

สารบัญ

ชื่อเรื่อง	หน้า
Emergency Easy Check จารุพร คงแกลง หอผู้ป่วยพิเศษ	1
การพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด วรรณช บัญสอน งานห้องคลอด	5
การเตรียมยาทางวิสัญญีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Color For Safety) มยุรา โชคเศรษฐกุล, วราภรณ์ จันทร์ศรีหา	9
การพัฒนาแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ ตึกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ สายชล ขุนหล้า	13
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) โรงพยาบาลสมเด็จ วิมลรัตน์ เสนาะเสียง	17
การพัฒนาระบบการเบิกยาเสพติดให้โทษประเภทที่2 โรงพยาบาลสมเด็จ รัตติยากร จันทะคาม	21
กระบวนการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดสารเสพติดในชุมชน ภุชงค์ ศรีอริญ	25
การตรวจ OF, DCIP ในห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลสมเด็จ นฤทัย ภูกองไชย	29
การติดตามการใช้กัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ สุทธิณี ศิลาไสล	33
การพัฒนาน้ำเต้าหู้สำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จ กนกกาญจน์ สุภารีย์	37
การพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในโรงพยาบาลสมเด็จ ณัฐกานต์ ถมศรี	40
การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ คำแปลง ศรีซัง	43
การพัฒนารูปแบบการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)แบบ Drip and ship ในผู้ป่วย Stroke Fast track โรงพยาบาลสมเด็จ จิราภา นาถ่านาค	47

ชื่อเรื่อง	หน้า
การศึกษาปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ในอำเภอสมเด็จ ภัทราพร ภูลีนลาย	51
ผลการลดอัตราการปนเปื้อนในผ้าและเครื่องมือแพทย์ วิภารัชญ์ ประมวลปรีชา	54
ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยา-warfarin แบบการให้คำปรึกษา ก่อนพบแพทย์ (Pre-counseling) โรงพยาบาลสมเด็จ ภัทราพร ภูลีนลาย	57
ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ อรษา ศรีเวียง, นาถนรินทร์ ทรัพย์กุล ,ปิตรส ดลสะอาด	61

Emergency Easy Check

จารุพร คงแสง

หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จ

บทคัดย่อ

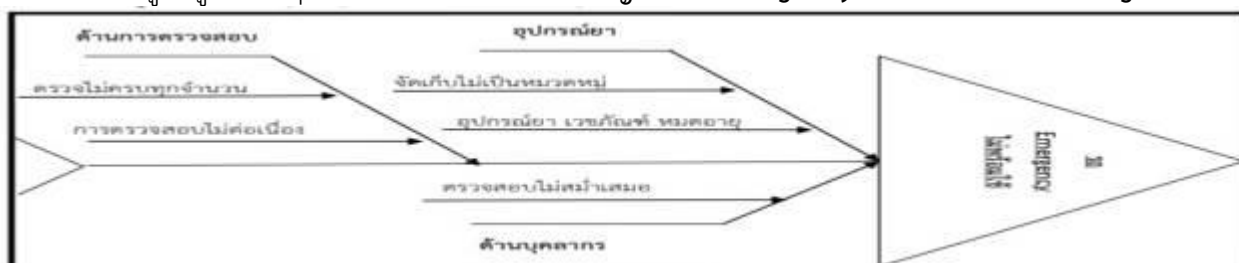
หอผู้ป่วยพิเศษ ให้บริการและดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติที่ต้องใช้ปฏิบัติการกู้ชีพน้อย เพราะ ส่วนใหญ่ แพทย์จะประเมินแล้วว่าผู้ป่วย มีอาการคงที่ ปลอดภัย จึงจะอนุญาตให้ย้ายเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยพิเศษ ได้ จึงมีการใช้รถ Emergency น้อยครั้ง แต่อุปกรณ์การช่วยชีวิตเป็นสิ่งสำคัญ การตรวจสอบความพร้อมของรถ Emergency โดยลดขั้นตอนการค้นหา อุปกรณ์การช่วยชีวิตพร้อมใช้ ช่วยลดระยะเวลาที่ไม่จำเป็นและยังคงคุณภาพและประสิทธิภาพของรถ Emergency ส่งผลให้มีเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลและดูแลผู้ป่วย วิกฤติได้มากขึ้น วัตถุประสงค์ เพื่อให้ยาและเวชภัณฑ์ในรถ Emergency ไม่หมดอายุ เพื่อให้วัสดุอุปกรณ์ในรถ Emergency พร้อมใช้งาน และเพื่อให้บุคลากรมีความพึงพอใจในการใช้รถ Emergency ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2566 วิธีการดำเนินงาน ประสานงานกับ เกสซ์กร ตรวจสอบยาใน กล่องยาฉุกเฉิน ส่งคืนยาที่ไม่จำเป็น อัตราการใช้ยาค้นแก่ฝ่ายเภสัชกรรมตามระยะเวลาการแลกคืนก่อนยา หมดอายุ 6 เดือน ตรวจสอบยาในกล่องยาฉุกเฉินทุกวันที่ 1 ของเดือน หมวดอุปกรณ์ต่างๆ จะดำเนินการ หมุนเวียนออกมาใช้งานและเปลี่ยนใหม่ทุกวัน ที่ 1 ของเดือนถัดไป เพื่อป้องกันการหมดอายุและง่ายต่อการ ตรวจสอบ จัดทำอุปกรณ์ติดต่อช่วยหายใจและจัดเตรียมอุปกรณ์การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำให้เป็น หมวดหมู่เพื่อความสะดวกในการใช้งาน จัดทำมาตรฐานการตรวจสอบของในรถ Emergency แบบใหม่ แจ้ง ให้บุคลากรรับทราบและปฏิบัติได้ตรงกัน เมื่อดำเนินการตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว ในแต่ละรอบจะใช้แถบ สติกเกอร์สี ปิดคาดทับลิ้นชัก รถ Emergency แสดงให้เห็นว่าพร้อมใช้งาน จนกว่าแถบสติกเกอร์สี จะถูกดึง ออก จึงจะดำเนินการตรวจสอบใหม่ทุกครั้ง (โดยระบุวันที่ตรวจสอบ ชื่อผู้ตรวจสอบ) ผลการศึกษา พบว่า ยา และเวชภัณฑ์ในรถ Emergency ไม่หมดอายุ ร้อยละ 100, วัสดุอุปกรณ์ในรถ Emergency พร้อมใช้งาน ร้อยละ 100 และบุคลากรมีความพึงพอใจในการใช้รถ Emergency ร้อยละ 97.50 จากการพัฒนาการ ตรวจสอบของในรถ Emergency เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้งาน พบว่า หลังการพัฒนา รถ Emergency มีความพร้อมใช้ทุกครั้ง มีความมั่นใจในการใช้ ได้รับการตรวจสอบสม่ำเสมอ มีการติด Safety tape ปิดคาด ทับลิ้นชัก รถ Emergency การพัฒนา รถ Emergency ทำให้เกิดการพัฒนาในการเตรียมความพร้อมอยู่ ตลอดเวลาและต่อเนื่อง ส่งผลให้มีเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลและดูแลผู้ป่วยวิกฤติได้มากขึ้น

คำสำคัญ : รถ Emergency, หมดยา

Emergency Easy Check

หลักการและเหตุผล

หอผู้ป่วยพิเศษ ให้บริการและดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติการช่วยชีวิตฉุกเฉินมีน้อย เพราะส่วนใหญ่แพทย์จะประเมินแล้วว่าผู้ป่วย มีอาการคงที่ ปลอดภัย จึงจะอนุญาตให้ย้ายเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยพิเศษ ได้ จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยใน พบว่าจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่รักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ ตั้งแต่ปี 2561-2566 (มี.ค. 66) พบจำนวนผู้ป่วย 863, 1043, 882, 1022, 1610 และ 508 ราย ตามลำดับ เสียชีวิต 0, 1, 0, 1, 1, 0 และ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 0, 0.09, 0, 0.09, 0.62 และ 0.59 ตามลำดับ ใส่ท่อช่วยหายใจ (ET-Tube) 1, 2, 2, 5, 3 และ 0 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.11, 0.19, 0.22, 0.43, 0.18 และ 0 ตามลำดับ จึงมีการใช้รถ Emergency ค่อนข้างน้อยครั้ง แต่ก็คงหลีกเลี่ยงผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจนเข้าสู่ภาวะวิกฤติไม่ได้ ทำให้เกิดการพัฒนาในการเตรียมความพร้อมอยู่ตลอดเวลาและต่อเนื่อง ส่งผลให้เวลาในการปฏิบัติการพยาบาลและดูแลผู้ป่วยวิกฤติได้มากขึ้น และวิเคราะห์ปัญหาการ Emergency โดยใช้ Fishbone diagram



วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ยาและเวชภัณฑ์ในรถ Emergency ไม่หมดอายุ
2. เพื่อให้วัสดุอุปกรณ์ในรถ Emergency พร้อมใช้งาน
3. เพื่อให้บุคลากรมีความพึงพอใจในการใช้รถ Emergency

วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

1. บุคลากรหาแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจสอบของในรถ Emergency
2. สำรวจเวชภัณฑ์สำหรับช่วยชีวิตฉุกเฉินที่หมดอายุและดำเนินการส่ง re-sterile
3. จัดเรียงหมวดอุปกรณ์ต่างๆ เช่น Needle, Syringe, IV – cath , IV set, น้ำเกลือชนิดต่างๆ ให้ครบถ้วนโดยแบ่งเป็น สัดส่วนและเขียนบอกให้ชัดเจน
4. ประสานงานกับ เภสัชกร ตรวจสอบยาในกล่องยาฉุกเฉิน ส่งคืนยาที่ไม่จำเป็น อัตราการใช้ลดลง แก่ฝ่ายเภสัชกรรมกำหนดระยะเวลาการแลกคืนก่อนยาหมดอายุ 6 เดือน
5. ตรวจสอบยาในกล่องยาฉุกเฉินทุกวัน ที่ 1 ของเดือน
6. หมวดอุปกรณ์ต่างๆ เช่น Needle, Syringe, IV – cath , IV set, น้ำเกลือชนิดต่างๆ จะดำเนินการหมุนเวียนออกมาใช้งานและเปลี่ยนใหม่ทุกวัน ที่ 1 ของเดือนถัดไปเพื่อป้องกันการหมดอายุ
7. จัดทำอุปกรณ์ติดท่อช่วยหายใจให้เป็นหมวดหมู่เพื่อความสะดวกในการใช้งาน
8. จัดเตรียมอุปกรณ์การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำให้เป็นหมวดหมู่เพื่อความสะดวกในการใช้งาน

9. จัดทำมาตรฐานการตรวจสอบของในรถ Emergency แบบใหม่ แจ้งให้บุคลากรรับทราบและปฏิบัติได้ตรงกัน

10. เมื่อตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว ในแต่ละรอบจะใช้แถบสติ๊กเกอร์สี ปิดคาดทับลิ้นชัก แสดงให้เห็นว่าพร้อมใช้งาน จนกว่าแถบสติ๊กเกอร์สี จะถูกดึงออก จึงจะดำเนินการตรวจสอบใหม่ทุกครั้ง (โดยจะระบุวันที่ตรวจสอบชื่อผู้ตรวจสอบ

ตารางการปรับปรุงจัดหมวดหมู่วัสดุอุปกรณ์ในรถ Emergency

รถ Emergency	วัสดุอุปกรณ์	รถ Emergency	วัสดุอุปกรณ์
ลิ้นชักที่ 1 - IV Set - Blood Set - Syringe - Medicut - T-way - Extension -Alcohol ball- Transpore		ลิ้นชักที่ 2 -Tube เบอร์ต่างๆ - Mouth gag - Red dot - Guideline - K-y jelly - ไม้กดลิ้น - ถุงมือ	
ลิ้นชักที่ 3 -Ambu bag - สาย NG - สาย suction - Foley cath - สายออกซิเจน		ลิ้นชักที่ 4 -สารน้ำต่างๆ	
กล่องยา Emergency		รถ Emergency	

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. เพื่อให้ยาและเวชภัณฑ์ในรถ Emergency ไม่หมดอายุ ร้อยละ 100
2. เพื่อให้วัสดุอุปกรณ์ในรถ Emergency พร้อมใช้งาน ร้อยละ 100
3. เพื่อให้บุคลากรมีความพึงพอใจในการใช้รถ Emergency มากกว่าร้อยละ 90

ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2566

ผลการศึกษา

1. ยาและเวชภัณฑ์ในรถ Emergency ไม่หมดอายุ ร้อยละ 100
2. วัสดุอุปกรณ์ในรถ Emergency พร้อมใช้งาน ร้อยละ 100
3. บุคลากรมีความพึงพอใจในการใช้รถ Emergency ร้อยละ 97.50

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ยาและเวชภัณฑ์ในรถ ไม่หมดอายุ ให้เภสัชกรตรวจสอบยาทุกวันที่ 1 ของทุกเดือนให้ยาฉุกเฉินพร้อมใช้
2. วัสดุอุปกรณ์ในรถ พร้อมใช้งาน โดยมีการกำกับดูแลของหัวหน้างาน หัวหน้าเวร และการตรวจสอบของเจ้าหน้าที่ทุกวันที่ 1 ของทุกเดือน ตรวจสอบเสร็จใช้แถบสติ๊กเกอร์สี ปิดคาดทับลิ้นชัก แสดงให้เห็นว่าพร้อมใช้งาน
3. บุคลากรมีความพึงพอใจในการใช้ และยามีความครบถ้วน มีการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ
4. ผู้บริหารเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น ให้การสนับสนุนและให้คำชี้แนะในการพัฒนา

อภิปรายผล

เมื่อสำรวจปัญหาแล้วพบว่ารถ Emergency ยาและเวชภัณฑ์หมดอายุจำนวนมาก บุคลากรหาแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน จึงได้แนวคิดในการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้งานหลังการพัฒนาพบว่ารถ Emergency มีความพร้อมใช้ มีความมั่นใจในการใช้ ได้รับการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอทุกวันที่ 1 ของทุกเดือน เมื่อดำเนินการตรวจสอบเรียบร้อยแล้วติด Safety tape ปิดคาดทับลิ้นชัก แสดงให้เห็นว่าพร้อมใช้งาน ลงชื่อเจ้าหน้าที่ ที่ตรวจสอบ การพัฒนามารถ Emergency ทำให้เกิดการพัฒนาในการเตรียมความพร้อมอยู่ตลอดเวลาและต่อเนื่อง

แนวทางที่จะพัฒนาในโอกาสต่อไป

1. นำการพัฒนาในลักษณะเดียวกันไปใช้ในการตรวจสอบความพร้อมในด้านอื่นๆ เน้นเชิงคุณภาพมากกว่าปริมาณ
2. นำผลการพัฒนาการตรวจสอบความพร้อมไปใช้กับทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระ

การพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรก หลังคลอด

DEVELOPMENT OF GUIDELINES TO PREVENTION OF 2 HOURS POSTPARTUM HEMORRHAGE

วรณช บัญสอน พย.ม (Woranuch Boonson, M.S.N.)

งานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพที่สำคัญและเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก ถึงร้อยละ 27.1¹ ซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยคือการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก คือ 1-2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (Early Postpartum hemorrhage)² การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา (Research&Development) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และ 2) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทางช่องคลอด ที่ห้องคลอดโรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 134 คน โดยมีขั้นตอนการวิจัยทั้งหมด 7 ขั้นตอนดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1** วิเคราะห์สถานการณ์ แนวทางการดำเนินงาน **ขั้นตอนที่ 2** พัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด **ขั้นตอนที่ 3** ทดลองใช้แนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่พัฒนาขึ้น **ขั้นตอนที่ 4** การประเมินผลและทบทวนแนวทาง **ขั้นตอนที่ 5** ปรับกิจกรรมหลังทดลองใช้แนวทาง **ขั้นตอนที่ 6** นำแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดพัฒนาขึ้นไปปฏิบัติจริงในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทางช่องคลอด **ขั้นตอนที่ 7** เป็นขั้นตอนประเมินผลลัพธ์ ผลการศึกษา 1) ได้แนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด 4 ระยะ ประกอบด้วย การดูแล ระยะรับใหม่ ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ทั้งหมด 29 กิจกรรม 2) ผลการพัฒนาพบว่าพยาบาลวิชาชีพทั้ง 6 คน ปฏิบัติได้ตามแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดได้ร้อยละ 100 ไม่พบอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และปริมาณการสูญเสียเลือดหลังทดลองใช้แนวปฏิบัติลดลง ($\bar{X}=205, SD=0.060$) เปรียบเทียบกับก่อนการทดลองใช้ ($\bar{X}=224, SD=0.053$) อภิปรายผลได้ว่าการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมในทุกระยะของการคลอด ทำให้สามารถวางแผนการดูแลได้อย่างครอบคลุม

คำสำคัญ การพัฒนาแนวทาง, ตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมง, หลังคลอด

การพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรก หลังคลอด

DEVELOPMENT OF GUIDELINES TO PREVENTION OF 2 HOURS POSTPARTUM HEMORRHAGE

บทนำ

อุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2562-2564 พบอัตราการเกิดร้อยละ 1.73, 3.44 และ 1.59 ตามลำดับ³ ถึงแม้อัตราการตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงพบว่ามีหญิงตั้งครรภ์บางรายมีอาการตกเลือดหลังคลอดที่รุนแรง และเป็นการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด งานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา (Research & Development) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และ 2) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทางช่องคลอด ที่ห้องคลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 134 คน โดยมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1** วิเคราะห์สถานการณ์ แนวทางการดำเนินงาน **ขั้นตอนที่ 2** พัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด **ขั้นตอนที่ 3** ทดลองใช้แนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่พัฒนาขึ้น **ขั้นตอนที่ 4** การประเมินผลและทบทวนแนวทาง **ขั้นตอนที่ 5** ปรับกิจกรรมหลังทดลองใช้แนวทาง **ขั้นตอนที่ 6** นำแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดพัฒนาขึ้นไปปฏิบัติจริงในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทางช่องคลอด ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2566 จำนวน 134 ราย **ขั้นตอนที่ 7** เป็นขั้นตอนประเมินผลลัพธ์เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้ แนวทางป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด (Checklist) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ เชิงพรรณนา ได้แก่ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ แนวทางป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดประกอบด้วย การดูแล 4 ระยะ 29 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) ระยะรับใหม่ มี 6 กิจกรรมได้แก่ (1) ชักประวัติตรวจร่างกายเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยง (2) แบ่งระดับความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด Low risk Medium risk High risk (3) สื่อสารภาวะเสี่ยงที่ชัดเจน โดยปัม ระบุ High Risk to PPH ในเวชระเบียน (4) เตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน เมื่อมีภาวะเสี่ยง (5) แก้ไขปัญหาภาวะช็อคก่อนคลอด และ (6) รายงานแพทย์เพื่อทำ U/S ในรายที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดยาก รกเกาะต่ำหรือเสี่ยงต่อภาวะรกติดแน่น 2) ระยะรอคลอดมี 2 กิจกรรมได้แก่ (1) การป้องกันการคลอดยาวนาน (2) ให้ยาเร่งคลอด 6 ชั่วโมงไม่ progress รายงานแพทย์ 3) ระยะคลอด มี 14 กิจกรรม ได้แก่ (1) ฝืนระงับการคลอดยาวนาน (Prolong second stage of labour) (2) ตัดแผลฝีเย็บเมื่อมีข้อบ่งชี้ (3) ห้ามดันยอดมดลูก (4) Active management of the third stage of labour (5) คลึงมดลูกทันทีหลังรกคลอด (6) ใช้ถุงตวงเลือด (7) ประเมินการสูญเสียเลือดสะสมตั้งแต่ระยะหลังทารกคลอด จนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด (8) คลึงมดลูกหลังรกคลอดทันที และคลึงต่อทุก 15 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด (9) การประเมินการฉีกขาดช่องทางคลอด ให้ครอบคลุม (10) การฉีกขาดระดับ 3rd-4th degree tear ให้รายงานสูติแพทย์ (11) รกไม่คลอด 15 นาที รายงานแพทย์ (12)

Early management ที่การสูญเสียเลือด 300 ml โดยใช้กระบวนการ TIME (13) Checklist for PPH ที่กำหนดระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนที่ชัดเจน และ (14) PPH Team ที่กำหนดหน้าที่ ใน Poster ติดฝาผนังห้องคลอด และ 4) ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด มี 7 กิจกรรม ได้แก่ (1) ประเมินการหดตัวของมดลูก (2) สอนให้ผู้คลอดคลึงมดลูกทุก 15 นาที (3) ประเมินสัญญาณชีพตามแนวทาง (4) ประเมิน Early warning sign ของภาวะ Shock (5) ล้วง Blood clot ถ้า Blood loss มากกว่า 100 ml ให้ทบทวน 4Ts (6) ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้อว่าง ถ้ามี Full bladder พิจารณาสวนปัสสาวะทิ้ง และ (7) การดูแลก่อนย้ายสู่ตึกมารดาให้ครอบคลุม ผลการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จากการประเมินผลการทดลองใช้ในหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 134 คน พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดปกติทางช่องคลอดส่วนมากเป็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่ำ 90 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.16 เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงระดับปานกลาง จำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.34 และเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.49 เกิดผลลัพธ์ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพทั้ง 6 คน ปฏิบัติได้ตามแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดได้ร้อยละ 100 2) ไม่พบอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และ 3) ปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอดใช้แนวปฏิบัติลดลง ($\bar{x}=205, SD=0.060$) เปรียบเทียบกับก่อนการทดลองใช้ ($\bar{x}=224, SD=0.053$) อภิปรายผลได้ว่าการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดที่พัฒนาขึ้น ครอบคลุมในทุกระยะของการคลอด ทำให้สามารถวางแผนการดูแลได้อย่างครอบคลุม และเป็นไปในแนวทางเดียวกันทำให้เกิดความปลอดภัยไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด สอดคล้องกับวิจัย ที่ได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด แบ่งเป็น 3 ระยะ ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยมีเกณฑ์ประเมินปัจจัยเสี่ยงในระยะแรกรับที่ห้องคลอด และจัดลำดับความเสี่ยงเป็น 3 ระดับ ที่มีเสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง มีการสื่อสารความเสี่ยงในเวชระเบียนในหน่วยงานให้รับทราบ และให้การดูแลตามปัจจัยเสี่ยง การใช้ถุงตวงเลือด ใช้หลักการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอดที่มีการเสียเลือดตั้งแต่ 300 ซีซี ขึ้นไป ทำให้อัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลง^{3,4} ผลการศึกษามีข้อเสนอแนะว่า แนวทางป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดสามารถนำไปใช้ได้จริงในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด และควรมีการกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางอย่างต่อเนื่อง และควรมีการพัฒนากระบวนการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในครอบคลุมในทุกหน่วยงานของกลุ่มงานสูติกรรม และเครือข่าย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2014). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Italy: World Health Organization.
2. International Federation of Gynecology [FIGO]. (2012). Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource setting. International journal Gynecology & Obstetric; 117:108-18.
3. งานเวชระเบียน ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จ. (2564). รายงานประจำปี. โรงพยาบาลสมเด็จ.
4. วันรัฐ พงนา, เกศกัญญา ไชยวงศา และ ทิพรา สมโชค. (2564). การพัฒนาแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงและแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด หลังคลอดระยะแรกโดยการจัดการความรู้โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน, วารสารวิจัยและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 14(2): 182-194

5. ศิริโสภา คำเครือ,ทัศน์ย์ ศรีสุวรรณ และ รุณรารวรรณ แก้วบุญเรือง. (2561).การพัฒนาแนว
ปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาล ลำพูน, วารสาร
ส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา, 8 (1): มกราคม-มิถุนายน.

