาการต่อไป

- ๔.๓.๔ ได้ผลงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน ๑ เรื่อง และได้เผยแพร่ผลงานวิชาการจำนวน ๑ เรื่อง

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

- ๕.๑.๑ ได้ผลงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน ๑ เรื่อง
- ๕.๑.๒ ได้เผยแพร่ผลงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน ๑ เรื่อง

๕.๒ เชิงคุณภาพ

- ๕.๒.๑ ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ ให้คงที่ ได้แก่ ภาวะโลหิตจางก่อนผ่าตัด ชนิด/ประเภทการผ่าตัด และการสูญเสียเลือด
- ๕.๒.๒ ผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจางก่อนผ่าตัด (HB น้อยกว่า ๑๐ กรัม/ดล) จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากขึ้น ๒.๕๘ เท่า ของผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีภาวะโลหิตจางก่อนผ่าตัด
- ๕.๒.๓ ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดประเภทศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ จะลดโอกาสเสี่ยงของการมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ ๗๒% เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป
- ๕.๒.๔ ผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียเลือดตั้งแต่ ๑๐๐-๕๐๐ CC จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากขึ้น ๔.๗๓ เท่า ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีการสูญเสียเลือดน้อยกว่า ๑๐๐ CC

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ การนำผลการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุมีความสำคัญในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังจากการผ่าตัด ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ดังนี้

- ๖.๑ การปรับปรุงแผนการดูแลหลังผ่าตัด: ปรับปรุงแผนการดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัด โดยให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการติดตามการให้การดูแลรักษาหรือจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด
- ๖.๒ การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง: การนำผลการวิจัยไปใช้ในการให้ความรู้หรือฝึกอบรมเจ้าหน้าที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เข้าใจและนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไปใช้ สามารถช่วยลดความเสี่ยง ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น
- ๖.๓ การพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด: การพัฒนาแนวทางการคัดกรองความเสี่ยงของผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัด เพื่อระบุบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สามารถช่วยในการกำหนดแผนการดูแลเฉพาะบุคคลที่มีประสิทธิภาพ

๖.๔ การส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่ดีหลังผ่าตัด: นำผลการวิจัยไปใช้ในการสร้างกิจกรรม หรือรูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการส่งเสริมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการบำบัดหลังผ่าตัด เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดีขึ้น

๖.๕ การพัฒนานโยบายการบริหารจัดการผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด: การนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนานโยบายทางสาธารณสุขที่เน้นการจัดการและการดูแลผู้สูงอายุหลังจากการผ่าตัด สามารถช่วยให้ระบบการดูแลสุขภาพมีการตอบสนองความต้องการที่เหมาะสมของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาข้อมูลย้อนหลังในเวชระเบียนผู้ป่วย (Retrospective Cohort Study) มีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากต้องจัดการกับข้อมูลที่มีอยู่ในเวชระเบียนเท่านั้น และไม่ได้ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ มีดังนี้

๗.๑ การเข้าถึงข้อมูล: การเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยอาจมีความซับซ้อนเนื่องจากต้องได้รับการอนุญาตจากหัวหน้าหน่วยงานที่เก็บข้อมูล และต้องรักษาความเป็นส่วนตัวของข้อมูลทางการแพทย์

๗.๒ ความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล: ข้อมูลที่มีในเวชระเบียนผู้ป่วยต้องถูกต้องและครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดในการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งนี้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยบางครั้งอาจบันทึกได้ไม่ครอบคลุม อาจทำให้ผลลัพธ์การวิจัยไม่ถูกต้อง

๗.๓ การเลือกกลุ่มตัวอย่าง: ต้องระมัดระวังในการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สามารถแทนที่กลุ่มประชากรที่สนใจ เพื่อป้องกันการละเมิดความเป็นส่วนตัวและอคติในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องมีความสุจริตของผู้วิจัยเองในการจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อป้องกันการเอาชนะผลการวิจัยให้เกิดขึ้นตามที่ผู้วิจัยต้องการ

๗.๔ การควบคุมตัวแปรอื่น: ต้องพยายามควบคุมตัวแปรที่อาจมีผลต่อผลลัพธ์ของการวิจัย เช่น โรคร่วม การใช้ยา หรือปัจจัยเฉพาะบุคคล นอกจากนี้ต้องมีการใช้เทคนิคทางสถิติที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลที่ถูกต้อง รวมทั้งต้องมีการอภิปรายผลที่ทำให้เข้าใจได้ง่าย และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง

๗.๕ การจัดการกับความยุ่งยากซับซ้อนในการวิจัยแบบศึกษาข้อมูลย้อนหลังในเวชระเบียนผู้ป่วย ผู้วิจัยต้องมีความรอบรู้และความระมัดระวังในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่น่าเชื่อถือและมีความสมบูรณ์

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ---- ไม่มี ----

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ การตรวจสอบและประเมินภาวะโลหิตจางก่อนการผ่าตัด และดูแลรักษาภาวะโลหิตจางอย่าง

เหมาะสมก่อนการผ่าตัด นอกจากนี้การจัดการและควบคุมการสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด มีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และนำความรู้ที่ได้ไปให้คำแนะนำกับทีมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

๙.๒ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาแบบ Prospective เพื่อความครอบคลุมของตัวแปรด้านปัจจัย อื่น ๆ ที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ระบบภูมิคุ้มกัน ภาวะโภชนาการ และภาวะสุขภาพโดยรวม อีกทั้งควรศึกษาติดตามผู้ป่วยสูงอายุในระยะยาวหลังผ่าตัด เพื่อความสมบูรณ์ของการดูแลรักษา รวมทั้งศึกษาเชิงทดลองเพื่อพัฒนาและทดสอบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างส่งผลงานวิจัยเผยแพร่ ในวารสารวิชาการแพทย์ เขต ๑๑

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- | | | |
|---------------------------|-----------------|-----------|
| ๑) นางสาวนันทิรา ชานนรงค์ | สัดส่วนของผลงาน | ร้อยละ ๗๐ |
| ๒) นางสาวมณฑิรา ชานนรงค์ | สัดส่วนของผลงาน | ร้อยละ ๓๐ |

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสีชมพู นุ่นแก้ว)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 4 / ๕ / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑) นางสาวนันทิรา ชานนรงค์	
๒) นางสาวมณฑิรา ชานนรงค์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางฉวีพงศ์ บุญกาญจน์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
ปฏิบัติหน้าที่ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
วันที่ ๗ / ๕.๕. / ๒๕๖๖
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายจรัส บุญกาญจน์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชล
วันที่ ๗ / ๕.๕. / ๒๕๖๖
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบ Fast Tract Surgery ในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะฉุกเฉิน

๒. หลักการและเหตุผล

การบาดเจ็บช่องท้องเป็นเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้ร้อยละ ๑๕ ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บทั้งหมด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Gaasch SS, Kolokythas CL, ๒๐๒๓) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า ๔๕ ปี (Arenaza Choperena G, Cuetos Fernández J, Gómez Usabiaga V, Ugarte Nuño A, Rodriguez Calvete P, Collado Jiménez J., ๒๐๒๓) การบาดเจ็บช่องท้องเป็นสาเหตุการเจ็บป่วย การเสียชีวิตที่สำคัญ และมีค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา เนื่องจากในช่องท้องมีอวัยวะที่สำคัญหลายอย่างได้แก่ ม้าม ไต ทางเดินอาหาร และหลอดเลือดใหญ่ หากมีการบาดเจ็บอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ฉะนั้นการช่วยชีวิต และการผ่าตัดอย่างรวดเร็วเพื่อควบคุมความเสียหายของร่างกายที่เกิดขึ้น สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมาก การอัลตราซาวนด์ การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และการตรวจร่างกายที่ถูกต้องอย่างละเอียดเพื่อวินิจฉัยโรคอย่างทันท่วงที การสื่อสารที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องเป็นไปอย่างมีคุณภาพ

การพัฒนาระบบ Fast Track Surgery (FTS) ในผู้ป่วยบาดเจ็บในช่องท้องที่มีภาวะฉุกเฉินมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บในช่องท้องมีความฉุกเฉินและต้องการการดูแลที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วย หลักการดูแลที่สำคัญจึงเน้นการลดระยะเวลาที่จำเป็นในทุกขั้นตอนของการดูแล โดยให้ความสำคัญกับความเร็วในการรับบริการทางการแพทย์ การดูแลพยาบาล และการจัดการทรัพยากรทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะความเร็วในการผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัดในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะฉุกเฉินมี ๓ ประเภท ได้แก่ ๑) Definitive surgery ผ่าตัดสำรวจการบาดเจ็บทั่วช่องท้องพร้อมให้การรักษาให้เรียบร้อย ใช้เวลาผ่าตัดนานจนเสร็จในครั้งเดียว เหมาะใช้ในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บไม่รุนแรงมาก และสัญญาณชีพเป็นปกติ ๒) Organ salvage surgery เป็นการผ่าตัดที่พยายามเก็บรักษาอวัยวะเช่น ม้าม ไต ให้ได้โดยไม่ตัดทิ้ง อาจทำการเย็บซ่อมหรือห่อรัดหุดยึดด้วยตาข่าย(mesh) และ ๓) Damage control surgery เป็นการรีบผ่าตัดอย่างรวดเร็วโดยใช้เวลาอันน้อยที่สุดไม่ควรเกิน ๑ ชั่วโมง โดยทำการหยุดหรือชะลอการเสียเลือด และปิดรูฉีกขาดของลำไส้แบบชั่วคราว เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ก่อนแล้วนำผู้ป่วยไปรักษาแก้ไขภาวะผิดปกติเช่น สมดุลกรดด่าง อุณหภูมิร่างกายต่ำ และการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ เป็นต้น

พยาบาลห้องผ่าตัด จึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบ Fast Tract Surgery ในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะฉุกเฉิน เพื่อช่วยให้กระบวนการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงต่อชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาที่สำคัญ ลดระยะเวลาการรอคอย และทำให้กระบวนการทางการแพทย์เร็วขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มคุณภาพของ

การดูแล โดยการลดความผิดพลาดและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการทำงานในห้องผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยต่อชีวิต และลดอัตราการตายในห้องผ่าตัดของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง

๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๒ บทวิเคราะห์

โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ ๕ ขนาด ๓๓๐ เตียง ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในเขตอำเภอสิชล และอำเภอใกล้เคียง รวมถึงรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในพื้นที่ทางตอนเหนือของจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีศักยภาพในการดูแลรักษาพยาบาลเฉพาะทางในสาขาหลักและสาขาย่อย ในส่วนของงานห้องผ่าตัดมีศักยภาพในการให้บริการผ่าตัดใหญ่ ๗ ห้อง มีแพทย์เฉพาะทางให้บริการผ่าตัดหลายสาขา เช่น สาขาศัลยกรรม สาขา ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ สาขาสูติรีเวชกรรม สาขาจักษุวิทยา สาขาโสต ศอ นาสิก และสาขา ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ จึงสามารถให้บริการผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดที่สลับซับซ้อนมากขึ้น ดังเห็นได้จากสถิติผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ๓ ปีย้อนหลัง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีจำนวน ๔,๔๙๓, ๔,๖๒๑ และ ๔,๗๐๐ ราย ตามลำดับ โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บทางช่องท้องที่มีภาวะฉุกเฉิน จำนวน ๓๐ รายต่อปี เฉลี่ยเดือนละ ๒-๓ ราย ซึ่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า โรงพยาบาลสิชล ยังไม่มี Protocol ในการส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ทำให้การปฏิบัติไม่เป็นในทิศทางเดียวกัน เช่น ไม่ได้เตรียมเรื่องผล LAB การจ้องเลือด การให้สารน้ำและเลือดในการช่วยชีวิต การให้ข้อมูลแก่ญาติ การเซ็นยินยอมผ่าตัด เป็นต้น ทำให้เกิดการล่าช้าในกระบวนการผ่าตัด นอกจากนี้การบริหารจัดการในห้องผ่าตัด พบว่า ทีมผ่าตัด ห้องผ่าตัด เครื่องมือ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด ยังไม่มีแนวทางการทำงานที่ชัดเจน

๓.๓ แนวคิด

ผู้ศึกษาสนใจที่จะพัฒนาระบบ Fast Tract Surgery ในผู้ป่วยบาดเจ็บในช่องท้องที่มีภาวะฉุกเฉิน โดยมีแนวคิดในการดำเนินการ ดังนี้

๓.๓.๑ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีภาวะเลือดออก (Hooper N & Armstrong TJ, ๒๐๒๒)

- ๑) การแบ่งระดับของภาวะเลือดออก วิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งอเมริกา กล่าวถึงการช่วยชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บขั้นสูง Advance trauma life support (ATLS) โดยแบ่ง Hemorrhage classification เป็น ๔ ระดับ ได้แก่

Class ๑ Hemorrhage: มีเลือดออกน้อยกว่า ๑๕% ของเลือดทั้งหมด หรือมีการสูญเสียเลือดประมาณ ๗๕๐ ml อัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้นเล็กน้อย และไม่มี การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ทั้งความดันโลหิต ชีพจร และอัตราการหายใจ ไม่จำเป็นต้องได้รับสารน้ำทดแทน

Class ๒ Hemorrhage: มีเลือดออก ๑๕-๓๐% ของเลือดทั้งหมด หรือสูญเสียเลือดประมาณ ๗๕๐-๑๕๐๐ ml ผู้ป่วยเริ่มมีหัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) หายใจเร็ว (tachypnea) narrow pulse pressure ผู้ป่วยควรได้รับสารน้ำทดแทน แต่อาจไม่จำเป็นต้องได้รับสารประกอบของเลือด

Class ๓ Hemorrhage: มีเลือดออก ๓๐-๔๐% ของเลือดทั้งหมด หรือสูญเสียเลือดประมาณ ๑๕๐๐-๒๐๐๐ ml ผู้ป่วยเริ่มมีอาการของเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ไม่เพียงพอ ระดับความดันโลหิตต่ำลง หัวใจเต้นเร็ว ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยต้องได้รับสารประกอบของเลือดและได้รับการห้ามเลือดทันที

Class ๕ Hemorrhage: มีเลือดออกมากกว่า ๔๐% ของเลือดทั้งหมด เป็นระดับที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

- ๒) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่อมีภาวะเลือดออก ประกอบด้วย ๑) ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เลือดออกจนอยู่ในภาวะช็อกอัตราการเมตาบอลิซึมในร่างกายจะลดลงและมีการสูญเสียกลไกการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายทำให้ร่างกายไม่สามารถสร้างความร้อนขึ้นมาได้ นอกจากนี้การให้สารน้ำอย่างรวดเร็วเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยนั้น สารน้ำมักจะมีอุณหภูมิที่ต่ำกว่าอุณหภูมิร่างกายทำให้อุณหภูมิแกนของร่างกายลดต่ำลง ๒) ภาวะเลือดเป็นกรด ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ มีการเสียเลือดเป็นปริมาณมาก ปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆไม่เพียงพอ ทำให้เซลล์เปลี่ยนไปใช้กระบวนการเมตาบอลิซึมแบบไม่ใช้ออกซิเจนแทนทำให้เกิดภาวะกรดแลคติกคั่งในเลือด (lactic acidosis) และ ๓) ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติในช่วงแรกจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อร่างกายไม่เพียงพอ (tissue hypoperfusion) และสัมพันธ์กับระดับ thrombomodulin ที่เพิ่มขึ้น และ C-protein ที่ลดลง โดย thrombomodulin บนผิวเซลล์จะจับกับ thrombin ในกระแสเลือด ซึ่งกระตุ้น protein-c ยับยั้งการแข็งตัวของเลือด นอกจากนี้ยังลดการยับยั้ง tissue plasminogen activator (tPA) ผ่านการลดลงของ plasminogen activator inhibitor และเร่งกระบวนการ fibrinolysis กระบวนการนี้เรียกว่าภาวะเลือดออกผิดปกติเฉียบพลันในผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Acute Coagulopathy of Trauma: ACoTS)

๓.๓.๒ แนวคิดการบาดเจ็บในช่องท้อง (Abdominal injury)

- ๑) กายวิภาคของช่องท้องสามารถแบ่งตามกายวิภาคได้เป็น ๓ ช่องใหญ่ๆ คือ ๑) peritoneal cavity อวัยวะภายในได้แก่ กระบังลม ตับ ม้าม กระเพาะอาหาร และลำไส้ ๒) retroperitoneal space เป็นส่วนที่อยู่หลังเยื่อ peritoneal ได้แก่วาล์วหลอดเลือดดำ และแดงใหญ่ ลำไส้เล็กส่วนต้น ตับอ่อน ไต และบางส่วนของลำไส้ใหญ่ ๓) pelvic cavity ได้แก่ ลำไส้ตรง กระเพาะปัสสาวะ หลอดเลือด iliac และอวัยวะสืบพันธุ์ภายใน

๒) การตรวจวินิจฉัย

๒.๑ FAST (Focused Assessment Sonography in Trauma) เป็นเครื่องมือที่มีความรวดเร็วและแม่นยำในการตรวจภาวะเลือดออกในช่องท้อง การใช้ ultrasound สามารถบ่งบอกถึงการได้รับบาดเจ็บของอวัยวะและมีเลือดออกในช่องท้องได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ FAST อาจมีข้อจำกัดใน

ผู้ป่วยที่ผนังหน้าท้องหนา มีลมในเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง รวมถึงขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน (Bloom BA & Gibbons RC., ๒๐๒๓)

๒.๒ Computed Tomography (CT scan) สามารถช่วยวินิจฉัยการบาดเจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่มีข้อจำกัดเนื่องจากกระบวนการในการทำ CT ใช้เวลานานค่อนข้างมาก ทั้งขั้นตอนการย้ายผู้ป่วย การฉีดสารทึบแสง รวมถึงเวลาในการ scan ของเครื่อง ดังนั้นในผู้ป่วยที่มี unstable hemodynamic จึงไม่เหมาะที่จะทำ CT scan การลดระยะเวลาและขั้นตอนต่างๆ ในการทำ CT scan จะช่วยให้สามารถนำ CT scan มาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๒.๓ Lab investigation

- ระดับกรด lactic ในเลือด สามารถนำมาใช้เป็นตัววัดความรุนแรงของภาวะเลือดออกได้
- ค่า base deficit เป็นตัวชี้วัดความเป็นกรดของเลือด (acidosis) จากภาวะขาดเลือด และสัมพันธ์กับอัตราการเกิดอวัยวะล้มเหลวและอัตราการตาย
- การแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยอุบัติเหตุสามารถเกิดการแข็งตัวของเลือดผิดปกติได้ ดังนั้นแนะนำให้ตรวจเลือดเพื่อหาความผิดปกติของการแข็งเลือด โดยทั่วไปแล้วการตรวจตามมาตรฐาน ได้แก่ prothrombin time(PT), activated partial thromboplastin time(APTT), fibrinogen และ platelets ซึ่งผลที่ออกมาอาจบอกได้ภาวะการแข็งตัวของเลือดได้เพียงบางส่วน

๓.๓.๓ แนวคิดการผ่าตัดเพื่อควบคุมความเสียหายของอวัยวะและร่างกาย (Management Damage control surgery) ในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีการเสียเลือดอย่างมาก การผ่าตัดเป็นการรักษาที่ได้ผลอย่างดี แต่หากผ่าตัดเพื่อรักษาอวัยวะทุกส่วนที่เสียหายให้สมบูรณ์ (definite surgery) เลยนั่นอาจใช้เวลาในการผ่าตัดที่นานมากรวมกับการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาทั้งเรื่องของภาวะ hypothermia , acidosis และ coagulopathy จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ แนวคิดเรื่อง damage control surgery จึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยแบ่งการดูแลผู้ป่วยออกเป็น ๓ ระยะ ดังนี้ (Guillen B & Cassaro S., ๒๐๒๓)

- ๑) ระยะแรกคือ การผ่าตัดเพื่อเข้าไปหยุดเลือดที่ออกและจำกัดการปนเปื้อนของบาดแผลอย่างรวดเร็ว จากนั้นจึงทำ abdominal packing และปิดผนังหน้าท้องชั่วคราวไว้
- ๒) ระยะที่สองคือการดูแลผู้ป่วยในหน่วยผู้ป่วยวิกฤต (Intensive care unit) เพื่อให้สารน้ำและสารประกอบของเลือด ดูแลเพื่อให้ภาวะการแข็งตัวของเลือดกลับมาเป็นปกติโดยเร็ว ตลอดจนการตรวจผู้ป่วยซ้ำเพื่อหาการบาดเจ็บร่วมอย่างอื่น
- ๓) ระยะสุดท้ายคือการผ่าตัดผู้ป่วยขั้นตอนสุดท้ายเมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาพปกติแล้ว โดยสรุป Damage control surgery คือการผ่าตัดเพื่อควบคุมการเสียเลือด ควบคุมการปนเปื้อนของบาดแผล ปิดแผลหน้าท้องชั่วคราว จากนั้นรอการรักษาเรื่องภาวะ

แข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติร่วมกับการให้สารน้ำอย่างเหมาะสม สุดท้ายจึงเข้าผ่าตัดอีกครั้ง

