



วารสารวิชาการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ

ISSN 2985-0711 (Print)

ISSN 2985-072X (Online)



SAMUTPRAKAN HOSPITAL JOURNAL (SMPK HOS J)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566

Volume 1 No.2 July - December 2023



วารสารวิชาการโรงพยาบาลสมุทรปราการ

เจ้าของ

โรงพยาบาลสมุทรปราการ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ

นพ. เกรียงศักดิ์ คำอิม

ที่ปรึกษา

นพ. ปกรณ์ วิทย์ประภารัตน์¹
พญ. พรวิมล ลีทอง¹

บรรณาธิการ

พญ. กัลยา ตีระวัฒนานนท์¹

รองบรรณาธิการ

นพ. ชลพัชร องอาจ¹

กองบรรณาธิการ

ดร.นพ. ยศ ตีระวัฒนานนท์²
ผศ.ดร.พญ. พิมพ์ย์ สังวรินทะ⁵
ดร.ภญ. ปุณณัฐพร กิ่งแก้ว²
ดร. ทิพย์ทัศน์ ชินตาปัญญากุล⁸
นพ. เอกกมล ไพบูลย์วัฒนพงศ์¹¹
สุพัตรา เผ่าพันธุ์⁸
สุรรัตน์ ปิงสุทธีวงศ์¹

ศ.ดร.นพ. มานพ พิทักษ์ภากร³
ดร.นพ. ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์⁶
ดร.พญ. จารวี สุขมณี²
ผศ.พ.ต.ท.ดร. อภิสิทธิ์ ตามลัด⁹
ทพ. ประภากร จ้างประสาทร¹
จงจิตร รียมธรรพพงษ์¹

รศ.ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี⁴
พญ. สิริพรรณ มหาแก้ว¹
นพ. อักรินทร์ นิยมานันต์⁷
ดร. สุรัชย์ มณีเนตร¹⁰
ภก. เปรมชัย เม่นสิน¹
เกสรี เลิศประไพ¹

เลขานุการ

เนตรทิพย์ เจริญสุข¹

สำนักงาน

โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ
71 ถนนจ๊กกะพาก ตำบลปากน้ำ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ 10270
โทร: 088-002-9210
Email: smpkhosj@gmail.com

¹: โรงพยาบาลสมุทรปราการ

²: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

³: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

⁴: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

⁵: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

⁶: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

⁷: หน่วยระบาดวิทยาคลินิก, คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

⁸: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

⁹: วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

¹⁰: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

¹¹: โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3

สารบัญ

เสริมสร้างพลังอำนาจอย่างไรให้ผู้ป่วยทานยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่อง	
ณัฐพงศ์ จันมาลา, สุมาลี สีส่วน, เมตตา คลังสิน, สาวิตรี ศรีภักดี, จตุพร เลิศอนันต์สิทธิ์, อารีย์วรรณ อ่วมตานี	2
แบบจำลองการจัดการห่วงโซ่อุปทาน โรงพยาบาลสมุทรปราการ: วิเคราะห์และพัฒนา	
อภิรดี การะเกด	12
ผลการพัฒนาระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ โรงพยาบาลสมุทรปราการ	
วรรณิ์ วุฒิเกตุ, มนัญญา ดิษฐสกุล, หทัยกานต์ พานทอง	31
ประสิทธิผลของการเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่านโดยรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด ของมารดาครรภ์แรก ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ	
วันเพ็ญ เพชรรักษ์, ชลธิชา พึ่งเข้ม, วิมลรัตน์ เนติธรรมวัฒนา	47
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้โรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลสมุทรปราการ	
พิมพ์กมล กิตติพงษ์วรกิจ, ปรวรรณ รอดบุญชัย, นฤมล ศิริชัย	66
การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีที่มีภาวะช็อก: กรณีศึกษา	
บัวไข เกื่อนทนนท์	83

เสริมสร้างพลังอำนาจอย่างไรให้ผู้ป่วยทานยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่อง

ณัฐพงศ์ จันมาลา, สุมาลี สีส่วน, เมตตา คลังสิน
สาวิตรี ศรีภักดี, จตุพร เลื่อนนันทสิทธิ์, อารีวรรณ อ่วมตานี

How could nurses empower patients to continue antiviral medications?

Nattapong Chanmala¹, Sumalee Seesuan¹, Metta Klangsin¹

Sawitree Sripakdee¹, Jatuporn Lertanunsit¹, Areewan Oumtane¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Faculty of Nursing Chulalongkorn University

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อเอชไอวี (HIV) เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ยังคงเป็นปัญหาของสาธารณสุขทั่วโลก และยังคงมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้นในทุกปี สาเหตุเนื่องมาจากการติดเชื้อฉวยโอกาส ที่เป็นผลมาจากการรับประทานยาต้านไวรัสไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นความสำคัญในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง จึงถือเป็นพฤติกรรมทางสุขภาพที่ผู้ป่วยเอชไอวีพึงปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยเอชไอวีถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบาง ที่ต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ สร้างเสริมพลังใจ และเสริมแรงบวกให้กับผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญ ในการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการตระหนักรู้ถึงปัญหา อุปสรรค เกิดความมั่นใจ ควบคุมตนเอง ได้ รับรู้คุณค่าของตนเอง มีแรงจูงใจในการแก้ปัญหา และตัดสินใจปฏิบัติในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเอง ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต และมีสุขภาวะอนามัยที่ดีขึ้น ดังนั้นบทความวิชาการนี้จึงได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความหมาย นิยามการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ รวมถึงบทบาทของพยาบาลในการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ และการประยุกต์ใช้แนวคิดกับผู้ป่วยเอชไอวี ในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์, ความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส

Abstract

Human Immunodeficiency Virus (HIV) is a sexually transmitted infection that is a global public health concern. The mortality rate has been increasing every year. It is caused by an opportunistic infection resulting from discontinuation of antiretroviral therapy. Therefore, HIV patients should practice taking antiretroviral drugs continuously, which is an important health behavior to be effective treatment and reduce the occurrence of complications.

HIV patients are a vulnerable group that should be supported, empower the mind, and reinforce positivity. Therefore, nurses play an important role in building health empowerment so that patients are aware of the problems and obstacles. Furthermore, nurses can generate self-confidence, self-control, and self-worth for solving problems and making informed decisions for the good health of HIV patients. Appropriate changes in health behaviors can lead to improved quality of life and well-being. Therefore, this article has gathered information about the meaning and definition of health empowerment, including the role of nurses in health empowerment and applying the concept of continuous antiretroviral therapy to HIV patients.

Keywords: Health empowerment, HIV/AIDS patients, Antiretroviral drug adherence

บทนำ

โรคติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) เป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของมนุษย์ผ่านทางเพศสัมพันธ์ ปัจจุบันโรคดังกล่าวยังเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จากการรายงานอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2021 พบผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกทั้งหมด จำนวน 38.4 ล้านราย และพบผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 1.5 ล้านราย¹ สำหรับในประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดสะสมทั้งหมด จำนวน 520,000 ราย และพบผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 6,485 ราย² จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การติดเชื้อเอชไอวีของประชากรทั่วโลกและในประเทศไทยยังมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจำนวนมาก ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่เป็นอันตรายต่อร่างกายของผู้ที่มีการติดเชื้อ³ เมื่อร่างกายเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส ทำให้ร่างกายของผู้ป่วยอ่อนแอ เกิดความไม่สุขสบาย มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในสังคม และยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยตามมาอีกด้วย ในปัจจุบันการควบคุมปริมาณเชื้อและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูง (antiretroviral therapy: ART) ซึ่งจะทำให้ปริมาณเชื้อไวรัสลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁴ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างน้อย 3 ชนิดรวมกันอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายในการลดระดับปริมาณไวรัสในร่างกายให้อยู่ในระดับต่ำที่สุด นอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว ยังต้องดูแลในด้านอื่นๆควบคู่กันไปด้วย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีต่อผู้ป่วย⁵

แม้ในปัจจุบันการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยยาต้านไวรัส จะมีประสิทธิภาพสูง ที่สามารถช่วยลด และควบคุมปริมาณไวรัสในร่างกายได้เป็นอย่างดี แต่ยังคงพบอัตราการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ยังมีปริมาณที่สูงอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลสถิติรายงานการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก 5 ปีย้อนหลัง ที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี ในปี ค.ศ.2017 2018 2019 2020 และ2021 จำนวนทั้งหมด 83,000 78,000 73,000 69,000 และ 65,000 รายตามลำดับ¹ และในประเทศไทยพบการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อ 5 ปีย้อนหลัง ในปี พ.ศ. 2561 2562 2563 2564 และ 2565 จำนวน 15,840 14,815 13,429 11,944 10,972 รายตามลำดับ² จากตัวเลขรายงานการเสียชีวิตพบว่ามีจำนวนที่สูงในทุกปี จากสถิติ 5 ปีย้อนหลัง เป็นตัวสะท้อนให้เห็นถึงการรับประทานยาของผู้ป่วยนั้นยังมีความไม่ต่อเนื่องของการรับประทานยา⁶ เกณฑ์ในการรับประทานยาของผู้ป่วย จะต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95² ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสให้ลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ⁷ นอกจากนั้นยังพบจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อในประเทศไทยเพียงร้อยละ 85.97 หรือประมาณ 447,061 รายจากผู้ติดเชื้อทั้งประเทศ² สาเหตุสำคัญในการรับประทานยาต้านไวรัสไม่ต่อเนื่อง ได้แก่ อาการไม่พึงประสงค์ของการรับประทานยา⁸ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องอืด นอนไม่หลับ ผื่นร่าย เป็นต้น จากปัจจัยต่างๆเหล่านี้ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง มีผลกระทบให้เกิดการติดเชื้อ

ฉวยโอกาสเพิ่มมากขึ้น และนำมาสู่การเสียชีวิตในที่สุด ในการที่จะให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จำเป็นจะต้องอาศัยความร่วมมือ และความมุ่งมั่นตั้งใจจากผู้ป่วย แต่เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี ถือว่าเป็นผู้ที่มีความเปราะบาง ที่ต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ ส่งเสริม สร้างพลังใจ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญ ในการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีพลังใจจนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม⁹

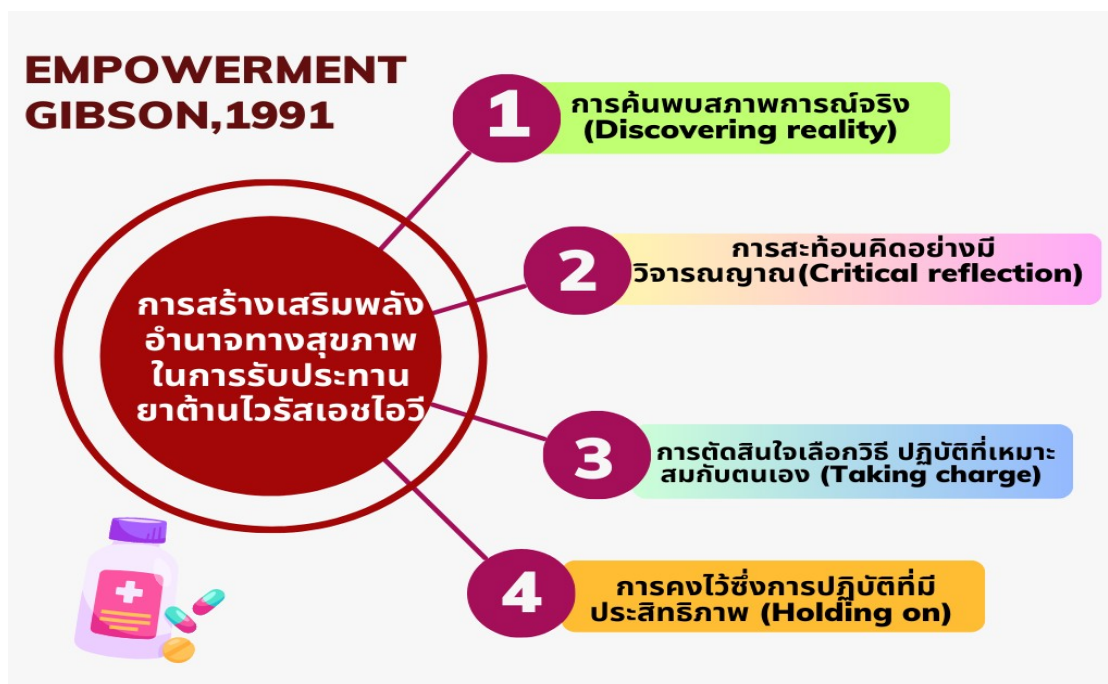
การสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมที่จะช่วยเพิ่มความรู้ความสามารถให้กับบุคคล ในการตอบสนองความต้องการ หรือการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจมีทั้งการให้ และการรับ มีการแลกเปลี่ยน และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคล เพื่อมุ่งเน้นการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน¹⁰ คือ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ดังนั้นการที่นำแนวคิดในเรื่องของการสร้างเสริมพลังอำนาจมาใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีในเรื่องของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังใจ มีแรงใจ และช่วยทำให้ผู้ป่วยนั้นรู้สึกมีความมั่นใจในตนเอง สามารถก้าวผ่านปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้ ดังนั้นบทความวิชาการนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิด นิยามเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และบทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยเอชไอวี

ความสำคัญของการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ

การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ เป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถและพัฒนา ศักยภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ สามารถเลือกใช้ แหล่งประโยชน์ และดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ¹¹ ดังนั้นการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพเป็นกลไกสำคัญประการหนึ่งที่จะผลักดันแนวคิด "สร้าง" นำ "ซ่อม" ไปสู่การปฏิบัติให้บังเกิดผลที่เป็นรูปธรรม เพราะการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพเป็นกระบวนการที่จะให้กลุ่มเป้าหมาย สามารถถึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนมาใช้ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อป้องกันการเกิดโรคจากการใช้ชีวิตที่ไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง ดังนั้น พยาบาลต้องสร้างเสริมสนับสนุนให้ผู้รับบริการเห็นศักยภาพ ความสามารถแห่งตน และเชื่อมั่นว่าสามารถดูแลตนเองได้โดยผู้รับบริการรับรู้ได้ถึงอำนาจในการควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และมีอิสระในการตัดสินใจในการเลือกที่จะดูแลตนเอง¹¹ สอดคล้องกับที่ Gibson¹⁰ ได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพไว้ว่าเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ และคุณภาพของชีวิต ให้บุคคลตระหนักในศักยภาพของตนเองในการดูแลรักษาสุขภาพและ อาริยวัตรณ อ่วมธานี¹² ได้กล่าวว่า การเสริมพลังให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลทางบวก โดยการเพิ่มคุณค่าและความสามารถของตน เป็นการมุ่งสร้างความเข้มแข็งให้บุคคลเพื่อก้าวหน้าด้วยการแลกเปลี่ยนและการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ

การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพของ Gibson¹⁰ จะให้ความสำคัญกับการช่วยให้บุคคลตระหนักในศักยภาพของตนเองในการดูแลสุขภาพ บนพื้นฐานของการจัดความค้ำข้องใจ ความขัดแย้ง การมีปัญหอุปสรรคและเพิ่มปัจจัยนำที่ผลักดันให้บุคคลเกิดพลังมีกำลังใจ เชื่อมมั่นในตนเองที่จะแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ดีที่สุด เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี การเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพตามแนวคิดของ Gibson ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ

จากภาพที่ 1 จะเห็นได้ว่าขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพตามแนวคิดของ Gibson เริ่มต้นจาก 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) เป็นการทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นตอนนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้านคือด้านอารมณ์ (Emotion) ด้านสติปัญญาการรับรู้ (Cognition) และด้านพฤติกรรม (Behavior) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) เป็นการทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจ และจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ ในขั้นตอนนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาคำรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง (A sense of personal control) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking charge) บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธี

ปฏิบัติที่เหมาะสม และดีที่สุดเพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง มีการเผชิญหน้าเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือกแล้ว พยาบาลและผู้ป่วยจะร่วมมือแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพ หรือประสบความสำเร็จผู้ป่วยจะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถ และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ปัญหานั้น

การประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวี

พยาบาลถือเป็นบุคลากรที่สำคัญในการสร้างเสริมพลังอำนาจด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วย พยาบาลต้องใช้ทั้งวิทยาศาสตร์และศิลปะเป็นหลักแนวคิดในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมถูกต้องยิ่งขึ้น เพื่อช่วยสนับสนุนผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา มีสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹⁰ การสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย เอชไอวีในการรับประทายาต้านไวรัส ตามแนวคิดของ Gibson มีดังนี้



ภาพที่2 การประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพตามแนวคิดของ Gibson

1. การค้นพบสภาพการณ์จริง

เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลจึงเป็นบุคคลที่สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจให้กับผู้ป่วยได้ดีที่สุด เมื่อมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ทำให้พยาบาลได้รับรู้ถึงข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับ ความเชื่อ วัฒนธรรม ค่านิยม ประสบการณ์ที่ผ่านมา ความรู้สึกที่มีต่อการรักษา ซึ่งจะนำไปสู่การหาวิธีแก้ปัญหาร่วมกัน เช่น การสอบถามพูดคุยถึงความเชื่อในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วย สาเหตุของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าถึงการรับประทานยาต้านไวรัส และให้ผู้ป่วยได้ยกตัวอย่างปัญหา อุปสรรคที่สำคัญที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยาต้านไวรัส เป็นต้น โดยผลของขั้นตอนนี้จะทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ปัญหา/อุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัส ค้นพบปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง

2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่ต่อเนื่อง โดยให้ผู้ป่วยได้สะท้อนถึงปัญหาของการรับประทานยาต้านไวรัส และพยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาสาเหตุของปัญหาดังกล่าวที่เกิดจากอะไรได้บ้าง หลังจากนั้นพยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์และประเมินปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เมื่อรับทราบถึงปัญหาต่างๆที่ได้จากผู้ป่วยแล้ว พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสร้างการเรียนรู้การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างถูกวิธี มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างไรให้มีประสิทธิภาพ พร้อมกับร่วมกันหากลยุทธ์ที่เหมาะสมต่อตัวผู้ป่วย ในการรับประทานยาต้านไวรัสให้ต่อเนื่อง ผลของขั้นตอนนี้จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้น นำไปสู่การแก้ปัญหา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง

3. การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง

พยาบาลให้ผู้ป่วยได้ตั้งเป้าหมายของตนเองในการรับประทานยาว่าตนเองจะมีเป้าหมายอย่างไร เช่น ตั้งเป้าหมายในการลดจำนวนเชื้อไวรัส ตั้งเป้าหมายว่าตนเองจะต้องมีสุขภาพแข็งแรงไม่เจ็บป่วยบ่อยครั้ง เป็นต้น ให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเช่นเดียวกัน เพื่อช่วยผู้ป่วยประกอบการตัดสินใจในการเลือกรูปแบบวิธีการรับประทานยาต้านไวรัส เช่น ช่วงเวลาในการรับประทานที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ให้เข้ากับวิถีชีวิต โดยอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเป็นผู้ที่คอยให้การสนับสนุนและเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วย ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีทางเลือกในการปฏิบัติ ในการรับประทานยาต้านไวรัสที่เหมาะสมกับตนเอง โดยวิธีการนั้นต้องไม่ขัดแย้งกับแผนการรักษาของแพทย์

4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

ในขั้นนี้เป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัส พยาบาลจะให้ผู้ผู้ป่วยได้เขียนพันธะสัญญากับตนเอง

เกี่ยวกับการปฏิบัติในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีวินัยต่อตนเอง นอกจากนั้นพยาบาลจะมีการช่วยเตือนผู้ป่วยผ่านช่องทางไลน์แอปพลิเคชันในทุกวัน โดยจะเป็นการแจ้งเตือนอัตโนมัติเพื่อช่วยย้ำเตือนผู้ป่วยในการรับประทานยา และกล่าวชื่นชมผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติต่อเนื่องได้เป็นอย่างดี เพื่อช่วยในการเสริมแรงบวกให้กับผู้ป่วย

สรุป

เอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus) เป็นการติดเชื้อไวรัสที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของมนุษย์เป็นโรคติดเชื้อที่ยังมีความรุนแรง และเป็นปัญหาของสาธารณสุขทั่วโลก การรักษาที่สำคัญของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ คือการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุดในปัจจุบัน หากผู้ป่วยไม่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของไต และการติดเชื้อฉวยโอกาส นำมาสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วย ในที่สุด จากข้อมูลสถิติพบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเอชไอวียังคงมีจำนวนที่สูงในทุกปี เนื่องมาจากอัตราการรับประทานยาของผู้ป่วยยังมีปริมาณที่ต่ำ ไม่ได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเอชไอวีไม่รับประทานยา คือ ภาระหน้าที่การทำงานที่ไม่เป็นเวลา ปัจจัยด้านความรู้พื้นฐาน ขาดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น ผลข้างเคียงจากการรับประทานยา โดยปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจ ไม่กล้า ขาดแรงสนับสนุนที่ดีในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง จากปัญหาเหล่านี้พยาบาลถือว่ามีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมพลังบวก ช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ทำให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี มีความรู้ ความเข้าใจในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง การเสริมแรงบวกเพิ่มพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพของ Gibson¹⁰ เป็นแนวทางหนึ่งที่มีงานวิจัยสนับสนุนว่าสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ รวมถึงผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพของ Gibson นี้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพจริง คือ การทำให้ผู้ป่วยได้ค้นหาถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง รวมถึงความคับข้องใจของผู้ป่วย จากนั้นให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ปัญหานั้น 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณร่วมกันวิเคราะห์ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากอะไร จำเป็นที่จะต้องแก้ปัญหานี้อย่างไร พยาบาลจะให้ข้อมูลความรู้การรับประทานยาที่ถูกต้อง การทำกิจกรรมกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ พยาบาลมีบทบาทในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจ เลือกวิธีการปฏิบัติ ที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความต่อเนื่องของการรับประทานยา ตามบริบทสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยวางแผนในการรับประทานยาที่ถูกวิธี ต่อเนื่องตามบริบทวิถีชีวิตของตนเอง โดยที่ไม่ส่งผลกระทบต่อ

ผู้ป่วย วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค เสริมแรงบวกเพิ่มพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยหลังจากการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 95 ระดับของ CD4 เพิ่มขึ้น² โดยจากงานวิจัย¹³ พบว่าหลังจากส่งข้อความผ่านแอปพลิเคชันไลน์เป็นระยะเวลา 24 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสัปดาห์ที่ 24 ($p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเฉลี่ยร้อยละ 98.07 และ 85.84 ตามลำดับ ระดับ CD4 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.024$) โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับ CD4 เฉลี่ย 420.00 ± 153.55 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร และ 292.78 ± 168.93 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ตามลำดับ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเอชไอวี สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิต และมีสุขภาวะอนามัยที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Summary of the global HIV epidemic [Internet]. 2022 July [cited 2023 Mar 10]. Available from <https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids>
2. ศูนย์รวบรวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย. สถานการณ์เอชไอวีประเทศไทยปี [อินเทอร์เน็ต]. 2565 มิ.ย. [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มี.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล <https://hivhub.ddc.moph.go.th/report.php>.
3. กัญญา พฤตสิบ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. วารสารโรคเอดส์. 2564 ก.ย. 2;33(3):1-15. DOI:<https://doi.org/10.14456/taj.2021.12>
4. Glasner S, Patrick K, Ybarra M, Reback CJ, Ang A, Kalichman S, et al. Promising outcomes from a cognitive behavioral therapy text-messaging intervention targeting drug use, antiretroviral therapy adherence, and HIV risk behaviors among adults living with HIV and substance use disorders. Drug and Alcohol Dependence 2022;231:1-9. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep>.
5. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์; 2565.

6. ภัทรกันย์ วงศ์ตาหล้า. การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในรักษาสภาพ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2564. ก.ย. 19;6(3):91-103
7. Wilson TE, Kay ES, Turan B, Johnson MO, Kempf MC, Turan J, et al. Healthcare Empowerment and HIV Viral Control: Mediating Roles of Adherence and Retention in Care. Author Manuscript.2019;54(6):754-764. <https://doi:10.1016/j.amepre.2018.02.012>.
8. นงนิตย์ ธีระวัฒนสุข, อนันต์ ไชยกุลวัฒนา และสมเจตน์ เพียรคุ้ม. ปัจจัยส่วนบุคคลและสุขภาพและปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ตัวอย่างจังหวัดอำนาจเจริญ. เกษตรศาสตร์อีสาน. 2555 ต.ค. 31;8(3):1-13.
9. ชนิกา ศรีราช, ฉวีวรรณ บุญสุยา และอรนุช ภาชีน. พฤติกรรมสุขภาพกับความสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัสของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2661 ต.ค. 16;19(37):39-55.
10. Gibson, CH. A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing, 1991;16:354
11. กุณนที พุ่มสงวน. การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ:บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก, 2557;15(3), 86-90.
12. อารีย์วรรณ อ่วมตานีการสร้างเสริมพลังอำนาจเพื่อการบริหารการบริการพยาบาล ในบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.การบริหารการบริการพยาบาล หน่วยที่ 8-15. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2565.
13. สุวลักษณ์ สุนทรพจน์ และน้ำฝน ศรีบัณฑิต. ประสิทธิภาพของการส่งข้อความผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี. Thai Bull Pharm Sci., 2565;17(2), 83-99.

**แบบจำลองการจัดการห่วงโซ่อุปทาน โรงพยาบาลสมุทรปราการ:
วิเคราะห์และพัฒนา**

อภิรดี การะเกด

**Supply Chain Management Model in Samutprakan Hospital: Analysis and
Development**

Apiradee Karaket¹

¹ โรงพยาบาลสมุทรปราการ/นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

¹Samut Prakan Hospital/General Administration Officer, Professional Level

บทคัดย่อ

การวิเคราะห์/วิจารณ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การจัดการห่วงโซ่อุปทานสำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง 2) พัฒนาระบบการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง (the Supply Chain Operating Reference (SCOR) model) สำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง 3) ประเมินผลการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลองสำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง โดยทำการศึกษาตั้งแต่การวางแผนจัดซื้อจัดหาวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง การสนับสนุนก่อนส่งมอบ การส่งมอบ และการสนับสนุนหลังส่งมอบประโยชน์เพื่อนำไปประยุกต์ใช้เป็นกรอบการทำงานและระเบียบวิธีการทำงานสำหรับการจัดซื้อที่มีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษา 1) การศึกษาสถานการณ์ พบปัญหา 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการบริหาร ด้านบุคลากร และด้านการบริการ เนื่องจากระบบของโรงพยาบาลมีรูปแบบการดำเนินงานที่ซับซ้อน 2) ภายหลังทำการวิเคราะห์ตามแบบจำลองห่วงโซ่อุปทาน (SCOR Model) จึงจัดกระบวนการการจัดซื้อวัสดุ ตั้งแต่การวางแผนจัดซื้อจัดหา กระบวนการตัดสินใจ การสนับสนุนก่อนส่งมอบ การส่งมอบ การสนับสนุนหลังส่งมอบ และการจัดการสินค้าคงคลังที่มีประสิทธิภาพและส่งผลต่อความเชื่อมั่นต่อการบริการของโรงพยาบาล 3) สรุปผลปัญหาใน 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการบริหาร ด้านบุคลากร ด้านการบริการ ภายหลังการนำแบบจำลอง (SCOR Model) มาปรับใช้

สรุปผลการศึกษา การจัดทำนโยบายการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง (SCOR Model) สำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง จะช่วยให้องค์กรลดภาระในการบริหารในประเด็นความเพียงพอ ความคุ้มค่า ลดต้นทุน ลดการทำงานซ้ำซ้อน ใช้บุคลากรในการจัดการประเด็นนี้น้อยลง และเพิ่มระดับความพึงพอใจในการบริการของหน่วยงานจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง

คำสำคัญ: แบบจำลองการจัดการห่วงโซ่อุปทาน, ห่วงโซ่อุปทาน, การจัดซื้อวัสดุ, การจัดการสินค้าคงคลัง

Abstract

This analytical review aims to 1) study the situation of supply chain management for material procurement and inventory management 2) develop the supply chain process using the Supply Chain Operating Reference (SCOR) model and 3) evaluate the supply chain process using the SCOR model for material procurement and inventory management. The process of planning, procuring of materials, managing of inventory and delivering were evaluated for improving the services delivered to all patients and recipients.

The results found that 1) there were the problems of the supply chain management situation in three areas, consisting of management, personnel, and services. 2) the supply chain (SCOR Model) development was applied to all material procurement and inventory management processes 3) the supply chain (SCOR Model) development was evaluated after applying, and the results were summarized as problems in 3 areas, consisting of management, personnel, and service.

In conclusion, a supply chain management policy using the SCOR model development for material procurement and inventory management could reduce the administrative burden in the issues of adequacy. Furthermore, the new policy reduces costs, diminishes redundant work, value for money and increases the level of satisfaction of the services.

Keywords: Supply Chain Management model, supply chain, material procurement, inventory management

บทนำ

โรงพยาบาลสมุทรปราการเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิขนาด 600 เตียง เปิดให้บริการจริง 629 เตียง จำนวนผู้ป่วยนอก 718,662 ราย/ปี จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 2,513 รายต่อวัน จำนวนผู้ป่วยที่รับไว้นอนโรงพยาบาล 42,320 คน/ปี จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ย 643 คนต่อวัน อัตราการครองเตียงคิดเป็นร้อยละ 102.07¹ มีแพทย์เฉพาะทางครบทุกสาขา มีโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย 5 แห่ง หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลสมุทรปราการ 29 แห่ง รับผิดชอบประชากร 1,3648,496 คน¹ จากข้อมูลบริการดังกล่าว กลุ่มงานบริหารทั่วไปและโครงสร้างพื้นฐานวิศวกรรมทางการแพทย์โรงพยาบาลสมุทรปราการมีบทบาทในการสนับสนุนทรัพยากรจำเป็นทุกกลุ่มให้เพียงพอ พร้อมใช้ และทันเวลา เช่น พัสด/ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นต้น มีการคัดเลือกผู้ส่งมอบที่ตรงกับความต้องการ มีการจัดทำข้อกำหนดในการประเมินผู้ส่งมอบตามระเบียบ แต่ยังคงพบปัญหาเรื่องการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลังในกระบวนการวางแผนจัดซื้อจัดหา กระบวนการตัดสินใจการสนับสนุนก่อนส่งมอบ การส่งมอบและการสนับสนุนหลังส่งมอบ แต่ละกระบวนการที่ยังมีความผิดพลาด ล่าช้าส่งผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงานและองค์กร

ปัจจุบันเรื่องของการจัดการห่วงโซ่อุปทาน (Supply chain management)² มีความจำเป็นสำหรับการดำเนินธุรกิจในแทบทุกอุตสาหกรรม ซึ่งการจัดการห่วงโซ่อุปทาน คือ กระบวนการโดยรวมของการไหลของวัสดุสินค้า ตลอดจนข้อมูล และธุรกรรมต่าง ๆ ผ่านองค์การที่เป็นผู้ส่งมอบ ผู้ผลิต ผู้จัดจำหน่าย ไปจนถึงลูกค้าหรือผู้บริโภคโดยที่องค์กรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางธุรกิจต่อกัน ดังนั้นการบูรณาการห่วงโซ่อุปทานจึงเป็นแนวคิดหลักที่สนับสนุนการสร้างคุณค่าในห่วงโซ่อุปทาน² และยังเป็นเครื่องมือที่ในการสร้างข้อได้เปรียบทางการแข่งขันขององค์กร³ โดยสามารถแบ่งการบูรณาการออกเป็น 2 ส่วนคือ การบูรณาการภายในองค์กร และการบูรณาการภายนอกองค์กร ซึ่งภายนอกองค์กรแบ่งเป็น การบูรณาการของผู้จัดส่งวัตถุดิบ และการบูรณาการกับผู้ป่วย³ โดยแนวคิดดังกล่าวถูกศึกษาในเชิงวิชาการกับกลุ่มของโรงงานอุตสาหกรรม แต่ยังมีการศึกษาไม่มากพอในกลุ่มธุรกิจบริการ และยังถูกศึกษาน้อยมากในบริบทของบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย

ห่วงโซ่อุปทาน คือ โครงข่ายขององค์กรที่เกี่ยวข้องกันโดยมีการเชื่อมต่อในกระบวนการที่แตกต่างกัน ซึ่งให้ผลลัพธ์ในรูปของผลิตภัณฑ์และบริการที่จะส่งไปยังผู้บริโภคซึ่งเป็นลำดับสุดท้าย การจัดการห่วงโซ่อุปทานเป็นการประสานงานของกิจกรรมต่างๆ ระหว่างผู้ขายกับผู้ผลิต / ผู้ให้บริการและผู้ผลิต/ ผู้ให้บริการกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เพื่อที่จะนำสินค้าและบริการไปตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้ทันเวลาและเชื่อถือได้ การจัดการห่วงโซ่อุปทานที่มีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดความได้เปรียบในเชิงแข่งขันอีกทั้งยังก่อให้เกิดความสมดุลระหว่างความพึงพอใจสูงสุดของผู้รับบริการภายในและต้นทุนต่ำที่สุดได้⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการบูรณาการห่วงโซ่อุปทาน พบว่าการศึกษาแนวคิดนี้ยังมีนักวิชาการจำนวนไม่มากนักทำการศึกษา โดยส่วนใหญ่จะมุ่งศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับตัวแปรการบูรณาการห่วงโซ่อุปทานที่ส่งผลกระทบหรือมีความสัมพันธ์ต่อตัวแปรประสิทธิภาพและคุณภาพขององค์กร ซึ่งจากการหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งงานวิจัยและงานด้านวิชาการ ทำให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าการบูรณาการห่วงโซ่อุปทาน นั้นส่งผลกระทบและมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิภาพขององค์กร⁴ และกระบวนการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง [Supply Chain Operating Reference (SCOR) model] จะมีการปรับปรุงพัฒนาและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเมื่อทำการปฏิบัติแล้วจะทำการวัดผลการปฏิบัติงาน การพัฒนาในการปฏิบัติงานในห่วงโซ่อุปทาน และการที่จะบรรลุเป้าหมายนั้น ต้องการใช้ตัวขับเคลื่อนห่วงโซ่อุปทานใน 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) สินค้าคงคลัง (Inventory) 2) การขนส่ง (Transportation) 3) สิ่งอำนวยความสะดวก (Facilities) และ 4) ข้อมูลสารสนเทศ (Information)⁵