การนำเสนอผลงาน ปี 2566

1. การประชุมวิชาการระดับเขต 7 ประเภท oral presentation สาขา การพยาบาล
2. การประชุมวิชาการระดับกระทรวง ประเภท Poster presentation สาขา การพยาบาล

การเตรียมยาทางวิสัญญีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Color For Safety)

มยุรา โชคเศรษฐกุล, วราภรณ์ จันทร์ศรีหา
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสิน

บทคัดย่อ

ยาทางวิสัญญี เป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง หากเกิดความผิดพลาดจากการใช้ยา ส่งผลต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้ จากข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา ปี 2560 จำนวน 2 ครั้ง ปี 2561 จำนวน 1 ครั้ง ปี 2562 จำนวน 1 ครั้ง จากการทบทวนหาสาเหตุพบข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นคือ ลักษณะตัวยาที่เหมือนหรือคล้ายกัน ชื่อยาที่คล้ายกัน ความสมบูรณ์ของสลากชื่อยาที่ติดกับกระบอกฉีดยา เขียนชื่อยาไม่ชัดเจน ลักษณะฉลากยามีพื้นสีเดียวกัน ทำให้ยากต่อการแยกกลุ่มยา การเตรียมยาด้วยวิสัญญีเพียงคนเดียว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในสถานการณ์ที่เร่งด่วน ฉากฉุกเฉินเสี่ยงต่อการผิดพลาดจากการใช้ยา วัตถุประสงค์ เพื่อลดอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการใช้ยาทางวิสัญญี และเพื่อให้เจ้าหน้าที่วิสัญญีมีความสะดวกในการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญี ศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการให้รับยาระงับความรู้สึกทั้งแบบ General Anesthesia ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 30 เมษายน 2566 วิธีศึกษา จัดระบบยา โดยแบ่งประเภทของยาเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ยาเสพติด มีกล่องแยกต่างหาก เก็บในลิ้นชักมีกุญแจ, ยา Emergency ใส่กล่องแยกเก็บไว้ใน Emergency Box และยาที่ต้องเก็บในตู้เย็น เตรียมยาโดยวิสัญญีพยาบาล และวิสัญญีพยาบาลมาตรวจสอบร่วมด้วยอีก 1 คน ทำนวัตกรรมสติ๊กเกอร์สีติดหลอดยาเมื่อเตรียมยา พิมพ์ชื่อยาให้อ่านง่าย ติดทนไม่ลอกหลุด ป้องกันการหยิบ ยาผิด โดยใช้สีแทนตามแนวทางการระบุฉลากยาวิสัญญี ข้อความบนฉลากยาพิมพ์ขนาดใหญ่ อ่านง่าย ระบุชื่อยา ความเข้มข้นของยาที่ผสมและวัน เดือน ปี ที่ผสมยา พร้อมลายมือชื่อผู้ผสมยา ระบุสีตามประเภทของยา และสติ๊กเกอร์ยาสีที่เป็นยากลุ่มเดียวกัน ให้มีความแตกต่างกัน เพื่อป้องกันการหยิบยาผิด ผลการศึกษา พบว่า ไม่มีอุบัติการณ์การให้ยาผิด และเพิ่มความสะดวก เป็นระเบียบ มีมาตรฐานเดียวกันในการทำงาน ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพเรื่องการเตรียมยาทางวิสัญญี เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยมากขึ้น ป้องกันความผิดพลาดจากการใช้ยา ป้องกันการให้ยาผิดชนิดแก่ผู้ป่วย และง่ายต่อการใช้งาน

คำสำคัญ : การเตรียมยาทางวิสัญญี, ความปลอดภัยของผู้ป่วย

การเตรียมยาทางวิสัญญีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Color For Safety)

หลักการและเหตุผล

ยาทางวิสัญญี เป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง หากเกิดความผิดพลาดจากการใช้ยา เช่น ให้ยาผิดอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ หรือเสียชีวิตได้ จากการเก็บข้อมูล Medication Error ปี 2560 จำนวน 2 ครั้ง ปี2561 จำนวน 1 ครั้ง ปี2562 จำนวน 1 ครั้ง จากการทบทวนหาสาเหตุพบข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นคือ ลักษณะตัวยาที่เหมือนหรือคล้ายกัน ชื่อยาที่คล้ายกัน ความสมบูรณ์ของสลากชื่อยาที่ติดกับกระบอกฉีดยา เขียนชื่อยาไม่ชัดเจน ลักษณะฉลากยามีพื้นสีเดียวกัน ทำให้ยากต่อการแยกกลุ่มยา การเตรียมยาด้วยวิสัญญีเพียงคนเดียว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในสถานการณ์ที่เร่งด่วน ชุกเฉินเสี่ยงต่อการผิดพลาดจากการใช้ยา ดังนั้นเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวจึงได้จัดทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเรื่องการเตรียมยาทางวิสัญญีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยขึ้น เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการใช้ยา ป้องกันการให้ยาผิดชนิดแก่ผู้ป่วยง่ายต่อการใช้งาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการใช้ยาทางวิสัญญี
2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่วิสัญญีมีความสะดวกในการให้ยาระดับความรู้สึกรู้สีกแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการทางวิสัญญี

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยที่เข้ารับการบริการให้ยาระดับความรู้สึกรู้สีกทั้งแบบ General Anesthesia ทุกคน

ระยะเวลาดำเนินการ 1 ตุลาคม 2565 – 30 เมษายน 2566

ตัวชี้วัด : อุตบัติการณ์ความผิดพลาดจากการใช้ยาทางวิสัญญีเป็น 0%

วิธีการศึกษา

1. ประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและเภสัชกรเพื่อหาแนวทางแก้ไข
2. วางการจัดระบบยา โดยแบ่งประเภทของยาเป็น 3 กลุ่ม
 - กลุ่มที่ 1 เป็นยาเสพติด มีกล่องแยกต่างหาก เก็บในลิ้นชักมีกุญแจ
 - กลุ่มที่ 2 เป็นยา Emergency ใส่กล่องแยกเก็บไว้ในEmergency Box
 - กลุ่มที่ 3 เป็นยาที่ต้องเก็บในตู้เย็น
3. เตรียมยาด้วยวิสัญญีพยาบาล และวิสัญญีพยาบาลมาตรวจสอบร่วมด้วยอีก 1 คน
4. จัดทำนวัตกรรมการสต็อกเกอร์สีติดหลอดยาเมื่อเตรียมยา พิมพ์ชื่อยาให้อ่านง่าย ติดทนไม่ลอกหลุด ป้องกันการหยิบ ยาผิด โดยใช้สีแทนตามแนวทางการระบุฉลากยาวิสัญญี ตามมาตรฐานราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย (พ.ศ.2562) ได้แก่

4.1 ข้อความบนฉลากยาพิมพ์ขนาดใหญ่ อ่านได้ง่าย ระบุชื่อยา ความเข้มข้นของยาที่ผสมและวัน เดือน ปี ที่ผสมยา พร้อมลายมือชื่อผู้ผสมยา

4.2 ระบุสีตามประเภทของยา มีกลุ่มยาดังนี้

ยานำสลบ (Induction agents)	สีเหลือง
ยากล่อมประสาท (Tranquilizers)	สีส้ม
ยาหย่อนกล้ามเนื้อ (Muscle relaxants)	สีแดง
ยากลุ่มยาเสพติด (Narcotics)	สีฟ้า
ยาตีบหลอดเลือด(vasopressors)	สีม่วง
ยาลดความดัน	สีขาว

ยากลุ่ม anticholinergic

สีเขียว

5. สติ๊กเกอร์ยาสี ที่เป็นยากลุ่มเดียวกัน ให้มีความแตกต่างกัน เพื่อป้องกันการหยิบยาผิด
ตัวอย่างฉลากยาวิสัญญีสำหรับติดกระบอกฉีดยา

แบบเก่าก่อนการพัฒนา



แบบปัจจุบัน



การประเมินผลและการเปลี่ยนแปลง

- 1.อุบัติการณ์การให้ยาผิด 0 ครั้ง ใน 6 เดือน
- 2.มีความสะดวกและเป็นระเบียบ มีมาตรฐานเดียวกันในการทำงาน

บทเรียนที่ได้รับ

- 1.มีแนวปฏิบัติและจัดทำแนวทางการระบุฉลากยาทางวิสัญญีที่เป็นแนวทางเดียวกันการระบุฉลากยาช่วยลดอุบัติการณ์ได้ระดับหนึ่ง แต่ควรปรับปรุงการปฏิบัติงานเพิ่มเติม ได้แก่ การบริหารยาและการฉีดยา
- 2.มีแนวปฏิบัติการบริหารยาวิสัญญีทางหลอดเลือดดำอย่างชัดเจน
- 3.มีความสะดวกและเป็นระเบียบในการทำงานได้รับความพึงพอใจจากผู้ปฏิบัติงาน
- 4.ผู้ป่วยได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยความปลอดภัย

การนำเสนอผลงาน ปี 2566

1. การประชุมวิชาการระดับเขต 7 ประเภท Poster presentation สาขา การพยาบาล



โครงการประชุมวิชาการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 ประจำปี พ.ศ. 2566

“บทกรรมการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง”

Region 7 Transformation

วันที่ 30 สิงหาคม - 1 กันยายน 2566 ณ โรงแรมเพชรนิล การ์เดน จังหวัดเชียงใหม่

การเตรียมยาทางวิสัญญีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จ

(Color For Safety)

นางมยุรา โชคเศรษฐกุล, นางสาวราภรณ์ จันทร์ศรีหา
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จ

บทนำ

ยาทางวิสัญญี เป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง หากเกิดความผิดพลาดจากการใช้ยา เช่น ให้ยาผิดอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ หรือเสียชีวิตได้จากการเก็บข้อมูล Medication Error ปี 2560 จำนวน 2 ครั้ง ปี2561 จำนวน 1 ครั้ง ปี2562 จำนวน 1 ครั้ง จากการทบทวนหาสาเหตุ พบข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นคือ ลักษณะตัวยามีเหมือนหรือคล้ายกัน ชื่อยาที่คล้ายกัน ความสมบูรณ์ของสลากชื่อยาที่ติดกับกระบอกฉีดยา เขียนชื่อยาไม่ชัดเจน ลักษณะฉลากยามีพื้นสีเดียวกัน ทำให้ยากต่อการแยกกลุ่มยา การเตรียมยาด้วยวิสัญญีเพียงคนเดียว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในสถานการณ์ที่เร่งด่วน ถูกเน้นเสี่ยงต่อการผิดพลาดจากการใช้ยา ดังนั้นเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวจึงได้จัดทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเรื่องการเตรียมยาทางวิสัญญีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยขึ้น เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการใช้ยา ป้องกันการให้ยาผิดชนิดแก่ผู้ป่วย ง่ายต่อการใช้งาน

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อลดอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการใช้ยาทางวิสัญญี
- 2.เพื่อให้เจ้าหน้าที่วิสัญญีมีความสะดวกในการให้ยาและจับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญี

วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

กลุ่มเป้าหมาย
ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการให้ยาระงับความรู้สึกทั้งตัวแบบ General Anesthesia ทุกคน

ระยะเวลาดำเนินการ
1 ตุลาคม 2565 – 30 เมษายน 2566

ตัวชี้วัด
อุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการใช้ยาทางวิสัญญีเป็น 0%

วิธีการศึกษา

1. ประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและเภสัชกรเพื่อหาแนวทางแก้ไข
2. วางการจัดระบบยา โดยแบ่งประเภทของยาเป็น 3 กลุ่ม
 - กลุ่มที่ 1 เป็นยาเสพติด มีกล่องแยกต่างหาก เก็บในลิ้นชักมิกนุญแจ
 - กลุ่มที่ 2 เป็นยา Emergency ใส่กล่องแยกเก็บไว้ในEmergency Box
 - กลุ่มที่ 3 เป็นยาที่ต้องเก็บในตู้เย็น
3. เตรียมยาโดยวิสัญญีพยาบาล และวิสัญญีพยาบาลมาตรวจสอบร่วมด้วยอีก 1 คน
4. จัดทำนวัตกรรมสติ๊กเกอร์สีติดหลอดยาเมื่อเตรียมยา

ผลการศึกษา

ไม่มีอุบัติการณ์การให้ยาผิด และเพิ่มความสะดวก เป็นระเบียบ มีมาตรฐานเดียวกันในการทำงาน

ตัวอย่างฉลากยาวิสัญญีสำหรับติดกระบอกฉีดยา

ก่อนการพัฒนา



ปัจจุบัน



สติ๊กเกอร์สีติดกระบอกฉีดยา



อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

การพัฒนาคุณภาพเรื่องการเตรียมยาทางวิสัญญี เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยมากขึ้น ป้องกันความผิดพลาดจากการใช้ยา ป้องกันการให้ยาผิดชนิดแก่ผู้ป่วย และง่ายต่อการใช้งาน

บทเรียนที่ได้รับ

1. มีแนวปฏิบัติและจัดทำแนวทางการระบุฉลากยาทางวิสัญญีที่เป็นแนวทางเดียวกันการระบุฉลากยาช่วยลดอุบัติการณ์ได้ระดับหนึ่ง แต่ควรปรับปรุงการปฏิบัติงานเพิ่มเติม ได้แก่ การบริหายและการฉีดยา
2. มีแนวปฏิบัติการบริหารยาวิสัญญีทางหลอดเลือดดำอย่างชัดเจน
3. มีความสะดวกและเป็นระเบียบในการทำงานได้รับความพึงพอใจจากผู้ปฏิบัติงาน
4. ผู้ป่วยได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยความปลอดภัย



การพัฒนาแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ ตึกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

The development of neonatal nursing practice guideline Associate with Amphetamine Use in Pregnancy at postpartum ward , Somdet hospital Kalasin province

สายชล ขุนหล้า พย.ม (Saichon khunla , M.S.N.)

โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

การพัฒนาแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลสภาวะสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิด ที่มารดาใช้สารแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ ศึกษาแนวทางและพัฒนาแนวทางการการดูแลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ และผลของการพัฒนาแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา (Research & Development) กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตึกหลังคลอดจำนวน 6 คน มารดาหลังคลอดที่ใช้สารแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ มีผลตรวจปัสสาวะหาสารแอมเฟตามีนพบผลบวก และทารกแรกเกิด คลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จทุกราย ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 – 30 มิถุนายน 2566 วิธีศึกษา **ขั้นตอนที่ 1** วิเคราะห์สถานการณ์แนวทางการดูแลทารกแรกเกิด **ขั้นตอนที่ 2** สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ปรัชญาผู้เชี่ยวชาญ และพัฒนาแนวทาง **ขั้นตอนที่ 3** 1)นำแนวทางไปทดลองปฏิบัติ 2)ปรับปรุงแนวทาง เพื่อให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบท **ขั้นตอนที่ 4** สรุปผลการศึกษา ผลการศึกษา พบว่า มารดาหลังคลอด 12 ราย อายุเฉลี่ย 28.58 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.66 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 83.34 ตั้งครรภ์ที่ 2-4 ร้อยละ 50 ,ร้อยละ 41.66 และร้อยละ 8.34 ตามลำดับ ส่วนใหญ่คลอดปกติทางช่องคลอด ร้อยละ 75, ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 25 มีภาวะติดเชื้ออื่นรวมด้วย คือ ชิฟิลิส 1ราย (ร้อยละ 8.34) มาฝากครรภ์ร้อยละ 83.33 ส่วนภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิด พบว่า ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (LBW) ร้อยละ 33.34 ,มีภาวะหายใจลำบากในระยะแรกเกิด (TTNB) ร้อยละ 33.33 , ติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ร้อยละ 25.00, ภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia)ร้อยละ 8.34 , Respiratory Distress Syndrome ร้อยละ 8.33 , ชิฟิลิสแต่กำเนิดร้อยละ 8.33 และเป็น NBB ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ร้อยละ 16.66 ส่วนที่ 2. แนวทางการดูแลทารกแรกเกิด ที่มารดาใช้สารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ มีการประเมิน ตรวจติดตาม urine amphetamine ทั้งมารดาและทารก การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากภาวะถอนยาในทารก โดยการประเมิน NAS score ,ให้ข้อมูลมารดาและครอบครัวในการเลี้ยงดูทารกแรกเกิด มีการวางแผนจำหน่ายโดยมารดาและครอบครัวมีส่วนร่วม มีการส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายเพื่อเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง ผลการพัฒนาแนวทางพบว่า มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนตอบคำถามการเลี้ยงดูบุตรได้ถูกต้อง มารดาและครอบครัวให้ความร่วมมือในการดูแลทารกต่อเนื่อง มาตรวจตามนัด พยาบาลผู้ดูแลมีความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน ในระดับดีมาก

คำสำคัญ: แนวทางการดูแลทารกแรกเกิด, มารดาใช้สารแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์

การพัฒนาแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ ตึกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์

หลักการและเหตุผล

มารดาที่ใช้สารแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ มีผลต่อทั้งมารดาและต่อทารกในครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในทารกส่วนใหญ่คือน้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนด การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เส้นรอบศีรษะเล็ก ทารกตัวเหลือง มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ รับหรือดูดนมได้ช้า บางรายอาจมีอาการถอนยาหลังคลอดในทารกแรกเกิดได้ (drug withdrawal symptoms) ส่งผลให้เพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ปัจจุบันโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ยังไม่มีแนวทางการดูแล และการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด ที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ ที่เฉพาะและเป็นแนวปฏิบัติเดียวกันที่ชัดเจน ทำให้การดูแลต่อเนื่องไม่ครอบคลุม ขาดนัด หรือบางรายมารดาหลังคลอดยังกลับไปเสพสารเสพติดต่อเนื่องเกิดปัญหาการทอดทิ้งบุตร จนเกิดปัญหาด้านการดูแลตนเองและทารกไม่เหมาะสม ผู้ศึกษาจึงได้พัฒนาแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ขึ้น โดยคาดหวังว่าจะใช้เป็นแนวปฏิบัติร่วมกันตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอดและดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา (Research & Development) วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาข้อมูลสภาวะสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิด ที่มารดาใช้สารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ ศึกษาแนวทางการดูแลทารกแรกเกิด ที่มารดาใช้สารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ และเพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการดูแลทารกแรกเกิด ที่มารดาใช้สารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตึกหลังคลอดจำนวน 6 คน มารดาหลังคลอดที่ใช้สารแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ มีผลตรวจปัสสาวะหาสารแอมเฟตามีนพบผลบวก และทารกแรกเกิด คลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 – 30 มิถุนายน 2566 โดยมีขั้นตอนการศึกษา ดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1** วิเคราะห์สถานการณ์ **ขั้นตอนที่ 2** พัฒนาแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด ที่มารดาใช้สารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ โดยการ 1) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 2)ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ กุมารแพทย์ 1 ท่าน สูติแพทย์ 1 ท่าน 3)ประชุมชี้แจงการนำแนวทางลงสู่การปฏิบัติ **ขั้นตอนที่ 3** 1)นำแนวทางไปทดลองปฏิบัติ 2)ปรับปรุงแนวทาง เพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบท **ขั้นตอนที่ 4** สรุปผลการศึกษา และนำเสนอต่อทีมผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหารต่อไป

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า **ส่วนที่ 1** ข้อมูลสภาวะสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิด ที่มารดาใช้สารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ จำนวน 12 ราย มีอายุเฉลี่ย 28.58 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 66.66 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 83.34 ตั้งครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 50 ,ครรภ์ที่ 3 ร้อยละ 41.66, และครรภ์ที่ 4 ร้อยละ 8.34 ส่วนใหญ่คลอดปกติทางช่องคลอด ร้อยละ 75, ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 25 มีภาวะติดเชื้ออื่น รวมด้วย คือ ซิฟิลิส 1ราย คิดเป็นร้อยละ 8.34 มาฝากครรภ์ร้อยละ 83.33 และไม่ฝากครรภ์คิดเป็นร้อยละ 16.67 จะเห็นว่ามีมารดาจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้ฝากครรภ์ ส่งผลให้ทารกน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ (<2,500กรัม) และมีบางคนที่มียาติดต่อกันทางเพศสัมพันธ์

ร่วมด้วย ทำให้ทารกติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากมารดา จากข้อมูลนี้ทำให้เห็นความสำคัญที่ต้องมีการวางระบบเชิงรุก ให้มีการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน และติดตามให้เข้าถึงบริการฝากครรภ์อย่างครอบคลุมต่อเนื่อง รวมทั้งการรณรงค์การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ส่วนภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิด พบว่า มีทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (LBW) ร้อยละ 33.34 ,มีภาวะหายใจลำบากในระยะแรกเกิด (TTNB) ร้อยละ 33.33 , ติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ร้อยละ 25.00 , ภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) ร้อยละ 8.34 , Respiratory Distress Syndrome ร้อยละ 8.33 , ซิฟิลิสแต่กำเนิด ร้อยละ 8.33 และเป็น NBB ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ร้อยละ 16.66 ส่วนที่ 2. แนวทางการดูแลทารกแรกเกิด ที่มารดาใช้สารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ มีการประเมิน ตรวจติดตาม urine amphetamine ทั้งมารดาและทารก การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากภาวะถอนยาในทารก โดยการประเมิน NAS score ,ให้ข้อมูลมารดาและครอบครัวในการเลี้ยงดูทารกแรกเกิดร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ มีการวางแผนจำหน่ายโดยมารดาและครอบครัวมีส่วนร่วม มีการส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายเพื่อการเยี่ยมบ้านที่ต่อเนื่อง ผลการพัฒนาแนวทางการดูแลพบว่า มารดาใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนตอบคำถามการเลี้ยงดูบุตรได้ถูกต้อง มารดาและครอบครัวให้ความร่วมมือในการดูแลทารกต่อเนื่อง มาตรวจตามนัด พยาบาลผู้ดูแลมีความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน ในระดับดีมาก อัตราการขาดนัด=0,อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน=0,อัตราการตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (neonatal mortality rate :NMR)

อภิปราย สรุป ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการวางแผนในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ควรมีการให้ความรู้หญิงวัยเจริญพันธุ์เรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน เพื่อให้เข้าถึงบริการฝากครรภ์อย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง มีการค้นหากลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และให้การบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม และมีการติดตามพัฒนาการเด็กจนถึง 5 ขวบ เพื่อติดตามเรื่องพัฒนาสมวัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

นทสรวง ชาวปรังค์ (2565) . ผลกระทบต่อทารกจากมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์ และปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการถอนยาในทารก. เชียงรายเวชสาร, 14, 2/2565 : 118-130.

สุนทรี ศรีโกสย และ พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์ (2562). ผลกระทบของสารเมทแอมเฟตามีนในผู้หญิง : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารสำนักงานป.ป.ส., 52-64.

องค์การอนามัยโลก ,แนวปฏิบัติการตรวจค้นหา และดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด, แปลโดย พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์ และสุจิระ ปรีชาวิทย์ (สงขลา : ลีโอ ดีไซน์ แอนด์ พรินท์) , 2562.

อดิศักดิ์ ไชยเชษฐา (2564). ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาและทารกในสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 18, 2(พฤษภาคม.-สิงหาคม) 2564 : 105-112.

Mark A. Plessinger, PRENATAL EXPOSURE TO AMPHETAMINES, VOLUME 25 NUMBER 1 - MARCH 1998 : 119-138.

Chittaranjan Andrade, Risk of major congenital malformation associated with the use of methylphenidate or amphetamines in pregnancy ; J Clin psychiatry 79:1, January /February 2018.