๓.๓.๔ แนวทางการให้สารน้ำทดแทนในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อก การให้สารน้ำทดแทนในระยะต้นเพื่อฟื้นฟูการไหลเวียนของเลือดสู่เนื้อเยื่อ สำหรับชนิดของสารน้ำที่เหมาะสมที่ควรจะให้ยังเป็นที่ยกเถียงอยู่ ซึ่งสามารถให้ได้ทั้ง crystalloid และ colloid โดยเป้าหมายการให้สารน้ำเป็นการทำให้สามารถรักษาความดันโลหิตให้เพียงพอสำหรับการสูดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญเท่านั้น และควรระมัดระวังมิให้มากเกินไป จนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดห้ามเลือด เนื่องจากปริมาณสารน้ำที่มากเกินไปจะทำให้มีเลือดออกมากยิ่งขึ้นจากกระบวนการ reverse vasoconstriction, clot ที่หลุดเลือดหลุด, dilutional effect หรือทำให้ร่างกายเกิด hypothermia เรียก หลักการนี้ว่า Permissive hypotension หรือ Balanced resuscitation

๓.๔ ข้อเสนอ

การพัฒนาระบบ Fast Track Surgery ในผู้ป่วยบาดเจ็บในช่องท้องที่มีภาวะช็อกต้องให้ความสำคัญกับการวางแผนและปรับปรุงกระบวนการทั้งหมด เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุดและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้ศึกษาจึงขอเสนอขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

๑. วิเคราะห์และทำความเข้าใจ: สำรวจและวิเคราะห์กระบวนการปัจจุบันในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในช่องท้อง รวมทั้งทำความเข้าใจความต้องการและปัญหาที่เกิดขึ้นในภาวะช็อก
๒. ประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาระบบ Fast Track Surgery ในผู้ป่วยบาดเจ็บในช่องท้องที่มีภาวะช็อก วางแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนและเป็นระยะเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายในระยะเวลาที่กำหนด
๓. สร้างทีมงานที่มีประสบการณ์ความรู้และทักษะในด้านการดูแลผู้ป่วย Fast Track Surgery ในผู้ป่วยบาดเจ็บในช่องท้องที่มีภาวะช็อก และมีการสื่อสารที่ดีภายในทีมผ่าตัด และทีมห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
๔. ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับทีมการแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับ ดูแลผู้ป่วยในระบบ Fast Track Surgery ในผู้ป่วยบาดเจ็บในช่องท้องที่มีภาวะช็อกและการดูแลผู้ป่วยในภาวะช็อก โดยการจำลองสถานการณ์และให้ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามระบบ
๕. เตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลในระบบ Fast Track Surgery ในผู้ป่วยบาดเจ็บในช่องท้องที่มีภาวะช็อก เช่น ทีมผ่าตัด ห้องผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดฉุกเฉิน ธนาคารเลือด เป็นต้น
๖. วางแผนกระบวนการการดูแล: ประชุมทีมการแพทย์และการพยาบาลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยในระบบ Fast Track Surgery ในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อก ที่มีประสิทธิภาพและมีความเหมาะสมในภาวะช็อก

๗. นำเสนอแนวทางการดูแล: นำเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระบบ Fast Track Surgery ในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะฉุกเฉิน ในภาวะฉุกเฉินแก่ทีมการแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์
๘. นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระบบ Fast Track Surgery ในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะฉุกเฉินไปใช้
๙. ติดตามและประเมิน: ติดตามผลการดูแลผู้ป่วยในระบบ Fast Track Surgery ในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะฉุกเฉิน พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้มีความเหมาะสม

๓.๕ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บในช่องท้องที่มีภาวะฉุกเฉิน อาจมีการบาดเจ็บของอวัยวะอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การบาดเจ็บทางสมอง ในระดับ Moderate Head Injury ทำให้เป็นข้อจำกัดในการใช้ระบบ Fast Track Surgery ในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะฉุกเฉิน แนวทางการแก้ไข มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการประเมินผู้ป่วย Head Injury ให้สามารถประเมินได้อย่างถูกต้องตั้งแต่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

การพัฒนาระบบ Fast Track Surgery ในผู้ป่วยบาดเจ็บในช่องท้องที่มีภาวะฉุกเฉินมีทั้งผลที่ดีต่อผู้ป่วยและผลที่เป็นประโยชน์ต่อระบบการดูแลทางการแพทย์ ดังนี้

- ๑) ลดระยะเวลาการรอคอย ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่รวดเร็วมากขึ้น ลดความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินและภาวะภัยคุกคามต่อชีวิต
- ๒) ลดความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายของผู้ป่วย: ระบบ fast tract surgery ช่วยให้การจัดการความเจ็บปวดเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
- ๓) เพิ่มคุณภาพของการดูแล: การใช้ระบบ fast tract surgery ที่มีการควบคุมและวางแผนอย่างเข้มงวด ช่วยให้มีการลดความผิดพลาดและเพิ่มคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินจากการบาดเจ็บช่องท้อง
- ๔) เพิ่มความพร้อมทางทรัพยากร: สร้างความพร้อมทางทรัพยากรทางการแพทย์ในการรับมือกับผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินจากการบาดเจ็บช่องท้อง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- | | |
|---|------------|
| ๕.๑ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ นาที | ร้อยละ ๑๐๐ |
| ๕.๒ อัตราการตายผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัด | ร้อยละ ๐ |

ลงชื่อ.....

(นางสีชมพู นุ่นแก้ว)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 4 / 8 / 2566

ผู้ขอประเมิน

សេចក្តីផ្តើម

- Arenaza Choperena G, Cuetos Fernández J, Gómez Usabiaga V, Ugarte Nuño A, Rodriguez Calvete P, Collado Jiménez J. (២០២៣). Abdominal trauma. Radiologia (Engl Ed). ២០២៣ Mar;៦៥ Suppl ១ : S៣២ - S៤១ . doi: ១០.១០១៦/j.rxeng.២០២២.០៥.០១១. PMID: ៣៧០២៤២២៤
- Bloom BA, Gibbons RC. Focused Assessment With Sonography for Trauma. ២០២៣ Jul ២៤. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL) : StatPearls Publishing; ២០២៣ Jan-. PMID: ២៥២៦១៥០២
- Gaasch SS, Kolokythas CL. (២០២៣). Management of Intra-abdominal Traumatic Injury. Crit Care Nurs Clin North Am. ២០២៣ Jun;៣៥(២) : ១៥១ - ២១១ . doi: ១០.១០១៦/j.cnc.២០២៣.០២.០១១. Epub ២០២៣ Mar ២៧. PMID: ៣៧១២៧៧៧៦
- Guillen B, Cassaro S. Traumatic Open Abdomen. ២០២៣ Jul ១០. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; ២០២៣ Jan-. PMID: ២៥២៦២២០៧.
- Hooper N, Armstrong TJ. Hemorrhagic Shock. [Updated ២០២២ Sep ២៦]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; ២០២៣ Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK៤៧០៨៨២/>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

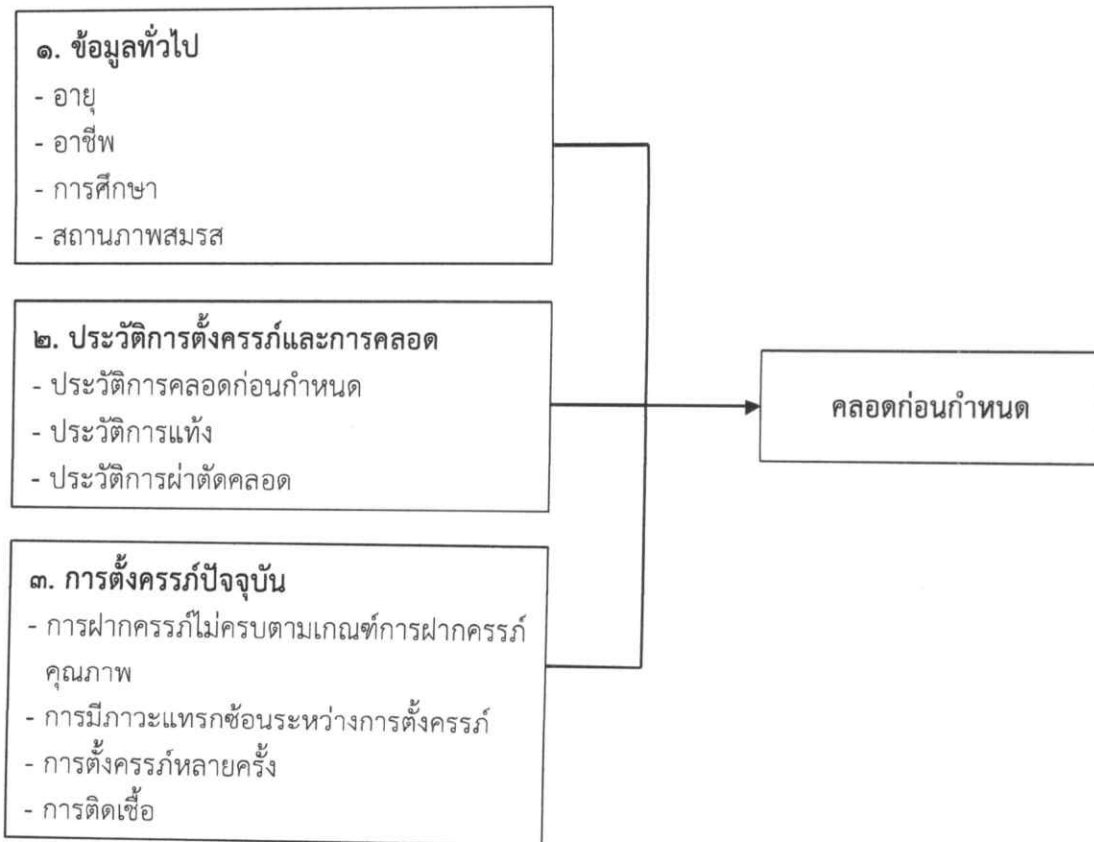
๑. เรื่อง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสิชล

จังหวัดนครศรีธรรมราช

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการเวลา ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดจากการทบทวนปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดจากแนวทางเวชปฏิบัติ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่ว ก่อนกำหนดในแนวทางเวชปฏิบัติ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (The Royal Thai College of Obstetricians and Gynecologists, ๒๐๑๕) พบปัจจัยเสี่ยง ๓ ด้าน ได้แก่ ๑) ข้อมูลส่วนบุคคล ๒) ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ๓) การตั้งครรภ์ปัจจุบัน จึงนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้



กรอบแนวคิดในการวิจัย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

หลักการและเหตุผล

ภาวะคลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ และทารกแรกเกิด ภาวะคลอดก่อนกำหนดสามารถทำให้ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนและมีน้ำหนักตัวน้อย ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ได้ (Ruangrit & Hongranai, ๒๐๒๒) สตรีตั้งครรภ์บางรายอาจต้องรักษาที่โรงพยาบาลเป็นเวลานานเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับยาที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอาจเกิดความวิตกกังวลเนื่องจากการรักษาและความกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์ ภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนอาจทำให้เกิดกลุ่มอาการหายใจลำบากและอาจเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ความพิการทางสมอง การติดเชื้อในลำไส้ และการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างมาก (Sriutharawong, ๒๐๑๙; Chalermvuttanon, Ratchaputi, Chotikasathit, ๒๐๑๖)

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า สถิติในแต่ละปีของการคลอดก่อนกำหนดเฉลี่ยสูงถึง ๑๕ ล้านคน (Walani, ๒๐๒๐) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดสูงถึง ๑ ล้านคนต่อปี (Kinney & Rhoda, ๒๐๑๙) จากการศึกษาข้อมูลจากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ของประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - พ.ศ. ๒๕๖๔ จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดเกณฑ์เป้าหมาย ดังนี้ อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง ร้อยละ ๑๐ ภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม น้อยกว่าร้อยละ ๗ แต่จากสถิติการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๔๐๐ เตียง พบว่าสถิติในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ - พ.ศ. ๒๕๖๕ ให้บริการทำคลอดหญิงตั้งครรภ์ จำนวน ๑,๐๙๒, ๑,๐๓๘, ๑,๐๕๒, ๑,๐๒๖ และ ๙๘๕ ราย ตามลำดับ พบอัตราการคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ ๔.๙๕, ๓.๘๕, ๓.๗๑, ๕.๘๕ และ ๒.๘๔ ตามลำดับ ของการคลอดมีชีพทั้งหมดและมีอัตราการคลอดทารกน้ำหนักตัว น้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม คิดเป็นร้อยละ ๘.๒๔, ๗.๘, ๘.๘, ๙.๑๖ และ ๘.๒๒ ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราการพบสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ไม่เกินร้อยละ ๗ และยังพบว่า การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุของการเกิดทารกน้ำหนักแรกคลอด น้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๓๓, ๗๙.๖๓, ๙๐.๐๐, ๙๒.๘๖ และ ๙๔.๘๗ ตามลำดับ โดยทั้งอัตราการคลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐานที่เกิดจากการคลอดก่อนกำหนดยังพบว่ามีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลขึ้นลงอย่างไม่แน่นอน จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ล้วนเป็นปัจจัยเสริมที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้คลอดและครอบครัวมีสุขภาวะทางร่างกายและจิตใจที่แย่งส่งผลกระทบต่ออัตราการครองเตียงของทารกที่นานขึ้น ทำให้โรงพยาบาลรับผู้ป่วยใหม่ได้น้อยลง อีกทั้งยังเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดและเพิ่มภาระงานแก่บุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนั้นหากมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอาจทำให้ทารกเสียชีวิตได้ (Chawanpaiboon & Sutantawibul, ๒๐๐๙)

จากการทบทวนปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดพบปัจจัยเสี่ยง ๓ ด้าน (The Royal Thai College of Obstetricians and Gynecologists, ๒๐๑๕) ได้แก่ ๑) ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย อายุ อาชีพ โรคประจำตัว การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ๒) ด้านประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งประกอบด้วย ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ประวัติการมีเลือดออกระหว่างการตั้งครรภ์ที่ผ่านมา ประวัติ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

การแท้ง ประวัติการผ่าตัดคลอด ประวัติการคลอดครรภ์แฝด ๓) ด้านการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ซึ่งประกอบด้วย ดัชนีมวลกายของสตรีก่อนการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ล่าช้าหรือไม่มาฝากครรภ์ การมีภาวะแทรกซ้อนระหว่าง การตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์แฝด ความผิดปกติของทารกในครรภ์ การยับยั้งการคลอด การตั้งครรภ์หลายครั้ง การเปิดช่องปากมดลูกเมื่อแรกเริ่ม ประวัติการใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านจิตใจ/ภาวะเครียด ได้รับอุบัติเหตุขณะ ตั้งครรภ์ และการติดเชื้อ(ซึ่งประกอบด้วย การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอด/ โพรทอมดลูก การติดเชื้อในช่องปาก และ ผล CBC ผิดปกติ)(Kaewsiri, Hemadhulin, Ansook, & Naosrisorn, ๒๐๒๐)

จากข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ ธารทิพย์ อุทัยพัฒน์ ที่ศึกษาอัตราความสำเร็จของการ ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาล กำแพงเพชร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนัก เพิ่มขึ้นต่ำกว่าเกณฑ์ในระหว่างตั้งครรภ์ ได้รับการส่งตัวจากโรงพยาบาลอื่นเนื่องมาจากการไม่ได้รับยายับยั้ง การหดตัวของมดลูกและการตรวจพบปากมดลูกเมื่อแรกเริ่มและเปิดมากกว่าหรือเท่ากับ ๓ เซนติเมตร (Uthaiapat, ๒๐๒๐) นอกจากนั้นงานวิจัยของ วิทวัส หาญอาษา ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของ การคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลบึงกาฬ พบว่า ภาวะน้ำคร่ำรั่วก่อนการเจ็บครรภ์ สอดคล้องกับการฝาก ครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ มารดามีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม การใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ทารกมีภาวะโตช้าในครรภ์ และภาวะรกเกาะต่ำ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มี ความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด (Wittawat, ๒๐๒๒) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ เรืองฤทธิ์ และ สนิษฐา หงษ์ระนัย ที่ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของ สตรีตั้งครรภ์โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย พบว่า เชื้อชาติไทยเพิ่มโอกาสเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด ๓.๒๔ เท่า อาชีพไม่ได้ใช้แรงงานเพิ่มโอกาสเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ๘.๕๙ เท่า การมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์เพิ่มโอกาสเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ๑๑๒.๖๒ เท่า และ ภาวะติดเชื้อเพิ่มโอกาสเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ๒๙.๗๙ เท่า (Ruangrit & Hongranai, ๒๐๒๒)

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น เพื่อเป็นการตอบสนองนโยบาย การขับเคลื่อนโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในการลดการคลอดก่อนกำหนดระดับประเทศในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ลดลงในอัตราร้อยละ ๕๐ จากปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และลดลงในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ อีกร้อยละ ๕๐ ตามลำดับ และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช คณะผู้วิจัยจึง สนใจที่จะศึกษาโดยเน้นการสำรวจข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะดังกล่าว ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการ คัดกรองและเฝ้าระวังเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ซึ่งจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลและป้องกันภาวะ คลอดก่อนกำหนดอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่คลอด ณ โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

การดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะหย้อนหลังแบบมีกลุ่มควบคุม (Retrospective Case-Control Study)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ประชากรที่ศึกษา มาจากเวชระเบียนและทะเบียนคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาล สิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ โดยมีประชากร ที่ทำการศึกษา จำนวน ๓,๐๖๓ คน

กลุ่มตัวอย่าง (sample size) และการสุ่ม (sampling) เป็นการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจงของ สตรีตั้งครรภ์ที่คลอดครบกำหนด (หมายถึง การคลอดอายุครรภ์ระหว่าง ๓๗ ถึง ๔๒ สัปดาห์) และคลอดก่อน กำหนด (หมายถึง การคลอดที่เกิดขึ้นตั้งแต่อายุครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ ถึงก่อน ๓๗ สัปดาห์) โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน ๓๘๑ คน

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการศึกษ

๑) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

จากการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่มี ภาวะคลอดก่อนกำหนด ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ถึง ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๑๒๗ ราย และสตรีตั้งครรภ์ที่คลอดอายุครรภ์ครบกำหนด จำนวน ๒๕๔ ราย คัดเลือกจากผู้ที่มาคลอดโดยมีลำดับ การคลอดติดกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดทั้งก่อนและหลัง (อัตราส่วน Case ต่อ Control เท่ากับ ๑ : ๒) ซึ่งอ้างอิงมาจากการวิจัยที่พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีภาวะคลอดก่อนกำหนดของ พรทิพย์ เรืองฤทธิ์ และสินีนากู หงษ์ระนัย (Ruangrit & Hongranai, ๒๐๒๒)

๒) เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

สตรีตั้งครรภ์ที่ข้อมูลสำคัญในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์หรือเวชระเบียนสูญหาย

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอด ก่อนกำหนดที่พัฒนามาจากแบบบันทึกปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดของ พรทิพย์ เรืองฤทธิ์ และ สินีนากู หงษ์ระนัย (Ruangrit & Hongranai, ๒๐๒๒) ประกอบด้วย ๓ ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ ๒ ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

ส่วนที่ ๓ การตั้งครรภ์และการคลอดปัจจุบัน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๓ ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านสูติ-นรีเวช ๑ ท่าน อาจารย์พยาบาล ๑ ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้คลอด ๑ ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ ๐.๘๐

นอกจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับข้อมูล ในการประเมินเวชระเบียนที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๔๐ ราย และนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์หา ค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ นำแบบสอบถามทั้งหมดวิเคราะห์หาความเที่ยงรายข้อของ แบบสอบถามแยกรายหมวด โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Co-efficient) เลือกข้อคำถามที่มีค่าวัด Corrected Item total correlation ที่ติดลบหรือมีค่าน้อยกว่า ๐.๒ ออกโดยพิจารณาพร้อมกับค่าอำนาจจำแนกและความครบถ้วนของเนื้อหา ได้ค่าความเชื่อถือ คือ ๐.๘๖๕

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

โดยผู้วิจัยได้กำหนดรหัสแก่ตัวแปร แบ่งออกเป็น “มี” โดยกำหนดให้ค่าคะแนนเท่ากับ ๑ และ “ไม่มี” กำหนดให้ค่าคะแนนเท่ากับ ๐ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรดังต่อไปนี้ การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ฝากครรภ์คุณภาพ การมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์หลายครั้ง ภาวะติดเชื้อ ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ประวัติผ่าตัดคลอด ประวัติการแท้ง และตั้งครรภ์หลายครั้งและกำหนดตัวแปรเป็นค่าของตัวแปรซึ่งประกอบด้วย ประวัติการแท้ง ประวัติการผ่าตัดคลอด

การรวบรวมข้อมูล

๑. ดำเนินการติดต่อหน่วยแผนกเวชระเบียนและงานห้องคลอดของโรงพยาบาลสิชล และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

๒. ประชุมชี้แจงผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับขั้นตอนกิจกรรมต่างๆ ตามโครงการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้มีความเข้าใจและปฏิบัติได้ในแนวทางเดียวกัน

