



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของโรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ.ที่ นร ๑๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้ อ.ก.พ.กรรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่ ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกราย และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป กรณีเกษียณอายุ และถ้าออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สร ๑๒๐๘.๑๐/ว ๑๒๗ ลงวันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ.สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๕ มีมติให้ ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จำนวน ๗ ราย ดังนี้

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นายณรงค์ ภูนาข่าว	นักเทคนิคการแพทย์ ชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก
๒.	นางสาวสุจิราพร ศรีธรรมการโภศล	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
๓.	นางเพ็มพุน ศิริกิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและ ป้องกันการติดเชื้อ
๔.	นางนันท์ชญาณ์ ณกานานาเสถียร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

๕. นางประยูร...

<u>ลำดับ</u>	<u>ชื่อ - สกุล</u>	<u>ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ</u>	<u>ส่วนราชการ</u>
๕.	นางประยูร จำปาปี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด
๖.	นางอุไรรัตน์ ฉายาพัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช
๗	นางนิตยา ฤทธิศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน งานการพยาบาลชุมชนในการบำบัดรักษา ^{ยาเสพติด}

ตามรายละเอียดแบบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๕๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักษะให้ทักษะได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

๑ -

(นายภาควิน มโนสิทธิ์ก็)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

**บัญชีรายละเอียดแบบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม**

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมาย เหตุ
๑.	นายณรงค์ ภูนาข่าว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๕๔๗๖๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๕๔๗๕๗	เลื่อน ระดับ ๙๐%

1 —

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

1. เรื่อง ความสัมพันธ์ของระดับ prostate-specific antigen ในเลือดกับผลตรวจพยาธิวิทยาของมะเร็งต่อมลูกหมากในโรงพยาบาลรามาธารา明智
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2564
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
 1. ความรู้เกี่ยวกับ PSA และการตรวจวิเคราะห์ PSA ในเลือดโดยเครื่องตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ
 2. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งต่อมลูกหมาก และการตรวจทางพยาธิวิทยา
 3. ความรู้เกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ
4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ที่มาและความสำคัญ

มะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นมะเร็งอันดับที่ 4 ของมะเร็งเพศชายในประเทศไทย คิดเป็น 7.1 ต่อประชากรเพศชาย 100,000 คนและมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

การตรวจมะเร็งต่อมลูกหมากสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การตรวจทางหัวหนักเพื่อคลำต่อมลูกหมาก (Digital Rectal Examination, DRE) การตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging, MRI) การตรวจทางพยาธิวิทยา (histopathology) การตรวจเลือดหาสารบ่งชี้มะเร็ง (tumor marker) ซึ่ง สารบ่งชี้มะเร็งของมะเร็งต่อมลูกหมากที่รู้จักกันดีคือ Prostate-Specific Antigen (PSA) การตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากนิยมใช้การตรวจ DRE ร่วมกับการเจาะเลือดตรวจ PSA สำหรับเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมาก ก็คือ การตัดขั้นเนื้อต่อมลูกหมากผ่านทางหัวหนัก (transrectal ultrasound guided biopsy, TRUS) ให้ได้ขั้นเนื้อจำนวน 8-12 จุดตามแต่ขนาดของต่อมลูกหมาก โดยมีข้อบ่งชี้ในการตรวจ ได้แก่ การตรวจ DRE ผิดปกติหรือค่า PSA > 4 ng/mL

Prostate-Specific Antigen (PSA) เป็นโปรตีนที่สร้างจากเซลล์ในต่อมลูกหมาก ทั้งจากเซลล์ปกติและเซลล์มะเร็ง คุณบุกติส่วนใหญ่จะพบ PSA ในน้ำอสุจิ และมีจำนวนน้อยในเลือด ค่า PSA ในเลือดจะเพิ่มสูงขึ้นในภาวะ มะเร็งต่อมลูกหมาก, ต่อมลูกหมากอักเสบ และ ต่อมลูกหมากโต ผู้ชายส่วนใหญ่มีระดับ PSA ในเลือดต่ำกว่า 4 ng/mL เมื่อเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากค่า PSA มักจะมากกว่า 4 ng/mL แต่ผู้ที่มีค่า PSA ต่ำกว่า 4 ng/mL ก็มีได้ หมายความว่าจะไม่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก เนื่องจาก 15% ของผู้ชายที่มี PSA ต่ำกว่า 4 ng/mL ตรวจพบมะเร็งต่อมลูกหมากในการตรวจขั้นเนื้อได้ ผู้ชายที่มีระดับ PSA ระหว่าง 4 ถึง 10 ng/mL โอกาสของการมีมะเร็งต่อมลูกหมากอยู่ที่ประมาณ 25% หาก PSA มากกว่า 10 ng/mL โอกาสของการมีมะเร็งต่อมลูกหมากจะเพิ่มเป็นมากกว่า 50%

การเลือกค่า PSA ที่เหมาะสม เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดขั้นเนื้อต่อมลูกหมาก จึงจำเป็นต้องคำนึงถึง ทั้งค่าความไวที่ควรจะสูงพอ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเสียโอกาสในการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และควรมีค่าความจำเพาะที่ไม่ต่ำจนเกินไป เพื่อลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะถูกตัดขั้นเนื้อด้วยไม่จำเป็น

เป้าหมายของงาน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ของระดับ PSA ในเลือดกับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา และหาความสามารถในการวินิจฉัย (diagnostic value) มะเร็งต่อมลูกหมากของ PSA เนื่องจากปัจจุบันมีการศึกษาถึง diagnostic value ของ PSA ในมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างกว้างขวางในต่างประเทศ แต่การศึกษาในโรงพยาบาลของประเทศไทยยังมีอยู่จำกัด และยังไม่มีการศึกษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญและช่วยในการตัดสินใจต่อการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาสารคามได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ระดับ PSA ในเลือด เพื่อหาความสัมพันธ์กับผลการตรวจทางพยาธิวิทยา และเพื่อหา diagnostic value ของ PSA โดยการหาค่า Sensitivity, Specificity, Positive predictive value, Negative predictive value, Area under the curve of ROC ของ PSA เมื่อเทียบกับ histopathology ของมะเร็งต่อมลูกหมากในโรงพยาบาลมหาสารคาม

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการตัดชิ้นเนื้อต่อมลูกหมากในโรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2564 เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 20 ปี ขึ้นไป, มีผลตรวจ PSA ของโรงพยาบาลมหาสารคามเอง, ได้รับการทำ core needle biopsy/ TUR-P/Prostatectomy ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม และมี histopathology report เกณฑ์การคัดเลือกออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่มีผลตรวจ PSA ของโรงพยาบาลมหาสารคาม, ทำการตรวจชิ้นเนื้อหรือผ่าตัดต่อมลูกหมาก ภายนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม, ไม่มี histopathology report และมีภาวะการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพ

2. หาความสัมพันธ์ของ PSA กับผลตรวจทางพยาธิวิทยา โดยกำหนดค่า cut-off ของ PSA คือ 4 ng/mL, 10 ng/mL และ 20 ng/mL เปรียบเทียบกับผลตรวจทางพยาธิวิทยา คือ การเป็นมะเร็งและไม่เป็นมะเร็ง โดยใช้ Chi-Square test หรือ Fisher's Exact test

3. ประเมินความสามารถในการวินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมากของ PSA โดยหาค่าความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) ค่าพยากรณ์บวก (positive predictive value, PPV) ค่าพยากรณ์ลบ (negative predictive value, NPV) โอกาสในการเป็นโรค (likelihood ratio for positive test, LHR+) โอกาสในการไม่เป็นโรค (likelihood ratio for negative test, LHR-) ในแต่ละจุด cut-off และประเมินความแม่นยำโดยการคำนวณพื้นที่ใต้โค้ง receiver operating characteristic (ROC) curve วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS (22.0) ค่าที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยชายจำนวน 80 ราย มีอายุตั้งแต่ 50 ถึง 79 ปี อายุเฉลี่ย 66.8 ± 6.56 ปี มีค่า PSA ตั้งแต่ 0.31 ถึง 244.00 ng/mL เฉลี่ย 47.69 ± 48.896 ng/mL เป็นมะเร็ง 40 ราย (ร้อยละ 50.0) โดยเป็นชนิด adenocarcinoma ทั้งหมด ผู้ป่วยที่เหลือเป็น chronic inflammation จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 3.8) และเป็น nodular hyperplasia จำนวน 37 ราย (ร้อยละ 46.2) ค่า PSA > 10 ng/mL และ > 20 ng/mL มีความสัมพันธ์กับผลตรวจพยาธิวิทยาที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และค่า cut-off ที่ 20 ng/mL มีค่าความสามารถในการวินิจฉัยที่มากและเหมาะสมกว่าค่า cut-off อื่นๆ นอกจากนี้ PSA ยังมีความแม่นยำในการวินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมากในระดับดีมาก (พื้นที่ใต้โค้ง ROC curve เท่ากับ 0.919, 95%CI เท่ากับ 0.856-0.983, $p\text{-value} < 0.001$)

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

1. ทราบความสัมพันธ์ของระดับ prostate-specific antigen ในเลือดกับผลทางพยาธิวิทยาของมะเร็งต่อมลูกหมากในโรงพยาบาลรามาธาราภรณ์ โดยค่า PSA > 10 ng/mL และ > 20 ng/mL มีความสัมพันธ์กับผลตรวจพยาธิวิทยาที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ทราบค่า Sensitivity, Specificity, Positive predictive value, Negative predictive value Area under the curve of ROC ของ PSA เมื่อเทียบกับ histopathology ของมะเร็งต่อมลูกหมากในโรงพยาบาลรามาธาราภรณ์ และนำมาประเมินความสามารถของ PSA ในการวินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมากได้ ซึ่งพบว่าเมื่อใช้ค่า cut-off ที่ค่าต่าง ๆ PSA จะมีความสามารถในการวินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมากที่แตกต่างกัน โดย cut-off ที่ 20 ng/mL เป็นจุดที่เหมาะสมมากที่สุดในการนำไปใช้ประโยชน์ทางคลินิกในด้านการช่วยวินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมาก

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

เมื่อทราบความสัมพันธ์ของระดับ PSA กับผลทางพยาธิวิทยา และทราบ Sensitivity, Specificity, Positive predictive value, Negative predictive value Area under the curve of ROC ของ PSA เมื่อเทียบกับ Histopathology ของมะเร็งต่อมลูกหมากในโรงพยาบาลรามาธาราภรณ์แล้ว จะสามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจเลือกการรักษาผู้ป่วย รวมถึงการให้คำแนะนำผู้ป่วยได้ดีอีกด้วย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่รักษาที่โรงพยาบาลรามาธาราภรณ์

7. ความยุ่งยากและข้อข้อห้ามในการดำเนินการ

1. การเขียนเค้าโครงงานวิจัย
2. การทำหัววรรณกรรมวิจัย
3. การขอการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์
4. การเก็บข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง
5. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ
6. การเขียน manuscript เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

- การเก็บข้อมูลให้ครบตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าและเกณฑ์คัดเลือกออก เนื่องจากมีผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากในจำนวนน้อย และมีผู้ป่วยบางส่วนไม่ได้ตรวจ PSA และผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่ได้รับการตรวจซึ่งน่อ จึงใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

9. ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดในการศึกษานี้คือ มีผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากในจำนวนน้อยและศึกษาเพียงโรงพยาบาลเดียว ดังนั้นในการศึกษาต่อไปทางผู้วิจัยจึงแนะนำให้ศึกษาในขนาดประชากรที่ใหญ่ขึ้นและในหลากหลายพื้นที่

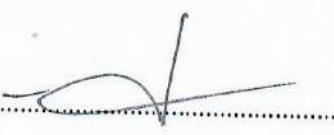
10. การเผยแพร่ผลงาน

- เผยแพร่ผลงานในรูปแบบนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เรื่อง ความสัมพันธ์ของระดับ prostate-specific antigen ในเลือดกับผลตรวจพยาธิวิทยาของมะเร็งต่อมลูกหมากในโรงพยาบาลมหาสารคาม ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปีที่ 6 ฉบับที่ 11 ตุลาคม 2564-มีนาคม 2565

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- | | |
|-----------------------------|---------------------|
| 1) นายณรงค์ ภูนาข่าว | สัดส่วนของผลงาน 90% |
| 2) นายสิทธิศักดิ์ พิมลละมาศ | สัดส่วนของผลงาน 5% |
| 3) นายธนิน พิชิตพรรณกุล | สัดส่วนของผลงาน 5% |

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

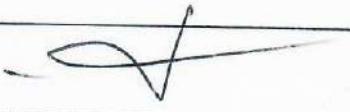
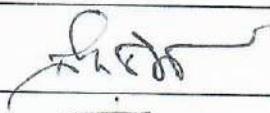
(ลงชื่อ) 

(นายณรงค์ ภูนาข่าว)

(ตำแหน่ง)นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
(วันที่) 26 / ก.ค. 2565

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายณรงค์ ภูนาข่าว	
นายสิทธิศักดิ์ พิมลละมาศ	
นายธนิน พิชิตพรรณกุล	

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

1. เรื่อง การบริหารจัดการโภติของโรงพยาบาลมหาสารคามในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19

2. หลักการและเหตุผล

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) หรือชื่อเดิมที่องค์การอนามัยโลกเคยใช้คือ ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (novel coronavirus 2019, 2019-nCoV) เกิดจากการติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) พบรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุครั้งแรกเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 (ค.ศ. 2019) ที่สาธารณรัฐประชาชนจีน ต่อมาวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2563 (ค.ศ. 2020) มีรายงานอย่างเป็นทางการว่าโรคปอดอักเสบที่ระบาดที่อุี้หั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน มีสาเหตุจาก ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และพบการแพร่เชื้อจากคนสู่คน มีการแพร่ระบาดของ COVID-19 “ไปทั่วโลก” รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรค COVID-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติ โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และมีมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ประกอบด้วย มาตรการป้องกันและสกัดกั้นการนำเข้าเข้าสู่ประเทศไทย และมาตรการยับยั้งการระบาดภายในประเทศ เช่น การแนะนำให้ประชาชนสวมหน้ากากอนามัย ในที่สาธารณะ ล้างมือบ่อยๆ รักษาระยะห่างที่ปลอดภัยจากผู้อื่น (อย่างน้อย 1 เมตร) งดกิจกรรมการรวมกลุ่มคนจำนวนมาก ปิดสถานที่ที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาด จำกัดการเดินทางเข้าออกพื้นที่เสี่ยง และออกจากบ้านเท่าที่จำเป็น เป็นต้น ทำให้ส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ด้านการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการสาธารณสุขที่นอกจากจะพบปัญหาในการดูแลรักษาคนไข้ COVID-19 จำนวนมากแล้ว ยังพบปัญหาขาดแคลนโลหิตด้วย การแพร่ระบาดนี้ได้ส่งผลกระทบต่องานบริการโลหิตทั่วประเทศ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ได้รับผลกระทบเป็นอย่างมาก โรงพยาบาลต่างๆ ในพื้นที่ต้องเลื่อนการผ่าตัดผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วน รวมทั้งลดเกณฑ์สำรองโลหิตของธนาคารโลหิต เมื่อมีการระบาดของ COVID-19 และการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินที่ผ่านมาและมีมาตรการต่างๆ เพื่อควบคุมการระบาด ส่งผลให้มีผู้บริจาคโลหิตลดลง

งานธนาคารเลือดของโรงพยาบาลมหาสารคาม นอกจากมีหน้าที่บริหารจัดการโลหิตให้แก่ผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลที่ต้องรับโลหิตเป็นประจำ ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุใช้ในการผ่าตัด ซึ่งมักจะเป็นการใช้โลหิตปริมาณมาก และเร่งด่วนแล้ว ยังมีการบริหารจัดการโลหิตอีกส่วนเพื่อแบ่งให้กับโรงพยาบาลชุมชนโดยรอบอีกด้วย ซึ่งปัญหาการจัดหาโลหิตที่พบในสถานการณ์แพร่ระบาดของ COVID-19 คือการยกเลิกหน่วยรับบริจาคโลหิตของหน่วยเคลื่อนที่จำนวนมากซึ่งเป็นแหล่งรับบริจาคโลหิตหลัก ๆ ของโรงพยาบาล และการลดลงอย่างต่อเนื่องของผู้บริจาคโลหิตก็ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องดำเนินการแก้ไข เพื่อให้มีโลหิตเพียงพอต่อความต้องการใช้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่ายโรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคาม

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข บทวิเคราะห์

เนื่องจากปัญหาของการมีปริมาณโลหิตในคลังโลหิตของโรงพยาบาลมหาสารคามลดน้อยลงจึงทำให้ผู้ป่วยต่างๆ ในเคสที่ไม่เร่งด่วน ผู้ป่วยที่ต้องได้รับเลือดเป็นประจำโดยเดือนไปแล้วต้องรอโลหิตทำให้การจ่ายเลือดให้ผู้ป่วยเกิดความล่าช้า จากปัญหาการระบาดของ COVID-19 ทำให้ผู้บริจากที่มาจากการนิวยอร์กบุรีรัตน์รับบริจาคภายนอกลดน้อยลงจากการที่หน่วยรับบริจาคภายนอกบางหน่วยได้ถูกระงับไป ส่วนหน่วยรับบริจาคโลหิตบางหน่วยที่สามารถดำเนินการได้ก็ไม่ได้โลหิตตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ทำให้โลหิตที่มาจากหน่วยบริจาคโลหิตภายนอกมีปริมาณลดน้อยลง ทั้งนี้ทางโรงพยาบาลมหาสารคามได้มีหน่วยรับบริจาคโลหิตภายนอกมีปริมาณลดน้อยลง ทั้งนี้ทางโรงพยาบาลมหาสารคามได้มีหน่วยรับบริจาคโลหิตภายนอกที่ตั้งเป้าหมายในที่งานธนาคารเลือดด้วยแต่ไม่ได้มีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้บุคคลภายนอกได้รับรู้อย่างทั่วถึง หรือมีการใช้หน่วยรับบริจาคโลหิตภายนอกไม่บ่อยนัก เมื่อมีการทราบถึงสาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหานี้ จึงคาดว่าหากมีการใช้หน่วยรับบริจาคโลหิตภายนอกเพิ่มมากขึ้น ประชาสัมพันธ์ให้ผู้บริจาคโลหิตรับรู้ ประสานไปทางกลุ่มญาติของผู้ป่วยมีการเข้ามาบริจาคโลหิตเพื่อทดแทนรวมถึงให้ประชาชนทั่วไปเข้ามาบริจาคโลหิตในหน่วยบริจาคโลหิตภายนอก จะสามารถช่วยให้มีปริมาณโลหิตเพิ่มขึ้น และเพียงพอต่อการใช้ในผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลชุมชนภัยในจังหวัด

แนวความคิด

การที่จะบริหารจัดการโลหิตในคลังให้เพียงพอได้นั้น ส่วนใหญ่โลหิตที่ได้จะมาจากการรับบริจาคโลหิตภายนอก เมื่อหน่วยรับบริจาคโลหิตภายนอกถูกระงับไปทำให้ปริมาณโลหิตลดน้อยลง หากสามารถทำให้หน่วยรับบริจาคโลหิตภายนอกมีการบริจาคมากขึ้นก็จะทำให้ปริมาณโลหิตเพิ่มมากขึ้นได้ โดยมีการประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนภายนอกรับรู้ข่าวสารผ่านทางเว็บเพจของโรงพยาบาล ป้ายประชาสัมพันธ์ต่างๆ มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยให้พยาบาลประจำตึกผู้ป่วยตามญาติของผู้ป่วยที่มีการจองโลหิตให้มาบริจาคทดแทน มีการเพิ่มจำนวนของเตียงบริจาคโลหิต ขยายเวลาการรับบริจาคโลหิตจากเดิมเปิดบริการถึง 16.30 น. ขยายเวลาเพิ่มเป็น 20.00 น. เพื่อเปิดบริการให้ผู้บริจาคโลหิตมาบริจาคโลหิตในหน่วยบริจาคภายนอกเพิ่มขึ้น รวมถึงการให้บริการในวันหยุดก็ขยายเวลาออกไปเช่นกัน และมีการมอบของที่ระลึกในโอกาสต่างๆ เพื่อเป็นกำลังใจและแทนคำขอบคุณแก่ผู้มาบริจาคโลหิต อีกทั้งยังให้ความรู้และข้อดีเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต เพื่อเป็นการดึงดูดให้ผู้บริจาคโลหิตกลับมาบริจาคโลหิตเป็นประจำ และเปิดตรวจการติดเชื้อของโลหิตทุกถุงด้วยวิธี Nucleic acid testing (NAT) เอง ไม่ต้องรอผลตรวจจากภาคตาก ทำให้สามารถนำโลหิตที่ได้มาใช้งานได้เร็วขึ้น ซึ่งวิธีการบริหารจัดการโลหิตที่กล่าวมาข้างต้นจะสามารถทำให้ปริมาณโลหิตในคลังโลหิตเพิ่มขึ้นได้ และเพียงพอต่อความต้องการในการใช้โลหิตให้กับผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลชุมชนภัยนอก

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประชาสัมพันธ์ตามทางช่องทางต่างๆ ให้มากขึ้นให้แก่ประชาชนที่อยู่บริเวณใกล้เคียงโรงพยาบาลมหาสารคามได้รับรู้ข่าวสารการบริจาคโลหิตเพิ่มมากขึ้น
2. เมื่อมีความจำเป็นควรมีการออกหน่วยบริการโลหิตภายนอกตามสถานการณ์ มีการเว้นระยะห่างระหว่างผู้บริจาคโลหิต มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด

ข้อจำกัดและแนวทางแก้ไข

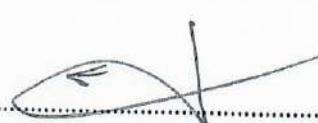
1. การรับบริจาคโลหิตในสถานการณ์ระบาดของ COVID-19 ผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่มาบริจาคโลหิตมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ได้ จึงต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดอย่างเคร่งครัด
2. ต้องมีมาตรการเพื่อคัดกรองประวัติสุขภาพของผู้บริจาคโลหิตอย่างรัดกุม ตามคำแนะนำของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย เช่น หากมีไข้ ไอ เจ็บคอ น้ำมูกไหล จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส เดินทางไปยังสถานบันเทิงหรือสถานที่แออัด อาศัยอยู่ในพื้นที่หรือเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย COVID-19 หรือเป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ COVID-19 ต้องดับริจาคโลหิตชั่วคราวอย่างน้อย 28 วันหรือ 4 สัปดาห์ สิ่งสำคัญคือ ผู้บริจาคจะต้องตอบคำถามเกี่ยวกับสุขภาพตนเองด้วยความเป็นจริง และภายใต้หลังจากการบริจาคโลหิตแล้ว หากพบหรือได้รับการยืนยันว่าติดโรค COVID-19 ผู้บริจาคโลหิตต้องแจ้งให้หน่วยงานที่ไปบริจาคโลหิตทราบทันที เพื่อจะได้ดำเนินการกักกันหรือเรียกคืนส่วนประกอบโลหิตกลับมา

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 มีโลหิตสำรองเพียงพอบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดมหาสารคาม
- 4.2 ผู้ป่วยได้รับบริการและการรักษาด้วยโลหิตที่เพียงพอ ปลอดภัย และมีคุณภาพ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1 มีโลหิตสำรองเพียงพอตามเกณฑ์ที่กำหนดทุกหมู่โลหิต
- 5.2 ไม่มีปรองเรียนจากผู้รับบริการ หรือแพทย์ ในกรณีที่ห้องผ่าตัดและห้องฉุกเฉินไม่มีโลหิต

(ลงชื่อ) 

(นายณรงค์ ภูนาขawa)

(ตำแหน่ง) นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

(วันที่) ๒๖ / ๑๐ / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแบบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่ตั้งให้ดำรงตำแหน่งประจำวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒.	นางสาวสุจิราพร ศรีตระการโภคถ	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม</u> <u>โรงพยาบาลมหาสารคาม</u> <u>กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล</u> นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	๕๘๖๔๙	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม</u> <u>โรงพยาบาลมหาสารคาม</u> <u>กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล</u> นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ	๕๘๖๔๗	เลื่อน ระดับ ๑๐๐%

ชื่อผลงานส่งประเมิน

“ความพึงพอใจของบุคลากรที่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการยุคโควิด ๒๐๑๙ สังกัดโรงพยาบาล
มหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม”

ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน

“การวางแผนพัฒนาความก้าวหน้าในสายอาชีพ (Career Development Plan)”

รายละเอียดเค้าโครงผลงาน

“แบบท้ายประกาศ”

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง ความพึงพอใจของบุคลากรที่ได้รับบรรจุเป็นข้าราชการยุคโควิด 2019 สังกัดโรงพยาบาลมหาสารคาม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 ธันวาคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2564

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. ความรู้เกี่ยวกับบริหารงานทรัพยากรบุคคล

2. ความรู้ความเข้าใจในการดำเนินการสรรหาคัดเลือกบุคคลเข้ารับการบรรจุเป็นข้าราชการ

3. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551

4. ความรู้เกี่ยวกับสมรรถนะของข้าราชการพลเรือนสามัญ

5. ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรเพื่อเข้าสู่เส้นทางความก้าวหน้าในตำแหน่งงานที่สูงขึ้นตามสายอาชีพ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ความเป็นมาและความสำคัญ

จากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข ที่ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจ เสียสละ อุทิศเวลาให้กับการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อที่เพิ่มสูงขึ้นและมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตด้วย ได้เสนอคณะกรรมการรัฐมนตรีในการ พิจารณากำหนดตำแหน่งตั้งใหม่ เพื่อคัดเลือกบรรจุบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามตัวตนของรัฐมนตรีในการ ประชุมเมื่อวันที่ 15 เมษายน 2563 รวมทั้งขอให้สำนักงาน ก.พ. พิจารณาความเห็นชอบกรอบอัตรากำลังข้าราชการตั้งใหม่ จำนวน 40,897 อัตรา และตามมติ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ 3/2563 เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2563 ได้อนุมัติให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คัดเลือกบรรจุ บุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งตามตัวตนของรัฐมนตรี จำนวน 38,105 อัตรา และ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงได้แจ้งหนังสือเรียนเรื่องการบรรจุบุคลากรในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยให้ดำเนินการตามกรอบระยะเวลาใน ปีงบประมาณ 2563-2564 และในระยะที่ 1 ให้ดำเนินการภายในวันที่ 29 มิถุนายน 2563 เนื่องจากเป็นการสั่งการเร่งด่วน และเป็นกรณีพิเศษ

โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีบุคลากรทั้งหมด 1,603 คน เป็นข้าราชการ จำนวน 951 คน ลูกจ้างประจำ จำนวน 42 คน พนักงานราชการ จำนวน 49 คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 493 คน ลูกจ้าง ชั่วคราวรายเดือน จำนวน 68 คน และลูกจ้างชั่วคราว รายวัน จำนวน 315 คน ด้วยการเกิดสถานการณ์ระบาดของโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังกล่าวข้างต้น เพื่อเป็นขั้นตอนกำลังใจในการปฏิบัติงานและส่งเสริมความก้าวหน้าในอาชีพให้ เกิดความมั่นคง ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้บริหารจัดการงานด้านทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลมหาสารคามและได้รับ มอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลเรื่องข้อมูลอัตรากำลังและโครงสร้าง รวมถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ของข้าราชการ และบุคลากรประเภทอื่น ๆ ที่อยู่ในบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบของกลุ่มงานทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลมหาสารคาม

ขั้นตอน/วิธีการดำเนินการ

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยรูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ ช่วงระยะเวลาที่ได้รับการบรรจุในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ปี 2564 จำนวน 113 คน

เครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่สามารถแบ่งเป็น 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ได้รับการคัดเลือกบรรจุเข้ารับราชการ ในยุคโควิด 2019 สังกัดโรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ใช้แบบสอบถามชนิดเลือกตอบ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามระดับความพึงพอใจของกระบวนการสรรหา คัดเลือกบรรจุ และความพึงพอใจในตำแหน่งงานที่ได้รับการบรรจุเข้ารับราชการ สังกัดโรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ใช้แบบสอบถามชนิดให้ความเห็น (Likert's Scale)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามระดับความพึงพอใจในความก้าวหน้า ความมั่นคงในสายงานอาชีพ และคุณภาพชีวิตของข้าราชการที่ได้รับการบรรจุ สังกัดโรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ใช้แบบสอบถามชนิดให้ความเห็น (Likert's Scale)

ตอนที่ 4 สอบถามปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของบุคลากรหลังจากที่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการยุคโควิด 2019 สังกัดโรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ใช้แบบสอบถามชนิดให้ความเห็นปลายเปิดให้เขียนข้อความลงในแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าร้อยละ (Percentage) ระดับความพึงพอใจ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เป็น 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ แล้วคำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) การประเมินระดับความพึงพอใจตามเกณฑ์

เป้าหมายของงาน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรประเภทพนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างข้าราชการในสังกัดโรงพยาบาลมหาสารคามที่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจในกระบวนการสรรหา คัดเลือก บรรจุ ความพึงพอใจในตำแหน่งงานที่ได้รับการบรรจุเข้ารับราชการ ความพึงพอใจในความก้าวหน้าและความมั่นคงในงานอาชีพ และสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในยุคโควิด 2019 หลังที่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการสังกัดโรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งจะนำผลการศึกษามาพัฒนาปรับปรุงกระบวนการในการสรรหา คัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งเข้ารับราชการ และการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคลากรต่อไป

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

จากการศึกษา พบร่วมบุคลากรกลุ่มทั่วไป และกลุ่มวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ได้รับการบรรจุเข้ารับราชการในสังกัดโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2563 - 2564 ทั้งหมด 10 ตำแหน่ง ได้แก่ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 83 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 12 คน นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 11 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม จำนวน 2 คน เภสัชกร จำนวน 3 คน ตามลำดับ และหลังจากได้รับการบรรจุเข้ารับราชการในตำแหน่งประเภทวิชาการ ได้แก่ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 83 คน นักวิชาการสาธารณสุข 12 คน นักเทคนิคการแพทย์ 11 คน และนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 2 คน และประเภททั่วไป ตำแหน่งเจ้าพนักงานเภสัชกรรม จำนวน 2 คน