การนำเสนอผลงาน ปี 2566

1. การประชุมวิชาการระดับเขต 7 ประเภท oral presentation สาขา การพยาบาล
2. การประชุมวิชาการระดับกระทรวง ประเภท Poster presentation สาขา การพยาบาล

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) โรงพยาบาลสมเด็จ Development of a System of care for Sepsis patients in Somdet Hospital

วิมลรัตน์ เสนาะเสียง

โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลตามมาตรฐาน CPG Sepsis, ศึกษาการพัฒนา
ระบบการดูแลตามมาตรฐาน CPG Sepsis และศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis)
การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)
จำนวน 128 ราย ที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลสมเด็จช่วงเวลา เดือนตุลาคม 2565 – มีนาคม 2566 ซึ่ง
การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย Sepsis ตามแนวทาง
การดูแลของ CPG Sepsis ร่วมกับโรงพยาบาลกาฬสินธุ์อย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น
เพศชาย ร้อยละ 50.78 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 60.15 และมีโรคประจำตัวหลายอย่าง การ
วินิจฉัยส่วนมากเป็น Sepsis ร้อยละ 60.15 โรคประจำตัว ส่วนมากเป็น Pneumonia ร้อยละ 32.03 และโรค
ร่วมกับการเสียชีวิตส่วนมากเป็น Pneumonia ร้อยละ 57.14 ผลลัพธ์การดำเนินงาน ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย
ภายใน 1 ชั่วโมงร้อยละ 94.87 , อัตราการปฏิบัติตาม CPG ร้อยละ 97.52, อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ยา
ปฏิชีวนะร้อยละ 96.29, การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยร้อยละ 96.29, การให้สารน้ำ 30
ml/kg/hr ร้อยละ 100, ส่วนอัตราการตายผู้ป่วย Sepsis ร้อยละ 5.19 ทั้งนี้เนื่องจากหลังการพัฒนาระบบการ
ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้แบบประเมิน SIRS Criteria และ qSOFA score ตั้งแต่แรกเริ่มที่งาน
อุบัติเหตุฉุกเฉินมีความรวดเร็ว เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดลดอัตราการวินิจฉัย
ผิดพลาดได้ ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้
รวดเร็วจะช่วยให้การวินิจฉัยและการรักษาได้เร็ว กระบวนการดูแลตามมาตรฐานจะส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่มี
ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ และการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพและ
หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย
ประสบผลสำเร็จได้

คำสำคัญ : ติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) โรงพยาบาลสมเด็จ

Development of a System of care for Sepsis patients in Somdet Hospital

หลักการและเหตุผล

การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะที่มีการติดเชื้อจากอวัยวะต่างๆของร่างกายและเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด หรือจากการติดเชื้อในกระแสเลือดโดยตรงจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยทั่วโลก โรงพยาบาลสมเด็จ พบว่าผู้ป่วย Sepsis มีจำนวนมากและมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตสูง จึงมีการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตาม CPG Sepsis ร่วมกับโรงพยาบาลกาฬสินธุ์อย่างต่อเนื่องโดยเน้นการประเมินผู้ป่วย Sepsis ระยะเริ่มแรกโดยใช้ SIRS Criteria และ qSOFA score มาใช้จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วย Sepsis จากการวิเคราะห์กระบวนการการรักษามาตรฐานการดูแลผู้ป่วย Sepsis พบว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภายใน 1 ชั่วโมง, อัตราการปฏิบัติตาม CPG ,การทำ H/C ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ, การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย, การให้สารน้ำ 30 mL/kg/hr. และการประเมินซ้ำในเวลาที่เหมาะสม ยังไม่บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ จากปัญหาและการทบทวนการศึกษาดังกล่าว ทำให้ทางโรงพยาบาลสมเด็จ ได้พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะ Sepsis นี้ขึ้น เพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ที่ต้องให้การรักษาในภาวะเร่งด่วน มุ่งเน้นความปลอดภัย (Patient Safety Goals) โดยมีกระบวนการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลตามมาตรฐาน CPG Sepsis 2) เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลตามมาตรฐาน CPG Sepsis 3) เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) โรงพยาบาลสมเด็จ

รูปแบบงานวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เป็นผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 128 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จ ช่วงเวลา เดือนตุลาคม 2565 – มีนาคม 2566

ผลการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) (ปี 2561 - 2566)

กิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ปี 2561 – 2563

1. การดูแลตามระบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis ตามมาตรฐาน CPG Sepsis เครือข่ายจังหวัดกาฬสินธุ์
2. จัดระบบ Septic shock fast track มีระบบ triage โดยการใช้ qSOFA score และ SIRS Criteria ในการ screening เพื่อ Early detection ที่ ER และ OPD
3. มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยและแบบฟอร์มข้อมูลการรักษา (แบบบันทึก Admit/Refer)
4. จัดทำ CPG Sepsis ,Standing order และ Lab Sepsis
5. จัดทำแนวทางการประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (Early warning sign) โดยใช้ SOS score
6. จัดทำแนวทางการพยาบาล Sepsis
7. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis /Septic shock ลงสู่ระดับ รพ.สต.

กิจกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ปี 2564 – 2566

1. ปรับปรุงระบบ Septic shock fast track มีระบบ triage โดยการใช้ qSOFA score และ SIRS Criteria ในการ screening เพื่อ Early detection ที่ ER ,OPD, LR ,ARI ,CKD และ NCD
2. ปรับปรุงแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยและแบบฟอร์มข้อมูลการรักษา (แบบบันทึก Admit/Refer)
3. ปรับปรุง CPG Sepsis, Standing order และ Lab Sepsis
4. ปรับปรุงแนวทางการประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (Early warning sign) โดยใช้ SOS score
5. จัดซื้ออุปกรณ์การแพทย์ เช่น Ultrasound , Ventilator Mobile , Patient monitor , HFNC
6. จัดซื้อเครื่องตรวจ Lactate จำนวน 2 เครื่อง (ปี 2564)
7. จัดทำ Clinical Nursing Practice Guideline Sepsis (CNPG Sepsis)
8. ส่งพยาบาลเข้าอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤต หลักสูตร 1 เดือน ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 2 คน ปี 2566
9. ติดตามผลการดำเนินงาน เก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด วิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 1. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) โรงพยาบาลสมเด็จ

ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	ผลการดำเนินงาน					
		2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65.- มี.ค.66)
1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภายใน 1 ชั่วโมง	> 90%	90.47	95.45	98.08	95.54	95.04	94.87
2. อัตราการปฏิบัติตาม CPG	> 90%	90.97	90.91	96.15	94.69	95.04	97.52
2.1 อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ ATB	> 90%	NA	88.64	96.15	98.09	91.74	96.29
2.2 อัตราการให้ ATB ภายใน 1 ชม. หลังการวินิจฉัย	> 90%	79.50	95.45	98.07	95.54	98.35	96.29
2.3 อัตราการได้ IVF 30 cc/kg. ใน 1 ชม. แรก	> 90%	82.45	88.64	94.23	90.45	95.04	100
3. อัตราตายผู้ป่วย Sepsis	< 26%	5.10	8.15	16.67	7.65	9.09	5.19

การอภิปรายผล

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลสมเด็จ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.78 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 60.15 และมีโรคประจำตัวหลายอย่าง การวินิจฉัยส่วนมากเป็น Sepsis ร้อยละ 60.15 โรคประจำตัว ส่วนมากเป็น Pneumonia ร้อยละ 32.03 และโรคร่วมกับการเสียชีวิตส่วนมากเป็น Pneumonia ร้อยละ 57.14 ผลลัพธ์การดำเนินงาน ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภายใน 1 ชั่วโมงร้อยละ 94.87 , อัตราการปฏิบัติตาม CPG ร้อยละ 97.52, อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ยาปฏิชีวนะร้อยละ 96.29, การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยร้อยละ 96.29,

การให้สารน้ำ 30 ml/kg/hr ร้อยละ100, ส่วนอัตราการตายผู้ป่วย Sepsis ร้อยละ 5.19 พบว่าหลังการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้แบบประเมิน SIRS Criteria และ qSOFA score ตั้งแต่แรก รับที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การใช้แบบ คัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ได้ง่ายและสะดวกขึ้นช่วยแพทย์ในการวินิจฉัยโรคได้เร็วขึ้น ลด อัตราการวินิจฉัยผิดพลาดได้ การคัดกรองในระยะเริ่มแรก เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาเพิ่มขึ้น อัตราการเกิด ภาวะช็อคจากการติดเชื้อและอัตราการตายของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มลดลง การดูแลตาม มาตรฐาน ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือดได้รวดเร็วจะช่วยให้การวินิจฉัยและการรักษาได้เร็ว กระบวนการดูแลตามมาตรฐานจะ ส่งผลให้ ลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ และการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานต่างๆที่ เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยประสบผลสำเร็จได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรใช้แนวทางการปฏิบัติและติดตามผลลัพธ์ตัวชี้วัดเพื่ออย่างต่อเนื่อง
2. พัฒนาสมรรถนะของบุคลากร โดยมีการประชุม อบรมฟื้นฟูวิชาการ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
3. ติดตามกำกับดูแล มีการสะท้อนกลับข้อมูล และประเมินผล

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลของการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติและนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคอื่น
2. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
3. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อค (Septic Shock)

การนำเสนอผลงาน ปี 2566

1. การประชุมวิชาการระดับเขต 7 ประเภท Poster presentation สาขา การพยาบาล
2. การประชุมวิชาการระดับกระทรวง ประเภท Poster presentation สาขา การพยาบาล
3. การประชุมวิชาการของสถาบันบริหารสาธารณสุข (สบส.) ประเภท Poster presentation

การพัฒนาระบบการเบิกยาเสพติดให้โทษประเภทที่2 โรงพยาบาลสมเด็จ

รัตติยากร จันทะคาม

โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยและพัฒนา (Research & Development) โดยการตรวจสอบใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษประเภท2 (แบบยส.5) โรงพยาบาลสมเด็จ ปัญหาระบบการเบิกยาเสพติดเดิม เกิดจากแพทย์ไม่ลงข้อมูลรายละเอียดของแบบยส.5 ให้ครบถ้วน ทำให้เกิดการทำรายงานยาเสพติดและการเบิกจ่ายยาล่าช้า ในปี 2563 และปี 2564 พบว่า การลงข้อมูลไม่ครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 26.06 และร้อยละ 39.67 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงได้มีแนวคิดพัฒนาระบบการเบิกยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 ให้มีความครอบคลุมมากขึ้น โดยแพทย์สามารถสั่งจ่ายยาเสพติดด้วยการสั่งพิมพ์แบบยส.5 จากระบบโปรแกรม HOSxP ทันทีได้ วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อศึกษาระบบการเบิกยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2, ศึกษาการพัฒนาระบบการเบิกยาเสพติดให้โทษประเภทที่2 และศึกษาผลของการพัฒนาระบบการเบิกยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินงานมีดังนี้ **ขั้นเตรียมงาน** เก็บข้อมูลการลงข้อมูลในแบบยส.5 ที่ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น และประสานงานกับฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลเพื่อพัฒนาระบบการเบิกยาเสพติดให้โทษโดยการเขียนโปรแกรมแบบยส.5 ผ่านระบบ HOSxP **ขั้นปฏิบัติงาน** แพทย์สามารถสั่งจ่ายยาเสพติด โดยสั่งพิมพ์แบบยส.5 จากระบบโปรแกรม HOSxP ได้ทันที แทนการลงข้อมูลในแบบฟอร์มยส.5 หลังจากนั้นพยาบาลตรวจสอบแบบยส.5 เพื่อนำมาเบิกยาที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบยส.5 พิมพ์ฉลากยาและทำการเบิกยาออกจากคลังยาเสพติด พร้อมลงลายมือชื่อทุกครั้ง จากนั้นส่งต่อเภสัชกรตรวจสอบก่อนจ่ายยาคนไข้ พร้อมให้คำแนะนำ ระยะเวลาศึกษา 1 เมษายน 2566 – 30 มิถุนายน 2566 ผลการศึกษา พบว่า เดือนเมษายน มี 78 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 6.41 เดือนพฤษภาคม มี 73 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 4.11 และเดือนมิถุนายน มี 38 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 5.27 ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ลดความซ้ำซ้อน ลดเวลาในการตรวจสอบ การติดตาม ลดความคลาดเคลื่อนในระบบรายงานบัญชีการเบิกจ่ายยา และมีความถูกต้อง ในการจัดทำบัญชีการเบิกจ่ายเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษประเภท2 (แบบยส.5), ระบบการเบิกยา

การพัฒนาระบบการเบิกยาเสพติดให้โทษประเภทที่2 โรงพยาบาลสมเด็จ

หลักการและเหตุผล

ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 หมายถึง ยาเสพติดให้โทษที่มีประโยชน์ทางการแพทย์ ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟิน โคเคน หรือโคคาอิน โคเคอิน และเมทาโดน มีกระบวนการควบคุมคุณภาพมาตรฐานทั้งการผลิตและการนำเข้าโดยให้แพทย์ที่มีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นผู้สั่งใช้ยาในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล ไม่สามารถสั่งใช้ในนามสถานประกอบการอื่นหรือกรณีใช้ ใบสั่งยาต้องระบุการวินิจฉัยของโรค ตามระเบียบข้อบังคับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จากการตรวจสอบใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 2 (แบบยส.5) ของโรงพยาบาลสมเด็จ พบว่า แพทย์ไม่ลงข้อมูลรายละเอียดของแบบยส.5 ให้ครบถ้วน ทำให้เกิดความล่าช้าในการทำรายงานยาเสพติดและส่งผลการเบิกจ่ายยาล่าช้า จากการศึกษาเรื่องความครบถ้วนในการตรวจสอบแบบยส.5 ในปี 2563 และปี 2564 พบว่า การลงข้อมูลไม่ครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 26.06 และร้อยละ 39.67 ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัย จึงมีแนวคิดพัฒนาระบบการเบิกยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 โดยการเขียนโปรแกรมแบบยส.5 ในระบบโปรแกรม HOSxP โดยกรณีแพทย์สั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 สามารถพิมพ์แบบยส.5 จากระบบโปรแกรม HOSxP ได้ทันที พร้อมลงลายมือชื่อกำกับทุกครั้ง ส่งผลให้การรายงานและการเบิกจ่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 2 มีความรวดเร็ว ครบถ้วน และข้อมูลมีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. ศึกษากระบวนการเบิกยาเสพติดให้โทษประเภทที่2 โรงพยาบาลสมเด็จ
2. ศึกษาการพัฒนาระบบการเบิกยาเสพติดให้โทษประเภทที่2 โรงพยาบาลสมเด็จ
3. ศึกษาผลของการพัฒนาระบบการเบิกยาเสพติดให้โทษประเภทที่2 โรงพยาบาลสมเด็จ

วิธีศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนเมษายน 2566 ถึงเดือน มิถุนายน 2566 ขอบเขตด้านตัวแปร ตัวแปรต้น ได้แก่ การพัฒนาระบบการเบิกยาเสพติดให้โทษประเภทที่2 โรงพยาบาลสมเด็จ ตัวแปรตาม ได้แก่ แบบยส.5 และความถูกต้องจัดทำบัญชีการเบิกจ่าย ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ แบบยส.5 กลุ่มตัวอย่าง คือ แบบยส.5 มีวิธีการดำเนินการดังนี้ ขั้นตอนเตรียมงาน โดยเก็บข้อมูลการลงข้อมูลในแบบยส.5 ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น และประสานงานกับฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลเพื่อพัฒนาระบบการเบิกยาเสพติดให้โทษโดยการเขียนโปรแกรมแบบยส.5 ผ่านระบบ HOSxP ขึ้นปฏิบัติงาน แพทย์สามารถสั่งจ่ายยาเสพติด โดยสั่งพิมพ์แบบยส.5 จากระบบโปรแกรม HOSxP ได้ทันที แทนการลงข้อมูลในแบบฟอร์มยส.5 หลังจากนั้นพยาบาลตรวจสอบแบบยส.5 เพื่อนำมาเบิกยาที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก เจ้าพนักงานเภสัชกรรมตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบยส.5 พิมพ์ฉลากยาและทำการเบิกยาออกจากคลังยาเสพติด พร้อมลงชื่อทุกครั้ง จากนั้นส่งต่อเภสัชกรตรวจสอบ ก่อนจ่ายยาคนไข้พร้อมให้คำแนะนำ

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า การลงข้อมูล ไม่ครบถ้วน เดือนเมษายน มี 78 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 6.41 เดือน พฤษภาคม มี 73 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 4.11 และเดือนมิถุนายน มี 38 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 5.27 ซึ่งมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากหลังจากการพัฒนากระบวนการทำให้ลดความซ้ำซ้อน ลดเวลาในการตรวจสอบ การติดตาม ลดความคลาดเคลื่อนในระบบรายงานบัญชีการเบิกจ่ายยา และมีความถูกต้อง ในการจัดทำบัญชีการเบิกจ่ายเพิ่มมากขึ้น

อภิปรายผล

จากการศึกษาระบบการเบิกยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการพัฒนากระบวนการเบิกยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 โดยการเขียนโปรแกรมแบบยส.5 ในระบบโปรแกรม HOSxP กรณีแพทย์สั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 สามารถพิมพ์แบบยส.5 จากระบบโปรแกรม HOSxP ได้ทันที พร้อมลงลายมือชื่อกำกับทุกครั้ง ส่งผลให้การรายงานและการเบิกจ่ายยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 มีความรวดเร็ว ครบถ้วน และข้อมูลมีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การลงข้อมูลในแบบยส.5 ไม่ครบถ้วน เดือนเมษายนมี 78 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 6.41 เดือน พฤษภาคม มี 73 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 4.11 และเดือนมิถุนายน 38 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 5.27 ซึ่งมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากหลังจากการพัฒนากระบวนการทำให้ลดความซ้ำซ้อน ลดเวลาในการตรวจสอบ การติดตาม ลดความคลาดเคลื่อนในระบบรายงานบัญชีการเบิกจ่ายยา และมีความถูกต้องในการจัดทำบัญชีการเบิกจ่ายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี จากแนวความคิดการพัฒนาระบบการเบิกยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 โดยการเขียนโปรแกรมแบบยส.5 ในระบบโปรแกรม HOSxP โดยกรณีแพทย์สั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 สามารถพิมพ์แบบยส.5 จากระบบโปรแกรม HOSxP เช่นเดียวกับโรงพยาบาลสมเด็จ เนื่องจากผลลัพธ์ที่ได้สามารถลดความซ้ำซ้อนของใบสั่งจ่ายยา ลดระยะเวลาลดการสูญเปล่าในการทำงานจากการตรวจสอบการซ้ำซ้อนของแบบยส.5 และลดความคลาดเคลื่อนและการสูญหายของยาเสพติด

ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำแบบยส.5 ปัญหาที่เจอ ยังมีการกรอกแบบยส.5
2. หาแนวทางแก้ไขข้อตกลง ปัญหาที่เจอ มีการเมื่อมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ ข้อมูลบางอย่างไม่ได้รับการส่งต่อ เช่น การเบิกยา Morphine inj. แก้ไขปัญหาโดยการเขียนผังการปฏิบัติงานให้ผู้ปฏิบัติงานแต่ละฝ่าย
3. ควรมีการเก็บข้อมูลในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, โรงพยาบาลหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์. (4 5 2564). เข้าถึงได้จาก <https://citly.me/J18Ua>.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5ราชบุรี. (2563). เข้าถึงได้จาก <https://citly.me/Eb4ep>.

โรงพยาบาลปากพนัง. (2563). เข้าถึงได้จาก <https://citly.me/Eb4ep>.

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี. (2 12 2560). เข้าถึงได้จาก <https://citly.me/4oqRu>.

การนำเสนอผลงาน ปี 2566

1. การประชุมวิชาการระดับเขต 7 ประเภท Poster presentation สาขา อาหารและยา

กระบวนการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดสารเสพติดในชุมชน

ภุชงค์ ศรีอรัญ

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมเด็จ

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จะรับส่งต่อผู้ป่วย กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด มีภารกิจด้านการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด ซึ่งใช้รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Neuro Behavior Model หรือ Matrix Program) โดยข้อมูลสถานการณ์การบำบัดฟื้นฟูและติดตามผู้เสพยาเสพติดในเขตพื้นที่อำเภอสมเด็จ ปี 2563-2565 จำนวนผู้เข้าบำบัดทั้งหมด 173 ราย ประเภทยาเสพติด ยาบ้า 171 ราย กัญชา 2 ราย การจำแนกผู้ป่วย ผู้ใช้ จำนวน 8 ราย ผู้เสพ จำนวน 129 ราย ผู้ติดยา จำนวน 36 ราย ซึ่งการบำบัดรักษาและการช่วยเหลือผู้เสพยาเสพติดต้องพิจารณาหลายมิติ แบบองค์รวม หาสาเหตุที่แท้จริง เพื่อแก้ไขปัญหาได้รอบด้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติด้านสังคม ทั้งนี้รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Neuro Behavior Model หรือ Matrix Program) ตลอดจนการเข้าถึงพื้นที่ชุมชนในการบำบัดยาเสพติด ส่งผลต่อการบำบัดฟื้นฟูและติดตามอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนาต่อยอด การบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment and Care : CBTx) และการดำเนินงานเพื่อลดผลกระทบของผู้ป่วยยาเสพติดที่กลับไปเสพซ้ำ ซึ่งได้ดำเนินการสำรวจและคัดเลือกหมู่บ้านที่มีสถานการณ์ปัญหาเสพยาเสพติด ซึ่งได้หมู่บ้าน บ้านโนนชาด หมู่ 8 ตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นหมู่บ้านนำร่องในการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานและขยายแนวดำเนินการไปทุกตำบลในพื้นที่อำเภอสมเด็จ ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมามุ่งแก้ปัญหาเฉพาะส่วนบุคคลของผู้ป่วย ครอบคลุมตามระบบการรักษาแบบ Matrix Program หากแต่ยังไม่ครอบคลุมในมิติด้านสังคม ในการแก้ไขปัญหาผู้เสพและติดยาเสพติดแบบองค์รวม ดังนั้นเพื่อให้เกิดการบำบัดรักษาประสานการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and Care : CBTx) ทำให้เกิดแนวทางในการป้องกันการใช้สารเสพติด การเสพยาเสพติด และการติดยาเสพติดแบบยั่งยืนในชุมชน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยติดสารเสพติด

กระบวนการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดสารเสพติดในชุมชน

หลักการและเหตุผล

ปัญหาสารเสพติดเป็นปัญหาความมั่นคงปลอดภัยของมนุษยชาติ ซึ่งทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก จากรายงาน ของสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติพบว่าในปี ค.ศ.2008 สารเสพติดมีการแพร่ระบาดกระจายทั่วโลกร้อยละ 4.8 ของประชากรทั่วโลกและเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 5.4 ในปี ค.ศ.2018 สถานการณ์ผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย พ.ศ. 2562 มีผู้ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง ใน 1 ปี มีจำนวน 3.75 ล้านคนหรือร้อยละ 7.46 ของคนไทย และพบว่าช่วงอายุ 12-65 ปีเคยใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง (ไม่รวมสุรา ยาสูบ ยาแก้ปวดประสาทและยานอนหลับ) 1.97 ล้านคนหรือร้อยละ 3.91 ใช้สารเสพติด 2 ผลกระทบทางด้านสุขภาพ พบว่า สารเสพติดเป็นสาเหตุหนึ่งของการสูญเสียจากความบกพร่องทางสุขภาพและการสูญเสียสุขภาพะ เกิดจากการเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 41 ต่อพันประชากร ส่วนผลกระทบต่อสังคม ปัญหาสารเสพติดสร้างความเดือดร้อนให้แก่ชุมชน ร้อยละ 35.9 และยังพบว่ามีผู้ที่เกี่ยวข้องกับการได้รับผลกระทบจากสารเสพติดถึง 127,481 รายหรือร้อยละ 18 ที่ไปก่ออาชญากรรมต่างๆ 3 จากตัวเลขดังกล่าว จะเห็นว่าผลกระทบของสารเสพติดไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้เสพเอง แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้เสพ สังคมและชุมชนด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษากระบวนการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดสารเสพติดในชุมชน
เพื่อติดตามกระบวนการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดสารเสพติดในชุมชน

ขอบเขตของงานวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ใช้สารเสพติดบ้านโนนชาด หมู่ 8 ตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระยะเวลาตั้งแต่ 1 เมษายน 2566 – 31 กรกฎาคม 2566

รูปแบบงานวิจัย Participation Action Research

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research : PAR) ในพื้นที่บ้านโนนชาด หมู่ 8 ตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระยะเวลาการศึกษาระหว่าง เดือนเมษายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2566 รายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่างเป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในพื้นที่บ้านโนนชาด หมู่ 8 ตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ ภาควิชาและคณะทำงานการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ และกลุ่มที่ใช้ประเมินผล คือ ผู้เสพยาเสพติดพื้นที่บ้านโนนชาด หมู่ 8 ตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และบริบทการดำเนินการแก้ไขและบำบัดยาเสพติดของบ้านโนนชาด หมู่ 8 ตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ อัตราการเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ ระบบการบำบัดแบบสมัครใจและการบำบัดต่อจนครบโปรแกรมย้อนหลังใน 3 เดือน

ระยะที่ 2 พัฒนาแบบมีส่วนร่วมโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยผู้ให้ข้อมูลคือ คณะทำงานการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ และทีมผู้ปฏิบัติงานคลินิกยาเสพติดของโรงพยาบาลสมเด็จและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิจกรรมที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงาน ขั้นตอนการดำเนินงานโดยผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นถึงสภาพปัญหาในการดำเนินการบำบัดยาเสพติดในพื้นที่บ้านโนนชาด หมู่ 8 ตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อทราบ วิเคราะห์ และวางแนวทางการดำเนินงานบำบัดยาเสพติดในพื้นที่

กิจกรรมที่ 2 ระดมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เป็นแนวทางการดำเนินงานที่เชื่อมโยงลงไปถึงพื้นที่ชุมชนบ้านโนนชาด หมู่ 8 ตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

กิจกรรมที่ 3 การเลือกพื้นที่ชุมชนนำร่องเพื่อทดลองการใช้กระบวนการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดสารเสพติดในชุมชนบ้านโนนชาด หมู่ 8 ตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาเสพติดค่อนข้างเด่นชัดชุมชนเปิดรับและให้ความร่วมมือ

ระยะที่ 3 นำแนวทางกระบวนการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดสารเสพติดในชุมชนบ้านโนนชาด หมู่ 8 ตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ไปใช้จริงในพื้นที่นำร่องที่ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยคณะกรรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระยะที่ 4 ประเมินและสรุปผล การดำเนินการปฏิบัติในพื้นที่นำร่อง เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดำเนินงานบำบัดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโนนชาด หมู่ 8 ตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

ระยะที่ 5 นำแนวทางกระบวนการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดสารเสพติดในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ในพื้นที่ดำเนินการที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

ระยะที่ 6 การสรุปผล ประเมินผล และอภิปรายผลการดำเนินการบำบัดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโนนชาด หมู่ 8 ตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

อภิปรายและสรุปผล

จากการศึกษากระบวนการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดสารเสพติดในชุมชน 1. ทำให้ชุมชนเกิดแนวทางการดูแล ติดตามผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดในชุมชน อย่างมีประสิทธิภาพ 2. ภาควิชาการและชุมชนมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดมากขึ้น 3. ผู้ใช้สารเสพติด สามารถหยุดใช้สารเสพติดต่อเนื่อง ระยะเวลา 4 เดือน ร้อยละ 60

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้ชุมชนสร้างศักยภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง ด้วยวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดชุมชนยั่งยืน
2. ควรมีกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาศักยภาพผู้ติดตาม ผู้ใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

1. การประสานภาคีเครือข่ายในการจัดประชุมแต่ละครั้ง
2. การติดตาม ผู้ใช้สารเสพติดบางรายที่ไม่ให้ความร่วมมือ

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ความร่วมมือของชุมชนบางพื้นที่ยังมีการตีตรา เป็นผู้ใช้สารเสพติด
2. ผู้เข้าบำบัดบางราย ยังไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมอย่างเต็มที่

การนำเสนอผลงาน ปี 2566

1. การประชุมวิชาการระดับเขต 7 ประเภท Poster presentation สาขา งานปฐมนิเทศ
2. การประชุมวิชาการของสถาบันบริหารสาธารณสุข (สบส.) ประเภท Poster presentation

การตรวจ OF, DCIP ในห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลสมเด็จ

นฤทัย ภูทองไชย

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติเป็นโรคทางพันธุกรรมที่มีอุบัติการณ์สูงในประเทศไทย ทำให้สูญเสียเวลา เสียเงินทองในการรักษา มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว สังคม และประเทศชาติ สำนักงานสาธารณสุขจึงได้กำหนดการตรวจคัดกรองพาหะโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียขึ้น ซึ่งวิธีที่ใช้ทดสอบเป็นวิธี Screening test คือ การทดสอบความเปราะของเม็ดเลือดแดง (One tube osmotic fragility test, OF Test) และการทดสอบหาฮีโมโกลบินผิดปกติด้วยการตกตะกอนด้วยสี DCIP (Deichorophenol Precipitation Test, DCIP Test) ส่วนวิธี Standard test คือการตรวจยืนยันด้วย Hemoglobin Electrophoresis วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความคลาดเคลื่อนของการตรวจ OF, DCIP ในห้องปฏิบัติการและเพื่อพัฒนาแนวทางการตรวจ OF, DCIP งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบทดลอง ได้ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างคู่สามีภรรยาที่ส่งตรวจ-OF, DCIP และ Hemoglobin Typing ในปีงบประมาณ 2564 – 10 พฤษภาคม 2566 พบว่า มีผลการตรวจด้วยวิธี Screening Test เบื้องต้น โรงพยาบาลสมเด็จไม่สอดคล้องกับการตรวจด้วยวิธีมาตรฐานยืนยันวิธี Hemoglobin Electrophoresis ของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น คือ ในปีงบประมาณ 2564 -2566 มีผลตรวจไม่สอดคล้องคิดเป็นร้อยละ 3.5, ร้อยละ 1.5 และร้อยละ 1.7 ตามลำดับ ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยภายนอกที่อาจส่งผลกระทบ คือ ขั้นตอนการเตรียมตัวอย่าง เช่น ปริมาตรไม่เหมาะสม, hemolysis, วัสดุ-อุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์อาจมีสิ่งปนเปื้อนหรือสกปรก ทำให้อ่านผลผิดพลาดได้ จึงต้องตรวจสอบอุปกรณ์ก่อน และมีการสอบเทียบเครื่องมือเป็นประจำ เช่น การสอบเทียบ autopipette ที่มีการสอบเทียบอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เป็นต้น ขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์ เนื่องจากการทดสอบ OF, DCIP เป็นการทดสอบที่อาศัยความชำนาญ ผู้ตรวจวิเคราะห์ต้องมีการเพิ่มพูนทักษะและมีการประเมินทักษะเป็นประจำทุกปี นอกจากนี้ขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์ทุกครั้งต้องมีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control) พร้อมทั้งมีการประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ของห้องปฏิบัติการโดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment) หรือการทำ inter laboratory comparison ร่วมด้วย และการตรวจ OF, DCIP เป็นการทดสอบที่มีข้อจำกัดของน้ำยาโดยในพยาธิสภาพของคนไข้ที่เป็นพาหะ HbE บางรายอาจให้ผลบวก บางรายอาจให้ผลลบกับการทดสอบนี้และอาจพบผลบวกลงในภาวะโลหิตจางจากการขาดเหล็กและจากความผิดปกติอื่นๆที่พบ target cell เช่น โรคตับ เป็นต้น

คำสำคัญ: OF, DCIP, คู่สามี-ภรรยา, Hemoglobin Electrophoresis

การตรวจ OF, DCIP ในห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลสมเด็จพระ

หลักการและเหตุผล

โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติเป็นโรคทางพันธุกรรมชนิดหนึ่งที่มีอุบัติการณ์สูงในประเทศไทย ครอบครัวใดมีบุตรหลานเป็นโรคนี้อย่อมเสียทั้งเวลาเงินทองเพื่อทำการรักษาพยาบาลตลอดชีวิตของผู้ป่วยจึงมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว สังคม และต่อประเทศชาติ สำนักงานสาธารณสุขจึงได้กำหนดการตรวจคัดกรองพาหะโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียขึ้น ซึ่งวิธีที่นิยมมากที่สุดและเป็นวิธี Screening test คือ การทดสอบความเปราะของเม็ดเลือดแดง (One tube osmotic fragility test, OF Test) และการทดสอบหาฮีโมโกลบินผิดปกติด้วยการตกตะกอนด้วยสี DCIP (Deichorophenol Precipitation Test, DCIP) ส่วนวิธี Standard test คือ การตรวจยืนยันด้วย Hemoglobin Electrophoresis อย่างไรก็ตามการตรวจกรองพาหะโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียด้วยวิธี OF, DCIP ตลอดจนการตรวจยืนยันผลด้วยวิธีมาตรฐานยังมีข้อจำกัดสำหรับโรงพยาบาลทั่วไป ทั้งทางด้านบุคลากร ตลอดจนเทคนิคที่เหมาะสมรวมทั้งปัญหาทางด้านวิชาการดังนั้นกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระนเรศวรมหาราชจึงได้จัดทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ขึ้นเพื่อศึกษาหาความคลาดเคลื่อนของการตรวจด้วยวิธี OF, DCIP เทียบกับวิธีมาตรฐาน Hemoglobin Electrophoresis และเพื่อหาแนวทางการแก้ไขพัฒนาป้องกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาหาความคลาดเคลื่อนของการตรวจ OF, DCIP ในห้องปฏิบัติการ
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการตรวจ OF, DCIP ในห้องปฏิบัติการ

ประโยชน์ของการวิจัย

1. เพื่อทราบข้อมูลความคลาดเคลื่อนของการตรวจ OF, DCIP ในห้องปฏิบัติการ
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการตรวจ OF, DCIP ในห้องปฏิบัติการ
3. เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของการตรวจ OF, DCIP ในห้องปฏิบัติการ

ขอบเขตของงานวิจัย

1. ประชากร กลุ่มเป้าหมาย สามี-ภรรยา (ANC) ที่ส่งตรวจ Hemoglobin Typing ปีงบประมาณ 2564-2566
2. ตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรต้นวิธีการตรวจวิเคราะห์ OF, DCIP, ขั้นตอนการพัฒนาการตรวจวิเคราะห์ OF, DCIP ตัวแปรตาม ผลการตรวจวิเคราะห์
3. ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาวิจัยผลตรวจ/Hemoglobin ของหญิงตั้งครรภ์ รพ. สมเด็จพระนเรศวรมหาราช ปีงบประมาณ 2564-2566

รูปแบบงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การทดลอง Experimental Research
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ การทดลอง Experimental Research

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการตรวจด้วยวิธี Screening Test เบื้องต้นของโรงพยาบาลสมเด็จพระนเรศวรมหาราชที่ไม่สอดคล้องกับการตรวจด้วยวิธีมาตรฐานยืนยันของศูนย์อนามัยที่ 7 แสดงได้ดังตารางที่ 1

จากการศึกษาพบว่าผลตรวจ Hemoglobin Typing ด้วยวิธี Screening test ที่ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลสมเด็จพระนเรศวรมหาราชในปีงบประมาณ 2564-2566 มีผลการตรวจที่ไม่สอดคล้องกับวิธีมาตรฐาน ที่ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นคือในปีงบประมาณ 2564 ส่งตรวจทั้งสิ้น 167 ราย มีผลตรวจที่ไม่สอดคล้อง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ

3.5, ปีงบประมาณ 2565 ส่งตรวจทั้งสิ้น 129 ราย มีผลตรวจไม่สอดคล้อง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.5 และในปีงบประมาณ 2566 ส่งตรวจทั้งสิ้น 57 ราย มีผลตรวจไม่สอดคล้อง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.7

ตารางที่ 1 ตารางแสดงผลการตรวจที่ไม่สอดคล้องกันของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชและศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ผลตรวจHb typing ที่ผิดปกติ	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น	167	129	57
ห้องปฏิบัติการรพ.สมเด็จ	161	127	56
ผลตรวจที่ไม่สอดคล้องกัน	6	2	1
ร้อยละที่ผลตรวจไม่สอดคล้องกัน	3.5%	1.5%	1.7%

หมายเหตุ ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ตรวจ Hemoglobin Typing ด้วยวิธี Screening Test คือ OF, DCIP, ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ตรวจ Hemoglobin Typing ด้วยวิธีมาตรฐานคือ Hemoglobin Electrophoresis, ปีงบประมาณ 2566 เก็บข้อมูลถึง ณ วันที่ 10 พฤษภาคม 2566

อภิปรายและสรุปผล

จากผลการศึกษา การตรวจวิเคราะห์ OF, DCIP มีปัจจัยภายนอกที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการตรวจวิเคราะห์ที่อาจคลาดเคลื่อน ดังต่อไปนี้ 1. ขั้นตอนการเตรียมตัวอย่าง ตัวอย่างที่นำมาทดสอบไม่เหมาะสม เช่น มีปริมาตรที่เจาะไม่ตรงกับขีดของ EDTA tube ทำให้อาจมีผลต่อการตรวจวิเคราะห์ หรือตัวอย่างอาจมี hemolysis ดังนั้นจึงต้องเพิ่มขั้นตอนในการระมัดระวังในการเจาะเลือดคนไข้ทุกรายทุกครั้งให้มากขึ้น 2. วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ตรวจวิเคราะห์บางชิ้นอาจจะมีสิ่งปนเปื้อนหรือสกปรก เช่น จากทิปหรือ Autopipette ที่ใช้ในการดูดเลือดผสมลงในสารละลายทำให้การอ่านผลผิดพลาดได้จึงต้องตรวจสอบอุปกรณ์ทุกอย่างให้ดีก่อนการทำการทดลองทุกครั้งและมีการสอบเทียบเครื่องมือเป็นประจำเช่นการสอบเทียบ autopipette ที่มีการสอบเทียบอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เป็นต้น 3. ขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์โดยเจ้าหน้าที่ที่ตรวจวิเคราะห์เพราะเนื่องจากการทดสอบ OF, DCIP เป็นการทดสอบที่อาศัยความชำนาญของผู้ตรวจวิเคราะห์ จึงต้องมีการเพิ่มพูนทักษะและมีการประเมินทักษะเป็นประจำทุกปีนอกจากนี้ในขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์ทุกครั้งจะต้องมีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control) พร้อมทั้งมีการประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ของห้องปฏิบัติการโดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment) หรือการทำ inter laboratory comparison รวมด้วยนอกจากนี้การตรวจ OF, DCIP เป็นการทดสอบที่มีข้อจำกัดของน้ำยาโดยในพยาธิสภาพของคนไข้ที่เป็นพาหะ HbE บางรายอาจให้ผลบวกบางรายอาจให้ผลลบกับการทดสอบนี้ และอาจพบผลบวกลงในภาวะโลหิตจางจากการขาดเหล็กและจากความผิดปกติอื่นๆที่พบ target cell เช่น โรคตับ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเฉลียว เฟื่องเกลี้ยง และคณะ ในครั้งนี้เป็นการศึกษาการตรวจ OF, DCIP ในห้องปฏิบัติการที่เป็นวิธี Screening Test เทียบกับวิธีมาตรฐานยืนยันว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ มีเพียงร้อยละ 3.5, ร้อยละ 1.5 และร้อยละ 1.7 ที่มีผลไม่สอดคล้องกับวิธีมาตรฐานซึ่งจำนวนที่ไม่สอดคล้องกับวิธีมาตรฐานนี้อาจจะเกิดจากเจ้าหน้าที่ไม่ชำนาญวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ไม่สะอาด

เอกสารอ้างอิง

เฉลียว เฟื่องเกลี้ยง และคณะ การวัดประสิทธิภาพการตรวจกรองพาหะโรคเลือดจางธาลัสซีเมียในโรงพยาบาลพัทลุงในวารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต

การนำเสนอผลงาน ปี 2566

1. การประชุมวิชาการระดับเขต 7 ประเภท Poster presentation สาขา งานห้องปฏิบัติการ

การติดตามการใช้กัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

Drug therapy monitoring of medicinal use of cannabis in Somdet hospital

สุทธิณี ศิลาไสย ภ.บ.

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสมเด็จ

บทคัดย่อ

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกได้มีการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้เพื่อเป็นยารักษาโรคเนื่องจากมีการศึกษาวิจัยสนับสนุนถึงประโยชน์และโทษของกัญชามากขึ้น พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 จัดกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 แต่อนุญาตให้ใช้กัญชาเฉพาะในทางการแพทย์เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย และการศึกษาวิจัยได้ เนื่องจากสารประกอบ cannabinoids ที่อยู่ในกัญชาสามารถใช้ในการรักษาโรคได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขากัญชาทางการแพทย์ (medical cannabis service plan) เพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษาให้กับประชาชนที่เจ็บป่วยทรมานจากกลุ่มโรคร้ายแรงเรื้อรัง และไม่ตอบสนองต่อการรักษาทั้งแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสมเด็จ จึงได้จัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ เพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษามากขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวทางในการให้บริการ ติดตามผลลัพธ์จากการใช้กัญชาทางการแพทย์ และติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชาทางการแพทย์ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยโดยการสังเกต (Observational Research) โดยนำเสนอในรูปแบบของการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 30 มิถุนายน 2566 จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหญิงเข้ารับการรักษามากที่สุด ซึ่งอยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี โดยใช้ยาสุขไสยาสน์มากที่สุด และยาแก้ลมแก้เส้น รองลงมา ซึ่งใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดตามร่างกายมากที่สุด และมีภาวะนอนไม่หลับรองลงมา และไม่พบอาการไม่พึงประสงค์หลังจากได้รับยาไป 3 วัน จากการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะประคับประคอง สามารถนอนหลับได้มากขึ้น และสามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับกัญชาทางการแพทย์ที่ไม่ใช่ผู้ป่วยระยะประคับประคองสามารถบรรเทาอาการปวด หรือช่วยในการนอนหลับมากขึ้นได้ หลังจากได้ข้อมูลข้างต้น เห็นควรว่า ควรเพิ่มกลุ่มประชากรให้มากขึ้นและหลากหลาย เช่น ผู้ป่วยลมชัก, ผู้ป่วยพาร์กินสัน เป็นต้น เพื่อให้เห็นประโยชน์ของการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ในโรคอื่นๆได้ต่อไป

คำสำคัญ : กัญชาทางการแพทย์, น้ำมันเดชา, ผู้ป่วยระยะประคับประคอง

การติดตามการใช้กัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้า

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกได้มีการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้เพื่อเป็นยารักษาโรคเนื่องจากมีการศึกษาวิจัยสนับสนุนถึงประโยชน์ และโทษของกัญชามากขึ้น พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 จัด กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 แต่อนุญาตให้ใช้กัญชาเฉพาะในทางการแพทย์เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย และการศึกษาวิจัยได้เนื่องจากสารประกอบ cannabinoids ที่อยู่ในกัญชาสามารถใช้ในการรักษาโรคได้ โดยสาร ที่ออกฤทธิ์หลักที่นำมาใช้ในทางการแพทย์ คือ delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) ที่ออกฤทธิ์ต่อจิต ประสาท และ cannabidiol (CBD) ที่ไม่มีฤทธิ์เสพติด

โดยสารสกัด CBD มีฤทธิ์ที่สำคัญที่เชื่อกันว่าเป็นประโยชน์ ได้แก่ มีฤทธิ์ด้านการชัก ด้านการอาเจียน กระตุ้น ความอยากอาหาร แก้ปวด กำจัดความกระวนกระวาย และทำให้อ่อนหลับ เมื่อให้ CBD ร่วมกับ THC สามารถ ลดอาการไม่พึงประสงค์ของ THC ได้ และสารสกัด THC ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่งผลเฉียบพลันให้ร่างกาย รู้สึกผ่อนคลายและมีความรู้สึกสนุก แต่มีอาการข้างเคียงด้านลบต่อจิตประสาท ได้แก่ กระวนกระวาย ซึมเศร้า มีความบกพร่องในสมาธิ ความจำและการเรียนรู้ ตลอดจนการทำงานของระบบเคลื่อนไหวและการพูดและการใช้ศัพท์และมีผลต่อการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิต ประโยชน์สารสกัด THC จากกัญชา มีผลต่อผู้ป่วยมะเร็ง และมีผลการวิจัยสนับสนุน คือ ฤทธิ์ด้านการอาเจียน โดยพบว่า สาร THC ด้านอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ดีกว่ายาแก้คลื่นไส้อาเจียนหลายชนิด

จากประโยชน์ของกัญชาทางข้างต้น กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขากัญชาทางการแพทย์ (medical cannabis service plan) เพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษาให้กับประชาชนที่เจ็บป่วยทรมานจากกลุ่มโรคเรื้อรังเรื้อรังและไม่ตอบสนองต่อการรักษาทั้งแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทย รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายอนุทิน ชาญวีรกูล มอบนโยบายเร่งด่วน เพื่อให้มีการบริการการรักษาด้วยสารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์แก่ประชาชนได้อย่างปลอดภัยรวดเร็วและครอบคลุม กระทรวงสาธารณสุข สุขจึงให้มีการเปิดบริการ คลินิกกัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Clinic) แบบผสมผสานแพทย์ปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เพื่อสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้า จึงได้จัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ขึ้น เพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษาให้กับประชาชนในเขตบริการสุขภาพ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ให้กับประชาชนได้อย่างถูกต้อง รวมถึงติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้กัญชาทางการแพทย์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์
2. เพื่อติดตามผลลัพธ์จากการใช้กัญชาทางการแพทย์
3. เพื่อติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชาทางการแพทย์

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยโดยการสังเกต (Observational Research) โดยนำเสนอในรูปแบบของการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งให้บริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทย ตามแนวทางการใช้กัญชาทางการแพทย์

ประชากรที่ศึกษา : ผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 30 มิถุนายน 2566

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า จากผู้ป่วย 73 คน มีเพศชาย 21 คน(29.2 %) และเพศหญิง 52 คน(70.8 %) มีช่วงอายุ 21-40 ปี 14 คน(19.1 %), 41-60 ปี 32 คน(43.8 %), 61-80 ปี 24 คน(32.9 %) และมากกว่า 80 ปี จำนวน 3 คน(4.2 %) ซึ่งสูตรตำรับกัญชาที่มีในโรงพยาบาลจะประกอบไปด้วย น้ำมันเดชา 23 ครั้ง(31.5 %), ยาแก้ลมแก้เส้น 25 ครั้ง (34.2 %), ยาสุขไสยาสน์ 27 ครั้ง (37 %) และยาแก้ลมเบี่ยงสูง 0 ครั้ง และโรคที่ได้รับกัญชาทางการแพทย์ ดังนี้ นอนไม่หลับ 26 ครั้ง (35.6 %), ไม่เจริญอาหาร 8 ครั้ง (11 %), ภาวะเครียด 5 ครั้ง (6.8 %), อาการปวด 50 ครั้ง (68.5 %), ผู้ป่วยระยะประคับประคอง (palliative care) 10 ครั้ง (13.7 %), ปวดหัวไมเกรน 7 ครั้ง (9.6 %), และอื่นๆ 2 ครั้ง (2.8%)