๓. โดยคัดเลือกเวชระเบียนจากสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด และคลอดครบกำหนดที่มีลำดับการคลอดติดกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดทั้งก่อนและหลัง (อัตราส่วน Case ต่อ Control เท่ากับ ๑: ๒) และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดพัฒนามาจากแบบบันทึกปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดของพรทิพย์ เรืองฤทธิ์ และ สีนินา หงษ์ระนัย

๔. การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลาในการดำเนินการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนเป็นเวลา ๓ เดือน ตั้งแต่ ๑ เมษายน - ๓๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

๕. หลังจากที่ได้ข้อมูลดังกล่าวจึงดำเนินการมาวิเคราะห์ย้อนหลัง

๖. และนำข้อมูลจากการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อส่งต่อให้เป็นแนวทางนำมาเป็นหลักในการวางแผนการคัดกรองและเฝ้าระวัง เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงของภาวะการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการหลังจากได้รับอนุมัติในเรื่องจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อวันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๖ เลขที่หนังสือรับรอง NSTPH No. ๐๑๑/๒๕๖๖

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากที่ได้ข้อมูลดังกล่าวจึงดำเนินการมาวิเคราะห์ย้อนหลัง โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนดด้วยวิธี univariable ด้วยสถิติ Chi-Square test และ multivariable logistic regression นำเสนอด้วยค่า odds ratio; ๙๕% confidence interval (CI)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

หัวข้อ	๒๕๖๕			๒๕๖๖					
	ต.ค	พ.ย	ธ.ค	ม.ค	ก.พ	มี.ค	พ.ค	มิ.ย	ก.ค
๑. กำหนดปัญหาที่จะดำเนินการวิจัย/ วัตถุประสงค์	←		→						
๒. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง/ คำถามการวิจัย/นัยสำคัญ	←		→						
๓. เขียนโครงร่างการวิจัย กำหนดรูปแบบ การวิจัย ประชากร และวิธีการ สุ่มตัวอย่าง	←		→						
๔. จัดทำเครื่องมือ และตรวจสอบ คุณภาพของเครื่องมือ	←		→						
๕. ส่งโครงร่างขอพิจารณาจริยธรรม การวิจัย			←			→			
๖. ดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยที่ กำหนดไว้						←	→		
๗. เก็บรวบรวมข้อมูล						←	→		
๘. วิเคราะห์ข้อมูล								←	→
๙. สรุปผลการวิจัยและเขียนรายงาน การวิจัย								←	→
๑๐. เผยแพร่ผลการวิจัย									←

๔.๓ เป้าหมายของงาน

ได้ผลงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์โรงพยาบาล
สิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช และเผยแพร่ผลงานในวารสารวิชาการ จำนวน ๑ เรื่อง ภายใน ๑ ปี

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

ได้ผลงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์โรงพยาบาล
สิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน ๑ เรื่อง

๕.๒ เชิงคุณภาพ

๑. กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบอยู่ในช่วงอายุ ๒๐ - ๓๔ ปี ร้อยละ
๖๗.๗๐ ในขณะที่ในกลุ่มตัวอย่างที่อายุครรภ์ครบกำหนดพบร้อยละ ๗๒.๐๐ เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของอายุสตรี
ตั้งครรภ์ในทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.๓๕๒$)

๒. ระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าร้อยละ ๗๔.๕ เท่ากัน โดยระดับการศึกษา
ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง ๒ กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.๖๑๑$)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๓. ด้านสถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีร้อยละสถานภาพคู่เท่ากันกับ ๙๖.๓ และ ๗๐.๕ ตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.๗๕๔$)

๔. ในด้านอาชีพพบว่า อาชีพส่วนใหญ่ที่พบ ได้แก่ อาชีพที่ใช้แรงงาน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีร้อยละอาชีพใช้แรงงาน คือ ๘๑.๑ และ ๗๑.๓ อาชีพของกลุ่มตัวอย่างทั้ง ๒ กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.๙๙๒$)

๕. สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ ๕๐.๔ ได้ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ฝากครรภ์คุณภาพ ในขณะที่สตรีตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ครบกำหนดพบ ร้อยละ ๓๔.๖ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.00๑$)

๖. เรื่องภาวะติดเชื้อมีในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีร้อยละภาวะติดเชื้อ คือ ๔.๗ และ ๐.๐ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.๐๑๗$)

๗. ประวัติคลอดก่อนกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีร้อยละประวัติคลอดก่อนกำหนด คือ ๙.๔ และ ๔.๓ ๘. มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.00๑$)

๘. ข้อมูลด้านประวัติผ่าตัดคลอด ประวัติการแท้งและการตั้งครรภ์มากกว่า ๑ ครั้ง ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง ๒ กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

๙. โดยสรุป ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่คลอด ณ โรงพยาบาลสิชล ได้แก่ การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ฝากครรภ์คุณภาพ มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด และมีประวัติการแท้ง ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลสิชล ได้แก่ อาชีพไม่ได้ใช้แรงงาน มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ มีภาวะติดเชื้อ และมีประวัติผ่าตัดคลอด

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ในเขตพื้นที่อำเภอสิชลเชิงระบบ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด

๒. เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปสอนนักศึกษาพยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อจะได้มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและแนวทางป้องกันต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนและทะเบียนคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลสิชล ซึ่งเป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง อาจมีข้อมูลบางส่วนที่ขาดหายไป ทำให้ได้รายละเอียดไม่ครบถ้วน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

พบปัญหาเรื่องเบอร์โทรติดต่อของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่บ้านทักไว้ในเวชระเบียนและทะเบียนคลอด ไม่เป็นปัจจุบันไม่สามารถโทรติดต่อได้ ในกรณีที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพมีประวัติการคลอดก่อนกำหนด และมีประวัติการแท้งเป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด ซึ่งกลุ่มที่มีการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐานส่วนใหญ่เกิดจากการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าทำให้ได้รับการคัดกรอง การดูแลรักษาและได้รับความรู้ในการปฏิบัติตนที่ล่าช้า โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ดังนั้น การเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเชิงรุก การให้ความรู้ การเฝ้าระวังและติดตามการฝากครรภ์ให้ครบตามเกณฑ์ฝากครรภ์คุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ รวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพของการเข้าถึงบริการให้ง่ายและรวดเร็ว โดยการทำงานร่วมกันเป็นทีมทั้งเครือข่ายจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลป้องกันและรักษาอย่างรวดเร็ว จะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลสิชลได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่ผลการวิจัย โดยการนำเสนอผลงานวิจัยแบบ Oral Presentation เรื่อง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ประจำปี ๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๖ ณ โรงแรมแกรนด์ปาร์ค นครศรีธรรมราช

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นางราตรี นาคกลัด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๘๐
- ๒) อ.ดร.วิทยา ชาญชัย สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๒๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางราตรี นาคกลัด)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 4 / ๑๑ / ๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางราตรี นาคกลัด	
อ.ดร.วิทยา ชาญชัย	

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(.....นางฉวีเพ็ญ บุญการุญณ์.....)

(ตำแหน่ง) **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติหน้าที่**

(วันที่) **รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล**

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(.....นายจรัส บุญกาญจน์.....)

(ตำแหน่ง) **ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล**

(วันที่)/...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลงานห้องคลอดด้านการสื่อสารพยาบาลโดยใช้ ISBAR

๒. หลักการและเหตุผล

การสื่อสารเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างบุคคลต่อบุคคลและบุคคลต่อกลุ่ม ซึ่งพบว่ามีความสำคัญมากที่สุด เพราะเป็นช่องทางติดต่อเพื่อทำให้เกิดการดำเนินกิจกรรมประสบความสำเร็จองค์ประกอบที่จะช่วยให้การสื่อสารประสบความสำเร็จคือ ผู้ส่งสารและผู้รับสารควรมีทักษะในการสื่อสาร (Communication skill) ซึ่งต้องฝึกฝนและเลือกใช้ การมีเจตคติ (Attitude) ที่ดีต่อการสื่อสารจะสามารถทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการส่งมอบข้อมูลที่มีคุณภาพ ความล้มเหลวของการสื่อสารเป็นสาเหตุที่พบมากและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยโดยไม่ได้ตั้งใจ (Leonard, Graham and Bonacurth, ๒๐๐๔) มีข้อมูลจากคณะกรรมการร่วมรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations : JCAHO, ๒๐๐๖) หลังจากการวิเคราะห์สาเหตุรากและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Root cause analysis and sentinel events) พบว่า ร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วยที่เสียชีวิต หรือได้รับอันตรายที่รุนแรงเป็นผลมาจากการสื่อสารที่ผิดพลาด ซึ่งการสื่อสารทางคลินิกมีความซับซ้อนค่อนข้างสูงและมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นได้มาก โดยเฉพาะในช่วงการเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยและสถานการณ์ฉุกเฉิน (Markley and Winbery, ๒๐๐๘) ถ้าหากมีการสร้างกรอบมาตรฐานการรับและส่งเวรทางการพยาบาลที่ชัดเจนสำหรับทีมสุขภาพจะช่วยลดปัญหาความผิดพลาดได้ กิจกรรมที่สำคัญของพยาบาลในการสื่อสารคือการรับและส่งเวรทางการพยาบาล

การรับและส่งเวรทางการพยาบาล เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ให้การดูแลที่กำลังจะหมดช่วงเวลาในการปฏิบัติหน้าที่และส่งต่อหน้าที่การดูแลให้แก่ผู้มารับหน้าที่ในช่วงเวลาต่อไปและเป็นการประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา (Joint Commission International Center for Patient Safety, ๒๐๐๖) การรับและส่งเวรทางการพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อกระบวนการปฏิบัติงานการพยาบาล เพราะเป็นการบอกเล่าข้อมูลให้ผู้รับเวรเห็นปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยตามแผนการดูแลและแผนการรักษา ช่วยให้สามารถวางแผนการดูแล ติดตาม ตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ดำเนินการให้กับผู้ป่วยไปแล้ว และมอบหมายงานให้เวรต่อไปได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (สุระพรรณพนมฤทธิ์ และ สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, ๒๕๕๓) ปัญหาการรับและส่งเวรทางการพยาบาลที่มักเกิดขึ้น ได้แก่ ผู้ส่งเวรขาดการเตรียมตัวก่อนส่งเวร ใช้เวลาในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลนานเกินไป ส่งมอบข้อมูลสำคัญไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติหรือมีการเปลี่ยนแปลงของอาการที่เป็นอยู่ จึงได้มีผู้ทำการศึกษาพัฒนาคุณภาพการรับและส่งเวรทางการพยาบาลมีหลายรูปแบบ ได้แก่ ทำการวิจัยการพัฒนางานประจำสู่การวิจัย (Routine to research) การทำลีน (lean) โดยการนำเทคนิคและเครื่องมือต่างๆ มาช่วยในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดความกระชับ ถูกต้องและเกิดความผิดพลาดน้อย เทคนิคและเครื่องมือที่นิยมนำมาใช้คือ อีสบาร์ (ISBAR) ย่อมาจาก Identify Situation, Background, Assessment and Recommendation การรับและส่งเวรทางการพยาบาลเป็นการส่งต่อข้อมูลในการดูแลรักษาพยาบาลระหว่างทีมหนึ่งสู่ทีมหนึ่งอย่างต่อเนื่อง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้น ทักษะการสื่อสารที่เป็นมาตรฐานจึงมี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ความจำเป็นสำหรับพยาบาล ซึ่งอิสบาร์เป็นเครื่องมือที่ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ กล่าวว่า มีประสิทธิผลในการสื่อสารกับคนอื่นและช่วยให้ข้อมูลสำคัญมีการส่งต่ออย่างถูกต้องและครบถ้วน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข บทวิเคราะห์

โรงพยาบาลสิชล เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ระดับ S ขนาด ๔๐๐ เตียง พัฒนาศักยภาพบริการระดับตติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางครบทุกสาขา โรงพยาบาลสิชลมีการพัฒนาแบบก้าวกระโดดจากโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๑๒๐ เตียง เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ M๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ และยกระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ระดับ S ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งการพัฒนาทั้งหมดที่ผ่านมาต้องอาศัยศักยภาพของบุคลากร และกระบวนการทำงานเป็นทีม ทุกคนมีหน้าที่รับผิดชอบตามความเชี่ยวชาญ สร้างสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานในองค์กร และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อให้แต่ละทีมส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัยต่อชีวิต

กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสิชล ให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะรอคลอด ระยะคลอดและระยะ ๒ ชั่วโมงหลังคลอด รวมถึงดูแลทารกแรกคลอดถึง ๒ ชั่วโมงหลังคลอด ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติฉุกเฉิน มีพยาบาลประจำการ ๗ คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ๑ คน มีการมอบหมายงานเป็นระบบตามหน้าที่ โดยมีหัวหน้าเวรเป็นผู้รับและส่งเวรทางการพยาบาล สื่อสารส่งต่อข้อมูลในการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ใช้การสื่อสารด้วยวาจา การสื่อสารที่สำคัญคือ การรับและส่งเวรที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสม ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยและผู้ให้บริการประทับใจ

จากการสังเกตและสอบถามพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการรับและส่งเวรทางการพยาบาลในห้องคลอด พบว่า การรับและส่งเวรทางการพยาบาลยังไม่เป็นระบบ รูปแบบในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลมีความแตกต่างกัน ให้ข้อมูลสำคัญไม่ครบถ้วนหรือมีการให้ข้อมูลไม่สำคัญเกินความจำเป็น ทำให้ใช้เวลาในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลนาน ผู้รับเวรเกิดความเบื่อหน่าย ขาดสมาธิ ความสามารถในการรับข้อมูลลดลง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ครอบคลุมปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะในภาวะวิกฤติฉุกเฉินมีการรายงานอาการผู้ป่วยโดยให้ข้อมูลสำคัญแก่แพทย์ไม่ครบถ้วน ทำให้การพิจารณาสั่งการรักษาล่าช้าหรือผิดพลาด ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ ทั้งกับผู้ป่วย ญาติและบุคลากรได้ อีกทั้งกลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด เป็นหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง ที่มีโอกาสเกิดอุบัติการณ์จากความผิดพลาด การฟ้องร้องเนื่องจากต้องให้บริการดูแลทั้งมารดาและทารกในเวลาเดียวกัน เป็นหน่วยงานที่ผู้รับบริการเข้าใช้บริการเวลาไม่แน่นอน ได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมงไม่สามารถกำหนดจำนวนผู้รับบริการได้ ไม่มีแพทย์อยู่ประจำในหน่วยงาน นอกเวลาราชการมีพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอดเพียง ๒ คนต้องตรวจประเมินค้นหา เผื่อระวังปัจจัยเสี่ยงแล้วนำมาสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล รายงานแพทย์หรือขออัตรากำลังเสริม ดังนั้นทักษะของพยาบาลในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

ผู้เขียนในบทบาทหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด จึงมีแนวคิดในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลงานห้องคลอดด้านการสื่อสารพยาบาล ในการรับส่งเวร หรือการรายงานอาการผู้คลอดต่อแพทย์ ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ด้วย ISBAR เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่น ความศรัทธา ความปลอดภัยของทั้งผู้ใช้และผู้ให้บริการ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

แนวความคิด

การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้เทคนิคการสื่อสารแบบ ISBAR (Identify - Situation - Background - Assessment - Recommendation) เป็นแนวทางการปฏิบัติการสื่อสารระหว่างพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพในระยะส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยภาวะวิกฤต ทั้งนี้รวมถึงการสื่อสารแก่ผู้รับบริการเพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างรวดเร็วปลอดภัยทั้งนี้ช่วยลดอุบัติเหตุหรือความเสี่ยงที่เกิดจากการรับ-ส่งข้อมูลไม่ครบถ้วน ลดระยะเวลาในการรับ-ส่งเวชซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วย

การสื่อสารทางการแพทย์ เป็นการติดต่อสื่อสารจากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโดยเป็นข้อมูลที่ได้สังเกตและดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบในเรื่องที่เกี่ยวกับสภาวะหรือสภาพอาการของผู้ป่วย การรักษา การวางแผนการพยาบาล การแก้ไขปัญหาและได้เสนอแนะสิ่งที่จะต้องติดตามต่อไป เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง การสื่อสารทางการแพทย์จึงมีความสำคัญในการช่วยให้รับทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างถูกต้องครบถ้วน และสามารถนำข้อมูลต่างๆ ที่ได้มาร่วมวางแผนการพยาบาล เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันทั่วทั้งที่ พ้นจากภาวะคุกคามของชีวิต (รัชนิ ศิริวัฒน์, ๒๕๖๒) โดยใช้กรอบการสื่อสารดังนี้

I (Identify) : การระบุตัวผู้รายงาน หน่วยงาน ผู้รับรายงาน ชื่อผู้ป่วย หอผู้ป่วย

S (Situation) : สถานการณ์ที่ทำให้ต้องรายงาน สภาพแวดล้อมของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน มีการระบุปัญหาหรืออาการที่ผิดปกติของผู้ป่วย

B (Background) : ข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์ สภาพแวดล้อมของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับอาการหรือการวินิจฉัย แผนการรักษาพยาบาล

A (Assessment) : การประเมินสถานการณ์ของพยาบาล การประเมินปัญหาเพื่อหาทางแก้ไขให้ระบุสาระสำคัญในการประเมิน รวมถึงกิจกรรมที่ได้ทำไปแล้ว

R (Recommendation) : ข้อเสนอแนะหรือความต้องการของพยาบาล เน้นการเลือกปัญหาพร้อมคำแนะนำหรือความต้องการของพยาบาล แล้วส่งต่อข้อมูลกันในทีม จะให้ปฏิบัติการรักษาพยาบาลเรื่องใดเพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอ

ข้าพเจ้าในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด จึงขอเสนอการพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลด้านการสื่อสารโดยใช้ ISBAR โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

๑. ขั้นตอนการปฏิบัติ

๑.๑ กำหนดรูปแบบการสื่อสารข้อมูลระหว่างทีมผู้ให้บริการเกี่ยวกับสภาวะของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยกึ่งวิกฤต/ผู้ป่วยวิกฤต ใช้กรอบการสื่อสารแบบ ISBAR เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

๑.๒ ให้ความรู้แก่ทีมผู้ให้บริการเกี่ยวกับสภาวะของผู้ป่วยในการใช้ ISBAR เป็นแนวทางในการสื่อสาร

๑.๓ จัดระบบสื่อสารที่เหมาะสม มีช่องทางการสื่อสารหลายรูปแบบเพื่อประสานติดต่อแพทย์ได้ในภาวะวิกฤตหากระบบรองรับการติดต่อไม่ได้ การติดต่อแพทย์ท่านอื่น (Second call)

๑.๔ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด ติดตามผลการใช้ ISBAR ในการสื่อสารเพื่อหาโอกาสพัฒนา/ปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๒. การรายงานแพทย์ในกรณีผู้ป่วยมีภาวะวิกฤต

๒.๑ ใช้รูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น โทรศัพท์มือถือ โดยไม่ควรรอนานเกิน ๕ นาที สำหรับความพยายามในการติดต่อใหม่ ผ่านศูนย์วิทยุ หรือมือถือของโรงพยาบาล ให้ใช้ทุกวิธีการก่อนที่จะสรุปว่าไม่สามารถติดต่อแพทย์ได้

๒.๒ แนวทางการตามแพทย์ในและนอกเวลาราชการระบุให้ชัดเจน รวมถึงเกณฑ์การติดต่อแพทย์ท่านอื่น Second call/Staff)

๒.๓ ก่อนที่พยาบาลวิชาชีพจะรายงานแพทย์ให้ทบทวน ปฏิบัติตามขั้นตอนต่อไปนี้

๒.๓.๑ ถามตัวเองว่าได้เห็นและประเมินผู้ป่วยด้วยตนเองหรือไม่

๒.๓.๒ ทบทวนว่าได้มีการพูดคุยเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้ป่วยรายนี้กับพยาบาลที่มีความรู้มากกว่าหรือไม่

๒.๓.๓ ทบทวนเวชระเบียนเพื่อพิจารณาว่าควรรายงานแพทย์ท่านใด

๒.๓.๔ ทบทวนการวินิจฉัยเมื่อแรกรับและวันที่รับไว้รักษา

๒.๓.๕ อ่านบันทึกความก้าวหน้าแพทย์และพยาบาลเวรที่แล้วได้บันทึกไว้

๒.๓.๖ เตรียมสิ่งต่อไปนี้ให้พร้อมก่อนรายงานแพทย์: เวชระเบียนผู้ป่วย/ รายการยาและสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ/ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพร้อมเปรียบเทียบกับครั้งก่อน/ สัญญาณชีพล่าสุด

๒.๔ การรายงานแพทย์โดยใช้ ISBAR มีแนวทางดังนี้

I = Identification : การระบุชื่อ

๑) ระบุตัวผู้รายงาน : ชื่อ ตำแหน่ง หน่วยงาน

๒) ระบุตัวผู้รับรายงาน : ชื่อ ตำแหน่ง หน่วยงาน

๓) ระบุตัวผู้ป่วย : ชื่อ อายุ เพศ ห่อผู้ป่วย หมายเลขเตียง/ห้อง

๔) ระบุวันที่และเวลาที่รายงาน

S = Situation : สถานการณ์ที่ทำให้ต้องรายงาน

ระบุปัญหาสั้นๆ เวลาที่เกิดสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่พบแบบรวดเร็ว กระชับ ความรุนแรงที่เกิด