บุคลากรที่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ จำนวน 113 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.50 ตำแหน่ง ก่อนบรรจุเป็นพนักงานราชการ ร้อยละ 18.59 พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 48.67 และลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน ร้อยละ 32.74 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มประเภทที่ชาการร้อยละ 97.35 ตำแหน่งหลังบรรจุเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 73.45 ระยะเวลาในการทำงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.61 ปี และมีระดับความพึงพอใจของกระบวนการสรรหาคัดเลือกบรรจุเข้ารับราชการ ในสังกัดโรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม อยู่ในระดับมาก ($X=4.03, SD=0.75$) ในส่วนระดับความพึงพอใจในการบรรจุเข้ารับราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีระดับความพึงพอใจในการบรรจุเข้ารับราชการ ในสังกัดโรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม อยู่ในระดับมาก ($X=3.91, SD=0.85$) มีระดับความพึงพอใจในความก้าวหน้า ความมั่นคงในสายงานอาชีพ และคุณภาพชีวิตของข้าราชการที่ได้รับการบรรจุรับราชการ อยู่ในระดับมาก ($X=3.88, SD=0.80$) และระดับความพึงพอใจจากการได้รับการบรรจุเข้ารับราชการรายด้านของข้าราชการที่ได้รับการบรรจุรับราชการ อยู่ในระดับมาก ($X=3.93, SD=0.80$)

สรุป จากการศึกษาพบว่าระดับความพึงพอใจของบุคลากรที่ได้รับบรรจุเป็นข้าราชการยุคโควิด 2019 สังกัดโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่ได้รับความพึงพอใจในระดับมากเป็นลำดับแรกคือด้านตำแหน่งงานที่ได้รับแต่งตั้งให้เข้ารับราชการ ($X=3.91, SD=0.85$) รองลงมาคือ ด้านความก้าวหน้า ความมั่นคงในสายงานอาชีพ และคุณภาพชีวิตของข้าราชการ ($X=3.88, SD=0.80$) และด้านกระบวนการสรรหา การคัดเลือก บรรจุ ($X=4.03, SD=0.75$) ซึ่งส่งผลให้ข้าราชการที่ได้รับการบรรจุรับราชการ สังกัดโรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีความก้าวหน้า ความมั่นคงในสายงานอาชีพ คุณภาพชีวิตดีขึ้นและมีความภาคภูมิใจต่อตนเองและครอบครัว

6. การนำไปใช้ประโยชน์

เมื่อทราบถึงระดับความพึงพอใจของบุคลากร ประเภทพนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างชั่วคราวในสังกัดที่ได้รับบรรจุเป็นข้าราชการยุคโควิด 2019 สังกัดโรงพยาบาลมหาสารคาม สามารถที่จะนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารทรัพยากรบุคคล ดังนี้

(1) เกิดกระบวนการในการพัฒนาระบบงาน วางแผนการดำเนินการสรรหา การคัดเลือกบุคคลทั่วไปในและภายนอกให้ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการในตำแหน่งหน้าที่ที่สำคัญตามกลุ่มวิชาชีพ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงาน ก.พ. กำหนด และปฏิบัติตามคุณสมบัติที่เหมาะสมให้อย่างถูกต้อง และตอบสนองความต้องการด้านอัตรากำลังเพื่อสนับสนุนหน่วยงานต่าง ๆ อย่างทันเวลา

(2) เพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการจัดสวัสดิการ ค่าตอบแทนต่าง ๆ รวมถึงจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานให้อีกต่อการทำงาน และการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมให้เกิดความพึงพอใจและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคลากร

(3) เพื่อนำไปจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรให้ได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนความก้าวหน้าตามสายงานอาชีพ ให้เข้าสู่ตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การศึกษาค้นคว้าในเรื่องนี้ยังไม่เคยมีวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรที่ได้รับการบรรจุในยุคโควิด 2019 เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลการบรรจุบุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในช่วงที่เกิดสถานการณ์โรคระบาดที่ส่งผลกระทบต่อความเพียงพอของวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในการให้บริการแก่

ประชาชนและผู้ป่วยที่ติดเชื้อและต้องได้รับการดูแลรักษา ซึ่งในด้านกระบวนการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติที่ชัดเจน อยู่แล้ว แต่ในขั้นตอนการดำเนินการสร้างมาตรฐานการเลือกเป็นช่วงระยะเวลาจำกัด และดำเนินการตามจำนวนอัตราที่จะได้รับการจัดสรร และต้องดำเนินการให้ทันตามระยะเวลาที่กำหนด และการเก็บข้อมูลเป็นช่วงระยะเวลาหลังจากได้รับการบรรจุ โดยกำหนดการบรรจุเป็นระยะ ๆ จึงได้ดำเนินการเลือกสำรวจในกลุ่มที่ได้รับการบรรจุระยะแรก และใช้วิธีการศึกษาข้อมูลจากผลการวิจัยและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจความพึงพอใจด้านคุณภาพชีวิต ด้านความพึงพอใจในงาน และงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ เป็นการสำรวจข้อมูลที่ข้อจำกัดด้านระยะเวลา ไม่ได้สำรวจทุกกลุ่ม ประเภทการจ้างงาน เนื่องจากมีจำนวนกลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มประเภทการจ้างงานที่มีโอกาสได้รับการบรรจุตามมติ คณะกรรมการรัฐมนตรี เพื่อเป็นไปตามแนวทางหลักเกณฑ์และเงื่อนไขของตำแหน่งวิชาชีพตามคุณสมบัติที่สำนักงาน ก.พ. กำหนด ผู้ให้ข้อมูลมีช่วงระยะเวลาขึ้นปฎิบัติงานไม่ตรงกัน และการเก็บข้อมูลจึงใช้ช่วงเวลาดำเนินการหลังจากที่ได้รับการบรรจุ

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาระบบและจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการให้บริการด้านกระบวนการสร้างมาตรฐานการเลือกและบรรจุบุคคลเข้าทำงาน ของกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลมหาสารคาม ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการที่สำนักงาน ก.พ. กำหนด ปฏิบัติตามที่ต้องและมีพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการพัฒนาระบบการสื่อสาร หรือเพิ่มช่องทางการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ ตลอดจนแนวทางในการวางแผนความก้าวหน้าให้แก่บุคลากรในทุกสาขาวิชาชีพ
3. ควรศึกษาและติดตามความพึงพอใจต่อการจัดสร้างสวัสดิการสำหรับบุคลากรในหน่วยงานอย่างเหมาะสม และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

10. การเผยแพร่ผลงาน

ได้นำบทความผลงานวิชาการไปเผยแพร่ในรูปแบบผลงานวิจัย เรื่อง การศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรที่ได้รับบรรจุเป็นข้าราชการยุคโควิด 2019 สังกัดโรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ โรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม – เมษายน 2565

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- 1) นางสาวสุจิราพร ศรีตระการโภคล สัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสาวสุจิราพร ศรีตระการโภคล)

(ตำแหน่ง) นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

(วันที่) ๒๔ /๐๒/๒๕๖๕

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การวางแผนพัฒนาความก้าวหน้าในสายอาชีพ (Career Development Plan)

2. หลักการและเหตุผล

กำลังคนเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการขับเคลื่อนองค์กร บุคลากรทางการแพทย์ที่มีศักยภาพและมีขีดความสามารถสูงที่ตอบสนองต่อนโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจและเป้าหมายขององค์กร พร้อมจะทุ่มเทและเพิ่มศักยภาพสูงสุดมาใช้ในการทำงานให้กับองค์กร ดังนั้น องค์กรจะต้องมีการเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากร เพื่อให้บุคลากรได้เห็นความก้าวหน้าในสายอาชีพ ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการสร้างวัฒนธรรม กำลังใจ และรักษาคนเก่งคนดีไว้ ในองค์การ การจัดเส้นทางความก้าวหน้าในสายอาชีพ (Career path) จะเป็นเครื่องมือช่วยในการวิเคราะห์และกำหนดความก้าวหน้าให้ตรงกับตำแหน่งและหน้าที่งานที่รับผิดชอบทั้งในปัจจุบันและอนาคต เพื่อเป็นแนวทางไปสู่ ความสำเร็จและเป้าหมายได้ จากแนวคิดด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลที่ถือว่าคนเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าที่สุด ขององค์กรซึ่งบุคลากรจะต้องได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรมีโอกาสได้รับการพัฒนาตนเองเพื่อเพิ่ม ศักยภาพและเพิ่มขีดความสามารถในระดับสูงขึ้น การวางแผนพัฒนาความทăngก้าวหน้าในสายอาชีพ (Career Path) มีความจำเป็นและสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถและมีทักษะตรงตามมาตรฐาน การกำหนดตำแหน่งในแต่ละระดับตำแหน่งตามลักษณะงานได้แก่ สายวิชาการ สายสนับสนุน และสายบริหาร รวมถึง การทดลองตำแหน่งบริหารที่จะว่างลงหรือเตรียมรองรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต โดยวิเคราะห์ความต้องการด้าน อัตรากำลังของบุคลากร สมรรถนะ ทัศนคติ แรงจูงใจของผู้ที่จะสืบทอดตำแหน่งที่สำคัญ จากแนวทางปฏิบัติที่ผ่านมาบุคลากร โรงพยาบาลมหาสารคามยังไม่เล็งเห็นความสำคัญและความชัดเจนในแนวทางการปฏิบัติและยังขาดการให้ข้อมูล ข่าวสารที่ถูกต้องแก่บุคลากรอย่างทั่วถึง จึงทำให้การสรรหาหรือคัดเลือกบุคลากรในการดำรงตำแหน่งเกิดความล่าช้า และไม่ทันตามความต้องการของหน่วยงานต่าง ๆ ในองค์กร

จากข้อมูลพบว่า อยู่เฉลี่ยของพนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว ที่ได้รับ การบรรจุเป็นข้าราชการในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ที่มีอายุ ตั้งแต่ ๒๕ ปีขึ้นไป ซึ่งปัจจุบันเป็นกำลังสำคัญหลักในการ ขับเคลื่อนภารกิจให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร และจะเกี้ยวนายรากการในอีก ๓๐ ปีข้างหน้า หากโรงพยาบาลจังหวัด วิเคราะห์และวางแผนการทดลองอัตรากำลังที่มีให้เพียงพอในอนาคต ทั้งด้านการเตรียมบุคลากรเดิมให้มีความ เชี่ยวชาญ และการเตรียมจัดหาบุคลากรใหม่ และบุคลากรให้ความสำคัญกับการมีความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้บริหารและ เพื่อนร่วมงาน ต้องการความมั่นคงของหน้าที่การงาน และได้รับการยอมรับนับถือยกย่องเชย มากกว่ารายได้และเงิน ค่าตอบแทน ซึ่งคิดว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีผลกระทบต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ดังนั้น จึงต้องการที่จะ จัดทำเรื่องการวางแผนพัฒนาความก้าวหน้าในสายอาชีพ (Career Development Plan) ให้แก่บุคลากรใน โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยการวิเคราะห์อัตรากำลัง กำหนดคุณลักษณะ ทักษะความจำเป็นของบุคลากรให้ตรงตาม มาตรฐานกำหนดตำแหน่งของ ก.พ. และกระทรวงสาธารณสุข

3. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

จากการวิเคราะห์ของผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ด้านบริหารจัดการงานทรัพยากรบุคคลขององค์กรที่ต้องอาศัยประสบการณ์ ความรู้ความสามารถและทักษะการปฏิบัติงาน พบร่วมกับบุคคลในองค์กรยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้องตลอดจนขั้นตอน กระบวนการในการเตรียมความพร้อมการเลื่อนระดับสูงขึ้นและการเข้าสู่ตำแหน่งทางบริหารได้ทันเวลาและตรงความต้องการขององค์กร โดยสำรวจข้อมูลบุคลากรผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามหลักเกณฑ์และวิเคราะห์ข้อมูลความต้องการ ด้านอัตรากำลังในแต่ละระดับ ตำแหน่งตามกลุ่มวิชาชีพและภารกิจ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความประ伤ค์ที่จัดทำแนวทางปฏิบัติการดำเนินการเลื่อนระดับสูงขึ้นและการเข้าสู่ตำแหน่งทางบริหาร โดยจัดทำคู่มือการดำเนินการสร้าง คัดเลือก การเตรียมความพร้อมการเลื่อนระดับสูงขึ้นและการเข้าสู่ตำแหน่งทางบริหาร ได้แก่ การกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ กำหนดคุณสมบัติ คุณลักษณะงาน สมรรถนะที่จำเป็น และเหมาะสมสมสำหรับตำแหน่ง กำหนดรูปแบบการพัฒนา และการประเมินผลงาน

แนวความคิด

การทำแผนพัฒนาแนวทางความก้าวหน้าในสายอาชีพของบุคลากรโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยการทำองค์ความรู้สำหรับกลุ่มวิชาชีพส่วนงานต่าง ๆ ตามโครงสร้างและภารกิจของตำแหน่งงาน ด้านหลักเกณฑ์การประเมินเข้าสู่ตำแหน่งในระดับสูงขึ้น กระบวนการและขั้นตอนการจัดทำแนวทางปฏิบัติตามตำแหน่งแต่ละกลุ่มวิชาชีพ ทบทวนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และติดตามผลการประเมิน ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

การจัดทำเส้นทางสู่ความก้าวหน้าในสายอาชีพ ภายใต้ส่วนราชการนั้นเปรียบเสมือนการสร้างถนนหรือเส้นทางเพื่อให้ข้าราชการได้เลือกเดินไปสู่เป้าหมายปลายทางซึ่งเป็นตำแหน่งสำคัญของส่วนราชการ โดยมีการกำหนดสถานที่สำคัญต่าง ๆ ที่ข้าราชการจะต้องเดินทางผ่านเพื่อเก็บเกี่ยวประสบการณ์ และมีการกำหนดเกณฑ์ หรือเงื่อนไขในการพิจารณาความพร้อมก่อนออกเดินทางจากแต่ละสถานที่ ซึ่งการดำเนินการจัดทำเส้นทางสู่ความก้าวหน้าในสายอาชีพนี้ จำเป็นต้องมีกระบวนการจัดทำที่เป็นระบบและมีขั้นตอนที่ชัดเจนเพื่อให้ข้าราชการได้รับทราบและยอมรับก่อนการนำไปปฏิบัติจริง และจะต้องได้รับการสนับสนุน ความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมจากบุคคลหลายฝ่ายซึ่งจะประสบผลสำเร็จในการจัดทำเส้นทางสู่ความก้าวหน้าในสายอาชีพนั้น ผู้รับผิดชอบหลักคือหน่วยงานทรัพยากรบุคคล แต่ส่วนราชการอาจจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อรับผิดชอบการดำเนินการได้ ทั้งนี้ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญและเป็นกลางในการผลักดันให้การดำเนินการประสบผลสำเร็จ ได้แก่

1) หัวหน้าส่วนราชการ เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายและให้การสนับสนุนรวมทั้งพิจารณาอนุมัติทางความก้าวหน้าในสายอาชีพและหลักเกณฑ์ต่างๆ ที่จัดทำขึ้น ดังนั้น จึงควรมีการเสนอเหตุผลความจำเป็นของ การจัดทำเส้นทางความก้าวหน้าในสายอาชีพนี้ ให้หัวหน้าส่วนราชการพิจารณาให้ความเห็นชอบและเห็นความสำคัญ ก่อนเริ่มดำเนินการ

2) ผู้บริหารระดับสูง หมายถึง รองหัวหน้าส่วนราชการที่ได้รับมอบหมายให้กำกับดูแลการบริหารทรัพยากรบุคคลของส่วนราชการ ซึ่งมีบทบาทในฐานะประธานคณะกรรมการจัดทำเส้นทางก้าวหน้าในสายอาชีพท่านหน้าที่ในการกำหนดแนวทางดำเนินการจัดทำทางก้าวหน้าในสายอาชีพ ให้คำปรึกษาแนะนำแก่คณะกรรมการและหน่วยงานทรัพยากรบุคคล

3) หน่วยงานทรัพยากรบุคคลทำหน้าที่ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการจัดทำแผนการดำเนินการรับผิดชอบในการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ข้าราชการนำทางก้าวหน้าในสายอาชีพไปปฏิบัติดำเนินการพัฒนาบุคลากรติดตามและปรับปรุงการดำเนินการให้เหมาะสม

4) ผู้อำนวยการสำนัก/กอง เป็นผู้สนับสนุนให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือในด้านต่างๆ เพื่อให้การดำเนินการบรรลุผลสำเร็จจริงใจและกระตุ้นการทำงานของข้าราชการเพื่อให้ทำงานอย่างเต็มศักยภาพ ประเมินผลงานและศักยภาพของข้าราชการอย่างยุติธรรม การสนับสนุนพัฒนาข้าราชการโดยการสอนงาน (Coaching) การเป็นพี่เลี้ยง (Mentoring) และการมอบหมายงานที่ท้าทายมากยิ่งขึ้น ตลอดจนให้โอกาสข้าราชการในการ สับเปลี่ยน หมุนเวียนงานและเดิบโตตามสายอาชีพที่ข้าราชการต้องการ

5) ข้าราชการ เป็นผู้ให้ข้อมูลความต้องการ ให้ความคิดเห็นและเป็นผู้ใช้เส้นทางความก้าวหน้าในสายอาชีพ ที่ส่วนราชการจัดทำขึ้น

กิจกรรมหรือขั้นตอนการจัดทำเส้นทางก้าวหน้าในสายอาชีพ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนสำคัญดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปัจจัยพื้นฐาน เป็นขั้นตอนสำคัญในการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของส่วนราชการ โดยผู้รับผิดชอบต้องทำความเข้าใจกับทิศทางนโยบาย ยุทธศาสตร์และการกิจลักษณ์ของส่วนราชการอย่างถ่องแท้รวมทั้ง ศึกษาเกี่ยวกับโครงสร้างตำแหน่ง โครงสร้างอัยุข้าราชการ มาตรฐานกำหนดตำแหน่งหลักเกณฑ์และวิธีการแต่งตั้ง ราชการรวมถึงธรรมเนียมปฏิบัติในการแต่งตั้งโยกย้ายข้าราชการในส่วนราชการนั้น ๆ ด้วย

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์งาน เป็นการศึกษาข้อเท็จจริงของตำแหน่ง เช่น ลักษณะงานหน้าที่ความรับผิดชอบ คุณสมบัติเฉพาะของบุคคลที่จะมาดำรงตำแหน่ง เพื่อประโยชน์ในการออกแบบทางก้าวหน้าในสายอาชีพ การ จัดกลุ่มงาน (Job Family) และเพื่อให้ข้าราชการได้มีโอกาสหมุนเวียนงานและสั่งสมประสบการณ์ที่หลากหลาย

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบทางก้าวหน้าในสายอาชีพ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 เพื่อหาข้อสรุปว่าส่วนราชการจะจัดทำทางก้าวหน้าในสายอาชีพของตำแหน่งใดบ้าง (ตำแหน่งเป้าหมาย) และ เส้นทางความก้าวหน้าของแต่ละตำแหน่งจะต้องผ่านการปฏิบัติงานเพื่อสั่งสมประสบการณ์และผลงานในตำแหน่งใด หน่วยงานใด และเป็นระยะเวลาเท่าใดจึงจะเหมาะสม จากนั้นจึงดำเนินการออกแบบทางก้าวหน้าในสายอาชีพ

ขั้นตอนที่ 4 การจัดทำแบบสั่งสมประสบการณ์และผลงาน (Job Profile) เป็นขั้นตอนของการจัดทำรายละเอียดของตำแหน่งเป้าหมายและตำแหน่งในเส้นทางก้าวหน้า (Ladder Position) โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับหน้าที่ ความรับผิดชอบของตำแหน่ง (Accountability) ผลสัมฤทธิ์หลักของงาน (KRA) ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน หลัก (KPI) ความรู้ ทักษะ และสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับตำแหน่ง รวมทั้งจัดทำเกณฑ์การพิจารณาเพื่อก้าวสู่ตำแหน่งต่อไป (Performance Measures) เพื่อประโยชน์ในการบริหารทางก้าวหน้าในสายอาชีพ และการวางแผน พัฒนาความก้าวหน้าในสายอาชีพ (Career Development Plan) ที่เป็นรูปธรรม เชื่อมโยงกับทางก้าวหน้าในสายอาชีพ เพื่อให้ข้าราชการทุกระดับมีโอกาสพัฒนาตนเองไปสู่ตำแหน่งเป้าหมายที่ตนเลือกต่อไป

ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ข้อเสนอ

1. ความมีการศึกษา ทบทวนและพัฒนารูปแบบแนวทางปฏิบัติ กระบวนการและขั้นตอนการจัดทำแนวทางปฏิบัติให้ตรงตามตำแหน่งแต่ละกลุ่มวิชาชีพ
2. จัดทำแผนความก้าวหน้าในสายงานตามวิชาชีพ และจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรเพื่อให้มีความรู้ ความสามารถ ตรงตามสมรรถนะที่ต้องการ เพื่อถือเป็นหลักการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ ความชำนาญในตำแหน่งหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย
3. ควรจัดทำองค์ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ ให้เกิดกลุ่มงานในสังกัด เพื่อให้เกิดการทบทวนแลกเปลี่ยน ประสบการณ์การทำงานนำไปสู่การพัฒนาและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง
4. ความมีการสร้างเครือข่ายผู้ตรวจประเมินผลงานด้านวิชาการและรูปแบบที่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์
5. ควรมีการวางแผนติดตามความก้าวหน้าในสายงานของบุคลากรทุกระดับ เตรียมความพร้อมเข้าสู่ ตำแหน่งที่สูงขึ้น และควรสร้างวัฒนธรรมในองค์กรในการสร้างความเคารพนับถือ รวมทั้งยกย่องเชิดชูบุคลากรที่เป็น แบบอย่างในการปฏิบัติงานที่ดี

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

1. ปัญหาด้านนโยบายและแผนการจัดทำแนวทางสร้างเส้นทางความก้าวหน้าในงานอาชีพ ที่ใช้เป็น แนวทางในการปฏิบัติงานยังไม่ชัดเจนลงสู่ระดับหน่วยงาน จึงควรจัดทำคู่มือและแนวทางการปฏิบัติงานให้เกิด ความรู้ ความเข้าใจ และวางแผนเพื่อพัฒนาทักษะ และสมรรถนะของตำแหน่งงานตามสายอาชีพอย่างเหมาะสม
2. ปัญหาด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการบริหารงานทรัพยากรบุคคล ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่ได้รับการบรรจุ ใหม่ ยังขาดความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ในด้านการบริหารงานบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและหลักเกณฑ์ต่าง ๆ
3. มีระเบียบกฎหมาย หลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่ต้องดำเนินการงานบริหารทรัพยากรบุคคลในแต่ละเรื่องหรือ รายฉบับ ที่ต้องใช้เวลาศึกษาให้เข้าใจก่อนปฏิบัติงาน
4. มีภาระงานจำนวนมากทำให้ผู้รับผิดชอบงานไม่มีเวลาในการศึกษาทำความเข้าใจ อาจเกิดความล่าช้า และปฏิบัติงานได้ไม่ถูกต้อง จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน
5. จากข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น บุคลากรควรมีโอกาสได้รับการพัฒนา เช่น ฝึกอบรม การศึกษา และจัด กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมไปถึงสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับการทำงานให้เพียงพอและทันสมัย

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรในโรงพยาบาลสามารถมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทัศนคติในทิศทางเดียวกัน
2. บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถ และทักษะเฉพาะด้านที่เหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่ตามวิชาชีพ
3. บุคลากรมีแผนพัฒนาตนเองและมีการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ตำแหน่งสูงขึ้นได้ทันเวลา
4. บุคลากรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพตรงตามสมรรถนะอย่างเหมาะสม

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ระดับความสำเร็จของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาความก้าวหน้าในการเข้าสู่ตำแหน่งสูงสุดตามแผน
2. ร้อยละจำนวนบุคลากรที่ได้รับการประเมินเข้าสู่ตำแหน่งสูงสุดขึ้น

(ลงชื่อ) 

(นางสาวสุวิรภร ศรีธรรมการโภศล)

(ตำแหน่ง) นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

(วันที่) 24, สิงหาคม 2565

**บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม**

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๓.	นางเพ็มพูน ศิริกิจ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและ ป้องกันการติดเชื้อ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๕๙๘๗ ๑๐๐% เลื่อน ระดับ

ข้อผลงานส่งประเมิน

“การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับการติดเชื้อดื/oya :
กรณีศึกษา ๒ ราย”

ข้อแนวคิดในการพัฒนางาน

“ส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื/oyaโดยใช้กลวิธี
หลากหลาย”

รายละเอียดเค้าโครงผลงาน

“แบบท้ายประกาศ”

0-

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับการติดเชื้อดื้อยา : กรณีศึกษา 2 ราย
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 - วันที่ 31 ธันวาคม 2564
3. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator -Associated Pneumonia) เป็นการติดเชื้อที่ปอดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเกิดหลังจากผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 48 ชั่วโมง หรือหลังจากถอดเครื่องช่วยหายใจ 48 – 72 ชั่วโมง (ดร.อะเคียว อุณหเหล็ก, 2560) กรณีที่มีภาวะปอดอักเสบอยู่แล้วและได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้ว เช่น ไข้ลดลงติดต่อ กัน 24 – 48 ชั่วโมง เสมือนอย่าง มีอาการดีขึ้น หากพบว่ามี การอักเสบของปอดเกิดขึ้นใหม่ซึ่งอาจมีสาเหตุจากเชื้อตัวเดิมหรือเชื้อตัวใหม่ ให้ถือเป็นการเกิดปอดอักเสบจากการติดเชื้อครั้งใหม่ (super infection)

ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator -Associated Pneumonia) แบ่งตามระยะเวลาเกิดเป็น 2 แบบ 1) Early Onset VAP เกิดหลังใส่ท่อช่วยหายใจเกิน 48 ชั่วโมงถึง 4 วัน 2) Late Onset VAP เกิดหลังใส่ท่อช่วยหายใจมากกว่า 4 วัน

สาเหตุการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยมีการสูดสำลักเข้าจุลชีพจากปากหรือคอผ่านหลอดลมเข้าสู่ปอด เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
- 2) การหายใจเฉียบพลันที่มีเชื้อจุลชีพเข้าไปในปอด เกิดจากการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพบนอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ ละอองฝอยของยาบำบัดทางเดินหายใจ เชื้อแพร่กระจายเข้าสู่ปอดได้โดยร่วมไปกับอากาศในท่อช่วยหายใจ เชื้อมาจากกระเพาะอาหารโดยการอาเจียนและสูดสำลัก
- 3) การแพร่กระจายเข้าจุลชีพตามระบบเลือดหรือระบบน้ำเหลือง เกิดหลังการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นของร่างกาย
- 4) จากการสัมผัสโดยตรงของมือบุคลากรที่มีการปนเปื้อนเชื้อ บุคลากรไม่ได้ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

เชื้อที่เป็นสาเหตุ ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียแกรมลบทรงแท่ง โดยเฉพาะ *Acinetobacter baumanii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter spp.*, *Klebsiella pneumoniae*

การวินิจฉัยภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย

1. อาการและอาการแสดง (Clinical signs & symptoms) มีอาการและอาการแสดงอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้

- 1) ไข้ (อุณหภูมิ $> 38^{\circ}\text{C}$) โดยไม่มีสาเหตุอื่น 2) มีภาวะ Leukopenia ($\text{WBC} < 4000 / \text{mm}^3$ หรือ Leukocytosis $\text{WBC} > 12000 / \text{mm}^3$) 3) ผู้ป่วยที่มีอายุ ≥ 70 ปี มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวโดยไม่มีสาเหตุอื่น ร่วมกับมีอาการและอาการแสดงอย่างน้อย 2 อย่างต่อไปนี้ 1) เริ่มมีลักษณะเป็นหนองหรือลักษณะเสมหะเปลี่ยนไปหรือ เสมหะมากขึ้นหรือต้องดูเสมหะบ่อยขึ้น 2) เริ่มมีอาการไอ หรือ ไอรุนแรง หรือมีภาวะหายใจลำบากหรือหายใจเร็ว

- 3) พบรรค Rale หรือ bronchial breath sound 4) worsening gas exchange มีความต้องการออกซิเจนมากขึ้น

2. ภาพถ่ายรังสีทรวงอก (Radiology) กรณีผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว มีผลอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอกตั้งแต่ 1 ครั้ง พบความผิดปกติอย่างได้อย่างหนึ่งดังนี้ 1) พบรรค Infiltration เกิดขึ้นใหม่หรือลุกลามกว่าเดิมและ persist 2) Consolidation 3) Cavitation 4) พบรรค Pneumatoceles ในเด็กอายุ ≤ 1 ปี

กรณีที่ไม่มีโรคประจำตัว การถ่ายภาพรังสีทรวงอกตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปพบความผิดปกติอย่างได้อย่างหนึ่ง ต่อไปนี้ พบรรค Infiltration เกิดขึ้นใหม่หรือลุกลามกว่าเดิม และไม่หายไปอย่างรวดเร็ว Consolidation , Cavitation พบรรค Pneumatoceles ในเด็กอายุ ≤ 1 ปี

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพาะเชื้อในเลือดซึ่งไม่สัมพันธ์กับการติดเชื้อที่ต้าแหน่งอื่น เพาะเชื้อจากการตรวจเพาะเชื้อน้ำเยื่อหุ้มปอด หรือผลการตรวจ quantitative culture สิ่งส่งตรวจจากทางเดินหายใจส่วนล่างซึ่งเก็บด้วยวิธี BAL หรือ protected specimen brushing ให้ผลบวก

แนวทางการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย

- 1) การให้ความรู้แก่บุคคลากร 2) การเฝ้าระวังปอดอักเสบในโรงพยาบาล 3) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 4) การทำลายเชื้อและการทำให้อุปกรณ์ปราศจากเชื้อ 5) การดัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อจากคนสู่คน 6) การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อผู้ป่วย 7) การเพิ่มกลไกป้องกันการติดเชื้อของร่างกาย 8) การป้องกันสำลัก

การใช้ความรู้ทุกด้านของการพยาบาล การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำทฤษฎีแบบแผนสุขภาพกอร์don มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เป็นกรอบแนวคิดในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยโดยประเมินจากพฤติกรรมทั้งภายใน และภายนอกของบุคคล ซึ่งประกอบด้วยแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน (พรศิริ พันธุสี, 2560) แบบแผนสุขภาพ แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน หากมีความผิดปกติของแบบแผนหนึ่งจะมีผลกระทบต่ออีกแบบแผนอื่น ทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย การพิจารณาว่าแบบแผนสุขภาพได้ปกติหรือผิดปกติพิจารณาได้กับเกณฑ์มาตรฐาน (Norm) ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานตามกลุ่มอายุ เช่น แบบแผนอาหาร และการแพลงไอล่าสารอาหาร แบบแผนการออกกำลังกาย และเกณฑ์มาตรฐานตามกลุ่มสังคม เช่น ประเพณีวัฒนธรรม ค่านิยม ศาสนา ซึ่งแนวความคิดแบบแผนสุขภาพนี้ช่วยกระตุ้นเตือนให้พยาบาลมองภาวะสุขภาพของผู้รับบริการเป็นองค์รวมนีองจากแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนครอบคลุมปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และสามารถนำไปใช้ในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของสมาคม

การวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (North America Nursing Diagnosis Association : NANDA) ได้
ง่ายขึ้นส่งเสริมให้การวางแผนดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุม

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของผลงาน

ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator- Associated Pneumonia : VAP) เป็นปัญหาที่สำคัญ
และพบมากเป็นอันอับแรกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลของประเทศไทย ซึ่งเกิดหลังจากใส่ท่อช่วยหายใจและ
เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานเกิน 48 ชั่วโมง การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจถือว่าเป็นวิธีการรักษา¹
ที่จำเป็นในการช่วยชีวิตผู้ป่วยวิกฤตเพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ อย่างไรก็ตามการใส่ท่อช่วยหายใจและ
เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานอาจทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบ เนื่องจากกลไกป้องกันเชื้อโรคตามธรรมชาติของ
ร่างกายลดลง เชื้อภายในช่องปากและลำคอผ่านเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจส่วนล่างได้ง่าย จึงทำให้ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วย
หายใจมีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบมากกว่าผู้ที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ 3 – 20 เท่า และผู้ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจมีโอกาส
เกิดภาวะปอดอักเสบมากกว่าผู้ที่ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ 6 -12 เท่า นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง
ที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจซึ่งเข้ารับการรักษาในหน่วยผู้ป่วยวิกฤตมีโอกาสติดเชื้อด้วยต้านจุลชีพ²
เพิ่มขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อสูงมากกว่าผู้ป่วยติดเชื้อที่ไม่ด้วยต้านจุลชีพอย่างน้อย 1 เท่า
การเสียชีวิตจากเชื้อด้วยต้านจุลชีพทั่วโลกพบอัตราการเสียชีวิต 700,000- 1,000,000 คน/ปี ส่วนในประเทศไทย
พบอัตราการเสียชีวิต 38,481 ราย/ปี การติดเชื้อด้วยต้านจุลชีพยังส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนรับการรักษาใน
โรงพยาบาลนานขึ้น 3.2 ล้านวันต่อปี ทำให้มูลค่าการสูญเสียทางเศรษฐกิจ 2,539 - 6,084 ล้านบาทต่อปี
เชื้อแบคทีเรียที่เรียดด้วยยาที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ได้แก่ กลุ่ม *imipenem resistant Acinetobacter spp*,
imipenem resistant Pseudomonas aeruginosa vancomycin resistant enterococci, carbapenem
resistant จำกัดการติดเชื้อของโรงพยาบาลมหาสารคามในปี 2562 – 2564 พบว่า ตำแหน่งที่ติดเชื้อมากที่สุด
คือ VAP มีอัตราการติดเชื้อ 3.66, 3.82 และ 2.28 ต่อ 1,000 วันนอนตามลำดับ เชื้อที่พบส่วนมากเป็นแบคทีเรีย³
ได้แก่ *Acinetobacter baumannii* พบร้อยละ 28.2 *Pseudomonas* ร้อยละ 17.8 ปัจจุบันพบว่าแบคทีเรียกลุ่ม
Acinetobacter baumannii เริ่มด้วยต้านจุลชีพ Colistin ซึ่งเป็นยาปฏิชีวนะที่สำคัญในการรักษาเชื้อจุลชีพด้วย
ยาหลายชนิดในประเทศไทยและโรงพยาบาลมหาสารคาม ส่งผลให้ผู้ป่วยนอนในหน่วยวิกฤตนานขึ้นเฉลี่ย
25 - 30 วัน การหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จในครั้งเดียวไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจพบร้อยละ 23.8 และพบผู้ป่วย
เสียชีวิตที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อด้วยยาหลายชนิดร้อยละ 80.6 ของผู้ป่วยติดเชื้อด้วยยาหลายชนิดทั้งหมด

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับการติดเชื้อ⁴
ด้วยยาในกรณีศึกษา 2 ราย

เป้าหมาย ผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับการติดเชื้อด้วยยาที่เข้ารับการรักษาใน
หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 2 ราย

ขั้นตอนหลักการดำเนินงาน

1. คัดเลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับการติดเชื้อด้วยที่เข้ามารับบริการในห้องผู้ป่วยหนักอยุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วย ตรวจร่างกาย อาการสำคัญ อาการและอาการแสดง การรักษา และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
2. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง บทความ วารสารทางวิชาการ สื่ออินเตอร์เน็ต (Internet) เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับการติดเชื้อด้วย การวิเคราะห์สถิติและผลการการทบทวนกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับการติดเชื้อด้วย
3. ปรึกษาอายุรแพทย์ แพทย์ด้านการติดเชื้อ พยาบาลผู้ช่วยการทางด้านอายุรกรรม พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ จากหอผู้ป่วยหนักอยุรกรรม เพื่อวิเคราะห์กรณีศึกษาเปรียบเทียบกับความรู้ทางวิชาการ
4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมทำการเปรียบเทียบ วิเคราะห์วางแผนให้การพยาบาลและวางแผนการจำหน่ายตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ
5. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับการติดเชื้อด้วย ระยะแรกระยะวิกฤต ตามแนวทางการรักษาของแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล ติดตามประเมินผลลัพธ์ ทางการพยาบาล และวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และนำประเด็นปัญหามาพัฒนางาน
6. จัดทำเป็นเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจทาน แก้ไข และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มเผยแพร่

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยมีภาวะอุกเฉินเข้ารับการรักษาในหน่วยงานผู้ป่วยหนักอยุรกรรม มีภาวะ septic shock ทำให้ระบบหายใจและการไหลเวียนล้มเหลว ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะช็อก และมีภาวะแทรกซ้อนคือภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับติดเชื้อด้วย พยาบาลสามารถประเมินอาการและการแสดงของภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้เร็ว จากอาการไข้ และเสนอหามากขึ้น แพทย์ให้ส่งสมหะตรวจเพาะเชื้อพบเชื้อ *Acinetobacter baumannii* MDR รายงานแพทย์ปรับการรักษา เปลี่ยนยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยอาการดีขึ้น สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายปลอดภัย สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ระบบควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป้าหมายที่สำคัญที่สุดคือ มือตราชาร์การติดเชื้อในโรงพยาบาลต่ำที่สุด ซึ่งจะต้องมีระบบการเฝ้าระวังที่ดี สามารถประเมินอาการ และอาการแสดง การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจทางรั้งสืทร่วงอก เพื่อตอบสนองการรักษาได้ทันเวลา และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้และทักษะ ปฏิบัติตามมาตรฐานการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดไปยังผู้ป่วยอื่น ส่งผลให้สามารถควบคุมเชื้อไม่ให้แพร่กระจายไปยังตำแหน่งอื่น และผู้ป่วยรายอื่นในห้องผู้ป่วยหนักอยุกรรม ลดการใช้ยาปฏิชีวนะเพิ่ม ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัย ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 รวมวันนอนในโรงพยาบาล 29 วัน ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 รวมวันนอนในโรงพยาบาล 20 วัน ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ปลอดภัย สามารถกลับบ้านได้ ญาติได้รับความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งความรู้เรื่องเชื้อดื้อยา และเปิดโอกาสให้ขักถ่าน และให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในแผนการรักษา จึงทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและดูแลสุขภาพ และมีความพึงพอใจในการให้บริการ

6. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

6.1 นำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับติดเชื้อดื้อยา

6.2 นำแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับติดเชื้อดื้อยาไปใช้ในหน่วยงานอื่นๆ ที่ให้การดูแลผู้ป่วย ร่วมทั้งโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดมหาสารคาม

6.3 ใช้เป็นแนวทางแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยงาน และหน่วยงานอื่นๆ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับติดเชื้อดื้อยา

7. ความยุ่งยากและข้อข้อในดำเนินการ

7.1 กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และปัญหาสุขภาพ การปฏิบัติของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยของตนเอง จนกระทั่งโรคมีความรุนแรงมากขึ้น ความรวดเร็วในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพใกล้บ้าน

7.2 กรณีศึกษาและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา การปฏิบัติตัวทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล

7.3 ความซับซ้อนของโรคทำให้ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในระบบหายใจล้มเหลว เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงถึงชีวิต ได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และตามระบบ Fast track Sepsis

7.4 กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยวิกฤต มีภาวะช็อก ร่วมกับไตวายเฉียบพลัน ซึ่งในภาวะนี้ทีมแพทย์ต้องเข้ามาร่วมกันดูแล เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เมื่อพบอาการผิดปกติต้องรีบทำการช่วยเหลืออย่างถูกต้องและรวดเร็ว

7.5 กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยวิกฤต ต้องได้สารน้ำและยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) และมีความเข้มข้นสูง ต้องมีการติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นอย่างใกล้ชิด

7.6 กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับติดเชื้อด้วย การประเมินอาการและการแสดงได้เร็ว ทำให้แพทย์ปรับเปลี่ยนการรักษาได้ทันท่วงที ผู้ป่วยอาการไม่ทรงดลง เชื่อโรคไม่แพร่กระจายไปตามแน่นอน หรือผู้ป่วยรายอื่นในหอผู้ป่วย ซึ่งทั้งสุขภาพต้องปฏิบัติตามมาตรการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อด้วยอย่างเคร่งครัด

7.7 การจัดทำกรณีศึกษามีการค้นคว้า เอกสารทางวิชาการความรู้เรื่องโรค การรักษาพยาบาล งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากหนังสือ บทความ วารสารวิชาการ ค้นคว้าทางอินเตอร์เน็ต ปรึกษาแพทย์และพยาบาลเชี่ยวชาญ ซึ่งใช้เวลาในการศึกษาค้นคว้า รวมถึงการประสานงานต่างๆ กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

8.1 กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะช็อกและไตวายเฉียบพลันรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ง่าย จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

8.2 กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาการสื่อสาร ทำให้ความร่วมมือในการหย่าเครื่องน้อย ส่งผลให้ต้องใส่ท่อช่วยหายใจช้ำ จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

8.3 ระยะเวลาทำงานผลเพาะเชื้อ ใช้เวลา 3 – 5 วันส่งผลต่อการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อด้วยในโรงพยาบาล

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พัฒนาการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลและปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ก่อนที่มีรายงานผลเพาะเชื้อ เพื่อป้องกันการและลดการแพร่กระจายของเชื้อ

9.2 พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

9.3 ส่งเสริมและสร้างความตระหนักของบุคลากรในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และมาตรการควบคุม ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อด้วย

9.4 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และบททวนการดูแลผู้ป่วยกรณีเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับติดเชื้อด้วยในหน่วยงาน ในโรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วย

10. การเผยแพร่ผลงาน เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับการติดเชื้อด้วย กรณีศึกษา 2 ราย ได้เผยแพร่ในวารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2565)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

1) นางเพิ่มพูน ศิริกิจ สัดส่วนของผลงาน 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางเพิ่มพูน ศิริกิจ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(วันที่) 12 / กันยายน / ๒๕๖๘

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางเพิ่มพูน ศิริกิจ	

*ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายคณึงนิจ ศรีษะโคตร)
(พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล.....

(วันที่) 12 / กันยายน / ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

1 -
(ลงชื่อ)

(.....)
(นายภาณุภรณ์ มโนสิทธิ์คัດดี)
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม
(วันที่) 12 / กันยายน / ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่เห็นอธิบาย

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง ส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อต้ออยาโดยใช้กลวิธีหลากหลาย

2. หลักการและเหตุผล การติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายนานเป็นปัญหาที่สำคัญของการติดเชื้อในโรงพยาบาล ปัจจุบันมีแนวโน้มสูงขึ้น ข้อมูลการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพจากโรงพยาบาล 60 แห่งทุกภาค ของประเทศไทยพบการติดเชื้อดื้อยาหลายนานในภาพรวมเพิ่มจากร้อยละ 14.4 เป็นร้อยละ 54.9 โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤตพบ เชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้นจากการร้อยละ 3.1 เป็นร้อยละ 81.1 ในหอผู้ป่วยสามัญพบเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้นจากการร้อยละ 1 เป็นร้อยละ 55.4 (ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ, 2563) การติดเชื้อดื้อยาส่งผลกระทบทั้ง การเสียชีวิตของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษา และระยะเวลาในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยแอกัด โรงพยาบาล มหาสารคามมีอุบัติการณ์ติดเชื้อดื้อยา ปี 2562 – 2564 เท่ากับ 2.7, 2.4 และ 9.7 ต่อ 1000 วันนอน ตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือ ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) เชื้อจุลชีพที่พบบ่อยได้แก่ Acinetobacter baumannii Multiple Resistant Drug ร้อยละ 28.2, Pseudomonas Multiple Resistant Drug ร้อยละ 17.8 กลุ่มเชื้อดื้อยาหลายนานที่พบบ่อยคือ Carbapenem Resistant Acinetobacter baumannii พบร้อยละ 78 ของเชื้อดื้อยาทั้งหมด (เวชระเบียนสถิติงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2564) ปัจจุบันพบเชื้อดื้อยาหลายนานกลุ่ม Carbapenem Resistant Acinetobacter baumannii ที่ดื้อยา Colistin ซึ่งเป็นยาปฏิชีวนะที่สำคัญในการรักษาเชื้อจุลชีพดื้อยาหลายนานแกรมลบในประเทศไทยและโรงพยาบาล มหาสารคาม ส่งผลให้ผู้ป่วยนอนในหน่วยวิกฤตนานขึ้นเฉลี่ย 25 -30 วัน การหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จในครั้งเดียว ไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจชั่วคราวร้อยละ 23.8 และพบผู้ป่วยเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อดื้อยาหลายนานร้อยละ 80.6 ของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาหลายนานทั้งหมด

โรงพยาบาลมหาสารคามใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาโดยใช้มาตรการ SHIP bundle ซึ่งประกอบด้วย S : Single การแยกอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยทุกชนิด H : Hand hygiene การล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ให้ครบตามขั้นตอนนาน 20 วินาที และล้างมือตาม 5 moment I : Isolate การแยกผู้ป่วยในห้องแยกหรือแยกโซน P : Personal Protective Equipment, Promotion การใช้อุปกรณ์ป้องกันเน้นถุงมือ เสื้อคลุม และการสื่อสาร ในทีม แต่พบว่าการปฏิบัติได้ครอบคลุมร้อยละ 34 จากการท้าแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การลงนิเทศของ ICN พบประเด็น ด้านความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติ ความตระหนักของบุคลากร ทักษะการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในการใช้อุปกรณ์ป้องกันการสื่อสารในทีมบุคลากรทุกระดับไม่ทราบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในหน่วยงานรวมรวมถึงญาติและตัวผู้ป่วย อุปกรณ์/เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วยไม่เพียงพอพร้อมใช้ จากการสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาให้เกิดการปฏิบัติที่ครอบคลุม โดยส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

หมายขนาดโดยใช้กลวิธีหลากหลาย เพื่อให้มีสุขภาพทุกรดับปฐมภัยตามมาตรการ SHIP bundle ได้ครอบคลุม และยังยืน ซึ่งจะส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และผู้ให้บริการ ลดวันนอน และลดค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล

3. บทวิเคราะห์ / แนวความคิด/ ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไข

จากการวิเคราะห์สถานการณ์เชื้อด้วยยาหลายขนาดในโรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งในผู้ป่วยวิกฤตที่นอนรักษาตัวให้น่วยงานวิกฤต และผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยสามัญ แม้ว่าจะมีแนวปฏิบัติ และมาตรการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อด้วยยาหลายขนาดเป็นลายลักษณ์อักษร และสื่อสารลงสู่ผู้ปฏิบัติรับทราบ มี ICWN และหัวหน้าหน่วยงานติดตาม กำกับการปฏิบัติ แต่ยังพบประเด็นยังปฏิบัติได้ไม่ครอบคลุมตามแนวทางปฏิบัติ และยังพบว่าผู้ปฏิบัติไม่ปฏิบัติต่อเนื่องทุกเรื่อง ส่งผลให้การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อด้วยยาหลายขนาดไม่มีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อย่างเป็นระบบ พบร่วมกับการใช้กลวิธีที่หลากหลายในการปฏิบัติ ได้แก่ การอบรมให้ความรู้จะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติร้อยละ 84.8 การให้ข้อมูลย้อนกลับส่งผลให้เปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 39 การสนับสนุนอุปกรณ์ให้สะอาดและพร้อมใช้ส่งผลให้ เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 15.2 ซึ่งการใช้กลวิธีร่วมกับสามารถลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้สูงถึงร้อยละ 90.9 นอกจากนี้พบว่าการ กระตุ้นการปฏิบัติโดยใช้วิธีเดียวได้ผลเพียงร้อยละ 18.2 ถ้าหากใช้กลวิธีได้ผลสูงถึงร้อยละ 81.8 (Aboelela, Stone, & Larson, 2007) และการส่งเสริมให้บุคลากรสุขภาพปรับเปลี่ยนการปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม เช่น บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียด้วยยาหลายขนาด เพื่อให้เกิดการยอมรับ มีความเป็นเจ้าของรู้สึกรับผิดชอบต่องานที่ทำ และลดแรงต่อต้านเมื่อมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติต่าง ๆ การจัดตั้งทีมควบคุมการติดเชื้อในหน่วยงานประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในหอผู้ป่วย เป็นจากการมีส่วนร่วมทำให้ได้ร่วมกันพิจารณาปัญหาที่เป็นปัจจัยให้เกิดการติดเชื้อด้วยยาหลายขนาดในหน่วยงาน แก้ไขปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงาน และส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้องของบุคลากร (ประจำ ทองเจริญ, วันชัย มุ้งตุ้ย, อะเคียว อุณหเหล็ก, 2558) ดังนั้นผู้จัดการให้การใช้กลวิธีหลากหลาย (Multimodal Intervention) มาช่วยส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อด้วยยาหลายขนาด เพื่อให้ปฏิบัติได้ครอบคลุมต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาและการปฏิบัติอย่างยั่งยืน

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 บุคลากรในกลุ่มการพยาบาลทุกรดับปฏิบัติตามมาตรการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อด้วยยาหลายขนาดได้ครอบคลุมและต่อเนื่อง

4.2 สามารถควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อด้วยยาหลายขนาดได้

4.3 จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อด้วยยาหลายขนาดลดลง

4.4 เกิดวัฒธรรมความปลอดภัยการปฏิบัติในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อด้วยยาในโรงพยาบาล

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 ร้อยละบุคลากรทุกระดับปฏิบัติตามมาตรการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อด้วยยาหลายชนิด (SHIP bundle) > 95 %

5.2 อัตราการติดเชื้อด้วยยาลดลงร้อยละ 5 ต่อ 1000 วันนอนของเดือนก่อนหน้า

5.3 ความพึงพอใจของบุคลากรต่อส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อด้วยยาหลายชนิด โดยใช้กลวิธีหลากหลาย > 85

(ลงชื่อ) 

(นางเพ็มพุน ศิริกิจ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 12 / กันยายน ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแบบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประจำวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๔.	นางนันท์ชฎา นฤนาทธนาเสถียร์	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม</u> <u>โรงพยาบาลมหาสารคาม</u> <u>กลุ่มการพยาบาล</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก</u> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๕๔๙๗๒	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม</u> <u>โรงพยาบาลมหาสารคาม</u> <u>กลุ่มการพยาบาล</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก</u> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๕๔๙๐๑	เลื่อน ระดับ ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพัฒนาสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ในห้องตรวจอายุรกรรม ทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้น ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม” รายละเอียดค้าโครงผลงาน “แบบท้ายประกาศ”

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพัฒนาสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ในห้องตรวจอายุรกรรมทั่วไป
แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม
2. ระยะเวลาดำเนินการ เดือนพฤษภาคม 2562 - มีนาคม 2563

กิจกรรม	เดือน											
	พ.ค. 62	มิ.ย. 62	ก.ค. 62	ส.ค. 62	ก.ย. 62	ต.ค. 62	พ.ย. 62	ธ.ค. 62	ม.ค. 63	ก.พ. .63	มี.ค. 63	
1. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษา 1 เรื่อง	↔											
2. บททวนวรรณกรรม จากการศึกษาตำรา ค้นคว้า เอกสาร บทความทางวิชาการ		↔										
3. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา ทฤษฎีและสื่อinternet ขอคำปรึกษาจากหัวหน้า พยาบาล และผู้ที่มีความ ชำนาญ เชี่ยวชาญ และแพทย์ ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา			↔									
4. ประชุมกลุ่มพยาบาล วิชาชีพห้องตรวจอายุรกรรม ทั่วไป และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อ ยกร่างมาตรฐานการพยาบาล ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อ ขาดออกซิเจน			↔									
5. ดำเนินการนำร่างมาตรฐาน การพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อ ภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ไปใช้					↔							
6. นำผลลัพธ์ ข้อเสนอแนะ มา วิเคราะห์ เพื่อปรับปรุงงาน						↔						
7. เผยแพร่ผลงาน							↔					

3. ความรู้ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้แนวคิดการประกันคุณภาพพยาบาลและแนวคิดการสร้างมาตรฐาน ของ Mason (1994) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างมาตรฐานการการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยง ต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคามจึงขอเสนอการ ทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน

3.1.1 ภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน (HYPOXIA)

ภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน (Hypoxia) การที่ออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและเซลล์ลดลงทำให้มีผลต่อ การแลกเปลี่ยนกําชีณระกับเซลล์ จัดเป็นภาวะคุกคามชีวิต เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ คือ เสือตไปเลี้ยงบริเวณนั้นลดลง ความสามารถในการขนส่งออกซิเจนลดลง การระบายอากาศลดลง และระบบเอ็นไซม์ของเซลล์มีปัญหาไม่สามารถใช้ ออกซิเจน ภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน (Hypoxia) แบ่งเป็น 4 ชนิด ดังนี้

1. Hypoxic Hypoxia ภาวะที่ระดับออกซิเจนในเลือดลดลง ทำให้ออกซิเจนแพร่ไปสู่เนื้อเยื่อลดลง มักมีสาเหตุมาจากการระบายอากาศลดลง ความไม่พอดีของการระบายอากาศและการแพร่ของอากาศ สามารถบำบัด ได้ด้วยการเพิ่มการระบายอากาศในถุงลม หรือการให้ออกซิเจน

2. Circulatory Hypoxia ภาวะที่ระดับออกซิเจนในเลือด เนื่องมาจากการไหลเวียนเลือดในเลือดฝอย ไม่เพียงพอ มักมีสาเหตุมาจากการเลือดที่หล่อออกจากการหัวใจลดลง การอุดกั้นในเลือดดำ ภาวะซึ่อก แม้ว่าออกซิเจนใน เนื้อเยื่อลดลง แต่ออกซิเจนในเลือดแดงยังปกติ การบำบัดจะต้องแก้ไขที่สาเหตุ

3. Anemic Hypoxia ภาวะที่ระดับออกซิเจนในเลือดลดลงที่เกิดจากความเข้มข้นของฮีโมโกลบินลดลง ทำให้ความสามารถในการขนส่งออกซิเจนลดลง

4. Histotoxic Hypoxia เกิดจากสารพิษ เช่น ไซยาไนด์ รบกวนความสามารถในการใช้ออกซิเจนของ เซลล์และเนื้อเยื่อ

3.1.2 สาเหตุการเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน

สาเหตุบางประการดังต่อไปนี้ที่อาจส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานของร่างกายและทำให้ปริมาณ ออกซิเจนในเลือดลดลงจนเกิดภาวะ Hypoxia

1. การที่ร่างกายได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้หายใจช้าลง หรือได้รับสารพิษที่ทำให้เม็ดเลือดแดงเกิดความ บกพร่องในการจับออกซิเจน เช่น สารไซยาไนด์, ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์, ยา酇ติด

2. ร่างกายได้รับสารพิษบางอย่าง เช่น ควันพิษ, แอลงอชอร์ล, สารไซยาไนด์, ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ที่ทำให้ไม่สามารถนำออกซิเจนไปใช้ได้

3. อาการป่วยด้วยโรคประจำตัว เช่น โรคหื้อ โรคปอด โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ รวมทั้งภาวะซีดและโรคโลหิตจาง ที่เป็นสาเหตุให้เกิดความไม่คุ้มครองในกระเพาะอาหาร หรือภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ทำให้ปริมาณแรงดันเลือดจากหัวใจลดลง

3.1.3 ความรุนแรงภาวะขาดออกซิเจนของผู้ป่วย แบ่งได้ 3 ระดับคือ

1. Mild Hypoxemia: ภาวะที่ระดับออกซิเจนในเลือดแดง (PaO_2) อยู่ระหว่าง 60-80 มิลลิเมตรปรอท

2. Moderate Hypoxemia: ภาวะที่ระดับออกซิเจนในเลือดแดง (PaO_2) อยู่ระหว่าง 40-60 มิลลิเมตรปรอท

3. Severe Hypoxemia: ภาวะที่ระดับออกซิเจนในเลือดแดง (PaO_2) น้อยกว่า 40 มิลลิเมตรปรอท

3.1.4 อาการและอาการแสดง

ระยะเริ่มแรก ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายวิตกกังวล ไม่มีสมาธิ กระสับกระส่าย หายใจเร็ว ซึ่งจะเริ่ม อาจมีหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmias) ความดันโลหิตสูงขึ้นและสับสน ระยะต่อมา หายใจลำบาก เบาตื้น ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ระดับความรู้สึกตัวลดลง เช่น ซึมลง หมดสติ ปลายมือและปลายเท้าชี้ด้วย (pallor) ริมฝีปากสีเขียวคล้ำ (cyanosis) ซึ่งเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของปริมาณฮีโมโกลบินที่จับกับ CO_2 (deoxygenated hemoglobin) ในบริเวณหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้นอย่างมาก ดังนั้น พยาบาลควรประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะนี้อย่างเชื่อถือออกซิเจนเป็นระยะ มี ความไวในการสังเกตและสามารถคาดการณ์ต่อการเกิดภาวะนี้ได้ เช่น ขาดออกซิเจน เพื่อป้องกันและแก้ไขเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนให้กับผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

3.1.5 การวินิจฉัยภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน

แพทย์สามารถวินิจฉัยภาวะ Hypoxia ได้จากการสอบถามประวัติทางการแพทย์และการตรวจร่างกายเบื้องต้น ร่วมกับวิธีตรวจอื่น ๆ ดังต่อไปนี้

1. ผลตรวจระดับออกซิเจนในหลอดเลือดแดงจากห้องปฏิบัติการ โดยปกติระดับออกซิเจนในหลอดเลือดแดงจะอยู่ที่ 80-100 มิลลิเมตรปรอท

2. ตรวจวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า Pulse Oximeter หนึ่งไวนิลเรนบลайнน์ ซึ่งค่าปกติจะอยู่ที่ประมาณ 95-100 เปอร์เซ็นต์ นอกจากนี้ แพทย์อาจวินิจฉัยด้วยวิธีอื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อหาสาเหตุที่แน่ชัดของภาวะ Hypoxia หรือประเมินความรุนแรงและขอบเขตของโรค เช่น ตรวจนมรรถภาพปอด ทำ CT Scan ทำ MRI Scan ตรวจสิ่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น

3.1.6 การรักษาภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน

ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าข่ายภาวะ Hypoxia ควรรับไปพบแพทย์หรือหากพบผู้ที่มีภาวะนี้ให้นำตัวส่งโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด โดยแพทย์จะเร่งหาสาเหตุที่แน่ชัดและทำการรักษาที่ต้นเหตุในทันที ซึ่งวิธีรักษาภาวะ Hypoxia จะขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วย อาการ และความรุนแรงของโรคเป็นหลัก ดังนี้

1. ให้ออกซิเจนผ่านสายหางจมูกหรือหน้ากากออกซิเจน

2. ในการมีท่องลําไส้จากการป่วยเกิดจากปอดทำงานผิดปกติ แพทย์จะใช้ยาพ่นที่มีฤทธิ์ช่วยขยายหลอดลม เพื่อป่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้ลําบาก หากอาการยังไม่ดีขึ้น แพทย์อาจฉีดยาขยายหลอดลมเข้าทางเส้นเลือดดำแทน

3. ในกรณีที่ผู้ป่วยอาจมีภาวะบอดอักเสบ แพทย์อาจให้ยาสเตียรอยด์เป็นช่วงสั้น ๆ เพื่อบรรเทาอาการอักเสบ
4. แพทย์อาจรักษาผู้ป่วยด้วยออกซิเจนความดันบรรยายกาศสูง โดยให้ผู้ป่วยหายใจด้วยออกซิเจนบริสุทธิ์ 100 เปอร์เซ็นต์ซึ่งมีความเข้มข้นสูงขณะอยู่ในห้องปรับบรรยายกาศที่มีความดันภายในสูงกว่า 1 บรรยายกาศเพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด
 - 3.1.7 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเนื้ือเยื่อขาดออกซิเจน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการหายใจ
 1. ประเมินอาการและการแสดงของภาวะเนื้ือเยื่อขาดออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย หายใจเร็ว หอบเหนื่อย ซึ่งจะเร็ว ปลายเมือปลายเท้าชิดเห็น ริมฝีปากเขียว สับสน หากมีอาการดังกล่าวให้รีบรายงานแพทย์
 2. จัดท่านอนให้อยู่ในท่าที่สบาย ผ่อนคลาย สามารถสื่อสารได้โดยไม่ริดเด่น
 3. ดูแลและทำให้ทางเดินหายใจโล่ง ถ้ามีสิ่งใดอุดตันหรือสิ่งแผลกลบลอกให้ออก หากมีเสมหะต้องดูดเสมหะออก และดูแลบริเวณรูจมูกให้สะอาด
 4. ให้นอนหงายศีรษะสูง 30-45 องศา (semi fowler's position) หรืออยู่ในท่านั่งพับกับตัว คร่อมเตียงในผู้ป่วยหายใจลำบากเมื่อนอนราบเพื่อให้กระบังลมหายใจดี ช่วยให้ปอดขยายตัวได้มากขึ้น การผ่านของลมหายใจเข้าออกสะดวกขึ้น
 5. ประเมินภาวะชีด อาการเขียวคล้ำจากการขาดออกซิเจน หรือด้วยความเข้มของออกซิเจน (SaO_2) หากพบว่ามีภาวะขาดออกซิเจนก็ต้องให้ออกซิเจน
 6. กรณีให้ออกซิเจน ดูแลให้ canular 5 L/min ตามแผนการรักษา วัดและประเมิน vital signs และ O_2 Sat ทุก 1 ชั่วโมง Keep O_2 Sat $\geq 94\%$
 7. ส่งเสริมให้มีการไออาเสเมหะออกและการหายใจลึกอย่างมีประสิทธิภาพ (Deep breathing) กระตุนให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกท้องป่อง หายใจออกยาวท้องแนบ และเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อกันภาวะบอดแฟบโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการขยายตัวของปอดได้ไม่เต็มที่ เช่น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดที่อยู่ในระยะพักฟื้น เป็นต้น
 8. ดูแลให้น้ำอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 1.5 ลิตร เพื่อให้สมหะอ่อนตัว และผู้ป่วยสามารถไอขับเสมหะได้ (กรณีผู้ป่วยมีเสมหะปริมาณมาก เหนียว)
 9. ประเมินสภาวะจิตใจ ความวิตกกังวล ให้กำลังใจ พูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และไว้วางใจในการรักษาพยาบาล
 10. ดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน ความสะอาด ความสุขสบาย ตามความเหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

การบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก เป็นการบริการที่บุคลากรทางการพยาบาลให้บริการแก่ผู้ใช้บริการด้านสุขภาพ ครอบคลุมการตรวจรักษายาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ สำหรับผู้มีสุขภาพดี และผู้มีปัญหาสุขภาพโดยการคัดกรองภาวะสุขภาพแยกประเภทความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค ช่วยเหลือแพทย์ในการตรวจรักษาระยะยาว ให้การพยาบาลก่อน ขณะและหลังการตรวจรักษา ให้การดูแลรักษายาบาล ช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้น ในรายที่มีอาการรบกวน อาการไม่คงที่ และอาการรุนแรง หรือมีภาวะเสี่ยงอันตราย ต่อชีวิตเฉียบพลัน บริการให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการและครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัตินปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเอง ตลอดจนการบริการให้คำปรึกษาสุขภาพ บุคลากรทางการพยาบาลในหน่วยงานบริการผู้ป่วยนอก นอกจากจะให้ความรู้ ความสามารถและทักษะทางการพยาบาลพื้นฐานและเฉพาะทางแล้ว ยังต้องมีทักษะสำคัญที่มุ่งเน้นด้านการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การเจรจาต่อรอง การถ่ายทอดข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้มาใช้บริการเข้าใจภาวะสุขภาพและสามารถนำไปปฏิบัติตนเองได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นการป้องกันความขัดแย้ง และสร้างความประทับใจในการบริการรักษายาบาล (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์, 2551) ห้องตรวจอายุรกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม มีจำนวนผู้มารับบริการจำนวนมากเมื่อเปรียบเทียบกับห้องตรวจสาขาอื่นในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งในปีงบประมาณ 2559, 2560 และ 2561 มีผู้ที่มารับบริการตรวจห้องตรวจอายุรกรรมทั่วไป ทั้งหมด 35,579 30,472 และ 24,314 รายตามลำดับ(ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2562) ห้องตรวจทั่วไป 4 ห้อง มีเจ้าหน้าที่ให้บริการทั้งหมด 9 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 5 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 3 คน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้คัดกรองและประเมินสภาพผู้ป่วยทุกราย ก่อนส่งพบแพทย์ จากสถิติพบว่ามีผู้ป่วยที่เกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนที่ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดแดง < 92 % จำนวน 11,26 และ 8 ราย ตามลำดับ(ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2562) ถึงแม้ระบบของโรงพยาบาลจะกำหนดให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนรับบริการที่ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน แต่ผู้ป่วยที่ยังไม่แสดงอาการโดยทันที เมื่อร่างกายปรับตัวรับสภาพล้มเหลวจึงมักเกิดอาการขณะรอตรวจภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เป็นภาวะที่ร่างกายมีปริมาณออกซิเจนในเนื้อเยื่อต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยมักเป็นสัญญาณที่แสดงถึงความผิดปกติ ของระบบหัวใจระบบหัวใจและหลอดเลือด และระบบโลหิตวิทยา (อรุณothัย ศิริอัศวกุล, 2549) ผู้ป่วยมักมีอาการบีบซี่ เข่น ผิวหนังชี้ดี เย็น หายใจลำบาก หายใจมีเสียงดัง หัวใจเต้นเร็ว มีนิง สับสน ซึม จนถึงขั้นไม่รู้สึกตัว (เพลย์จันทร์ เสรีวัฒนา) ซึ่งหากไม่รีบแก้ไขและให้ความช่วยเหลือ อาจส่งผลให้สมอง ตับ และอวัยวะอื่น ๆ ทำงานผิดปกติ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีขาดออกซิเจนในสมองต่ำ ซึ่งอาจทำให้มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกลดลงและไม่สามารถควบคุมร่างกายได้ตามปกติ หากมีอาการรุนแรงก็อาจซัก เกิดภาวะโคม่า และอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ การประเมินภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนมีความสำคัญมากต่อพยาบาลวิชาชีพ ที่ทำหน้าที่คัดกรองที่ต้องดำเนินการอย่างรวดเร็วและมีระบบตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างทันท่วงที

ดังนั้น ผู้ศึกษาในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก จึงมีความสนใจที่จะศึกษาและสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน

ต่ำกว่าร้อยละ 90 และผลของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ใช้สติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.11 จริยธรรมวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินถึงศักดิ์ศรีและความมีคุณค่าของผู้ร่วมวิจัยทุกขั้นตอนของการวิจัย การดำเนินงานวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือคุกคามต่อร่างกาย จิตใจ และวิถีชีวิตผู้ร่วมวิจัย ดังนี้

1. การใช้เอกสารสิทธิ์ (Autonomy) หมายถึง การดำเนินถึงความเป็นส่วนตัวและความมีอิสระในการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมวิจัย การยินยอมร่วมวิจัย พร้อมที่จะเจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมศึกษา หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจโดยขอความยินยอมด้วยว่าจะในการเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมการศึกษา ระหว่างการเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัย โดยสามารถที่จะปฏิเสธไม่เข้าร่วมการศึกษาหรือกระบวนการ การให้ข้อมูลต่าง ๆ ได้ และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับโดยไม่มีเชือของกลุ่มตัวอย่างปรากฏในแบบฟ็อมภายนอกและรายงานผลการศึกษา

2. งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่การรับรอง MSKH_REC 62-01-045 ลงวันที่ 21 มกราคม 2563

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

ผลการศึกษา

1. ขั้นการวางแผน พบร่วมกับการบริบทด้านการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยที่เสียงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน พบร่วมกับการตรวจอายุรกรรมทั่วไป ยังไม่มีมาตรฐานการพยาบาล กล่าวคือไม่มีมาตรฐานการซักประวัติคัดกรอง การดูแลก่อนตรวจ ขณะตรวจและหลังตรวจ ไม่มีการกำหนดผลลัพธ์ และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หลังจากประชุมกลุ่มร่วมกับพยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจอายุรกรรมทั่วไป ได้ยกร่างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่เสียงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ในห้องตรวจอายุรกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 6 มาตรฐาน ได้แก่

มาตรฐานที่ 1 การคัดกรองขักประวัติและจัดลำดับความเร่งด่วน

มาตรฐานที่ 2 การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เสียงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน

มาตรฐานที่ 3 การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน

มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยได้รับการดูแลขณะรอตรวจ

มาตรฐานที่ 5 การลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล

มาตรฐานที่ 6 การส่งต่อรับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่ห้องผู้ป่วยหรือห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2. ขั้นการปฏิบัติ ทีมพยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจอายุกรรมทั่วไป จำนวน 5 คน นำร่างมาตรฐานการพยาบาล ที่ร่วมกันกำหนดไปปฏิบัติกับกลุ่มเป้าหมายทดลองจำนวน 10 คน โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามร่างมาตรฐาน และได้สังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ
3. ขั้นการประเมินผล ได้ผลสรุปดังนี้ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เป็นชาย 7 คน คิดเป็นร้อยละ 70 เพศหญิง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30 อายุน้อยกว่า 55 ปี 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20 อายุระหว่าง 55-70 ปี 5 คน คิดเป็นร้อยละ 50 อายุ 71 ปีขึ้นไป 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30 การปฏิบัติตามร่างมาตรฐานการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติ ทุกอย่างตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ 6 มาตรฐาน มีมาตรฐานเชิงกระบวนการ 20 ข้อ มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 10 ข้อ ส่วนใหญ่ทุกมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ปฏิบัติได้ ร้อยละ 100 มีเพียงบางข้อเท่านั้น ที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เนื่องจากไม่มีคำสั่งแพทย์ แต่ทุกมาตรฐานถือว่าผ่านเกณฑ์การทดสอบคือมากกว่าร้อยละ 90 การประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้มาตรฐานการพยาบาล ผู้ป่วยที่เสียงต่อภาวะเนื้ือเยื่อขาดออกซิเจนมีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในแต่ละด้านของพยาบาลวิชาชีพ ห้องตรวจ อายุกรรม ต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่เสียงต่อภาวะขาดออกซิเจน

ความพึงพอใจ	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การบรรยาย
ลักษณะของงาน	50	42.6	1.93	ระดับมากที่สุด
การเป็นอิสระในงาน	50	43.4	5.59	ระดับมากที่สุด
ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน	50	42.6	4.83	ระดับมากที่สุด
รวม	150	128.6	9.74	ระดับมากที่สุด

จากตาราง ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่เสียงต่อภาวะขาดออกซิเจนพบว่าความพึงพอใจโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ในรายด้านมีระดับความพึงพอใจดังนี้ ด้านลักษณะของงาน พยาบาลวิชาชีพได้ใช้ความรู้ ความสามารถเต็มที่ในการปฏิบัติภาระการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาล ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านความเป็นอิสระในงาน พยาบาลวิชาชีพมีอิสระในการตัดสินใจ สามารถแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสม กับสถานการณ์ ได้รับการยอมรับจากหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาล ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน พยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์แบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการกับผู้ร่วมงาน อีก ฯ ในทีมสุขภาพ และได้รับความร่วมมือจากผู้ร่วมงานรวมทั้งได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานและผู้บังคับบัญชา ในการพยาบาลผู้ป่วย ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

4. ขั้นการปรับปรุงแก้ไข หลังจากทดลองใช้ และประชุมกุมรวมกับพยาบาลวิชาชีพ ได้นำข้อเสนอแนะต่าง ๆ ของพยาบาลวิชาชีพ มาปรับปรุงในการให้บริการผู้ป่วยให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น โดยได้มาตรฐานการพยาบาลจำนวน 6 มาตรฐาน ประกอบด้วยมาตรฐานเชิงกระบวนการ 20 ข้อ มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 10 ข้อ อภิรายผล

การศึกษาวิจัยการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะเนื้ือเยื่อขาดออกซิเจน ห้องตรวจอายุรกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม อภิรายผล ดังนี้

1. มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ในแต่ละมาตรฐานเชิงกระบวนการ พยาบาลวิชาชีพสามารถทำได้ทุกข้อ คิดเป็นร้อยละ 100 และผลลัพธ์เกิดขึ้นในทางบวกสามารถสามารถซ้ายเหลือผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนได้จริงร้อยละ 100 ซึ่งสอดคล้องกับ Mason (1994) กล่าวว่า มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ เป็นการอธิบายการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้รับบริการหลังจากให้การพยาบาลแล้วโดยการพยาบาลที่จะก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวก และป้องกันผลลัพธ์เชิงลบ และการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อายพร กิตติเจริญรัตน์ และ ศิริพร สังขามาลย์ (2554) เรื่อง การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ชนิดเปิด โดยอาศัยการค้นคว้าตำรา เอกสารทางวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการประชุมกลุ่มพยาบาลผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน นำไปปรับแก้และตรวจสอบความตรงตามความสัมพันธ์ตามแนวคิดของเมสัน โดยนำมาใช้ในสถานการณ์จริง พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติได้จริงตามมาตรฐานที่สร้างขึ้น ทั้งในกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ และเกิดผลบวกกับผู้รับบริการทุกราย

มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน มีมาตรฐานการพยาบาล 6 มาตรฐาน โดยมี มาตรฐานเชิงกระบวนการ 20 ข้อ มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 10 ข้อ การสร้างมาตรฐานนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤตติกา พลสุภาพพจน์ (2553) เรื่อง การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะซื้อก ห้องตรวจอายุรกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งมีมาตรฐานการป้องกันภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน โดยการประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน และตรวจวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงทุก 15 นาที ซึ่งมีกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานและทำให้เกิดผลลัพธ์ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน

2. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนมีความพึงพอใจต่อการใช้มาตรฐานในระดับมากที่สุดสอดคล้องกับการศึกษา กฤตติกา พลสุภาพพจน์ (2553) เรื่อง การสร้าง มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะซื้อก ห้องตรวจอายุรกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี ผลสำรวจความพึงพอใจในการใช้มาตรฐานมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด สิ่งที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ คือ มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนที่ผ่านการ

ตรวจสอบตามความสัมพันธ์โดยวิธีของเมสันสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้จริง พยาบาลสามารถปฏิบัติตามมาตรฐานได้จริง เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีส่วนร่วมในการร่างมาตรฐาน และปฏิบัติร่วมกัน ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม อันจะก่อให้เกิดความยึดมั่นและผูกพันต่อหน่วยงานต่อไป

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 ต่อผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มารับบริการที่เกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนได้รับการพยาบาลตั้งแต่ระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจตามมาตรฐานการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วและปลอดภัย

6.2 ต่อบุคลากร

6.2.1 พยาบาลได้รับการพัฒนาความรู้และแนวทางการสร้างมาตรฐานการพยาบาลโดยนำแนวทางการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการบริการผู้ป่วยนอกของกองการพยาบาล สำนักกรมการแพทย์ โดยผ่านเทคนิคขั้นตอนของเมสันมาประยุกต์ใช้อย่างถูกต้อง มีมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่เสียงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน

6.2.2 เกิดรูปแบบการทำงานที่ชัดเจน มีมาตรฐานในการปฏิบัติงาน

6.3 ต่อการพัฒนาต่อยอดในวิชาชีพ

การศึกษาการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่เสียงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคามนี้ ได้บูรณาการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมจากพยาบาลผู้ปฎิบัติ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ร่วมกันวางแผน ค้นหาองค์ความรู้ และพัฒนามาตรฐานการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติเห็นความสำคัญในการพัฒนาความรู้และสมรรถนะของตนเอง

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การศึกษาในครั้งนี้ ขั้นตอนการยกร่างมาตรฐานในขั้นตอนนี้มีการประชุมกลุ่มร่วมกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อยกร่างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่เสียงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ซึ่งทางกลุ่มมีความต้องการให้ยกร่างมาตรฐานมีความชัดเจน จ่ายต่อการใช้ และเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย ดังนั้นจะต้องมีการเตรียมเอกสารทางวิชาการเพื่อใช้ในการยกร่าง จึงได้ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการค้นคว้าเอกสารวิชาการ แต่ด้วยภาระงานที่มากทำให้ได้รับความร่วมมือเป็นบางส่วน ผู้วิจัยจึงแก้ปัญหาโดยเป็นตัวหลักในการค้นคว้างานวิชาการแล้วนำมาเสนอกลุ่มเพื่อมาสรุปประเด็นที่ต้องการใช้ในการยกร่าง มาตรฐาน ร่วมกับการใช้ทักษะและประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ห้องตรวจอายุกรรม งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม ทำให้การดำเนินงานบรรลุล่วงตามวัตถุประสงค์

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 พยาบาลคุ้นเคยกับการปฏิบัติแบบเดิมๆ เมื่อต้องใช้มาตรฐานการพยาบาลมาเป็นแนวปฏิบัติ จึงมีความรู้สึกว่า ยังยากในการปฏิบัติ ไม่เข้าใจในวัตถุประสงค์และความสำคัญในการใช้มาตรฐาน จึงได้มีการจัดประชุมกลุ่มพูดคุย ซึ่งจะถึงความสำคัญและวัตถุประสงค์ใช้มาตรฐานการพยาบาลในการปฏิบัติงาน

8.2 เนื่องจากในแต่ละวันมีผู้มารับบริการจำนวนมาก สถานที่แออัด การใช้มาตรฐานการพยาบาลในบางข้อ อาจทำได้ไม่สมบูรณ์ ซึ่งจะเดาแนวทางแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมสมต่อไป

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำมาตรฐานการพยาบาลไปทดลองใช้ เพื่อตรวจสอบมาตรฐานการพยาบาลว่ามีความเหมาะสม ในการใช้งานมากน้อยเพียงใด

9.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรศึกษาและพัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เชิงปฏิบัติการ เพื่อปรับปรุงประเมินความก้าวหน้าของมาตรฐานการพยาบาล

10. การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่ในวารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2563 หน้าที่ 111 – 118

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางนันท์ชญาณ์ นฤนาทธนาเสถียร สัดส่วนของผลงาน 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... 

(นางนันท์ชญาณ์ นฤนาทธนาเสถียร)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 9 / กันยายน / 2565

แบบเสนอแนะวิธีการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้น ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสารคาม

2. หลักการและเหตุผล

ภาวะหัวใจหยุดเต้น(cardiac arrest) เป็นภาวะที่หัวใจทำงานผิดปกติ จนกระทั่งไม่มีการบีบตัวหรือหยุดเต้น การให้เลือโนโลหิตภายในร่างกายหยุดลงอย่างสื้นเชิง ส่งผลให้เลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆไม่เพียงพอ เชลล์ ต้องใช้การเผาผลาญพลังงานแบบไม่ใช้ออกซิเจน ซึ่งทำให้ร่างกายเกิดภาวะความเป็นกรด นำไปสู่ความผิดปกติที่เซลล์ และอวัยวะ เมื่ออวัยวะและเซลล์ขาดออกซิเจนไปเลี้ยงนานๆจะทำให้สูญเสียการทำงานอย่างถาวร โดยสมองจะเกิดความเสียหายหากขาดเลือดเกิน 4 นาที และหากสมองขาดเลือดนานเกิน 10 นาที ก้านสมองซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการหายใจจะเสียหาย ผู้ป่วยจะไม่สามารถหายใจเองได้เนื่องจากเกิดภาวะสมองตาย (ประไฟ บรรณทอง, พัชรี พงษ์พาณิช และณัฐกร ประกอบ) และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุดหากไม่ได้รับการแก้ไขภายในระยะเวลาเป็นนาที โดยภาวะหัวใจหยุดเต้นนั้นเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ที่พบบ่อยส่วนใหญ่มี 2 สาเหตุหลักโดยสาเหตุแรกเกิดจากโรคหัวใจขาดเลือด (Cardiac cause) ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากมีโรคหัวใจอยู่เดิมโดยที่เจ้าตัวอาจไม่ทราบ หรือไม่เคยตรวจมาก่อน มักพบในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป มักพบว่าหัวใจจะเต้นผิดปกติชนิดที่สั่นพริ้วไม่มีแรงบีบตัวเพื่อให้เลือดออกจากหัวใจเรียกว่า (Ventricular Fibrillation: VF) ซึ่งในภาวะปกติหัวใจจะผลิตกระแสไฟฟ้าเพื่อกระตุ้นให้หัวใจบีบตัวอย่างเป็นจังหวะ ซึ่งจะส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆของร่างกาย แต่เมื่อเกิดหัวใจเต้นผิดปกติชนิด VF กระแสไฟฟ้าที่ส่งออกจากหัวใจจะเร็วและไม่เป็นจังหวะจนทำให้หัวใจไม่บีบตัวและเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงร่างกายได้ ส่วนสาเหตุที่ 2 คือ การขาดออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายจากการระบบการหายใจล้มเหลว เช่น หยุดหายใจ ทางเดินหายใจอุดกั้น จมน้ำ การได้รับสารพิษ การได้รับยาเกินขนาด ไฟฟ้าช็อตรวมทั้งการขาดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ เช่น การได้รับบาดเจ็บรุนแรง การเสียเลือดในปริมาณมาก เป็นต้น พยาบาลจะสามารถตรวจประเมินอาการได้โดยง่าย ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นจะมีอาการหมดสติ ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นใดๆ ไม่เคลื่อนไหว ไม่มีการไอ ไม่หายใจ หายใจผิดปกติ หรือหายใจเขือก และไม่มีชีพจร

จากสถิติของสมาคมโรคหัวใจของประเทศไทยระบุเมริการพบการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นฉับพลันปีละ 300,000 – 400,000 รายต่อปี โดยพบในกลุ่มนักกีฬาในอัตราส่วนประมาณ 1 ต่อ 65,000 ถึง 1 ต่อ 200,000 สำหรับประเทศไทยนั้นยังไม่มีการเก็บสถิติภาวะนี้อย่างเป็นระบบจึงยังไม่มีรายงานตัวเลขที่ชัดเจนแต่พบว่ามีประชาชนเสียชีวิตจากโรคหัวใจเฉลี่ยปีละ 54000 คนหรือ เฉลี่ยขั้วโมงละ 6 คน โรคหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็ง และอุบัติเหตุ จากข้อมูลอัตราตายด้วยโรคหัวใจ ของเขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่นพบอัตราตายด้วยโรคหัวใจ ปี พ.ศ.

2559-2561 ดังนี้ 21.32,22.17 และ 20.19 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ในส่วนจังหวัดมหาสารคามพบอัตราตายด้วยโรคหัวใจ ปี พ.ศ. 2559-2561 ดังนี้ 16.80, 21.40 และ 16.31 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ
กรรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข) จากข้อมูลในปี พ.ศ.2561-2563 มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้ามารับบริการในแผนก
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 142,259 ครั้ง 141,284 ครั้ง และ 136,903 ครั้งตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูล
โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2563) ในกลุ่มโรคเรื้อรังมีกลุ่มโรคที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น คือ กลุ่มโรคความ
ดันโลหิตสูงมากที่สุด (มาลี คุณคงคาพันธ์ และธิติพันธ์ จันทร์พัน, 2558) และโรคหัวใจและหลอดเลือด (นิติจิตต์ อัง^ก
สุพันธ์โภคล, 2563) โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน
โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) และผ่านการรับรองการประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล (QA)
การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้น ในแผนกผู้ป่วยนอกนั้น พยาบาลมีบทบาทในการเฝ้าระวังติดตามอาการ
เปลี่ยนแปลงให้การพยาบาลและรายงานแพทย์จากการสังเกตการปฏิบัติงานพบว่าบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทรุดลง
ขณะรอตรวจต้องให้การรักษาแบบเร่งด่วนเพื่อช่วยชีวิต พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งในทีมสุขภาพที่ต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด^ก
ตลอด จึงต้องมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย มีความรู้ ความเข้าใจ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแล
ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยซึ่งจาก
การศึกษาของ ศิริธร ศิริแก้ว (2560) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยขณะคาดการณ์
ท่วงอกโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยขณะคาดการณ์ท่อระบายนอกในห้องผู้ป่วย
อายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผลการศึกษาพบว่าแนวปฏิบัติช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและ
ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพปอดได้ดี ขณะที่พยาบาลผู้ป่วยต้องเก็บทั้งหมดลงความเห็นว่าสามารถให้การพยาบาลตาม
แนวปฏิบัตินี้ได้ ลมหายใจ รอดทรัพย์และอรนิตร สุรินทร์กร (2556) ศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย
สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ผลการศึกษาพบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น
สามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และทำให้ระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับเจ็บกระดูกหัก^ก
กลับบ้านลดลง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นกรอบแนวคิด
การปฏิบัติการพยาบาลและพัฒนาเพื่อช่วยแก้ปัญหาในหน่วยงานเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนตลอดจน
สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้น ในแผนก
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม จะช่วยลดความหลากหลายของการปฏิบัติงาน ลดความเสี่ยงการเกิดความ
ผิดพลาดจากการปฏิบัติงานเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
ของชูคัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลซึ่งเป็นรูปแบบที่มีขั้นตอนชัดเจน
กระชับ เข้าใจง่าย

3. บทวิเคราะห์ / แนวความคิด /ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

กรอบแนวคิดของการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจำชั้นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตั้งแต่ขั้นตอนการคัดกรอง ขั้นประวัติ ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นระหว่างรอตรวจ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและติดตามผลการรักษา เพื่อพัฒนาและนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจำชั้นในการพยาบาลของชูคัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนดำเนินงานเนื่องจากเป็นรูปแบบที่เน้นการพัฒนาการปฏิบัติในเชิงคลินิกมีกระบวนการชัดเจน ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ เม้นการแก้ไขปัญหาทางคลินิกให้กับผู้ป่วยโดยกระบวนการพัฒนาดังกล่าวเน้นการทำาง และการแสดงความคิดเห็นร่วมกันระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อให้ได้แนวทางในการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจง กับหน่วยงานผู้ป่วยนอกอย่างชัดเจน รวมทั้งมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติมากที่สุดภายใต้หลักฐานเชิงประจำชั้น ซึ่งการศึกษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 คือ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ 1. ระยะการค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-triggered phase) ในระยะนี้เป็นการกำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหาถือเป็นระยะที่ให้รายละเอียดและความชัดเจนเกี่ยวกับประเด็นปัญหา ควรจะเป็นปัญหาที่พบบ่อยในแผนกผู้ป่วยนอก (Soukup, 2000) ซึ่งได้มาจากหลักฐาน 2 แหล่งคือ 1.) จากการปฏิบัติงาน (practice triggered) และ 2.) จากแหล่งความรู้ (knowledge triggered)

ระยะการค้นหาหลักฐานเชิงประจำชั้นที่เกี่ยวข้อง (Evidence-supported phase) การทบทวนและการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจำชั้นทั้งการประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจำชั้นเป็นการวางแผนการสืบค้น เช่น กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น, กำหนดแหล่งสืบค้นและนำมาประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจำชั้นโดยใช้เกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ประกอบด้วยระดับ 4 ระดับ

- 1) ระดับ A หมายถึงหลักฐานที่ได้จากการวิจัยที่เป็น Meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น Randomized controlled trials (RCT)
- 2) ระดับ B หมายถึงหลักฐานที่ได้จากการวิจัยที่เป็น Meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น Randomized controlled trials (RCT) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากการวิจัยที่มีการออกแบบรดกุมแต่เป็นงานกึ่งทดลองหรือวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุมตัวอย่างเชิงกลุ่ม
- 3) ระดับ C หมายถึงหลักฐานที่ได้จากการวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยอื่น ๆ
- 4) ระดับ D หมายถึงหลักฐานที่ได้จากฉันทางมติ (Consensus) ของผู้เชี่ยวชาญตำรา และเอกสารวิชาการต่าง ๆ ในการพิจานาความเป็นไปได้ของผลงานวิจัยที่จะนำไปใช้ในคลินิก

ขั้นตอนที่ 2 คือ ระยะการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ในหน่วยงาน (Evidence-observed phase) เป็นการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นมาใช้ครั้งที่ 1 โดยปัจุบันจึงมีผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับแนวปฏิบัติและการเก็บข้อมูลตามแบบประเมินคุณภาพการปฏิบัติแล้วนำไปตรวจสอบและทดลองใช้ประเมินผลความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อยืนยันว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นมีมาตรฐาน สามารถนำไปใช้ได้จริง โดยนำแนวปฏิบัติที่ได้ไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาวิชากรรมโรคหัวใจ การพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม รวม 3 คน คือ แพทย์อายุรกรรมผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษแผนกอายุรกรรม 1 คน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ปฏิบัติงานโดยตรงกับผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 คน เพื่อประเมินความชัดเจนความตรงเชิงเนื้อหาและความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้

ขั้นตอนที่ 3 คือ ระยะการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติพร้อมทั้งนำผลที่ได้มาปรับปรุงจนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถนำไปใช้ได้จริงการนำไปทดลองใช้ (Evidence –based phase) เป็นระยะของการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณจากข้อมูลในระยะ Evidence- supported phase กับระยะ Evidence – observe phase เพื่อให้ได้รูปแบบของการปฏิบัติที่ดีที่สุด โดยการผสมผสานเข้าสู่การปฏิบัติจริง และวางแผนดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การปฏิบัติรูปแบบใหม่ ซึ่งการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปทดลองใช้ในผู้ป่วยต่อไป

สรุปกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่เสียงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้น แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม ดังนี้

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. โรงพยาบาลมหาสารคามมีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้น
 2. ผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอกได้รับการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นที่มีประสิทธิภาพโดยเน้นบทบาทอิสระของพยาบาลและเกิดความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับ
 3. พยาบาลวิชาชีพมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นที่มีทิศทางและมาตรฐานเดียวกันซึ่งมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความทันสมัยเพื่อการ ประยุกต์ใช้ซึ่งช่วยพัฒนาผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ
 4. แผนกผู้ป่วยนอกมีมาตรฐานในการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นที่เป็นทิศทางเดียวกัน
 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ
1. จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มาใช้บริการเกิดจากภาวะหัวใจหยุดเต้นเป็น 0
 2. อัตราผู้ป่วยที่มีเสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นได้รับการประเมินอาการภายใน 5 นาที และได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์ภายใน 30 นาที ≥ ร้อยละ 80
 3. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการ ≥ ร้อยละ 80

ลงชื่อ.....


