

ประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของโรงพยาบาลมะขาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดจันทบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นายตะวัน ชวนศรีไพบูลย์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลมะขาม กลุ่มงานการแพทย์

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายวรา เศลวัตนะกุล)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของโรงพยาบาลมะขาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นายตะวัน ชวนศรีไพบูลย์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลมะขาม กลุ่มงานการแพทย์ นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)	๑๙๒๒๑๑	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลมะขาม กลุ่มงานการแพทย์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	๑๙๒๒๑๑	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานที่ส่งประเมิน เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการล่าช้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉินในเขตอำเภอมะขาม **ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน** เรื่อง การพัฒนาระบบการติดตามและการปลดล็อก (De-isolation) ผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยาโรงพยาบาลมะขาม **รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”**					๘๐%

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการล่าช้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉิน ในเขตอำเภอมะขาม

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือน มกราคม ๒๕๖๗ – เดือน สิงหาคม ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการล่าช้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉินในเขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังจากเวชระเบียนในผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลมะขามด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉินทั้งหมด ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ คณะผู้วิจัยได้ทบทวนสาระสำคัญของความรู้/เนื้อหา/ทฤษฎี รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

๑. แนวคิดและความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความสำคัญของเวลาในการรักษา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงหรือเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน และอาจนำไปสู่ความพิการหรือเสียชีวิตได้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้ความหมายว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่มีอาการแสดงทางระบบประสาทเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน มีระยะเวลานานมากกว่า ๒๔ ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต โดยมีสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง (World Stroke Organization [WSO], ๒๐๑๙)

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งออกเป็น ๒ ประเภทหลัก ได้แก่

๑. โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke) ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือด คิดเป็นประมาณร้อยละ ๘๐–๘๕ ของผู้ป่วยทั้งหมด และ

๒. โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก (Hemorrhagic stroke) ซึ่งเกิดจากการแตกของหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้มีเลือดออกในเนื้อสมองหรือช่องว่างรอบสมอง (American Heart Association/American Stroke Association [AHA/ASA], ๒๐๑๙)

โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) เป็นภาวะที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน การรักษาที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบันคือการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำด้วยยา recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ซึ่งต้องให้ภายในระยะเวลา ๓–๔.๕ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ เพื่อเพิ่มโอกาสการฟื้นตัว ลดความพิการ และลดอัตราการเสียชีวิต แนวคิดสำคัญที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ “Time is brain” ซึ่งหมายความว่าทุกนาทีของความล่าช้าจะทำให้เซลล์สมองถูกทำลายอย่างถาวร (AHA/ASA, ๒๐๑๙)

ในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองจัดเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการที่สำคัญ จากรายงานภาวะโรคของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ พบว่าอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, ๒๕๖๖)

แม้ว่าการรักษาด้วยยา rt-PA จะมีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับตามหลักฐานเชิงประจักษ์ แต่พบว่าอัตราการได้รับยาดังกล่าวในประเทศไทยยังอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากมารับบริการล่าช้า

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

เกินช่วงเวลาที่เหมาะสม ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าสู่ระบบ Fast track Stroke และไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๖๗)

อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อย ได้แก่ อาการอ่อนแรงของแขนหรือขาครึ่งซีก พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว เวียนศีรษะเฉียบพลัน หรือมีระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง หรือค่อยเป็นค่อยไปในบางราย ทำให้ผู้ป่วยหรือญาติประเมินความรุนแรงของอาการต่ำกว่าความเป็นจริง ส่งผลให้เกิดการรอดูอาการและมารับบริการล่าช้า (พีชญา ศรีสา และคณะ, ๒๕๖๒; วรรณา บุญสวยขวัญ & อมรรัตน์ กลับรอด, ๒๕๖๓)

ดังนั้น โรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องอาศัยการรับรู้ที่ถูกต้อง การตัดสินใจที่รวดเร็ว และการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสม ลดความพิการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตหลังการเจ็บป่วย

๒. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการล่าช้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการล่าช้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่มหลัก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ และสถานภาพทางสังคม ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ การตัดสินใจ และความสามารถในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยผู้สูงอายุมีแนวโน้มมารับบริการล่าช้ามากกว่ากลุ่มอายุน้อย เนื่องจากอาจประเมินอาการผิดพลาดหรือมีข้อจำกัดในการเดินทาง

ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale: GCS) ลักษณะอาการนำ และประวัติการเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีอาการนำไม่รุนแรง เช่น เวียนศีรษะ หรืออาการชา มักไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรอดูอาการก่อนมารับการรักษา ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความล่าช้า
ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ การมีผู้อื่นอยู่ด้วยขณะเกิดอาการ ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ช่วงเวลาที่เกิดอาการ และการรับรู้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS/๑๖๖๙) โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบเชิงเขาและที่อยู่อาศัยกระจายตัว ส่งผลให้การเดินทางและการเข้าถึงบริการเป็นไปด้วยความยากลำบาก

๓. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มารับบริการล่าช้าเกินระยะเวลาที่เหมาะสม สัตกช โพธิ์คำ (๒๕๖๓) รายงานว่าระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงโรงพยาบาลเฉลี่ยยาวนานกว่า ๑,๙๐๐ นาที ขณะที่พีชญา ศรีสา และคณะ (๒๕๖๒) พบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ ๒๖.๘ ที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน ๓ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ

ยุวเรศ รัตนประภา (๒๕๖๑) และวรรณา บุญสวยขวัญ และอมรรัตน์ กลับรอด (๒๕๖๓) พบว่าสาเหตุสำคัญของความล่าช้า ได้แก่ การไม่รับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินว่าอาการไม่รุนแรงและการรอดูอาการก่อนตัดสินใจมารับการรักษา นอกจากนี้ การไม่ทราบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทันท่วงที

สุปรียา สนธิ และคณะ (๒๕๖๕) รายงานว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยทำนายสำคัญของการมารับการรักษาทันเวลา ขณะที่อารยา พิทักษ์โรจนานนท์ (๒๕๖๗) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

เกิดขึ้นที่บ้านและมีโรคประจำตัวมีโอกาสมารับบริการล่าช้ามากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างของบริบทพื้นที่และระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่าการมารับบริการล่าช้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผลจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งด้านการรับรู้โรค การตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ และข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยของการศึกษาครั้งนี้