B = Background : ข้อมูลภูมิหลังสำคัญที่เกี่ยวกับสถานการณ์

๑) วันที่เข้ารับการรักษา การวินิจฉัยโรคตอนแรกรับการรักษา

๒) รายการยา สารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ ประวัติการแพ้ยา ประวัติการใส่ยาเดิม ประวัติการผ่าตัด ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน และประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

๓) สัญญาณชีพล่าสุด

๔) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และวันเวลาที่ทำการตรวจ ผลการตรวจครั้งที่แล้วเพื่อเปรียบเทียบ และข้อมูลทางคลินิกอื่นๆ (ถ้ามี)

A = Assessment : การประเมินสถานการณ์ของพยาบาล

๑) ระบุสิ่งที่เกิดขึ้นตามความคิดเห็นของตนเอง

๒) รายงานสิ่งที่ตนเองสังเกตเห็น ภาวะความรุนแรงของปัญหา เช่น ผู้ป่วยมีปัสสาวะสีน้ำตาลอ่อน ผลการตรวจวิเคราะห์และพิจารณาทางเลือกต่างๆ ของตนเอง

๓) ปัญหานี้เป็นปัญหารุนแรงหรืออันตรายถึงชีวิตหรือไม่

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

R = Recommendation : ข้อเสนอแนะหรือความต้องการของพยาบาล

- ๑) การให้ความเห็นหรือข้อเสนอแนะ ในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย/สิ่งที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น
- ๒) การย้ายผู้ป่วยไปอยู่ในหน่วยวิกฤต
- ๓) ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลจากแพทย์โดยด่วน
- ๔) การเปลี่ยนแปลงคำสั่งการรักษา

๓. การบันทึกข้อมูล สภาวะของผู้ป่วยเพื่อรายงานระหว่างทีมสุขภาพ หรือกรณีมีการรับ-ส่งเวร ให้บันทึกในเอกสารการบันทึกแบบฟอร์มการสื่อสารแบบ ISBAR (๐๑)

๔. การสื่อสารขณะส่งมอบข้อมูลการดูแลผู้ป่วย (Communication During Patient Care Hand Over) การสื่อสารโดย ISBAR สามารถประยุกต์ในการสื่อสารขณะส่งมอบข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ซึ่งหมายถึง การสื่อสารข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องมีการเปลี่ยนตัวผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น เมื่อมีการเปลี่ยนเวร หรือการเปลี่ยนหน่วยงานหรือส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นตามสิทธิการรักษา โดยมีการสื่อสารระหว่าง แพทย์กับแพทย์ พยาบาลกับแพทย์หรือพยาบาลกับพยาบาล เป็นต้น มีขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้

๔.๑ ใช้ ISBAR เป็นแนวทางมาตรฐานในการสื่อสารส่งมอบข้อมูลผู้ป่วยระหว่างผู้ปฏิบัติงานเมื่อมีการเปลี่ยนเวรหรือย้ายผู้ป่วยไปหน่วยงานอื่น

๔.๒ เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลต้องมีการสื่อสารส่งมอบข้อมูลระหว่างสมาชิกทีม ผู้ให้บริการที่ให้การดูแลผู้ป่วยรายเดียวกันต่อ เกี่ยวกับ

- การวินิจฉัยโรค
- สภาวะของผู้ป่วยและการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
- แผนการรักษา
- ยา/สารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ

- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/เปรียบเทียบผลโดยสร้างช่องทางการสื่อสารระหว่าง ทีมผู้ดูแล เช่น แบบบันทึกเวชระเบียน เอกสารใบส่งต่อ/ส่งปรึกษาหรือใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการสื่อสาร

๔.๓ ส่งเสริมให้มีการสื่อสารระหว่างสมาชิกผู้ให้บริการ หน่วยงานหรือองค์กรที่ให้การดูแลผู้ป่วย รายเดียวกัน/ในขณะเดียวกัน เปิดโอกาสให้มีการสื่อสารเพียงพอสำหรับการสื่อสารที่เป็นข้อมูลสำคัญและ สำหรับการถามตอบโดยไม่มีการขัดจังหวะรวมทั้งการทวนซ้ำ (repeat - back) และอ่านซ้ำ (read - back)

๔.๔ จำกัดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเฉพาะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย

๕. การประกันคุณภาพการสื่อสารทางการพยาบาล

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด เป็นผู้กำกับ ติดตาม การสื่อสารทางการพยาบาลหรือ มอบหมายให้รองหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด นิเทศกำกับติดตาม โดยใช้แบบประเมินคุณภาพ : การสื่อสารทางการพยาบาลโดยใช้ ISBAR (๐๑) อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อเดือน พร้อมทั้งวิเคราะห์ ทบทวน ปรับปรุงและพัฒนาการสื่อสารทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องทุก ๓ เดือน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ในโรงพยาบาลสิชลยังไม่มีมีการประกาศใช้รูปแบบการสื่อสารแบบ ISBAR เป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร พยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่คุ้นเคยกับการสื่อสารแบบ ISBAR บางคนอาจจะเคยได้ยินมาบ้าง แต่ไม่ได้นำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานอย่างจริงจัง ยังมีการสื่อสารในหลากหลายรูปแบบ ดังนั้นหน่วยงานห้องคลอดจะเป็นหน่วยงานต้นแบบในการใช้รูปแบบการสื่อสารด้วย ISBAR และจะขยายผลไปสู่หน่วยงานอื่นๆ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์จากการสื่อสารที่ดีในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยไปในทิศทางเดียวกันทั้งองค์กร

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๔.๑ ลดช่องว่างในการสื่อสารระหว่างกันของทีม
- ๔.๒ ช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของอาการที่เป็นอยู่
- ๔.๓ เป็นเครื่องมือที่มีขั้นตอนที่ง่ายต่อการจดจำ และช่วยกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารระหว่างกันเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของข้อมูล
- ๔.๔ ช่วยลดอุบัติการณ์การสื่อสารผิดพลาดการไม่ส่งต่อข้อมูล เพื่อสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย
- ๔.๕ ระยะเวลาในการรับส่งเวรลดลง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๕.๑ อุตบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการรับและส่งเวรทางการพยาบาลลดลง ร้อยละ ๓๐
- ๕.๒ ระยะเวลาในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลลดลง ร้อยละ ๒๐
- ๕.๓ พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้ ISBAR ในการรับส่งเวรทางการพยาบาล มากกว่าร้อยละ ๘๕

(ลงชื่อ)

(นางราตรี นาคกลัด)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๔ / ๖๕ / ๖๖

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ประสิทธิภาพของการฝึกด้วยกระจกเงาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูอย่างค้ำล่าง
โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ กันยายน ๒๕๖๖ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ โรคหลอดเลือดสมอง

คำนิยาม

โรคหลอดเลือดสมองหรือที่เรียกกันว่า โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือศัพท์ทางการแพทย์เรียกว่า STROKE

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

การแบ่งโรคของหลอดเลือดสมองแบ่งได้หลายวิธี โดยแบ่งตามลักษณะของการเกิดพยาธิสภาพ ระยะเวลา และสาเหตุของการเกิด ซึ่งเป็นที่นิยมใช้กัน

๑. แบ่งตามลักษณะของพยาธิสภาพ (Pathological Classification)

A) Hemorrhage

a) Intracerebral hemorrhage

- Supratentorial

- Infratentorial

b) Subarachnoid hemorrhage

B) Infarction

a) Cerebral embolism

b) Cerebral thrombosis

C) Ischemia

๒. แบ่งตามระยะเวลาของการดำเนินโรค (Clinical Classification)

A) Transient ischemic attack (TIA) อาการเกิดขึ้นและหายไปภายใน ๒๔ ชั่วโมง

B) Reversible ischemic neurological deficit (RIND) อาการเกิดขึ้นจะคงอยู่นานเกินกว่า ๒๔ ชั่วโมง แต่หายไปภายใน ๓ สัปดาห์

C) Progressive Stroke อาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ

D) Complete Stroke อาการคงเดิมและไม่เป็นมากขึ้นอีก

(กลุ่ม C และ D เป็นกลุ่มที่ irreversible หรือเป็นกลุ่มที่มี infarction นั้นเอง)

อาการ (Clinical Manifestation)

อาการต่างๆของการขาดเลือดในสมองจะขึ้นกับปัจจัยหลายประการโดยขึ้นกับ

๑. ตำแหน่งของหลอดเลือด (location) ขึ้นกับแขนงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณต่างๆของสมอง ถ้าแขนงหลอดเลือดที่ไปหล่อเลี้ยงเนื้อสมองบริเวณใด อาการก็จะขึ้นกับหน้าที่ของตำแหน่งต่างๆ เหล่านั้น

๒. บริเวณของเนื้อสมองที่ขาดเลือด (area of ischemia) ถ้าเนื้อสมองมีการขาดเลือดเป็นบริเวณกว้างหรือเป็นบริเวณที่สำคัญ ย่อมเกิดอาการได้มากกว่า

๓. ความรวดเร็วในการเกิดการขาดเลือด (severity of ischemia) ถ้าการขาดเลือดเป็นไปด้วยความรวดเร็ว เช่น ภาวะ embolism จะมีความรุนแรงของอาการมากกว่าภาวะที่ค่อย ๆ เป็นมากขึ้นเช่น ในภาวะของ thrombosis

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๔. หลอดเลือด collateral (collateral circulation) ถ้าผู้ป่วยมีหลอดเลือด collateral ที่หล่อเลี้ยงทดแทนส่วนที่ขาดเลือดได้ดี จะมีอาการน้อยกว่า

การตรวจวินิจฉัย

๑. การตรวจร่างกายโดยแพทย์

๒. การเจาะเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๓. การตรวจเอกซเรย์สมองคอมพิวเตอร์ (CT scan) หรือการตรวจสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI), การวินิจฉัยหลอดเลือดสมองด้วยการฉีดสารทึบสู่หลอดเลือดสมอง โดยตรง (Cerebral angiography)

๔. การตรวจหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Carotid and vertebral duplex ultrasonography), การตรวจการไหลเวียนของหลอดเลือดแดง ภายในสมองผ่านกะโหลกศีรษะ (Transcranial doppler ultrasonography or Transcranial color-coded duplex ultrasonography), และตรวจหัวใจโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiography)

๕. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)

๖. การตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest x-ray)

แนวทางการรักษา

๑. การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic drug) พิจารณาการให้ยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ภายในเวลา ๔.๕ ชั่วโมง (๔ ชั่วโมงครึ่ง) นับจากเริ่มมีอาการของโรคและไม่มีข้อห้ามในการให้ยา

๒. การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในกรณีที่มีเนื้อสมองตายจากหลอดเลือดสมองขนาดใหญ่ตีบ เพื่อลดความดันในสมอง ช่วยลดอัตราการตายและความพิการ

๓. การทำกายภาพบำบัด

๔. การป้องกันการเกิดเป็นซ้ำ

๓.๒ กระจุกเงาพื้นฟูร่างกาย

การศึกษาจำนวนมากที่ยืนยันประสิทธิผลของการใช้เทคนิคกระจุกบำบัดเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองทั้งผู้ป่วยวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ เช่น Posawang (Posawang P, Wattanadilokul U, 2014) ทำการศึกษาการใช้เทคนิคกระจุกบำบัดในเด็กสมองพิการชนิดเกร็งอายุระหว่าง 3-8 ปี โดยให้โปรแกรมกระจุกบำบัดเป็นเวลา 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ ต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการฝึกดังกล่าวมีแนวโน้มช่วยพัฒนาความสามารถของการใช้มือในเด็กสมองพิการชนิดเกร็งได้ Dohle (Dohle C, Pullen I, Nakaten A, Kust J, Rietz C, Karbe H, 2009) ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่ได้รับโปรแกรมกระจุกบำบัดวันละ 30 นาที ความถี่ 5 วันต่อสัปดาห์ ต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ สรุปได้ว่ามีผลเพิ่มความสามารถด้านการเคลื่อนไหวและการรับรู้ Altschuler (Altschuler EL, 1999) ศึกษาผลของการใช้เทคนิคกระจุกบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังที่ได้รับการฝึกด้วยโปรแกรมกระจุกบำบัด วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที ด้วยความถี่ 6 วันต่อสัปดาห์ ต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีทักษะการใช้มือดีขึ้น ส่วนการศึกษาของ Rothgangel (Rothgangel AS, Morton A, Van den Hout JWE, 2004) เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ standard exercise therapy กับ standard exercise therapy ร่วมกับ mirror therapy ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง โดยทำการฝึกวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ความถี่ 2 วัน ต่อสัปดาห์ ต่อเนื่อง 5 สัปดาห์ ผลการศึกษานำไปสู่ข้อสรุปว่าการได้รับ standard exercise therapy ร่วมกับ mirror

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ต่อเนื่อง 5 สัปดาห์ ผลการศึกษานำไปสู่ข้อสรุปว่าการได้รับ standard exercise therapy ร่วมกับ mirror therapy มีประสิทธิผลต่อการเพิ่มความสามารถในการใช้แขนและมือดีกว่าการได้รับ standard exercise therapy เพียงอย่างเดียว

โรงพยาบาลสิชล ได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้กิจกรรมในการดำเนินการฟื้นฟูร่างกายด้วยกระจกเงา ดังนี้

รายละเอียดโปรแกรมการฝึกในแต่ละสัปดาห์

กิจกรรม	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4
1) จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งเหยียดขาไปด้านหน้า และวางกลองไม้ติดกระจกเงาไว้บนเตียงเอียงไปทางขาข้างที่อ่อนแรง หันกลองด้านที่มีกระจกเงาเข้าหาลำตัว สอดขาข้างที่อ่อนแรงเข้าไปในกลอง		ดำเนินกิจกรรมฟื้นฟู + วัดผลฟื้นฟู 1		ดำเนินกิจกรรมฟื้นฟู + วัดผลฟื้นฟู 2
2) งอเข่าอสะโพกและเหยียดออก (Hip with knee flexion-extension)				
3) กางข้อสะโพกและหุบข้อสะโพก (Hip abduction-adduction)				
4) กระดกข้อเท้าขึ้น-ลง (Ankle dorsiflexion-plantarflexion)				
กิจกรรมที่ 2-4 ทำการฝึกท่าละ 5 นาที ทำ 2 รอบ ในทุกสัปดาห์ของการนัดเพื่อฟื้นฟู				

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สาระสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากเส้นเลือดในสมองแตก ตีบหรือตัน ทำให้สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง ส่งผลให้สมองสูญเสีย สมรรถภาพ และในรายที่หลอดเลือดในสมองแตกบางรายเสียชีวิต องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization, WSO) รายงานว่า ใน พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๘ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นเป็น ๑๗ ล้านคนทั่วโลก และรายงานสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นอันดับ ๒ ของประชากร อายุมากกว่า ๖๐ ปีทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ ๕ ของประชากรอายุมากกว่า ๑๕-๕๙ ปี และในแต่ละปีมีคนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ ๖ ล้านคน ซึ่งมากกว่าคนทั่วโลก ที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ วัณโรค และโรคมมาลาเรีย รวมกันเสียอีก (WHO, ๒๐๑๗)

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๓๓๑,๖๕๔ ราย หรือคิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ ๐.๗๓ ของจำนวนประชากรทั้งหมด (Health Data Center; HDC, ๒๕๖๖) เมื่อพิจารณา รายเขตสุขภาพ พบว่า สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙ มีอัตราป่วยสูงสุด เท่ากับ ๑.๐๔ รองลงมา ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๗, ๒, ๔, ๕, ๖, ๑๒, ๘, ๑, ๑๑, ๓, และ ๑๐ มีอัตราป่วยเท่ากับ ๑.๐๓, ๐.๘๘, ๐.๘๐, ๐.๗๖, ๐.๖๘, ๐.๖๘, ๐.๖๕, ๐.๖๑, ๐.๕๓, ๐.๕๑ และ ๐.๔๙ ตามลำดับ จากรายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ พบว่า

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

จังหวัดนครศรีธรรมราชมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น จำนวน ๕,๐๕๓ ราย (HDC, ๒๕๖๖) ขณะที่โรงพยาบาลสิชล มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๑๐๘ ราย (โรงพยาบาลสิชล, ๒๕๖๖) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และบางรายต้องได้รับการฟื้นฟูร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างเหมาะสมและปฏิบัติให้เหมาะกับโรคที่ประสบอยู่

นอกจากนี้ ความบกพร่องด้านความสามารถของรยางค์ส่วนบนเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติของรยางค์ส่วนล่าง (Lower limb) ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ทั้งด้านการทำกิจวัตรประจำวันและการทำกิจกรรมต่างๆ ภาวะบกพร่องนี้เกิดจากหลากหลายปัจจัย อาทิ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อผิดปกติ ขาดสหสัมพันธ์การเคลื่อนไหว บกพร่องด้านการรับรู้สีกหรือเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ซึ่งการฟื้นฟูนี้เป็นบทบาทหลักของนักกิจกรรมบำบัด (Ministry of Public Health, ๒๐๐๙) วิธีการฟื้นฟูที่ใช้แพร่หลายในปัจจุบันคือ วิธีทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู เช่น การฝึกด้วยวิธีการทางกิจกรรมบำบัด (conventional occupational therapy) โดยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ามีความการบำบัดอีกอย่างหนึ่งคือ เทคนิคกระจกบำบัด (mirror therapy) เป็นรูปแบบหนึ่งใน graded motor imagery (Moseley GL, Gallace A, Spence C, ๒๐๐๘; Steenbergen B, Craje C, Nilsen DM, ๒๐๐๙) สามารถใช้เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้โดยผ่านทางกลไก multisensory reaction (Yavuzer G. et al, ๒๐๐๘) เป็นอีกหนึ่งวิธีการที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน การฝึกด้วยกระจกเงา (mirror therapy) เป็นวิธีหนึ่งที่กำลังได้รับความสนใจในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นวิธีที่ปลอดภัย วิธีฝึกไม่ยุ่งยากซับซ้อนและค่าใช้จ่ายไม่มาก ปัจจุบันมีการฝึกด้วยกระจกเงากับผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากภาวะ phantom limb pain และ complex regional pain syndrome รวมถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะมือและแขนอ่อนแรงเพื่อช่วยในการฟื้นฟูการทำงานของระบบประสาท (Rothgangel AS. et al, ๒๐๐๘) จึงสันนิษฐานเบื้องต้นว่ากระจกบำบัดสามารถปรับใช้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องทำการฟื้นฟูรยางค์ส่วนล่างได้ ซึ่งจะสามารถให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

จากความสำคัญข้างต้น การดูแลผู้ป่วยที่ได้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะสามารถให้ผู้ป่วยเกิดการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ผิดปกติอันมาจากโรสดังกล่าวนี้ และลดความพิการด้วยการสร้างความร่วมมือในการดูแลระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยในการฝึกด้วยกระจกเงา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีร่างกายที่ดีขึ้นและป้องกันความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นอีกด้วย

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

- ๔.๒.๑ ทบทวนและศึกษาข้อมูลของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล
- ๔.๒.๒ รวบรวมข้อมูลจากสถิติและฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
- ๔.๒.๓ ศึกษาแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวกับกระจกเงาในการฟื้นฟูผู้ป่วย
- ๔.๒.๔ เสนอพิจารณารับรองจริยธรรมและจัดเก็บข้อมูล
- ๔.๒.๕ วิเคราะห์และสรุปผลการศึกษา
- ๔.๒.๖ ตรวจสอบความถูกต้องและเพิ่มเติมรายละเอียดตามผู้เชี่ยวชาญ
- ๔.๒.๗ จัดพิมพ์ผลงานเป็นรูปเล่มและตีพิมพ์วารสารเผยแพร่งานวิจัย

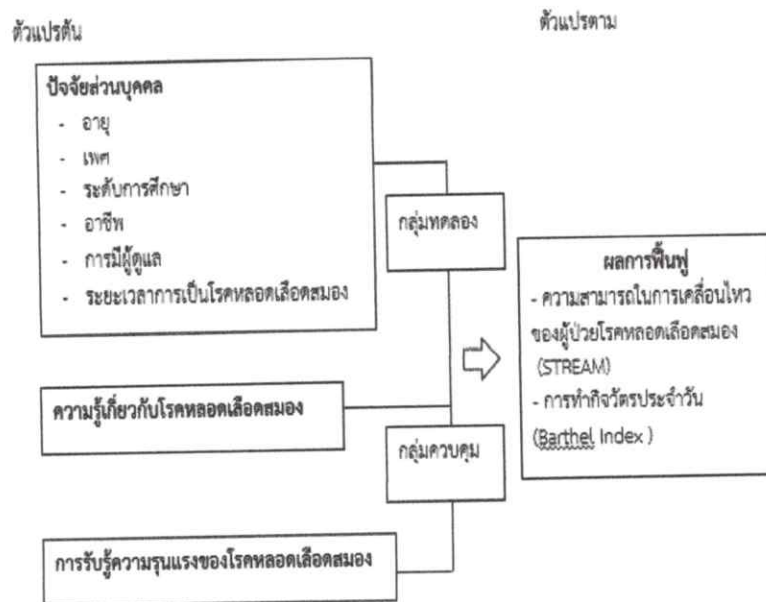
๔.๓ เป้าหมาย

ได้พัฒนาแนวปฏิบัติของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และนำผลการวิจัยมาพัฒนาแนวทางการฟื้นฟูในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีข้อจำกัดด้านร่างกายและมีแผนการรักษาด้วยการฟื้นฟูร่างกาย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๔.๔ กรอบแนวคิดของการวิจัย