(นางนันท์ชญา นกนาทธนาเสถียร)
 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 วันที่ 9 กันยายน 2565

ผู้ขอประเมิน

**บัญชีรายละเอียดแบบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม**

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๕.	นางประยุร จำปาปิ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด)	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด)	๕๘๘๔๑	เลื่อน ระดับ ชื่อผลงานส่งประเมิน “ประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมการดูแล ผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-๑๙ ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาสารคาม” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในยุค New normal” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แบบท้ายประกาศ”

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับทำแน่นที่จะแต่งตั้ง)

1. เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถตอบแทนท่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดดีเด่นเชื้อโควิด-19 ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาสารคาม
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ พฤศจิกายน 2564 ถึง กันยายน 2565
3. ความรู้ ความชำนาญหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ปัจจุบันประชากรทั่วโลกยังคงต้องเผชิญกับปัญหาการระบาดครั้งใหญ่ของโรคติดต่อที่เรียกว่า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด -19 โดยจุดเริ่มต้นทั้งหมดเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 เนื่องจากมีการระบาดของโรคทางเดินหายใจหรือโรคปอดบวมโดยไม่ทราบสาเหตุ โดยผู้ป่วยรายแรกในการของระบาดเกิดขึ้นในตลาดแห่งหนึ่งในเมืองอู่ซันสาธารณรัฐประชาชนจีนซึ่งได้นำสาเหตุภัยหลังพบว่าเป็นการระบาดของโรคติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อเบต้า-โคโรนาสายพันธุ์ใหม่ที่เรียกว่า กลุ่มอาการทางเดินหายใจเฉียบพลันชนิดรุนแรงจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, SARS-CoV-2) ที่ก่อให้เกิดโรคทางเดินหายใจในมนุษย์ ตั้งแต่อาการเล็กน้อยคล้ายไข้หวัดจนถึงอาการระบบทางเดินหายใจที่รุนแรงและการระบาดของโรคเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในเมืองอื่นๆ ของประเทศจีน รวมถึงในกว่าสิบประเทศทั่วโลก (กองระบาดวิทยา และ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ธันวาคม พ.ศ. 2564) ทำให้องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ต้องออกมายกฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (public health emergency of international concern) มีผลกระทบที่รุนแรงต่อระบบสาธารณสุขและสังคมเศรษฐกิจในหลายด้านโดยพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายแรกที่มีการติดเชื้อภายนอกประเทศจีนเกิดขึ้นภายในประเทศไทย โดยมีประวัติการสัมผัสด้วยในเมืองอู่ซัน ประเทศจีนการระบาดในประเทศไทยเริ่มต้นในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 พบร่องรอยการติดเชื้อโควิด-19 ภายในประเทศ (local transmission) รายแรกเป็นคนขับรถแท็กซี่ที่มีประวัติสัมผัสถูกติดเชื้อจากประเทศจีน หลังจากนั้นการระบาดภายในประเทศเริ่มเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่เดือนมีนาคม 2563 จนสามารถควบคุมได้ และเกิดการระบาดในระลอกที่ 2 ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 เกิดจากแรงงานชาวเมียนมาที่เดินทางกลับจากประเทศเมียนมา ตรวจพบเชื้อที่ทำงานในตลาดกลางคุ้ง ตำบลมหาชัย จังหวัดสมุทรสาคร (วารสารเวชศาสตร์ป้องกัน, กันยายน-ธันวาคม 2563) โรงพยาบาลมหาสารคาม จำกสภากิจการผ่าตัด ปี 2564 มีทั้งหมด 23 ราย ปี 2565 มีทั้งหมด 160 ราย ปัจจุบันประเทศไทยยังคงเผชิญภัยการระบาดครั้งใหม่ระลอกที่ 3 ที่ความรุนแรงและการแพร่กระจายเชื้ออุ่นอย่างรวดเร็วในหลายจังหวัด ซึ่งมีแนวโน้มผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง ภาวะอ้วน ผู้สูงอายุ และโรคหัวใจปะกอบกับมีการติดเชื้อจากการเดินทางไปยังพื้นที่ระบาด มีการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนขนาดใหญ่ในสนามมวยราชดำเนิน สนามมวยลุมพินี ทำให้มีการติดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่เป็นหลักที่มีเสียชีวิตหลักร้อยต่อวัน ทำให้สถานการณ์ของระบบสาธารณสุข มีปัญหาเตียงไม่พอ กับจำนวนผู้ป่วย ต้องใช้มาตรการให้ผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงกักตัว รักษาตามอาการและสังเกตอาการที่บ้าน (อภิสิทธิ์ คุณธรรมปัญญา, 2565)

โรงพยาบาลมหาสารคาม จากสถิติการผ่าตัด ปี 2564 มีทั้งหมด 23 ราย ปี 2565 มีทั้งหมด 160 ราย สูตินรีเวช 68 คน คิดเป็นร้อยละ 42.5 ศัลยกรรมหัวใจ 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.8 ศัลยกรรมกระดูก และข้อ 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.7 หุคอกมูก 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.9 ศัลยกรรมประสาท 1 ราย และ ตา 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.6 นอกจากนี้ ยังมีบุคลากรพัสดุเชื่อใน ปี 2564 จำนวน 2 คนคิดเป็น ร้อย ละ 2.0 ปี 2565 จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 79.6 (สถิติผ่าตัดโภภยาบาลมหาสารคาม ปี 2564,2565) ในด้าน การให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 ห้องผ่าตัดโภภยาบาลมหาสารคามผ่าตัดผู้ติดเชื้อยืนยันรายแรก เมื่อเดือนกรกฎาคม 2564 พบปัญหาอุปสรรคเรื่องไม่มีห้องผ่าตัดความดันลบ บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรคติดเชื้อโควิด บุคลากรขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด19 มีความเครียดและวิตกกังวล ในการเข้าช่วยผ่าตัด หลักการปฏิบัติไม่ชัดเจนการเตรียมพร้อมใช้เวลานานเนื่องจากขาดความชำนาญในการ สมนใจชุดอุปกรณ์ป้องกัน คณะกรรมการพัฒนาห้องผ่าตัดได้ถอดบทเรียนจากสถานการณ์ดังกล่าวทบทวน วรรณกรรมและได้ข้อปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด- 19 ที่ชัดเจนยิ่งขึ้นโดยคณะกรรมการพัฒนา ห้องผ่าตัดได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางปฏิบัติโดยอ้างอิงแนวปฏิบัติจากการแพทย์และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (ประกาศกรมการแพทย์ เรื่องแนวทางปฏิบัติการทำห้องผ่าตัดสถานการณ์ COVID-19:19มีนาคม 2563)

แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด19โดยมีข้อกำหนดดังต่อไปนี้

ให้ผ่าตัดในรายปกติหรือได้ (Elective case) ส่วนรายอื่นได้เร่งด่วนฉุกเฉิน (Emergency case) ให้ทำการตามแนวทางต่อไปนี้คือ

1. แจ้งทีมผ่าตัดเพื่อเตรียมผ่าตัดตามบริบทของโรงพยาบาล
2. ก่อนการผ่าตัด เตรียมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและเตรียมร่างกายผู้ป่วยตามบริบทของโรงพยาบาล (ผู้ป่วยสวม surgical mask)
3. บุคลากรทางการแพทย์ใส่ชุดอุปกรณ์ PPE ตามประกาศกรมควบคุมโรค
4. พิจารณาให้มีการใช้จำนวนบุคลากร ยาเวชภัณฑ์และครุภัณฑ์ให้น้อยหรือเท่าที่จำเป็น
5. การให้ยา劑รับความรู้สึกตามแนวทางที่ออกโดยราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์
6. หลังการผ่าตัด (Post-Operation) ผู้ป่วยไม่ต้องเข้าห้องพักฟื้น ให้นำเข้าพักที่ห้องพักได้โดยตรง
7. การทำความสะอาดหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดตามมาตรฐานห้องผ่าตัด

หลังจากนั้นมีการผ่าตัดผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ยืนยันรายที่ 2 ยังคงเกิดปัญหาเติมช้า และมีการ ปฏิบัติในการจัดการดูแลห้องหลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง ได้มีการนำปัญหาดังกล่าวเข้าที่ประชุมและทบทวน วิเคราะห์สาเหตุดังกล่าวแก้ไขปัญหาได้บางส่วนคือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์สูงสามารถให้การ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและมีความมั่นใจในการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด 19 และต่อมา ได้มีการปรับห้องผ่าตัดที่มีอยู่เดิมให้เป็นห้องผ่าตัดความดันลบตามข้อแนะนำของกองแบบแผน กรม สนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (OR-NEW NORMAL) จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ เข้าผ่าตัดจำนวน 64 คน พบร่วมบุคลากรยังขาดความรู้ที่ถูกต้องและขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติด

เชื้อโควิด19 การปฏิบัติงานในการเข้าช่วยผู้ติดต้องมีพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่าในการควบคุมกำกับดูแล โดยเฉพาะพยาบาลระดับ มีอ 3 และมีอ 2 จำนวน 32 คนคิดเป็นร้อยละ 50 ของพยาบาลห้องผ่าตัด ทั้งหมด จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โปรแกรมการสอนงาน เป็นกระบวนการถ่ายทอดความรู้ที่ดี มีประสิทธิภาพสูงซึ่งผลที่ประจักษ์คือพยาบาลใหม่ในห้องผ่าตัดมีทักษะในการปฏิบัติงานถูกต้อง แม่นยำซึ่งมีประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น อีกทั้งความพึงพอใจในรูปแบบการสอนมีผลตอบรับสูง (นพวรรณ กฤตยกุชิตพจน์ ,2564) และมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เปลี่ยนเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าด้วยการส่องกล้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากการผ่าตัดโรงพยาบาลขอนแก่น เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองเบี่ยงกุ่มเดียวกัน หลัง เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และการใช้ทักษะการปฏิบัติในการใช้โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เปลี่ยนเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า ด้วยการส่องกล้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดโรงพยาบาลขอนแก่นก่อนและหลังการทดลอง พบร่วมค่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p-value < 0.0001$) (บังอร ศรีสุวรรณ,2564) และจากการทบทวนวรรณกรรม การใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถ แห่งตน Bandura1997 พบว่าหากมีการให้ กลุ่มตัวอย่าง ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนของ อ.ส.ม.แล้วจะทำให้อ.ส.ม.มีความรู้ และมีทัศนคติที่ดีเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่าง ถูกต้อง (ภาวิณี พรหมบุตร และคณะ,2564) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีของแบรนดูรา 1997 มาปรับใช้กับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 ของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด 19 การเพิ่มความมั่นใจโดยการให้ฝึกปฏิบัติการ ใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกัน และการใช้ห้องผ่าตัดความดันลบเพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีมีความมั่นใจในพฤติกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิดให้ได้รับความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ เสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 ของพยาบาล ห้องผ่าตัดโดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด 19 การเพิ่มความมั่นใจโดยการให้ฝึกปฏิบัติการ ใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกัน และการใช้ห้องผ่าตัดความดันลบเพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีมีความมั่นใจในพฤติกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิดให้ได้รับความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบศึกษาหนึ่งกลุ่ม วัดประสิทธิผล ผลของโปรแกรมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการทดลอง (one group pretest-posttest design) โดยเปรียบเทียบ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโควิด-19 ในห้องผ่าตัดก่อน และหลังการใช้โปรแกรมฯ วัดถูกประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้าง ความสามารถแห่งตนของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 ของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลมหาสารคาม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ทัศนคติ ของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ พฤติกรรม ของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

คำนำการวิจัย

ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 หลัง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ หรือไม่

สมมุติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 ของ พยาบาลห้องผ่าตัดหลังได้รับโปรแกรม เสริมสร้างความสามารถแห่งตน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 ของ พยาบาลห้องผ่าตัดหลังได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
3. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 ของ พยาบาลห้องผ่าตัด หลังได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านพื้นที่ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลมหาสารคาม

ขอบเขตประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เลือกกลุ่ม ตัวอย่าง ตามคุณลักษณะที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลมหาสารคามในปี 2565 ที่มีอายุการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดต่ำกว่า 5 ปี ยังไม่จบเฉพาะ ทางด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 32 คน (ร้อยละ 50 ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดทั้งหมด)

เกณฑ์การคัดเข้าคือ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดปี 2565
2. พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดต่ำกว่า 5 ปี
3. ยังไม่จบเฉพาะทางด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด
4. ยินดีเข้าร่วมวิจัย
5. มีสุขภาพแข็งแรง
6. อ่านออกเขียนได้

เกณฑ์การคัดออกคือ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ยินยอมสมัครใจเข้าร่วมวิจัย
2. อยู่ในระหว่างลาป่วย ลาคลอดบุตร ติดเชื้อโควิด-19
3. อยู่ในระหว่างการอบรมเฉพาะทาง

เกณฑ์การยุติการวิจัย

1. รู้สึกอืดอัดไม่สบายใจ ไม่สมควรใจที่จะทำวิจัยต่อ
2. เจ็บป่วยต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล
3. ย้ายหน่วยงาน
4. เสียชีวิต

ขอบเขตด้านเวลา 11 เดือนคือ พฤศจิกายน 2564 ถึง กันยายน 2565

1. ประสิทธิผลของโปรแกรม หมายถึง การบรรลุเป้าหมายของโปรแกรม เสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยผู้ติดติดเชื้อโควิด-19 ของพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ มีตัวชี้วัดที่ชัดเจน ได้แก่ พยาบาลหลังได้เข้าร่วมการใช้โปรแกรมฯ แล้วมีความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยผู้ติดติดเชื้อโควิด-19 ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม
2. โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยผู้ติดติดเชื้อโควิด-19 ของพยาบาลห้องผ่าตัด หมายถึง โปรแกรมการให้ความรู้โดยการจัดประชุมวิการเพื่อทบทวนความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยผู้ติดติดเชื้อโควิด-19 จากคู่มือของห้องผ่าตัด และให้มีการเข้าฐานฝึกทักษะการเตรียมตัวเข้าเข้าช่วยผู้ติดติดเชื้อโควิด-19 ฝึกการสวมใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยภายใต้ชุดPAPR จากนั้นให้เข้ากลุ่มเพื่อแสดงความคิดเห็น และเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความภาคภูมิใจและทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย
3. พยาบาลห้องผ่าตัดหมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่สอบผ่านใบประกอบโรคศิลป์ ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดในปี 2565
4. ผู้ป่วยผู้ติดติดเชื้อโควิด-19 หมายถึง ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดที่ตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ โดยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบาง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนของ Bandura 1997 โดยทำ กิจกรรมใน 4 ฐาน คือ ฐานที่ 1) ฉันเข้าใจ โดยทบทวนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยผู้ติดติดเชื้อโควิด-19 โดยใช้คู่มือประกอบ ฐานที่ 2) ฉันทำ ได้ ฝึกทักษะการเตรียมตัวเข้าผ่าตัดโดยการฝึกสวมใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยภายใต้ชุดPAPR ฐานที่ 3) ฉันมั่นใจ โดย วิทยากรประจำ กลุ่ม ผู้ดูแลชั้น ชั้นช่วง และกระตุนให้แสดง ความคิดเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยผู้ติดติดเชื้อโควิด-19 แล้ว ให้กลุ่มแสดง ความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนความภาคภูมิใจ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น จากการดูแลผู้ป่วยผู้ติดติดเชื้อโควิด-19 เพื่อสร้างความภูมิใจและเพิ่มทัศนคติ ในทางที่ดีในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว และฐานที่ 4) ฉัน

มาตรวัดมาตราวัดของลิคิร์ท (Likert Scale) 5 ระดับคือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน คือเกณฑ์การให้คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน เห็นด้วยมาก 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนน เห็นด้วยน้อย 1 คะแนน และไม่เห็นด้วย 0 คะแนน จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การแปลผล (Best, 1977) คือ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0.00 - 1.33 หมายถึง ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิดระดับน้อย คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.34 - 2.66 ระดับปานกลาง และ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.67- 4.00 ระดับดี

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพุทธิกรรมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 ของพยาบาลห้องผ่าตัด ปรับจากคู่มือการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิดของหน่วยงานห้องผ่าตัด โดยให้ผู้ร่วมวิจัย ตอบตามสภาพการปฏิบัติจริงมีจำนวน 22 ข้อ มี 3 ตัวเลือก ได้แก่ ทำทุกครั้ง ทำนานๆครั้ง และไม่เคยทำ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดมาตราวัดของลิคิร์ท (Likert Scale) 3 ระดับคือ ทำทุกครั้ง (3คะแนน) ทำนานๆครั้ง (2คะแนน) และไม่เคยทำ (1คะแนน) เกณฑ์การแปลผล (Best, 1977) คือ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0.00 - 1.80 หมายถึงพุทธิกรรมต่อการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิดระดับต่ำต้องปรับปรุงแก้ไข คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.79 - 2.39 ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.40- 3.00 ระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ คู่มือการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 ได้รับการตรวจสอบ ความถูกต้อง และภาษา (Content Validity Index: CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านซึ่งเป็นแพทย์เฉพาะ ทางที่มีความเชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดศัลยกรรม จำนวน 1 ท่านอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาล วิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 อีก 1 ท่าน นำไปคำนวณหาค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.00 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบประเมินความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 ได้ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.96, 1.00 และ 1 ตามลำดับ

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้จัดน้ำ เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจาก ผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ในกลุ่ม พยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลใกล้เคียงที่มีขนาดใกล้เคียงกัน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ซึ่งได้ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการทดลอง แบบประเมิน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 ต้องได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.86 แบบประเมินทัศนคติและการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลfaของครอนบาก (Cronbach's coefficient alpha) ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.88 และ 0.81 ตามลำดับ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เป็นแบบกลุ่มเดียว (One group pretest - posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่ง

ตนต่อความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดดีดเชื้อโควิด-19 ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาสารคาม เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ ความสามารถดูแล (Self-efficacy) ของแบรนดูรา (Bandura, 1977) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดดีดเชื้อโควิด-19 ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาสารคามใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยทำการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง

ระยะเวลาดำเนินการศึกษา ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2564 - กันยายน 2565

1. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลมหาสารคามในปี 2565 โดยปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดเป็นเวลาไม่เกิน 5 ปี จำนวนทั้งหมด 32 คน มีทั้งเพศหญิงและเพศชาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด การอบรมเฉพาะทาง เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดดีดเชื้อโควิด-19 ของ พยาบาลห้องผ่าตัด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดดีดเชื้อโควิด-19 ของ พยาบาลห้องผ่าตัด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดดีดเชื้อโควิด-19 ของ พยาบาลห้องผ่าตัด

3. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 1 ศึกษาข้อมูลทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ขั้นเตรียม วันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 - 30 มิถุนายน 2565 ขั้นที่ 2 ผู้วิจัยได้แนะนำ ตัวกับบุคลากรได้แก่ พยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อสร้างสัมพันธภาพพร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มเป้าหมายและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ทราบ

ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามเกี่ยวกับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดดีดเชื้อโควิด-19 แก่พยาบาลห้องผ่าตัด

ขั้นที่ 4 ทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูลจริงนำเครื่องมือมาหารความเชื่อมั่นนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง (Try out) จำนวน 30 คน ในพื้นที่ โรงพยาบาลอื่นที่มีลักษณะ ใกล้เคียงกัน เพื่อหามาตรฐานเครื่องมือ ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

ขั้นที่ 5 ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณ เพื่อไปจัดกระทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทางการวิจัย

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ความแตกต่างข้อมูลที่ว่าปีของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด และการอบรมเฉพาะทาง ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมกลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัด ก่อน-หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตน โดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และ pair t-test

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เป็นแบบกลุ่มเดียว (One group pretest - posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาสารคาม รวมทั้งสิ้น 32 คน ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ($n=32$)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศชาย	5	15.6
หญิง	27	84.4
อายุ(ปี)		
21-30	28	87.5
31-40	3	9.4
41-50	1	3.1
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	31	96.9
ปริญญาโท	1	3.1
ระยะเวลาทำงานในห้องผ่าตัด		
1-3	27	84.37
4-7	5	15.63
การอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาล ห้องผ่าตัด		
ไม่เคย	32	100

ตารางที่ 1 แสดง ข้อมูลพื้นฐานของพยาบาลห้องผ่าตัด

อภิรายผล

จากวัตถุประสงค์เฉพาะรายข้อของการวิจัยได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตน พบร้า ระดับความรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 หลังจากหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนระหว่างก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่ม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิมพา เชิญฟัช (2565) ในด้านแนวทางการปฏิบัติในการเตรียมผ่าตัดผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 พัฒนา แนวทางการปฏิบัติในการเรียมผ่าตัดผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด พบร้าผลการศึกษา แนวทางการปฏิบัติในการเตรียมผ่าตัดผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่ต้องเข้ารับการรักษาจากสถาบันบำราศนราดูร กรมคุณภาพฯ พบร้าแนวทางปฏิบัติในการเตรียมผ่าตัดผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด สามารถนำไปใช้ได้จริง บุคลากรผู้ปฏิบัติงานทำการผ่าตัดผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 โดยไม่ติดเชื้อจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดผลลัพธ์ ผู้รับบริการผ่าตัดได้รับการดูแลก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดตามมาตรฐานวิชาชีพ ได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องปลอดภัย และไม่พบรายงานการติดเชื้อของบุคลากรอันเนื่องมาจากการให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 ตัวชี้วัด : อุบัติการณ์การติดเชื้อของบุคลากรจากการให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 คิดเป็นร้อยละ 0 การเก็บรวบรวมข้อมูล : เก็บจากข้อมูลโปรแกรมความเสี่ยง ซึ่งสามารถลดความเสี่ยหายและผลกระทบที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ได้ สามารถเป็นแนวทางการปฏิบัติในการเตรียมผ่าตัดผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดในพื้นที่อื่น เพื่อป้องกันและควบคุม การแพร่กระจายเชื้อที่จะเกิดขึ้น เมื่อต้องทำการผ่าตัดผู้ป่วย และเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนให้เกิดการ บังคับใช้แนวทางการปฏิบัติในการเตรียมผ่าตัดผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาล ทุกระดับได้

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตน พบร้า ระดับทัศนคติของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 หลังจากหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนระหว่างก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่ม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญซึ่งสอดคล้องกับ ไมลา อิสระยะสุวรรณ (2560) ศึกษา เปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดต่อของผู้ดูแลเด็กระหว่างรูปแบบการ สอนแบบรายบุคคลด้วยหลักการสิ่งแวดล้อมศึกษา กับรูปแบบการสอนแบบบรรยายกลุ่มใหญ่ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน 2 แห่งที่ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลสูง พบร้า กลุ่มทดลองในระยะหลัง การทดลองและระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมการบริหารจัดการ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p-value <0.001$) เมื่อเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้น ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบร้ากลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการดูแล และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแวดล้อมสูงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p-value < 0.05$

3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตน ผลการศึกษาพบว่า ระดับพฤติกรรมของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 หลังจากหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนระหว่างก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่ม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นพวรรณกุตยภูมิพจน์ (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนงานสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้ร่วมทดลองตอบการประเมินโปรแกรม โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดในส่วนของความพร้อมของผู้สอน ความรู้ และประสบการณ์ที่ได้ถ่ายทอดซึ่งสอดคล้องกับการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดรวมทั้งการประสานงานทำงานเป็นกลุ่มร่วมกัน การแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้สอนและผู้เข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้โปรแกรมการสอนได้รับการตอบรับความพึงพอใจมากจากผู้ร่วมทดลอง และเสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้เข้าร่วมเพิ่มมากขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมนี้การศึกษากลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มพยาบาลใหม่ที่เข้ามาปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีทั้งหมดเป็นเพศหญิงมีอายุระหว่าง 22 ถึง 25 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานห้องผ่าตัดน้อยกว่า 1 ถึง 3 ปี กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษานั้นมีทักษะการปฏิบัติงานหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนงานสูงกว่าก่อนเข้าร่วม และส่วนมากมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสอนอยู่ระดับมากที่สุด รวมทั้งการจัดการด้านข้อมูลและส่งเสริมการทำงานอย่างบูรณาการต่อไป

สรุปผลการศึกษา

หลังจากการให้โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนพบว่า ระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 หลังจากหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนระหว่างก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่ม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับมากกว่า 0.05 ($p < 0.01$) ดังนั้นควรนำไปใช้เป็นรูปแบบเสริมสร้างความสามารถแห่งตนแบบเชิงรุก และบูรณาการต่อไป ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการติดตามผลในระยะเวลา 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อติดตามคุณภาพในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด 19 ว่าเป็นอย่างไร

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ได้โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถแห่งตน ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโควิด-19 ที่มีคุณภาพของหน่วยงาน เพื่อนำไปสอนพยาบาลใหม่และพยาบาลที่ย้ายเข้ามาใหม่ตลอดทั้งพยาบาลที่มาอบรมศึกษาดูงาน

2. พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 ที่ดีขึ้น มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานส่งผลให้องค์กรมีคุณภาพตามมาตรฐานของสถานบริการด้านห้องผ่าตัด

3. ผู้ป่วยและบุคลากรได้รับความปลอดภัยจากการบริการผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด- 19 ตามแนวทางของ 2 P safety

7. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

การวิจัยเรื่องนี้ยังเคยทำในเรื่องประสิทธิผลของการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 สำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดมาก่อน ทำให้ประเด็นดังกล่าว ยกต่อการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยตรงแต่ได้บททวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง พบการ ศึกษาวิจัยที่คล้ายคลึงกัน ในด้านการใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตอนของ แบบคูรา 1997 ภาณี พรมบุตร และคณะ (2563) และปรับเอาแนวปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิดของห้องผ่าตัดที่คณะกรรมการพัฒนาห้องผ่าตัดจัดทำเป็นแนวปฏิบัติของหน่วยงานมาเป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 เพื่อให้พยาบาลห้องผ่าตัดได้เรียนรู้ตามบริบทและขั้นตอนดังกล่าวเพื่อให้มีความรู้ มีทัศนคติที่ดี และมีความมั่นใจในพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 เกิดผลดีในการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากรและความปลอดภัยจากการผ่าตัดของผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลให้องค์กรมีคุณภาพน่าเชื่อถือในสังคมต่อไป

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

- การดำเนินการวิจัยมืออุปสรรคเนื่องจากเป็นการระบาดของเชื้อโควิด-19 จึงต้องปรับการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองและใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารอาจมีข้อจำกัดเรื่องเครื่องมือสื่อสารที่ใช้ตอบแบบสอบถามของผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยเป็นผู้ดูแลในกลุ่มสามารถแจ้งได้ตลอดเวลา หากพบว่าไม่สามารถโหลดข้อมูลได้จะทำเอกสารคู่มือเพื่อให้นำไปเรียนรู้ และให้เลือกตอบแบบสอบถามได้ทั้งทางออนไลน์และเอกสารสิ่งพิมพ์

- ลักษณะประจำเป็นงานที่ให้บริการผู้ป่วยทุกสาขาทั้งรายปกติและฉุกเฉิน ทำไม่การจัดสรรเวลาในการทำกิจกรรมกลุ่มได้ตามตารางนัด และมีเวลาจำกัดเนื่องจากการงานประจำ จากปัญหาและอุปสรรค ดังกล่าวผู้วิจัยได้แก้ไขโดยการใช้เวลาพับประพุดคุยช่วงเช้า (Morning Talk) จัดกิจกรรมกลุ่มในการเรียนรู้วันละ 30 นาที และนอกเหนือนี้ ผู้ร่วมวิจัยสามารถนัดเวลาเข้าฐานทำกิจกรรมสาธิค ได้ตามเวลาที่สะดวก ตามระยะเวลาที่กำหนด ส่วนการให้ความรู้ตั้งกลุ่มไลน์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้นัดทำกิจกรรมการให้ความรู้ทางออนไลน์ ตลอดทั้ง ตอบแบบสอบถามเป็นแบบออนไลน์เพื่อทดสอบความสามารถเรียนรู้ได้ตลอดเวลาหลังจากทำกิจกรรมกลุ่มในการให้ความรู้เสร็จ ส่วนกิจกรรมในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบออนไลน์และเอกสารสิ่งพิมพ์

- ข้อจำกัดด้านเวลาและจำนวนบุคลากรมีจำนวนจำกัดจึงใช้การทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผล ก่อนหลัง และกลุ่มตัวอย่างมีการใช้พื้นที่ทำงานร่วมกันตลอดเวลา ยากต่อการควบคุมการปนเปื้อนของการติดต่อ (contamination)

9. ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งต่อไป

- จากผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนสามารถเพิ่มความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 ของพยาบาลห้องผ่าตัดได้ จึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ คือ ห้องผ่าตัดควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการสอนเจ้าหน้าที่ใหม่และอบรมพื้นฟูสมรรถนะ

พยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลเครือข่ายในได้เพื่อให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อเชื้อโควิด-19 ได้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2. หากมีบุคลากรมากขึ้นความมีการศึกษาวิจัย เพื่อการพัฒนาความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 ของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยวิจัยแบบเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนหลังการได้รับโปรแกรมฯ ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 ของพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อยืนยันผลของโปรแกรมฯ

3. ความมีแนวทางการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในช่วงการระบาดของโควิด 19 ที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบกระบวนการตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตามที่กองการพยาบาล กำหนด (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ (2550) เพื่อความพร้อมของผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 ทั้งทางด้านร่างกายในจิตใจตลอดทั้งเอกสารที่จำเป็นในการผ่าตัด

10. การเผยแพร่ผลงานวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม หมายเลขอุทธรณ์ MSKH_REC 65-01-072 เลขรองรับโครงการ COA No. 65/060 รับรองวันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2565

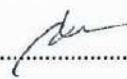
อยู่ระหว่างการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 19 ฉบับที่ 3

ประจำเดือน กันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2565

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- | | |
|---------------------------|--------------------------------|
| 1. นางประยุร จำปาปี | สัดส่วนของผลงาน 80 เปอร์เซ็นต์ |
| 2. นางมนัสันธ์ วงศ์หาแก้ว | สัดส่วนของผลงาน 10 เปอร์เซ็นต์ |
| 3. นายกิจมงคล หาดทา | สัดส่วนของผลงาน 10 เปอร์เซ็นต์ |

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางประยุร จำปาปี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 19 / ๐๙ / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

แบบเสนอแนวคิดการทัพนาหรือปรับปรุงงาน

(พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่องการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในยุค New normal

2. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันการดำรงชีวิตของประชาชน ได้รับผลกระทบจากการระบาดใหญ่ของโควิด-19 เริ่มตั้งแต่ ปี 2563 เป็นต้นมา มีมาตรการต่างๆ ที่ออกโดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขให้ปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติ ในการให้การบริการผู้ป่วยแบบใหม่โดยมีเป้าหมายในการป้องกันและความคุ้มครองของโควิด-19 ได้มี มาตรการ DMHTT ให้ประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติตามเพื่อชะลอการระบาดของโควิด-19 ได้แก่ การรักษาระยะห่าง สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ วัดอุณหภูมิร่างกายสม่ำเสมอ และลงทะเบียนในแอปฯไทย ชนะ ในระบบบริการห้องผ่าตัดซึ่งขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดตามมาตรฐาน คือการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อน ผ่าตัด การพยาบาลก่อนผ่าตัด การพยาบาลขณะผ่าตัด และการพยาบาลหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการผ่าตัด ที่ปลอดภัย ลดความกลัวและความวิตกกังวล ซึ่งเดิมการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจะมีพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ ประจำสาขานั้นๆ ผลัดเปลี่ยนกันไปเยี่ยมประเมินและให้คำแนะนำที่ตึก หลังจากเกิดสถานการณ์ระบาดของโควิด- 19 มีกฎระเบียบในการดูแลผู้ป่วยทั้งญาติและเจ้าหน้าที่ เพื่อเป็นการปฏิบัติตามข้อกำหนดของการป้องกันและ ควบคุมโรคระบาดโควิด-19 (เօນพrh สุริยะ, 2564)

การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัด การเยี่ยมผู้ป่วยที่พักรักษาตัวใน โรงพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดขณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด การ เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจะช่วยลดความวิตกกังวล บรรเทาความเจ็บปวด ส่งเสริมการพื้นหาย และป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดต้องใช้ทักษะการให้ความรู้ คำแนะนำ การอธิบาย การทวนสอบความรู้เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด ตลอดจนให้ ความสำคัญในการค้นหาปัญหาและประเมินความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยความ ละเอียดรอบคอบ รวมทั้งค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกวิตกกังวล การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการคุ้มครอง ผู้ป่วยรายบุคคล ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการผ่าตัด เพื่อให้การ พยาบาลอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างใกล้เคียงปกติ ตลอดจนนำ ผลลัพธ์จากการพยาบาลมาใช้ปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (จารุณี ตั้งใจรัก การดี, 2561) จากสถานการณ์โควิด-19 ระบาดตั้งแต่ ปี 2563 เป็นต้นมา มีข้อจำกัดด้านการเยี่ยมประเมินผู้ป่วย

ก่อนผ่าตัดส่งผลให้มีแนวทางการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดค่อนข้างหลากหลายตามบริบทของโรงพยาบาล แผนกวิสัญญีออกใบเยี่ยมที่จุดคั้กกรองที่ตึกผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อเยี่ยมเฉพาะรายที่ผ่าตัด ยุ่งยากขึ้นซึ่งข้อนโดยการใช้โทรศัพท์เยี่ยมที่ตึกเนื่องจากมีมาตรการงดเยี่ยมผู้ป่วยทั้งญาติและเจ้าหน้าที่ จากการทบทวนตัวชี้วัดการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ปี 2562, 2563, 2564 และ 2565 มีสถิติการเยี่ยมประเมินผู้ป่วย ก่อนผ่าตัด 93.15, 93.36, 64.5 และ 80.5 (สถิติตัวชี้วัดงานห้องผ่าตัด 2562-2565) นอกจากนี้พบอุบัติการณ์งดเลื่อน ผ่าตัดที่จุดเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (Pre-Operating Unite) ในปี 2564-2565 งดเลื่อนเนื่องจากความดันโลหิตสูง 18 ราย งดนำงดอาหารไม่ครบ 6 ราย อาการดีขึ้น 1 ราย ผลตรวจลินน์หัวใจพิเศษ 1 ราย ไม่มีผลตรวจโควิด-19 จำนวน 3 ราย และมีการเตรียมผู้ป่วยไม่ถูกต้อง จากการไม่ถอดเครื่องประดับ 6 ราย มีของมีค่าติดมากับผู้ป่วย 5 ราย ไม่เข็นใบยินยอม 7 ราย (อุบัติการณ์ตัวชี้วัดภายในของห้องผ่าตัด 2564-2565) นอกจากนั้นจากการทบทวน มาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัดของกองการพยาบาลพบว่า กำหนดให้มีการเยี่ยมประเมินก่อนผ่าตัดในรายที่มา ผ่าตัดตามนัด ต้องได้รับการเยี่ยมประเมินก่อนผ่าตัด 100 เปอร์เซ็นต์ (กองการพยาบาล, 2551) เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์กระบวนการทำงาน โดยคณะกรรมการพัฒนาห้องผ่าตัด ประกอบด้วย หัวหน้า กลุ่มงาน หัวหน้างาน และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ได้ประชุมร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและศึกษาสถานการณ์ ทบทวนกระบวนการ จึงได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยผ่าตัดตามนัดให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อให้เกิดคุณภาพในการให้บริการให้ได้ตามมาตรฐาน

2. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการห้องผ่าตัดจึงได้ประชุมวางแผนพัฒนาแนวทางการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยมีแนวปฏิบัติดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุ วางแผนงานทางแนวทางแก้ไข

- วิเคราะห์ภาระงาน
- วิเคราะห์อัตรากำลังคน และสมรรถนะตามภาระงาน
- ออกแบบการทำงาน
- มอบหมายงานให้แต่ละสาขารับผิดชอบทำคู่มือของสาขา

ขั้นตอนที่ 2 ร่วมวางแผนในการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยผ่าตัดที่ทำหัตการไม่ยุ่งยากขับช้อน พยาบาลวิชาชีพและลาราจะทำคู่มือการเยี่ยมประเมินและให้คำแนะนำผู้ป่วยเอาไปไว้ที่ตึกผู้ป่วย ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยความรู้เรื่องโรค วิธีการผ่าตัด วิธีการเตรียมร่างกายเพื่อผ่าตัด วิธีปฏิบัติในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด โดยผู้ให้คำแนะนำจะเป็นพยาบาลที่ตึก ส่วนพยาบาลห้องผ่าตัดจะตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วยในโปรแกรมการจองผ่าตัด ทางคอมพิวเตอร์ และโทรศัพท์สอบถามอาการ และข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อเกิดความสงสัย หรือมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ หรือข้อมูลไม่เพียงพอ

2. ผู้ป่วยผ่าตัดที่ทำหัตการยุ่งยากขับช้อน พยาบาลห้องผ่าตัดจะดูข้อมูลในโปรแกรมการจองผ่าตัดล่วงหน้าให้ครอบคลุมมากที่สุด แล้วจึงไปเยี่ยมผู้ป่วยที่ตึกโดยใช้เวลาในการเยี่ยมประเมินให้น้อยที่สุด เพื่อทำตามมาตรการป้องกันการควบคุมและการแพร่กระจายเชื้อ

3. ส่วนผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน จะเยี่ยมประเมินและให้คำแนะนำที่ห้องเตรียมผู้ป่วยรอผ่าตัดตามแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

4. ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 และผู้ป่วยผ่าตัดที่ติดเชื้อที่แพร่กระจายทางอากาศ หรือผู้ป่วยติดเชื้อดื/oya จะถูกย้ายเข้าห้องผ่าตัดทันทีจะได้รับการเยี่ยมประเมินที่ในห้องผ่าตัด โดยพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลงาน ดูติดตามดัวชี้วัดประจำเดือน

ขั้นตอนที่ 4 ลงทะเบียนผลงานให้สมาชิกรับทราบและร่วมกันวิเคราะห์และแก้ไขอุปสรรค

ข้อจำกัดในการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

1. บุคลากรไม่เพียงพอ ทำให้อัตราการเยี่ยมไม่เป็นไปตามมาตรฐาน

2. ผู้ป่วยตามนัดไม่ได้รับการตรวจด้วย ATK ก่อนเข้านอนในตึก ทำให้เกิดการปนเปื้อนคนอื่นๆ ที่อยู่ข้างเคียงและพยาบาลผู้เยี่ยมก่อนผ่าตัด

แนวทางแก้ไข

1. ปรับเปลี่ยนวิธีการเยี่ยมและให้คำแนะนำทางโทรศัพท์หรือเยี่ยมผ่านแอปพลิเคชันต่างๆให้ครอบคลุมและให้ผลมากที่สุด

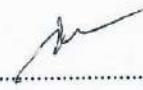
2. จัดทำคู่มือคำแนะนำและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดรายโรค หรือเฉพาะบุคคล ผ่านแฟลตฟอร์มที่เหมาะสมตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและสามารถสื่อสารเข้าถึงตัวผู้ป่วย

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยผ่าตัดตามนัดได้รับการเยี่ยมประเมินก่อนผ่าตัดได้ความรู้และรับทราบวิธีปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดอย่างครบถ้วนและมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ
2. ได้แนวทางการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่มีคุณภาพเพื่อนำไปสอนงานบุคลากรใหม่และผู้ที่มาศึกษาดูงานรวมทั้งเป็นคู่มือในการพัฒนาระบบการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของบุคลากรในหน่วยงาน
3. เป็นแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ตัวชี้วัดการเยี่ยมประเมินก่อนผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดตามนัด ได้ ร้อย 90 ขึ้นไป
2. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากกว่า 80 %

(ลงชื่อ) 

(นางประยุร จำปาปี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่)19.....กันยายน....2565

ผู้ขอประเมิน

**บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม**

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๖.	นางอุรัสนา ฉายพัฒน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๕๘๘๑	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๕๘๕๙	เลื่อน ระดับ ๑๐๐%

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานร่วมกับมีภาวะซึ่อก: กรณีศึกษา 2 ราย

2. ระยะเวลาดำเนินการ 9 เดือน (เดือนมกราคม 2564 – กันยายน 2564)

3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. ศึกษาบททวนตัวชี้วัดรายโรคที่เป็นปัญหาของหน่วยงานหอผู้ป่วยนรีเวชและการบททวนเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงด้านคลินิกปีงบประมาณ 2564 และน้ำสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานร่วมกับมีภาวะซึ่อกมากว่าคราท์และหาสาเหตุ นำมาบททวนร่วมกันในสาขาวิชาชีพของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช

2. ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรา บททวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค อาการอาการแสดง แนวทางการดูแลรักษา การป้องกัน การพยาบาลสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานร่วมกับมีภาวะซึ่อก

3. บททวนเวชระเบียน โดยทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานร่วมกับมีภาวะซึ่อก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคามปีงบประมาณ 2564

4. จัดทำโครงร่างเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม

5. บททวนและศึกษา กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับอาการ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติต้านสูติ-นรีเวช ประวัติการแพ้ยาและแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของกอร์ดอน ตลอดจนผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษา ประเมินปัญหา นำมาเปรียบเทียบทั้ง 2 รายและกำหนดช่วงวินิจฉัยทางการพยาบาล

6. นำประเด็นปัญหาที่ได้จากการศึกษาเพื่อมาพัฒนาแบบประเมินสัญญาณเตือนภัยในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะซึ่อกในสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน

4.1 บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานร่วมกับมีภาวะซึ่อก ในกรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2564 รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และเปรียบเทียบข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาพยาบาลและผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาที่ 1 อุ้งเชิงกรานอักเสบแบบเฉียบพลันมีก้อนฝีหนองที่ท่อนำไข่ทั้ง 2 ข้างไม่แตก แพทย์ให้รักษาด้วยยาปฏิชีวนะและการผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 2 อุ้งเชิงกรานอักเสบพบก้อนฝีหนองที่ท่อนำไข่แตกทั้ง 2 ข้าง เกิดภาวะซึ่อก การหายใจลำบากยิ่งเข้ารักษาที่หอผู้ป่วยหนัก แพทย์ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะร่วมกับ

การผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพควรมีความรู้ ทักษะ ในการประเมิน ติดตามอาการเปลี่ยนแปลง และให้การพยาบาลในระยะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

4.2 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน เป็นภาวะที่มีการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์เพศหญิงส่วนบน ได้แก่ มดลูก ท่อน้ำไข่ รังไข่ และเยื่อบุช่องท้องในอุ้งเชิงกราน โรคนี้สามารถพบได้ทุกเพศทุกวัย อุบัติการณ์ของโรคยังไม่ทราบแน่ชัด โดยทั่วไปพบโรคนี้ได้ร้อยละ 5-20 ของผู้ป่วยนรีเวชที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล พบรคนี้สูงสุดในช่วงอายุ 15-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 ของผู้ป่วย ประเทศไทยยังไม่มีรายงานถึงอุบัติการณ์ของโรคที่ชัดเจน สรุปโดยเมริการพบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกด้วยภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบถึงปีละ 106,000 ราย และมีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลถึงปีละ 60,000 ราย¹¹ การติดเชื้อส่วนใหญ่มักเกิดจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การมีคุณอนหลายคน การสูบบุหรี่ การมีประวัติเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การทำหัตถการในโพรเมลูก และการมีภาวะซ่องคลอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย อาการและอาการแสดงมีทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ได้แก่ ตกขาวผิดปกติ มีกลิ่นเหม็น เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ปวดท้องน้อย มีไข้สูง บางรายมีการติดเชื้อเข้าสู่กระเพาะเลือดจนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงนำไปสู่การเสียชีวิต ส่วนภาวะแทรกซ้อนระยะยาว ได้แก่ โรคอุ้งเชิงกราน อักเสบเรื้อรังพบร้อยละ 40 เกิดผีหนองที่บริเวณท่อน้ำไข่และรังไข่พบร้อยละ 30 และการตั้งครรภ์นักมดลูก พบร้อยละ 50 หลักของการรักษาคือการให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม ถ้าไม่ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะภายใน 48-72 ชม. ต้องได้รับการผ่าตัด จะเห็นได้ว่าโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน เป็นโรคที่มีความสำคัญต่อสุขภาพการซึ่วโมง ต้องได้รับการผ่าตัด จะเห็นได้ว่าโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน เป็นโรคที่มีความสำคัญต่อสุขภาพการเจริญพัฒนาของเด็ก เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นโรคมักเข้ามารับการรักษาซ้ำและสามารถกลับเป็นซ้ำได้ ส่งผลให้เกิดการทำลายอวัยวะในระบบสืบพันธุ์อย่างถาวร

โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ให้บริการผู้ป่วยทางด้านสุตินรีเวชกรรม สติดตัว ให้บริการผู้ป่วยทางด้านนรีเวชในปี พ.ศ. 2560-2564 พบรสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานมารับบริการจำนวน 101,98,96,97 และ 88 รายและ มีภาวะ septic shock ร้อยละ 32.93, 33.37, 23.26, 25.75 และ 23.84 ตามลำดับ ไม่มีการเสียชีวิต ถึงแม้ว่าการเกิดภาวะ septic shock มีแนวโน้มลดลงก้าวตาม แนวทางการรักษาพยาบาล ตามลำดับ ที่สำคัญในโรคนี้ที่สำคัญคือการประเมินและรับและต่อเนื่อง การวินิจฉัยที่ถูกต้อง ที่รวดเร็ว และการรักษาที่รวดเร็ว การจัดการเมื่อเกิดภาวะวิกฤต และการส่งเสริมสุขภาพ จะลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการกลับเป็นซ้ำได้

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาการพยาบาลที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานร่วมกับมีภาวะซื้อก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแบบประเมินสัญญาณเตือนภัยในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะซื้อก ในสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน เพื่อให้สตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

4.3 ครอบแนวคิด รวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และเปรียบเทียบข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพของกอร์don 11 แบบแผน พยาธิสภาพ อาการและการแสดง การรักษาพยาบาลและผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาล

4.4 วัดถูประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานร่วมกับมีภาวะซึ่อก กรณีศึกษา 2 ราย

4.5 ระเบียบการศึกษา

เป็นกรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานร่วมกับมีภาวะซึ่อกที่หอบผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ คือ เวชระเบียนผู้ป่วยใน แบบประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของ กอร์don วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์พอดีกับการรักษา ประเมินค่าทางห้องปฏิบัติการพยาบาล การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การวิเคราะห์ข้อมูล มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อมูลทั่วไป แบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์don โรคและการรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล

4.6 ผลการศึกษา พบร้า กรณีศึกษาที่ 1 อุ้งเชิงกรานอักเสบแบบเฉียบพลันมีก้อนฝีหนองที่ห่อนำไข่ทั้ง 2 ข้างไม่แตก แพทย์ให้รักษาด้วยยาปฏิชีวนะและการผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 2 อุ้งเชิงกรานอักเสบพบก้อนฝีหนองที่ห่อนำไข่แตกทั้ง 2 ข้าง เกิดภาวะซึ่อก การหายใจลำบากยิ่งเข้ารักษาที่หอบผู้ป่วยหนัก แพทย์ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะร่วมกับการผ่าตัด

4.7 อภิปรายผลการศึกษา

กรณีศึกษาเป็นสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานร่วมกับมีภาวะซึ่อกและได้รับรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะและการผ่าตัดผู้ป่วยปลดภัยทั้ง 2 รายแต่จากการศึกษาพบว่ากรณีที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงกว่าเนื่องจากการประเมินแรกรับไม่ครอบคลุม การวินิจฉัยโรคที่ล่าช้า จนมีการแตกของก้อนฝีหนองทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึ่อกที่รุนแรงจนเกิดภาวะหายใจลำบากได้เข้ารับการรักษาในหอบผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน ดังนั้นบุคลากรทางการพยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะการบริหารจัดการเมื่อเกิดภาวะวิกฤตได้ทันท่วงที่มีการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมจะช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้และการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

4.8 ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาแบบประเมินสัญญาณเตือนภัยในการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อที่รุนแรงในสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน
2. ควรพัฒนาแนวปฏิบัติคลินิกทางการพยาบาลในผู้ป่วยทางเรื้อรังที่มีภาวะติดเชื้อในระยะแสเลือด

5. ผลสำเร็จของงาน

1. ผลสำเร็จเชิงปริมาณ คือ มีผลงานทางวิชาการเรื่อง การพยาบาลสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ร่วมกับภาวะช้อก จำนวน 1 เรื่องและแบบประเมินสัญญาณเตือนภัยในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะช้อกในสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน

2. ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที ได้รับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม มีการติดตามเฝ้าระวังอาการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการเฝ้าระวังโดยแบบประเมินสัญญาณเตือนภัยในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะช้อกในสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน

6. การนำไปใช้

1. ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานเพื่อป้องกันภาวะ Septic shock สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลและผู้ที่สนใจ

2. เป็นเอกสารทางวิชาการสำหรับผู้ที่สนใจในการศึกษาด้านคว้าเพิ่มเติมในการพยาบาลสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานร่วมกับภาวะ Septic shock

3. เป็นแนวทางในการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะโรคอื่นๆ

4. นำไปประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการใช้ CPG ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ

5. นำไปพัฒนาแบบประเมินสัญญาณเตือนภัยในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะช้อก ในสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน

7. ความยุ่งยากและข้อข้อในการดำเนินการ

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้เป็นสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานร่วมกับภาวะช้อก ซึ่งเข้มมีการลุกลามไปที่ท่อนำไข่ทั้ง 2 ข้าง ถ้าไม่ได้การประเมินและการดูแลที่ดีจะทำให้เกิดภาวะวิกฤตติดเชื้ออีกอย่างรุนแรงจนเกิดภาวะช้อกได้ ทีมบุคลากรทางพยาบาลที่เป็นผู้ใกล้ชิดและมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะ Septic shock ยังไม่มีแบบประเมินในการเฝ้าระวังและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงที่เป็นเฉพาะเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือเสียชีวิตของโรคนี้ ซึ่งการรักษาทั้ง 2 ราย นอกจากจะได้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมและทันเวลาแล้ว ถ้ายาปฏิชีวนะไม่สามารถควบคุมเชื้อได้ จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด หลักสำคัญในการช่วยชีวิตคือการดูแลไม่ให้เกิดภาวะ Septic shock ซึ่งโรคนี้ของโรคสามารถป้องกันได้ ถ้ามีการประเมินที่รวดเร็ว มีการติดตามอาการ เข้าใจพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรคประเมินอาการและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรค

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

1. บางครั้งพยาบาลมีภาระงานมากทำให้การดูแลและประเมินสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานได้ไม่ครอบคลุม และไม่ต่อเนื่อง

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

1. บางเรื่องพยาบาลมีภาระงานมากทำให้การดูแลและประเมินสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ได้ไม่ครอบคลุม และไม่ต่อเนื่อง

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาแบบประเมินสัญญาณเตือนภัยในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะซึ้งอก ในสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน

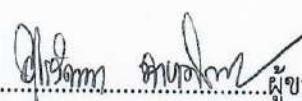
10. การเผยแพร่องค์งาน (ถ้ามี)

เผยแพร่ในวารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน – ธันวาคม พ.ศ. 2565

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

1. นางอุรรัตน์ ฉายาพัฒน์ สัดส่วนของผลงาน 100%

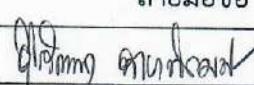
ข้าพเจ้าขอรับรองผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้ขอประเมิน

(นางอุรรัตน์ ฉายาพัฒน์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันที่ 19 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1. นางอุรรัตน์ ฉายาพัฒน์	

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง พัฒนาแบบประเมินสัญญาณเตือนกัยในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะซึ่อก

ในสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน

2. หลักการและเหตุผล

โรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน เป็นการอักเสบและติดเชื้อของอวัยวะสืบพันธุ์ภายในของสตรี ซึ่งเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประเทศไทยยังไม่มีรายงานถึงอุบัติการณ์ของโรคนี้ที่ชัดเจน สรุสูงเมริกาพบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ด้วยภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบถึงปีละ 106,000 รายและมีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลถึงปีละ 60,000 ราย เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยเนื่องเพิ่มสูงขึ้น จากการขาดความรู้ความเข้าใจและการป้องกันโรคที่ถูกต้อง การรักษาหลักคือการให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมและการรักษาแบบผ่าตัดเพื่อระบายนหนอง การอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานอาจกระจายขึ้นไปบริเวณห้องส่วนบน ลูก换来ไปอวัยวะอื่นได้ ที่พบได้บ่อยซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่มีการอักเสบทองเยื่อบุโพรงมดลูกห่อนำไป เยื่อหุ้มของห้องบริเวณอุ้งเชิงกรานและก้อนฝีหนองที่บริเวณปีกมดลูก ถ้ามีการประเมินอาการทางคลินิกที่ล่าช้าเกินไป อาจทำให้เกิดการติดเชื้อเข้าสู่กระเพาะเลือด จนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนนำไปสู่การเสียชีวิตได้ การพยาบาลโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ยังครอบคลุมถึงการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นและการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งโรคนี้พบมากในสตรี ที่มีอายุระหว่าง 15-46 ปี อาการของโรคปรากฏตั้งแต่ไม่มีอาการเลย จนถึงอาการรุนแรงมาก ได้แก่ ตกขาวผิดปกติ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ปวดท้องน้อย มีไข้สูง ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุน้อย การมีคุณอนหลายคน การเปลี่ยนคุณอนบ่อย การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน การสูบบุหรี่ การมีประวัติเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาก่อน การทำหัตถการในโพรงมดลูก และการมีภาวะช่องคลอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย เนื่องจากการติดเชื้อผ่านทางช่องคลอดเข้าสู่อุ้งเชิงกรานเป็นสาเหตุหลักของโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน อาการของโรคที่พบแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ ชนิดเฉียบพลัน โดยอาการเริ่มแรกส่วนใหญ่มักจะมีตกขาว มีกลิ่นเหม็น ปวดท้องน้อย มีไข้สูง ปวดเมื่อยตามตัว อาการเจ็บปวดลึกๆ ขณะมีเพศสัมพันธ์และนิดเรือรังซึ่งเป็นผลจากการรักษาในครั้งแรกที่ไม่ถูกต้อง บางรายจะมีอาการปวดท้องน้อยเป็นๆ หายๆ อาการจะเป็นมากขึ้นขณะมีเพศสัมพันธ์ ปวดรุนแรงและเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ มีอาการปวดท้องน้อยร่วมกับตกขาวผิดปกติ มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด มีไข้สูงเจ็บปวดลึกๆ ขณะมีเพศสัมพันธ์ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม การมีประวัติเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาก่อน การทำหัตถการในโพรงมดลูก และการมีภาวะช่องคลอดอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ถ้าเป็นชนิดเรื้อรัง เป็นผลจากการรักษาในครั้งแรกไม่หายหรือที่ไม่ถูกต้อง จะมีอาการปวดท้องน้อยเป็นๆ หายๆ อาการจะเป็นมากขึ้น ขณะมีประจำเดือน ปวดมากเวลามีประจำเดือนและเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นโรคที่มีความสำคัญต่อสุขภาพ การเจริญพันธุ์ของสตรี เนื่องจาก ถ้าเข้ามารับการรักษาช้า ส่งผลให้เกิดการทำลายอวัยวะในระบบสืบพันธุ์อย่างถาวร

นำมาซึ่งภาวะมีบุตรยาก การตั้งครรภ์นักบุญและการปวดท้องน้อยเรื้อรัง โดยพบว่าอุบัติการณ์ของการมีบุตรยากพบได้สูงถึงร้อยละ 6-60 ขึ้นกับความรุนแรงของการอักเสบติดเชื้อ จำนวนครั้งของการอักเสบติดเชื้อและอายุของสตรีที่ติดเชื้อความเสี่ยงต่อการมีบุตรยาก จะเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว แนวทางการดูแลรักษา จึงเน้นการวินิจฉัยที่รวดเร็วและ การรักษาให้ยาปฏิชีวนะให้ครบคุณ เชื้อ อย่างไรก็ตามการดูแลโรคนี้ ได้อย่างครอบคลุม ควรประกอบด้วยการส่งเสริม สุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ในการป้องกันการเกิดโรค การพยาบาลเมื่อเป็นโรค การฟื้นฟูสภาพหลังจากรักษาหาย เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ และการให้คำปรึกษา ตลอดจนการตรวจรักษาและคัดกรองคุณอนหรือสามี ซึ่งเป็น บทบาทที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ให้มีประสิทธิภาพและ เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาล สตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน

จากสถิติของหอผู้ป่วยนรีเวชโรงพยาบาลมหาสารคามปี พ.ศ. 2560-2564 มีผู้ป่วยมารับบริการด้วยโรคนี้ จำนวน 101,98,96,97 และ 88 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 3.9, 3.4, 2.3, 3.7 และ 3.8 ตามลำดับ และมีภาวะแทรกซ้อน ที่รุนแรงมีอาการหrust ลดลงจนเกิดภาวะ septic shock ร้อยละ 32.93, 33.37, 23.26, 25.75 และ 23.84 ตามลำดับ ย้ายเข้า หอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน ถึงแม้ว่าแนวโน้มการเกิดภาวะ septic shock แนวโน้มลดลงและแนวทางการ รักษาพยาบาลที่สำคัญในโรคนี้คือ การประเมินอาการทางคลินิกและการประเมินข้อบ่งชี้ของครอบคลุมและต่อเนื่องการ วินิจฉัยที่รวดเร็ว การจัดการเมื่อเกิดภาวะวิกฤต ทำให้ต้องมีมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาไม่ให้เกิดภาวะ ซื้อกในสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน

ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญ ที่ให้การดูแลโรคนี้จำเป็นจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับ กายวิภาคศาสตร์ สรีระวิทยา พยาธิกำเนิดของโรค การวินิจฉัย อาการและอาการแสดง ตลอดถึงการดูแล รักษาผู้ป่วยโรคนี้ให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อที่รุนแรง ลดอัตราการตายหรือภาวะแทรกซ้อน ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ลดการเกิดโรคซ้ำ และมีการประเมินอย่างรอบคอบ จะทำให้การดูแลรักษาเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้ศึกษาจึงสนใจ ที่จะศึกษาโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานที่มีภาวะซื้อก เพื่อนำไปพัฒนาแบบประเมินสัญญาณเตือนภัยในการเฝ้า ระวังและป้องกันภาวะซื้อก ในสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ให้ได้ดูแลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ต่อไป

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ

หอผู้ป่วยนรีเวช กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูตินรีเวช มีเป้าหมายให้ผู้รับบริการได้รับการบริการ รวดเร็ว ปลอดภัย ได้มาตรฐาน พยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญในการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้รับบริการ มีองค์ความรู้ใน การประเมินและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ มีความไวต่อการสังเกตอาการ และการนำของภาวะ วิกฤติ มีการบริการพยาบาลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือเสียชีวิต และการกลับเป็นซ้ำซึ่งในโรคนี้ จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยที่แม่นยำ และให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Septic shock และติด เชื้อซ้ำโดยพยาบาลต้องใช้ความรู้ ความสามารถ กระบวนการ การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ทักษะการให้คำปรึกษา ครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการรักษาและการคัดกรองคุณอน เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลและ

ตัดสินใจ ถือได้ว่าเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วยแบบรวมอย่างแท้จริง อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยหายจากโรคและไม่กลับมาเป็นซ้ำอีกในอนาคต

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลมีความรู้ในการดูแลสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานเพื่อป้องกันภาวะ Septic shock
2. หน่วยงานมีแบบประเมินสัญญาณเตือนภัยในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะซ้อกในสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. พยาบาลมีความรู้ในการดูแลสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน 100 %
2. ร้อยละของพยาบาลใช้แบบประเมินสัญญาณเตือนภัยในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะซ้อกในสตรีที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานที่มีภาวะซ้อก ≥ 90%

ลงชื่อ.....
019 นางอรรัตน์ ฉายาพัฒน์✓

(นางอรรัตน์ ฉายาพัฒน์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๑๖....เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแบบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
**เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
 ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม**

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๗.	นางนิตยา ฤทธิ์ศรี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน งานการพยาบาลชุมชนในการบำบัดรักษา ยาเสพติด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๕๘๗๕๒	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน งานการพยาบาลชุมชนในการบำบัดรักษา ยาเสพติด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๕๘๗๕๒	เลื่อน ระดับ ๙๐%

ข้อผลงานส่งประเมิน

“การพัฒนารูปแบบการบำบัดพื้นพื้นผู้เสพยาเสพติดแบบบูรณาการ ในโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม”

ข้อแนวคิดในการพัฒนางาน

“ตำบลต้นแบบการบำบัดพื้นพื้นผู้เสพยาเสพติด โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and Care)”

รายละเอียดเค้าโครงผลงาน

“แบบท้ายประกาศ”

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดแบบบูรณาการ ในโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง
จังหวัดมหาสารคาม

2. ระยะเวลา 1 มิถุนายน 2559 – 31 มีนาคม 2562

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. การบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด

การบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด หมายถึง การตรวจประเมิน คัดกรอง การวินิจฉัย การถอนพิษยา ตลอดจน
การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการประเมินผลการบำบัดรักษาทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

- ขั้นคัดกรอง ดำเนินการคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ามาและสารเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา กระทรงสาธารณสุข บคก.สธ. (V.2) แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ามาและสารเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา กระทรงสาธารณสุข บคก.สธ. (V.2) เป็นแบบสอบถามมี ๖ ข้อคำถาม ใช้ถามโดยบุคลากรสาธารณสุข ใช้คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย ที่เข้ามาและสารเสพติด เพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 2-3 ระดับผลของการใช้ เท่ากับเสี่ยงต่อ แผลความหมาย กลุ่มผู้ใช้

คะแนน 4-26 ระดับผลของการใช้ เท่ากับเสี่ยงปานกลาง แผลความหมายกลุ่มผู้เสพ

คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 27 ขึ้นไป ระดับผลของการใช้ เท่ากับเสี่ยงสูงแผลความหมายกลุ่มผู้ติด

- ขั้นบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาได้ปรับสภาพร่างกายและจิตใจพร้อม

- ทั้งปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและพฤติกรรมให้มีความเข้มแข็งไม่คิดกลับไปใช้ยาเสพติดอีก โดยใช้โปรแกรมการบำบัดตามมาตรฐานกระทรงสาธารณสุข ตามระดับคะแนนตามแบบคัดกรอง V2