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ชื่องานวิจัย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการล่าช้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉิน ในเขตอำเภอมะขาม

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการล่าช้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉินในเขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี เป็นงานวิจัยแบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective (chart) review study) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลมะขามด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉิน ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน คือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Case report form : CRF) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือสถิติการถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary Logistic Regression)

ผลการศึกษา ข้อมูลจากเวชระเบียนที่สมบูรณ์ จำนวน ๒๒๖ ฉบับ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมารับบริการล่าช้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉินในเขตอำเภอมะขาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว GCS < ๑๕ คะแนน aOR ๒.๘๙ (๙๕%CI ๑.๕๓-๕.๔๘) การอยู่คนเดียวขณะเกิดอาการ aOR ๒.๘๔ (๙๕%CI ๐.๑๓-๐.๖๐) ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาลมากกว่า ๑๐ กม. aOR ๐.๕๓๔ (๙๕%CI ๐.๓๑-๐.๙๓) การรอดูอาการ aOR ๐.๐๐๙ (๙๕%CI ๐.๐๐-๐.๐๒) การรับทราบข้อมูลโรคหลอดเลือดสมอง aOR ๐.๐๗๕ (๙๕%CI ๐.๐๓-๐.๑๗) คนในครอบครัวเคยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง aOR ๐.๑๙๕ (๙๕%CI ๐.๑๑-๐.๓๕) การรับรู้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ aOR ๐.๐๖๔ (๙๕%CI ๐.๐๓-๐.๑๖) ปัจจัยที่ทำนายการรับบริการล่าช้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉินในเขตอำเภอมะขามมีปัจจัยเดียวคือ การรอดูอาการมากถึงร้อยละ ๙๔.๓๖ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลโดยเร็วโดยไม่ต้องรอดูอาการ และระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ทันเวลา เพื่อลดความพิการและเสียชีวิต

คำสำคัญ : การมารับบริการล่าช้า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยการทำนาย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลก ให้คำจำกัดความโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกซึ่งประกอบด้วยลักษณะอาการทางระบบประสาทบกพร่องที่เกิดขึ้นทันทีทันใด และมีอาการแสดงนานกว่า ๒๔ ชั่วโมง โดยอาการที่เกิดขึ้นมีสาเหตุจาก การตีบ แตก ตัน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ของหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงขึ้นอยู่กับขนาด หรือตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือดไปเลี้ยงหรือบริเวณที่มีเลือดออก จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ.๒๕๖๒ จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโลกหลอดเลือดสมอง ๖.๕ ล้านคน ประมาณ ๑๑-๑๒% ของการเสียชีวิตทั้งหมด (World stroke organization, ๒๐๑๙) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non communicable diseases: NCDs) ซึ่งในประเทศไทยมีแนวโน้มการเกิดโรคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๓ ในเพศชาย รองจากอุบัติเหตุจราจร และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอันดับที่ ๒ ในเพศหญิง รองจากโรคเบาหวาน และเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญของประเทศไทย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๕ อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นจาก ๒๗๘.๔๙ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็น ๓๓๐.๗๒ ต่อแสนประชากร อายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, ๒๕๖๖) ปัจจุบันการรักษาใช้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำด้วยยา recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ภายใน ๒๗๐ นาทีหลังเกิดอาการ การรักษาด้วยยา rt-PA สามารถทำให้อาการแสดงทางระบบประสาทผู้ป่วย acute ischemic stroke ดีขึ้นได้ภายใน ๓๐ นาที (Lyden PD.,๒๐๑๙) และผลการรักษาที่ให้ผลดีควรให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ในกลุ่มผู้ป่วยที่หลังเกิดอาการเตือนของหลอดเลือดสมองภายในเวลา ๓ ถึง ๔.๕ ชั่วโมง (๑๘๐ - ๒๗๐ นาที) หลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการ โดยจะช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้นและลดความเสียหายของสมองจากการขาดเลือด ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้นและลดความเสี่ยงจากภาวะพิการ (AHA/ASA, ๒๐๑๙) การมาถึงโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุดถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการรักษาผู้ป่วย acute ischemic stroke ถึงแม้ว่าการรักษาผู้ป่วยด้วยยา rt-PA จะมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ที่ได้รับยาดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยา (ทัศนีย์ จินตกานนท์, ๒๕๖๒) แต่พบว่าสถิติการได้รับ rt-PA ในประเทศไทยมีเพียงร้อยละ ๖.๒๑ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๖๗) ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยมารับบริการล่าช้าไม่สามารถให้ยา rt-PA ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมารับการรักษาล่าช้ากว่า ๒๗๑ นาที หรือ ๔.๕ ชั่วโมง หลังเกิดอาการทำให้ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ซึ่งการศึกษาของ สัตกช โพธิ์คำ (๒๕๖๓) พบว่าระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เฉลี่ย ๑,๙๐๗.๓ นาที การศึกษาของพีชญา ศรีสา, รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น, ปัฐยาวัชร ปรากฏผล และอุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ (๒๕๖๒) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันมาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา ๓ ชั่วโมงเพียงร้อยละ ๒๖.๘ สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้า อาจจะเกิดจากความไม่รู้อาการเตือน และไม่รู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ถ้าอาการไม่รุนแรงมาก ก็คิดว่าอาการจะดีขึ้นหรืออาจจะหายเอง และคิดว่าเป็นอาการของโรคประจำตัวจะบีบ นวด หรือนอนสังเกตอาการที่บ้าน รอดูอาการก่อน และบางรายไม่มีคนพามาโรงพยาบาล ต้องรอจนกว่าญาติหรือคนในครอบครัวว่าง (ยุวเรศ รัตนประภา, ๒๕๖๑) และผู้ป่วยให้เหตุผลว่ามีรถส่วนตัวสามารถมาโรงพยาบาลเองได้และไม่เข้าใจบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และรู้สึกว่าการเจ็บป่วยนั้นเล็กน้อยไม่จำเป็นต้องเรียกรถพยาบาลมารับ (วรรณา บุญสวยขวัญ และอมรรัตน์ กลับรอด, ๒๕๖๓) และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับเกี่ยวกับโรคหลอดเลือด การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังเกิดอาการ (พีชญา ศรีสา, รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น, ปัฐยาวัชร ปรากฏผล และอุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ, ๒๕๖๒) การศึกษาของ สุปรียา สนธิ, ฐิฉัฐญา นพคุณ และ จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ (๒๕๖๕) พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการมารับการรักษาทันเวลา คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