เมื่อประมาณปี ค.ศ. 1996 ทั่วโลกเห็นถึงความจำเป็นสำหรับวิธีการสื่อสารภายในห่วงโซ่อุปทานในลักษณะที่เป็นความเข้าใจร่วมกันหรือคล้ายคลึงกัน คณะผู้เชี่ยวชาญด้านซัพพลายเชนและโลจิสติกส์จาก Supply Chain Council (SCC)⁶ มีสมาชิกเริ่มต้นประมาณ 69 บริษัท ที่ร่วมกันพัฒนาแบบจำลองอ้างอิงการดำเนินงานในห่วงโซ่อุปทาน (SCOR Model) ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันและมีโครงสร้างแสดงความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการ นอกจากนี้ในแบบจำลองอ้างอิงการดำเนินงานยังมีการกำหนดตัวชี้วัด (metric) สำหรับวัดประสิทธิภาพในแต่ละกระบวนการ เพื่อกำหนดให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และยังมีการเสนอวิธีการปฏิบัติงานที่ดีที่สุด (best practice) ในแต่ละกระบวนการเพื่อที่จะให้บริษัทหรือองค์กรสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ โดยในยุคแรกๆ ระเบียบวิธีการทางกระบวนการทางธุรกิจ จะออกมาในลักษณะทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจง และส่วนมากจะมาจากผลการศึกษาวิจัยเชิงวิชาการมากกว่าการใช้งานจริงทางธุรกิจ จนเกิดการพัฒนารูปแบบจำลอง SCOR ขึ้น

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์และพัฒนาระบบการห่วงโซ่อุปทานสำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลังโดยใช้แบบจำลองอ้างอิง SCOR มาเป็นกรอบการทำงาน และระเบียบวิธีการการทำงานสำหรับการจัดซื้อที่มีประสิทธิภาพภายใต้การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว แนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและเพื่อให้มั่นใจในกระบวนการวางแผนจัดซื้อจัดหา กระบวนการตัดสินใจ การสนับสนุนก่อนส่งมอบ การส่งมอบและการสนับสนุนหลังส่งมอบ แต่ละกระบวนการต้องมีประสิทธิภาพโดยรวมทั้งระบบ เพื่อให้ผู้รับบริการภายในได้รับประโยชน์จากบริการที่ดี รวมทั้งสร้างคุณค่าการบริการที่ส่งมอบให้แก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการทุกคน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการห่วงโซ่อุปทานสำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง
2. เพื่อพัฒนาระบบการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง SCOR Model สำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง

3. เพื่อประเมินผลการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง SCOR Model สำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

ห่วงโซ่อุปทาน (supply chain) หมายถึง กระบวนการต่าง ๆ ตั้งแต่ก่อนผลิตสินค้ากระทั่งนำสินค้าไปสู่กลุ่มผู้บริโภคเพื่อความพึงพอใจสูงสุด ไม่ว่าจะเป็นการจัดซื้อวัตถุดิบ, การผลิต, การจัดเก็บ, การนำเอาเทคโนโลยีเข้ามาเป็นตัวช่วย, จัดจำหน่ายสินค้า, การขนส่งสินค้า ประกอบด้วย กระบวนการในวงจรการผลิตผลิตภัณฑ์ทุกขั้นตอนเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการภายในหรือผู้รับบริการ ซึ่งไม่เพียงแต่อยู่ในส่วนของผู้ผลิตและผู้จัดส่งวัตถุดิบเท่านั้นแต่รวมไปถึงผู้จัดการปัจจัยการผลิต ผู้ขนส่ง คลังสินค้า พ่อค้าคนกลาง และผู้รับบริการ โดยห่วงโซ่อุปทานของการบริการด้านสุขภาพ เริ่มต้นตั้งแต่ต้นน้ำ คือ สถานพยาบาลในระดับต่างๆ จนถึงปลายน้ำ คือ ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยนั่นเอง

ห่วงโซ่อุปทาน คือ โครงข่ายที่มีองค์กรต่างๆ มาเกี่ยวข้องต่อกัน ตั้งแต่ต้นทางของการผลิตจนถึงปลายทางของการผลิต ซึ่งมีกระบวนการและกิจกรรมที่แตกต่างกันเพื่อสร้างคุณค่าในรูปของสินค้าหรือบริการให้แก่ผู้บริโภคคนสุดท้าย⁶ เช่นเดียวกับสมพงษ์ และคณะ⁷ ได้ให้ความหมายของห่วงโซ่อุปทาน (supply chain) ว่าเป็นเครือข่ายของธุรกิจที่มีแหล่งที่ตั้งกระจายกันเป็นเอกเทศต่อกัน ซึ่งมีการร่วมกันวางแผนและดำเนินการจัดหาสินค้าหรือบริการแก่ผู้รับบริการ โดยการดำเนินงานในห่วงโซ่อุปทานหนึ่งๆ จะครอบคลุมตั้งแต่การคิดค้น พัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการ การจัดหาแหล่งวัตถุดิบ การผลิตสินค้าและบริการ การจัดเก็บสินค้า รวมถึงการจัดส่งสินค้าหรือบริการให้แก่ผู้บริโภค ซึ่งสิ่งที่ขับเคลื่อนห่วงโซ่อุปทานให้ดำเนินการได้นั้น ต้องอาศัยความสามารถของสมาชิกในโซ่อุปทานในการดำเนินงานต่างๆ ทั้งนี้บริษัทที่ประกอบธุรกิจในตลาดทุกบริษัทจะเป็นส่วนหนึ่งของห่วงโซ่อุปทานอย่างน้อย 1 โซ่

วัตถุประสงค์ของห่วงโซ่อุปทาน คือ การเพิ่มคุณค่าโดยรวมให้เกิดขึ้นมากที่สุดโดยคุณค่าที่ห่วงโซ่อุปทานได้สร้างขึ้นนั้น คือ ผลลัพธ์ที่ได้ระหว่างต้นทุนภายใต้ห่วงโซ่อุปทาน ตั้งแต่การจัดหา การจัดการกระบวนการผลิตสินค้าหรือการบริการ จนถึงมือผู้บริโภคคนสุดท้ายกับการตอบสนองความต้องการของลูกค้า/ผู้รับบริการ/ผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีวัตถุประสงค์อื่นๆ เช่น 1) ลดค่าใช้จ่ายในสินค้าคงคลังโดยการพยากรณ์อุปสงค์ให้มีความแม่นยำสูงขึ้นและจัดกระบวนการผลิต/การบริการให้ไหลได้ราบรื่นและสอดคล้องกัน 2) ลดค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการผลิต/การบริการโดยการปรับปรุงการไหลของสินค้าตลอดกระบวนการผลิต/การบริการและสารสนเทศระหว่างต้นน้ำถึงปลายน้ำ 3) เพิ่มความพอใจให้กับรับบริการโดยการเพิ่มคุณภาพของสินค้าชนิดสินค้าและบริการที่รวดเร็วกว่าเดิมมีผลให้รับบริการเกิดความรู้สึกที่ดีและประทับใจกับสินค้าและองค์กร⁷

ห่วงโซ่อุปทาน (supply chain) ที่ดีจะส่งผลให้องค์กรเกิดความสามารถในการแข่งขันและรูปแบบทางการตลาด คือ การเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารเพื่อการพัฒนาสินค้า/บริการร่วมกันทำให้สามารถเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน ส่วนปัจจัยสนับสนุนการจัดการห่วงโซ่อุปทานในการจัดการห่วงโซ่อุปทานจำเป็นต้องมีทักษะ และความสามารถใน 3 ส่วนด้วยกัน⁸ คือ

1. ทักษะด้านโลจิสติกส์ (logistics skills) เป็นการจัดการดำเนินงานในกิจกรรมต่างๆ ในธุรกิจ/บริการ เพื่อมุ่งเน้นถึงประสิทธิภาพของการดำเนินงานและประสิทธิผลที่เกิดขึ้นหรือทำให้กิจกรรมนั้นๆ ให้มีการทำงานที่ดีที่สุด การจัดการด้านโลจิสติกส์สามารถแบ่งได้เป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ 1.1) โลจิสติกส์ในองค์กร ซึ่งจะรวมถึงการจัดการดำเนินการผลิต การพยากรณ์ การวางแผนการผลิต การวางแผนกำลังการผลิต การจัดลำดับการผลิต การบริหารวัสดุคงคลัง การบริหารคลังสินค้าและอื่นๆ 1.2) โลจิสติกส์ระหว่างองค์กรเป็นเรื่องที่คนส่วนมากจะคำนึงถึง โลจิสติกส์เป็นเรื่องที่รวมถึงการประสานงานระหว่างองค์กร การจัดส่ง การขนส่ง การบริหารรถขนส่งและเส้นทาง การขนส่ง นอกจากนี้ยังมีส่วนอื่นที่สนับสนุนโลจิสติกส์ เช่น ส่วนการทำงานด้านการขาย การตลาดการซ่อมบำรุง และการบริการหลังการขาย เป็นต้น

2. ทักษะด้านการสร้างพันธมิตรเชิงกลยุทธ์ (strategic alliance skills) เป็นการแบ่งข้อมูลลงทุนร่วมกัน และปรับปรุงการทำงานต่างๆ ร่วมกันในกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการไหลของผลิตภัณฑ์และที่ควรคำนึงถึง การก่อให้เกิดความเข้าใจในหลักการจะได้เกิดการเชื่อมโยงเข้าด้วยกันและการยืนยันความเป็นพันธมิตร

3. ทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (information technology skills) เพราะห่วงโซ่อุปทานต้องอาศัยเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อใช้ในการไหลเวียนข้อมูล⁹ ซึ่งจะทำให้การติดต่อสื่อสารระหว่างกิจกรรมในห่วงโซ่อุปทานเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งรับทราบสภาพและสภาวะแวดล้อมของแต่ละฝ่ายในห่วงโซ่อุปทานเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งการนำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาสนับสนุนการจัดการการลงทุน

การจัดการห่วงโซ่อุปทาน (Supply Chain Management : SCM) คือ กระบวนการในการดูแลและควบคุมกระบวนการขับเคลื่อนของสินค้าจากการผลิตและบริการให้กับลูกค้า เป้าหมายของการจัดการห่วงโซ่อุปทาน คือ การปรับปรุงประสิทธิภาพของห่วงโซ่อุปทานเพื่อช่วยในการลดต้นทุน

การจัดการห่วงโซ่อุปทาน จึงเป็นการวางแผนหรือออกแบบในการปฏิบัติ การควบคุม การติดตามกิจกรรมในองค์กรทั้งห่วงโซ่อุปทาน เพื่อทำให้องค์กรของตนเองมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดต้นทุน และเพิ่มความสามารถในการแข่งขันทางธุรกิจ หลายๆ องค์กรนำแนวคิดการบริหารห่วงโซ่อุปทานมาใช้ ซึ่งมีทั้งทางตรงและทางอ้อมในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการในการสร้างคุณค่าในการแข่งขัน การยกระดับการปฏิบัติงานภายในองค์กร และการปรับปรุงห่วงโซ่อุปทานให้สอดคล้องกับอุปสงค์จากการวัดการปฏิบัติงานภายในห่วงโซ่อุปทาน แต่ละ

กิจกรรมที่เกิดขึ้นในทุกขั้นตอนการผลิต/การบริการ มีการเชื่อมโยงกันทางธุรกิจตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำ มีการเชื่อมโยงกันที่ดีในทางธุรกิจ จนทำให้การดำเนินงานภายในห่วงโซ่อุปทานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

แบบจำลองอ้างอิงการดำเนินงานในห่วงโซ่อุปทาน

แบบจำลองอ้างอิงการดำเนินงานในห่วงโซ่อุปทาน หรือ Supply Chain Operating Reference (SCOR) คือแบบจำลองที่ใช้สำหรับประเมินผลการปฏิบัติงานห่วงโซ่อุปทาน โดยแบบจำลองดังกล่าวได้มีการรวมกระบวนการมาตรฐานในห่วงโซ่อุปทานที่สำคัญไว้ 5 กระบวนการ¹¹ ได้แก่ การวางแผน (plan) การจัดหาจัดซื้อแหล่งวัตถุดิบ (source) การผลิต (make) การขนส่ง (deliver) และการส่งคืนสินค้าจากรับบริการ (return) ซึ่งแบ่งกระบวนการทั้งหมดออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ กระบวนการวางแผน (planning) การปฏิบัติการ (execution) และส่วนสนับสนุน (enable)

กระบวนการจัดการห่วงโซ่อุปทานที่ใช้หลักการทำงานของแบบจำลองอ้างอิงการดำเนินงานห่วงโซ่อุปทานขององค์กร (SCOR Model) นี้ เน้นขั้นตอนการพัฒนาเพื่อนำไปใช้งาน 4 ระดับ เนื่องจากระบบของโรงพยาบาลมีรูปแบบการดำเนินงานที่ซับซ้อน เราสามารถนำเอา SCOR Model มาประยุกต์ใช้ในองค์กร เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนระบบการทำงานให้สามารถดำเนินไปสู่เป้าหมายที่พึงประสงค์และจำเพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น สามารถติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงานหรือช่วยในการอธิบายข้อมูลได้อย่างชัดเจน เพื่อให้มีระบบที่สามารถตรวจวัดจัดการและควบคุมประสิทธิภาพการผลิต/การบริการ ถ้าหากมีการจัดการระบบการทำงานก็จะส่งผลให้โรงพยาบาลมีความได้เปรียบของการดำเนินงานที่ดี เพราะการนำ SCOR Model มาประยุกต์ใช้นั้นจะต้องมีการพัฒนาและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

เมื่อทำการปฏิบัติแล้วก็จัดให้มีการวัดผลการปฏิบัติงาน โดยนำผลการตรวจวัดที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหาเพื่อหาจุดที่ควรปรับปรุงเพิ่มเติมและนำผลที่ได้นำไปปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง ด้วยการทบทวนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาในการปฏิบัติงานของห่วงโซ่อุปทาน ในส่วนของรายละเอียดการจัดการในส่วนต่างๆ เช่น การจัดซื้อ การผลิต/การบริการ การจัดการสินค้าคงคลัง ฯลฯ จะเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผลการปฏิบัติงานของห่วงโซ่อุปทานสามารถบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

วิธีการดำเนินงาน

ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาการปฏิบัติงานของห่วงโซ่อุปทานสำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ตามแนวคิดกระบวนการจัดการห่วงโซ่อุปทานที่ใช้หลักการทำงานของแบบจำลองอ้างอิงการดำเนินงานห่วงโซ่อุปทานขององค์กร (SCOR Model) โดยมีสาระสำคัญและขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. ศึกษาสถานการณ์การจัดการห่วงโซ่อุปทานสำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ขั้นตอนเตรียมการ ประกอบด้วย ทำการศึกษาบริบทเบื้องต้นที่ผ่านมา โดยวิเคราะห์ห่วงโซ่อุปทานในกระบวนการวางแผนจัดซื้อจัดหา กระบวนการตัดสินใจ การสนับสนุนก่อนส่งมอบ การส่งมอบ และการสนับสนุนหลังส่งมอบ โดยรวมทั้งระบบสำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง พบว่าแผนการกำหนดการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลังที่ไม่ชัดเจน ส่งผลต่อการจัดบริการและการพัฒนาองค์กร กระทั่งถึงผู้รับบริการ

1.2 ทำการศึกษาเชิงเอกสาร เกี่ยวกับนโยบายและประสิทธิภาพการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง SCOR Model สำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง โรงพยาบาลสมุทรปราการ และลงพื้นที่เก็บข้อมูลเชิงประจักษ์

1.3 ศึกษาแนวทางการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง SCOR Model วิเคราะห์แนวทางการไหลของข้อมูลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเครือข่ายของห่วงโซ่อุปทาน ความสามารถในการจัดการการไหลของสารสนเทศในการจัดการห่วงโซ่อุปทาน

1.4 การสังเคราะห์และพัฒนากระบวนการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง SCOR Model สำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง (ฉบับร่าง)

2. พัฒนากระบวนการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง SCOR Model สำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 พัฒนาและทดลองใช้กระบวนการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง SCOR Model สำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง ประกอบด้วย 5 กระบวนการ ดังนี้

2.1.1 กระบวนการวางแผนจัดซื้อจัดหา

2.1.2 กระบวนการตัดสินใจ

2.1.3 กระบวนการการสนับสนุนก่อนส่งมอบ

2.1.4 กระบวนการการส่งมอบ

2.1.5 กระบวนการการสนับสนุนหลังส่งมอบ

2.2 ประยุกต์กระบวนการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง SCOR Model สำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง ใช้กับการดำเนินงานของโรงพยาบาลโดยมีการเชื่อมโยงแต่ละระดับ ซึ่งแบ่งขั้นตอนของการพัฒนาออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คือ