- ขั้นติดตาม เป็นการติดตามดูแลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยภายหลังกลับสู่สังคมให้สามารถดำเนินชีวิตได้โดยไม่ต้องมีการใช้ยาและสารเสพติดเป็นระยะเวลา 1 ปีโดยอาศัยการติดตามช่วยเหลือหากหล่ายรูปแบบได้แก่การนัดมาตรวจที่สถานบริการเป็นระยะเวลาก่อนน้อย 7 ครั้งใน 1 ปีได้แก่ทุก 1 เดือน 3 ครั้งทุก 2 เดือน 3 ครั้งและทุก 3 เดือน 1 ครั้ง โดยใช้การบำบัดรูปแบบ Relapse Prevention (RP) ทั้งแบบ individual และแบบ group therapy หรืออาจใช้กลุ่มปัญญาสังคม (Social Cognitive Group) นอกจากนี้อาจใช้การบริการสุขภาพที่บ้าน (Home health care) และส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมการส่งเสริมอาชีพร่วมด้วยและมีการสุมตรวจปัสสาวะทุก 3 เดือนถ้าผู้ป่วยคงการหยุดเสพได้ต่อเนื่องและผลปัสสาวะเป็นลบจึงจำหน่ายว่าหยุดเสพถ้ายังคงการเสพให้ประเมินว่าการเสพเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยว่ากลับไปเสพซ้ำ (relapse) หรือไม่ถ้าใช้ให้เริ่มต้นการประเมินและบำบัดใหม่อีกครั้งแต่ถ้าไม่ใช่ถือว่าผลเสพ (lapse) ให้คงอยู่ในระยะบำบัดเดิมแต่ควรได้รับการช่วยเหลือให้กลับมาคงระยะการหยุดเสพต่อไป

2. ทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้ยาและสารเสพติด

ทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้ยาและสารเสพติด ได้แก่ ทฤษฎีสัมพันธภาพ ทฤษฎีการปรับตัว อธิบายตามแนวคิดมนติ 4 ด้าน ทางการพยาบาลประกอบด้วย บุคคล สุขภาพ สิ่งแวดล้อม และการพยาบาล

2.1 Peplau's Theory เน้นความสำคัญของกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ซึ่งใช้เป็นเครื่องมือในการติดต่อสื่อสารเพื่อ สัมภาษณ์ ชักประวัติ และเป็นเครื่องมือในการบำบัด โดยทางความเข้าใจ และค้นหาศักยภาพของบุคคล

เป้าหมาย ให้ผู้ป่วยได้มีการพัฒนาทักษะ

- การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น
- การทำความเข้าใจตนเองและพฤติกรรมตนเอง
- การยอมรับตนเอง
- เกิดการเรียนรู้ในการปรับปรุงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

การประยุกต์ใช้ทางการพยาบาล ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในทุกแขนงของการพยาบาล เนื่องจาก ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีปัญหาการติดต่อสื่อสารและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่าง ผู้รับบริการและพยาบาล จะทำให้พยาบาลได้รับรู้และเข้าใจปัญหาความต้องการที่แท้จริงสามารถให้ความช่วยเหลือ และประเมินผลได้

2.2 King's Theory การพยาบาล หมายถึง กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ มีการแลกเปลี่ยนการรับรู้และข้อมูลซึ่งกันและกัน ผ่านกระบวนการติดต่อสื่อสาร มีการกำหนดปัญหา กำหนดเป้าหมาย ร่วมกัน ค้นหาวิธีการปฏิบัติ และเลือกวิธีที่จะปฏิบัติร่วมกันเพื่อนำไปสู่เป้าหมายนั้น

แนวทางการนำทฤษฎีการพยาบาลของคิงมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

- การพยาบาลจะต้องอาศัยการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ (Nurse –Patient Interaction) เป็นหลักสำคัญ

- คิงได้ใช้เป็นกระบวนการที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของการปฏิสัมพันธ์ (Transaction) นั่นคือบรรลุ เป้าหมาย (Goal Attainment)

2.3 ทฤษฎีการปรับตัว (Roy's Adaptation theory)เน้น บุคคลเป็นระบบการปรับตัว (Humanas Adaptive System)บุคคลเป็นระบบเปิดมีหน่วยย่อยทำงานประสานกันอย่างเป็นระบบหากสามารถปรับตัวได้ดีเมื่อมีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในการปรับตัวของบุคคลมีกระบวนการการทำงานที่ประกอบด้วย สิ่งนาเข้า กระบวนการ และสิ่งนาออกหรือผลลัพธ์ การปรับตัวที่ดีจะทำให้บุคคลเกิดความมั่นคงในการมีชีวิตต่อ (survival)การเจริญเติบโต การสืบทอดซึ่งการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน มีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลมีความมั่นคงทางด้านร่างกายจิตใจและสังคม

การประยุกต์ใช้ทางการพยาบาล ทฤษฎีการปรับตัวของรอย ได้รับการพิสูจน์และยกย่องว่าเป็นทฤษฎีการพยาบาลที่ดีที่สุดหนึ่ง และมีการพัฒนา ก้าวหน้าอย่างมาก ช่วยให้เห็นลักษณะของวิชาชีพพยาบาล และทิศทางของการปฏิบัติการพยาบาล จุดมุ่งหมายและกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม ทฤษฎีนี้เน้นให้เห็นถึงคุณค่าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้รับบริการที่พยาบาลควรให้ความสำคัญการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยนับว่าเป็นบริการจากพยาบาล ที่มีคุณประโยชน์ต่อบุคคลในสังคม

3. แนวคิดกิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดในโรงเรียน (โปรแกรมจิตสังคมบำบัดในโรงเรียน)

ลักษณะ เป็นกิจกรรมเพื่อเรียนรู้ มีครุและพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มและนักเรียนที่มีพัฒนาระบบที่ดี

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

เป็นสมาชิกกลุ่มจำนวน 8-12 คน โดยมีผู้ปกครองเข้าร่วมอย่างน้อย 3 ครั้งระยะเวลา จำนวน 17 ครั้งๆละ 1-2 ชั่วโมง พบกันอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 9 สัปดาห์ในระยะเวลาศึกษาสถานที่ ห้องเรียนหรือห้องที่เหมาะสมในโรงเรียน

หลักการของกิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดในโรงเรียน

1. เป็นกิจกรรมกลุ่มที่มีโครงสร้างและมีจุดมุ่งหมายในการทำกิจกรรมอย่างชัดเจน
2. เน้นการสร้างสัมพันธภาพกับนักเรียนตลอดการช่วยเหลือ
3. ให้ข้อมูลชัดเจนและง่ายต่อความเข้าใจในเรื่องของการบำบัดโดยอาศัยหลักการ CBT
4. เน้นการเสริมแรงบวกเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น
5. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมด้วยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องสำหรับการปรับตัว
6. ให้ข้อมูลที่ส่งเสริมการเลิกเสพยาแก่ครอบครัวเพื่อเป็นแนวร่วมในการรักษา
7. ส่งเสริมการใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อพึ่งพา กันเอง
8. มีการตรวจปัสสาวะเพื่อติดตามผล

4. โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการ

การให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการ (Integrative Family Counseling) เป็นกระบวนการช่วยเหลือครอบครัวโดยบูรณาการแนวคิดทฤษฎีและเทคนิคของการให้การปรึกษาครอบครัวตามทฤษฎีต่างๆเพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นไปในทิศทางที่สร้างสรรค์อีกทั้งยังช่วยให้ครอบครัวได้พัฒนาตามระดับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัว (Stages of the Family Life Cycle) (Olsen, 1993: 53) แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการบูรณาการในการให้การปรึกษาครอบครัว Gordon & Davidson (1981; cited by Goldenberg & Goldenberg, 2008: 328-329) ได้สร้างรูปแบบการให้การปรึกษาครอบครัวแบบพฤติกรรมนิยมเพื่อฝึกทักษะการเป็นพ่อแม่โดยบูรณาการใช้หลักการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Principles) กับการใช้เทคนิคของการให้การปรึกษาครอบครัวตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมเป้าหมายเพื่อช่วยให้พ่อแม่เรียนรู้วิธีที่จะเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางบวกและลดปฏิสัมพันธ์ทางลบโดยสอนให้พ่อแม่ได้รู้จักการทางสัญญาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นที่พึงประสงค์เพื่อที่จะใช้ต่อรองการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นประจำและเพื่อเปลี่ยนวิธีการตอบสนองของพ่อแม่ที่มีต่อลูกทั้งในด้านความคิดและการกระทำการซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมหรือการกระทำการของลูกโดยมีขั้นตอนการให้การปรึกษาครอบครัวดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 นิยามพฤติกรรมที่เป็นปัญหาโดยพิจารณาสาเหตุและผลที่ตามมา

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมนั้นๆเพื่อที่จะได้เข้าใจปัญหาที่แท้จริงนั้นว่าเกิดขึ้นบอยครั้งเพียงใดและมีผลกระทบกับครอบครัวอย่างไร

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการฝึกทักษะการเป็นพ่อแม่โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) และฝึกทักษะการใช้วาจา (Verbal Skill) และทักษะการแสดงออกโดยการกระทำ (Performance Skill) รวมทั้งการใช้เทคนิคในการปรับพฤติกรรม เช่น การเสริมแรงบวกแก่พ่อแม่

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

5. แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis & McTaggart (1988)

ในความคิดของ Kemmis และคณะนั้นการวิจัยปฏิบัติการ คือ การวิจัยแบบมีส่วนร่วม และการร่วมมือกันเป็นหมู่คณะจะกระทำคนเดียวไม่ได้ เพราะการกระทำเพียงคนเดียวถึงแม้จะเกิดการเปลี่ยนแปลง ก็จะทำลายพลังการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกลุ่ม ดังนั้นในขั้นตอนของการวิจัยปฏิบัติการจึงต้องกำหนดจุดสนใจร่วมกัน (thematic concern) เช่น สนใจที่จะอนุรักษ์ศิลปะสถาปัตยกรรมตลาดพื้นถิ่นอย่างยั่งยืน หรือพัฒนาให้ชุมชนตลาดเข้าใจวิธีการอนุรักษ์ศิลปะสถาปัตยกรรมให้ลึกซึ้ง เป็นต้น เมื่อได้จุดสนใจร่วมกันแล้วก็จะนำไปสู่การปฏิบัติที่สำคัญ 4 ประการที่เกี่ยวข้องกันเป็นวงจร คือ

1. การพัฒนาแผนการปฏิบัติเพื่อปรับปรุงสิ่งที่เป็นปัญหา ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานที่มีโครงสร้าง และแนวทางการวางแผนต้องมีความยืดหยุ่น และต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ที่อาจส่งผลกระทบต่อแผนที่กำหนดไว้ได้

2. การปฏิบัติตามแผน ซึ่งเป็นการดำเนินการตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้อย่างละเอียดรอบคอบ และมีการควบคุมอย่างสมบูรณ์

3. การสังเกตผลการปฏิบัติ เป็นการบันทึกข้อมูล หลักฐาน หรือร่องรอยต่าง ๆ อย่างมีวิจารณญาณ เกี่ยวกับผลที่ได้จากการปฏิบัติ โดยอาจใช้วิธีการวัดแบบต่าง ๆ เช่นมาช่วย ซึ่งสารสนเทศจากการสังเกตนี้ จะนำไปสู่การส่องสะท้อนและปรับปรุงการปฏิบัติ อย่างเข้าใจและถูกทิศทาง

4. การส่องสะท้อนผลการปฏิบัติ เป็นกระบวนการทบทวนการปฏิบัติจากบันทึกที่ได้จากการสังเกตว่าได้ผลเป็นอย่างไร มีปัญหาหรือข้อขัดแย้งอย่างไร เพื่อเป็นพื้นฐานการวางแผนในคราวต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. กำหนดปัญหาที่จะดำเนินการวิจัย
2. กำหนดวัตถุประสงค์การวิจัย
3. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (ทฤษฎี เอกสาร งานวิจัย)
4. กำหนดกรอบแนวคิดและตั้งนิยามศัพท์
5. กำหนดแบบการวิจัย
6. กำหนดประชากรและวิธีการสุ่มตัวอย่าง
7. สร้างเครื่องมือและหาประสิทธิภาพของเครื่องมือ
8. การรวมรวมข้อมูล (แหล่งปฐมภูมิ, แหล่งทุติยภูมิ)
9. การวิเคราะห์ข้อมูล
10. การนำเสนอผลงาน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลก ของสำนักงานด้านยาเสพติดและอาชญากรรมขององค์การสหประชาชาติ(1) พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 มีประชากรใช้ยาเสพติดจำนวนประมาณ 255 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของประชากรโลกในช่วงอายุ 15 – 64 ปี หรือในประชากรทุก 20 คน จะมีผู้ใช้ยาเสพติดอยู่ประมาณ 1 คน โดยในจำนวนนี้มีผู้ที่ประสบปัญหาจากยาเสพติดด้านสุขภาพทางกายและจิตใจที่อาจก่อให้เกิดอันตรายและนำไปสู่สภาวะการเสพติดจนต้องได้รับการรักษา จำนวนประมาณ 29.5 ล้านคน คิดเป็นเกือบร้อยละ 12 ผู้ใช้ยาเสพติด และคิดเป็นร้อยละ 0.6 ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลกซึ่งในแต่ละปีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลก มีเพียง 1 ใน 6 คน เข้าถึงการบำบัดรักษาจากการติดยาเสพติด อันตรายหรือ ผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดจะเป็นประเด็นที่ต้องป้องกันแก้ไข ทั้งนี้ แนวโน้มจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดของประชากรโลกจากการประมาณการ ก้าวไปสูงขึ้น เมื่อเทียบในช่วงระหว่างปี 2549 ถึง 2558 ประเทศไทยได้มีการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทยปี 2559 โดยคณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด พบว่า มีประชากรที่ใช้สารเสพติดในปี 2559 ประมาณ 1.4 ล้านคน ในจำนวนนี้ อนุมานว่าประมาณ 3 แสนคน เป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับ การดูแลรักษา กลุ่มวัยที่พบว่ามีการแพร่ระบาดของยาเสพติด เป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ช่วงอายุ 12 - 44 ปี มีการกระจายของยาเสพติดไปถึงหมู่บ้าน/ชุมชน ที่เป็นรากฐานสำคัญของสังคม หากไม่มีการดำเนินการป้องกันและแก้ไขอย่างจริงจังและเร่งด่วนแล้ว จะก่อให้เกิดผลเสียต่อประเทศไทยทั้งในด้านสาธารณสุขด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจจากงานนี้ ข้อมูลสถานการณ์พื้นที่แพร่ระบาดยาเสพติดจากหมู่บ้าน/ชุมชน ในปี 2560 จากหมู่บ้าน/ชุมชนทั่วประเทศ จำนวน 81,936 แห่ง พบว่ามีหมู่บ้านชุมชนที่มีปัญหายาเสพติดจำนวน 24,314 แห่งคิดเป็นร้อยละ 30 โดยหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีปัญหา ยาเสพติดมาก 3,471 แห่ง มีปัญหาปานกลาง 4,679 แห่งและมีปัญหาน้อย 16,164 แห่ง รวมถึงหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ไม่มีปัญหายาเสพติด 57,622 แห่ง ตลอดจนข้อมูลผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด เปรียบเทียบในปี 2559 – 2560 มาตรการด้านการป้องกันยาเสพติดในพื้นที่หมู่บ้าน/ชุมชน จากผลการเปรียบเทียบ ร้อยละของผลการดำเนินงานพบว่าหมู่บ้าน/ชุมชน ที่มีปัญหายาเสพติดปานกลาง มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นมากที่สุด รองลงมา หมู่บ้าน/ชุมชนที่ไม่มีปัญหายาเสพติดน้อย และหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ไม่มีปัญหายาเสพติด ตามลำดับ จึงต้องการ บรรณาการระหว่างกลไกชุมชนกับกลไกสุขภาพของระบบสาธารณสุขที่เชื่อมโยงกับหน่วยงานรัฐอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โรงเรียนมัธยมศึกษาเป็นสถานศึกษาของเด็กในวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด ซึ่งหากที่ตั้งของโรงเรียนอยู่ในพื้นที่เสี่ยงของการแพร่ระบาด ยาเสพติดแล้วยิ่งจะทำให้มีปัญหายาเสพติดมีความรุนแรงมากขึ้น โรงพยาบาล มหาสารคามได้เล็งเห็นถึงปัญหาดังกล่าว จึงนำร่องโดยการคัดกรองและให้การบำบัดยาเสพติดในโรงเรียนมัธยมศึกษา ขนาดกลางแห่งหนึ่งซึ่งพบว่าตั้งอยู่ในตำบลที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติด ซึ่งการบำบัดในโรงเรียน เป็นการช่วยเหลือนักเรียนที่ใช้ยาเสพติด ในขณะกำลังศึกษาอยู่ให้มีโอกาสได้รับการบำบัดรักษาและพัฒนาสมรรถภาพ โดยไม่กระทบต่อเวลาเรียน และมีผลสัมฤทธิ์ในการรักษาดีต้นทุนน้อยเพื่อให้นักเรียนสามารถกลับมาใช้ชีวิตแบบปกติสุข โดยไม่พึงพยาเสพติด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- เพื่อพัฒนารูปแบบการบ้าบัดพื้นฟูแบบบูรณาการในโรงเรียน
- เพื่อศึกษาสถานการณ์การกลับไปเสพยาเสพติดของนักเรียนที่ผ่านการบำบัดในโรงเรียน
- เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการบำบัดพื้นฟูผู้เสพยาเสพติดแบบบูรณาการในโรงเรียน

ขั้นตอนการดำเนินการ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การวางแผนการปฏิบัติงาน 2) การลงมือปฏิบัติตามแผน 3) การติดตามสังเกตการณ์ และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ดำเนินการข้าๆ ใน 3 วงรอบ

ระยะเวลาวิจัย วันที่ 1 มิถุนายน 2559-31 มีนาคม 2562

พื้นที่ที่ศึกษา ในโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดกลางแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามที่ตั้งอยู่ในตำบลขนาดใหญ่ที่มีการแพร่ระบาดยาเสพติด

กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย ใช้เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ กลุ่มผู้เสพที่เข้ารับการบำบัดพื้นฟูตามเกณฑ์ ในโรงเรียนมัธยมแห่งนั้น จำนวน 24 คน ครู ครอบครัวและผู้ดูแลผู้เสพ แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบ จำนวน 50 คน รวม 74 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

- แบบบันทึกการบำบัดรักษายาเสพติด หรือ บสต. ได้แก่ แบบคัดกรอง แบบบำบัดรักษาแบบติดตามหลังการบำบัดรักษา
- แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติด หรือ V2
- โปรแกรมจิตสังคมบำบัดในโรงเรียน
- โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวแบบบูรณาการ
- แนวทางการประชุมกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา วิเคราะห์ด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ได้รับทราบสถานการณ์การเสพยาเสพติดที่การกลับไปเสพยาเสพติดข้าของนักเรียน อันจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการบำบัดพื้นฟูผู้เสพยาเสพติดในโรงเรียน
- สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน และสามารถขยายผลสู่พื้นที่และหน่วยงานอื่นๆ ช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาลยาเสพติดในกระบวนการบำบัดพื้นฟูผู้เสพยาเสพติดได้ต่อไป
- นักเรียนผู้ผ่านการบำบัดรักษาได้รับการประเมิน ติดตามดูแลอย่างเหมาะสมด้วยกระบวนการให้คำปรึกษารอบครัวโดยสหสาขาวิชาชีพ เชื่อมโยงเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้ผู้ผ่านการบำบัดได้รับการ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

5. ผลสำเร็จของงาน

เชิงปริมาณ

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 100 อายุ ตั้งแต่ 11-17 ปี ผลการคัดกรองยาเสพติดด้วย แบบคัดกรอง V2 ของกระทรวงสาธารณสุข พบร้าเป็นผู้เสพ ร้อยละ 100 (ผู้เสพหมายถึงคะแนน V2 อยู่ระหว่าง 4-26) ซึ่งหากเป็นผู้เสพในโรงเรียนต้องได้รับการบำบัดตามมาตรฐานได้แก่ การบำบัดด้วยโปรแกรมจิตสังคมบำบัดในโรงเรียน

ปี 2559 นักเรียนที่ได้รับการบำบัดพื้นฟูในโรงเรียนทั้งหมด 29 คน พบร้า หยุดเสพในระยะ 3 เดือนหลังการบำบัดจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 27.58 หยุดเสพได้ในระยะการติดตาม 1 ปีหลังการบำบัดจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.89 นอกจากนั้นยังพบว่ามีการเสพซ้ำระหว่างบำบัดจำนวน 18 คน เมื่อเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดการดำเนินงาน พบร้า ยังไม่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานตามเครื่องชี้วัดคุณภาพกระทรวงสาธารณสุข ศึกษาปัญหาอื่นๆ อย่างรอบด้าน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและปัญหาอุปสรรคต่างๆ นำมาตรวจสอบสามเส้า (Triangulation data) และทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) สรุปประมวลผลสังเคราะห์ ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วย จำนวน ร้อยละ เพื่อค้นหา GAP ในการติดตามหลังการบำบัดพร้อมทั้งสรุปสถานการณ์ปัญหา ความต้องการนำสู่การพัฒนาต่อไป

ปี 2560 นักเรียนที่ได้รับการบำบัดพื้นฟูในโรงเรียนทั้งหมด 28 คนพบร้า หยุดเสพ ในระยะ 3 เดือนหลังการบำบัด จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 25 หยุดเสพได้ในระยะการติดตาม 1 ปีหลังการบำบัดจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 17.85 นอกจากนั้นยังพบว่ามีการเสพซ้ำระหว่างบำบัด 14 คน เมื่อเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดการดำเนินงาน พบร้า ยังไม่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานตามเครื่องชี้วัดคุณภาพกระทรวงสาธารณสุข ศึกษาปัญหาอื่นๆ อย่างรอบด้าน วิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพและปัญหาอุปสรรคต่างๆ นำมาตรวจสอบสามเส้า (Triangulation data) และทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) สรุปประมวลผลสังเคราะห์ ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วย จำนวน ร้อยละ เพื่อค้นหา GAP ในการติดตามหลังการบำบัดพร้อมทั้งสรุปสถานการณ์ปัญหา ความต้องการนำสู่การพัฒนาต่อไป

ปี 2561 นักเรียนที่ได้รับการบำบัดพื้นฟูในโรงเรียน ทั้งหมด 24 คน *เสียชีวิตอุบัติเหตุระหว่าง การบำบัด 1 คน เป้าหมายในการติดตาม 23 คน หยุดเสพในระยะ 3 เดือนหลังการบำบัด จำนวน 19 คนคิดเป็นร้อยละ 82.60 ไม่พบการเสพซ้ำระหว่างบำบัด และลงเยี่ยมติดตาม ให้การช่วยเหลือเสริมพลังนักเรียนและครอบครัวที่ยังมีการเสพซ้ำ จำนวน 5 คน ได้รับการจดทะเบียนอุปถัมภ์ครอบครัว จำนวน 1 ครอบครัว ปิดมารดาตามการย้ายกลับมาประกอบอาชีพที่บ้านเพื่อคุ้มครองเรียนจำนวน 2 ครอบครัว ติดตามครบ 1 ปี หยุดเสพได้ 21 คน คิดเป็นร้อยละ 87.50

เชิงคุณภาพ

จากการดำเนินงานบำบัดผู้เสพยาเสพติดในโรงเรียนมีรยมแห่งหนึ่งตั้งแต่ ปี 2559 ที่มีเพียงครูผู้รับผิดชอบยาเสพติดที่ได้รับการอบรม โดยใช้จิตสังคมบำบัดในโรงเรียน ซึ่งเป็นงาน/บทบาทที่ครูต้องรับผิดชอบอยู่แล้วยังไม่ได้ผลตามเกณฑ์ จึงพัฒนาการบำบัดใน ปี 2560 โดยครูผู้รับผิดชอบยาเสพติดที่ได้รับการอบรมร่วมกับเจ้าหน้าที่

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

สาธารณสุข โดยใช้จิตสังคมบำบัดในโรงเรียนสามารถให้การช่วยเหลือด้านร่างกาย/จิตใจแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี แต่การบำบัดพื้นที่ ยังไม่ได้ผลครบ ทุกด้านจึงได้มีการพัฒนาฐานรูปแบบที่ผ่านมา ในปี 2561 โดยครุศาสตร์สาขาวิชาชีพ ด้านสาธารณสุข แกนนำชุมชน และใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัดในโรงเรียนร่วมกับโปรแกรมให้คำปรึกษาครอบครัว แบบบูรณาการและมาตรการทางสังคมการบำบัดพื้นที่และช่วยเหลือที่ครอบคลุมทุกด้านในครั้งเดียว

ด้านการพัฒนาฐานรูปแบบการบำบัดพื้นที่ผู้เชี่ยวชาญและช่วยเหลือในการดำเนินการในโรงเรียนมีรายมหุ่งหนึ่งอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบร่วมกับการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อร่วมดูแลนักเรียนกลุ่มเสพติดดังนี้

1. ครุศาสตร์ มีหน้าที่

1. 1 นำเสนอปัญหาและแนวทางต่อผู้บริหาร กำหนดเป็นนโยบายของโรงเรียนด้านการคัดกรองคันหาตรวจสอบในปัสสาวะในนักเรียน ร้อยละ 100 จำนวน 2 ครั้ง/ปี หรือภาคเรียนละ 1 ครั้ง รวมถึงตรวจ 2 ครั้ง/สัปดาห์ในระหว่างการบำบัด (ในกลุ่มเสพที่เข้าบำบัด)

1.2 สร้างการรับรู้แก่นักเรียนและทำความเข้าใจกับผู้ปกครองผู้ดูแลนักเรียน เรื่องนโยบาย

ด้านการบำบัดพื้นที่ของโรงเรียน

1.3 ประสานพยาบาลผู้รับผิดชอบในพื้นที่ร่วมคัดกรอง (ใช้แบบคัดกรอง V2) และประเภทนักเรียนที่ผลตรวจปัสสาวะเป็นบวก โดย แบ่งเป็นกลุ่มใช้ กลุ่มเสพและกลุ่มติด และจัดกิจกรรมบำบัดหรือส่งต่อ ตามผลการคัดกรอง

1.4 เมื่อพบกลุ่มนักเรียนกลุ่มเสพ ครุจะชี้แจงเรื่องแนวทางการดูแลช่วยเหลือด้วยโปรแกรมจิตสังคมบำบัดในโรงเรียนร่วมกับการให้คำปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการ และในการเข้าบำบัดของนักเรียนเน้นให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกลุ่มครั้งที่ 1-9-16 ซึ่งครุและพยาบาลวิชาชีพจะทำหน้าที่ร่วมกันในการบำบัดตามโปรแกรมทุกครั้ง เด็กจะได้รับการตรวจปัสสาวะ 2 ครั้ง/สัปดาห์ (จันทร์-พุธทั้งหมด)

1.5 ครุร่วมกับทุกฝ่ายในโรงเรียนร่วมปรับภูมิทัศน์ของโรงเรียนจากป่าสงวนที่เป็นแหล่งพbuffของนักเรียน กลุ่มเสพในเวลาว่าง ช่วงพักเที่ยงและเลิกเรียน ให้เป็นป่าแห่งการเรียนรู้ โล่งและปลอดภัย จัดสารวัตรนักเรียน และนักการตรวจสอบส่องความเรียบร้อยอย่างสม่ำเสมอ จัดหาอุปกรณ์ฉุกเฉินสำหรับการหักกลุ่ม

2. ทีมสหวิชาชีพด้านสาธารณสุข (พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ นักสังคมสงเคราะห์) มีหน้าที่

2.1 จัดพัฒนาศักยภาพและฝึกทักษะด้านการทำกลุ่มจิตสังคมบำบัดในโรงเรียนแก่ พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบำบัดในพื้นที่ ในการทำจิตสังคมบำบัดในโรงเรียน และร่วมทำการบำบัดทุกครั้ง พร้อมกับครุและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ร่วมกิจกรรมในหัวข้อที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญ "ได้แก่ ครั้งที่ 3 พิษภัยจากยาบ้าครั้งที่ 4 ตัวกระตุ้นภายนอก ครั้งที่ 5 ตัวกระตุ้นภายใน ครั้งที่ 6 การหยุดความคิด และครั้งที่ 7 เส้นทางสู่การเลิกยา

2.2 ชี้แจงความสำคัญของการร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม จิตสังคมบำบัดในโรงเรียน 17 ครั้ง ใช้เวลา 8-12 สัปดาห์ โดยผู้ปกครองหรือผู้ดูแลต้องเข้าร่วมกิจกรรมกุ่ม จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1-9-16

2.3 พยาบาลวิชาชีพและนักสังคมสงเคราะห์ ลงพื้นที่เพื่อประเมินและให้การช่วยเหลือครอบครัว โดย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

สรุปรูปแบบการบำบัดพื้นผู้สูงอายุสภาพเด็กแบบบูรณาการในโรงเรียนมัธยม

โปรแกรมจิตสังคมบำบัดในโรงเรียน (8-12 สัปดาห์)	โปรแกรมการให้คำปรึกษา ครอบครัวแบบบูรณาการ (2-3 ครั้ง/ครอบครัว)	มาตรการทางสังคม (ประชาคม 1-2 ครั้ง)
ครั้งที่ 1 สัญญาใจ ครั้งที่ 2 ต้นไม้แห่งชีวิต ครั้งที่ 3 พิษภัยจากยาบ้า ครั้งที่ 4 ตัวกระตุ้นภายนอก ครั้งที่ 5 ตัวกระตุ้นภายใน ครั้งที่ 6 การหยุดความคิด ครั้งที่ 7 เส้นทางสู่การเลิกยา ครั้งที่ 8 ความไว้วางใจ ครั้งที่ 9 บทบาทครอบครัว ครั้งที่ 10 ลด ละ เลิกพฤติกรรมล่อแหลม ครั้งที่ 11 การใช้เวลาว่าง ครั้งที่ 12 พัฒนาตนเองด้านการเรียน ครั้งที่ 13 ทักษะการตัดสินใจ ครั้งที่ 14 ทักษะการปฏิเสธ	ขั้นตอนที่ 1 นิยามพฤติกรรม ที่เป็นปัญหาโดยพิจารณา สาเหตุและผลที่ตามมา ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ พฤติกรรมนั้นๆเพื่อที่จะได้ เข้าใจปัญหาที่แท้จริงนั้นว่า เกิดขึ้นบอยครั้งเพียงใดและ มีผลกระทบกับครอบครัว ^{อย่างไร} ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการฝึก ทักษะการเป็นพ่อแม่โดยใช้ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) และฝึกทักษะการใช้เวลา	1. ด้านการจัดสภาพแวดล้อม 2. ด้านการรณรงค์และการสร้าง นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการ ป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด 3. ด้านการใช้กฎหมาย 4. ด้านสังคมเศรษฐกิจ 5. ด้านโอกาสและคืนคนดีสู่สังคม
ครั้งที่ 15 เพื่อนเก่า เพื่อนใหม่ ครั้งที่ 16 เป้าหมายชีวิต ครั้งที่ 17 ติดตามผล	(Verbal Skill) และทักษะการ แสดงออกโดยการกระทำ (Performance Skill) การใช้ เทคนิคในการปรับพฤติกรรม เช่นการเสริมแรงทางบวกแก่ พ่อแม่	