หลอดเลือดสมอง และสถานภาพสมรส ผลการศึกษาของอารยา พิทักษ์โรจนานนท์ (๒๕๖๗) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมาโรงพยาบาล ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสมาโรงพยาบาลไม่ทันเวลามากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว ๓ เท่า และผู้ที่มีสถานที่ที่อาการในบ้าน มีโอกาสมาโรงพยาบาลไม่ทันเวลามากว่าผู้ที่มีอาการนอกบ้านถึง ๔ เท่า ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ เวลาที่มีอาการ การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมาโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามการวิจัยปัจจัยข้างต้นเป็นการศึกษาในพื้นที่ซึ่งอาจมีความแตกต่างในบริบทของพื้นที่ เช่น ลักษณะของภูมิประเทศ การคมนาคม ความสะดวกในการเข้าถึงในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อเทียบกับพื้นที่ของอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ชุมชนเกษตรกรรม พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบเชิงเขาสลับป่าไม้และภูเขา จึงเป็นที่ราบสูงๆ ต่ำ ๆ และที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านเดี่ยว อยู่ห่างจากกัน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการล่าช้า

จากการศึกษาข้อมูลทางสถิติย้อนหลังของโรงพยาบาลมะขาม จังหวัดจันทบุรีใน ๓ ปีที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มาด้วยอาการโรคหลอดเลือดสมองในปี ๒๕๖๒ จำนวน ๘๔ รายสามารถเข้าสู่ระบบ Fast track Stroke เพียง ๒๐ ราย ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๘๓ ราย สามารถเข้าสู่ระบบ Fast track Stroke ๒๘ ราย และปี ๒๕๖๔ จำนวน ๗๔ รายสามารถเข้าสู่ระบบ Fast track Stroke ๑๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๘, ๓๒.๕, ๒๓ ตามลำดับ ซึ่งตามเกณฑ์ของจังหวัดจันทบุรี กำหนดให้การเข้าถึงบริการด้วยระบบ Fast stroke เป็นร้อยละ ๘๐ โดยต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดมากและส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัย จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการล่าช้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉินในเขตอำเภอมะขามเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาแนวทางในการลดปัญหาการมารับบริการล่าช้าและเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) ลดความพิการและการเสียชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

๑.เพื่อศึกษาอัตราการมารับบริการล่าช้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉิน

๒.เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการล่าช้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉิน

๓.เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการมารับบริการล่าช้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉิน

สมมติฐานการวิจัย

๑.ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ กลุ่มอายุ เพศ อาชีพผู้ป่วยและผู้ดูแล มีผลต่อการมารับบริการล่าช้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉิน

๒.ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกตัว ปัจจัยเกี่ยวกับความสะดวกในการเข้าถึงบริการ-การมีโทรศัพท์ มีผู้อื่นอยู่ด้วยขณะเกิดอาการ ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล ช่วงเวลาที่เกิดอาการ อาการนำ การจัดการเมื่อเกิดอาการ การรับทราบข้อมูลโรคหลอดเลือดสมอง คนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเคยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการล่าช้า

๓.ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสุขภาพสามารถร่วมทำนายการมารับบริการล่าช้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉิน

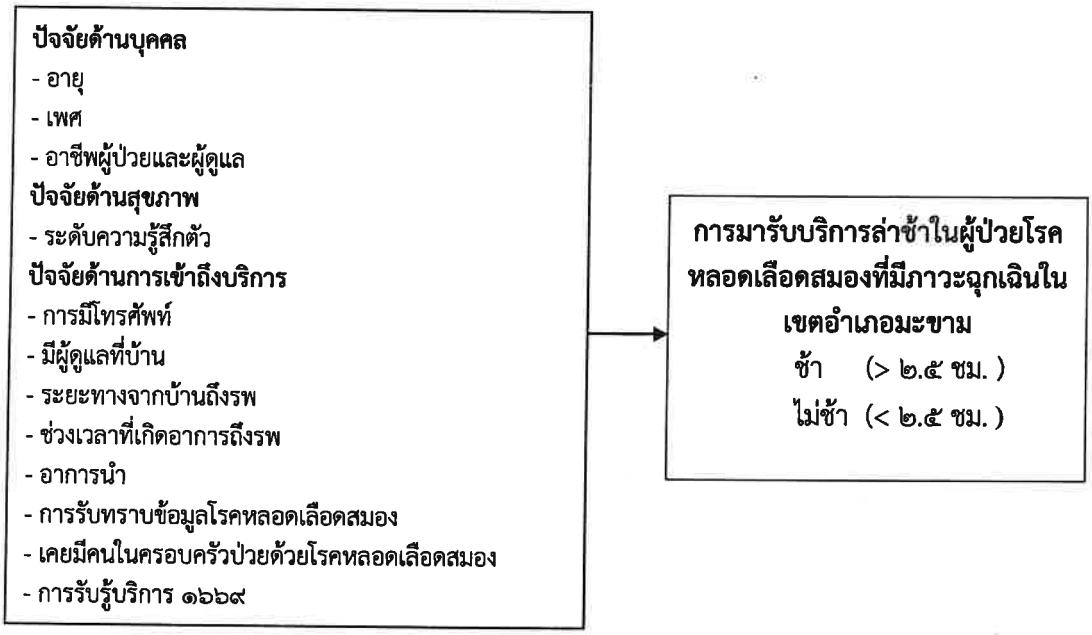
๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การรักษาที่รวดเร็วในระยะแรกมีความสำคัญและมีประโยชน์มากในโรคหลอดเลือดสมอง การรักษาภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (Thrombolytic therapy) จะมีประสิทธิภาพที่ดีนั้น ยังขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เหมาะสม ดังนั้น การศึกษานี้จึงต้องการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นกรอบแนวทางการวิจัยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ กลุ่มอายุ เพศ อาชีพผู้ป่วยและผู้ดูแล ประวัติการเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกตัว ปัจจัยเกี่ยวกับความสะดวกในการเข้าถึงบริการ-การมีโทรศัพท์ มีผู้อื่นอยู่ด้วยขณะเกิดอาการ ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล ช่วงเวลาที่เกิดอาการ อาการนำ การจัดการเมื่อเกิดอาการ การรับทราบข้อมูลโรคหลอดเลือดสมอง คนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเคยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมารับบริการล่าช้า จึงได้นำตัวแปรมาศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอมะขาม ดังภาพที่ ๑