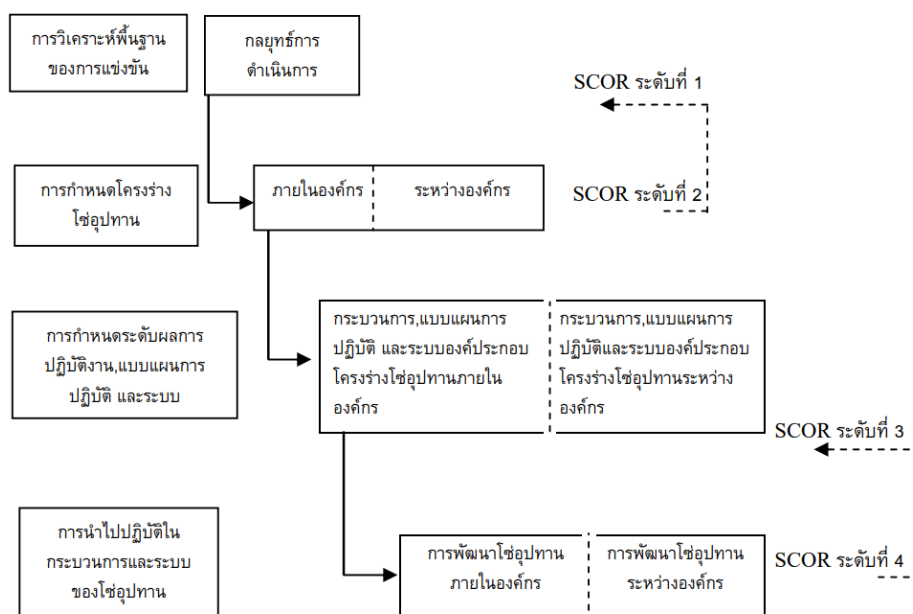
2.2.1 SCOR ระดับที่ 1 ระดับบนสุดหรือระดับนโยบายเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกองค์กรเพื่อนำมากำหนดความสามารถในการแข่งขันและความได้เปรียบ

ทางการแข่งขันขององค์กร และผลการวิเคราะห์จะนำมาซึ่งแนวทางการกำหนดขอบข่ายและองค์ประกอบที่สำคัญขององค์กร

2.2.2 SCOR ระดับที่ 2 กำหนดกระบวนการหลักขององค์กรเป็นขั้นตอนหลังจากที่ได้วิเคราะห์ใน ระดับที่ 1 ได้ขอบข่ายการจัดการและกระบวนการปฏิบัติงานที่เหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพสอดคล้อง กับนโยบายและกลยุทธ์ที่องค์กรได้กำหนดไว้ โดยใน SCOR ระดับที่ 2 นี้กำหนดโครงสร้างของห่วงโซ่ อุปทานขององค์กรทั้งนี้โครงสร้างของห่วงโซ่อุปทานมีความยืดหยุ่นเพื่อตอบสนองความต้องการของรับ บริการเป็นสำคัญ

2.2.3 SCOR ระดับที่ 3 การกำหนดรายละเอียดของกระบวนการเมื่อผ่านขั้นตอนในระดับที่ 1 และระดับที่ 2 แล้ว องค์กรก็จะนำโครงสร้างที่ได้มากำหนดรายละเอียดของกระบวนการปฏิบัติงานทั้ง 4 เพื่อทราบรายละเอียดของการปฏิบัติงานแต่ละกระบวนการ โดยในขั้นตอนนี้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้มีส่วน ร่วมในการกำหนดรายละเอียดเพื่อสร้างความเข้าใจที่สอดคล้องกันในการปฏิบัติงาน

2.2.4 SCOR ระดับที่ 4 การนำไปปฏิบัติเป็นการนำเอาสิ่งที่ได้รับจากระดับที่ 1 – 3 มาปฏิบัติให้ เป็นรูปธรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ได้วางเป้าหมายไว้ ทั้งนี้เมื่อปฏิบัติแล้วต้องมีการวัดผล ประเมินผลการ ปฏิบัติว่าเป็นไปตามแผนหรือไม่



ภาพที่ 1 ขั้นตอนหลักในการพัฒนาห่วงโซ่อุปทานขององค์กรโดยแบบจำลอง SCOR

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์กระบวนการวางแผนจัดซื้อจัดหา กระบวนการตัดสินใจ การสนับสนุนก่อนส่งมอบ การส่งมอบ และการสนับสนุนหลังส่งมอบเดิม ของโรงพยาบาลสมุทรปราการโดยรวมทั้งระบบสำหรับการจัดซื้อวัสดุและการ

จัดการสินค้าคงคลัง พบปัญหาและผลกระทบทางด้านการบริหาร ดังตารางที่ 1 ปัญหาทางด้านบุคลากร ดังตารางที่ 2 และปัญหาทางด้านการบริการ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานตามแบบจำลองการจัดการห่วงโซ่อุปทาน โรงพยาบาลสมุทรปราการ การจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลังด้านการบริหาร

ปัญหาด้านการบริหาร	สาเหตุของปัญหาด้านการบริหาร	ผลกระทบของปัญหาด้านการบริหาร
1. ปัญหาการวางแผนกำหนดการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลังที่ไม่ชัดเจน	ข้อจำกัดด้านความรู้ความสามารถ ในการวางแผนกำหนดการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลังของโรงพยาบาล เนื่องจากขาดประสบการณ์/ความรู้ใน	แผนการกำหนดการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลังที่ไม่ชัดเจน ส่งผลต่อการจัดบริการและการพัฒนาองค์กร กระทั่งถึงผู้รับบริการ
2. ปัญหาความสามารถในการรับรู้โอกาสการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ไม่เอื้อให้องค์กรประสบผลสำเร็จ	การจัดการห่วงโซ่อุปทาน	โรงพยาบาลขาดโอกาสด้านการบริหารจัดการในการกำหนดการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง ส่งผลต่อผลการดำเนินการในระยะยาว
3. ปัญหาผู้รับผิดชอบการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลังยังขาดการมองเชิงระบบ	มีข้อจำกัดด้านมุมมองเชิงระบบ เนื่องจากไม่ใช้นักบริหารจัดการโดยตรง	บุคลากรที่รับผิดชอบการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลังจะ ขาดแรงจูงใจในการทำงาน เนื่องจากไม่เห็นผลลัพธ์ในภาพใหญ่

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานตามแบบจำลองการจัดการห่วงโซ่อุปทาน โรงพยาบาลสมุทรปราการด้านการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลังด้านบุคลากร

ปัญหาด้านบุคลากร	สาเหตุของปัญหาด้านบุคลากร	ผลกระทบของปัญหาด้านบุคลากร
1. ปัญหาการสรรหาพนักงานที่เข้าใจกระบวนการจัดการห่วงโซ่อุปทาน	เป็นความรู้เฉพาะที่เป็นบุคลากรในสาขาวิชาที่สรรหาได้ยาก ซึ่งควรจบการศึกษาด้านโลจิสติกส์	ไม่สามารถหาบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถมาทำงานได้
2. ปัญหาพนักงานขาดทักษะและความสามารถด้านการจัดการห่วงโซ่อุปทาน	บุคลากรขาดทักษะและความสามารถ เนื่องจากขาดการอบรมให้ความรู้ในการปฏิบัติงานด้านการจัดการห่วงโซ่อุปทาน	ประสิทธิภาพในการทำงานของพนักงานลดลง

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานตามแบบจำลองการจัดการห่วงโซ่อุปทาน โรงพยาบาลสมุทรปราการด้านการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลังด้านการบริการ

ปัญหาด้านการบริการ	สาเหตุของปัญหาด้านการบริการ	ผลกระทบของปัญหาด้านการบริการ
1. ปัญหากระบวนการผลิต/การบริการ มีขั้นตอนที่ล่าช้า	เนื่องจากขาดการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการผลิต/การบริการสำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง จึงใช้แรงงานคนเป็นหลักทำให้กระบวนการผลิต/การบริการ ทำได้ล่าช้า	ทำให้กระบวนการผลิต/การบริการล่าช้า ไม่สามารถกระบวนการผลิต/การบริการได้ทันตามความต้องการของผู้รับบริการภายในทั้งกระบวนการก่อนหน้าและกระบวนการถัดไป
2. ปัญหาวัตถุดิบไม่เพียงพอ/ไม่มีคุณภาพระหว่างกระบวนการผลิต/การบริการ	เนื่องจากขาดการนำเทคโนโลยีใช้ในการผลิต/การบริการจึงใช้แรงงานคนเป็นหลักจึงทำให้เกิดวัตถุดิบไม่เพียงพอ/ไม่มีคุณภาพระหว่างกระบวนการผลิต/การบริการ	ปัญหาวัตถุดิบไม่เพียงพอ/ไม่มีคุณภาพระหว่างกระบวนการผลิต/การบริการ ทำให้ต้นทุนของสินค้าสูงขึ้น
3. ปัญหาสินค้า/การบริการไม่ได้มาตรฐาน	เนื่องจากขาดการนำเทคโนโลยีใช้ในการผลิต/การบริการ ส่งผลทำให้สินค้า/การบริการ ไม่ได้มาตรฐาน	ส่งผลต่อภาพลักษณ์และความเชื่อมั่นต่อสินค้า/การบริการ

ผลการศึกษาการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง SCOR Model สำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง และการติดตามวัดผลประสิทธิภาพของแบบจำลอง สรุปได้ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สรุปผลการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง SCOR Model สำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง

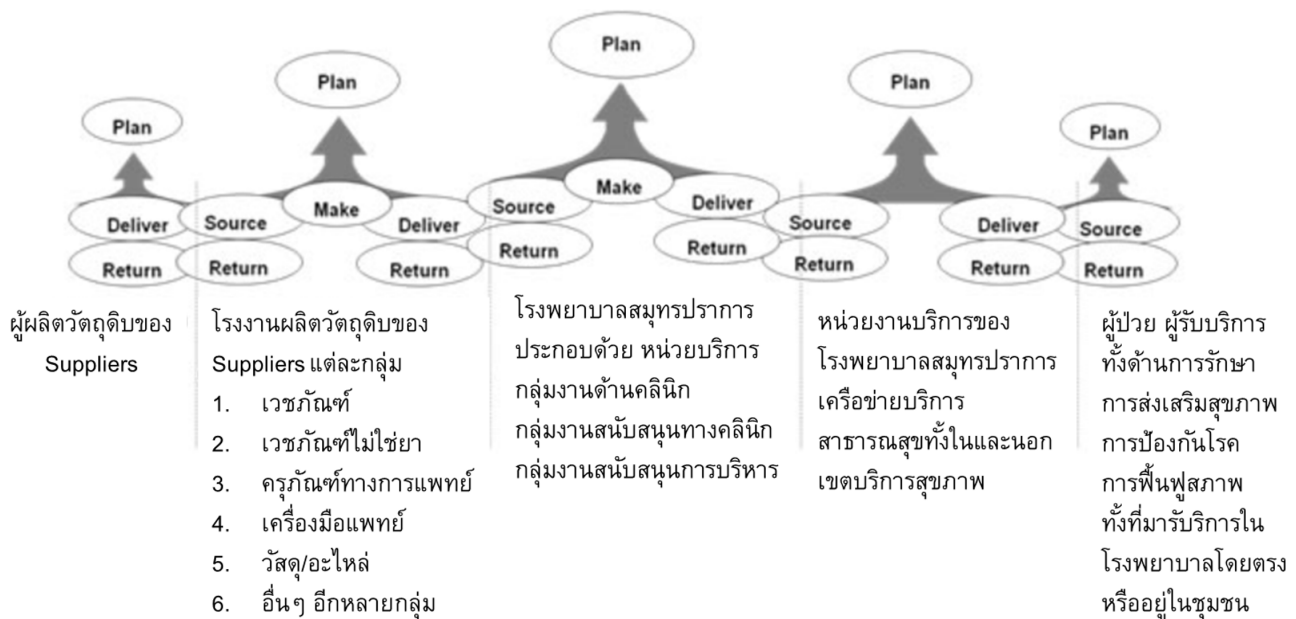
SCOR	วัตถุประสงค์	การวัดประสิทธิภาพและผล	
		ภายนอกองค์กร	ภายในองค์กร
ระดับที่ 1	การวิเคราะห์องค์ประกอบทั้งภายในและภายนอกองค์กร - การบริการหรือการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการภายใน - การจัดส่งที่ตรงต่อเวลา	• สัดส่วนการจัดส่งสินค้าได้ตรงตามกำหนดจากผู้รับบริการภายใน • สัดส่วนปริมาณคำสั่งซื้อที่จัดส่งได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์ • ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการต่อคำสั่งซื้อจากผู้รับบริการภายในนับจากการรับคำสั่งซื้อ จนกระทั่งจัดส่งเรียบร้อย • ระยะเวลาที่ใช้ในการเตรียมการผลิต/การบริการจนกระทั่งสามารถจัดส่งให้ผู้รับบริการภายในได้ (ในกรณีที่ไม่มีสินค้าคงคลังสำรอง)	• ต้นทุนการจัดการด้านลอจิสติกส์โดยรวม เปรียบเทียบกับต้นทุนรวม • ค่าเฉลี่ยรายได้ขององค์กรที่เกิดขึ้นต่อจำนวนพนักงาน • อัตราการหมุนเวียนของสินค้าคงคลัง (Inventory Turnover) • อัตราการหมุนเวียนของสินทรัพย์โดยรวม (Net Assets Turnover) • ช่วงระยะเวลารอบหมุนเวียนวัฏจักรเงินสด (Cash-to-Cash Cycle Time)
ระดับที่ 2	จัดทำเป็นกระบวนการปฏิบัติงานสอดคล้องกับกลยุทธ์ที่ได้กำหนดไว้	โครงร่างของโซ่อุปทานระหว่างองค์กร - การวางแผน - การจัดหาแหล่งวัตถุดิบ - การผลิต/การบริการ - การจัดส่ง	โครงร่างของโซ่อุปทานภายในองค์กร - การวางแผน - การจัดหาแหล่งวัตถุดิบ - การผลิต/การบริการ - การจัดส่ง
ระดับที่ 3	ข้อสรุปแนวทางจากการวิเคราะห์ในระดับที่ 1 และ 2	การดำเนินการในระดับที่ 3 ประกอบด้วยส่วนต่างๆ ดังนี้ 1. การกำหนดองค์ประกอบของกระบวนการ 2. การกำหนดปัจจัยในการนำเข้าและปัจจัยส่งออกด้านข้อมูลสารสนเทศของแต่ละกระบวนการ 3. การกำหนดกลุ่มปัจจัยประเมินผล 4. การกำหนดแบบแผนการปฏิบัติงานของกระบวนการ การปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ	การกำหนดมาตรวัด (metrics) โดยใช้ performance attributes - ด้าน Reliability จำทำให้เปอร์เซ็นต์การวางแผนการผลิต/การบริการในส่วนของ Lead Time มีความแม่นยำมากขึ้น และเปอร์เซ็นต์การเปลี่ยนแปลงของแผนการผลิต/การบริการมีน้อยลง - ด้าน responsiveness จะทำให้วงจรการผลิต/การบริการมีความคงที่

ตารางที่ 4(ต่อ)สรุปผลการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง SCOR Model สำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง

SCOR	วัตถุประสงค์	การวัดประสิทธิภาพและผล	
		ภายนอกองค์กร	ภายในองค์กร
ระดับที่ 4	การนำสิ่งที่ได้กำหนด มาไปปฏิบัติให้เกิดผล ตามที่กำหนดไว้	5. การกำหนดสมรรถนะของระบบที่จำเป็นสามารถสนับสนุนการปฏิบัติงานให้บรรลุได้ตามแผน	- ด้าน flexibility ทำให้ค่าเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงแผนการทำงานในแต่ละวันมีค่าลดลง - ด้าน cost จะเกี่ยวข้องกับการจัดการการผลิต/การบริการและการวางแผนในด้านเงินทุน ให้เหมาะสม
		6. การกำหนดระบบดำเนินงานและเครื่องมือให้เหมาะสมสำหรับผู้จัดส่งวัตถุดิบแต่ละราย	กับนโยบายทางการเงินขององค์กร
		การกำหนดรายละเอียดเหล่านี้ ต้องอาศัยความร่วมมือในการกำหนดจากทุกๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้จัดส่งวัตถุดิบ ผู้รับผลิตขอการจัดส่งผู้รับผลิตขอการกระจายสินค้าและผู้รับบริการภายใน เพื่อให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นไปได้และสร้างความเข้าใจที่สอดคล้องกันในการนำไปปฏิบัติให้เกิดประสิทธิผล	
		มีการกำหนดแบบแผนการปฏิบัติงานในรูปแบบที่เหมาะสมกับกระบวนการที่ได้กำหนดไว้ในโครงสร้างโซ่อุปทานขององค์กรตามภาพที่ 2 การดำเนินงานของ SCOR ในระดับที่ 4	
		สรุปหลักการทำงานของแบบจำลองอ้างอิงการดำเนินงานโซ่อุปทานขององค์กร	
		D1.1 คือการรวบรวมข้อมูลกระบวนการผลิต/การบริการ	
		D1.2 คือการรับ Order	
		D1.3 คือการตรวจสอบดูสินค้าคงคลัง กำหนดวันส่งว่าจะเสร็จวันไหน	
		D1.4 คือการรวบรวม Order ว่าจะต้องผลิต/บริการอีกเท่าไร	
		D1.5 คือการวางแผนการผลิต/การบริการ และสร้างผลิตภัณฑ์/บริการ	