ในการศึกษานี้ ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการฟื้นฟูด้วยกระจกบำบัด ซึ่งได้กรอบการทำวิจัย ดังนี้



รูปที่ ๑ กรอบแนวคิดการวิจัย

๔.๕ รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดแบบอนุกรมเวลา (Time series analysis) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสิชล จำนวน ๑๐๘ ราย (โรงพยาบาลสิชล, ๒๕๖๖) และมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๐ ราย

๔.๖ การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ตรวจสอบความครบถ้วน ของแบบสอบถามและลงรหัสในข้อคำถามแต่ละข้อ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป

- วิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรอิสระที่ศึกษา ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
- วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square test
- วิเคราะห์ความแตกต่างของตัวแปรภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (ภายในกลุ่ม) ด้วยสถิติ paired t-test
- วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการเคลื่อนไหว การเดินและการทำกิจวัตรประจำวัน ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ระหว่างกลุ่ม) โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

ได้ทราบถึงระดับประสิทธิผลของกระจุกเงาต่อการฟื้นฟูร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
จำนวน ๓๐ ราย

๕.๒ เชิงคุณภาพ

ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ประสบผลสำเร็จ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

นำผลการวิจัยมาพัฒนาแนวทางการฟื้นฟูในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีข้อจำกัดด้านร่างกายและมีแผนการรักษา
ด้วยการฟื้นฟูร่างกายแต่ละรายอย่างเหมาะสม

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ ระยะเวลาในการดำเนินการให้กิจกรรมฟื้นฟูตลอดระยะการศึกษาที่มีเวลานาน

๗.๒ การศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการอนุญาตจากเวชระเบียนของหน่วยงาน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ในผู้ป่วยบางรายได้มีความบกพร่องทางการได้ยินและการมองเห็นไม่ชัด จึงจำเป็นต้องให้ผู้ดูแลร่วม
ดำเนินการช่วยเหลือในการสอนครั้งแรก

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ โรงพยาบาลควรมีการทบทวนแนวปฏิบัติในการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยรายโรค

๙.๒ การขยายกลุ่มทำการฝึกด้วยกระจุกเงาไปยังกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยพิการจากอุบัติเหตุ เป็นต้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

วารสารวิชาการแพทย์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ และเทคโนโลยี ฉบับมกราคม - มีนาคม ๒๕๖๗

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวสิริภา สาระสิทธิ์ ดำเนินการทุกขั้นตอนคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) สิริภา สาระสิทธิ์

(นางสาวสิริภา สาระสิทธิ์)

ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดชำนาญการ

(วันที่) 12 / ธันวาคม / 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวสิริภา สาระสิทธิ์	<u>สิริภา สาระสิทธิ์</u>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) [ลายเซ็น]

(.....นายสมพงษ์ ทองโต)

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติหน้าที่

รองผู้อำนวยการภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) [ลายเซ็น]

(.....นายจรัส บุญกาญจน์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล

(วันที่) 14 / ธ.ค. / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง โครงการพัฒนาบุคลากรโรงพยาบาลลิขิตเป็นต้นแบบสุขภาพ “Good Health Good Body ”

๒. หลักการและเหตุผล

จากสภาพการเมือง สังคม และเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงทำให้ประชาชนมีความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนไปจากการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อมาเป็นโรคไม่ติดต่อ ทั้งนี้ เนื่องจากจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ อาทิเช่น การบริโภค ความเครียด ขาดการออกกำลังกาย การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเป็นการสร้างต้นทุนทางสุขภาพที่ดีจะช่วยป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ ในปัจจุบันทั้งภาครัฐและเอกชนต่างให้ความสำคัญในเรื่องคุณภาพชีวิตของบุคลากรในองค์กรเรื่องสุขภาพของบุคลากรจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เพราะผลงานที่ดีย่อมเกิดจากร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง ภาวะอ้วน น้ำหนักเกินเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น โรคไม่ติดต่อเรื้อรังทำให้คนวัยทำงานส่วนใหญ่มีโอกาสเสี่ยงที่จะสูญเสียค่าใช้จ่ายจากการรักษาสุขภาพในอนาคต และยังมีโอกาสทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของคนวัยทำงานลดลงได้ การเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นจากการไม่ดูแลรักษาสุขภาพของบุคลากรสามารถส่งผลกระทบต่อองค์กรได้อย่างไม่คาดคิด ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบในระยะยาวต่อพฤติกรรมของบุคลากร

ผลการตรวจสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของบุคลากรในโรงพยาบาลลิขิตและหน่วยบริการสุขภาพ ประจำปี ๒๕๖๖ พบว่า เจ้าหน้าที่ที่เข้ารับการทดสอบสมรรถภาพทางกาย จำนวน ๒๙๘ คน มีสมรรถภาพอยู่ในเกณฑ์ดี ๓๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๓ ปานกลาง ๑๓๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๔ ต่ำ ๑๑๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๘ และอยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก ๑๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๕ ซึ่งผลการตรวจสมรรถภาพทางกายของบุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปานกลางและต่ำ

ตารางที่ ๑ ผลการตรวจสมรรถภาพทางกาย ปี ๒๕๖๖

ผลการตรวจสมรรถภาพทางกาย	จำนวน	ร้อยละ
ดี	๓๙	๑๓
ปานกลาง	๑๓๒	๔๔
ต่ำ	๑๑๓	๓๘
ต่ำมาก	๑๔	๕

สำหรับการตรวจสุขภาพประจำปี จากจำนวนผู้เข้ารับการตรวจ ๕๖๕ คน พบว่า มีดัชนีมวลกาย BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ๒๔๐ คนคิดเป็นร้อยละ ๔๒ มีน้ำหนักเกินและอ้วน ๒๘๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๐ และน้ำหนักน้อยหรือผอม ๔๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๘

ตารางที่ ๒ ผลการตรวจสุขภาพประจำปี ๒๕๖๖ (ดัชนีมวลกาย BMI)

ผลการตรวจ BMI	จำนวน	ร้อยละ
น้อย ผอม < ๑๘.๕	๔๒	๘
ปกติ ๑๘.๕ - ๒๒.๙	๒๔๐	๔๒
น้ำหนักเกิน กลุ่มเสี่ยง ๒๓.๐ - ๒๔.๙	๑๐๔	๑๘
อ้วน ≥ ๒๕	๑๗๙	๓๒

บุคลากรในโรงพยาบาลสิชลและหน่วยบริการสุขภาพมีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ปกติ ร้อยละ ๓๗.๕๕ เกินเกณฑ์ ร้อยละ ๒๐.๕๕ และสูง ร้อยละ ๗.๙๑ ไม่ได้มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน แต่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด สูงถึง ๕๒ คนจาก ๒๕๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๑

ตารางที่ ๓ ผลการตรวจสุขภาพประจำปี ๒๕๖๖ (ระดับน้ำตาลในเลือด)

ผลการตรวจ	จำนวน	ร้อยละ
สูงระดับเป็นเบาหวาน (FBS > ๑๒๖ mg/dl)	๒๐	๘
เกินเกณฑ์ (ยังไม่เป็นเบาหวาน ๑๐๐-๑๒๕ mg/dl)	๕๒	๒๑
ปกติ	๑๘๑	๗๒

ระดับไขมันในเลือด พบว่าระดับ cholesterol ปกติ ๑๑๙ คน ระดับ cholesterol คิดเป็นร้อยละ ๓๔ สูง > ๒๐๐ mg/dl จำนวน ๒๒๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๖ ระดับ Triglyceride ปกติ ๓๐๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๗ ระดับ Triglyceride สูง > ๑๕๐ mg/dl ๔๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๓ ระดับ LDL ปกติ ๒๔๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๐ ระดับ LDL สูง > ๑๖๐ mg/dl ๑๐๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๐

ตารางที่ ๔ ผลการตรวจสุขภาพประจำปี ๒๕๖๖ (ระดับไขมันในเลือด)

ผลการตรวจ	จำนวน	ร้อยละ
cholesterol ปกติ < ๒๐๐ mg/dl	๑๑๙	๓๔
สูง > ๒๐๐ mg/dl	๒๒๘	๖๖
Triglyceride ปกติ < ๑๕๐ mg/dl	๓๐๑	๘๗
สูง > ๑๕๐ mg/dl	๔๖	๑๓
LDL ปกติ < ๑๖๐ mg/dl	๒๔๒	๗๐
สูง > ๑๖๐ mg/dl	๑๐๕	๓๐

บุคลากรในโรงพยาบาลสิชลและหน่วยบริการสุขภาพออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวัน ครั้งละ ๓๐ นาที จำนวน ๔๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๘ ไม่ออกกำลังกายและออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง จำนวน ๓๑๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๖

ตารางที่ ๕ ผลการตรวจสุขภาพประจำปี ๒๕๖๖ (การออกกำลังกาย/เล่นกีฬา)

การออกกำลังกาย/เล่นกีฬา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ออกกำลังกาย	๒๐	๘
ออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง	๑๔๖	๒๖
ออกกำลังกายสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง > ๓๐ นาที สม่ำเสมอ	๑๐๖	๑๙
ออกกำลังกายสัปดาห์ละ > ๓ ครั้ง > ๓๐ นาที สม่ำเสมอ	๙๘	๑๗
ออกกำลังกายทุกวัน ครั้งละ > ๓๐ นาที	๔๗	๘

ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงานเรื่อง การพัฒนาบุคลากรโรงพยาบาลลิขิตเป็นต้นแบบสุขภาพ “Good Health Good Body” เพื่อสร้างความตระหนักในเรื่องสุขภาพและเป็นแรงบันดาลใจในการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน รวมทั้งการดูแลสุขภาพ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอให้แก่บุคลากรในองค์กรมีสุขภาพดีขึ้นอย่างยั่งยืน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

โรงพยาบาลลิขิตได้ยกระดับขึ้นเป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีแพทย์เฉพาะทางหลากหลายสาขา ซึ่งมีศักยภาพสูงในการให้บริการประชาชนจากหลายพื้นที่ บุคลากรทางการแพทย์เป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการให้บริการและการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยหรือผู้รับบริการให้มีประสิทธิภาพนั้นต้องมาจากความพร้อมของเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจตลอดจนความพร้อมในการให้บริการ (Service mind) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีส่วนสำคัญในการให้บริการ ทั้งนี้หากร่างกายมีความสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานจะทำให้การบริการดียิ่งขึ้น และสามารถเป็นแบบอย่างทางสุขภาพให้ประชาชนทั่วไปได้ แต่จากผลการตรวจสุขภาพและสมรรถภาพทางกาย พบว่า บุคลากรมีภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินถึงร้อยละ ๕๐ เนื่องมาจากการที่โรงพยาบาลไม่มีสถานบริการอาหาร เพื่อใช้ในการควบคุมสารอาหารที่ได้รับของบุคลากร บุคลากรไม่มีความตระหนักในการควบคุมอาหาร ส่งผลให้บุคลากรอยู่ในกลุ่มเสี่ยง BMI สูงได้ สำหรับบุคลากรที่ไม่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานแต่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงนั้นอาจจะส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรังในอนาคตได้ หากไม่ได้รับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด จากความสำคัญข้างต้นการพัฒนาบุคลากรเพื่อเป็นต้นแบบสุขภาพจะสามารถสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้รับบริการ ทั้งยังเป็นการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อตนเองส่งผลต่อผู้อื่นรอบตัว อันจะนำไปสู่การเกิดการรับรู้ประโยชน์ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพได้อีกด้วย

๓.๒ แนวความคิด/วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย

แนวความคิด

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ องค์ประกอบที่สำคัญของการจัดการตนเอง ประกอบด้วย (Creer, ๒๐๐๒).

การตั้งเป้าหมาย (Goal selection) การกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติ/พฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จ
การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection) การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง
การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) สามารถที่จะประเมินผล
และตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้เรียนรู้ ที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพ

การตัดสินใจ (Decision making) สามารถตัดสินใจโดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้

การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ

การสะท้อนการปฏิบัติ (Self-reaction) เป็นการประเมินตนเองของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่า
เป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) แนวคิดของทฤษฎีนี้เริ่มแรกสร้างขึ้น
จากทฤษฎีเกี่ยวกับ “อวกาศของชีวิต” (Life Space) ซึ่งได้คิดค้นขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา Kurt Lewin
ซึ่งสมมติฐานว่าบุคคลนั้นจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวกและขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจาก
พื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ อธิบายได้ว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและ
ฟื้นฟูสภาพทราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น
ต่อมาเบคเกอร์ (Becker, ๑๙๗๔) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนาย
พฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมอื่นๆ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อ
การปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหา
สุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) การที่บุคคลแสวงหาวิธีการ
ปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค

การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่
เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำทำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มา
กระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา

ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วมเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็น
ปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพทางสังคม ความรู้เรื่องโรค

แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับ
สุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทศนคติ และค่านิยมด้านสุขภาพ

แนวคิด ทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation Theories) “แรงจูงใจ” มีความหมายว่า “เป็นสิ่งที่โน้มน้าวหรือ
ชักจูงบุคคลเกิดการกระทำหรือปฏิบัติการ” (To move a person to a course of action) แรงจูงใจ
มี ๒ ลักษณะดังนี้ แรงจูงใจภายใน (Intrinsic motives) เป็นสิ่งผลักดันจากภายในตัว เช่น ความคิด เจตคติ
ความสนใจ ความตั้งใจ ความต้องการ และแรงจูงใจภายนอก (Extrinsic motives) เป็นสิ่งผลักดันภายนอก
เช่นรางวัล เกียรติยศชื่อเสียง คำชม หรือยกย่อง แรงจูงใจนี้ไม่คงทนถาวรบุคคลจะแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนอง
สิ่งจูงใจเฉพาะกรณีที่ต้องการสิ่งตอบแทนเท่านั้น

ทฤษฎีแรงจูงใจ (Theories of Motivation) ของมาสโลว์ Maslow, H. A. (๑๙๖๕). กล่าวว่าความต้องการของมนุษย์มีลักษณะเป็นลำดับขั้น จากระดับต่ำสุดไปยังระดับสูงสุด เมื่อความต้องการในระดับหนึ่งได้รับการตอบสนองแล้ว มนุษย์ก็จะมีความต้องการอื่นในระดับที่สูงขึ้นต่อไป

ความต้องการทางร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค อากาศ น้ำ การพักผ่อน

ความต้องการความปลอดภัยและมั่นคง (Security or safety needs) ความปลอดภัยในชีวิต ทรัพย์สิน และหน้าที่การงาน

ความต้องการความผูกพันหรือการยอมรับ (Affiliation or Acceptance needs) ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความต้องการให้ได้รับการยอมรับ ความต้องการได้รับคำชื่นชมจากผู้อื่น

ความต้องการการยกย่อง (Esteem needs) หรือความภูมิใจในตนเอง ความต้องการมีความรู้ความสามารถ ต้องการได้รับความเคารพนับถือ

ความต้องการความสำเร็จในชีวิต (Self-actualization) เป็นความต้องการสูงสุดของแต่ละบุคคล เช่นความต้องการที่จะทำทุกสิ่งทุกอย่างได้สำเร็จ ความต้องการทำทุกอย่างเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง

จากทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ สามารถแบ่งความต้องการออกได้เป็น ๒ ระดับคือ ความต้องการในระดับต่ำคือความต้องการทางร่างกาย และความต้องการในระดับสูงคือการยกย่อง ความสำเร็จในชีวิต

สำหรับแบบฟอร์มบันทึกพฤติกรรมสุขภาพที่ใช้ในโครงการนี้ มาจาก แบบฟอร์มบันทึกพฤติกรรมสุขภาพประจำวัน เอกสารอ้างอิงจากเครือข่าย คนไทยไร้พุง ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับ พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ “การบริโภค” และ พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ “การเพิ่มกิจกรรมทางกาย, ออกกำลังกาย” การติดตามผลสุขภาพด้วยตนเองง่ายๆ ซึ่งประกอบด้วย น้ำหนักตัว รอบพุง และความดัน



แบบฟอร์มบันทึกพฤติกรรมสุขภาพประจำวัน

“คุณทำได้มัย !!”

ใส่ความจริง ‘ทำได้’ หรือ ‘ทำไม่ได้’ ลงในช่องว่าง



กติกาง่ายๆ

“วันนี้ทำไม่ได้ไม่เป็นไร พยายามทำให้ได้ ขอแค่มีความตั้งใจ และกำลังใจจากคนรอบข้าง”



พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ
‘การบริโภค’

วัน.....	วัน.....	วัน.....	วัน.....	วัน.....	วัน.....	วัน.....
ที่.....	ที่.....	ที่.....	ที่.....	ที่.....	ที่.....	ที่.....



ดื่มน้ำเปล่าครบ 2 ลิตรหรือมากกว่า
(ประมาณ 4 ขวดเล็กหรือ 2 ขวดใหญ่)



งดดื่มแอลกอฮอล์, น้ำอัดลมได้ตลอดวัน



ดื่มกาแฟหรือชาไม่เกิน 2 แก้วและเป็นแบบร้อนเท่านั้น



เปลี่ยนชีวิตตัวเองจาก “กินข้าวขาว” เป็น “ข้าวไม่ขัดสี”



เลือกกินผักสด สลัด น้ำพริก หรือผักสุกโดยการต้ม ลวก หรือผัดน้ำมันน้อยก็ได้



กินสลัดผัก โดยกินน้ำสลัดไม่เกิน 2 ช้อนโต๊ะและไม่ราดน้ำสลัด
ทั้งถุงลงบนผัก



กินผลไม้สด โดยไม่จิ้มน้ำตาลสพริก พริกเกลือ บัวลอย หรืออื่นๆ



ชนะใจตัวเอง เลี่ยงการกินผลไม้รสหวานจัดได้ โดยเลือก
กินผลไม้รสไม่หวานจัดแทน



กินผลไม้สดวันละ 2-3 ครั้ง ขนาดครึ่งละ 1 กำปั้นตัวเอง



ลดหรือหลีกเลี่ยงการกินขนมกรุบกรอบ ของขบเคี้ยว และเบเกอรี่
เช่น เค้ก คุกกี้ พาย



งดกินของทอดได้สำเร็จ



เลี่ยงการกินเนื้อสัตว์แปรรูป เช่น ไส้กรอก เบคอน ซาลามี แฮม
แหมม หมูยอ ได้สำเร็จ



กินเมนูที่มีเนื้อปลาเป็นส่วนประกอบ และปรุงด้วยวิธีต้ม นึ่ง อบ
เช่น ปลาเผา ปลาหมึก ปลาหมึก ปลาหมึก ปลาหมึก ปลาหมึก



กินเมนูที่มีส่วนประกอบของถั่วเหลืองหรือเต้าหู้แทน



งดการเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว น้ำตาลลงในอาหาร ก๋วยเตี๋ยว



บริโภคเครื่องดื่มหรือเมนูที่มีการใช้เครื่องดื่ม อย่างน้อย 2 ชนิด
ใน 1 วัน - กระเทียม หอมแดง หอมใหญ่ กระชาย หอม ข่า พริกไทย
พริก ใบมะกรูด อบเชย



กินอาหารหลักครบ 3 มื้อ โดยไม่กินจุบจิบระหว่างวัน



กินอาหารมื้อหลักโดยมี “ปริมาณผักมากกว่าปริมาณข้าว”
เมื่อดูด้วยสายตา



แบบฟอร์มบันทึกพฤติกรรมสุขภาพประจำวัน

“คุณทำได้มัย !!”

ใส่ความจริง ‘ทำได้’ หรือ ‘ทำไม่ได้’ ลงในช่องว่าง



กติกาง่ายๆ
“วันนี้ทำไม่ได้ไม่เป็นไร พรุ่งนี้ต้องทำได้ ขอแค่มีความตั้งใจ และกำลังใจจากคนรอบข้าง”



พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ
‘การเพิ่มกิจกรรมทางกาย, ออกกำลังกาย’

วัน.....	วัน.....	วัน.....	วัน.....	วัน.....	วัน.....	วัน.....	วัน.....
ที่.....	ที่.....	ที่.....	ที่.....	ที่.....	ที่.....	ที่.....	ที่.....