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประเภทของการวิจัย การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective (chart) review study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลมะขามด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉิน ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉินอำเภอมะขาม ที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ -๒๕๖๔ ได้รับการวินิจฉัย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ทำการศึกษาในเวชระเบียนทั้งหมด โดยไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่างและไม่มีการสุ่มเกณฑ์การคัดออก คือเวชระเบียน ที่มีข้อมูลไม่ครบสมบูรณ์

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Case Report Form: CRF) ซึ่งคณะผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับบริการในห้องฉุกเฉินและห้องตรวจผู้ป่วยนอก โดยประกอบด้วย ๑) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ อาชีพของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ๒) แบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ เช่น การมีโทรศัพท์

การมีผู้อื่นอยู่ด้วยขณะเกิดอาการ ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ช่วงเวลาที่เกิดอาการ อาการนำ การจัดการเมื่อเกิดอาการ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และข้อมูลเกี่ยวกับคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดที่เคยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการรับรู้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ โดยการพัฒนาเครื่องมือวิจัยนี้ได้อิงจากการทบทวนวรรณกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ดำเนินการโดยการประเมินความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะขาม หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลมะขาม (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ) และอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วได้นำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ ๐.๘๙ และทดสอบความเที่ยง (reliability) โดยวิเคราะห์ค่าความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ตามวิธีการของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson method) ได้ค่า KR๒๐ เท่ากับ ๐.๗๔

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

๑) การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดจันทบุรี ตามเอกสารจริยธรรมรับรองเลขที่ CTIREC ๐๖๘/๖๗ ระยะเวลารับรองคือ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗ -วันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๘

๒) งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยที่ศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียน การเก็บข้อมูลอยู่ภายใต้กฎหมายพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ๒๕๖๒ จะไม่มีการระบุชื่อ สกุล HN ในแบบบันทึกข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะขาม ชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลของเวชระเบียนที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินการวิจัย เอกสารที่ใช้ในการรวบรวมถูกทำลายภายใน ๒ ปี ประโยชน์ที่ได้รับหลังเสร็จสิ้นโครงการจะได้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการล่าช้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำมาใช้ในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗ ดังนี้

๑. ทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๒. การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ดำเนินการโดยการสืบค้นเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยทำการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมะขามในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔ ในกระบวนการเก็บข้อมูลนั้น ผู้วิจัยได้มีการกำหนดให้มีการลงข้อมูลโดยผู้วิจัยอย่างน้อยสองคน เพื่อเพิ่มความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่รวบรวม โดยเมื่อมีการลงข้อมูลจากผู้วิจัยสองคนมีการตรวจสอบความสอดคล้อง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ของข้อมูลที่ถูกบันทึก เมื่อพบความแตกต่างหรือข้อขัดแย้งในข้อมูลที่บันทึก ผู้วิจัยได้ทำการหารือและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกัน โดยอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ คือ เวชระเบียนของผู้ป่วย นอกจากนี้ เพื่อให้การเก็บข้อมูลมีความแม่นยำสูงสุด ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบและทบทวนข้อมูลที่ลงโดยการพิจารณาผลการลงข้อมูลซ้ำและเปรียบเทียบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบย้อนหลัง รวมถึงการติดตามผลการรวบรวมข้อมูลเพื่อหาข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น โดยการตรวจสอบข้อมูลอย่างละเอียดและการป้องกันข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการบันทึกข้อมูลช่วยให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์ต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. การตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลดำเนินการโดยการตรวจสอบข้อมูลที่รวบรวมมาให้ครบถ้วนและถูกต้อง ก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics เวอร์ชั่น ๒๖ ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของการมารับบริการล่าช้าระหว่างกลุ่มศึกษากับกลุ่มเปรียบเทียบที่มารับบริการไม่ล่าช้า ด้วยสถิติ Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate และนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการมารับบริการล่าช้า มาวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายโดยสถิติ Binary logistic regression มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อ $p<0.05$ และคำรวณหา adjusted Odds Ratio (adj. OR) ที่ระดับความเชื่อมั่น ๙๕% CI โดยจัดระดับตัวแปรเป็นตัวแปรหุ่น ทำการ recode ตัวแปรที่สนใจเป็น ๑ และกลุ่มเปรียบเทียบเป็น ๐ กำหนดให้การมารับบริการล่าช้า เป็น ๑ และไม่ล่าช้าเป็น ๐ เลือกตัวแปรทำนายที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการล่าช้า เข้าวิเคราะห์ด้วยวิธี Enter Method

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ศึกษาปัญหาการมารับบริการล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๒. รวบรวม/วิเคราะห์ปัญหา/ศึกษาและกำหนดรูปแบบการแก้ปัญหา

๓. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๔. ตั้งคำถามการวิจัย/วัตถุประสงค์การวิจัย/สมมุติฐานการวิจัย

๕. จัดทำกรอบแนวคิดการวิจัย

๖. ออกแบบเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

๗. ผู้ทำวิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันจัดทำข้อมูล กำหนดกลุ่มประชากรตัวอย่าง เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล และแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Case Report Form: CRF) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

๘. ผู้วิจัยทำหนังสือเสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ ๖

๙. ผู้ทำวิจัยและผู้ร่วมวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ผู้เข้าร่วมวิจัย และเริ่มทำการทดลองตามเครื่องมือวิจัยและตามเวลาที่กำหนดไว้

๑๐. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังครบเวลา ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล นำข้อมูลวิเคราะห์ในโปรแกรมสำเร็จรูป สรุปผลการวิจัยตามหลักสถิติ

๑๑. อภิปรายผลการวิจัย เขียนรายงานการวิจัย และจัดทำรูปเล่ม

๑๒. เตรียมเผยแพร่ผลงานวิจัย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๑๓. เผยแพร่งานวิจัยโดยการลงในเว็ปไซค์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าฯ