หลังจากผู้ป่วยได้รับยากัญชาทางการแพทย์ จะมีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเมื่อใช้ยา ผ่านไปแล้ว 3 วัน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาไม่มีอาการแสบ มีอาการคงเดิม จนถึงอาการดีขึ้นไม่มากนักน้อย แต่ผู้ป่วยที่ได้รับยาส่วนใหญ่ใช้ยาเพียง 1 ครั้ง และไม่ได้รับการรักษาต่อ ส่วนผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative care) ได้รับยาเพียง 1 ครั้ง หลังจากนั้นผู้ป่วยก็เสียชีวิต ทำให้ไม่ได้รับการรักษาต่อ

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาการติดตามการใช้กัญชาทางการแพทย์ตามคำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง และมีช่วงอายุอยู่ที่ 41-60 ปี โดยได้รับยาสุขไสยาสน์จำนวนมากที่สุด และใช้ในการรักษาอาการปวดต่างๆ เป็นส่วนใหญ่ เช่น ปวดตามร่างกาย ปวดขา ปวดหลัง เป็นต้น และรองลงมาเป็นอาการนอนไม่หลับ เมื่อติดตามการรักษาจากผู้ป่วยเมื่อใช้ยาไปแล้ว 3 วัน พบว่าไม่มีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาพบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และช่วยบรรเทาอาการต่างๆกับผู้ป่วยได้ ดังนั้น การใช้กัญชาทางการแพทย์ สามารถช่วยเพิ่มโอกาสของการรักษาตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้ และในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยโรคร้ายแรง เช่น กลุ่มผู้ป่วยระยะประคับประคอง มีอาการเจ็บป่วยลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถนอนหลับ และสามารถรับประทานอาหารได้ และกัญชาทางการแพทย์ยังสามารถใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะนอนไม่หลับ หรือไม่ยอมรับประทานอาหารได้ รวมถึง ช่วยบรรเทาอาการปวดต่างๆในผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มสูตรกัญชาทางการแพทย์ เช่น สูตรยาแผนปัจจุบัน THC, CBD, สูตรผสม THC : CBD
2. เพิ่มการรักษาให้ครอบคลุมกลุ่มโรคอื่นๆ ที่สามารถใช้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ได้ เช่น โรคลมชัก, โรคพาร์กินสัน, ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดประสาเสื่อมแข็ง เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์.

https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Publication/Attach/25651122182642PM_Guidance%20Updated%20V5_update%2029092022_edited2.pdf

แพทย์สภา. (2562). คำแนะนำสำหรับแพทย์ การใช้กัญชาทางการแพทย์.

https://tmc.or.th/pdf/fact/guideline_cannabis_101062.pdf

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คลินิกบริการกัญชาทางการแพทย์ แบบผสมผสาน แพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*. กองบริหารการสาธารณสุข

การพัฒนาน้ำเต้าหู้สำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จ

Development of soy milk for inpatients Somdet Hospital

กนกกาญจน์ สุภารีย์

กลุ่มงานโภชนาการ โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

กลุ่มงานโภชนาการมีบทบาทในการกำหนดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการตามที่แพทย์กำหนดและจัดอาหารให้มีลักษณะที่เหมาะสมแก่สภาวะของร่างกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทานอาหารที่จัดบริการได้น้อยจากการทบทวนพบว่า น้ำเต้าหู้เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถทานได้ปริมาณมาก ซึ่งจัดบริการพร้อมอาหารมื้อเย็นวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสูตรน้ำเต้าหู้ให้มีให้พลังงานและสารอาหารเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีรสชาติ สีสันที่หลากหลายเพื่อให้ผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลนานไม่เบื่อ, มีความพึงพอใจ และมีการหมุนเวียนในการให้บริการแก่ผู้ป่วยในแต่ละวัน การพัฒนาสูตรน้ำเต้าหู้ในครั้งนี้จะใช้พืชตระกูลหัวเข้ามาเป็นส่วนผสม โดยเลือกใช้ฟักทอง แครอท และมันม่วงเพิ่มมาเป็นส่วนผสมในการพัฒนาสูตร เนื่องจากเป็นพืชที่หาซื้อง่ายตามท้องตลาด **วิธีการศึกษา** จัดทำน้ำเต้าหู้ทั้ง 3 สูตร ทดสอบกับบุคลากรในกลุ่มงานโภชนาการ โรงพยาบาลสมเด็จ จำนวน 7 คน ทำแบบประเมินความพึงพอใจโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจทางประสาทสัมผัส เพื่อทดสอบในผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จ ที่รับประทานอาหารธรรมดาสามัญที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต ผู้ป่วยที่มีระดับฟอสฟอรัสในเลือดสูงและผู้ที่แพ้โปรตีนจากถั่วเหลือง จำนวน 30 คนนำสูตรที่พัฒนาไปวิเคราะห์คุณค่าพลังงานและสารอาหารด้วยโปรแกรม INMUCAL-Nutrient version 4.0 ของสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล **ผลการศึกษา พบว่า** สูตรน้ำเต้าหู้ทั้ง 3 สูตรเปรียบเทียบพลังงานกับสูตรเดิม พบว่า สูตรน้ำเต้าหู้ฟักทอง สูตรมันม่วง และสูตรแครอท มีพลังงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.38, 5.47% และ 1.08% ตามลำดับ สูตรน้ำเต้าหู้ฟักทองมีคาร์โบไฮเดรตเพิ่มขึ้น 57.62%, โปรตีน 8.49%, ไขมัน 7.98% สูตรมันม่วงมีคาร์โบไฮเดรตเพิ่มขึ้น 53.26%, โปรตีน 2.08%, ไขมัน 0.95% และสูตรแครอทมีคาร์โบไฮเดรตเพิ่มขึ้น 41.33%, โปรตีน 4.15%, ไขมัน 0.80% ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อน้ำเต้าหู้ทั้ง 3 สูตร พบว่า มีความพึงพอใจต่อน้ำเต้าหู้ฟักทอง ร้อยละ 93.61 สูตรมันม่วงร้อยละ 92.28 และสูตรแครอท 83.17 ตามลำดับ ดังนั้น การพัฒนาสูตรน้ำเต้าหู้ สามารถทำให้พลังงานและสารอาหารของน้ำเต้าหู้เพิ่มมากขึ้นจากสูตรเดิม และผู้ป่วยมีความพึงพอใจ

การพัฒนาน้ำเต้าหู้สำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จ

หลักการและเหตุผล

กลุ่มงานโภชนาการมีบทบาทในการกำหนดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการตามที่แพทย์กำหนดและจัดอาหารให้มีลักษณะที่เหมาะสมแก่สภาวะของร่างกายขณะเจ็บป่วย ซึ่งการเจ็บป่วยมักจะมีโอกาสทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มิชอบทานอาหารที่กลุ่มงานโภชนาการจัดบริการได้น้อยมาก ผู้ป่วยบางรายไม่ชอบรับประทานอาหารโรงพยาบาลเนื่องจากมีรสชาติที่อ่อนพบว่าน้ำเต้าหู้เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถทานได้ในปริมาณมาก ซึ่งจัดบริการพร้อมอาหารมื้อเย็น กลุ่มงานโภชนาการโรงพยาบาลสมเด็จ จะมีการบริการน้ำเต้าหู้สำหรับผู้ป่วยทุกรายพร้อมอาหารมื้อเย็นทุกวันอังคาร-วันศุกร์(ยกเว้นผู้ป่วยไตเสื่อมระยะที่ 3-5 หรือผู้ป่วยที่มีระดับฟอสฟอรัสในเลือดสูง ผู้ป่วยที่มีการจำกัดโปรตีนและผู้ที่แพ้โปรตีนจากถั่วเหลืองจะไม่ได้ให้บริการน้ำเต้าหู้)จึงเป็นที่มาและวัตถุประสงค์ของการพัฒนาสูตรน้ำเต้าหู้ให้มีให้มีพลังงานและสารอาหารเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีรสชาติ สีสันที่หลากหลายเพื่อให้ผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลนานไม่เบื่อและให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อน้ำเต้าหู้ทั้ง 3 สูตร มากกว่าร้อยละ 80 โดยจะทำการเป็น 3 สูตรเพื่อใช้ในการหมุนเวียนในการให้บริการผู้ป่วยในแต่ละวัน การพัฒนาสูตรน้ำเต้าหู้ในครั้งนี้จะใช้พืชตระกูลหัวเข้ามาเป็นส่วนผสม เนื่องจากพืชตระกูล โดยอาหารที่พืชสะสมในรูปของเม็ดสตาร์ช (starch granule) เป็นสารอาหารประเภทสตาร์ช (starch) ซึ่งเป็นคาร์โบไฮเดรตมีปริมาณของโปรตีนและไขมันต่ำมากเป็นวัตถุดิบสำคัญในการผลิตแป้ง (flour) และสตาร์ช (starch) เป็นพืชที่ให้พลังงานมากกว่าพืชตระกูลใบ โดยผู้จัดทำได้เลือกใช้ฟักทอง แครอท และมันม่วงเพิ่มเข้ามาเป็นส่วนผสมในการพัฒนาสูตรให้มีพลังงานและสารอาหารในน้ำเต้าหู้เพิ่มมากขึ้นในครั้งนี้ เนื่องจากเป็นพืชที่หาซื้อได้ง่ายตามท้องตลาดอำเภอสมเด็จ

วิธีการศึกษา

จัดทำน้ำเต้าหู้ทั้ง 3 สูตร ทดสอบกับบุคลากรในกลุ่มงานโภชนาการ โรงพยาบาลสมเด็จ จำนวน 7 คน ทำแบบประเมินความพึงพอใจโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจทางประสาทสัมผัส เพื่อทดสอบในผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จ ที่รับประทานอาหารธรรมดาสามัญที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตผู้ป่วยที่มีระดับฟอสฟอรัสในเลือดสูงและผู้แพ้โปรตีนจากถั่วเหลือง จำนวน 30 คนนำสูตรที่พัฒนาไปวิเคราะห์คุณค่าพลังงานและสารอาหารด้วยโปรแกรม INMUCAL-Nutrient version 4.0 ของสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

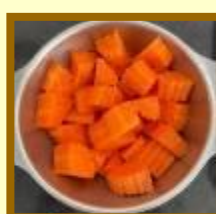
ส่วนผสมและวิธีทำ



ถั่วเหลือง



ฟักทอง



แครอท



มันม่วง



น้ำตาล



เกลือ

1. นำถั่วเหลืองใส่ในเครื่องปั่นเติมน้ำที่ได้เตรียมไว้ จากนั้นปั่นให้ละเอียด

2. ใช้ผ้าขาวบางกรองเอาเฉพาะน้ำเต้าหู้ เพื่อแยกส่วนที่เป็นกากออก จากนั้นนำน้ำเต้าหู้ที่ได้ไปต้มให้สุกโดยใช้ไฟกลาง พอเริ่มร้อนหรือไฟลงเป็นไฟอ่อน หมั่นคนน้ำเต้าหู้อยู่เสมอ เพื่อไม่ให้น้ำเต้าหู้ไหม้ พอสุกเติมเกลือ 1 ช้อนชา คนให้เกลือละลาย จากนั้นแบ่งน้ำเต้าหู้เพื่อแยกทำเป็น 3 สูตร (สูตรละ 1 ลิตร)
3. ต้มฟักทอง แครอท และมันม่วงจนสุกเปื่อย แล้วนำมาปั่นให้ละเอียด จากนั้นเทฟักทอง แครอท และมันม่วงที่ปั่นละเอียดแล้วลงผสมกับน้ำเต้าหู้ที่แยกไว้เพื่อทำแต่ละสูตร (ขณะเทส่วนผสมให้เข้าตั้งเตาเปิดไฟโดยใช้ไฟอ่อน) แล้วคนให้ส่วนผสมเป็นเนื้อเดียวกัน จากนั้นเติมน้ำตาลคนให้น้ำตาลละลาย แล้วจึงปิดไฟ
4. พักไว้พออุ่น จึงนำมาบรรจุใส่ถุงร้อนเตรียมนำขึ้นบริการผู้ป่วย

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์พลังงานด้วยโปรแกรม INMUCAL-Nutrients ในสูตรน้ำเต้าหู้ทั้ง 3 สูตรเปรียบเทียบกับสูตรเดิม พบว่า สูตรน้ำเต้าหู้ฟักทองมีพลังงานเพิ่มขึ้น 12.38% สูตรมันม่วงเพิ่มขึ้น 5.47% และสูตรแครอทเพิ่มขึ้น 1.08% ตามลำดับ เปรียบเทียบกับน้ำเต้าหู้สูตรเดิม พบว่า สูตรน้ำเต้าหู้ฟักทองมีคาร์โบไฮเดรตเพิ่มขึ้น 57.62%, โปรตีน 8.49%, ไขมัน 7.98% สูตรมันม่วงมีคาร์โบไฮเดรตเพิ่มขึ้น 53.26%, โปรตีน 2.08%, ไขมัน 0.95% และสูตรแครอทมีคาร์โบไฮเดรตเพิ่มขึ้น 41.33%, โปรตีน 4.15%, ไขมัน 0.80% ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อน้ำเต้าหู้ทั้ง 3 สูตร พบว่าได้คะแนนความพึงพอใจ > ร้อยละ 80 ทั้ง 3 สูตร

สรุปผลการศึกษา

การพัฒนาสูตรน้ำเต้าหู้สำหรับผู้ป่วยในครั้งนี้สามารถทำให้พลังงานและสารอาหารของน้ำเต้าหู้เพิ่มมากขึ้นจากสูตรเดิม อีกทั้งยังมีความหลากหลาย ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อน้ำเต้าหู้ฟักทอง ร้อยละ 93.61 สูตรมันม่วงร้อยละ 92.28 และสูตรแครอท 83.17 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

1. มีการประเมินและติดตามว่าผู้ป่วยดื่มน้ำเต้าหู้ที่จัดบริการจริงหรือไม่
2. จำแนกกลุ่มให้ชัดเจนว่าจะให้บริการกับผู้ป่วยกลุ่มไหน ช่วงอายุเท่าไร และสูตรไหนเหมาะกับกลุ่มโรคอะไร

เอกสารอ้างอิง

การพัฒนาผลิตภัณฑ์เต้าหู้ผสมฟักทอง. (2560). เข้าถึงได้จาก

<http://mis.nsruc.ac.th/procresearch/ResearchProjectInfo>

การพัฒนาผลิตภัณฑ์เต้าหู้เคลือบสูง, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (2546). เข้าถึงได้จาก

<https://research.ku.ac.th/forest/Project>

เครื่องดื่มน้ำนมถั่วเหลืองผสมน้ำแครอท. (2552). เข้าถึงได้จาก

<https://repository.rmutp.ac.th/bitstream/handle>

การนำเสนอผลงาน ปี 2566

1. การประชุมวิชาการระดับเขต 7 ประเภท Poster presentation สาขา อาหารและยา

การพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระ

ณัฐกานท์ ถมศรี

งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสมเด็จพระ

บทคัดย่อ

เวชระเบียน หมายถึง การรวบรวมข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยและประวัติ สุขภาพรวมถึง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต,ปัจจุบันและการรักษาซึ่งจดบันทึกไว้โดยแพทย์ผู้ดูแล จากการวิเคราะห์ปัญหาที่พบ ในการบริหารจัดการแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอก พบว่า ระยะเวลารอคอยในการค้นหาแฟ้มเวชระเบียนผู้นอก นาน, การค้นหาแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอกไม่พบ ผู้ป่วยนำแฟ้มเวชระเบียนออกจากโรงพยาบาลและพื้นที่ใน การจัดเก็บเอกสารไม่เพียงพอ งานเวชระเบียนจึงได้นำระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์เข้ามาใช้ในงานเวช ระเบียนควบคู่กับระบบ paperless ในหน่วยงานที่พร้อมใช้งาน **วัตถุประสงค์** เพื่อลดอัตราการค้นแฟ้มเวช ระเบียนผู้ป่วยนอก ลงทะเบียนส่งตรวจผู้ป่วยถูกต้อง เพิ่มความสมบูรณ์ในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ใช้ ระบบ GTWmali ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล และลดงบประมาณในการเบิกเอกสาร **วิธีศึกษา** ทิ่มีสารสนเทศ ได้นำโปรแกรมสแกนเวชระเบียนเข้ามาใช้งาน ออกแบบ flow chart การเดินทางของใบนำทางเพื่อใช้ในการ สื่อสารแทน opd card เริ่มสแกนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตั้งแต่ 1 เม.ย. 2564 และเริ่มสแกน แฟ้ม OPD CARD เข้าระบบตั้งแต่ 1 ก.ค. 2565 ทดลองใช้ระบบ OPD scan ในงานทันตกรรม และNCD clinic ยกเลิกการค้นแฟ้มเวชระเบียน และขยายผลมายังคลินิกต่างๆ ติดตามผลการส่งตรวจผู้ป่วยผิดคนใน ระบบ HOS xp และนำร่องหน่วยงานทันตกรรม เป็น OPD paperless ตั้งแต่ 1 มิ.ย. 64 งานแพทย์แผนไทย และกายภาพบำบัด เริ่ม 1 พ.ค. 66 **ผลการศึกษา** พบว่า ลดอัตราการค้นแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ปี 2565-2566 ร้อยละ 36.36 และร้อยละ 100 ตามลำดับ ลงทะเบียนส่งตรวจผู้ป่วยถูกต้อง ปี 2565-2566 จำนวน 5 ครั้ง และ 8 ครั้ง ตามลำดับ ความสมบูรณ์ในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ปี 2565-2566 ร้อย ละ 92.66 และ ร้อยละ 88.74 ตามลำดับ การใช้ระบบ GTWmali ครอบคลุมทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล ปี 2565-2566 ร้อยละ 36.36 และร้อยละ 100 ตามลำดับ และช่วยลดงบประมาณในการเบิกเอกสารที่เป็น กระดาษ จาก 1,203 ห่อ เหลือ 699 ห่อ ดังนั้น การนำระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์เข้ามาใช้ในงานเวช ระเบียนควบคู่กับระบบ paperless ในหน่วยงาน ส่งผลให้เพิ่มประสิทธิภาพในการค้นหาเวชระเบียนเป็น ระบบ ลดอัตราการค้นแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และช่วยลดงบประมาณในการเบิกเอกสารที่เป็นกระดาษได้

คำสำคัญ : เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์, paperless

การพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระ

บทนำ

เวชระเบียน หมายถึง การรวบรวมข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยและประวัติ สุขภาพรวมถึง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและในปัจจุบันและการรักษาซึ่งจดบันทึกไว้โดยแพทย์ผู้ดูแล เวชระเบียนจะต้อง บันทึกตามเวลาที่ศึกษาดูแลผู้ป่วย และควรจะต้องมีข้อมูลที่เพียงพอที่จะต้องบอก ให้ทราบถึงการวิเคราะห์โรค และการดูแลรักษาโรคได้ และต้องเป็นเอกสารที่ถูกต้องครบถ้วน จากการวิเคราะห์ปัญหาที่พบในการบริหารจัดการแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอก พบว่า ระยะเวลารอคอยในการค้นหาแฟ้มเวชระเบียนผู้นอกนาน, การ ค้นหาแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอกไม่พบ เนื่องจากเก็บแฟ้มผิดที่ หรืออยู่ระหว่างการถูกยืมเพื่อการตรวจสอบ, เอกสารเสื่อมสภาพจากการใช้งาน, การรวบรวมเอกสารเข้าจัดเก็บในแฟ้มไม่ถูกต้องครบถ้วน, ผู้ป่วยนำแฟ้ม เวชระเบียนออกจากโรงพยาบาลและพื้นที่ในการจัดเก็บเอกสารไม่เพียงพอ ดังนั้น งานเวชระเบียนจึงได้นำ ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์เข้ามาใช้ในงานเวชระเบียนควบคู่กับระบบ paperless ในหน่วยงานที่พร้อม ใช้งาน เพื่อลดการใช้กระดาษ เพิ่มการค้นหาเอกสารที่มีประสิทธิภาพ แก้ปัญหาพื้นที่เก็บเอกสารที่มีอยู่อย่าง จำกัด ลดความซ้ำซ้อนของการทำงานซึ่งเดิมต้อง print out ข้อมูลที่มีอยู่แล้วในคอมพิวเตอร์ เพิ่มความ สมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลในระบบ HOSXP เพื่อการวิเคราะห์ สืบค้นได้จากระบบ และลดระยะเวลาการรอ คอยรับการรักษา เพื่อนำมาพัฒนางานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ให้เป็นระบบมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอัตราการค้นแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
2. ลงทะเบียนส่งตรวจผู้ป่วยถูกต้อง
3. เพื่อเพิ่มความสะดวกในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก 95%
4. ใช้ระบบ GTWmali ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล
5. ลดงบประมาณในการเบิกเอกสารที่เป็นกระดาษ OPD CARD

วิธีดำเนินงาน

1. ประชุมชี้แจงปัญหาการลงทะเบียนส่งตรวจและค้นบัตรผิดคนให้กับเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้อง
2. ทางทีมสารสนเทศได้มีการนำโปรแกรมสแกนเวชระเบียนเข้ามาใช้งาน เพื่อตอบสนองนโยบายของกระทรวง
3. ออกแบบ flow chart การเดินทางของใบนำทางเพื่อใช้ในการสื่อสารแทน opd card
4. เริ่มสแกนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตั้งแต่ 1 เม.ย. 2564 และเริ่มสแกนแฟ้ม OPD CARD เข้า ระบบตั้งแต่ 1 ก.ค. 2565
5. ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยนำบัตรประชาชนเพื่อยืนยันตัวตนมาด้วยทุกครั้งที่ได้รับบริการ
6. ทดลองใช้ระบบ OPD scan ในงานทันตกรรม และNCD clinic ยกเลิกการค้นแฟ้มเวชระเบียน และขยายผล มายังคลินิกต่างๆ
7. ติดตามผลการส่งตรวจผู้ป่วยผิดคนในระบบ HOS xp
8. นำร่องหน่วยงานทันตกรรม เป็น OPD paperless ตั้งแต่ 1 มิ.ย. 64 งานแพทย์แผนไทยและกายภาพบำบัด เริ่ม 1 พ.ค. 66

วิเคราะห์ผล

ลงทะเบียนส่งตรวจผดผคัน

ระยะเวลา	OP visit	ผดผคัน	ร้อยละ
1 เม.ย. 64 – 30 ก.ย.65	221,235	5	0.0022
1 ต.ค. 65 – 31 พ.ค.66	120,400	8	0.0066

ในปี 2566 เริ่มมีการลงทะเบียนโดยการใช้อัตราประชาชนและขอ authen code พบว่า ขั้นตอนยื่นบัตรประชาชนเพื่อเปิด visit คนใช้นำบัตรของญาติมายื่นซึ่งไม่ใช่บัตรของผู้ป่วยจึงทำให้อัตราการส่งตรวจผดผคันเพิ่มขึ้นจากปีที่แล้ว แต่ก็ได้เพิ่มมาตรการหากเป็นผู้ป่วยนัดให้ตรวจสอบบัตรนัดกับบัตรประชาชนให้ตรงกันก่อนเปิด visit

การยกเลิกค้นแฟ้มเวชระเบียน

ระยะที่ 1 (19 ก.พ.64-31 มี.ค. 65)	ระยะที่ 2(1เม.ย.65-28 ก.พ.66)	ระยะที่ 3(1มี.ค.66)
-ทันตกรรม -แพทย์แผนไทย -กายภาพ -NCD	-OPD -ER -งานจิตเวช,ฟ้าใส -คลินิก CKD,CAPD,Asthma,COPD,TB,warfarin,ADHD, นมแม่,Thalassemia,กระตุ้นพัฒนาการเด็ก -admit	-PCU -Colpo -LR