ก้าวเดินสะสมให้ได้วันละ 10,000 ก้าว
(จดจำนวนก้าวที่เดินสะสมได้ในแต่ละวัน)



เดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์หรือบันไดเลื่อน
วันละ 2-3 ครั้ง



ออกกำลังกายแบบคาร์ดิโอ อย่างน้อย
ครั้งละ 10 นาที 3 ครั้ง หรือต่อเนื่อง
30 นาที เช่น รุ่งจ็อกกิ้ง, ปั่นจักรยาน,
ว่ายน้ำ, เล่นกีฬาที่มีความเหนื่อยระดับ
ปานกลาง หรือ ออกกำลังกายหน้าทีวี
(Scan QR Code ดูวิดีโอตัวอย่าง)



ออกกำลังกายแบบแรงต้าน เพื่อเสริม
สร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เน้น
กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ทำท่าละ 10-15 ครั้ง
ต่อ 1 รอบ ทำ 3 รอบ
(Scan QR Code ดูวิดีโอตัวอย่าง)



ยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ
ทั่วร่างกาย ทำแต่ละท่าค้างไว้
นับ 1-15 เป็น 1 รอบ ทำ 3 รอบ
(Scan QR Code ดูวิดีโอตัวอย่าง)



ติดตามผลสุขภาพ ด้วยตนเองง่ายๆ



น้ำหนักตัว

เมื่อสิ้นสัปดาห์ก่อน.....กิโลกรัม
เมื่อสิ้นสัปดาห์นี้.....กิโลกรัม



รอบพุง

เมื่อสิ้นสัปดาห์ก่อน.....เซนติเมตร
เมื่อสิ้นสัปดาห์นี้.....เซนติเมตร



ความดัน

เมื่อสิ้นสัปดาห์ก่อน...../.....มม.ปรอท
เมื่อสิ้นสัปดาห์นี้...../.....มม.ปรอท

ขอขอบคุณ ข้อมูลจากคู่มือพิชิต ๖ โรคภัยอันตรายที่ นักกำหนดอาหารวิชาชีพ
และ คุณณัฐวิทย์ สันธนาสกุลวงศ์ นักวิทยาศาสตร์การกีฬา

มูลนิธิไทยโรฟ

สสส

LINE

วัตถุประสงค์

- ๓.๒.๑ เพื่อให้บุคลากร โรงพยาบาลสิชล มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพ
- ๓.๒.๒ เพื่อให้บุคลากร โรงพยาบาลสิชล มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้น
- ๓.๒.๓ เพื่อให้บุคลากร โรงพยาบาลสิชลมีสุขภาพดีขึ้นอย่างยั่งยืน

กลุ่มเป้าหมาย

บุคลากรโรงพยาบาลสิชล โดยแบ่งออกเป็น กลุ่มที่มีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ , เกินเกณฑ์ปกติ และต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ

ขั้นตอนดำเนินการ

๓.๒.๔ ศึกษาค้นคว้าเนื้อหาจาก เอกสาร ตำราวิชาการ วารสาร และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพภายในองค์กร เพื่อนำมาประยุกต์เป็นแนวทางปฏิบัติ

๓.๒.๕ จัดทำแผนปฏิบัติงานโครงการ

๓.๒.๖ จัดประชุมชี้แจง ให้ความรู้และคำปรึกษาแก่กลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพ

๓.๒.๗ จัดทำโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ “Good health Good Body” โดยมีกิจกรรมที่หลากหลาย อาทิเช่น กิจกรรมวิ่ง แอโรบิค โยคะ นิทรรศการเกี่ยวกับอาหารและการบริโภค เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่างๆตามความเหมาะสม เช่น เสียงตามสาย One page สื่อสังคมออนไลน์

๓.๒.๘ ประเมินผล สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค

๓.๒.๙ ระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการของบุคลากร

ข้อเสนอแนะ

เก็บข้อมูลสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการเฝ้าระวังสำหรับผู้ที่มีค่า BMI เกินให้อยู่ในค่าปกติ โดยกระตุ้นให้มีการบันทึกพฤติกรรม การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ

มีการกำหนดเกณฑ์เพื่อให้รางวัลแก่ผู้ที่สามารถควบคุม ดูแลสุขภาพของตนเองได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เป็นการเสริมแรงให้บุคลากรหันมาสนใจดูแลสุขภาพมากขึ้น

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

บุคลากรเห็นความสำคัญในเรื่องของการดูแลสุขภาพ มีภาวะสุขภาพร่างกายแข็งแรง สุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอัตราการเกิดโรคเรื้อรัง เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพแก่ประชาชนผู้รับบริการได้ และมีสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๕.๑ ผู้เข้าร่วมโครงการมีระดับ BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ มากกว่าร้อยละ ๖๐
- ๕.๒ ผู้เข้าร่วมโครงการมีขนาดของรอบเอวลดลง มากกว่าร้อยละ ๖๐
- ๕.๓ ผู้เข้าร่วมโครงการมีระดับไขมันในเลือดลดลง ร้อยละ ๕๐
- ๕.๔ ผู้เข้าร่วมโครงการมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ร้อยละ ๕๐

(ลงชื่อ) ศิริภา สารสิทธิ์
(นางสาวศิริภา สารสิทธิ์)
ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดชำนาญการ
(วันที่) 12 / ธันวาคม / 2566
 ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง แนวโน้มอุบัติการณ์และการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ พฤษภาคม ๒๕๖๖ – กันยายน ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และสามารถ พบได้ในโรงพยาบาลทุกระดับ ในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา ในแต่ละปีมีรายงานการพบผู้ป่วยติดเชื้อในระหว่างเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวนมาก ซึ่งเป็นสาเหตุให้อาการของผู้ป่วยมีความรุนแรงขึ้น หรือต้อง พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น นอกจากนี้เชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้มีการพัฒนาการดื้อยาเพิ่มมากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพของยาที่ใช้ในการรักษาโรคติดเชืวดังกล่าวลดต่ำลงจนทำให้ไม่สามารถรักษาโรคของผู้ป่วยอย่างได้ผล และในบางกรณีอาจไม่สามารถรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ อีกทั้งอาจพบการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อเหล่านี้ไปยังบุคลากรทางการแพทย์ได้และหมุนเวียนกลับมายังผู้ป่วยอื่นๆ ในโรงพยาบาลต่อไปเรื่อยๆ ซึ่งค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อในโรงพยาบาลมีมูลค่ามหาศาล รวมถึงการสิ้นเปลืองทรัพยากรต่างๆ (Juntaradee M, ๒๐๐๕)

คำจำกัดความ

การติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial infection) หมายถึง การติดเชื้อของผู้ป่วยขณะที่เข้ารับการรักษาอยู่ใน โรงพยาบาล โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการติดเชื้อมาก่อน หรือไม่ได้อยู่ในระยะฟักตัวของโรคนั้นๆ ขณะเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งอาการของการติดเชื้อมันอาจแสดงให้เห็น ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล และยังรวมถึงผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลแล้วแต่มีอาการแสดงในช่วงระยะฟักตัวของโรคดังกล่าว กรณีที่ไม่ทราบระยะฟักตัว ให้กำหนดระยะเวลาการติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า ๔๘ ชั่วโมง (Kouchak F, ๒๐๑๒)

แนวทางการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกินกว่า ๔๘ ชั่วโมง อาจจะเป็นโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ ดังนั้น แนวการวินิจฉัยสามารถทำได้โดยเริ่มจากการซักประวัติผู้ป่วย การตรวจดูอาการ การตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้ว นำผลการวิเคราะห์มาประกอบการวินิจฉัยโรค หากพบว่า ผู้ป่วยมีการติดเชื้อจะต้องแยกประเภทของการติดเชื้อในโรงพยาบาลออกจากภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในชุมชน (Community acquired infection) การติดเชื้อตั้งแต่อยู่ในครรภ์ภาวะที่มีเชื้อโรคในร่างกายโดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง (Colonization) และโรคที่ก่อให้เกิดการอักเสบในระบบต่างๆ (Inflammation)

การติดเชื้อในโรงพยาบาล สามารถพบได้ตามตำแหน่งที่สำคัญ ๑๓ ตำแหน่ง คือ

- การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ(Urinary Tract Infection : UTI)
- การติดเชื้อแผลผ่าตัด (Surgical Site Infection: SSI)
- ปอดอักเสบ (Pneumonia: PNEU)
- การติดเชื้อในกระแสเลือด (Blood Stream Infection: BSI)
- การติดเชื้อของ ตา หู จมูก คอ และปาก (Eye, Ear, Nose, Throat or Mouth Infection: EENT)
- การติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal System Infection: GI)
- การติดเชื้อที่ผิวหนังและชั้นใต้ผิวหนัง (Skin and Soft Tissue Infection: SST)
- การติดเชื้อระบบอวัยวะสืบพันธุ์(Reproductive Tract Infection: REPR)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

- การติดเชื้อระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular System Infection: CVS)
- การติดเชื้อระบบประสาทส่วนกลาง (C.N.S. Infection)
- การติดเชื้อที่กระดูกและข้อต่อ (Bone and Joint Infection: BJ)
- การติดเชื้อแบบแพร่กระจาย (Systemic infection: Sys - Disseminated infection: DICVS)

แบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบบ่อย

Escherichia coli *Escherichia coli* (*E. coli*) เป็นแบคทีเรียย้อมติดสีแกรมลบ รูปร่างท่อนตรง ไม่สร้างสปอร์ ส่วนใหญ่เคลื่อนที่ได้โคโลนีของแบคทีเรียมีลักษณะแห้ง เป็นเชื้อประจำถิ่นในระบบทางเดินอาหาร (intestinal flora) แต่บางสายพันธุ์สามารถก่อให้เกิดโรคได้เช่น enterotoxigenic *E. coli* (ETEC), enteroinvasive *E. coli* (EIEC), enterohemorrhagic *E. coli* (EHEC), enteropathogenic *E. coli* (EPEC) และ enteroaggregative *E. coli* (EAEC) ซึ่งแบคทีเรียกลุ่มนี้ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงการติดเชื้อนอกระบบทางเดินอาหาร การติดเชื้อที่บาดแผล การติดเชื้อในกระแสโลหิตเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ปอดอักเสบ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะโดยพบว่า *E. coli* เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบในทางเดินปัสสาวะได้บ่อยที่สุด อีกทั้งพบว่าเชื้อแบคทีเรียดังกล่าวมีการพัฒนาการดื้อยาที่เรียกว่า Extended-Spectrum Beta-Lactamase (ESBL) ซึ่งเชื้อแบคทีเรียสามารถสร้างสารที่มีฤทธิ์ทำลายยาในกลุ่ม Penicillins, Cephalosporins เดซพิกัทร์ และคณะ ได้รายงานความชุกของเชื้อ *E. coli* producing ESBL ที่แยกได้จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลน่าน และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดน่าน ระหว่าง ปีพ.ศ.๒๕๔๗-๒๕๕๓ พบว่า ตัวอย่างส่งตรวจที่ตรวจพบเชื้อ *E. coli* จำนวน ๙,๕๕๙ สายพันธุ์มีเชื้อแบคทีเรียที่จัดเป็น *E. coli* producing ESBL จำนวน ๒,๐๙๗ (๒๑.๙%) สายพันธุ์โดยเชื้อแบคทีเรียกลุ่มนี้ พบในสิ่งส่งตรวจที่เป็นปัสสาวะ แผลหนอง เสมหะ เลือด และอื่นๆ (ร้อยละ ๔๐.๕, ๒๒.๗, ๑๔.๗, ๑๑.๖, และ ๑๐.๕ ตามลำดับ) และชัยพร การะเกตุ ได้รายงานความชุกของการติดเชื้อเชื้อ *K. pneumonia* และ *E. coli* producing ESBL ที่โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๕ จากสิ่งส่งตรวจ จำนวน ๑,๑๒๖ ตัวอย่าง พบเชื้อ *E. coli* จำนวน ๗๘๗ ตัวอย่าง ซึ่งจัดเป็น *E. coli* producing ESBL จำนวน ๒๓๙ ตัวอย่าง แสดงถึงความชุกของเชื้อแบคทีเรียชนิดนี้ คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๓ (ชัยพร การะเกตุ, ๒๕๕๕) โดยเชื้อ *E. coli* producing ESBL มีความไวต่อยา Imipenem, Fosfomycin, Amikacin และ Cefoperazone/Sulbactam คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๖๙, ๙๘.๐๘ ๙๓.๒๒ และ ๘๑.๔๕ ตามลำดับ

Klebsiella pneumoniae

Klebsiella pneumoniae (*K. pneumoniae*) เป็นแบคทีเรียย้อมติดสีแกรมลบ รูปร่างท่อนตรง ไม่สร้างสปอร์ เคลื่อนที่ไม่ได้มีแคปซูลหนา โคโลนีของแบคทีเรียมีลักษณะเหนียวเยิ้ม (Mucoid colony) แบคทีเรียกลุ่มนี้ทำให้เกิดปอดอักเสบ โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ บางสายพันธุ์ที่สร้าง enterotoxin ก่อให้เกิดอุจจาระร่วง ในปัจจุบันพบว่า *K. pneumoniae* ที่ก่อให้เกิดโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลมีการดื้อยาเหมือนแบคทีเรีย *E. coli* ซึ่งเรียกว่า *K. pneumoniae* producing ESBL ขณะที่ชัยพร การะเกตุรายงานความชุกของเชื้อ *K. pneumoniae* producing ESBL คิดเป็นร้อยละ ๔๓.๖๖ (จำนวน ๑๔๘ ตัวอย่าง) จากตัวอย่างที่พบเชื้อ *K. pneumoniae* จำนวน ๓๓๙ สิ่งส่งตรวจ และพบว่า *K. pneumoniae* producing ESBL มีความไวต่อยา Imipenem, Fosfomycin และ Amikacin คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๑๖, ๙๓.๓๓ และ ๘๗.๗๖ ตามลำดับ (ชัยพร การะเกตุ, ๒๕๕๕) แนวทางการเลือกใช้ยาต้านจุลชีพในการรักษาเชื้อแบคทีเรีย *K. pneumoniae* producing ESBLs สามารถใช้ยาในกลุ่ม carbapenems แต่หากเชื้อแบคทีเรียกลุ่มดังกล่าวจัดเป็นกลุ่ม multi-drug resistance (MDR) เช่น เชื้อสร้างเอนไซม์ New Delhi metallo-Beta-lactamases (NDM-๑) ซึ่งทำลาย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ยาด้านจุลชีพหลายชนิด การรักษาโรคติดเชื้อจากแบคทีเรียกลุ่มนี้อาจทำได้โดยให้ยากลุ่ม Polymyxin และ Tigecycline (พิริงกูร เกิดพาณิชย์, วีระชัย วัฒนวิระเดช, ทวีโชติ พิทยสุนนท์, ๒๐๑๓) *Pseudomonas aeruginosa* *Pseudomonas aeruginosa* (P. aeruginosa) เป็นแบคทีเรียย้อมติดสีแกรมลบ รูปร่างท่อนตรง ไม่สร้างสปอร์ เคลื่อนที่ไม่ได้สามารถสร้างสิ่งที่เรียกว่า “Pyocyanin pigment” โคโลนีแบคทีเรียจะสร้างกลิ่นคล้ายกลิ่นองุ่น “Grape-like odor” จัดเป็นพวกแซฟโฟไฟท์ (saprophyte) พบได้ตามพื้นดิน แหล่งน้ำ จัดอยู่ในกลุ่มเชื้อฉวยโอกาส แบคทีเรียชนิดนี้สามารถเจริญและแพร่กระจายไปยังอวัยวะของผู้ป่วยในส่วนต่างๆ พร้อมทั้งมีการทำลายเนื้อเยื่อของผู้ป่วยโดยสร้างสารพิษและเอนไซม์ต่างๆ (Virulence factors) เช่น Alginate (slime layers, biofilm) ซึ่งแบคทีเรียใช้การยึดเกาะเซลล์โฮสต์และป้องกันการถูกกำจัดจากเซลล์เม็ดเลือดขาวของผู้ป่วย

Acinetobacter baumannii

Acinetobacter baumannii (A. baumannii) เป็นแบคทีเรียย้อมติดสีแกรมลบ รูปร่าง coccobacilli ไม่สร้างสปอร์ในปัจจุบันมีมากกว่า ๒๕ สปีชีส์ จัดอยู่ในกลุ่มเชื้อฉวยโอกาส ในปัจจุบันพบว่าเชื้อ A. baumannii เป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อต่างๆ ในโรงพยาบาล เช่น ปอดอักเสบที่เกี่ยวข้องกับเครื่องช่วยหายใจ (ventilator-associated pneumonia, VAP) การติดเชื้อในกระแสโลหิต ภาวะล้นหัวใจติดเชื้อ (endocarditis) การติดเชื้อที่ผิวหนังและชั้นใต้ผิวหนัง เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis) การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะซึ่งพยาธิสภาพของโรคมียากเนื่องจากแบคทีเรียดื้อต่อยาที่ใช้ในการรักษา ทำลายและกำจัดยาก มีการรายงานอุบัติการณ์การดื้อยาด้านจุลชีพของแบคทีเรีย A. baumannii เพิ่มขึ้นในประเทศไทย โดยอุบัติการณ์การติดเชื้อ A. baumannii ในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒-๔ เป็นร้อยละ ๑๐-๓๐ พบมากในหอผู้ป่วยผู้ป่วย ข้อมูลการติดเชื้อ A. baumannii จากโรงพยาบาลตติยภูมิทั่วประเทศโดยศึกษาผู้ป่วยปอดอักเสบในโรงพยาบาล ๖๕๑ ราย ทั่วประเทศ พบว่าเชื้อ A. baumannii เป็นสาเหตุของเชื้อก่อโรคประมาณร้อยละ ๓๐ ของปอดอักเสบในโรงพยาบาลทั้งหมด (Werarak P, Waiwarawut J, Tharavichitkul P, et al, ๒๐๑๒)

Staphylococcus aureus

Staphylococcus aureus (S. aureus) เป็นแบคทีเรียย้อมติดสีแกรมบวก รูปร่างกลม มีการเรียงตัวเป็นกลุ่มคล้ายพวงอุ้ง แต่อาจพบเซลล์เดี่ยวๆ เป็นคู่หรือต่อกันเป็นสายสั้นๆ ปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้เชื้อสามารถในการก่อโรคได้ ได้แก่ โครงสร้างเซลล์การสร้างสารพิษ การสร้างเอนไซม์ซึ่งเป็นผลให้เชื้อเจริญและแพร่กระจายไปยังส่วนต่างๆ พร้อมทั้งมีการทำลายเนื้อเยื่อของผู้ป่วยแบคทีเรียชนิดนี้สามารถสร้างเอนไซม์หลายชนิดที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพยาธิสภาพ S. aureus เป็นเชื้อก่อโรคที่พบได้บ่อยในโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลและเป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อได้ทั่วร่างกาย เช่น โรคติดเชื้อที่ผิวหนังการเกิดตุ่มหนองที่ผิวหนัง (impetigo) ฝี (furuncle) ฝีฝักบัว (carbuncles) บางสายพันธุ์สามารถสร้างสารพิษ exfoliative toxin (ET) ที่ทำให้เกิดโรคผิวหนังหลุดลอกที่เรียกว่า “Staphylococcal scalded skin syndrome (SSSS)” โรคปอดบวม (Staphylococcal pneumonia) การติดเชื้อที่กระดูก (osteomyelitis) และข้อ (pyoarthrosis) โรคอาหารเป็นพิษจากเอนเทอโรทอกซิน แบคทีเรีย S. aureus บางสายพันธุ์ทำให้เกิดกลุ่มอาการ toxic-shock syndrome โดยการสร้าง toxic shock syndrometoxin-๑ (TSST-๑) ทำให้ผู้ป่วยมีไข้สูงคลื่นไส้อาเจียน มีความดันโลหิตต่ำ มีผื่นแดง การทำงานของไตมักจะล้มเหลวและเกิดอาการช็อกในที่สุด (Brewer JD, Hundley MD, Meves A, et al, ๒๐๐๘)

Enterococci

Enterococcus spp. เป็นเชื้อแบคทีเรียติดสีแกรมบวก รูปร่างกลม (cocci) ขนาด ๐.๕-๑ μm เรียงตัวเป็นสายสั้นๆ อาจพบอยู่เป็นเซลล์เดี่ยวหรือคู่พบได้ในคน สัตว์ พืช และสิ่งแวดล้อมทั่วไป รวมถึงเป็นเชื้อ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ประจำถิ่น (normal flora) ในระบบทางเดินอาหารระบบสืบพันธุ์และระบบปัสสาวะของมนุษย์และสัตว์แต่เป็นแบคทีเรียก่อโรคได้เช่นกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โรคติดเชื้อในช่องท้อง และอัมพาตเกรน การติดเชื้อของบาดแผลและเนื้อเยื่ออ่อน โรคติดเชื้อในกระแสเลือด (septicemia) โรคลิ้นหัวใจอักเสบ (endocarditis) ซึ่ง species ที่มักพบว่าเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ คือ *Enterococcus faecalis* และ *E. faecium* ปัจจุบันเชืชนิดนี้มีความสำคัญทางสาธารณสุขอย่างมาก เนื่องจากเชื้อดื้อยาในกลุ่ม Cephalosporins และยังพบการดื้อยาในกลุ่ม Glycopeptides (Vancomycin และ Teicoplanin) เพิ่มสูงขึ้น เรียกเชืดังกล่าวว่า Vancomycin resistant enterococci (VRE) โดยจากการศึกษาวิจัยและเฝ้าระวังปัญหาเชืดื้อยาด้านจุลชีพพร้อมกับเครือข่ายโรงพยาบาล ๖๐ แห่งทั่วประเทศ ในปี พ.ศ.๒๕๕๖ พบว่า *E. faecium* มีอัตราดื้อยา Vancomycin เฉลี่ยในรอบ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๕- ๒๕๕๕) ๐.๘% เพิ่มขึ้นเป็น ๓.๒% ในปี พ.ศ.๒๕๕๖ (สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข, ๒๕๕๗) โดยปกติแล้ว enterococci มีการดื้อยาด้านจุลชีพหลายชนิดและมีแบบแผนความไวต่อยาที่ไม่แน่นอน การดื้อยาด้านจุลชีพของ enterococci ที่มีความร้ายแรงและเป็นปัญหาต่อการรักษาผู้ติดเชื้อมาก คือ Enterococci กลุ่ม VRE เนื่องจาก พบว่า เชื้อแบคทีเรียกลุ่มนี้มักมีการดื้อยาด้านจุลชีพหลายๆ ชนิดด้วยยกเว้นยา Quinupristin/ Dalfopristin (Synercid) และ Linezolid (Zyvox) ซึ่งมีราคาแพง จึงมีข้อจำกัดในการเลือกใช้ยาด้านจุลชีพทำให้การรักษาผู้ป่วยยุ่งยากมากขึ้น และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้ล้วนส่งผลก่อให้เกิดการสูญเสียมูลค่าทางเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้เชื้อ VRE บางสายพันธุ์สามารถถ่ายทอดยีนดื้อยาไปยังเชื้ออื่นๆ ได้ด้วยรวมถึงเชื้อที่มีความรุนแรงในการก่อโรค หรือมีข้อจำกัดในการใช้ยามากอยู่แล้ว เช่น *S. aureus* สายพันธุ์ Methicillin-resistant strain (MRSA) ดังนั้น ถ้าไม่มีการเฝ้าระวัง และควบคุมเกี่ยวกับเชืดื้อยานี้ อาจก่อให้เกิดปัญหาเชืดื้อยาที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

การวินิจฉัยโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

ในปัจจุบันการตรวจหาเชืแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลสามารถทำได้สองวิธี คือ การแยกและเพาะเลี้ยงเชื้อ (culture) และการทดสอบทางพันธุกรรม (molecular) โดยแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อด้อยต่างกัน การแยกและเพาะเชื้อมีข้อดี คือ มีความจำเพาะสูง ทำได้ตามห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลทั่วไป ค่าใช้จ่ายต่ำ สามารถทดสอบทางชีวเคมีและการดื้อยาได้ไม่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษ แต่ข้อเสียคือ ใช้เวลานาน ไม่สามารถตรวจเชืที่ตายแล้ว ได้และต้องระมัดระวังเรื่องความปลอดภัยทางชีวภาพของผู้ปฏิบัติงานเนื่องจากมีโอกาสสัมผัสกับเชืก่อโรค ส่วนวิธีการทดสอบทางพันธุกรรม เช่น การทำ Polymerase Chain Reaction (PCR) มีข้อดีคือตรวจสอบได้รวดเร็ว มีความไวสูง สามารถตรวจพบเชืที่ตายแล้วได้สามารถดูความสามารถในการดื้อยา (resistance marker) ได้โดยไม่ต้องแยกเชื้อหรือเพาะเลี้ยงเชื้อ มีความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางชีวภาพระดับต่ำ แต่การตรวจทางพันธุกรรมมีข้อเสีย ได้แก่ การเกิดผลลบปลอมเนื่องจากการยับยั้งการตรวจสอบหรือการที่เชืมีสารพันธุกรรมที่เปลี่ยนไป เครื่องมือที่ใช้มีความจำเพาะและผู้ที่ทำการตรวจสอบต้องผ่านการฝึกฝนเป็นอย่างดีและชุดน้ำยาตรวจหาเชืบางชนิดยังไม่มีจำหน่ายทั่วไป ซึ่งการจะเลือกวิธีใดเพื่อใช้ตรวจหาเชืก่อโรคในโรงพยาบาลนั้นขึ้นกับการบริหารจัดการและความเหมาะสมของแต่ละโรงพยาบาลว่าสามารถใช้วิธีใดให้เกิดประโยชน์ต่อการวินิจฉัยและการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ดีที่สุด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สาระสำคัญ

การติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ เป็นปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในโรงพยาบาลต่างๆ จากการประมาณการในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ทั่วโลกมีคนเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณ ปีละ ๗๐๐,๐๐๐ คน หากไม่มีการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง คาดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๙๓ การเสียชีวิตจะสูงถึง ๑๐ ล้านคน โดยในทวีปเอเชียและทวีปแอฟริกาจะมีคนเสียชีวิตมากที่สุดคือ ๔.๗ และ ๔.๒ ล้านคน ตามลำดับ และมีผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพสูงถึงประมาณ ๓.๕ พันล้านบาท (Neill JO, ๒๐๑๔) การศึกษาระบาดวิทยาของการติดเชื้อ Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae (CRE) ของ Zhang Y และคณะ พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อ CRE มีอัตราการตายสูงถึง ร้อยละ ๓๓.๕ นอนโรงพยาบาลนานเฉลี่ย ๒๙ วัน และต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักถึงร้อยละ ๕๖.๙ (Zhang Y et al, ๒๐๑๘)

สำหรับประเทศไทยก็ประสบปัญหาเชื้อดื้อยาเช่นกัน โดยพบว่าการเพิ่มขึ้นของเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาเกือบทุกชนิดพร้อมกัน เช่น การดื้อยาในกลุ่ม fluoroquinolones และ third-generation cephalosporins ของเชื้อในกลุ่ม enterobacteriaceae และการดื้อยาในกลุ่ม carbapenem ของเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ซึ่งเป็นเชื้อก่อโรคที่สำคัญของการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพแห่งชาติ (National Antimicrobial Resistance Surveillance Center, Thailand : NARST) ดำเนินการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๖๑ จากโรงพยาบาล ๘๕ แห่ง ในทุกภาคของประเทศไทยพบเชื้อ *A. calcoaceticus baumannii* complex ที่ดื้อยา imipenem เพิ่มขึ้น คือ หอผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๗.๖ เป็นร้อยละ ๗๒.๒ หอผู้ป่วยหนักเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๔.๒ เป็น ๗๙.๘ นอกจากนี้ยังพบว่าเชื้อ *E. coli* และ *K. pneumoniae* มีการดื้อยาในกลุ่ม carbapenem (ertapenam, imipenam และ meropenem) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๖๑ เชื้อที่มีแนวโน้มสูงขึ้นแบบก้าวกระโดดมากกว่าเชื้อตัวอื่นๆ คือ *E. coli* และ *K. pneumoniae* ที่ดื้อยาในกลุ่ม carbapenem (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, ๒๕๖๑) และจากการศึกษาระบาดวิทยาของการติดเชื้อ CRE ช่วงเดือนธันวาคม ๒๕๕๔-ธันวาคม ๒๕๕๙ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จาก ๓.๓๗ ต่อแสนวันนอนในปี ๒๕๕๔ เป็น ๓๒.๔๙ ต่อแสนวันนอน ในปี ๒๕๕๙ (Chotiprasitsakul D, ๒๐๑๙)

โรงพยาบาลสิชล เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ 5 ขนาด ๔๕๐ เตียง (สำนักงานปลัดกระทรวง, ๒๕๖๕) จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของคณะผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่มีผลเพาะเชื้อพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาด้านจุลชีพ จากการติดเชื้อในตำแหน่งต่าง ๆ ประมาณ ๑๐-๑๕ รายต่อวัน ในปี ๒๕๖๔ พบว่า โรงพยาบาลสิชลมีผู้ป่วยติดเชื้อจำนวน ๕๒๑ ราย โดยมีผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาจำนวน ๑๔๗ ราย จากจำนวนการนอนรักษาตัวทั้งหมด ๒๗,๗๓๑ ราย คิดเป็น ๕.๓๐ ต่อประชากรหนึ่งพันคนของการนอนรักษาที่โรงพยาบาลทั้งหมด และมีอัตราวันนอนรวมเท่ากับ ๑๐๙,๒๕๖ วัน คิดเป็นอัตราครองเตียง ๕๙.๙๘ (โรงพยาบาลสิชล, ๒๕๖๔) ซึ่งล้วนมีความสำคัญต่อการรักษาผู้ป่วย อีกทั้งส่งผลต่อการดื้อยาขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยบางส่วนของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีผลการเพาะเชื้อทางห้องปฏิบัติการและการส่งเข้ายาปฏิชีวนะของแพทย์ที่สอดคล้องกัน แต่บางส่วนพบว่าผู้ป่วยมีผลเพาะเชื้อทางห้องปฏิบัติการและการส่งเข้ายาปฏิชีวนะของแพทย์ที่ไม่สอดคล้องกัน ส่งผลให้เกิดปัญหาจากการใช้ยา (Drug related problems; DRPs) ในหลายลักษณะเช่น การเลือกยาที่ไม่เหมาะสม (Improper drug selection) หรือการไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ (Untreated indication) เป็นต้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเชื้อแบคทีเรียที่มีการดื้อยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาล เนื่องมาจากปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะของเชื้อแบคทีเรียในประเทศไทยค่อนข้างน่าเป็นห่วงเพราะเชื้อหลายชนิดมีแนวโน้มการดื้อยามากขึ้นประกอบกับการศึกษาการดื้อยาด้านแบคทีเรียในโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถเข้าใจในสถานการณ์ของ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

การติดเชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อยในปัจจุบัน และใช้ข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางการป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการควบคุม กำกับการใช้ยาต้านแบคทีเรียอย่างเหมาะสมต่อไป

๔.๒ วัตถุประสงค์การวิจัย

๔.๒.๑ เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาและประเภทของเชื้อแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสิชล

๔.๒.๒ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในโรงพยาบาลสิชล

๔.๓ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๔.๓.๑ ทบทวนและศึกษาข้อมูลของการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

๔.๓.๒ รวบรวมข้อมูลจากสถิติและฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

๔.๓.๓ ศึกษาแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวกับการดื้อยาของโรงพยาบาล

๔.๓.๔ เสนอพิจารณารับรองจริยธรรมและจัดเก็บข้อมูลโดยใช้เวชระเบียน

๔.๓.๕ วิเคราะห์และสรุปผลการศึกษา

๔.๓.๖ ตรวจสอบความถูกต้องและเพิ่มเติมรายละเอียดตามผู้เชี่ยวชาญ

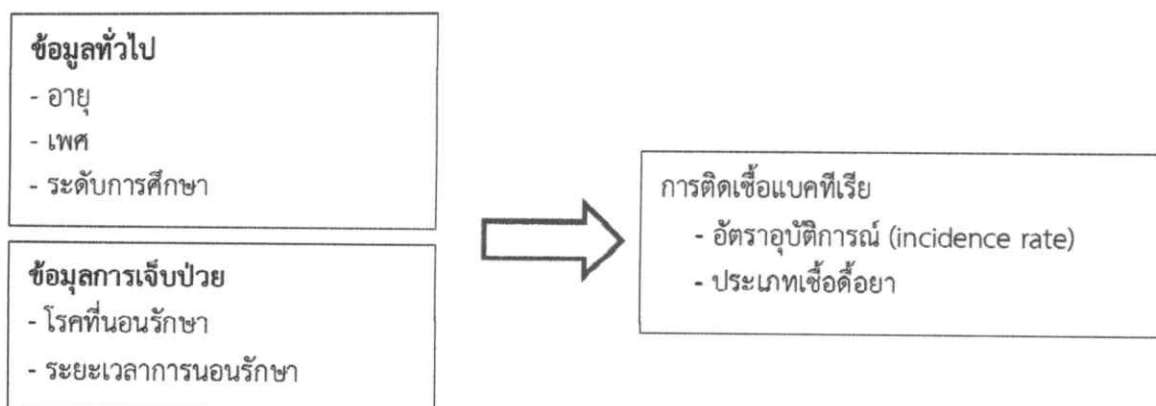
๔.๓.๗ จัดพิมพ์ผลงานเป็นรูปเล่มและตีพิมพ์วารสารเผยแพร่งานวิจัย

๔.๔ เป้าหมาย

ได้ทราบถึงแนวโน้ม และอุบัติการณ์แบคทีเรียดื้อยา และสามารถระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเกิดการดื้อยาของโรงพยาบาล

๔.๕ กรอบแนวคิดของการวิจัย

ในการศึกษานี้ ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการติดเชื้อดื้อยา ซึ่งได้กรอบการทำวิจัย ดังนี้



รูปที่ ๑ กรอบแนวคิดการวิจัย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๔.๖ รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Cross-sectional descriptive study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ประชากรที่อาศัยอยู่ในอำเภอสีชล จังหวัดนครราชสีมา ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลสีชล ที่นอนรักษาไม่น้อยกว่า ๑ วันนอน แบบย้อนหลัง ๑ ปี ระหว่าง ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔ จำนวน ๑๔๗ ราย (โรงพยาบาลสีชล, ๒๕๖๔) ใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan (๑๙๗๐) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (e) เท่ากับ ๕ ระดับความเชื่อมั่น ๙๕ % สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร ($p=0.05$) จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ ๑๐๖.๕๑ ราย หรือประมาณ ๑๐๗ ราย เพื่อให้ได้มาซึ่งความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการเพิ่มสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ๕% โดยสรุปมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน ๑๑๒ ราย

๔.๗ การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามและลงรหัสในข้อคำถาม รายข้อ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๔.๗.๑ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากร อัตราอุบัติการณ์ (incidence rate) และสัดส่วนของเชื้อจำแนกตามการดื้อยา

๔.๗.๒ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่อการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-squar) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product - Moment Correlation Coefficient)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

๕.๑.๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ๑๑๒ คน เป็นเพศชายร้อยละ ๕๕.๔ เพศหญิงร้อยละ ๔๔.๖ มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี ร้อยละ ๖๖.๑ รองลงมาได้แก่ ช่วงอายุ ๔๖-๕๕ ปี ๑๕-๔๕ ปี ร้อยละ ๒๑.๔ และ ๑๒.๕ ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ ๕๒.๗ รองลงมาได้แก่ ประถมศึกษาและปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ ๒๙.๕ และ ๑๗.๘ ตามลำดับ

๕.๑.๒ ข้อมูลการเจ็บป่วย

ในด้านข้อมูลการเจ็บป่วยศึกษาในประเด็น ประเภทของผู้ป่วย โรคที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และระยะเวลาที่รับรักษาและนอนในโรงพยาบาล

ประเภทของผู้ป่วยที่พบผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยามากที่สุดคือ หอผู้ป่วยอายุรกรรม ร้อยละ ๕๙.๘ รองลงมา ได้แก่ ศัลยกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ ๑ ICU NICU หอผู้ป่วยพิเศษ ๒ และสูตินรีเวชกรรม คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๑, ๑๐.๗, ๕.๔, ๓.๖, ๒.๗ และ ๑.๗ ตามลำดับ จากการวิเคราะห์โรคที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา พบว่า การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection; UTI) มากที่สุด ร้อยละ ๔๕.๕ รองลงมาคือ ปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (Hospital Acquired Pneumonia; HAP) โรคปอดอักเสบชุมชน (Community-acquired Pneumonia; CAP) โรคปอดอักเสบที่เกี่ยวข้องกับเครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-associated pneumonia; VAP) และโรคอื่น ๆ ร้อยละ ๑๘.๘, ๑๗.๙, ๙.๘ และ ๘.๐ ตามลำดับ ในด้านของระยะเวลานอนรักษา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีระยะการนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย ๑๘.๒ วัน และนอนรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า ๑๑ วัน ร้อยละ ๖๘.๗ รองลงมา ได้แก่ การนอนรักษา ๖-๑๐ วัน และ ๑-๕ วัน ร้อยละ ๑๘.๘ และ ๑๒.๕ ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่า มีจำนวนวันนอนมากที่สุดที่ ๑๙๗ วัน ที่รักษาในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ดังแสดงในตารางที่ ๑

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ตารางที่ ๑ ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (n=๑๑๒)

หอผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
อายุรกรรม	๖๗ (๕๙.๘)
ศัลยกรรม	๑๘ (๑๖.๑)
พิเศษ ๑	๑๒ (๑๐.๗)
ICU	๖ (๕.๔)
NICU	๔ (๓.๖)
พิเศษ ๒	๓ (๒.๗)
สูตินรีเวชกรรม	๒ (๑.๗)
โรคที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล	
การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	๕๑ (๔๕.๕)
ปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล	๒๑ (๑๘.๘)
โรคปอดอักเสบชุมชน	๒๐ (๑๗.๙)
โรคปอดอักเสบที่เกี่ยวข้องกับเครื่องช่วยหายใจ	๑๑ (๙.๘)
โรคอื่น ๆ	๙ (๘.๐)
ระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาล	
๑-๕ วัน	๑๔ (๑๒.๕)
๖-๑๐ วัน	๒๑ (๑๘.๘)
๑๑ วันขึ้นไป	๗๗ (๖๘.๗)
(ระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย	๑๘.๒ ± ๑๑.๔ S.D.,)

๕.๑.๓ การวิเคราะห์การติดเชื้อแบคทีเรียที่เรื้อร่าและแนวโน้มการติดเชื้อแบคทีเรียที่เรื้อร่า

ในการวิเคราะห์การติดเชื้อในหอผู้ป่วยทำการศึกษาจากสิ่งส่งตรวจ, ชนิดของเชื้อ ประเภทการดื้อยาเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ๘ ชนิด ประเภทการติดเชื้อ แหล่งรับเชื้อ ประเภทการจำหน่ายโดยมีรายละเอียด ดังนี้

สิ่งส่งตรวจของกลุ่มตัวอย่างการศึกษานี้ประกอบด้วย เลือด เสมหะ ปัสสาวะ และหนองของผู้ป่วยพบว่า ปัสสาวะพบเชื้อดื้อยามากที่สุด ร้อยละ ๔๒.๙ รองลงมาคือ เสมหะ เลือด และหนอง ร้อยละ ๓๐.๓, ๒๒.๓ และ ๔.๕ ตามลำดับ ดังแสดงไว้ในตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ สิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการยืนยันการติดเชื้อแบคทีเรียที่เรื้อร่า (n=๑๑๒)

รายการ	จำนวน (ร้อยละ)
เลือด (Blood)	๒๕ (๒๒.๓)
เสมหะ (Sputum)	๓๔ (๓๐.๓)
ปัสสาวะ (Urine)	๔๘ (๔๒.๙)
หนอง (Pus)	๕ (๔.๕)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ในด้านเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ๘ ชนิด ตามโครงการ Antimicrobial Resistance (AMR) ตามนโยบายป้องกันและควบคุมการดื้อยาของกระทรวงสาธารณสุข พบเชื้อ *E.coli* มากที่สุดร้อยละ ๙๑.๑ รองลงมา คือ *K.pneumonia*, *A.baumannii* และ *P.aeruginosa* ร้อยละ ๓.๖, ๓.๖ และ ๑.๗ ตามลำดับ

ประเภทการติดเชื้อ พิจารณาจากลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยและผลการตรวจพบเชื้อทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ส่วนใหญ่ติดเชื้อด้วยเชื้อก่อโรค (Pathogen) มากที่สุด ร้อยละ ๗๖.๗ รองลงมาได้แก่ ภาวะที่มีเชื้อโรคในร่างกายโดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง (Colonization) และการปนเปื้อน (Contamination) ร้อยละ ๑๖.๑ และ ๖.๓ ตามลำดับ นอกจากนี้ยังไม่สามารถจำแนกประเภทของการติดเชื้อร้อยละ ๐.๙

แหล่งรับเชื้อพบว่า โรคติดเชื้อที่เกิดขึ้นในชุมชน (Community acquired Infection) เป็นแหล่งพบเชื้อมากที่สุดร้อยละ ๕๕.๔ รองลงมาคือ การติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial infection) และการรับส่งต่อ (Refer In) ร้อยละ ๔๓.๗ และ ๐.๙ ตามลำดับ

ประเภทของการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Type) ของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา พบว่า มีการจำหน่ายผู้ป่วยด้วยอาการดีขึ้น (improve) ร้อยละ ๗๖.๗ รองลงมาได้แก่ การตาย (dead) การส่งต่อ (refer) การปฏิเสธ (against advice) และไม่สามารถติดตามได้ (escape) ร้อยละ ๑๙.๘, ๑.๗, ๐.๙ และ ๐.๙ ตามลำดับ ดังแสดงไว้ในตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ วิเคราะห์การดื้อยาจำแนกตามการดื้อยาในกระแสเลือด ประเภทการติดเชื้อ แหล่งรับเชื้อและการจำหน่ายผู้ป่วย (n=๑๑๒)

รายการ	จำนวน (ร้อยละ)
เชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ๘ ชนิด	
<i>Acinetobacter baumannii</i>	๔ (๓.๖)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	๒ (๑.๗)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	๔ (๓.๖)
<i>Staphylococcus aureus</i>	๐ (๐)
<i>Escherichia coli</i>	๑๐๒ (๙๑.๑)
<i>Salmonella spp.</i>	๐ (๐)
<i>Enterococcus faecium</i>	๐ (๐)
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	๐ (๐)
ประเภทการติดเชื้อ	
Pathogen	๘๖ (๗๖.๗)
Colonization	๑๘ (๑๖.๑)
Contamination	๗ (๖.๓)
สรุปไม่ได้	๑ (๐.๙)
แหล่งรับเชื้อ	
Community acquired Infection	๖๒ (๕๕.๔)
Nosocomial infection	๔๙ (๔๓.๗)
Refer In	๑ (๐.๙)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ประเภทของการจำหน่าย

Improve

๘๖ (๗๖.๗)