๑๔. เรียบเรียงการเขียนสรุปผลงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ จัดพิมพ์ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของรายงาน

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๑.เพื่อศึกษาอัตราการมารับบริการล่าช้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉิน

๒.เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการล่าช้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉิน

๓.เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการมารับบริการล่าช้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉิน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๕.๑.๑ มีผลงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการล่าช้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉิน ในเขตอำเภอมะขาม จำนวน ๑ เรื่อง ระยะเวลาในการ เดือน มกราคม ๒๕๖๗ – เดือน สิงหาคม ๒๕๖๘

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ เกิดองค์ความรู้เชิงประจักษ์ระดับพื้นที่ เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์และปัจจัยทำนายการมารับบริการล่าช้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉิน ซึ่งสะท้อนบริบทจริงของอำเภอมะขาม และสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลในการกำหนดมาตรการแก้ไขที่เหมาะสมกับพื้นที่

๕.๒.๒ ช่วยให้หน่วยบริการเห็น “จุดคอขวด” ของระบบการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะพฤติกรรม “รอดูอาการ” และช่องว่างด้านความรู้/การรับรู้ระบบ ๑๖๖๙ ทำให้สามารถกำหนดยุทธศาสตร์ประชาสัมพันธ์และการดูแลเชิงรุกได้ชัดเจน

๕.๒.๓ สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งด้านการปรับปรุงกระบวนการ Fast track Stroke การประสานงานกับ EMS และการสื่อสารกับผู้ป่วย/ญาติให้มีความตระหนักเรื่องเวลา (“Time is brain”) เพื่อเพิ่มโอกาสเข้ารับการรักษาทันเวลา ลดความพิการและการเสียชีวิต

๕.๒.๔ ส่งเสริมการทำงานแบบบูรณาการ ระหว่างโรงพยาบาล หน่วยฉุกเฉิน EMS เครือข่ายปฐมภูมิและชุมชน โดยมีข้อมูลวิจัยเป็นหลักฐานรองรับการวางแผนร่วมกัน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ใช้ผลการศึกษาซึ่งพบว่า “การรอดูอาการ” เป็นปัจจัยทำนายสำคัญของการมารับบริการล่าช้า เพื่อกำหนดมาตรการลดพฤติกรรมรอดูอาการ และยกระดับการเข้าถึงระบบ Fast track Stroke ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

๖.๒ ใช้ข้อมูลปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้า เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง (GCS < ๑๕) การอยู่คนเดียว ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล และการไม่รับรู้ระบบ ๑๖๖๙ เพื่อจัดทำแนวทางคัดกรองกลุ่มเสี่ยง/พื้นที่เสี่ยง และเชื่อมต่อการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว

๖.๓ ด้านการส่งเสริมความรู้และการสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชน ใช้ข้อค้นพบเรื่องการไม่รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและระบบ ๑๖๖๙ ในการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์เชิงรุก เช่น โปสเตอร์/เสียงตามสาย/สื่อออนไลน์/กิจกรรมในชุมชน เน้น “อาการเตือน – ห้ามรอดูอาการ – โทร ๑๖๖๙”

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ (ต่อ)

๖.๔ ใช้ผลการศึกษาเพื่อออกแบบกิจกรรมให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงและครอบครัว โดยเฉพาะพื้นที่บ้านสวน/บ้านเดี่ยวที่อยู่ห่างกัน เพื่อเพิ่มการตัดสินใจที่รวดเร็วเมื่อเกิดอาการ

๖.๕ ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายชุมชน ใช้เป็นเนื้อหาในการอบรมบุคลากร ER/OPD/EMS และเครือข่าย อสม. ให้สามารถเน้นย้ำปัจจัยเสี่ยงต่อความล่าช้า และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย/ญาติได้อย่างตรงประเด็น สนับสนุนการพัฒนากลไกเฝ้าระวังในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง และส่งเสริมบทบาทผู้ดูแล/ครอบครัวให้สังเกตอาการเตือนและโทร ๑๖๖๙ ทันที

๘.๖ ด้านการวางแผนเชิงพื้นที่ นำข้อมูลบริบทพื้นที่อำเภอมะขามซึ่งเป็นชุมชนเกษตรกรรม บ้านกระจายตัว และระยะทางมากกว่า ๑๐ กม. ในผู้ป่วยจำนวนมาก ไปใช้กำหนดแนวทางการเข้าถึงบริการ เช่น การกำหนดจุดประสานงาน/แนวทางนำส่งที่เหมาะสมกับพื้นที่ และการส่งเสริมระบบ EMS ให้เข้าถึงบ้านสวนหรือพื้นที่พิกัดยากได้ดียิ่งขึ้น

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียน ซึ่งมีข้อจำกัดด้านความครบถ้วนและความละเอียดของข้อมูล เนื่องจากเวชระเบียนบางส่วนมีการบันทึกไม่สมบูรณ์ หรือบันทึกในรูปแบบที่ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้ต้องคัดออกเวชระเบียนที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน และอาจกระทบต่อความต่อเนื่องของข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ ตัวแปรสำคัญของการศึกษาคือ “ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล” ซึ่งมีความซับซ้อนในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล เนื่องจากในบางกรณีไม่สามารถระบุเวลาเริ่มมีอาการได้อย่างชัดเจน เช่น ผู้ป่วยอยู่ลำพัง เริ่มมีอาการในเวลากลางคืน หรือไม่สามารถระบุเวลาที่แน่นอนได้ รวมถึงการบันทึกเวลาในแต่ละระบบอาจไม่สอดคล้องกัน ทำให้ต้องอาศัยการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งประกอบ บางปัจจัยที่อาจมีผลต่อการมารับบริการล่าช้า เช่น ระดับความรู้ของผู้ป่วยและญาติ ทัศนคติ ความเชื่อ การตัดสินใจของครอบครัว หรือเหตุผลเชิงลึกของการไม่ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (๑๖๖๙) ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้อย่างครบถ้วนจากเวชระเบียน ส่งผลให้การวิเคราะห์และการตีความผลการศึกษาถูกจำกัดอยู่ในกรอบของข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการบันทึกไว้

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ ความไม่ครบถ้วนของเวชระเบียนที่ใช้ในการศึกษาพบว่าเวชระเบียนบางส่วนมีข้อมูลสำคัญขาดหายหรือบันทึกไม่ครบถ้วน ทำให้ต้องคัดออกจากการศึกษา ส่งผลให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างลดลง และเพิ่มระยะเวลาในการคัดกรองข้อมูล