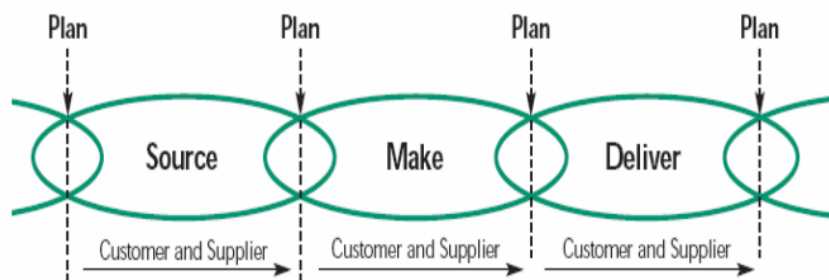
ตารางที่ 4(ต่อ)สรุปผลการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง SCOR Model สำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง

SCOR	วัตถุประสงค์	การวัดประสิทธิภาพและผล	
		ภายนอกองค์กร	ภายในองค์กร
		D1.6 คือการหาเส้นทางการในการขนส่ง D1.7 คือการเลือกเส้นทางที่จะขนส่งและพิจารณาอัตราการขนส่งด้วย D1.8 คือการรับสินค้าจากคลัง D1.9 คือการเก็บรวบรวมผลิตภัณฑ์/บริการทั้งหมด D1.10 คือการตรวจสอบความถูกต้องทั้งหมด D1.11 คือการตรวจสอบหาที่ตั้งผู้รับบริการภายใน D1.12 คือการจัดส่งผลิตภัณฑ์/บริการ D1.13 คือการส่งใบแจ้งรายการสินค้า	



ภาพที่ 2 สรุปการดำเนินการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง SCOR Model ในระดับที่ 1-4

สรุป การผลิต/การบริการจะมีความสัมพันธ์กันระหว่างกระบวนการ 2 กระบวนการที่อยู่ติดกัน ทั้งกระบวนการก่อนหน้าและกระบวนการถัดไป ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการในรูปแบบของ Supply Chain

จากภาพที่ 3 จุดตัดที่เกิดระหว่างกระบวนการที่อยู่ติดกัน เช่น Source กับ Make หรือ Make กับ Deliver เป็นต้น จุดตัดนั้นจะแสดงถึงความสัมพันธ์ในห่วงโซ่อุปทาน นั่นคือในแต่ละกระบวนการหรือแต่ละขั้นตอนจะถือเป็นผู้รับบริการ (Customer) ของกระบวนการก่อนหน้า และเป็น Supplier สำหรับกระบวนการถัดไป เช่น Make จะเป็นผู้รับบริการ (Customer) ของ Source และในทางกลับกัน Make จะเป็น Supplier สำหรับกระบวนการ Deliver เนื่องจากแต่ละกระบวนการมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นในแต่ละหน่วยงานหรือแต่ละกระบวนการในองค์กร ควรมีการวางแผนทั้งในกระบวนการของตนเองและทำการวางแผนร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ไม่ว่าจะเป็นทางด้านบริหารจัดการ การดำเนินงาน การจัดหาทรัพยากรวัตถุดิบ การจัดการหน่วยบริการ การควบคุมเบิกจ่ายพัสดุคงคลัง การจัดการหน่วยงานซ่อมบำรุง การดำเนินงานจัดส่งสินค้า/บริการ และการตรวจรับคืนสินค้า เป็นต้น เพื่อให้เกิดการสมดุลของ Supply Chain ในโรงพยาบาล เช่น การจัดการซ่อมบำรุงเครื่องมือแพทย์ การจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ การจัดการวัสดุทั่วไป เป็นต้น

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสามารถนำมาประกอบการตัดสินใจเพื่อจัดทำนโยบายการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง SCOR Model โรงพยาบาลสมุทรปราการ สำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง ผลการวิเคราะห์ปัญหาของการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง พบปัญหาได้ใน 3 ด้านประกอบด้วย ด้านการบริหาร ด้านบุคลากร ด้านการบริการ ตั้งแต่การวางแผนจัดซื้อจัดหา กระบวนการตัดสินใจ การสนับสนุนก่อนส่งมอบ การส่งมอบและการสนับสนุนหลังส่งมอบ จำเป็นต้องพัฒนากระบวนการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง SCOR Model สำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลังที่มีประสิทธิภาพและได้ผล ส่งผลต่อความเชื่อมั่นต่อการบริการของโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงพรรณ⁵ ว่า SCOR model จะมีการปรับปรุงพัฒนาและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เมื่อทำการปฏิบัติแล้วจะทำการวัดผลการปฏิบัติงานโดยนำผลตรวจวัดที่ได้มา

วิเคราะห์ปัญหา หาจุดที่ควรปรับปรุงเพิ่มเติม นำผลที่ได้ไปปรับปรุงอีกครั้งด้วยการทบทวนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาในการปฏิบัติงานในห่วงโซ่อุปทาน และการที่จะบรรลุเป้าหมายนั้น องค์กรจะต้องพิจารณาถึงการใช้ตัวขับเคลื่อนห่วงโซ่อุปทานทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) สินค้าคงคลัง (inventory) เป็นตัวขับเคลื่อนห่วงโซ่อุปทานที่สำคัญอย่างมาก เพราะการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินการในการคงคลังสินค้านั้น มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงประสิทธิภาพและความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการภายในของห่วงโซ่อุปทานได้ โดยจะเริ่มตั้งแต่การจับวัตถุดิบที่ใช้ในการผลิต และสินค้าสำเร็จรูปจนถึงการนำออกจากคลังสินค้า 2) การขนส่ง (transportation) จากการที่มีการเคลื่อนย้ายของวัสดุคงคลังจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งในห่วงโซ่อุปทานนั้น การขนส่งสามารถเกิดขึ้นได้หลากหลายวิธี จากรูปแบบ และ เส้นทางในการขนส่งซึ่งในแต่ละวิธีที่เลือกนั้น ก็จะมีลักษณะเด่นและข้อดีที่ไม่เหมือนกัน คือทางเลือกในการขนส่งมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพและความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการภายในของห่วงโซ่อุปทาน นอกจากนี้ยังส่งผลต่อต้นทุนที่ใช้ในการผลิตด้วย 3) สิ่งอำนวยความสะดวก (facilities) เป็นการจัดการองค์กร เพื่อช่วยในการอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานภายในองค์กร ทั้งทางด้านการผลิต เก็บสินค้าและการขนย้ายผลผลิต การจัดสรรอุปกรณ์และทำเลที่ตั้ง เพื่อทำให้ความสามารถในการผลิตเกิดประสิทธิภาพสูงสุด และต้องมีความยืดหยุ่นได้ในแต่ละขั้นตอน การดำเนินงานในองค์กรซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลกระทบอย่างมากต่อการดำเนินการภายในห่วงโซ่อุปทาน 4) ข้อมูลสารสนเทศ (information) ประกอบด้วยข้อมูลดิบและการวิเคราะห์ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับวัสดุคงคลัง การขนส่ง สิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้รับบริการภายในที่เกี่ยวข้องในห่วงโซ่อุปทาน ข้อมูลสารสนเทศของห่วงโซ่อุปทานนั้นอาจถือได้ว่าเป็นตัวขับเคลื่อนห่วงโซ่อุปทานที่ยิ่งใหญ่ที่สุด เพราะข้อมูลนั้นมีผลกระทบโดยตรงต่อตัวขับเคลื่อนห่วงโซ่อุปทานทุกตัว ข้อมูลสารสนเทศจะช่วยให้การจัดการกับโอกาสที่จะทำให้ห่วงโซ่อุปทานมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการภายในและประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุป

การวางระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง SCOR Model สำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลังของโรงพยาบาลสมุทรปราการ บุคลากรทุกคนต้องร่วมแรงร่วมใจกันในการดำเนินการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง SCOR Model ให้ครบทั้ง 5 กระบวนการ ได้แก่ plan (การวางแผน), source (การจัดหาจัดซื้อ), make (การผลิต), deliver (การขนส่ง) และ return (การส่งคืน) เป็นตัวแบบที่นำมาอธิบายการดำเนินงานการจัดการบริการโดยสามารถประยุกต์ได้กับโรงพยาบาลทุกระดับ ตามแนวคิดของ SCOR Model แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 1) การศึกษาในระดับสูงสุดหรือ top level (process type) ในระดับสูงสุด 2) การศึกษาในระดับกำหนดแนวทางหรือ configuration level (process categories) 3) การศึกษาในระดับ

องค์ประกอบของกระบวนการ หรือ process element level (decompose process) และ 4) การศึกษาในระดับประยุกต์ใช้ หรือ implementation level (decompose process element)

การนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

1. โรงพยาบาลสมุทรปราการ มีนโยบายการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง SCOR Model สำหรับการสั่งซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง ตั้งแต่การวางแผนจัดซื้อจัดหา กระบวนการตัดสินใจ การสนับสนุนก่อนส่งมอบ การส่งมอบและการสนับสนุนหลังส่งมอบ สำหรับการสั่งซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลังที่มีประสิทธิภาพและได้ผล

2. โรงพยาบาลสมุทรปราการ ได้นำผลการวิเคราะห์ปัญหาของการสั่งซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลังที่พบทั้ง 3 ด้านไปพัฒนา ประกอบด้วย ด้านการบริหาร ด้านบุคลากร ด้านการบริการ โดยคำนึงถึงเป้าหมาย ความเหมาะสมและความสอดคล้องของการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง SCOR Model สำหรับการสั่งซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลัง การนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาดำเนินการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง SCOR Model ของโรงพยาบาลในลำดับต่อไป

3. ส่งเสริมการนำนโยบายการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง SCOR Model สำหรับการสั่งซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลังโดยสามารถกำหนดรูปแบบของการดำเนินงานด้วยแบบจำลอง SCOR Model ได้ใน 3 รูปแบบ คือ เป็นการผลิตสินค้า/การบริการขึ้นมาเก็บไว้ก่อนแล้วจึงหาวิธีการกระจายสินค้า (Make-to-Stock) เป็นการผลิตสินค้า/การบริการตามคำสั่งซื้อของผู้รับบริการภายในโดยการผลิตจะเริ่มขึ้นได้หลังจากที่มีผู้รับบริการภายในแจ้งความจำนงค์ว่าต้องการให้ผลิตสินค้า/การบริการให้เท่านั้น (Make-to-Order) และเป็นการผลิตสินค้า/การบริการในรูปแบบการแปลงความต้องการของผู้บริโภคออกมาเป็นผลิตภัณฑ์/การบริการที่ผู้รับบริการภายใน/ผู้รับบริการต้องการ (Engineering-to-Order)

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลควรเรียนรู้และศึกษาเนื้อหาสาระ หลักการของการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง SCOR Model โดยละเอียด แล้วนำเอาเนื้อหาสาระของหลักการมาตีความให้ตรงกับบริบทของโรงพยาบาล เพื่อการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์เชิงนโยบาย และเป้าหมายของโรงพยาบาลตลอดจนทำให้บุคลากรภายในองค์กรที่เป็นผู้ใช้ประโยชน์จากกระบวนการจัดการห่วงโซ่อุปทาน

2. โรงพยาบาลควรจัดโครงการหรือกิจกรรมการฝึกอบรมหลักการของการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง SCOR Model ให้แก่บุคลากรทุกระดับ โดยเฉพาะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้วย

แบบจำลอง SCOR Model อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้รับความรู้และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ที่ควรนำมาประยุกต์ใช้สำหรับการดำเนินงาน

3. ควรทำการศึกษาการวางระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้วยแบบจำลอง SCOR Model สำหรับการจัดซื้อวัสดุและการจัดการสินค้าคงคลังของโรงพยาบาลสมุทรปราการให้ครอบคลุมทั้งระบบห่วงโซ่อุปทานสำหรับวัสดุและสินค้าคงคลังทุกประเภทของโรงพยาบาล ทำให้การใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลสมุทรปราการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพประหยัดและคุ้มค่า

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิเคราะห์วิจารณ์ เรื่อง แบบจำลองการจัดการห่วงโซ่อุปทาน ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความอนุเคราะห์ จากนายแพทย์นำพล แดนพิพัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้คำปรึกษาแนะนำ และข้อคิดเห็นต่างๆ ตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่อง จนกระทั่งสำเร็จสมบูรณ์ ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณไว้เป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากบทความวิเคราะห์วิจารณ์ฉบับนี้ผู้เขียนมอบให้กับบิดา มารดา ครอบครัว และครูอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่บริการอำนวยความสะดวกให้ผู้เขียนประสบความสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลสมุทรปราการ.รายงานแบบประเมินตนเอง ปี 2565.
2. Horvath, L. Collaboration: The Key to Value Creation in Supply Chain Management. Supply Chain Management: An International Journal. [Internet]. 2001 [cited 2023 Jan 6]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1108/EUM0000000006039>
3. Zhao, L., Huo, B., Sun, L., et al. The Impact of Supply Chain Risk on Supply Chain Integration and Company Performance: A Global Investigation. Supply Chain Management: An International Journal. [Internet]. 2013 [cited 2023 Jan 18]. Available from: <https://doi.org/10.1108/13598541311318773>
4. Flynn, B. B.; Huo, B.; Zhao, X. The impact of supply chain integration on performance: a contingency and configuration approach. Journal of Operations Management. 2010:58-71.

5. ดวงพรรณ กริชชาญชัย ศฤงคารินทร์ และเตือนใจ สมบูรณ์วิวัฒน์. การจัดการโลจิสติกส์และโซ่อุปทาน ยางพาราไทย. 2552. สำนักกองทุนสนับสนุนงานวิจัย, กรุงเทพมหานคร; 2552: 29-31.
6. Cao, Z. & Lumineau, F. Revisiting the Interplay between Contractual and Relational Governance: A Qualitative and Meta-Analytic Investigation. Journal of Operations Management, 2015. 33–34, 15–42.
7. Christopher, M. Logistics and Supply Chain Management: Strategies for Reducing Cost and Improving Service. Financial Times, London: Prentice-Hall. 1998.
8. สมพงษ์ ศิริโสภณศิลป์ และคณะ. โครงสร้างต้นทุนด้านโลจิสติกส์ของการนำเข้าและส่งออกสินค้าด้วยคอนเทนเนอร์. กรุงเทพฯ : คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2549.
9. คำนาย อุภิปรัชญาสกุล. การจัดการต้นทุนโลจิสติกส์. กรุงเทพฯ : โพกัสมีเดียแอนด์ พับลิชชิง. 2549.
10. Mentzer, J. T., DeWitt, W., Keebler, J. S., Min, S., Nix, N. W., Smith, C. D., & Zacharia, Z.G. Defining Supply Chain Management. Journal of Business Logistics, 22(2), 2001. 1-25.
11. Supply Chain Operation Reference Model (SCOR) [Internet] 2023 Jan. 14. Available from: www.army.mil/escc/cpi/refmod4c.htm.

ผลการพัฒนาระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ โรงพยาบาลสมุทรปราการ

วรรณิ วุฒิเกตุ, มณัญญา ดิษฐสกุล, หทัยกานต์ พานทอง

Results from the Development of Sterilization Medical Equipment Supply System in Samutprakan Hospital

Wannee Wuttikate¹, Mananya Dittasagul¹, Hataikan Pantong¹

¹กลุ่มงานการพยาบาล/หน่วยจ่ายกลาง, ¹Nursing professional organizations/Central sterile supply department

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ ประเมินความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการระบบการเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ และเพื่อประเมินความเสี่ยงในระบบการเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ หน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม สุ่มแบบเฉพาะเจาะจงคือ เจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลางที่ปฏิบัติงานมากกว่า 6 เดือน จำนวน 20 คน และเจ้าหน้าที่ผู้ใช้ระบบการเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อจากหอผู้ป่วย ปฏิบัติงานมากกว่า 6 เดือน จำนวน 84 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ ระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ โรงพยาบาลสมุทรปราการ แบบสอบถามและแบบบันทึกผลการให้บริการเบิกจ่ายปราศจากเชื้อ ซึ่งผ่านการตรวจสอบหาความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งหมดที่ 0.920

ผลวิจัยพบว่า สภาพปัญหาการเบิกจ่ายอุปกรณ์ที่พบมากที่สุดคือ การจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อไม่ทันใช้งานตรวจรักษาผู้ป่วย จำนวน 29 ครั้ง ซึ่งจ่ายเกินเวลาที่กำหนดมากกว่า 20 นาที และมีค่าใช้จ่ายในการเบิกอุปกรณ์ 25,000 ต่อปี จึงได้พัฒนาปรับเปลี่ยนการเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อที่ใช้มาระยะหนึ่งแล้ว และประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบ และนำผลความพึงพอใจที่ได้ ไปพัฒนาระบบการเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ หน่วยจ่ายกลางให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจด้านการใช้งานโปรแกรมของผู้ให้บริการ ($\bar{X}$ =4.21), (S.D.=0.512), ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ($\bar{X}$ =4.27), (S.D.=0.576) และพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงการส่งอุปกรณ์ให้ผู้รับบริการใช้งานไม่ทันการตรวจรักษาผู้ป่วยลดลง ในปี 2563 พบจำนวน 29 ครั้ง ปี 2566 พบ 1 ครั้ง

คำสำคัญ : หน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาล, ระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ, โปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูป, อุปกรณ์ปราศจากเชื้อ

Abstract

This study aims to develop and evaluate the sterile equipment disbursement system in the Central Sterile Supply Department (CSSD) at Samutprakarn Hospital. The satisfaction of both service providers and recipients as well as the risks involving the sterile equipment disbursement systems were assessed. There are 2 groups of samples, which were specifically randomized. The first group was CSSD officers who had been working for more than 6 months. The second group was 20 people and staff who have used the sterile equipment disbursement system for more than 6 months. Eighty-four participants were included in the study. The sterile equipment disbursement systems, the questionnaire, and the sterile disbursement service record form were used as the tools and were validated for confidence by the entire Kronbach alpha coefficient of 0.920.