Paperless

ระยะที่ 1 (19 ก.พ.64-31 มี.ค. 65)	ระยะที่ 2(1พ.ค.66)
-ทันตกรรม	-แพทย์แผนไทย -กายภาพ

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ผลงาน	
	ปี 65	ปี 66
1.ลดอัตราการค้นแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	36.36%	100%
2.ลงทะเบียนส่งตรวจผู้ป่วยถูกต้อง	99.998% (5คน)	99.994%(8คน)
3.ความสมบูรณ์ในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	92.66%	88.74%
4.ใช้ระบบ GTWmali ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล	36.36%	100%
5.ลดงบประมาณในการเบิกเอกสารที่เป็นกระดาษA5	1,203 ห่อ	699 ห่อ

การนำเสนอผลงาน ปี 2566

1. การประชุมวิชาการระดับเขต 7 ประเภท Poster presentation สาขา นโยบายสาธารณสุข

การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

คำแปลง ศรีซัง

โรงพยาบาลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 ในโรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 4 ระยะดังนี้ 1) ศึกษาสถานการณ์การและประเมินความต้องการพัฒนา จากการสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 9 คน กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 จำนวน 10 คน และทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด 20 ฉบับ 2) พัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยไตเรื้อรัง แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และหาค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80, 0.86 และ 0.80 และศึกษานำร่อง 3) นำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล โดยใช้การทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 จำนวน 100 ราย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่ม ให้การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามผล 12 เดือน 4) การประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มิถุนายน 2565 ถึงเดือน พฤษภาคม 2566 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังและตัวชี้วัดทางคลินิกก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยใช้สถิติ paired t-tests ผลการศึกษาพบว่า มีการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของโรงพยาบาลสมเด็จขึ้น ซึ่งได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model [CCM]) ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ การออกแบบระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุนการจัดการตนเอง การจัดการระบบฐานข้อมูลสุขภาพ และการสนับสนุนการตัดสินใจ หลังจากใช้รูปแบบพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ตัวชี้วัดทางคลินิก ได้แก่ ระดับ HbA1c, ระดับครีเอตินิน และอัตราการกรองของไต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ความดันโลหิตซิสโตลิก ไดแอสโตลิก และค่าดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบบริการผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 อยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ : ชะลอไตเสื่อม, เบาหวานชนิดที่ 2, ภาวะไตเสื่อมระยะ 3

การพัฒนาแบบแผนการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

หลักการและเหตุผล

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำเป็นต้องให้การรักษาโดยการฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2012) ไตเสื่อมจากเบาหวาน มีสาเหตุมาจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ การมีโรคร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รวมถึงการมีพฤติกรรมเสี่ยง โดยผู้ป่วยที่มีการเสื่อมของไตระยะแรกจะไม่ปรากฏอาการที่เด่นชัด ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ตระหนักในการดูแลตนเอง (วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี และ สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, 2559) ดังนั้นเป้าหมายที่สำคัญในการรักษาโรคไตเรื้อรัง คือ การป้องกันการเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มแรก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค สถานการณ์การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ปี 2561 - 2564 ของอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ากลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลเพื่อชะลอการเสื่อมของไตมากที่สุด คือ ระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 46.77, 43.93, 49.85 และ 50.33 ตามลำดับ (Health Data Center ; กระทรวงสาธารณสุข, 2564) จึงได้มีการนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Lorig และ Holman เป็นการจัดระบบบริการที่มีแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นแนวคิดที่ทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และมีทักษะการจัดการตนเอง จึงจะนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ วัตถุประสงค์การวิจัย 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการเพื่อชะลอไตเสื่อม 2) เพื่อศึกษารูปแบบการสนับสนุนจัดการตนเอง 3) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแบบแผนการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม

วิธีศึกษา เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2565 ถึงเดือน พฤษภาคม 2566 พื้นที่ศึกษาศึกษาคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 2) กลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยได้แก่ แพทย์ 1 คน พยาบาล 5 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และนักโภชนาการ 1 คน ขั้นตอนดำเนินการวิจัยมี 4 ระยะดังนี้ **ระยะที่ 1** วิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis Phase) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 10 คน และทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 9 คน ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด 20 ฉบับ **ระยะที่ 2** ขั้นตอนการพัฒนา (Development Phase) ผู้วิจัยได้สะท้อนข้อมูลที่เป็นปัญหาในระยะที่ 1 ในที่ประชุม PCT อายุรกรรม เพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จัดแยกคลินิก NCD ออกจาก OPD มีศูนย์เรียนรู้ (NCD learning center) ให้บริการคลินิกโรคไตเรื้อรังทุกวันอังคาร เตรียมสื่อสุขภาพต่างๆ จัดตารางให้ความรู้โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานงานในการดูแล **ระยะที่ 3** (Implementation) นำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 จำนวน 100 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่ม (random sampling) กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า การรับรู้และการติดต่อสื่อสารได้ปกติ ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แบบ

ประเมินความรู้ แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ ใช้การทดลองแบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลัง ให้การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ติดตามผล 12 เดือน ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังและตัวชี้วัดทางคลินิกก่อนและหลัง โดยใช้สถิติ paired t-tests

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79 อายุเฉลี่ย 64.13 ปี โรคร่วมความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 79 ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 72 ดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะน้ำหนักเกินถึงอ้วน ร้อยละ 56 กลุ่มตัวอย่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.88 อายุเฉลี่ย 37.8 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยตัวชี้วัดทางคลินิก ได้แก่ ค่า FBS, HbA1c, Creatinine ,eGFR ,Systolic BP, Diastolic BP และ BMI พบว่า ค่า HbA1c, Cr ,eGFR ความรู้ และพฤติกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่า FBS ,BMI ,Systolic BP และ Diastolic BP ไม่แตกต่างกัน ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบบริการผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 อยู่ในระดับมาก

อภิปรายผล ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย พบว่าจากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่ารูปแบบการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่ชัดเจน สื่อสุขภาพไม่เพียงพอ และจากการทบทวนเวชระเบียนพบว่า ผู้ป่วยบางรายมีการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้องทำให้การดำเนินของโรคเร็วขึ้น จึงมีการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย เน้นการให้ความรู้โดยทีมสหวิชาชีพ มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีประสานงานการดูแล และจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เสริมพลังให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผลหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า ค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย และตัวชี้วัดทางคลินิก ได้แก่ HbA1c, Cr ,eGFR ความรู้ และพฤติกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังจัดกิจกรรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยดีกว่าก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่า รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม (สมเด็จโมเดล) ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคด้วยการใช้นวัตกรรมร้อยโบสไต้ดี สามารถนำความรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง ทำให้เกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ส่วนค่า FBS, BMI ,Systolic BP และ Diastolic BP ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองได้แก่ การมีไขมันในเลือดสูง ระยะเวลาการเป็นเบาหวานนาน พฤติกรรมบริโภคที่ซับซ้อนและผลไม่ตามฤดูกาล ด้านยาพบว่า มีการนำยาออกจากห่อฟรอยด์ หักแบ่งตามขนาดการรักษาเพื่อความสะดวกในการรับประทาน ด้านออกกำลังกายมีการเปลี่ยนแปลงน้อยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับน้ำหนักเกินถึงอ้วน

ข้อเสนอแนะ 1) การนำรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไปปรับใช้ ควรศึกษาบริบทของโรงพยาบาล และปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม 2) ควรมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการ

รายการนี้กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น และมอบหมายงานให้พยาบาลผู้จัดการรายการนี้ ได้ดำเนินงานในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยได้เต็มศักยภาพ

เอกสารอ้างอิง

- ไพศาล ไตรศิริโชค , หลั่งพร อุตศาสตร์ และ วราทิพย์ แก่นการ (2561) ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อชะลอ โรคไตเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2562, 34(6) : 552-5585.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center): ศูนย์เทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข; [สืบค้นเมื่อ 1 มิ.ย.2565]. แหล่งข้อมูล
- วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี,และสุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ.(2559).ตำราโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น
- Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med 2003; 21: 1-7
- Thailand Renal Replacement Therapy Registry 2012 Report. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (เข้าถึงเมื่อ 24 เมษายน 2559). เข้าถึงได้จาก :<http://www.nephrothai.org/trt/trt-l.asp>

การนำเสนอผลงาน ปี 2566

1. การประชุมวิชาการระดับกระทรวง ประเภท Oral presentation สาขา การพยาบาล
2. การประชุมวิชาการของสถาบันบริหารสาธารณสุข (สบส.) ประเภท Poster presentation

การพัฒนารูปแบบการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) แบบ Drip and ship ในผู้ป่วย

Stroke Fast track โรงพยาบาลสมเด็จ

จิราภา นาถ่านาค

โรงพยาบาลสมเด็จ อำเภอสุมเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมอง คือ สภาวะตีบตัน แตกจากหลอดเลือดสมอง ทำให้เลือดและออกซิเจนไปหล่อเลี้ยงสมองไม่ได้จนสมองเกิดความเสียหาย และเป็นสาเหตุหลักของอัมพฤกษ์ อัมพาต การวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและการรักษาที่ถูกต้อง ทันทีทั้งนี้ จะสามารถลดอัตราการตายและการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด ภายใน 4 ชั่วโมง 30 นาที ตั้งแต่เริ่มมีลิ่มเลือดอุดตัน โรงพยาบาลสมเด็จ ได้มีการพัฒนาเพิ่มศักยภาพการวินิจฉัยโดย CT scan และให้ยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลชุมชน แบบ Drip and ship หลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วจึงส่งผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายต่อไป รูปแบบการดูแลในลักษณะนี้จะสามารถลดระยะเวลาที่จะต้องเสียไปกับการเดินทางเพื่อส่งผู้ป่วยมารับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดเร็วขึ้น เพิ่มโอกาสการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดให้มากขึ้น และลดระยะเวลา Door to Needle time วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวทางระบบการส่งต่อแบบ Drip and Ship, เพิ่มการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด และลดระยะเวลา Door to Needle time การศึกษานี้ศึกษาในผู้ป่วย Stroke Fast track ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 – 31 พฤษภาคม 2566 ผลการศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการบริการสูงมากขึ้น มีผู้ป่วยได้รับยา rt-PA คิดเป็นร้อยละ 22.72 ของผู้ป่วย acute ischemic stroke ซึ่งสูงกว่าปี 2565 และยิ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทยร้อยละ 3.6 โดยสามารถทำเวลา Door to needle time ภายใน 60 นาที ได้ร้อยละ 85.71 ใช้เวลาเฉลี่ยเพียง 36.4 นาทีต่อราย และได้รับการทำ CT scan brain มากกว่าร้อยละ 100 ของผู้ป่วย Acute stroke และสามารถรองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลใกล้เคียงได้ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ในผู้ป่วย Stroke Fast track แบบ Drip and ship สามารถเพิ่มโอกาสการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดได้มากขึ้น และลดอัตราการตายและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ : ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA), Drip and ship, Stroke Fast track

การพัฒนารูปแบบการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) แบบ Drip and ship ในผู้ป่วย

Stroke Fast track โรงพยาบาลสมเด็จ

หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง คือ สภาวะตีบ ตัน แตกจากหลอดเลือดสมอง ทำให้เลือดและออกซิเจนไปหล่อเลี้ยงสมองไม่ได้จนสมองเกิดความเสียหาย และเป็นสาเหตุหลักของอัมพฤกษ์ อัมพาต แบ่งเป็น 2 ชนิด โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) พบประมาณ 15-20% และโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) พบประมาณ 75-80% ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด การวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว และการรักษาที่ถูกต้องอย่างทันท่วงทีจะสามารถลดอัตราการตายและการเกิดภาวะแทรกซ้อนลงได้มาก โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย Ischemic stroke นี้จะได้ผลดีหากให้ภายใน 4 ชั่วโมง 30 นาที ตั้งแต่เริ่มมีลิ่มเลือดอุดตัน เดิมการรักษา ผู้ป่วย acute ischemic stroke ด้วยยาละลายลิ่มเลือดนั้น ทำได้เพียงโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งที่ผ่านมาโรงพยาบาลสมเด็จได้พัฒนาระบบ ทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast track) เพื่อให้มีระบบการส่งต่อที่รวดเร็วที่สุด เพื่อส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งมีเครื่อง CT scan และอายุรแพทย์ประสาทวิทยา ที่สามารถพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ แต่พบว่าผู้ป่วย acute ischemic stroke ที่ส่งไป ได้รับยาเพียงร้อยละ 5.88 ส่วนหนึ่งเพราะระหว่างทางส่งต่อจะส่งผลให้ Onset to Door ยาวออกไปเกิน 4.5 ชม. เป็นข้อห้ามหนึ่งในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ดังนั้นโรงพยาบาลสมเด็จร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายจังหวัดกาฬสินธุ์ จึงได้มีการพัฒนาเพิ่มศักยภาพการวินิจฉัยโดย CT scan และให้ยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลชุมชน แบบ Drip and ship ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีการประเมินผู้ป่วยและตรวจภาพทางรังสีวิทยาของสมองที่โรงพยาบาลสมเด็จและปรึกษาประสาทแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่โรงพยาบาลแม่ข่ายจังหวัดกาฬสินธุ์ในการตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันระยะเฉียบพลันด้วยยาละลายลิ่มเลือด หลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วจึงส่งผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายต่อไป รูปแบบการดูแลในลักษณะนี้จะสามารถลดระยะเวลาที่จะต้องเสียไปกับการเดินทางเพื่อส่งผู้ป่วยมารับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดเร็วขึ้น เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดให้มากขึ้น และลดระยะเวลา Door to Needle time

วัตถุประสงค์

1. มีการพัฒนาแนวทางการส่งต่อแบบ “Drip and Ship ”ในโรงพยาบาลสมเด็จ
2. เพิ่มการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ตัน ที่มาถึงรพ.ภายใน 4.5 ชม.
3. เพื่อลดระยะเวลา Door to Needle time

ขอบเขตของการศึกษา

1. ขอบเขตด้านตัวแปร

1.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ การพัฒนาการรูปแบบการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) แบบ drip and ship ในผู้ป่วย Stroke Fast track โรงพยาบาลสมเด็จ

1.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ผลการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)ในผู้ป่วย Stroke Fast track โรงพยาบาลสมเด็จ

2. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร คือ ผู้ป่วย Stroke Fast track

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย Stroke Fast track ระหว่าง เดือน 1 ตุลาคม 2565 – 31

พฤษภาคม 2566

วิธีศึกษา

1. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จัดทำห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เพิ่มศักยภาพการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองโดยสามารถ CT brain NC ในผู้ป่วย Stroke Fast track ประกันเวลาอ่านผล Official 30 นาที
2. ประชุมคณะกรรมการ เพื่อจัดทำแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย Stroke Fast track ที่มีข้อบ่งชี้ในการให้ยา rt-PA
3. ประชุมชี้แจง แนวทางการให้ยาละลายลิ่มเลือด และขั้นตอนการรับผู้ป่วย stroke Fast track จากโรงพยาบาลลูกข่ายข้างเคียงและการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA ให้กับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย
4. ซ้อมแผนเสมือนจริง เพื่อทบทวนขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย Stroke Fast track ที่ได้รับยา rt-PA
5. ศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบทุกรายที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ผล ผลของการพัฒนาการปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ในผู้ป่วย Stroke Fast track โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

ผลการศึกษา

ผลการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ในผู้ป่วย Stroke Fast track

ผลการดำเนินงาน	ปี 65 (1 ตุลาคม 64 - 30 กันยายน 65)	ปี 66 (1 ตุลาคม 65 - 31 พฤษภาคม 66)
ร้อยละผู้ป่วย stroke Fast track	44.44% (36/81คน)	60.00% (51/83คน)
ร้อยละผู้ป่วย Stroke Fast track ที่ได้รับยา rt-PA	5.88%	22.72%
Door to needle time ภายใน 60 นาที	NA	85.71 % เฉลี่ย 36.4 นาทีต่อราย
อัตราการได้ทำ CT brain NC	NA	100%

อภิปรายผล

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการเข้าถึงบริการสูงมากขึ้นมีผู้ป่วยได้รับยา rt-PA คิดเป็นร้อยละ 22.72 ของผู้ป่วย acute ischemic stroke ซึ่งสูงกว่าปี 65 และยิ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทยที่ร้อยละ 3.6 โดยที่สามารถ ทำเวลา Door to needle time ภายใน 60 นาที ร้อยละ 85.71 ใช้เวลาเฉลี่ยเพียง 36.4 นาทีต่อราย และได้รับการทำ CT scan brain มากกว่าร้อยละ 100 ของผู้ป่วย Acute stroke สิ่งที่น่าภาคภูมิใจ คือสามารถรับ refer ผู้ป่วย Stroke Fast track จากโรงพยาบาลลูกข่ายใกล้เคียงได้ ได้แก่ โรงพยาบาลนาบอน โรงพยาบาลคำม่วง และโรงพยาบาลสามชัย ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนารูปแบบในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ในผู้ป่วย Stroke Fast track แบบ Drip and ship ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ร่วมกับเขตสุขภาพที่ 7 และโรงพยาบาลแม่ข่ายจังหวัดกาฬสินธุ์ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบในการให้ยาละลาย

ลิ้มเลือด (rt-PA) ในผู้ป่วย Stroke Fast track แบบ Drip and ship สามารถเพิ่มโอกาสการเข้าถึงยาละลายลิ้มเลือดได้มากขึ้น และลดอัตราการตายและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้

การนำเสนอผลงาน ปี 2566

1. การประชุมวิชาการระดับเขต 7 ประเภท Oral presentation สาขา การพยาบาล
2. การประชุมวิชาการระดับกระทรวง ประเภท Poster presentation สาขา การพยาบาล

การศึกษาปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ในอำเภอสมเด็จ

Study of the inappropriate drug use problem that causes Adverse drug reactions in Somdet District

ภัทรพร ภูลีนลาย ภ.ม.

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสมเด็จ

บทคัดย่อ

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (rational drug use; RDU) คือ การที่ประชาชนได้รับยาที่เหมาะสมตรงกับ ความจำเป็น หลักการที่เป็นหัวใจของการพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน คือ การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาลและชุมชน ระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพเชิงรุกในโรงพยาบาล จะเป็นข้อมูลส่งต่อไปสู่การจัดการความเสี่ยงในชุมชนได้ การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์, ศึกษาปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมในอำเภอสมเด็จ และศึกษาอัตราชุกของการป่วยในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง วิธีการศึกษา ค้นหาปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมจากรหัสวินิจฉัยโรค (ICD-10) จากฐานข้อมูลผู้รับบริการในหน่วยบริการ เวชระเบียน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563- 31 มีนาคม 2566 จากนั้นนำมาหาอัตราชุกของการป่วย ผลการศึกษา พบว่า จากการค้นหาจากรหัสวินิจฉัยโรค (ICD-10) เกิด UGI Bleeding ทั้งหมด 106 ราย พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ปี 2563-2566 จำนวน 2 ครั้ง, 0 ครั้ง, 4 ครั้ง และ 1 ครั้ง ตามลำดับ การเกิด Acute kidney disease Bleeding ทั้งหมด 216 ราย ไม่พบการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ส่วนการใช้ยาไม่เหมาะสมจากการค้นเวชระเบียน จำนวน 655 ราย พบว่า มีปัญหาการใช้ยา จำนวน 4 ครั้ง, 4 ครั้ง, 9 ครั้ง และ 7 ครั้ง ตามลำดับ ปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมในอำเภอสมเด็จ พบว่า ตำบลดิ่งที่พบมากที่สุดคือ สมเด็จ มี 8 ครั้ง (25.81%) รองลงมา คือ หมู่ม่น 6 ครั้ง (19.35%) และ ผาเสวย, หนองแวง, ลำห้วยหลวง มี 4 ครั้ง (12.90%) อัตราชุกของการป่วย พบว่า อัตราชุกของการเกิด UGI Bleeding จากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในอำเภอสมเด็จ ปี 2563 – 2566 เท่ากับ 7.14, 0, 8.16 และ 7.14 ตามลำดับ และอัตราชุกของการใช้ยาไม่เหมาะสมในผู้ป่วยรับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เท่ากับ 2.58, 2.26, 5.14 และ 4.73 ตามลำดับ ดังนั้น การค้นหาปัญหาจากการใช้ยาไม่เหมาะสมเพื่อนำมาใช้ในการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล สามารถนำมาจัดการความเสี่ยงเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนได้

คำสำคัญ : การใช้ยาไม่เหมาะสม, การใช้ยาอย่างสมเหตุผล, อาการไม่พึงประสงค์

การศึกษาปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ในอำเภอสมเด็จ

หลักการและเหตุผล

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (rational drug use; RDU) คือ การที่ประชาชนได้รับยาที่เหมาะสมกับความจำเป็นด้าน สุขภาพในขนาดและระยะเวลาที่ถูกต้อง เกิดเป็นค่าใช้จ่าย น้อยที่สุดต่อตัวผู้ป่วยและสังคม หลักการซึ่งเป็นหัวใจของการพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน คือ การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาล (Proactive Hospital Based Surveillance) และ การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพเชิงรุกในโรงพยาบาลและปัจจัยเสี่ยงให้เกิดผลกระทบ ต่อสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลส่งต่อไปสู่การจัดการความเสี่ยงเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ดังนั้นหากต้องการข้อมูลเพื่อให้เกิดการจัดการเชิงระบบ และเห็นแนวโน้มของการกระจายของปัญหาฯ จนสามารถแจ้งเตือนภัยกับผู้บริโภคได้ รวมถึงการจัดการข้อมูลเพื่อสื่อสารความเสี่ยงจนนำไปสู่การจัดการ ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลในชุมชน จะต้องมีการเฝ้าระวัง ความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล (Proactive Hospital based surveillance) ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจจะค้นหาปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการหาความสัมพันธ์ของลักษณะอาการ (Trigger) คือ การลงรหัสวินิจฉัยโรค (ICD-10) โดยค้นหาปัญหาจากฐานข้อมูลผู้รับบริการในหน่วยบริการ เวชระเบียน เพื่อนำมาใช้ในการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล และนำข้อมูลส่งต่อไปสู่การจัดการความเสี่ยงเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์
2. ศึกษาปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมในตำบลในเขตอำเภอสมเด็จ
3. ศึกษาอัตราชุกของการป่วย (prevalence rate) ที่มีสาเหตุจากยาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

วิธีศึกษา

1. ค้นหารหัสวินิจฉัยโรค (ICD-10) ที่กำหนด กับอาการไม่พึงประสงค์ของยา ในเขตอำเภอสมเด็จ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562- 31 มีนาคม 2566
2. ค้นหาอาการไม่พึงประสงค์ของยาจากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตาม trigger ที่กำหนด โดยค้นหาจากเวชระเบียน
3. ศึกษาอัตราชุกของการป่วย (prevalence rate) ที่มีสาเหตุจากยาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตาม trigger
4. นำผลการศึกษามาวิเคราะห์และสรุปผลโดยจำแนกตามตำบลในเขตอำเภอสมเด็จ