๘.๒ ความยากในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้านเวลา การตรวจสอบข้อมูลด้านเวลาโดยเฉพาะเวลาเริ่มมีอาการ จำเป็นต้องเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง เช่น เวชระเบียน ใบบันทึกการพยาบาล และคำให้การของผู้ป่วยหรือญาติ ซึ่งเพิ่มภาระและขั้นตอนในการกลั่นกรองความถูกต้องของข้อมูล

๘.๓ ข้อจำกัดในการอธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุอย่างรอบด้าน เนื่องจากการศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนเป็นหลัก จึงไม่สามารถอธิบายปัจจัยเชิงพฤติกรรม สังคม และการตัดสินใจของผู้ป่วยหรือครอบครัวได้อย่างลึกซึ้ง ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการนำผลการศึกษาไปใช้ในการออกแบบการแก้ไขปัญหาเชิงระบบในอนาคต

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ควรพัฒนาและกำหนดมาตรฐานการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีความครบถ้วนและเป็นรูปแบบเดียวกัน โดยเฉพาะข้อมูลด้านเวลา อาการนำ และพฤติกรรมก่อนมารับบริการ เพื่อเพิ่มคุณภาพข้อมูลสำหรับการดูแลและการวิจัย

๙.๒ ควรส่งเสริมการบันทึกเวลาเริ่มมีอาการอย่างเป็นระบบและชัดเจน เช่น การระบุเวลาที่พบอาการครั้งสุดท้ายที่ปกติ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลด้านเวลา

๙.๓ ควรมีการศึกษาวิจัยในอนาคตโดยเก็บข้อมูลเชิงปฐมภูมิร่วมกับข้อมูลเวชระเบียน เพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ และการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงเหตุผลในการไม่ใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงานโดยเผยแพร่ผลงานใน Website ของวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี http://www.pnc.ac.th/ โดยใช้รหัสเผยแพร่ที่ ๐๖/๐๘/๒๕๖๘ เผยแพร่วันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน ร้อยละ ๘๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นายตะวัน ชวนศรีไพบูลย์ สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๘๐
๒) นายนฤเบศร์ กิตติเวช สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐
๓) นางสาวอังคณา กินรี สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ตะวัน ชวนศรีไพบูลย์
(นายตะวัน ชวนศรีไพบูลย์)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)
วันที่ ๕ ก.พ. ๒๕๖๙
ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑) นายตะวัน ชวนศรีไพบูลย์	ตะวัน ชวนศรีไพบูลย์
๒) นายนฤเบศร์ กิตติเวช	นฤเบศร์ กิตติเวช
๓) นางสาวอังคณา กินรี	อังคณา กินรี

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ธนาภรณ์ กอหญ้ากลาง.....

(นางสาวธนาภรณ์ กอหญ้ากลาง)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)

รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะขาม

(วันที่).....๕ ก.พ. ๒๕๖๙.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายวรา เศลวัตนะกุล)

(ตำแหน่ง) .....นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี.....

(วันที่).....๒๙ ก.พ. ๒๕๖๙.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบการเสนอข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการติดตามและการปลดล็อก (De-isolation) ผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลมะขาม

๒. หลักการและเหตุผล

การติดเชื้อจากเชื้อดื้อยา (Multidrug-resistant organisms: MDROs) เป็นปัญหาสำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและระบบบริการสาธารณสุขทั่วโลก ส่งผลให้เกิดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (World Health Organization [WHO], ๒๐๑๔; Centers for Disease Control and Prevention [CDC], ๒๐๑๙) นอกจากนี้ การแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลยังส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพการให้บริการ ความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล

โรงพยาบาลมะขามได้ดำเนินมาตรการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลตามแนวทางมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการแยกผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยา (Isolation) และการใช้มาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบสัมผัส (Contact Precautions) ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำของ CDC และ WHO (CDC, ๒๐๐๖; WHO, ๒๐๑๖) อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่ายังมีข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่

๑. การขาดระบบติดตามสถานะผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
๒. การบันทึกและการสื่อสารข้อมูลระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่ยังไม่เป็นรูปแบบเดียวกัน
๓. เกณฑ์และกระบวนการพิจารณาปลดการแยกผู้ป่วย (De-isolation) ที่ยังขาดความชัดเจนและมาตรฐานเดียวกัน

ข้อจำกัดดังกล่าวอาจนำไปสู่การแยกผู้ป่วยนานเกินความจำเป็น หรือในทางกลับกันอาจเกิดการปลดการแยกที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (Morgan et al., ๒๐๑๗) อีกทั้งการแยกผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ เช่น ความเครียด ความรู้สึกโดดเดี่ยว การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ลดลง รวมถึงเพิ่มภาระงานของบุคลากรและการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลอย่างไม่มีประสิทธิภาพ (Abad et al., ๒๐๑๐; Saint et al., ๒๐๐๓)

จากการวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าวร่วมกับข้อมูลและแนวทางวิชาการ พบว่าการมี ระบบการติดตามผู้ป่วย และเกณฑ์การ De-isolation ที่ชัดเจน อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ และสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ จะช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มความถูกต้องในการตัดสินใจทางคลินิก และลดความเสี่ยงด้านการควบคุมการติดเชื้อ ดังนั้น การพัฒนาระบบการติดตามและการปลดล็อก (De-isolation) ผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลมะขาม จึงมีความจำเป็นและมีคุณค่าอย่างยิ่ง โดยคาดว่าจะก่อให้เกิดประโยชน์ ต่อผู้ป่วยและญาติโดยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ลดผลกระทบด้านจิตใจและคุณภาพชีวิตจากการแยกผู้ป่วยที่ไม่จำเป็น ต่อบุคลากรทางการแพทย์ มีแนวทางและเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจที่ชัดเจน ลดภาระงานและความสับสนในการสื่อสารข้อมูล ต่อองค์กรโดยเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร ลดความเสี่ยงการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา และยกระดับความปลอดภัยของระบบบริการ และการดำเนินการดังกล่าวยังสอดคล้องกับนโยบายด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย มาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) และเป้าหมายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างยั่งยืน อันจะนำไปสู่การพัฒนางานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อทุกภาคส่วน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