The results found that the most common disbursement problem was the dispensing of sterile devices in time for patient treatment. Therefore, the reimbursement of sterile equipment has been applied and the satisfaction of system users was assessed. The satisfaction of service users was high [providers $\bar{X}=4.21$ (S.D.=0.512), customer $\bar{X}=4.27$ (S.D.=0.576)]. The incidence of risk of not being able to send equipment to service recipients in time for patient treatment decreased from 29 times in 2020 to only one time in 2023.

Keywords: Central Sterile Supply Department, sterile equipment disbursement system, sterilization medical equipment supply system, sterile equipment

บทนำ

หน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลสมุทรปราการ (Central Sterile Supply Department [CSSD]) เป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญมากหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาล ที่มีการพัฒนาระบบบริการทำให้ปราศจากเชื้อเครื่องมือรักษาได้ตามมาตรฐาน มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยป้องกันความเสี่ยงจากการติดเชื้อ¹ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับกระบวนการทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ ที่นำมาใช้กับผู้ป่วย ในประเทศที่พัฒนาแล้วนิยมใช้อุปกรณ์ที่ใช้ครั้งเดียวแล้วไม่นำกลับมาใช้อีก แต่อุปกรณ์บางชนิดมีราคาแพงและถูกออกแบบให้สามารถนำกลับมาใช้ได้² เช่นกล้องส่องตรวจต่างๆ เครื่องมือทันตกรรม สายสวน หลอดเลือด ผ้าสำหรับห่ออุปกรณ์ชุดผ่าตัด เป็นต้น³ หากกระบวนการทำลายเชื้อหรือทำให้ปราศจากเชื้อไม่มีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสียหายหรือได้รับผลกระทบ เช่น อัตราการตายหรือทุพพลภาพสูงขึ้น นอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ขาดรายได้ นอกจากนี้ อาจเกิดการระบาดของเชื้อดื้อยาได้

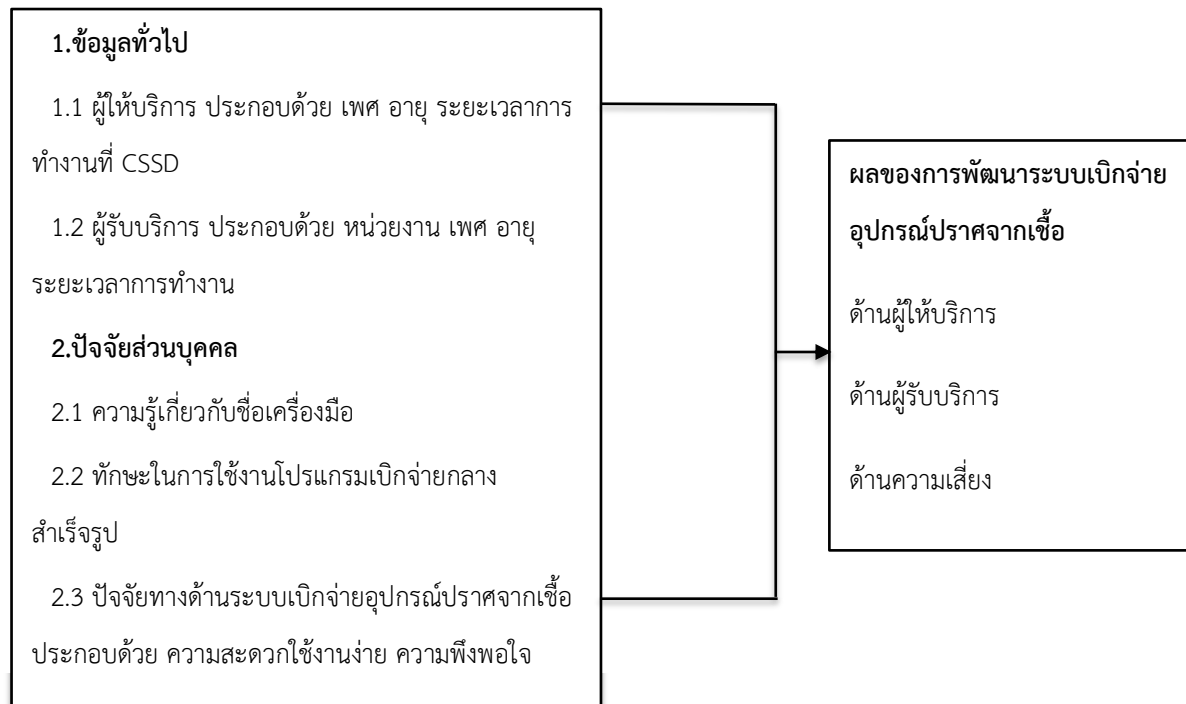
กระบวนการทำงานของหน่วยจ่ายกลางมีขั้นตอนดังนี้ 1.การเก็บอุปกรณ์ปนเปื้อน 2.การทำความสะอาด 3.การบรรจุหีบห่อ 4.การทำให้ปราศจากเชื้อ 5.การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 6.การจัดเก็บอุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อ 7.การเบิกจ่ายและรับส่งอุปกรณ์ปราศจากเชื้อให้หน่วยต่างๆ หากไม่เคร่งครัดในเรื่องของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้รับเชื้อจากอุปกรณ์การแพทย์ได้ นอกจากนี้ การแจกจ่ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ไปยังหน่วยงานในโรงพยาบาลต้องตรงเวลา มีความถูกต้อง ครบถ้วนตามความต้องการของหน่วยงาน รวมถึงความพร้อมใช้งาน ไม่แตกหักชำรุด⁴ ดังนั้นบุคลากรของหน่วยจ่ายกลางต้องมีความรู้และทักษะในการบริหารจัดการอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานและทันต่อความต้องการใช้งาน จากการให้บริการที่ผ่านมาพบปัญหาในการเบิกจ่ายอุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อ ดังนี้ 1.หน่วยเบิกต้องใช้เวลาในการบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มการรับ-จ่ายอุปกรณ์งานจ่ายกลางและทำสำเนา เพื่อตรวจสอบอุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อที่ได้รับจากหน่วยจ่ายกลาง 2.เกิดความล่าช้าในการเก็บอุปกรณ์ปนเปื้อนที่ต้องรอแบบฟอร์มฯ 3.บางครั้งแบบฟอร์มฯ ชำรุด เขียนจำนวนเบิกไม่ชัดเจน 4.แบบฟอร์มฯปนเปื้อนขณะผู้เบิกและเจ้าหน้าที่จ่ายกลางนำอุปกรณ์และเขียนจำนวน 5.ผู้เก็บอุปกรณ์ต้องส่งแบบฟอร์มฯให้ห้องจ่ายอุปกรณ์เพื่อจัดอุปกรณ์ปราศจากเชื้อให้เจ้าหน้าที่ขนส่งไปส่งหน่วยเบิกต่างๆ 6.ห้องจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อได้รับแบบฟอร์มฯล่าช้า, จัดส่งอุปกรณ์ให้หน่วยเบิกไม่ทันต่อการให้บริการผู้ป่วย เกิดข้อร้องเรียน 7.เสียค่าใช้จ่ายเอกสารแบบฟอร์มฯ (70 หน่วยเบิก × 2 แผ่น/วัน) ประมาณ 25,000 บาท/ปี

จากปัญหาที่สะสมจนถึงช่วงเกิดโรคระบาดโควิด-19 ในเดือนธันวาคม 2562 หน่วยจ่ายกลางต้องการแก้ไขปัญหา โดยให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการปรับปรุงพัฒนาระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ มีการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อด้วยกระบวนการบริหารงาน PDCA (วงจรบริหารงานคุณภาพ ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน Plan-Do-Check-Act หรือ วางแผน-ปฏิบัติ-ตรวจสอบ-ปรับปรุง เป็นกระบวนการที่ใช้ปรับปรุงการทำงานขององค์กรอย่างเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาและเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง) ช่วยในการหาปัญหาและความผิดพลาดในงาน เพื่อลดความสูญเปล่า ในการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง จนได้เป้าหมายร่วมกัน คือ การปรับปรุงระบบเบิกจ่าย

อุปกรณ์ปราศจากเชื้อผ่านสารสนเทศ จึงเป็นจุดเริ่มต้นการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อในโรงพยาบาลสมุทรปราการและการทำวิจัยในครั้งนี้ โดยกระบวนการดำเนินงานพัฒนาระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อเป็นลำดับขั้นตอน ดังนี้ 1) ห้างหุ้นส่วนภาคเอกชน รับแนวคิดจากหน่วยจ่ายกลางไปคิดค้นสร้างโปรแกรม 2) ดำเนินการติดตั้งโปรแกรมที่สร้างมาที่หน่วยจ่ายกลางให้ชื่อว่า โปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูป 3) ห้างหุ้นส่วนภาคเอกชนสนับสนุนเครื่องคอมพิวเตอร์พร้อมติดตั้งเพิ่มทั้งหมด 3 เครื่องพร้อมเครื่องพิมพ์สติกเกอร์ ระบบ WIFI และที่สแกนจ่ายอุปกรณ์ 2 ชุดที่ห้องจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ 4) หน่วยจ่ายกลางมอบหมายเจ้าหน้าที่ 3 คน เป็นผู้เรียนรู้การใช้โปรแกรมจ่ายกลางสำเร็จรูป และมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ 1 คน เป็นผู้ตั้งชื่ออุปกรณ์ปราศจากเชื้อทุกรายการในโปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูป ต้องให้เป็นชื่อที่หน่วยจ่ายกลาง และหน่วยเบิกเรียกชื่อตรงกันในการเบิกและตรงกับสติกเกอร์ที่ใช้ติดอุปกรณ์ปราศจากเชื้อนั้นๆ โดยที่สติกเกอร์ระบุรายละเอียด ชื่ออุปกรณ์ วันผลิต วันหมดอายุ เครื่องที่ผลิต รอบที่ผลิต ชื่อผู้เตรียม ชื่อผู้ตรวจสอบชื่อผู้หนึ่ง 5) หัวหน้าหน่วยจ่ายกลางประสานงานขออนุมัติติดตั้งโปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูป ในระบบสารสนเทศโรงพยาบาลสมุทรปราการ 6) ตัวแทนหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลพยาบาล และแพทย์หัวหน้าระบบสารสนเทศโรงพยาบาล หัวหน้าศูนย์คอมพิวเตอร์และเจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ที่เกี่ยวข้องประชุมเรียนรู้การใช้งานโปรแกรม เมื่อเดือนพฤษภาคม 2563 7) ทดลองใช้ระบบเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูป ได้รับความร่วมมือจากหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุในเดือนพฤษภาคม 2563 8) การจัดประชุมชี้แจง ให้แม่บ้านและพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้และสอนวิธีการใช้โปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูป ที่ได้รับการพิจารณาอนุมัติลงในสารสนเทศของโรงพยาบาลสมุทรปราการ (SMPK Application) ระหว่างทดลองใช้โปรแกรมมีการประชุมและแก้ไขปัญหาและปรับปรุงระบบเป็นระยะทุก 1 สัปดาห์ ทดลองใช้โปรแกรมนาน 1 เดือน หลังจากนั้นขยายผลการใช้ระบบเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูป ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยจัดประชุมชี้แจงตัวแทนทุกหน่วยเบิกให้สามารถใช้งานโปรแกรมจ่ายกลางสำเร็จรูปได้ เมื่อวันที่ 23 มิถุนายน 2563 9) สัณจสรสอนทักษะการใช้โปรแกรมโดยห้างหุ้นส่วนเอกชนร่วมกับเจ้าหน้าที่จ่ายกลางไปสอนหน่วยงานหน่วยเบิกต่างๆ 10) ตั้งกลุ่มไลน์ “เบิกจ่ายอุปกรณ์จ่ายกลาง” เพื่อใช้ติดต่อประชาสัมพันธ์ สอบถามข้อมูล ติดตามอุปกรณ์ค้างจ่ายและอื่นๆ ระหว่างเจ้าหน้าที่จ่ายกลางกับหน่วยเบิกต่างๆ 11) การทบทวนปัญหาและปรับปรุงแก้ไขต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการ PDCA

ในขั้นตอนกระบวนการผลิตและแจกจ่ายของอุปกรณ์หน่วยงานจ่ายกลาง โรงพยาบาลสมุทรปราการ มีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น จากสถิติของหน่วยจ่ายกลาง ปริมาณการจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ ปี 2562 จำนวน 1,056,971 ชุด/ปี ปี 2563 จำนวน 975,289 ชุด/ปี ปี 2564 จำนวน 1,270,385 ชุด/ปี ปี 2565 จำนวน 1,296,272 ชุด/ปี

จากการทบทวนปัจจัยที่มีผลต่อระบบการเบิกอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเบิกอุปกรณ์ปราศจากเชื้อได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในการใช้โปรแกรมจ่ายกลางสำเร็จรูป ชื่อเครื่องมือที่หน่วยงานเรียกไม่เหมือนกัน หน่วยจ่ายกลางจึงจัดการประชุมผู้รับบริการเพื่อสอนวิธีการใช้โปรแกรมจ่ายกลางสำเร็จรูป เบื้องต้น ทบทวนปัญหาและแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อพัฒนาโปรแกรมเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อให้มีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการระบบการเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการระบบการเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อด้านความเสี่ยง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ ในโรงพยาบาลสมุทรปราการโดยการศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรที่เป็นผู้ให้บริการในหน่วยจ่ายกลาง และผู้รับบริการในโรงพยาบาลสมุทรปราการภายหลังการพัฒนา ระบบการเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ และนำผลที่ได้ไปพัฒนาระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและความพึงพอใจให้ดียิ่งขึ้น วิธีการดำเนินการวิจัยมีดังนี้

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

1. ผู้ให้บริการ เป็นเจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลางที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับโปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูป จำนวน 27 คน
2. ผู้รับบริการ เป็นเจ้าหน้าที่หน่วยเบิก ที่มีหน้าที่เบิกอุปกรณ์ปราศจากเชื้อจากหน่วยจ่ายกลางโดยใช้โปรแกรมจ่ายกลางสำเร็จรูป อาจมีตำแหน่งเป็นพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ที่เป็น

ตัวแทนจาก 74 หน่วยเบิก เลือกสุ่มแบบไม่เฉพาะเจาะจง เป็นผู้ที่ให้ความสมัครใจให้ความร่วมมือทำแบบสำรวจความพึงพอใจ

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้ประกอบด้วย

1. กลุ่มประชากรผู้ให้บริการ เป็นเจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลสมุทรปราการ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูป จำนวน 20 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือกดังนี้

- (1) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยจ่ายกลางมากกว่า 6 เดือน
- (2) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

2. กลุ่มประชากรผู้รับบริการ เป็นผู้รับบริการในหน่วยงานต่างๆ 74 หน่วยงานในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่ใช้โปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูป คัดเลือกแบบไม่เฉพาะเจาะจงโดยการสุ่มแบบบังเอิญ (accidental sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 74 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

- (1) เป็นผู้ใช้งานโปรแกรมจ่ายกลางสำเร็จรูป ที่มีอายุงานมากกว่า 6 เดือน
- (2) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภทประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ คู่มือการใช้โปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูป สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ สามารถศึกษาได้จากสารสนเทศโรงพยาบาลสมุทรปราการใน SMPK Application หน่วยจ่ายกลาง ได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง หรือดาวน์โหลดเป็นเอกสารเก็บไว้ในแฟ้มเพื่อให้เจ้าหน้าที่สะดวกในการศึกษาจะเกิดผลดียิ่งขึ้น
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้
 - 2.1 แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ให้บริการ คือสำรวจความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลางต่อการใช้โปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูป
 - 2.2 แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ที่มีต่อการใช้โปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูปโดยใช้ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการของพาราสูรามานซีแธมส์และเบอร์รี่ (Parasuraman, Zeithaml & Berry)⁵
 - 2.3 แบบบันทึกความเสี่ยงการเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อหน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลสมุทรปราการ เป็นแบบบันทึกที่เจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลางที่ได้มอบหมายให้เป็นผู้เก็บรวบรวมความเสี่ยง หรือข้อร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายอุปกรณ์ในแต่ละวันโดยข้อมูลความเสี่ยงได้มาจากหลายช่องทาง เช่น หน่วยรับบริการแจ้งกับเจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลางโดยตรง หรือแจ้งโดยทางโทรศัพท์ หรือแจ้งทางไลน์กลุ่มเบิกอุปกรณ์จ่ายกลาง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผู้วิจัยทำการตรวจสอบ แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีต่อการใช้โปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูปโดยการตรวจสอบความตรงเนื้อหา การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีขั้นตอนดังนี้