Dead

๒๒ (๑๙.๘)

Refer

๒ (๑.๗)

Against advice

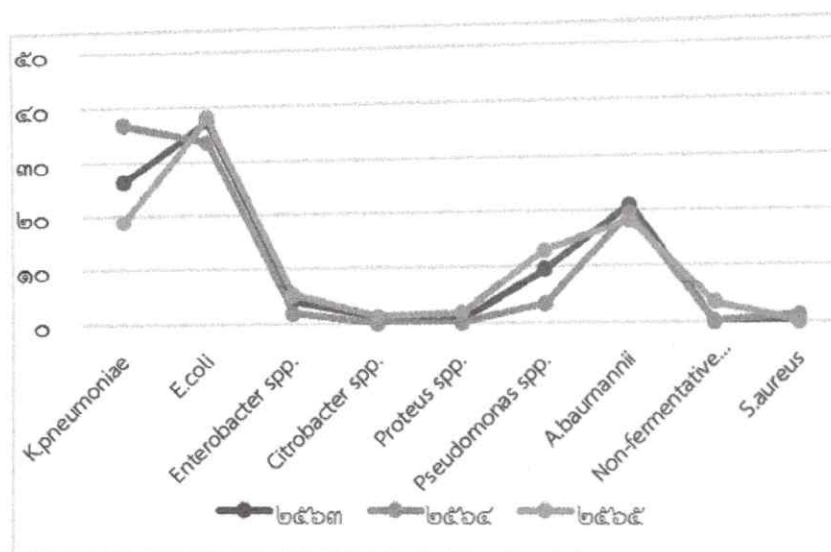
๑ (๐.๙)

Escape

๑ (๐.๙)

ชนิดเชื้อก่อโรคที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ย้อนหลัง ๓ ปี ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๕ พบเชื้อ *E.coli* มากที่สุดร้อยละ ๓๗.๓, ๓๓.๖ และ ๓๘.๐ ตามลำดับ โดยเชื้อก่อโรคที่สำคัญรองลงมา ได้แก่ *K.pneumoniae*, *A. baumannii*, และ *Pseudomonas spp.* ตามลำดับ ดังแสดงในรูปที่ ๒

ร้อยละ



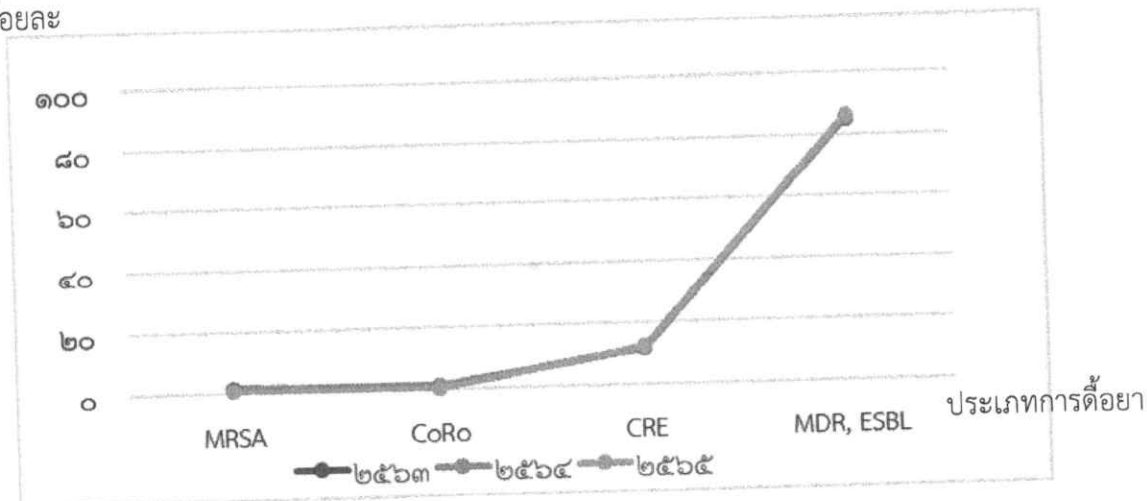
เชื้อก่อโรค

รูปที่ ๒ แสดงแนวโน้มเชื้อก่อโรคดื้อยาของโรงพยาบาลลิซล

ประเภทการดื้อยา ปี พ.ศ. ๒๕๖๓- ๒๕๖๕ พบว่า Multi-drug resistance (MDR) และ Extended-spectrum β -lactamases (ESBL) มีการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาเพิ่มสูงขึ้น และเป็นประเภทที่มีการดื้อยา มากที่สุดร้อยละ ๘๕.๖, ๘๕.๓ และ ๘๖.๘ ตามลำดับ รองลงมา คือ Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae (CRE) และ Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA) ตามลำดับ ดังแสดงในรูปที่ ๓

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ร้อยละ



รูปที่ ๓ แสดงแนวโน้มประเภทการดื้อยา ๓ ปีย้อนหลัง

๕.๑.๔ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่อการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา

จากการวิเคราะห์ตัวแปรที่ส่งผลต่อการติดเชื้อแบคทีเรียของกลุ่มตัวอย่างโดยนำจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลมาพิจารณา พบว่า ปัจจัยด้านประเภทของหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการเกิดการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ส่วนปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษาและโรคที่เข้ารับการรักษาไม่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ดังแสดงในตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา (n=๑๑๒)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนวันนอน			χ^2	P-value
	≤ ๕ วัน	๖-๑๐ วัน	> ๑๐ วัน		
เพศ					
ชาย	๔	๑๒	๔๖	๐.๘๖	๐.๖๕
หญิง	๑๐	๙	๓๑		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	๘	๔	๒๑	๑๘.๙๑	๐.๒๖
มัธยมศึกษา	๓	๑๑	๔๕		
ปริญญาตรีขึ้นไป	๓	๖	๑๑		
ประเภทหอผู้ป่วย					
อายุรกรรม	๑	๘	๕๘	๔.๓๘	๐.๐๒*
ศัลยกรรม	๓	๙	๖		
ตึกพิเศษ ๑	๑	๑	๑๐		
ICU	๓	๑	๒		
ตึกพิเศษ ๒	๑	๑	๑		

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

NICU	๓	๑	๐		
สตินรีเวชกรรม	๒	๐	๐		
โรคที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล					
การติดเชื้อในระบบทางเดิน	๕	๘	๓๘	๘.๓	๐.๐๖
ปัสสาวะ					
ปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดขึ้นใน	๑	๓	๑๗		
โรงพยาบาล					
โรคปอดอักเสบชุมชน	๔	๘	๘		
โรคปอดอักเสบที่เกี่ยวข้องกับ	๓	๑	๗		
เครื่องช่วยหายใจ					
โรคอื่นๆ	๑	๑	๗		

สำหรับเกณฑ์การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ชูศรี วงศ์รัตน์ (๒๕๔๔) กำหนด ดังนี้

ถ้าค่า r มีค่ามากกว่า ๐.๙๑ แสดงว่า มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

ถ้าค่า r มีค่ามากกว่า ๐.๗๑-๐.๙๐ แสดงว่า มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ถ้าค่า r มีค่ามากกว่า ๐.๓๑-๐.๗๐ แสดงว่า มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

ถ้าค่า r มีค่ามากกว่า ๐.๐๑-๐.๓๐ แสดงว่า มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ถ้าค่า r มีค่าเท่ากับ ๐ แสดงว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา พบว่า ปัจจัยด้านอายุ และระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < ๐.๐๕$ และมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ที่ค่า $r = ๐.๗๓$ และ ๐.๘๙ ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ($n=๑๑๒$)

ข้อมูล	r	$P\text{-value}$
อายุ	๐.๗๓	๐.๐๓*
ระยะเวลานอนรักษาในโรงพยาบาล	๐.๘๙	๐.๐๑*

* นัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < ๐.๐๕$

๕.๒ เชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ เชื้อสำคัญของการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา คือ *Escherichia coli* ในการตรวจพบการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยอายุรกรรม และส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ นำไปสู่การวางแผนการควบคุมการดื้อยาในโรงพยาบาลสิชล

๕.๒.๒ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ประกอบด้วย อายุและระยะเวลานอนรักษาในโรงพยาบาล การควบคุมการติดเชื้อแบคทีเรียจึงควรมีการเฝ้าระวังกลุ่มสูงอายุและการติดตามต่อเนื่องในผู้ป่วยที่มีระยะการนอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

สามารถจำแนกเชื้อแบคทีเรียที่ส่งผลต่อการดื้อยาในโรงพยาบาล และใช้ข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางการป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการควบคุม กำกับการใช้ยาต้านแบคทีเรียอย่างเหมาะสม

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ การจำแนกเชื้อที่ต้องทำการตรวจสอบและยืนยันอย่างรวดเร็วเพื่อให้เกิดการบริหารยาในการต้านแบคทีเรียดื้อยา

๗.๒ การศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการอนุญาตจากเวชระเบียนของหน่วยงาน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การดำเนินการหลังการได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยฯ เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคล การดำเนินการจึงต้องดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยคือ เริ่มเก็บข้อมูลได้หลังจากการรับรองจริยธรรมการวิจัยและขออนุญาตยังหน่วยงานเพื่อการเข้าถึงเวชระเบียน

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ โรงพยาบาลควรมีการทบทวนแนวปฏิบัติในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา

๙.๒ การพัฒนาแนวทางการประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อ ดื้อยาด้านจุลชีพหลายขนานของผู้ป่วยแต่ละราย และแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

๙.๓ การศึกษาในกลุ่มคาสายสวนและระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ทราบถึงอัตราอุบัติการณ์ของติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาและอัตราตายจากการดื้อยา

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๓ ปีที่ ๒๑ ฉบับที่ ๑

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสนธยา ชีช่วง ดำเนินการคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๙๐

นางสาวอริญญา คงสวัสดิ์ ดำเนินการคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๑๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสนธยา ชีช่วง)

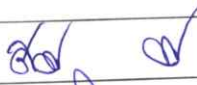
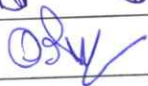
ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

(วันที่)/...../.....

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสนธยา ชีช้าง	
นางสาวอรุณญา คงสวัสดิ์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
 (นายสมพงศ์ ทองใส)
 ตำแหน่ง **นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติหน้าที่**
รองผู้อำนวยการการศึกษาระดับจังหวัด/ระดับภูมิภาคและตติยภูมิ
 (วันที่)
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)
 (นายจรัส บุญกาญจน์)
 ตำแหน่ง **ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล**
 (วันที่)/...../.....
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

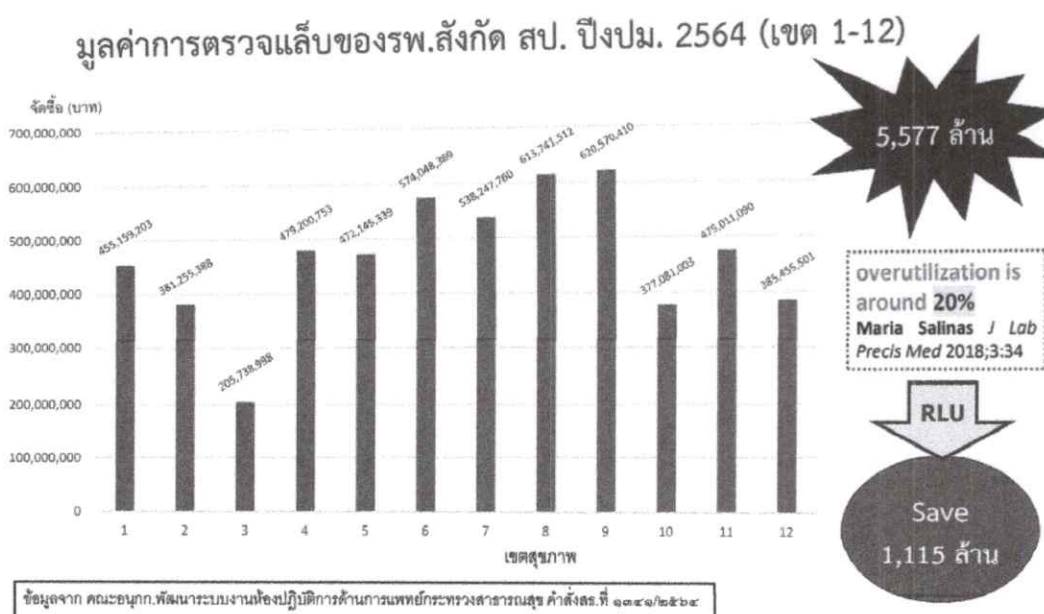
แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลสืลอย่างสมเหตุผล (Ration Laboratory Use : RLU)

๒. หลักการและเหตุผล

โรคติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้น กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและสามารถพบได้ในโรงพยาบาลทุกระดับ นอกจากนี้เชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้มีการพัฒนาการดื้อยา เพิ่มมากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพของยาที่ใช้ในการรักษาโรค ติดเชื้อมีประสิทธิภาพลดลงจนทำให้ไม่สามารถรักษาโรคของผู้ป่วย อย่างได้ผล และในบางกรณีอาจไม่สามารถรักษาชีวิตผู้ป่วย ไว้ได้อีกทั้งอาจพบการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อเหล่านี้ไป ยังบุคลากรทางการแพทย์ได้และหมุนเวียนกลับมายังผู้ป่วยอื่นๆ ในโรงพยาบาลต่อไปเรื่อยๆ ซึ่งค่าใช้จ่ายในการดูแล รักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อในโรงพยาบาลมีมูลค่ามหาศาล รวมถึงการสิ้นเปลืองทรัพยากรต่างๆ

จากรายงานการดำเนินงานทางห้องปฏิบัติการของศิริกิตติเวชการแพทย์ (ปิยะ ศิริลักษณ์, ๒๕๖๕) ของมูลค่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (เขต ๑-๑๒)



รูปที่ ๔ แสดงมูลค่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำแนกรายเขตสุขภาพ

ที่มา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (๒๕๖๕)

การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการถือเป็นสิ่งจำเป็นต่อการวินิจฉัยโรคและการติดตามผลการรักษา เนื่องจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์เป็นส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากการส่งผลโดยตรงต่อการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการกำหนดวิธีการดูแลสุขภาพของบุคคลอย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ประมาณ ร้อยละ ๒๐ ถึง ๕๐ อาจไม่เหมาะสม กล่าวคือ ไม่มากเกินไปจนความจำเป็น (Over utilization) ก็น้อยเกินไปจนอาจละเลยการตรวจที่จำเป็น (Under utilization)

อย่างไรก็ตาม ทุกการส่งตรวจมีต้นทุนการตรวจที่มากเกินไปจนความจำเป็นอาจส่งผลเสีย ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บตัวจากการเจาะเลือด, ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มของผู้ป่วย และยังทำให้ปริมาณงานส่งตรวจของโรงพยาบาลมากเกินไปจนส่งผลต่อความรวดเร็วของผลตรวจของผู้ป่วยที่จำเป็นจริงๆ อีกด้วย แต่การส่งที่น้อยเกินไปก็อาจส่งผลให้การวินิจฉัยและการติดตามการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร การส่งตรวจที่เหมาะสม จึงเป็นการส่งตรวจที่มีความพอดี มีจุดประสงค์ที่ชัดเจน และมีผลต่อการวินิจฉัย วางแผนการรักษา หรือติดตามผู้ป่วยอีกด้วย

โรงพยาบาลสิชล เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ระดับ S ที่ต้องมีการคัดกรอง วินิจฉัย และการรักษาผู้ป่วยในทุกหอผู้ป่วย ซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้การส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในการประกอบการรักษา โดยจากการสังเกตการณ์เฝ้าระวังการส่งส่งตรวจพบว่า อุปสรรคที่เกิดขึ้น ได้แก่ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการบ่อยครั้งเกินจำเป็น การส่งตรวจซ้ำ เนื่องจากไม่ได้ส่งข้อมูลระหว่างกัน (ระหว่างแผนกในโรงพยาบาล) การส่งตรวจแบบเป็นชุดที่หลายรายการทั้งที่ควรส่งเท่าที่จำเป็น การส่งตรวจโดยไม่มีการจุดประสงค์เพราะไม่ได้พิจารณาข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

จากความสำคัญข้างต้น การกำหนดแนวทางช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ประกอบการตัดสินใจทั้งในการคัดกรอง วางแผนดูแลสุขภาพ วินิจฉัย รักษา และติดตามผล โดยมุ่งหวังให้การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์มีความเหมาะสม คุ่มค่า และเป็นประโยชน์มากที่สุด หรือที่เรียกว่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use, RLU) ซึ่งนอกจากจะเกิดประโยชน์ในระดับสุขภาพของบุคคลแล้ว ยังส่งผลให้ระบบสุขภาพในภาพรวมสามารถใช้ทรัพยากรทางสุขภาพให้เป็นประโยชน์แก่ประชาชนหมู่มากได้อย่างเพียงพอ อันจะทำให้ระบบสุขภาพมีความมั่นคงและยั่งยืน การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการป้องกัน การติดเชื้อในโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นที่มาของข้อมูลที่จะทำให้ทราบว่าผู้ป่วย ทั้งนี้ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ในการตัดสินใจ การคัดกรอง การวางแผนดูแลสุขภาพ การวินิจฉัย รักษา และติดตามผลการรักษา เพื่อให้เกิดประโยชน์ทางสุขภาพในระดับบุคคล และส่งผลให้การจัดสรรทรัพยากรทางสาธารณสุขต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

โรงพยาบาลสิชลเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ S ขนาด ๔๐๐ เตียง มีผู้รับบริการกลุ่มผู้ป่วยนอกทั่วไปประมาณ ๑,๐๐๐-๑,๒๐๐ ราย/วัน ซึ่งมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการประมาณ ๓๐๐-๕๐๐ ใบส่งตรวจ /วัน มีข้อมูลการส่งตรวจประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๕ ดังนี้

แผนกงาน	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
ผู้ป่วยนอกทั่วไป	๓๑,๕๓๒	๓๔,๖๐๐
งานโลหิตวิทยา	๔๘,๙๙๕	๖๒,๕๑๐
งานจุลทรรศน์ศาสตร์	๑๙,๐๒๒	๑๘,๖๗๓
งานเคมีคลินิก	๔๔๖,๔๓๙	๖๑๙,๒๔๐
งานธนาคารเลือด	๕,๒๐๓	๖,๒๘๓
งานจุลชีววิทยา	๑๗,๖๒๘	๑๘,๗๖๔
งานอนุชีวโมเลกุล	๔๖,๖๐๒	๗๓,๑๙๒

เพื่อให้การสังเกตทางห้องปฏิบัติการมีประสิทธิภาพและถูกต้องโดยลดการสังเกตทางห้องปฏิบัติการที่มากเกินไปและเพิ่มการสังเกตที่จำเป็นในการนำไปสู่การวินิจฉัย และการรักษาผู้ป่วยทันเวลา จึงต้องเลือกใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสมในการคัดกรอง การวินิจฉัย การติดตามผลการรักษา และพยากรณ์โรคโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

๓.๒ แนวคิด

๓.๒.๑ การสังเกตทางห้องปฏิบัติการแบบสมเหตุสมผล

๓.๓.๓ แนวคิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบองค์รวม

๓.๓ ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนางาน

๓.๓.๑ ขั้นพัฒนา/เตรียมการ

๑) ศึกษาค้นคว้าเนื้อหาจาก เอกสาร ตำราวิชาการ วารสาร และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการสังเกตแบบสมเหตุสมผล เพื่อนำมาประยุกต์เป็น กรอบเนื้อหาของแนวทางปฏิบัติ

๒) การวิเคราะห์สถานการณ์การสังเกตและข้อจำกัดในการดำเนินการที่ผ่านมา

๓.๓.๒ ขั้นดำเนินการ

๑) กำหนดขั้นตอนการดำเนินงานแก่ผู้เกี่ยวข้องในการสังเกตทางห้องปฏิบัติการ

๒) ประชุมชี้แจงถึงแนวทางการดำเนินการแก่ผู้บริหารและแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการสังเกตอย่างสมเหตุสมผล

๓) การประกาศนโยบายและการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติในโรงพยาบาล

๓.๓.๓ ขั้นติดตามและประเมินผล

๑) การติดตาม ประเมินผล ด้วยการสังเกตการสังเกตการสังเกตทางห้องปฏิบัติการ

๒) ค่าใช้จ่ายอันมาจากการสังเกตทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

โรงพยาบาลสิทธิชัยมีแนวปฏิบัติในการสังเกตทางห้องปฏิบัติการได้อย่างมีมาตรฐาน มีความคุ้มค่า คุ้มทุนในด้านทรัพยากรสุขภาพ เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการตรวจ ประเมิน รักษา และติดตามอาการของผู้ป่วยขณะรับรักษาไว้ในโรงพยาบาล รวมทั้งผู้รับบริการกลุ่มผู้ป่วยนอก และกลุ่มตรวจสุขภาพเชิงรุก (Check up) อีกด้วย

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ แพทย์ผู้สังเกตสังเกตมีความเข้าใจในการสังเกตแบบสมเหตุสมผล ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

๕.๒ ค่าใช้จ่ายในการสังเกตทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล ลดลงร้อยละ ๒๐

(ลงชื่อ) 

(นางสนธยา ชีช้าง)

ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

(วันที่) ๒๐ / ๕.๕. / ๒๕๖๒

ผู้ขอประเมิน