ปัจจุบันโรงพยาบาลมะขามมีรายชื่อผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อดื้อยา (Multidrug-resistant organisms: MDROs) ค้างอยู่ในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก เมื่อผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวกลับมาใช้บริการในครั้งถัดไป ระบบจะทำการคัดแยกและกำหนดมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยอัตโนมัติ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อผู้ป่วยรายอื่น บุคลากร และสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล แม้มาตรการดังกล่าวจะมีความจำเป็นในมิติของการควบคุมการติดเชื้อ แต่กลับส่งผลให้โรงพยาบาลต้องใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านกำลังคน งบประมาณ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการทำความสะอาดฆ่าเชื้อเฉพาะราย ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยที่ถูกคัดแยกทุกครั้งที่มาใช้บริการ อาจเกิดความไม่สบายใจ ความเครียด หรือความรู้สึกถูกตีตรา (stigma) ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสบการณ์การรับบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวม จากการทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยา พบว่ายังขาดกลไกการติดตามผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการรักษาอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการประเมินความจำเป็นในการคงรายชื่อผู้ป่วยไว้ในทะเบียนผู้ติดเชื้อดื้อยา ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายที่พ้นระยะเสี่ยงหรือมีผลตรวจยืนยันว่าไม่พบเชื้อดื้อยาแล้ว ยังคงถูกจัดอยู่ในระบบการคัดแยกโดยไม่จำเป็น

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลมะขาม พบว่าปัญหาหลักไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการมีหรือไม่มีมาตรการแยกผู้ป่วย (Isolation) หากแต่เป็นปัญหาเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับการติดตามสถานะผู้ป่วย การจัดการข้อมูล การสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และกระบวนการตัดสินใจในการปลดการแยกผู้ป่วย (De-isolation) ซึ่งยังขาดความเป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้แนวทางปฏิบัติในแต่ละหน่วยงานไม่สอดคล้องกัน เมื่อพิจารณาตามแนวคิดทางวิชาการด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่าแนวทางของ Centers for Disease Control and Prevention (CDC) และ World Health Organization (WHO) เน้นการใช้มาตรการ Contact Precautions ควบคู่กับการประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง (Risk-based approach) และการปลดการแยกผู้ป่วยตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น ผลการเพาะเชื้อ ระยะเวลาการรักษา และอาการทางคลินิกของผู้ป่วย (CDC, ๒๐๐๖; WHO, ๒๐๑๖) ขณะที่แนวคิดด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety & Quality Improvement) ให้ความสำคัญกับการจัดการเชิงระบบ (System-based approach) มากกว่าการพึ่งพาการตัดสินใจเฉพาะที่รายบุคคล ปัญหาพบในปัจจุบันสะท้อนให้เห็นว่า โรงพยาบาลยังขาดระบบที่สามารถบูรณาการองค์ความรู้ทางวิชาการเข้ากับการปฏิบัติงานจริงอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้เกิดทั้งการแยกผู้ป่วยเกินความจำเป็น และความเสี่ยงต่อการปลดการแยกผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่ระบุว่าการขาดเกณฑ์และกระบวนการ De-isolation ที่ชัดเจน เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการควบคุมการติดเชื้อและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Morgan et al., ๒๐๑๗; Abad et al., ๒๐๑๐)

ดังนั้น การนำแนวคิดทางวิชาการด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control: IPC) ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) และการจัดการเชิงระบบ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการติดตามและการ De-isolation ผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยา จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมและจำเป็น เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ลดผลกระทบต่อผู้ป่วยและบุคลากร และนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ชัดเจนและยั่งยืน

แนวความคิด

แนวความคิดที่นำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานในครั้งนี้ยึดแนวความคิดสำคัญ ได้แก่ แนวคิดการควบคุมการติดเชื้อเชิงระบบ (System-based IPC) โดยมุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการทำงานที่ชัดเจน ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรอง การแยกผู้ป่วย การติดตามผล และการปลดการแยกผู้ป่วยอย่างเป็นขั้นตอน แนวคิดการดูแลผู้ป่วยตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Practice) ใช้แนวทางและคำแนะนำของ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

CDC และ WHO เป็นฐานในการกำหนดเกณฑ์และกระบวนการ De-isolation แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI/PDCA) เพื่อนำข้อมูลจากการปฏิบัติงานจริงมาทบทวน วิเคราะห์ และปรับปรุงระบบอย่างสม่ำเสมอ แนวความคิดดังกล่าวถูกนำมาใช้เพื่อแก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้าง ลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงาน และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ข้อเสนอ

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงเกิดแนวคิดในการจัดตั้งทีมเฉพาะกิจภายในโรงพยาบาล ทำหน้าที่ประสานงานและบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยาอย่างครบวงจร ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล การสื่อสารระหว่างหน่วยงาน การนัดติดตามผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการรักษา ตลอดจนการพิจารณาปลดชื่อผู้ป่วยออกจากทะเบียนผู้ติดเชื้อดื้อยาในระบบของโรงพยาบาล ทีมดังกล่าวจะมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการตัดสินใจเชิงคลินิกและการควบคุมการติดเชื้อให้เป็นไปอย่างเหมาะสมตามหลักวิชาการ ช่วยลดการคัดแยกผู้ป่วยที่ไม่จำเป็น เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล และเสริมสร้างประสบการณ์ที่ดีในการรับบริการของผู้ป่วย

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

อย่างไรก็ตาม แนวทางดังกล่าวอาจมีข้อจำกัดในการดำเนินงาน ได้แก่ การติดตามผู้ป่วยได้ไม่ครบถ้วน เนื่องจากข้อจำกัดด้านการติดต่อสื่อสาร แนวทางการแก้ไข ควรพัฒนาระบบนัดติดตามและการสื่อสารหลายช่องทาง เช่น โทรศัพท์ Line หรือเอกสารให้ความรู้ ความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ ควรให้ความรู้เชิงรุก สร้างความเข้าใจถึงประโยชน์ของการติดตามและการปลดการแยก รวมถึงข้อจำกัดด้านงบประมาณในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อเพาะเชื้อซ้ำตามเกณฑ์ที่กำหนด ควรมีกำหนดเกณฑ์การส่งตรวจอย่างเหมาะสมตามข้อบ่งชี้ทางวิชาการ การเตรียมการรองรับข้อจำกัดดังกล่าว จะช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย ลดอุปสรรค และเพิ่มโอกาสประสบความสำเร็จของการพัฒนางานในระยะยาว