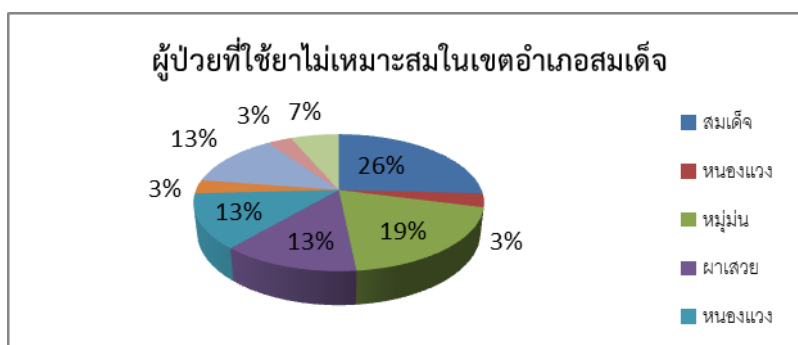
ผลการศึกษา

1. ศึกษาปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการค้นหาจากรหัสวินิจฉัยโรค (ICD-10)

1.1 ปัญหาจากการใช้สารเสพติด/แอลกอฮอล์ (F191: การใช้สารเสพติด, Z715: การให้คำปรึกษาจากการใช้สารเสพติด/แอลกอฮอล์) ปีงบประมาณ 2563-2566 พบ 35 ครั้ง, 201 ครั้ง, 94 ครั้ง และ 11 ครั้ง ตามลำดับ

1.2 ปัญหาจากการใช้ยาเสพติด (F550-F559) ปีงบประมาณ 2563-2566 พบ 35 ครั้ง, 15 ครั้ง, 4 ครั้ง และ 5 ครั้ง ตามลำดับ

- 1.3 แพ้ยาสัมพันธ์กับยาปฏิชีวนะ (Y400-Y409) ปีงบประมาณ 2563-2566 พบทุกปี ปีละ 1 ครั้ง โดยปี 2563, 2564 และ 2566 แพ้ยาสัมพันธ์กับยา Ceftriaxone ปี 2565 แพ้ยาสัมพันธ์กับยา cefdinir
- 1.4 Y453 สัมพันธ์กับยา NSAIDs ปีงบประมาณ 2563 พบ 1 ครั้ง จาก Ibuprofen, 2564 พบ 2 ครั้ง จาก Ibuprofen และ DICLOFENAC, 2565 พบ 1 ครั้ง จาก Ibuprofen และ 2566 ไม่พบยา
- 1.5 การค้นหาอาการที่สวิตช์โรค (ICD-10) เกิด UGI Bleeding ทั้งหมด 106 ราย ปี 2563-2566 พบ 28 ครั้ง, 15 ครั้ง, 49 ครั้ง และ 14 ครั้ง ตามลำดับ พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จำนวน 2 ครั้ง, 0 ครั้ง, 4 ครั้ง และ 1 ครั้ง ตามลำดับ
- 1.6 การเกิด Acute kidney disease Bleeding ทั้งหมด 216 ราย พบ 72 ครั้ง, 49 ครั้ง, 51 ครั้ง และ 44 ครั้ง ตามลำดับ แต่ไม่พบการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม
- 1.7 การใช้ยาไม่เหมาะสม(สมุนไพร/ยาแก้ปวด/ยาชุด)จากการค้นเวชระเบียน จำนวน 655 ราย พบว่ามีปัญหาการใช้ยา จำนวน 4 ครั้ง, 4 ครั้ง, 9 ครั้ง และ 7 ครั้ง ตามลำดับ
2. ปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมในอำเภอสมเด็จ พบว่า ตำบลที่พบมากที่สุด คือ สมเด็จ มี 8 ครั้ง (25.81%) รองลงมา หมู่น 6 ครั้ง (19.35%) และ ผาเสวย, หนองแวง, ลำห้วยหลวง 4 ครั้ง (12.90%)



3. อัตราชุกของการป่วย พบว่าอัตราชุกของการเกิด UGI Bleeding จากการที่ใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในอำเภอสมเด็จ ปี 2562 – 2566 เท่ากับ 7.14, 0, 8.16 และ 7.14 ตามลำดับ และอัตราชุกของการใช้ยาไม่เหมาะสม (สมุนไพร/ยาแก้ปวด/ยาชุด) ในผู้ป่วยรับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เท่ากับ 2.58, 2.26, 5.14 และ 4.73 ตามลำดับ

สรุปผลและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า การค้นหาปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ จากการหาความสัมพันธ์ของลักษณะอาการ (Trigger) คือ การลงรหัสวินิจฉัยโรค (ICD-10) โดยค้นหาปัญหาจากฐานข้อมูลผู้รับบริการในหน่วยบริการ เวชระเบียน เพื่อนำมาใช้ในการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล สามารถนำข้อมูลส่งต่อไปสู่การจัดการความเสี่ยงเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการค้นหาปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์แบบไปข้างหน้า
2. ศึกษาปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมในชุมชน โดยอาจเริ่มต้นจากตำบลที่พบปัญหามากที่สุด

ผลการลดอัตราการปนเปื้อนในผ้าและเครื่องมือแพทย์

วิภารัชญ์ ประมวลปรีชา

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จ

บทคัดย่อ

งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลสมเด็จ พบการปนเปื้อนในผ้าเปื้อนและเครื่องมือแพทย์ที่ใช้แล้ว บ่อยครั้งเฉลี่ยเดือนละ 100 ชิ้น ซึ่งมีทั้งของมีคมและขยะติดเชื้อ ส่งผลให้เจ้าหน้าที่จ่ายกลาง ถูกของมีคมทิ่มตำ, เสี่ยงต่อการติดเชื้อและทำให้เสียเวลาในการคัดแยกแต่ละครั้ง รวมทั้งทำให้เครื่องซักผ้าราคาแพงชำรุดในบางครั้ง จากของมีคมที่ปนมากับผ้าเปื้อนขณะเข้าเครื่องซักผ้า วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อศึกษาสถานการณ์การปนเปื้อนในผ้าและเครื่องมือแพทย์, ศึกษาแนวทางในการลดการปนเปื้อนในผ้าและเครื่องมือแพทย์ และศึกษาผลของแนวทางในการลดการปนเปื้อนในผ้าและเครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จ การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) วิธีการศึกษา ทบทวนและพัฒนาแนวทางในการลดการปนเปื้อนในผ้าและเครื่องมือแพทย์ โดยจัดให้มีการคัดแยกขยะให้ถูกต้อง มีถังผ้าเปื้อนและถังเครื่องมือแพทย์และป้ายแนะนำการทิ้งผ้าเปื้อน ตรวจสอบสิ่งแปลกปลอมทุกตึก กรณีผ้าที่ญาติเปลี่ยนแปลงเอง แจ้งญาติทุกครั้งให้เอาสิ่งแปลกปลอมออกก่อน และกรณีพบสิ่งปนเปื้อนทบทวนเหตุการณ์ทุกครั้งเพื่อหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข ผลการศึกษาพบว่า อัตราการปนเปื้อนสิ่งของในผ้าเปื้อนและเครื่องมือแพทย์ลดลง ในปี 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 0.76, 0.02 และ 0.01 ตามลำดับ

เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการปนเปื้อนในผ้าเปื้อนและเครื่องมือแพทย์ เป็น 0 ตั้งแต่ปี 2561-2566 และเจ้าหน้าที่จ่ายกลางถูกของมีคมทิ่มตำ จากการปนเปื้อนในผ้าและเครื่องมือแพทย์ในปี 2562 จำนวน 1 ราย หลังจากมีการทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ยังไม่พบเจ้าหน้าที่จ่ายกลางถูกของมีคมทิ่มตำ ตั้งแต่ปี 2563-2566 จากการศึกษาผลของแนวทางในการลดการปนเปื้อนในผ้าและเครื่องมือแพทย์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2565- มิถุนายน 2566 พบว่า ในปี 2566 ยังพบการปนเปื้อนในผ้าเปื้อนและเครื่องมือแพทย์ที่ใช้แล้ว แต่ลดลงจากเดิม เหลือเฉลี่ยเดือนละ 5-10 ชิ้น อัตราการปนเปื้อนสิ่งของในผ้าเปื้อนและเครื่องมือแพทย์ พบร้อยละ 0.01 ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อ จากของปนเปื้อนและอุบัติการณ์ถูกของมีคมทิ่มตำ/สารคัดหลั่งจากของปนเปื้อนและไม่มีการชำรุดของเครื่องซักผ้า จากการปนเปื้อนในผ้าเปื้อนและเครื่องมือแพทย์ที่ใช้แล้ว ดังนั้น การมีแนวทางในการลดการปนเปื้อนในผ้าและเครื่องมือแพทย์ ทำให้อัตราการปนเปื้อนสิ่งของในผ้าเปื้อนและเครื่องมือแพทย์ลดลง และลดอุบัติการณ์การติดเชื้อและถูกของมีคมทิ่มตำ/สารคัดหลั่งจากของปนเปื้อนได้

คำสำคัญ : การปนเปื้อนในผ้าและเครื่องมือแพทย์

ผลการลดอัตราการปนเปื้อนในผ้าและเครื่องมือแพทย์

บทนำ

งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลสมเด็จ พบการปนเปื้อนในผ้าเปื้อนและเครื่องมือแพทย์ที่ใช้แล้ว บ่อยครั้งเฉลี่ยเดือนละ 100 ชิ้น ซึ่งมีทั้งของมีคมและขยะติดเชื้อ ส่งผลให้เจ้าหน้าที่จ่ายกลาง ถูกของมีคมทิ่มตำ, เสี่ยงต่อการติดเชื้อและทำให้เสียเวลาในการคัดแยกแต่ละครั้ง รวมทั้งทำให้เครื่องซักผ้าราคาแพงชำรุดในบางครั้ง จากของมีคมที่ปนมากับผ้าเปื้อนขณะเข้าเครื่องซักผ้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การปนเปื้อนในผ้าและเครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จ
2. ศึกษาแนวทางในการลดการปนเปื้อนในผ้าและเครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จ
3. ศึกษาผลของแนวทางในการลดการปนเปื้อนในผ้าและเครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จ

รูปแบบงานวิจัย

Action Research

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ประชุมเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องทุกตึก
2. ออกแบบบันทึกการปนเปื้อนร่วมกับทีมงาน IC เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล
3. กำหนดแนวทางในการลดการปนเปื้อนในผ้าและเครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จ ได้แก่
 - 3.1. ย้ำการคัดแยกขยะให้ถูกต้อง
 - 3.2. จัดให้มีถังผ้าเปื้อนและถังเครื่องมือแพทย์ ให้เพียงพอทุกตึก
 - 3.4. จัดทำป้ายแนะนำการทิ้งผ้าเปื้อนและเครื่องมือแพทย์ ให้ชัดเจน ติดที่ฝาถัง
 - 3.5. ติดตรวจเช็คสิ่งแปลกปลอมออกให้หมดทุกครั้ง ก่อนทิ้งผ้าเปื้อนและเครื่องมือแพทย์ที่ใช้แล้ว ลงในถังผ้าเปื้อน และถังเครื่องมือแพทย์
- 3.6. กรณีญาติเปลี่ยนผ้าให้ผู้ป่วยเอง เจ้าหน้าที่ต้องกำชับญาติทุกครั้งให้อาสิ่งแปลกออกก่อน ทิ้งผ้าลงถัง
- 3.7. กรณีพยาบาลเข้า case ทำหัตถการเสร็จ ต้องคัดแยกของมีคม และขยะออกก่อนนำเครื่องมือลงในถัง ทุกครั้ง
- 3.8. ติดกล้องวงจรปิดบริเวณทิ้งผ้าเปื้อนและเครื่องมือแพทย์ เพื่อติดตามการทิ้งผ้าเปื้อน ว่าผิดพลาดที่จุดไหน
- 3.9. ประสานหัวหน้าตึกทุกครั้งกรณีพบสิ่งปนเปื้อน เพื่อกระตุ้นน้องๆ ที่ตึกให้ตระหนักและเห็นความสำคัญ
- 3.10. ทบทวนเหตุการณ์ทุกครั้งเพื่อหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข
- 3.11. IC-Round ทุกเดือนเพื่อดูการทิ้งผ้าเปื้อนและเครื่องมือแพทย์ ตามตึกต่างๆ
- 3.12. ลงบันทึกความเสี่ยงต่างๆ ทุกครั้งในโปรแกรม เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาและปรับปรุงให้เหมาะสมต่อไป
- 3.13. ใช้พิจารณาประกอบความดีความชอบในแต่ละปี กรณีไม่พบของปนเปื้อนในแต่ละตึก แต่ละคน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สถานการณ์การปนเปื้อนในผ้าเปื้อนและเครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระ

1. อัตราการปนเปื้อนสิ่งของในผ้าเปื้อนและเครื่องมือแพทย์ พบว่าลดลงเรื่อยๆโดยเฉพาะจากปี2564=0.76% เหลือ 0.02%ในปี2565 และ0.01%ในปี2566
2. อัตราการติดเชื้อ จากของปนเปื้อน=0 ตั้งแต่ ปี2562-2566
3. อัตราการถูกของมีคมทิ่มตำ/สารคัดหลั่ง จากของปนเปื้อน ในปี2562 จำนวน1 ราย หลังจากมีการทบทวน ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ยังไม่พบเจ้าหน้าที่จ่ายกลางถูกของมีคมทิ่มตำ ตั้งแต่ปี2563-2566

ปัญหาและแนวทางแก้ไข

ปี2566 แม้จะยังพบการปนเปื้อนในผ้าเปื้อนและเครื่องมือแพทย์ที่ใช้แล้ว ลดลงเหลือเฉลี่ยเดือนละ 5-10 ชิ้น ซึ่งมีทั้งของมีคมและขยะติดเชื้อ แต่ไม่มีการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ ,ไม่มีของมีคมทิ่มตำ และไม่มีการ ชำรุดของเครื่องซักผ้า จากการปนเปื้อนในผ้าเปื้อนและเครื่องมือแพทย์ที่ใช้แล้ว

การแก้ไข

1. ย้ำการคัดแยกขยะให้ถูกต้องกับผู้เกี่ยวข้องทุกคน พร้อมชี้ให้เห็นความสำคัญ หากไม่คัดแยกของปนเปื้อน ออก
2. ย้ำพยาบาลที่เข้าcaseทำหัตถการต้องตรวจและคัดแยกของมีคม รวมถึงขยะออกก่อนนำเครื่องมือลงใน ถึงเครื่องมือที่ใช้แล้วทุกครั้ง
3. ใช้พิจารณาประกอบความดีความชอบในแต่ละปี กรณีไม่พบของปนเปื้อนในแต่ละตึก แต่ละคน

ผลของแนวทางในการลดการปนเปื้อนในผ้าเปื้อนและเครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระ ปี 2566

อัตราการปนเปื้อนสิ่งของในผ้าเปื้อนและเครื่องมือแพทย์=0.01%

อัตราการติดเชื้อ จากของปนเปื้อน=0

อัตราการถูกของมีคมทิ่มตำ/สารคัดหลั่ง จากของปนเปื้อน=0

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า สถานการณ์การปนเปื้อนในผ้าเปื้อนและเครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระ มีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ หลังจากมีการทบทวนและปรับแนวทางลดการปนเปื้อนในผ้าเปื้อนและเครื่องมือแพทย์ ให้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย ผู้บริหารโรงพยาบาล ควรมีบทบาทร่วมพิจารณาแก้ไขปัญหาพร้อมกับทีมนำ กรณี พบปัญหาเดิมๆ ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงที่รุนแรงตามมาเช่น การสัมผัสของมีคมปนลงไปกับผ้าเปื้อนและเครื่องมือแพทย์ และการศึกษาควรดำเนินการต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อความปลอดภัย ของคนทำงาน

เอกสารอ้างอิง

- สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์: 2560
- สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการ ติดเชื้อในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์: 2563

การนำเสนอผลงาน ปี 2566

1. การประชุมวิชาการระดับกระทรวง ประเภท Poster presentation สาขา การพยาบาล
3. การประชุมวิชาการของสถาบันบริหารสาธารณสุข (สบส.) ประเภท Poster presentation

**ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาแวการ์ฟารินแบบการให้คำปรึกษา
ก่อนพบแพทย์ (Pre-counseling) โรงพยาบาลสมเด็จ
Outcome of Pharmaceutical care in patients receiving warfarin as Pre-
counselling, Somdet Hospital**

ภัทรพร ภูกลิ่นลาย ภ.ม.

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสมเด็จ

บทคัดย่อ

ยาแวการ์ฟาริน เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีช่วงในการรักษาแคบ ขนาดยาที่เหมาะสมแต่ละรายแตกต่างกัน และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ โรงพยาบาลสมเด็จ ได้ปรับระบบการให้บริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาแวการ์ฟารินเป็นแบบก่อนพบแพทย์ (Pre-counseling) เพื่อให้เภสัชกรค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา และปัจจัยที่มีผลต่อค่า INR พร้อมเสนอแนวทางการปรับขนาดยาที่เหมาะสมแก่แพทย์ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาแวการ์ฟารินแบบ Pre-counseling และศึกษาปัญหาในการใช้ยา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey Research) โดยเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลจากโปรแกรมสำเร็จรูป Warfarin Registry Network (WaRN) และเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกการให้คำแนะนำปรึกษาของเภสัชกร เพื่อศึกษาปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในคลินิกแวการ์ฟารินอย่างต่อเนื่องติดต่อกัน ≥ 6 เดือนและมารับบริการ ≥ 3 ครั้งขึ้นไป ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 มิถุนายน 2566 ผลการศึกษา พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาแวการ์ฟาริน มี 241 ราย ตรวจ INR 2,495 ครั้ง มีค่า INR เข้าเป้าหมาย 1,138 ครั้ง (ร้อยละ 45.34) ระยะเวลาที่ค่า INR อยู่ในช่วงรักษามีค่าสูงสุด (TTR) ร้อยละ 65.21 มี Bleeding event 28 ครั้ง (ร้อยละ 0.55) เป็นระดับไม่รุนแรง (Minor) ส่วนการศึกษาปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับยาแวการ์ฟาริน มี 231 ราย อายุเฉลี่ย 66.39 ปี พบว่า มีปัญหาในการใช้ยาปี 2564-2566 177 ครั้ง, 175 ครั้ง และ 148 ครั้ง ตามลำดับ ส่วนใหญ่เกิดจากอันตรกิริยากับอาหาร 115 ครั้ง (64.97%), 107 ครั้ง (61.14%), และ 95 ครั้ง (64.19%) ตามลำดับ รองลงมา คือ กินยาไม่ถูก/ลืมกินยา 36 ครั้ง (20.34%), 30 ครั้ง (17.14%), และ 20 ครั้ง (13.51%) ปัญหาการซื้อยากินเอง สมุนไพร/อาหารเสริม 10 ครั้ง (5.65%), 10 ครั้ง (5.71%), และ 10 ครั้ง (6.99%) ตามลำดับ ซึ่งจากการพัฒนาระบบบริหารผู้ป่วยโดยจัดให้มีการให้คำปรึกษาผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ พบว่า INR เข้าเป้าหมายเพิ่มขึ้น, ระยะเวลาที่ค่า INR อยู่ในช่วงรักษามีค่าสูงสุดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และภาวะเลือดออกผิดปกติชนิดไม่รุนแรงลดลง ส่งผลให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

คำสำคัญ : แวการ์ฟาริน, Pre-counseling, ปัญหาในการใช้ยา

ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินแบบการให้คำปรึกษา ก่อนพบแพทย์ (Pre-counseling) โรงพยาบาลสมเด็จ

หลักการและเหตุผล

ยาแอสไพริน เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานที่ใช้ป้องกันและรักษาการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในผู้ป่วยที่มีภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ หรือใช้ป้องกันภาวะการอุดตันของเลือด เป็นต้น จากเดิม โรงพยาบาลสมเด็จ มีการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดแอสไพรินเป็นรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมแบบหลังพบแพทย์ (Post-counseling) โดยเภสัชกรจะทำการตรวจสอบความเหมาะสมของขนาดยาที่แพทย์สั่งใช้ก่อนส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย หากพบปัญหาจากการใช้ยาจะทำการปรึกษาแพทย์อีกครั้ง เภสัชกรจึงมีระยะเวลาในการจ่ายยาและให้คำปรึกษาค่อนข้างน้อย ทำให้ไม่สามารถค้นหาปัญหาที่เกิดจากยาได้อย่างครอบคลุม ต่อมาปี 2564 จึงได้ปรับระบบการให้บริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยนอกคลินิกยาต้านการแข็งตัวของเลือดแอสไพรินเป็นแบบก่อนพบแพทย์ (Pre-counseling) เพื่อให้เภสัชกรสามารถประเมินและค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ประเมินปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ประเมินความสอดคล้องของค่า INR กับขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับ และปัจจัยต่างๆที่อาจมีผลต่อค่า INR พร้อมทั้งเสนอแนวทางการปรับขนาดยาที่เหมาะสมให้แก่แพทย์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยหลังใช้รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมแบบก่อนพบแพทย์ (Pre-counseling) ในคลินิกแอสไพริน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินแบบการให้คำปรึกษาก่อนพบแพทย์ (Pre-counseling)
2. ศึกษาปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey Research) โดยเก็บข้อมูลจากการให้คำปรึกษาผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ (Pre-Counseling) จากนั้นเปรียบเทียบผลลัพธ์จากตัวชี้วัดและภาวะแทรกซ้อน โดยข้อมูลตัวชี้วัดที่นำมาเปรียบเทียบเป็นข้อมูลผู้ป่วยที่เก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลจากโปรแกรมสำเร็จรูป Warfarin Registry Network (WaRN) และจากแบบบันทึกการให้คำแนะนำปรึกษาของเภสัชกรโรงพยาบาลสมเด็จ

ประชากรที่ศึกษา : ผู้ป่วยรับยาแอสไพรินที่เข้ามารับบริการในคลินิกแอสไพริน โรงพยาบาลสมเด็จ ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือนและมารับบริการมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งขึ้นไป ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 มิถุนายน 2566

ผลการศึกษา

1. ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินแบบการให้คำปรึกษาก่อนพบแพทย์ (Pre-counseling)

จากการศึกษาการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยคลินิกแอสไพรินโดยการให้คำปรึกษาผู้ป่วยหลังพบแพทย์ (Post-Counseling) พบว่า ผู้ป่วยมารับบริการปีงบประมาณ 2561-2563 จำนวน 211 ราย ตรวจ INR 2,510 ครั้ง มีค่า INR เข้าเป้าหมาย จำนวน 1,086 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 43.27 จำนวนผู้ป่วยที่สามารถคำนวณ TTR ได้ 199 คน, % Days Within Range เฉลี่ย 62.42, % of Tests in Range เฉลี่ย 58.14 และ % Days Within Range > 65 จำนวน 94 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.24 และหลังจากการพัฒนาระบบบริหารผู้ป่วยโดย

จัดให้มีการให้คำปรึกษาผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ (Pre-Counseling) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 มิถุนายน 2566 พบว่า มีจำนวน 241 ราย ตรวจ INR 2,495 ครั้ง มีค่า INR เข้าเป้าหมาย จำนวน 1,138 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 45.34 จำนวนผู้ป่วยที่สามารถคำนวณ TTR ได้ 214 คน, % Days Within Range เฉลี่ย 65.21, % of Tests in Range เฉลี่ย 56.16 และ % Days Within Range > 65 จำนวน 119 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.61 การศึกษาอัตราการเกิดภาวะเลือดออกรุนแรงและภาวะลิ่มเลือดอุดตันชนิดรุนแรง จากการศึกษาการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยคลินิกการฟารินโดยการให้คำปรึกษาผู้ป่วยหลังพบแพทย์ (Post-Counseling) ปีงบประมาณ 2561-2563 พบว่า มี Bleeding event มีจำนวน 14 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.55 เป็นระดับไม่รุนแรง (Minor) ส่วนการพัฒนากระบวนการบริบาลผู้ป่วยโดยจัดให้มีการให้คำปรึกษาผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ (Pre-Counseling) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 มิถุนายน 2566 พบว่า มี Bleeding event มีจำนวน 28 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.55 เป็นระดับไม่รุนแรง (Minor)

2. ปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน

ผู้ป่วยรับยารวาร์ฟารินที่เข้ามารับบริการในคลินิกการฟาริน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือนและมารับบริการมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งขึ้นไป ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 มิถุนายน 2566 มีจำนวน 231 ราย เป็นผู้หญิง 106 ราย ผู้ชาย 107 ราย อายุเฉลี่ย 66.39 ปี (SD 13.08) เข้ามารับบริการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลามากกว่าเท่ากับ 6 ปี, 5 ปี, 4 ปี, 3 ปี, 2 ปี และ 1 ปี จำนวน 80 ราย, 28 ราย, 27 ราย, 23 ราย, 30 ราย และ 25 ราย ตามลำดับ จำนวนที่มารับบริการเฉลี่ย/ราย 25.38 ครั้ง (SD 14.47) มารับบริการเฉลี่ย/ปี 6.85 ครั้ง (SD 2.94) จากการศึกษาปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน ปีงบประมาณ 2564-2566 (ถึงเดือนมิถุนายน) พบว่า มีปัญหา 177 ครั้ง, 175 ครั้ง และ 148 ครั้ง ตามลำดับ ส่วนใหญ่เกิดจากอันตรกิริยากับอาหาร เช่น ผัก, นมถั่วเหลือง, กลัวย, มะม่วงสุก จำนวน 115 ครั้ง, 107 ครั้ง และ 95 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 64.97, 61.14 และ 64.19 ตามลำดับ รองลงมา คือ ปัญหารับประทานยาไม่ถูก/ลืมกินยา จำนวน 36 ครั้ง, 30 ครั้ง และ 20 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 20.34, 17.14 และ 13.51 ตามลำดับ และพบปัญหาการซื้อยากินเองที่ร้านชำ/ร้านยา/คลินิกและซื้อสมุนไพร/อาหารเสริม จำนวน 10 ครั้ง, 10 ครั้ง และ 10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 5.65, 5.71 และ 6.99 ตามลำดับ

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาผลลัพธ์ของการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟารินแบบการให้คำปรึกษาก่อนพบแพทย์ (Pre-counseling) พบว่า INR เข้าเป้าหมายของการรักษาเพิ่มขึ้น, ระยะเวลาที่ค่า INR อยู่ในช่วงรักษามีค่าสูงสุด (TTR) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ไม่พบภาวะเลือดออกผิดปกติและภาวะลิ่มเลือดอุดตันชนิดรุนแรง และภาวะเลือดออกผิดปกติชนิดไม่รุนแรงลดลง และปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน ส่วนใหญ่ พบว่า เกิดจากอันตรกิริยากับอาหาร รองลงมา คือ ปัญหารับประทานยาไม่ถูก/ลืมกินยา และยังพบปัญหาการซื้อยากินเองที่ร้านชำ/ร้านยา/คลินิกและซื้อสมุนไพร/อาหารเสริม ซึ่งการให้คำแนะนำปรึกษาในการใช้ยา รวมถึงการปฏิบัติตัว เน้นย้ำการรับประทานยาให้ถูกต้องยังมีความสำคัญในการให้บริการผู้ป่วยรับยารวาร์ฟาริน

ข้อเสนอแนะ หานวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วย, ทำปฏิทินรายปีและพัฒนาการบริบาลทางเภสัชในหอผู้ป่วย
การนำเสนอผลงาน ปี 2566

1. การประชุมวิชาการระดับเขต 7 ประเภท Poster presentation สาขา อาหารและยา
รางวัล รองชนะเลิศอันดับ 2 ประเภท Poster presentation สาขา อาหารและยา
2. การประชุมวิชาการของสถาบันบริหารสาธารณสุข (สบส.) ประเภท Poster presentation

ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟารินแบบการให้คำปรึกษาก่อนพบแพทย์ (Pre-counseling) โรงพยาบาลสมเด็จ

Outcomes of pharmaceutical care in patients receiving warfarin as Pre-counseling, Somdet Hospital



นางสาวภัทราพร ภูกลิ่นลาย เภสัชกรชำนาญการ
กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสมเด็จ

บทคัดย่อ

ยาตัวฟาริน เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีช่วงในการรักษาแคบ ขนาดยาที่เหมาะสมแต่ละรายแตกต่างกัน และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ โรงพยาบาลสมเด็จ ได้ปรับระบบการให้บริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟารินเป็นแบบก่อนพบแพทย์ (Pre-counseling) เพื่อให้เภสัชกรค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา และปัจจัยที่มีผลต่อค่า INR พร้อมเสนอแนวทางการปรับขนาดยาที่เหมาะสมแก่แพทย์ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟารินแบบ Pre-counseling และศึกษาปัญหาในการใช้ยา การวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental Research) โดยเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลจากโปรแกรมสำเร็จรูป Warfarin Registry Network (WaRN) และเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกการให้คำแนะนำปรึกษาของเภสัชกร เพื่อศึกษาปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกการฟารินอย่างต่อเนื่องติดต่อกัน ≥ 6 เดือนและมารับบริการ ≥ 3 ครั้งขึ้นไป ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 มิถุนายน 2566 ผลการศึกษา พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา ตัวฟาริน มี 241 ราย ตรวจ INR 2,495 ครั้ง มีค่า INR เข้าเป้าหมาย 1,138 ครั้ง (ร้อยละ 45.34) ระยะเวลาที่ค่า INR อยู่ในช่วงรักษามีค่าสูงสุด (TTR) ร้อยละ 65.21 มี Bleeding event 28 ครั้ง (ร้อยละ 0.55) เป็นระดับไม่รุนแรง (Minor) ส่วนการศึกษาปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟาริน มี 231 ราย อายุเฉลี่ย 66.39 ปี พบว่า มีปัญหาในการใช้ยาปี 2564-2566 177 ครั้ง, 175 ครั้งและ 148 ครั้ง ตามลำดับ ส่วนใหญ่เกิดจากอันตรกิริยากับอาหาร 115 ครั้ง (64.97%), 107 ครั้ง (61.14%), และ 95 ครั้ง (64.19%) ตามลำดับ รองลงมา คือ กินยาไม่ถูก/ลืมกินยา 36 ครั้ง (20.34%), 30 ครั้ง (17.14%), และ 20 ครั้ง (13.51%) ปัญหาการซื้อยากินเอง สมุนไพร/อาหารเสริม 10 ครั้ง (5.65%), 10 ครั้ง (5.71%), และ 10 ครั้ง (6.99%) ตามลำดับ ซึ่งจากการพัฒนาระบบบริหารผู้ป่วยโดยจัดให้มีการให้คำปรึกษาผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ พบว่า INR เข้าเป้าหมายเพิ่มขึ้น, ระยะเวลาที่ค่า INR อยู่ในช่วงรักษามีค่าสูงสุดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และภาวะเลือดออกผิดปกติชนิดไม่รุนแรงลดลง ส่งผลให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

บทนำ

ยาตัวฟาริน เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีช่วงในการรักษาแคบ ขนาดยาที่เหมาะสมแต่ละรายแตกต่างกัน และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ โรงพยาบาลสมเด็จ ได้ปรับระบบการให้บริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟารินเป็นแบบก่อนพบแพทย์ (Pre-counseling) เพื่อให้เภสัชกรค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา และปัจจัยที่มีผลต่อค่า INR พร้อมเสนอแนวทางการปรับขนาดยาที่เหมาะสมแก่แพทย์ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟารินแบบ Pre-counseling

ผลการศึกษา

1. ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟารินแบบการให้คำปรึกษาก่อนพบแพทย์ (Pre-counseling)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟาริน

ตัวชี้วัด	Pre-counseling (2561-2563)		2564-2566		2564	2565	2566
	2561-2563	2564-2566	2564	2565			
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล	199	214	151	160	151	160	160
INR เข้าเป้าหมาย (ร้อยละ)	42.42%	65.21%	49.13%	47.50%	47.50%	47.50%	47.50%
INR อยู่ใน Range < 50	58 (29.15%)	57 (26.64%)	39 (25.83%)	43 (27.50%)	39 (25.83%)	43 (27.50%)	43 (27.50%)
INR อยู่ใน Range > 50	141 (70.86%)	157 (73.36%)	112 (74.17%)	117 (72.50%)	112 (74.17%)	117 (72.50%)	117 (72.50%)
INR Days Within Range < 50	47 (23.62%)	28 (13.08%)	20 (13.28%)	33 (20.63%)	20 (13.28%)	33 (20.63%)	33 (20.63%)
INR Days Within Range > 50	94 (47.24%)	119 (55.61%)	92 (60.82%)	92 (57.37%)	92 (60.82%)	92 (57.37%)	92 (57.37%)
INR of Test INR Range < 50	58.14%	56.14%	60.83%	58.83%	60.83%	58.83%	58.83%
จำนวนการตรวจ INR	2,510	2,625	815	845	815	845	845
จำนวนแพทย์ ตรวจ	1,086	1,038	354	347	354	347	347
ค่าเฉลี่ย INR	43.27	41.6	43.44	41.61	43.44	41.61	41.26

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟาริน

ตัวชี้วัด	Pre-counseling (2561-2563)		2564-2566		2564	2565	2566
	2561-2563	2564-2566	2564	2565			
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล	199	214	151	160	151	160	160
INR เข้าเป้าหมาย (ร้อยละ)	42.42%	65.21%	49.13%	47.50%	47.50%	47.50%	47.50%
INR อยู่ใน Range < 50	58 (29.15%)	57 (26.64%)	39 (25.83%)	43 (27.50%)	39 (25.83%)	43 (27.50%)	43 (27.50%)
INR อยู่ใน Range > 50	141 (70.86%)	157 (73.36%)	112 (74.17%)	117 (72.50%)	112 (74.17%)	117 (72.50%)	117 (72.50%)
INR Days Within Range < 50	47 (23.62%)	28 (13.08%)	20 (13.28%)	33 (20.63%)	20 (13.28%)	33 (20.63%)	33 (20.63%)
INR Days Within Range > 50	94 (47.24%)	119 (55.61%)	92 (60.82%)	92 (57.37%)	92 (60.82%)	92 (57.37%)	92 (57.37%)
INR of Test INR Range < 50	58.14%	56.14%	60.83%	58.83%	60.83%	58.83%	58.83%
จำนวนการตรวจ INR	2,510	2,625	815	845	815	845	845
จำนวนแพทย์ ตรวจ	1,086	1,038	354	347	354	347	347
ค่าเฉลี่ย INR	43.27	41.6	43.44	41.61	43.44	41.61	41.26

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟารินแบบการให้คำปรึกษาก่อนพบแพทย์ (Pre-counseling)
2. ศึกษาปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟาริน

ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental Research)



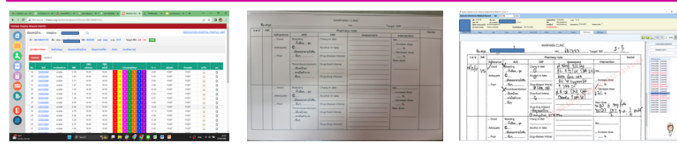
วิธีการศึกษา

1. ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟารินแบบการให้คำปรึกษาก่อนพบแพทย์ (Pre-counseling)
 - Post-Counseling ปีงบประมาณ 2561-2563
 - Pre-Counseling ปีงบประมาณ 2564 - 2566 (1 ต.ค. 63 - 30 มิ.ย. 66)
2. ศึกษาปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟาริน

ประชากรที่ศึกษา : ผู้ป่วยรับยาตัวฟารินที่มารับบริการในคลินิกการฟาริน 2564-2566

Inclusion criteria : 1. ผู้ป่วยรับยาตัวฟารินระหว่าง 1 ต.ค. 63 - 30 มิ.ย. 66

2. มารับยาติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือนและมารับบริการ ≥ 3 ครั้งขึ้นไป



เอกสารอ้างอิง

วันเพ็ญ มูลอิน๊ะ. การพัฒนาระบบการบริหารผู้ป่วย ในคลินิกการฟาริน รพ.พะเยา. เชียงรายเวชสาร : CHIANGRAI MEDICAL JOURNAL ปีที่ 11 ฉบับที่ 2; 2562

หนึ่งฤทัย ขมเพชร. การพัฒนาระบบการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟารินขณะนอนโรงพยาบาลสมเด็จพระยาพนครไทย จังหวัดพิษณุโลก; 2563

2. ศึกษาปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟาริน

มีจำนวน 231 ราย ผู้หญิง 106 ราย ผู้ชาย 107 ราย อายุเฉลี่ย 66.39 ± 13.08 ปี ส่วนใหญ่เข้ารับบริการโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง > 2 ปี มี ≤ 1 ปี 25 % มารับบริการเฉลี่ย/ราย 25.38 ± 14.47 ครั้ง มารับบริการเฉลี่ย/ปี 6.85 ± 2.94 ครั้ง

ตารางที่ 2 ศึกษาปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟาริน

ปัญหาการใช้ยา	ปี 2564		ปี 2565		ปี 2566	
	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
อันตรกิริยากับยาอื่น เช่น Para, ATB, Simvastatin	4	2.26	16	9.14	10	6.76
อันตรกิริยากับอาหาร เช่น ถั่วลิสง, ถั่วเขียว, ถั่วเหลือง	115	64.97	107	61.14	95	64.19
อันตรกิริยากับแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง	9	5.06	7	4.00	7	4.73
ซื้อยากินเองที่ร้านชำ/ร้านยา/คลินิก และซื้อสมุนไพร/อาหารเสริม	4	2.26	2	1.14	1	0.68
สมุนไพร/อาหารเสริม	6	3.39	8	4.57	9	6.08
โรฟที่มีผลต่อ INR เช่น CKD, infection, Thyroid	3	1.69	5	2.86	6	4.05
รับประทานยาไม่ถูก/ลืมกินยา	36	20.34	30	17.14	20	13.51

บทสรุป

จากการศึกษาผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟารินแบบการให้คำปรึกษาก่อนพบแพทย์ (Pre-counseling) พบว่า INR เข้าเป้าหมายของการรักษาเพิ่มขึ้น, ระยะเวลาที่ค่า INR อยู่ในช่วงรักษามีค่าสูงสุด (TTR) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ไม่พบภาวะเลือดออกผิดปกติและภาวะลิ่มเลือดอุดตันชนิดรุนแรง และภาวะเลือดออกผิดปกติชนิดไม่รุนแรงลดลง และปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟาริน ส่วนใหญ่ พบว่า เกิดจากอันตรกิริยากับอาหาร รองลงมา คือ ปัญหาการรับประทานยาไม่ถูก/ลืมกินยา และยังพบปัญหาการซื้อยากินเองที่ร้านชำ/ร้านยา/คลินิก และซื้อสมุนไพร/อาหารเสริม ซึ่งการให้คำแนะนำปรึกษา ในการใช้ยา รวมถึงการปฏิบัติตัว เน้นย้ำการรับประทานยาให้ถูกต้องยังมีความสำคัญในการให้บริการผู้ป่วยรับยาตัวฟาริน

ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

อรสา ศรีเวียง, นาถนรินทร์ ทรัพย์กุล, ปิตรส ดลสะอาด
โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi experimental research) แบบศึกษากลุ่มเดียววัด 2 ครั้งก่อนและหลัง (The One Group Pretest - Posttest Design) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 29 คน ดำเนินการช่วงเดือนมีนาคม - มิถุนายน 2566 ดำเนินการวิจัยโดยใช้กระบวนการ PAOR 2 วงรอบ ศึกษาใน 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ รวม 10 คน 2) ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 29 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับความดันโลหิต, ระดับน้ำตาล, ระดับ BMI, ระดับ CVD risk วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ที่สนใจก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 19 ราย (ร้อยละ 65.51) เพศชาย 10 ราย (ร้อยละ 34.48) อายุเฉลี่ย 64.40 ปี (SD. 6.29) เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิต 25 ราย (ร้อยละ 82.20) จากการเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน ก่อนดำเนินการ 151.62 mmHg (SD. 18.89) หลังดำเนินการ 130.79 mmHg (SD. 12.58) โดยลดลง 20.83 mmHg อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 13.63-28.01, $p < 0.001$) 2) ค่าเฉลี่ย FBS ก่อนดำเนินการ 144.38 mg% (SD. 58.53) หลังดำเนินการ 136.76 mg% (SD. 58.53) โดยลดลง 7.62 mg% อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การเปรียบเทียบค่า CVD risk score ก่อนและหลังการทดลอง กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่มีอิสระต่อกัน พบว่า หลังดำเนินการ มีค่า CVD Risk Score ลดลงจากค่าเดิมจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 41.37) จากการพิจารณารายกลุ่ม พบว่า ในกลุ่มที่มีค่าระดับ CVD Risk Score ในระดับปานกลางก่อนเริ่มดำเนินการ 3 ราย หลังดำเนินการระดับความเสี่ยงเท่าเดิมจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 100.00) ก่อนดำเนินการกลุ่มระดับสูง 10 ราย หลังดำเนินการลดระดับเปลี่ยนเป็นปานกลาง 5 ราย และยังคงอยู่ระดับสูง 5 ราย และในกลุ่มระดับสูงมากก่อนดำเนินการ 16 ราย สามารถลดระดับเป็นระดับสูง 7 ราย และคงระดับสูงมาก 9 ราย โดยเมื่อเปรียบเทียบค่าสัดส่วนระดับ CVD Risk Score ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า สัดส่วนของระดับ CVD Risk Score ก่อนและหลังดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปและข้อเสนอแนะ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง สามารถช่วยลดค่าความดันโลหิตตัวบนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ ซึ่งความดันโลหิตตัวบนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่อย่างไรก็ตามควรสร้างความรอบรู้ด้านการลดน้ำหนัก ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อไป

สาระสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการของประชาชนไทย และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจในครัวเรือน โรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับผู้ที่มีประวัติป่วยด้วยโรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน (พิษณุพร) สถิติอัตราป่วยต่อแสนประชากรโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยปี 2565 เท่ากับ 0.73 อำเภอสมเด็จปี 2563 – 2565 เท่ากับ 0.17, 0.17 และ 0.18 ตามลำดับ (จากฐาน HDC) อัตราตายต่อแสนประชากรในประเทศไทยปี 2565 เท่ากับ 4.81 อำเภอสมเด็จปี 2563 – 2565 เท่ากับ 9.93, 4.91 และ 4.80 ตามลำดับ ซึ่งยังพบอัตราตายใกล้เคียงระดับประเทศ ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเช่นโรคความดันโลหิตสูงพบอัตราควบคุมได้ปี 2563 -2565 ร้อยละ 70.89, 71.81 และ 63.23 ตามลำดับ อัตราการควบคุม HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวานปี 2563 -2565 ร้อยละ 27.16, 34.04 และ 32.67 ตามลำดับ จากการศึกษาการรับรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองยังอยู่ในระดับน้อย ดังนั้นการจัดโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเสี่ยงจึงเป็นการป้องกัน ลดอัตราป่วยและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ **การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์** เพื่อการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi experimental research) แบบศึกษากลุ่มเดียววัด 2 ครั้งก่อนและหลัง (The One Group Pretest - Posttest Design) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 29 คน ดำเนินการช่วงเดือนมีนาคม - มิถุนายน 2566 โดยประยุกต์ใช้วงวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kimmis & McTaggart ดำเนินการวิจัยโดยใช้กระบวนการ PAOR 2 วงรอบ ศึกษาใน 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ รวม 10 คน 2) ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 29 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การเรียนรู้กิจกรรม 3 ฐาน ฐานที่ 1 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ค้นข้อมูลภาวะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วยรายบุคคล ฐานที่ 2 อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทดลองการวัดระดับความเค็มในอาหาร ฐานที่ 3 ออกกำลังกาย และสมาธิบำบัด SKT และเยี่ยมบ้านโดยอสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต เป็นเวลา 3 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบทดสอบความรู้โรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การเข้ายาและการจัดการอารมณ์ และผลลัพธ์ทางคลินิก น้ำหนัก, Systolic BP , Diastolic BP ,FBS และ CVD risk score **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มประชากรคือผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ และกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มารับบริการที่คลินิกช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 29 คน **วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล** 1). บรรยายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา กรณีข้อมูลแจกแจงแบบค่าความถี่ ร้อยละ และกรณีข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ต่ำสุด สูงสุด 2). สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนัก, ความดันโลหิต Systolic ,ความดันโลหิต Diastolic, FBS , eGFR ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test

ก่อนการวิเคราะห์ที่ได้ทดสอบการแจกแจงผลต่างของค่าเฉลี่ย (Mean difference) พบว่าแจกแจงปกติเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ Paired t-test นำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วยค่า Mean difference, 95%CI Mean difference และ p-value เปรียบเทียบค่าสัดส่วนระดับ CVD Risk Score กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่อิสระต่อกันด้วยสถิติ Stuart-Maxwell test

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 19 ราย (ร้อยละ 65.51) อายุเฉลี่ย 64.40 ปี (SD. 6.29) เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง 25 ราย (ร้อยละ 86.20) ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ พบว่าค่าความดันโลหิตสูงตัวบน ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน ก่อนดำเนินการ 151.62 mmHg (SD. 18.89) หลังดำเนินการ 130.79 mmHg (SD. 12.57) Mean difference 20.82 โดยลดลง 20.83 mmHg อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 13.63-28.47, $p < 0.001$) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย FBS ก่อนดำเนินการ 144.38 mg% (SD. 42.91) หลังดำเนินการ 136.76 mg% (SD. 46.13) โดยลดลง 7.62 mg% อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การเปรียบเทียบค่า CVD risk score ก่อนและหลังการทดลอง กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่อิสระต่อกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการมีค่าระดับ CVD Risk Score ในระดับปานกลาง สูง และสูงมาก จำนวน 3, 10 และ 16 ราย ตามลำดับ หลังดำเนินการที่ 3 เดือน มีค่าระดับ CVD Risk Score ปานกลาง สูงและสูงมาก จำนวน 8, 12 และ 9 ราย ตามลำดับ หลังดำเนินการมีค่า CVD Risk Score ลดลงจากค่าเดิมจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 41.37) จากการพิจารณารายกลุ่ม พบว่า ในกลุ่มที่มีค่าระดับ CVD Risk Score ในระดับปานกลางก่อนเริ่มดำเนินการ 3 ราย หลังดำเนินการระดับความเสี่ยงเท่าเดิมจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 100.00) ก่อนดำเนินการกลุ่มระดับสูง 10 ราย หลังดำเนินการลดระดับเปลี่ยนเป็นปานกลาง 5 ราย และยังคงอยู่ระดับสูง 5 ราย และในกลุ่มระดับสูงมากก่อนดำเนินการ 16 ราย สามารถลดระดับเป็นระดับสูง 7 ราย และคงระดับสูงมาก 9 ราย โดยเมื่อเปรียบเทียบค่าสัดส่วนระดับ CVD Risk Score ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า สัดส่วนของระดับ CVD Risk Score ก่อนและหลังดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสามารถลดความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับน้ำตาล BMI ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นติดตามระยะสั้นใน 3 เดือน ควรมีการเสริมแรงและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติและติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้จัดการรายการกรณีโรคเรื้อรัง. กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี 2559
- พิชญพร สายคำทอง. ผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 1.

การนำเสนอผลงาน ปี 2566

1. การประชุมวิชาการระดับเขต 7 ประเภท Poster presentation สาขา การพยาบาล
2. การประชุมวิชาการระดับกระทรวง ประเภท Poster presentation สาขา การพยาบาล
3. การประชุมวิชาการของสถาบันบริหารสาธารณสุข (สบส.) ประเภท Poster presentation