การตรวจสอบความตรงเนื้อหา (content validity) การตรวจสอบความตรงผู้วิจัยทำการ สอบถามความพึงพอใจ ของผู้ให้บริการ สอบถามความพึงพอใจต่อผลการใช้โปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูป โดยทีมผู้วิจัยร่วมกันวิเคราะห์ ความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษาพร้อมทั้งปรับปรุง แก้ไขจนเป็นที่เรียบร้อย หลังจากนั้นนำแบบสอบถามทั้งหมดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน สอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหาความสอดคล้อง ตลอดจนความเหมาะสมของภาษา โดยกำหนดเกณฑ์ความเห็นพร้อมตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 4 ใน 5 ท่านโดยใช้เกณฑ์ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา Content validity Index (CVI) = 0.8 ขึ้นไปตามสูตรดังนี้

$$\text{สูตร CVI} = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

กำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับคือ 1, 2, 3 และ 4 โดยเกณฑ์การใช้คะแนนความตรงของเนื้อหา ดังนี้

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้อง ไม่เหมาะสม ควรตัดทิ้ง
- 2 หมายถึง คำถามสอดคล้องน้อยจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงความเหมาะสม
- 3 หมายถึง คำถามสอดคล้องค่อนข้างมากจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะเหมาะสมที่จะใช้วัด
- 4 หมายถึง คำถามสอดคล้องเหมาะสมที่จะใช้วัดมาก

ข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาต่ำกว่า 0.8 ผู้วิจัยนำมาพิจารณาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพนักงานจ่ายกลาง และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการรับบริการหน่วยจ่ายกลาง ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายหลังจากการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้กับพนักงานจ่ายกลาง และผู้รับบริการหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 10 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ซึ่งยอมรับความเที่ยงที่มีค่า 0.8 ขึ้นไป พบว่าแบบสอบถามความพึงพอใจ ของผู้ให้บริการพนักงานจ่ายกลางและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการหน่วยงานต่างๆ ต่อบริบบปฏิบัติการทำให้ปราศจากเชื้อที่พัฒนาขึ้นมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคที่ 0.920

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำขึ้นภายหลังจากการที่ได้รับอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสมุทรปราการ ลงวันที่ 1 พฤษภาคม 2566 เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 8 พฤษภาคม 2566 ถึง 8 มิถุนายน 2566 และผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสำรวจในวันที่จัดประชุมหน่วยจ่ายกลางพบผู้รับบริการ และ

เก็บข้อมูลแบบสำรวจมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง สอบถามความคิดเห็นความพึงพอใจที่มีต่อการใช้โปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูปในด้านการใช้งาน เช่น การใช้โปรแกรมง่ายสะดวก สามารถตรวจสอบสถิติยอดจ่ายได้ ติดตามอุปกรณ์ค้างจ่าย ความปลอดภัยจากการแพร่เชื้อกระจายเชื้อ การลดค่าใช้จ่ายในการเบิกจ่ายอุปกรณ์ เป็นต้น แบบประเมินความพึงพอใจที่มีต่อคุณภาพการบริการ

คะแนนความพึงพอใจแบ่งเป็น 5 ระดับคือ

- 5 หมายถึง ความพึงพอใจมากที่สุด
- 4 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก
- 3 หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย
- 1 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนระดับความพึงพอใจ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์การแปล ของประคองกรรณสูตร (2542) ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงมาก
- คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก
- คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ
- คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำมาก

การวิเคราะห์ข้อมูล หลังจากรวบรวมข้อมูลแล้วผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความพึงพอใจของ กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจงการพัฒนาระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อหน่วยจ่ายในที่ประชุมหน่วยจ่ายกลางพบผู้รับบริการและชี้แจงในที่ประชุมประจำเดือนให้เจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลางซึ่งเป็นผู้ให้บริการทราบการทำวิจัย เรื่องผลการพัฒนาระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อหน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลสมุทรปราการ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับในการนำผลวิจัยไปพัฒนาระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

โดยผู้ร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเวลาการปฏิเสธจะไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นและให้เซ็นยินยอมร่วมงานวิจัยไว้เป็นหลักฐานโดยการมีรายละเอียดดังนี้

6.1 ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและลงนามยินยอมเข้าร่วมตามความสมัครใจ

6.2 ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบและลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

6.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแล้วให้ใส่ซองที่แนบไปผู้วิจัยได้มอบหมายผู้ประสานงานวิจัยไปรับคืนตามกำหนด ผู้ร่วมวิจัยสามารถแสดงความคิดเห็นในการตอบแบบสอบถามได้ตามความเป็นจริง ข้อมูลดิบที่ได้จากแบบสำรวจ ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับเมื่อสิ้นสุดวิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นเวลา 1 ปีให้ตู้ล็อก และทำลายแบบสำรวจทั้งหมดเมื่อครบกำหนด

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ โรงพยาบาลสมุทรปราการ เป็นงานวิจัยและพัฒนา ระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ โดยการเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อในระบบสารสนเทศ ผ่าน SMPK Application ด้วยโปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูป หน่วยจ่ายกลางต้องการที่จะประเมินผลความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบ และประเมินความเสี่ยงในการเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ เพื่อนำผลการประเมินมาวิเคราะห์และพัฒนาระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ หน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลสมุทรปราการ ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น โดยการผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ เป็นเจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลาง ในการศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด 20 คน ผลการสำรวจข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้าน เพศ ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55) เพศชาย (ร้อยละ 45), ส่วนใหญ่อายุ 0-29 ปี (ร้อยละ 40), สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 60), ตำแหน่งเกือบทั้งหมดตำแหน่งพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ (ร้อยละ 95), ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 80), ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานประสบการณ์ในตำแหน่งพนักงานจ่ายกลางมากที่สุด 0-5 ปี (ร้อยละ 45) ดังรายละเอียดตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ หน่วยจ่ายกลาง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=20)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	11	55
ชาย	9	45
อายุ (ปี) ($\bar{X} = 37.1$) (SD = 11.71)		
0 - 29	8	40
30 - 39	4	20
40 - 49	3	15
≥ 50 ปีขึ้นไป	5	25
สถานภาพสมรส		
โสด	12	60
สมรสคู่	8	40
วุฒิการศึกษา		
ชั้นมัธยมศึกษา	16	80
ปวช./ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	4	20
ตำแหน่ง		
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	19	95
อื่นๆ เช่น พนักงานประจำตึก, พนักงานบริการ	1	5
ประสบการณ์ในตำแหน่งพนักงานจ่ายกลาง		
0 - 5 ปี	9	45
6 - 10 ปี	4	20
11 - 20 ปี	3	15
21 - 30 ปี	2	10
> 30 ปี	2	10

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่หน่วยเบิกอุปกรณ์ปราศจากเชื้อในหน่วยงานต่างๆ จากการศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด 84 คน ผลการสำรวจข้อมูลทั่วไปด้าน เพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81) ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน 0-29 ปี (ร้อยละ 30.1) 30-39 ปี (ร้อยละ 27.7) 40-49 ปี (ร้อยละ 31.3) สถานภาพโสดเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.2), วุฒิการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.1), ตำแหน่งเกือบทั้งหมดเป็นพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ (ร้อยละ 67.9) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=84)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	68	81
ชาย	16	19
อายุ (ปี) ($\bar{X}$ 37ปี) (SD = 9.86)		
0 - 29	25	30.1
30 - 39	23	27.7
40 - 49	26	31.3
≥ 50 ปี	9	10.8
สถานภาพสมรส		
โสด	43	51.2
สมรสคู่	37	44.0
หม้าย	1	1.2
หย่า/แยก	3	3.6
วุฒิการศึกษา		
ชั้นมัธยมศึกษา	48	57.1
ปวช./ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	20	23.8
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	16	19.1
ตำแหน่ง		
พยาบาลเทคนิค	5	6
ผู้ช่วยพยาบาล	12	14.3
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	57	67.9
อื่นๆ เช่นเภสัชกรรม,พนักงานบริการ	10	11.8

ตอนที่ 3 ผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ จากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อโดยใช้โปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูป โดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.512

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด 4 ข้อแรก คือ ระบบสามารถลดขั้นตอนในการปฏิบัติได้ดีขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.686 รองลงมาคือข้อโปรแกรมใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.587 และข้อโปรแกรมสะดวก รวดเร็ว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.745 และข้อ ระบบมีความปลอดภัยจากเชื้อโรค มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.587 ทั้งนี้ข้อที่มีระดับความพึงพอใจต่ำที่สุด 3 ข้อสุดท้าย คือ

ข้อโปรแกรมสามารถติดตามรายการค้างจ่ายได้ มีค่าเฉลี่ย 3.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.852 รองลงมาคือข้อระบบสามารถตรวจสอบสถิติการค้างจ่ายได้ มีค่าเฉลี่ย 3.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.911 และข้อโปรแกรมสามารถลดข้อขัดแย้ง มีค่าเฉลี่ย 4.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.686 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อด้วยการใช้โปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูป (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. รูปแบบการใช้งาน			
1.1 ใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยาก	4.35	0.587	มาก
1.2 สะดวก รวดเร็ว	4.35	0.745	มาก
1.3 ระบบการตรวจสอบสถิติค้างจ่าย	3.90	0.911	มาก
1.4 ระบบการติดตามการค้างจ่าย	3.90	0.852	มาก
1.5 นำสถิติมาวิเคราะห์การดำเนินงานได้ดี	4.20	0.767	มาก
1.6 โปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีการสื่อสารที่ดี	4.30	0.732	มาก
1.7 ระบบสามารถลดข้อขัดแย้ง	4.05	0.686	มาก
1.8 ระบบสามารถลดขั้นตอนในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น	4.45	0.686	มาก
2. ระบบมีความปลอดภัยจากการแพร่กระจายเชื้อ	4.35	0.587	มาก
3. สามารถลดค่าใช้จ่ายในระบบเบิกได้	4.25	0.767	มาก
เฉลี่ย	4.21	0.512	มาก

ตอนที่ 4 ผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการพัฒนาระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ จากการวิเคราะห์พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อโดยใช้โปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูป โดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.576

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด 3 ข้อแรก คือ โปรแกรมสามารถลดค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.628 รองลงมาคือข้อโปรแกรมส่งเสริมระบบจ่ายอุปกรณ์มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.63 และข้อโปรแกรมใช้งานง่ายไม่ยุ่งยาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.589 ทั้งนี้ข้อที่มีระดับความพึงพอใจต่ำที่สุด 3 ข้อสุดท้าย คือ ข้อโปรแกรมสามารถติดตามรายการค้างจ่ายได้ มีค่าเฉลี่ย 4.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.993 รองลงมาคือข้อ ได้รับอุปกรณ์ถูกต้อง ครบถ้วน มีค่าเฉลี่ย 4.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.856 และข้อได้รับอุปกรณ์ปราศจากเชื้อทันเวลาให้บริการผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย 4.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.844 ซึ่งความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อด้วยโปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูปของผู้รับบริการอยู่ในระดับพึงพอใจมากและสูงมาก ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการพัฒนาระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อด้วยการใช้โปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูป

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. รูปแบบการใช้งาน			
1.1 ใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยาก	4.45	0.589	มาก
1.2 สะดวก รวดเร็ว	4.25	0.742	มาก
1.3 ระบบการตรวจสอบสถิติค่าง่าย	4.13	0.941	มาก
1.4 ระบบการติดตามการค่าง่าย	4.02	0.993	มาก
1.5 ได้รับอุปกรณ์ปราศจากเชื้อทันเวลาให้บริการผู้ป่วย	4.09	0.844	มาก
1.6 ได้รับอุปกรณ์ถูกต้อง ครบถ้วน	4.03	0.856	มาก
1.7 โปรแกรมส่งเสริมให้ระบบจ่ายอุปกรณ์มีประสิทธิภาพดีขึ้น	4.50	0.630	สูงมาก
1.8 สามารถรู้สต็อกอุปกรณ์ในหน่วยงานได้	4.33	0.682	มาก
2. มีความปลอดภัยจากการแพร่กระจายเชื้อ	4.40	0.603	มาก
3. สามารถลดค่าใช้จ่ายในระบบเบิกได้	4.54	0.628	สูงมาก
เฉลี่ย	4.27	0.576	มาก

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ผลการประเมินความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ

ผลการประเมินความเสี่ยงที่เกิดในการเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ หน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลสมุทรปราการ เป็นการเก็บรวบรวมความเสี่ยงในแต่ละวันที่ได้รับจากผู้ใช้งานหลายช่องทาง ได้แก่ ทางไลน์ และการแจ้งทางโทรศัพท์ การบอกกล่าว แล้วนำมาสรุปเป็นภาพรวมในแต่ละปีมาเปรียบเทียบกันตั้งแต่ปี 2563 เป็นต้นมาโดยมีการตั้งเกณฑ์เป้าหมายให้ความเสี่ยงที่ระดับความเสี่ยงรุนแรงไม่ควรเกิน 5 ครั้ง/ปี และความเสี่ยงทั่วไปไม่เกิน 10 ครั้ง/ปี ตามข้อความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ ดังตารางที่ 5

ผลการวิเคราะห์ ข้อมูลความเสี่ยงในการเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ โรงพยาบาลสมุทรปราการ สามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้ ความเสี่ยงที่พบอุบัติการณ์มากเป็นลำดับที่ 1 คือผู้รับบริการได้รับอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ ไม่ทันในการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยในปี 2563 มีเป็นจำนวนมากถึง 29 ครั้ง จากการทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุเป็นปัญหา หลังจากการนำโปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูป ซึ่งเป็นการนำการเบิกแบบใหม่มาใช้ในเดือนสิงหาคม 2563 หลังจากนั้นอุบัติการณ์จ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อส่งไม่ทันในการให้บริการแก่ผู้ป่วยลดลง

ปัญหาความเสี่ยงในการเบิกจ่ายอุปกรณ์ที่พบเกิดจาก ความผิดพลาดของบุคคล (human error) มีหัวข้อดังนี้ ความเสี่ยงการส่งของผิดแผนก ความเสี่ยงการได้รับจำนวนอุปกรณ์ปราศจากเชื้อไม่ครบตามจำนวนเบิก ความเสี่ยงจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อผิดชนิด ปัญหาความเสี่ยงจากตัวโปรแกรมเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ ข้อมูลความเสี่ยงดังแสดงตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แบบบันทึกความเสี่ยงในการเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ ปี 2563-2566

รายการความเสี่ยง	เกณฑ์	2563	2564	2565	2566
					(ต.ค.65-พ.ค.66)
1. ผู้รับบริการได้รับอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ ไม่ทันใน การให้บริการผู้ป่วย	<5 ครั้ง/ปี	29	13	8	1
2. จ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อผิดชนิด	<10 ครั้ง/ปี	1	3	2	0
3. ได้รับอุปกรณ์ปราศจากเชื้อไม่ครบตามจำนวนเบิก	<10 ครั้ง/ปี	2	7	3	0
4. จ่ายอุปกรณ์ผิดแผนก	<10 ครั้ง/ปี	13	15	20	18
5. ปัญหาตัวโปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูป	<2 ครั้ง/ปี	3	2	1	1

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าการนำโปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูปมาใช้ในระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ เพิ่มประสิทธิภาพระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อและช่วยลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดในระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ และช่วยให้บุคลากรปฏิบัติงานได้ง่ายขึ้น ลดขั้นตอนการทำงาน ลดการรอคอยเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ตามวัตถุประสงค์ซึ่งภาพรวมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความพึงพอใจ อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในระบบเบิกจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ พบว่าความเสี่ยงที่ผู้รับบริการได้รับอุปกรณ์ปราศจากเชื้อไม่ทันให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วย ที่เกิดขึ้นในปี 2563 จำนวน 29 ครั้งหลังจากที่ได้ นำโปรแกรมจ่ายกลางสำเร็จรูปมาใช้ทำให้อุบัติการณ์ลดลงตามลำดับโดยในปี 2566 เกิดขึ้นเพียง 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่าการนำโปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูปเข้ามาใช้ทำให้มีความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการอยู่ในเกณฑ์ พึงพอใจมาก และช่วยลดความเสี่ยงในระบบจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อดีขึ้นทุกปี ยกเว้นอุบัติการณ์จ่ายของผิดแผนกที่แนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี อาจเนื่องมาจากบุคลากรหน่วยงานจ่ายกลางที่ขนส่งอุปกรณ์ปราศจากเชื้อไม่เพียงพอ ขาดความรอบคอบหรือขาดการตรวจสอบในการส่งอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ รวมถึงภาระงานของหน่วยงานที่สูงขึ้น ด้วยข้อจำกัดของอัตรากำลังในการปฏิบัติงานจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ ที่มี 2 คนส่งทั้งในช่วงเช้าและบ่าย ให้บริการจ่ายอุปกรณ์แก่หน่วยเบิกทั้งหมด 74 หน่วยเบิก ทำให้บุคลากรเกิดความอ่อนล้า ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการจ่ายอุปกรณ์ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมในการทำงานและประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์⁶ พบว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพและเวลาในการทำงานมีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า การนำโปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูปเข้ามาสามารถแก้ปัญหาการส่งอุปกรณ์ไม่ทันให้บริการได้ดีมาก นอกจากนั้นยังช่วยลดอุบัติการณ์การจ่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อผิดชนิดและไม่ครบตามจำนวนเบิก ซึ่งตั้งแต่การนำโปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูปเข้ามาใช้ยังไม่พบอุบัติการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาครั้งนี้พบผลความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก ดังนั้นจึงเสนอแนะให้หน่วยจ่ายกลางทั้งภาครัฐและเอกชน นำโปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูปไปใช้ โดยให้พิจารณาเลือกจากบริษัทหรือตัวแทนที่ขายสต็อกเกอร์ที่มีโปรแกรมเบิกจ่ายอุปกรณ์สำเร็จรูปให้ใช้งานด้วย โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม อีกทั้งยังได้รับการส่งเสริมอุปกรณ์การใช้งานโปรแกรม ซึ่งปัจจุบันมีหลายบริษัทที่ดำเนินการการตลาดในรูปแบบนี้ แต่ต้องพิจารณาเลือกใช้ตามบริบทของแต่ละสถานที่
2. โปรแกรมเบิกจ่ายกลางสำเร็จรูปนี้เมื่อหน่วยงานที่ได้รับอุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อไปใช้งานกับผู้ป่วยทำการสแกนใช้อุปกรณ์นั้นๆ หรือใส่รหัสอุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรมได้ต่อไปหน่วยงานนั้นไม่ต้องเสียค่าบริการ อุปกรณ์ หน่วยจ่ายกลางกลางสามารถจ่ายอุปกรณ์ให้ได้ตามยอดการใช้งานแต่สต็อกต้องคงที่