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อจัดตั้งทีมติดตามและบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

๒. เพื่อพัฒนาแนวทางและเกณฑ์การติดตามประเมินผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการรักษา สำหรับการพิจารณาปลดชื่อออกจากทะเบียนผู้ติดเชื้อดื้อยาในระบบโรงพยาบาล

๓. เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่ถูกคัดแยกหรือแยกอุปกรณ์โดยไม่จำเป็น เมื่อกลับมาใช้บริการซ้ำในโรงพยาบาล

๔. เพื่อลดการใช้ทรัพยากร บุคลากร และงบประมาณด้านการควบคุมการติดเชื้อที่เกินความจำเป็น

๕. เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการติดตามและการประเมินการปลดล็อก (De-isolation)

ระยะเวลาดำเนินการ มกราคม ๒๕๖๙ – กันยายน ๒๕๖๙

กลุ่มเป้าหมาย ๑. บุคลากรโรงพยาบาลมะขาม

๒. ผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อดื้อยาและญาติ

ขั้นตอนการดำเนินการ

ระยะที่ ๑ การทบทวนสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา

๑. ทบทวนปัญหาและศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยาทั้งหมดของโรงพยาบาลมะขาม จากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วย ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล และข้อมูลจากงานควบคุมการติดเชื้อ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินการ (ต่อ)

๒. ศึกษาและทบทวนเอกสาร งานวิจัย และแนวทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแล การติดตาม และการปลดการแยกผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยา เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบ

๓. วิเคราะห์ข้อมูล กระบวนการทำงาน และปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ครอบคลุมด้านบุคลากร ระบบงาน การสื่อสาร และทรัพยากร

ระยะที่ ๒ การพัฒนาระบบและการจัดการองค์กร

๔. จัดตั้งทีมติดตามและพิจารณาการปลดชื่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ประกอบด้วยบุคลากรจากงานควบคุมการติดเชื้อ แพทย์ พยาบาล ห้องปฏิบัติการ และงานเวชระเบียน เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบาย แนวทางปฏิบัติ บริหารจัดการข้อมูล และประสานการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

๕. พัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการรักษา โดยกำหนดขั้นตอนการนัดติดตาม การแจ้งข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ การติดตามผลทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงการบันทึกและเชื่อมโยงข้อมูลในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

๖. กำหนดเกณฑ์และแนวทางการปลดชื่อผู้ป่วยออกจากทะเบียนผู้ติดเชื้อดื้อยา (De-isolation) อย่างชัดเจน โดยอ้างอิงตามแนวทางวิชาการและข้อแนะนำด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ เพื่อให้การตัดสินใจมีความเหมาะสม ปลอดภัย และลดการแยกผู้ป่วยที่ไม่จำเป็น

ระยะที่ ๓ การบริหารทรัพยากรและการมีส่วนร่วม

๗. บริหารจัดการทรัพยากรและงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ โดยพิจารณาการส่งตรวจเพาะเชื้อซ้ำตามข้อบ่งชี้ที่จำเป็น ลดการใช้ทรัพยากรและงบประมาณที่เกินความจำเป็น และนำทรัพยากรที่ประหยัดได้ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการด้านอื่นของโรงพยาบาล

๘. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ ผ่านการให้ความรู้ การสื่อสารเชิงสร้างสรรค์ และการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการติดตามและการประเมินการปลดชื่อผู้ป่วย เพื่อลดปัญหาการขาดความร่วมมือและเพิ่มโอกาสในการติดตามผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง

ระยะที่ ๔ การติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงระบบ

๙. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของระบบการติดตามและการปลดชื่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา โดยใช้ตัวชี้วัดที่กำหนด เช่น จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการปลดชื่ออย่างเหมาะสม ระยะเวลาการคงรายชื่อในระบบ และการใช้ทรัพยากรด้านการควบคุมการติดเชื้อ

๑๐. นำผลการประเมินมาวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพ ยั่งยืน และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลมะขาม

๔.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ โรงพยาบาลมะขามมีระบบการติดตามและการปลดล็อก (De-isolation) ผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยาอย่างเป็นระบบ ชัดเจน และเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร

๔.๒ บุคลากรสหสาขาวิชาชีพสามารถใช้ข้อมูลร่วมกันในการตัดสินใจดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และปลอดภัย ลดความคลาดเคลื่อนในการควบคุมการติดเชื้อ

๔.๓ จำนวนผู้ป่วยที่ถูกคัดแยกหรือแยกอุปกรณ์โดยไม่จำเป็นเมื่อกลับมาใช้บริการซ้ำลดลง ส่งผลให้การใช้ทรัพยากรด้านการควบคุมการติดเชื้อมีประสิทธิภาพและคุ้มค่ามากขึ้น

๔.๔ ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจและมีส่วนร่วมในกระบวนการติดตามและการประเมินการปลดล็อก (De-isolation) ลดความวิตกกังวลและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตจากการแยกผู้ป่วยที่ไม่จำเป็น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่ได้รับการติดตามประเมินหลังสิ้นสุดการรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด ≥ ๘๐%

๕.๒ ร้อยละของเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่มีการบันทึกข้อมูลการติดตามและการพิจารณา De-isolation ครบถ้วน ≥ ๙๐%

๕.๓ ร้อยละของบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับการสื่อสารและเข้าใจแนวทางการ De-isolation ≥ ๙๐%

๕.๔ อัตราการลดจำนวนผู้ป่วยที่ถูกคัดแยก/แยกอุปกรณ์โดยไม่จำเป็น เมื่อกลับมาใช้บริการซ้ำ ลดลงไม่น้อยกว่า ๓๐%

๕.๕ ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อระบบการติดตามและการปลดล็อก (De-isolation) อยู่ในระดับ ดี – ดีมาก (≥ ๘๐%)

(ลงชื่อ) ตะวัน ชวนศรีไพบูลย์

(นายตะวัน ชวนศรีไพบูลย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)

(วันที่) - ๕ ก.พ. ๒๕๖๙

ผู้ขอประเมิน