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ผลกระทบจากการผลสำเร็จของงาน โรงเรียนยอมรับเข้าใจให้กับสถานศึกษาที่มุ่งเน้นการเรียนรู้ที่บูรณาการกับยาเสพติด ศักดิ์สิทธิ์และจัดระบบดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม สร้างนโยบายที่เอื้อต่อการดำเนินงานอย่างจริงจัง ร่วมกับผู้ดูแลครองและจัดระบบดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม สร้างนโยบายที่เอื้อต่อการดำเนินงานอย่างจริงจัง ร่วมกับผู้ดูแล ศักดิ์สิทธิ์และจัดระบบดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม (พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ครู) จะช่วยให้ผู้เสพยาเกิดแรงจูงใจที่จะทำหน้าที่ของตน บำบัดและวิชาชีพที่เหมาะสม (พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ครู) จะช่วยให้ผู้เสพยาเกิดแรงจูงใจที่จะทำหน้าที่ของตน อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบครัวสนับสนุนเสริมแรงในพฤติกรรมที่ดีของลูกหลานและชุมชนร่วมดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติด มีการบูรณาการความร่วมมือในชุมชนทุกภาคส่วน จนเกิดมาตรการสำคัญที่ใช้เป็นแนวทางร่วมกันจะก่อให้เกิด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ความยิ่งยืนในการดำเนินงานนำรูปแบบการบำบัดพื้นผู้เสพยาเสพติดแบบบูรณาการในโรงเรียนมัธยม

นอกจากนั้นรูปแบบที่ได้ยังส่งผลกระทบโดยตรงต่อภารกิจหลักของโรงพยาบาลได้แก่กลุ่มงานสุขภาพจิต และยาเสพติดเกิดแนวทางการรับส่งต่อนักเรียนที่มีการเสพยาเข้าสู่ระบบการบำบัดในโรงพยาบาลเมื่อโรงเรียนไม่สามารถดูแลได้หรือเกินศักยภาพของครูและผู้เกี่ยวข้อง นักสังคมสงเคราะห์มีแนวทางการประเมินนักเรียนร่วมกับโรงเรียน ครอบครัวและชุมชน และเกิดการบูรณาการงานและทรัพยากรร่วมกัน ในกลุ่มงานที่รับผิดชอบบำบัดรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม มีการนำรูปแบบการบำบัดดังกล่าวไปใช้ทำให้นักเรียนในพื้นที่ไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลและได้รับการดูแลช่วยเหลือโดยครูและชุมชน กล่าวคือ ผลงานวิจัยและพัฒนาเรื่องการพัฒnarูปแบบการบำบัดพื้นผู้เสพยาเสพติดแบบบูรณาการในโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยและพัฒnarูปแบบสำหรับการนำไปปฏิบัติจริง เพิ่มประสิทธิภาพบริการพยาบาลในเรื่องการบำบัดพื้นผู้นักเรียนผู้เสพยาเสพติดในโรงเรียน และผลที่ได้จาก การวิจัยและพัฒนา สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

ได้มีการนำประโยชน์จากการวิจัยมาใช้ในโรงเรียนมัธยมศึกษา โดยการนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ในโรงเรียนมัธยมที่บริบทคล้ายกันในอำเภอเมืองมหาสารคามทุกแห่ง และสรุปบทเรียนนำเสนอผลการวิจัยต่อคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด และนำเสนอผลการดำเนินงานที่ผ่านมาให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อขับเคลื่อนให้งานบำบัดพื้นผู้เสพยาเสพติดแบบบูรณาการในโรงเรียนมัธยม และประเด็นยาเสพติดเป็นประเด็นขับเคลื่อนงาน ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) นำสู่การปฏิบัติใน ระดับตำบล (พชต.) ใช้มาตรการ ทางสังคมของแต่ละตำบล และบูรณาการทำางานกับผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเพื่อหาแนวทางดูแลนักเรียนเป็นรายคนและลงเยี่ยมติดตามครอบครัวที่มีการเสพข้า รวมถึงเสนอให้ทุกตำบลจัดมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดภายในชุมชน และมาตรการป้องกันแก้ไขระหว่างชุมชนกับโรงเรียน รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน

โดยสรุปแล้วผลงานวิจัยเรื่อง การพัฒnarูปแบบการบำบัดพื้นผู้เสพยาเสพติดแบบบูรณาการในโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานของหน่วยงานตามนโยบายยาเสพติดของรัฐบาลและสอดคล้องกับภารกิจหลักของเขตเรื่องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขายาเสพติด

7. ความยุ่งยากและข้อซ้อนในการดำเนินงาน

เป็นงานที่มีความยุ่งยากเนื่องจากปัญหายาเสพติดมีความซับซ้อน เกิดจากสาเหตุจากหลายปัจจัย ส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจสังคมและประเทศชาติ สำหรับการบำบัดพื้นผู้เสพยาเสพติดในปัจจุบัน ยังไม่มียาหรือการรักษาทางจิตสังคมที่สามารถใช้รักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดได้ จึงจำเป็นต้องมีการบำบัดรักษาที่ครบวงจรแบบบูรณาการ เริ่มตั้งแต่ก่อนการฟื้นฟู และหลังผ่านการฟื้นฟู ทั้งการรักษาโดยใช้ยาหรือการติดตามการรักษาแบบระยะยาว มีความท้าทายและยากในการแก้ไขปัญหาซึ่งไม่สามารถทำได้โดยหน่วยงานใด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

หน่วยงานนี้ แสดงต้องประสานความร่วมมือและสร้างการยอมรับภายในหน่วยงาน ประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น กระทรวงมหาดไทยที่ดูแลก้านผู้ใหญ่บ้าน ประสานงานกับตำรวจในสังกัดกระทรวงกลาโหม ประสาน การช่วยเหลือด้านสังคมจากนักสังคมสงเคราะห์ และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และให้การพยาบาลดูแลติดตามหลังการบำบัดร่วมกับเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข นอกจากนั้นยังต้องจัดการความขัดแย้ง สร้างความเข้าใจและให้ความร่วมมือให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ ได้มีการวางแผนอย่างรอบคอบ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณล่วงหน้า จากเงินบำรุงโรงพยาบาลมหาสารคาม จัดสรรจากแผนป้องกัน ปราบปรามและบำบัดยาเสพติด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

งานวิจัยและพัฒนาดังกล่าว มีกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ติดยาเสพติด เป็นกลุ่มประชาบาง มีภาวะของสมองติดยา ต้องติดตามผลแบบระยะยาวคล้ายกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นแตกต่างที่ผู้ป่วยยาเสพติดสูญเสียความเป็นตัวตนซึ่งผู้จัดเห็นปัญหามาโดยตลอดว่าเป็นผู้ขาดความไว้วางใจ โทษผู้อื่น ขาดความเชื่อมันในตนเอง และเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ แยกตัวยากต่อการเข้าถึง บางคนมีความก้าวร้าวจากการทางจิตที่มีสาเหตุจากยาเสพติด ครอบครัวเป็นทุกข์และอับอาย ชุมชนเกิดความกลัว ไม่อยากอยู่กับปัญหายาเสพติด มีความเสี่ยง ผู้วิจัยจึงต้องใช้แนวทาง การพัฒนาประจำสุจริตวิจัย (Routine to Research) และโดยกระบวนการบำบัดในโรงเรียนตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขและติดตามต่อเนื่องที่ต้องใช้ระยะเวลา 1 ปี จึงมีการใช้เวลาในการพัฒนาค่อนข้างยาวนาน โดยศึกษาตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2559-31 มีนาคม 2562 ใช้วิธีวิจัยปฏิบัติการ (Action research) ของ Kemmis และ McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผนการปฏิบัติงาน (Plan) 2) การลงมือปฏิบัติ ตามแผน (Action) 3) การติดตามสังเกตการณ์ (Observe) และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflect) ศึกษาในผู้เสพยาเสพติดที่มีความยากในการเข้าถึง กลุ่มพยาบาล/เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานที่มักจะเปลี่ยนทุกปี กลุ่มแกนนำในชุมชน บางคนรู้สึกกลัว ไม่อยากเข้าไปอยู่กับปัญหายาเสพติด และบางคนมีส่วนได้ส่วนเสียกับยาเสพติด

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. ปัญหาด้านความร่วมมือของชุมชนใกล้เคียง รอบสถานศึกษา ในการสร้างสิ่งแวดล้อมบังคับ หรือจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันปัญหายาเสพติด
2. ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม ครอบครัวแตกแยก บิดมารดาต้องไปทำงานต่างจังหวัด เด็กนักเรียนอาศัยอยู่กับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ ไม่สามารถควบคุมกำกับพฤติกรรมของนักเรียนได้
3. ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด ในชุมชน และบริบทของพื้นที่ตั้งของโรงเรียนที่เป็นเส้นทางผ่านของยาเสพติด มีผู้ค้าในชุมชน และมีนักเรียนส่งยาในโรงเรียน
4. ด้านนโยบายของโรงเรียน ที่เปลี่ยนแปลงตามนโยบายผู้บริหาร

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

9. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดแบบบูรณาการ ในโรงเรียนมัธยม เขตอำเภอเมือง มหาสารคาม มาจัดทำทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนร่วมกัน เพื่อขยายผลและปรับปรุงแนวทางการทำนิงานอย่างต่อเนื่อง

2. หากโรงเรียนมัธยมตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติด ควรมีการดำเนินงานบำบัดรักษาผู้เสพยาในชุมชน หรือมีแนวทางดำเนินงานเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน และมาตรการ ความร่วมมือระหว่างชุมชนกับโรงเรียน เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของนักเรียนที่ผ่านการบำบัดในโรงเรียนได้อย่างแท้จริง

10. การเผยแพร่ผลงาน

การการเผยแพร่ผลงาน

1. ตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2563) จำนวน 11 หน้า (หน้า 77- 87)

2. นำเสนอประกวดผลงานวิชาการ ประเภท R2R (นำเสนอตัวยาวๆ) ในงานมหกรรมวิชาการด้านสาธารณสุข เขตสุขภาพ ที่ 7 ประจำปี 2562 ณ โรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่น

3. นำเสนอแลกเปลี่ยนผลการดำเนินงาน ในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข กับการเปลี่ยนแปลงสู่ยุค New Normal ประจำปี 2563 วันที่ 19 -21 กันยายน 2563 ณ โรงแรมริชمونด์ จ.นนทบุรี และลงในหนังสือบทคัดย่อผลงาน R2R ประจำปี 2563 จำนวน 3 หน้า (หน้า 21-23)

4. นำเสนอแลกเปลี่ยนผลการดำเนินงาน ในการประชุมวิชาการยาเสพติดแห่งชาติ ระหว่างวันที่ 22-24 มีนาคม 2564 ณ ศูนย์ประชุมอิมแพ็คฟอร์รัม เมืองทองธานี จ. นนทบุรี จัดโดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานที่ได้รับ

1. ชนะเลิศอันดับ 1 ประเภท R2R (นำเสนอตัวยาวๆ) ในการประกวดผลงานวิชาการ งานมหกรรมวิชาการด้านสาธารณสุข เขตสุขภาพ ที่ 7 ประจำปี 2562

2. รางวัลผลงานวิชาการ R2R ตีเด่น ประจำปี 2563 ประเภทปฐมภูมิ ตามประกาศโครงการสนับสนุนการพัฒนาประจำสู่งานวิจัยระดับประเทศ ที่ R2R 003/2563 เรื่อง ผลการตัดสินรางวัลผลงาน R2R ตีเด่น ประจำปี 2563

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1. นางนิตยา ฤทธิศรี

สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 90

2. นางสาวศุภลักษณ์ จันทร์

สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 10

ขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *พ.* (ผู้ขอรับการคัดเลือก)

(นางนิตยา ฤทธิ์ศรี)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันที่ ๙ เดือน ๊ ๘๖๕

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางนิตยา ฤทธิ์ศรี	<i>พ.</i>
นางสาวศุภลักษณ์ จันทร์	<i>ก.</i>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ *๐๒ ก.พ.*

(... maneekornwan... ชาครี)

ตำแหน่ง นายแพทย์ชี่ยวชาญ

วันที่ ๙ / ๘๖ / ๐๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

ลงชื่อ *๑-*
(นายภาคภูมิ โนนสิทธิ์กิตติ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม
ตำแหน่ง.....

วันที่ ๙ / ๘๖ / ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่เห็นอีกหนึ่งไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

ระดับชำนาญการพิเศษ

1. เรื่อง ตำบลต้นแบบการบำบัดพื้นที่ผู้ใช้ยาเสพติด โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and Care)

2. หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยได้มีการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทยปี 2559 โดยคณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด พบร่วมประชากรที่ใช้สารเสพติดในปี 2559 ประมาณ 1.4 ล้านคน และในจำนวนนี้ อนุมาณว่าประมาณ 3 แสนคน เป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับ การดูแลรักษา กลุ่มวัยที่พบร่วมกับการแพร่ระบาดของยาเสพติด เป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ช่วงอายุ 12 - 44 ปี มีการกระจายของยาเสพติดไปถึงหมู่บ้าน/ชุมชน ที่เป็นฐานสำคัญของสังคม หากไม่มีการดำเนินการป้องกันและแก้ไขอย่างจริงจังและเร่งด่วน แล้ว จะก่อให้เกิดผลเสียต่อประเทศไทยทั้งในด้านสาธารณสุขด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ด้านสาธารณสุข ข้อมูลสถานการณ์พื้นที่แพร่ระบาดยาเสพติดจากหมู่บ้าน/ชุมชน ในปี 2560 จากหมู่บ้าน/ชุมชนทั่วประเทศ จำนวน 81,936 แห่ง พบร่วม มีหมู่บ้านชุมชนที่มีปัญหายาเสพติดจำนวน 24,314 แห่งคิดเป็นร้อยละ 30 โดยหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีปัญหายาเสพติดมาก 3,471 แห่ง มีปัญหานานกลาง 4,679 แห่งและมีปัญหาน้อย 16,164 แห่ง รวมถึงหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ไม่มีปัญหายาเสพติด 57,622 แห่ง ตลอดจนข้อมูลผลกระทบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด เปรียบเทียบในปี 2559 – 2560 มาตรการด้านการป้องกันยาเสพติดในพื้นที่หมู่บ้าน/ชุมชน จากผลการเบรียบเทียบร้อยละของผลการดำเนินงานฯ พบร่วมหมู่บ้าน/ชุมชน ที่มีปัญหายาเสพติดปานกลาง มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นมากที่สุด รองลงมา หมู่บ้าน/ชุมชน ที่มีปัญหายาเสพติดน้อย และหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ไม่มีปัญหายาเสพติด ตามลำดับ จึงต้องการการบูรณาการระหว่างกลไกชุมชนกับกลไกสุขภาพของระบบสาธารณสุขที่เข้มข้นอย่างรัฐอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากเดิมการบำบัด มีผู้เข้ารับการบำบัดพื้นที่ในประเทศ 200,000 รายในระบบ สมัครใจ บังคับบำบัด และต้องโทษ ปัญหาคือ ปัญหาคือ ระบบสมัครใจไม่ใช่การสมัครใจที่แท้จริง เป็นการบังคับกึ่งสมัครใจ ผู้เข้ารับการบำบัดพื้นที่เข้ารับการบำบัดไม่ครบตามเกณฑ์เวลาที่กำหนดทั้งในระบบสมัครใจและบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว รวมถึงการติดตามในชุมชน ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิผลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ การแก้ไขปัญหายาเสพติด รัฐบาลได้มีแนวทางการดำเนินงานโดย ประกาศคณะกรรมการความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 แนวทางการนำผู้เสพติดเข้าสู่การบำบัดพื้นที่ มีการแต่งตั้ง ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ศอ.ปส.) ทุกจังหวัด โดยการบูรณาการทำงานร่วมกันทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชนโดยการบำบัดผู้เสพยาเสพติดที่ไม่มีคดีอาญาอื่นร่วมด้วย โดยถือว่า “ผู้เสพคือผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร”

งานพยาบาลชุมชนในการบำบัดรักษายาเสพติด โรงพยาบาลมหาสารคามมีหน้าที่ในการคัดกรอง ประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลหลังการบำบัดในชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนอย่างปกติสุขตามอัตภาพ ในปี 2562-2564 มีผู้ป่วยยาเสพติดของอำเภอเมืองมหาสารคามเข้ารับการบำบัดทุกรอบ (สมัครใจ คุมประพฤติ และศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) จำนวน 531 ราย 694 รายและ 728 ราย

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอแนะ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

จากการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการบัดฟันฟูผู้เสพยาเสพติดแบบบูรณาการ ในโรงเรียนมัธยม แห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เป็นผลให้นักเรียนในโรงเรียนมัธยมในตำบลท่าสองคอน ได้รับการบำบัดฟันฟู ยาเสพติด และมีอัตราการกลับไปเสพข้าหลัง โรงเรียน และชุมชนมีมาตรการที่เอื้อต่อการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด แต่หากที่ตั้งของโรงเรียนอยู่ในพื้นที่เสี่ยงของการแพร่ระบาดยาเสพติดอาจจะทำให้มีปัญหายาเสพติด มีความรุนแรงมากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีรูปแบบการบำบัดฟันฟูในชุมชนควบคู่ไปกับการบำบัดฟันฟูในโรงเรียนดังกล่าว โดยการบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางเป็นบริการที่จะบูรณาการ การรักษาฟันฟูผู้เสพติดยาเสพติดเข้าสู่การบริการทางสังคมและสุขภาพในชุมชนมีความยั่งยืน โดยที่ชุมชนสามารถควบคุมและ ตรวจสอบได้ เป็นวิธีการบำบัดในชุมชนที่แทรกแซงชีวิตประจำวันปกติน้อยกว่าการรักษาอื่น ๆ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การดำเนินงานด้านยาเสพติดของอำเภอเมืองมหาสารคาม พบว่า 1) ด้านบุคลากร ผู้รับผิดชอบการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม ทักษะการบำบัดยาเสพติดในชุมชนที่แตกต่างกัน มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการบำบัดรักษา การดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่แตกต่างกัน 2) ด้านการประสานงาน เชื่อมโยงจากชุมชนถึงหน่วยบริการระดับตระกูล และ เชื่อมโยงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานยาเสพติดในชุมชนยังไม่ครอบคลุม 3) ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยยาเสพติด เป็นเหมือนโรคเรื้อรังอีกน้ำหนึ่งที่อาจจะหายขาดหรือกลับเป็นซ้ำได้ มีความแตกต่างคือผู้ป่วยยาเสพติดจะมองตนเองเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน 4) ด้านครอบครัว มีความอยากล้วนความลับเปิดเผย ปกปิด พยายามปฏิเสธ สร้างภาพลักษณ์ที่ดีของผู้ป่วยต่อชุมชน 5) ด้านชุมชน มีความกลัวไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับปัญหายาเสพติด เกรงกลัวอิทธิพลผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่การบริการทางจิตที่เกิดขึ้น จากการเสพยาเสพติดของผู้ป่วย ไม่อยากเป็นภาระทำให้การมีส่วนร่วมมีน้อย

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ในการแก้ไขปัญหายาเสพติดจึงไม่สามารถดำเนินงานได้โดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเพียงลำพัง หากต้องประสาน ระดมความร่วมมือกันทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ซึ่งการบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางเป็นบริการที่จะบูรณาการ การรักษาฟันฟูผู้เสพติดยาเสพติดเข้าสู่การบริการทางสังคมและสุขภาพในชุมชน มีความยั่งยืน โดยที่ชุมชนสามารถควบคุมและ ตรวจสอบได้ เป็นวิธีการบำบัด ในชุมชนที่แทรกแซงชีวิตประจำวันปกติน้อยกว่าการรักษาอื่น ๆ และช่วยให้ลดลงของผู้ติดยาเสพติดตลอดจนกระทั่งให้ชุมชนมีความคาดหวัง ถึงผลลัพธ์ในทางบวก เพื่อให้ได้รูปแบบของการบำบัดรักษาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

แนวความคิด

แนวคิดทางการบำบัดฟันฟูผู้เสพยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง หรือการใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการบำบัด ถือว่าเป็นเป้าหมายสำคัญ ที่หน่วยงานทุกภาคส่วน ร่วมกับประชาชนหรือกลุ่มบุคคล มีแนวคิด หรือจุดมุ่งหมายที่เหมือนกันเข้ามาดำเนินการในการบำบัดฟันฟูให้แล้วเสร็จตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดแล้ว รับผลประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งต้องเข้ามาร่วมกันดำเนินการ ในการบำบัดฟันฟูทุกขั้นตอน ไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจ

ปฏิบัติการ มีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการประเมินผล

ลักษณะสำคัญของการบำบัดพื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

การบำบัดพื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง มีลักษณะสำคัญ ดังนี้

1. ตั้งอยู่ในชุมชน

2. มีการเสริมสร้างศักยภาพ การระดมทรัพยากรเน้นการมีส่วนร่วมในการจัดการโดยชุมชน

3. ใช้วิธิการทางชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมสงเคราะห์

4. เป็นศูนย์กลางรักษาและพื้นฟูในรูปแบบผสมผสานแบบผู้ป่วยนอก

5. ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่พجنสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมและหยุดใช้ยาได้ในที่สุด

6. มีการสนับสนุนและส่งต่อระหว่างการบริการทางสังคมและสุขภาพทั้งในและนอกชุมชน

รูปแบบการจัดบริการบำบัดพื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

ขอบเขตของการบำบัดพื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ครอบคลุมกระบวนการ ดังนี้

1. การค้นหา : โดยใช้รูปแบบที่เหมาะสม ตามบริบทของพื้นที่ เช่น Outreach worker อสม. และการ

ประชาสัมพันธ์ รวมถึงเชิญชวน รณรงค์ สอดส่อง ส่งข่าว โดยคณะกรรมการฯ ประชาธิรัฐ ผ่านการทำความเข้าใจ กับผู้ปกครองและคนใกล้ชิด แบบเครือญาติ เชิญชวน เข้าสู่การดูแล ช่วยเหลือ

2. การคัดกรอง : จัดบริการคัดกรองสุขภาพพื้นฐาน และซักประวัติการใช้ยาเสพติด

3. การบำบัดพื้นฟู : บำบัดพื้นฟู ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข

4. การติดตาม : ติดตามโดยรูปแบบทางการ และไม่เป็นทางการอย่างต่อเนื่อง

5. การส่งต่อ : ตั้งแต่การคัดกรอง บำบัด พื้นฟู และติดตามดูแลช่วยเหลือ

ข้อเสนอแนะ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

1. การค้นหาและเข้าถึงผู้ใช้ยาเสพติดเป็นเรื่องยาก เนื่องจากทางด้านกฎหมายยังคงถือว่า เป็นผู้กระทำผิด และทัศนคติของสังคมหรือคนรอบข้างที่สั่งสมความเชื่อที่ว่าผู้ใช้ยาเป็นคนไม่ดี อันตราย โดยจะทำข้อห้องผู้ใช้ยาเอง จนทำให้คิดว่าตนเองเป็นเช่นนั้น จึงทำให้ผู้ใช้ยาหลบซ่อน ไม่เปิดเผยตัว จนถึงการสร้างเกราะป้องกันที่แสดงออก ทางพฤติกรรมที่ก้าวร้าวให้ตนเองรู้สึกปลอดภัยตั้งนั้นในการเข้าถึงผู้ใช้ยาจะต้องอาศัยการทำงานในรูปแบบ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ผ่านกลไกการทำงานของอาสาสมัครหรือที่เรียกว่า “Outreach worker” เป็นสำคัญ

2. ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในพื้นที่ ต้องติดตามสร้างความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง ผู้ใช้ยาเสพติด ที่ผ่านกระบวนการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งได้รับการช่วยเหลือจากรหทั่วมีสภาพร่างกาย จิตใจ เข้มแข็ง มีความมุ่งมั่นในการเลิกยาเสพติด มีเป้าหมายในชีวิต และสามารถกลับไปอยู่ในครอบครัว และชุมชนโดยไม่เพียง ยาเสพติด การติดตามเป็นขั้นตอนการช่วยเหลือที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ผ่านการบำบัด สามารถหลีกเลี่ยง แก้ไขปัญหา ต่างๆ รวมทั้งเสริมกำลังใจให้ผู้ผ่านการบำบัดและครอบครัวมีความเข้มแข็ง เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดกลับไปดำเนินชีวิต ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข สามารถติดตามผู้ผ่านการบำบัดพื้นฟู ได้ 2 ทาง คือ

1.1 การติดตามทางตรง โดยการพบผู้ผ่านการบำบัดและครอบครัวโดยตรง ได้แก่ การนัดพบที่สถานบำบัด การเยี่ยมในสถานที่ต่างๆ ทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน หรือนัดพบนอกสถานที่ซึ่งสะดวกและปลอดภัย

1.2 การติดตามทางอ้อม เป็นการติดตามเมื่อไม่สามารถมาพบผู้นำบัดได้โดยตรงสามารถติดตามได้โดยวิธีต่างๆ ได้แก่ การสอบถามข้อมูลจากญาติ พี่น้อง ภรรยา/สามี บิดา/มารดา การติดต่อทางโทรศัพท์จดหมาย/ไปรษณียบัตร หรือทางสังคมออนไลน์ (Social network)

1.3 ผู้มีปัญหายาเสพติด ที่มีอาการทางจิต ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงต่อเนื่องในชุมชน มีความสำคัญมาก เนื่องจากคนกลุ่มนี้หากขาดยา ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง จะทำให้มีอาการกำเริบหรือ หากมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยมีโอกาสที่จะก่อความรุนแรงหรืออันตรายต่อตนเอง ครอบครัวชุมชนและสังคมมากขึ้น จึงต้องมีระบบติดตามดูแล ผ่านร่วงอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องในชุมชน โดยมีองค์ประกอบสำคัญ คือ ระบบส่งต่อ ระบบสารสนเทศ (Information) และระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทุกราย โดยใช้กระบวนการเยี่ยมบ้านของทีมจิตเวชชุมชน และเครือข่ายที่มีระบบการทำงานที่เข้มโงย根

วัตถุประสงค์

- เพื่อสร้างแบบต้นแบบ ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง
- เพื่อสร้างมาตรการข้อตกลงของชุมชนในการค้นหา คัดกรอง บำบัดรักษา ติดตามดูแลช่วยเหลือและส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติด
- เพื่อนำสู่การขยายผลในแบบใกล้เคียงที่บริบทคล้ายคลึงกัน

วิธีดำเนินการ

ระยะเตรียมการ

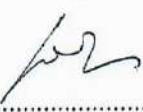
- วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดในอำเภอเมืองมหาสารคาม
- ประชุมจัดทำแผนการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยถือว่า “ผู้เสพคือผู้ป่วยไม่ใช่อาชญากร” ต้องได้รับการช่วยเหลือด้านสุขภาพและสังคม
- คืนข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับอำเภอ เพื่อนำเสนอให้เป็นแบบต้นแบบ ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

ระยะดำเนินการ ดำเนินการตามขั้นตอนกระบวนการชุมชนเข้มแข็ง 9 ขั้นตอน การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางจำนวน 4 ขั้นตอน และกระบวนการชุมชนเข้มแข็ง 4 ขั้นตอน

กิจกรรม	ระยะเวลา
ตามสภาพปัจุหกาการใช้กิจกรรมทางศาสนาสร้างสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและ การติดตามตรวจสอบสภาวะโดยชุมชน	
ขั้นตอนที่ 9 การรักษาสภาพชุมชนเข้มแข็ง ร่วมกับ 4. การติดตามหลังการบำบัด ด้วยการเยี่ยมบ้าน และการเข้าร่วมกิจกรรม จิตอาสาในชุมชนและมาตรการของชุมชน จัดทำแนวทางการป้องกันยาเสพติด ในชุมชน	กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป ต่อเนื่อง 1 ปีหลังบำบัด
4.1 จัดอบรมชุด ชรบ. เพื่อเฝ้าระวังปัญหายาเสพติดและจัดเวรยามสอดส่อง ความเรียบร้อย ด่านตรวจคนเข้าออกในหมู่บ้าน	
4.2 ปรับปรุงจัดสิ่งแวดล้อมแหล่งม้ำสุนให้โล่งและปลอดภัย โดยเฉพาะกระหอม น้ำอยท้ายหมู่บ้าน	
4.3 จัดทำแนวทางการป้องกันยาเสพติดระหว่างชุมชนกับโรงเรียน	
4.4 ให้ความรู้เรื่องยาเสพติดในโรงเรียน สร้างภูมิคุ้มกันด้วยโครงการ TO BE NUMBER ONE โครงการโรงเรียนสีขาว	
4.5 มีการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE และส่งผู้มีปัญหายาเสพ ติด (กลุ่มติด/กลุ่มที่มีอาการทางจิต) เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นประจำ	
4.6 การพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างอาชีพ เสริมรายได้ “โครงการวิถีคนกล้า โศกหนอนนำไปเมเดล” การเฝ้าระวังโดยครอบครัวและกรรมการคุ้ม การให้ทุนอาชีพ	
4.7 การสุมตรวจปัสสาวะกลุ่มเสี่ยงในครัวเรือน 1-2 ครั้งต่อปี รักษาสภาพ ครอบครัวปลอดยาเสพติด	
ระยะเวลา ประเมินผล	สิงหาคม 2566
1. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แสดงความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรคและวิธีการ ปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงาน	
2. สรุปผลและถอดบทเรียนการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง	กันยายน 2566
4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ	
1. มีรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่	
2. มีมาตรการของชุมชน ที่เป็นข้อตกลงในการค้นหา คัดกรอง บำบัดรักษา ติดตามดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ ที่ชัดเจน และเกิดความร่วมมือประสานการดำเนินงานภายใต้ชุมชน ชุมชนกับโรงเรียน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทุกภาคส่วน	
3. สามารถนำรูปแบบที่ได้ไปใช้ขยายผลในการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด ในตำบลอื่นต่อไป	

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราของผู้ใช้ยาเสพติดเข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูโดยขุนชนเป็นศูนย์กลาง
2. อัตราของผู้ใช้ยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)
3. มีมาตรการของขุนชน ที่เป็นข้อตกลงในการค้นหา คัดกรอง บำบัดรักษาติดตามดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ และแนวทางการดำเนินงานระหว่างขุนชนกับโรงเรียน

ลงชื่อ 

(นางนิตยา ฤทธิ์ศรี)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่/...../.....

ผู้ขอประเมิน