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความกรุณาของท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ นายแพทย์ นำพล แดนพิพัฒน์ สนับสนุนให้บุคลากรได้รับการอบรมโครงการวิจัย เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

ขอขอบคุณรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล นางอำพันธ์ พรหมศรี และทีมคณะกรรมการงานวิจัยทุกท่านที่จัดทำโครงการวิจัยเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกหน่วยงานที่สนใจได้รับการพัฒนาศักยภาพ ให้มีความรู้ความสามารถ ในด้านการทำวิจัยได้สำเร็จเป็นผลงานที่ภาคภูมิใจแก่ผู้วิจัยและหน่วยงาน

ขอขอบคุณอาจารย์ ดร. สมหมาย คชนาม ท่านเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสอนทำวิจัย มีเทคนิคการถ่ายทอดที่ดีให้ผู้เรียนสนใจ ตลอดจนการติดตามผลงานวิจัย ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางการทำวิจัยและให้คำปรึกษาอย่างเป็นกันเองทั้งในเวลาอบรมและ นอกเวลาอบรม

การวิจัยครั้งนี้จะไม่สามารถสำเร็จลงได้ ถ้าไม่ได้รับความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรในหน่วยจ่ายกลาง และหน่วยงานผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัยในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. อะเคื้อ อุณหเลขกะ. ความรู้ในการทำลายเชื้อและการทำให้เครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ. พิมพ์ครั้งที่1. เชียงใหม่:บริษัท มิ่งเมืองนวัตน์ จำกัด;2565.
2. ราตรี นาคกลัด. การพัฒนาระบบปฏิบัติการทำให้ปราศจากเชื้อโดยประยุกต์ใช้แนวคิดลีน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต].นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาพยาบาลศาสตร์; 2559.
3. วิเศษ เต็มใจ, สมศักดิ์ วสุทิตกุล, นงนุชแย้มวงษ์, สายใจ ขอบงาม. ผลการประเมินการใช้เครื่องฆ่าตัวคุณภาพการทำปราศจากเชื้อในหน่วยงานเครื่องมือปลอดเชื้อ.กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, คณะแพทยศาสตร์. ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี; 2553.

4. ดวงพร พงษ์ศรีลา, พลอยนภัส ธนากุลธัญสิทธิ์, สมฤดี ชัชเวช. ผลของการรับ-ส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์รูปแบบ Jet in Time งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลตติยภูมิ.วารสารวิชาการแพทย์เขต 11.2561;32(4):1383-1396.
5. Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry, LL. Delivering Quality Service, New York: The Free Press; 1994.
6. ญัฐาสิริ ยิ่งรู้. ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมในการทำงานและประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลสิงบุรี. 2555;26(1):1-4.

**ประสิทธิผลของการเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่านโดยรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และบุตรหลังคลอด ของมารดาครรภ์แรก ในโรง
พยาบาลสมุทรปราการ**

วันเพ็ญ เพชรรักษ์, ชลธิชา พึ่งเข้ม, วิมลรัตน์ เนติธรรมวัฒนา

**Effectiveness of the Transitional Period Preparation through Line Application
for Self-Health Care Behavior of the Primipara Mother and Newborn Baby in
Samutprakan Hospital**

Wanpen Phetcharak¹, Chonthicha Phungcham¹, Wimonrat Neititumwattana¹

¹โรงพยาบาลสมุทรปราการ/หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดและหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด

Samutprakan Hospital/Postpartum ward and Sick newborn

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อพัฒนาการเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่านรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ เปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับมารดาและบุตรหลังคลอด และความพึงพอใจ โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาครรภ์แรกที่ตั้งครรภ์อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ขึ้นไป ฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและบุตร แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับมารดาและบุตรหลังคลอด และแบบประเมินความพึงพอใจ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ เท่ากับ .701 และแบบประเมินความพึงพอใจ เท่ากับ .650 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และ สถิติอนุมาน ได้แก่ Independent t-test , Chi-Square

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเตรียมความพร้อมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่านรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) ในกลุ่มควบคุมพบภาวะแทรกซ้อนของมารดา คือน้ำคาวปลา มีสีแดงสดนานเกิน 2 สัปดาห์ หัวนมแตกถลอกเจ็บหัวนม ส่วนในกลุ่มทดลองพบเฉพาะหัวนมแตกถลอกเจ็บหัวนม ในส่วนภาวะแทรกซ้อนของบุตรพบเฉพาะในกลุ่มควบคุม คือมีผื่นตุ่มหนองตามร่างกาย และความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.89$)

คำสำคัญ: การเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่าน รูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ พฤติกรรมการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด มารดาครรภ์แรก

Abstract

This quasi-experimental research aims to develop the preparation of the transitional period through line application, accessing the knowledge of self-healthcare behavior of postpartum mothers and newborn babies. The satisfaction of using the preparation through line application was evaluated. This study includes 40 primipara mothers who received delivery care at Samutprakan Hospital between May 2023 and July 2023. The subjects were selected using a simple random sampling method and divided into an experimental and control group. The questionnaires were applied to collect five information items, consisting of 1) general information 2) knowledge questions 3) self-health care behaviors of primipara mothers and newborn babies 4) the complications of a postpartum mother and child 5) satisfaction questions.

All questionnaires were approved and validated by the experts. The reliability test of knowledge and attitude questions were .701 and .650, respectively. The data was analyzed using descriptive and inferential statistics: independent t-test and chi-square test.

The results revealed that the experimental group had significantly higher mean scores of knowledges and practice in self-health care for postpartum mothers and children than the control group ($p=.000$). The result of the satisfaction questionnaire showed that overall satisfaction was high ($\bar{X}=2.89$).

Keywords: Preparation of the Transitional Period, Line Application, Self-Health Care Behavior, Primipara Mother

บทนำ

นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ¹ โดยมีวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ได้รับการดูแลหลังคลอดที่ดี เด็กได้รับการเลี้ยงดูในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัยพร้อมที่จะเรียนรู้ในช่วงต่อไปอย่างมั่นคง งานมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดและเด็กให้มีสุขภาพดี เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจและมีทักษะที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเองและบุตรหลังคลอดให้ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา² อย่างไรก็ตาม ระยะหลังคลอดเป็นระยะพัฒนาการช่วงหนึ่งของสตรี³ มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างมากมาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นช่วงเวลาที่สำคัญในการเปลี่ยนผ่านของชีวิต มารดาต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในการรับบทบาทมารดา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจของมารดาหลังคลอดได้ โดยเฉพาะมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองและบุตรมาก่อน การขาดความรู้ ความมั่นใจ และประสบการณ์ในการดูแลตนเองและบุตรที่ถูกต้องอาจก่อให้เกิดความวิตกกังวล รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพของตนเองและบุตรได้^{2,4-6} การรับบทบาทมารดาเป็นการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นตามพัฒนาการหรือในช่วงชีวิตหนึ่งของสตรี ซึ่งส่งผลทั้งทางบวกและทางลบต่อสตรีตั้งครรภ์ บุตรในครรภ์ และครอบครัวได้^{3,7}

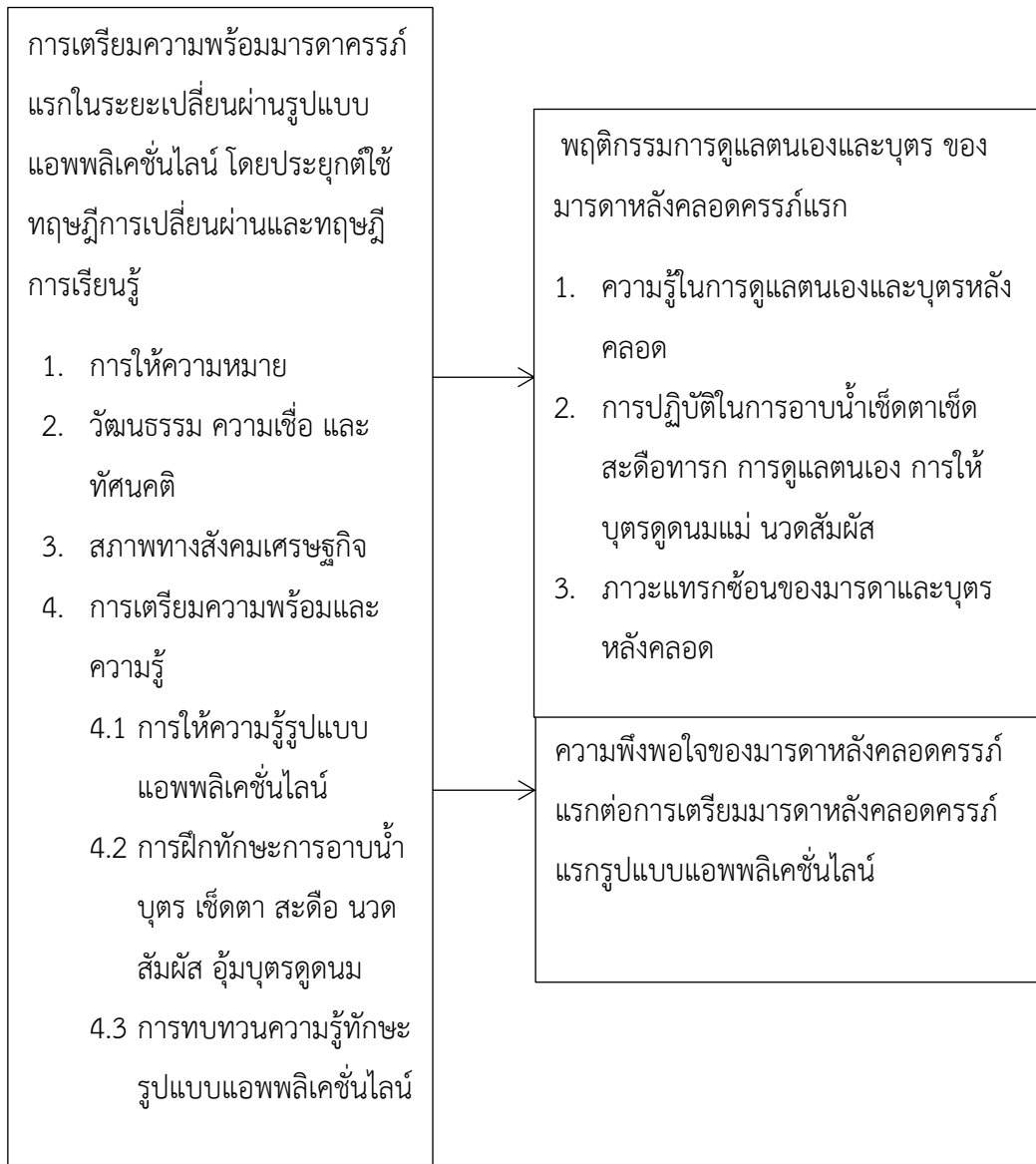
การเปลี่ยนบทบาทจากวัยรุ่นหรือวัยทำงานสู่บทบาทการเป็นมารดา ถือเป็น การเปลี่ยนแปลงของธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (nature of transition) ซึ่งการเปลี่ยนผ่านไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือการเป็นมารดาที่สามารถดูแลตนเองได้ดีและบุตรหลังคลอดได้ จำเป็นต้องผ่านเงื่อนไขที่สำคัญ (transition conditions) คือ การให้ความหมายกับการตั้งครรภ์ วัฒนธรรมด้านความเชื่อและเจตคติ เศรษฐฐานะทางสังคม และการเตรียมความพร้อมและการให้ความรู้ ทั้งนี้บุคคลที่ช่วยในการทำให้มารดาหลังคลอดเปลี่ยนผ่านตามเงื่อนไขที่สำคัญ คือ พยาบาลหลังคลอด ซึ่งช่วยชี้แนะ แนะนำ สอนและสาธิตกลับ การให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ มารดาหลังคลอดสามารถดูแลตนเองได้ดีและดูแลบุตรของตนเองได้

จากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การเตรียมความพร้อม คุณภาพการสอน การให้ความรู้ที่มีแบบแผน ทำให้มารดาหลังคลอดสามารถดูแลตนเองและบุตรได้^{8,9} ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวเน้นการสอนให้มารดาลงมือทำด้วยตนเองจนเกิดทักษะและความมั่นใจ นอกจากนี้ การเตรียมความพร้อมโดยใช้ social care network model ทำให้มารดาหลังคลอดมีความรู้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองและบุตรได้ดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดทั้งมารดาและบุตร ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวเน้นการสอน สาธิตทำให้อู้งมือทำกิจกรรมจนเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองและบุตรได้¹⁰ รวมทั้งการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิศเชียลแอดเดสส์ สำหรับมารดาในการดูแลบุตรเกิดก่อนกำหนด ทำให้มารดามีความมั่นใจในการดูแลบุตรคลอดก่อนกำหนดและพึงพอใจต่อการใช้ออฟฟิศเชียลไลน์ออฟฟิศเชียลแอดเดสส์¹¹ เน้นการให้ความรู้ผ่านวิดีโอและแผ่นภาพอินโฟกราฟิกให้ความรู้มารดาผ่านแอปพลิเคชันไลน์แบบออนไลน์ และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งการเตรียมความพร้อมก่อนการคลอดช่วงไตรมาสที่ 3 เป็นเวลาที่

เหมาะสมมาทำให้ความสนใจ การสอน สาธิตให้ลงมือทำกิจกรรมจริงจะทำให้มารดาเกิดความมั่นใจพร้อมกับมีแอปพลิเคชันที่มีเนื้อหาและวิดีโอทำให้ดูสามารถนำไปทบทวนและฝึกฝนต่อที่บ้านได้ก่อนการคลอด อย่างไรก็ตาม มารดาหลังคลอดมีระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลเพียง 48-72 ชั่วโมง ทำให้มารดาหลังคลอดครรภ์แรกยังไม่สามารถเรียนรู้และฝึกปฏิบัติได้อย่างครอบคลุม ส่งผลให้มารดาขาดความมั่นใจ ขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและบุตรได้ หากมารดาไม่มีความรู้และขาดทักษะในการดูแลตนเองและบุตร มารดาที่ขาดความพร้อมก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าอัตราการเกิดปัญหาสุขภาพในระยะสัปดาห์แรกหลังคลอดของผู้เป็นมารดาครรภ์แรก สูงถึงร้อยละ 94¹² เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรมาก่อน

สำหรับโรงพยาบาลสมุทรปราการ จากรายงานประจำปีสถิติปี 2562-2565 พบว่า มีมารดาครรภ์แรกมาคลอด 2,281, 2,284 , 2,092 และ 2,154 คน คิดเป็นร้อยละ 39.70, 40.80, 39.65 และ 46.78 ของจำนวนมารดาที่มาคลอดทั้งหมด ตามลำดับ และในระยะหลังคลอดมารดาใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลเพียง 2-3 วัน ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ได้รับการความรู้ในการดูแลตนเอง การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา วัคซีนในบุตรหลังคลอด สาธิตการอุ้มบุตรดูนมมารดา การบีบเก็บน้ำนม การอาบน้ำ สระผม เช็ดตา เช็ดสะดือ การทำความสะอาดร่างกายหลังการขับถ่ายตามมาตรฐาน มีการสอนใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการให้มารดาหลังคลอดครรภ์แรก เมื่อโทรศัพท์ติดตามสอบถามพบว่า ร้อยละ 80 ยังขาดความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองและเลี้ยงดูบุตรหลังคลอด ทั้งนี้จากข้อมูล ในปี 2562-2565 พบอุบัติการณ์การติดเชื้อที่สะดือ ร้อยละ 0.26, 0.31, 0.47 และ 0.11 ตาและ ร้อยละ 0.27, 0.33, 0.37 และ 0.08 การ re-admit บุตรภายใน 28 วัน จากภาวะตัวเหลืองจากการได้รับน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 0.41, 0.90, 0.79 และ 1.04 มารดาแผลฝีเย็บแยกจากการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ร้อยละ 0.17, 0.32 , 0.38 และ 0.04 ตามลำดับ แสดงว่าการเตรียมความพร้อมและการให้ความรู้ในการดูแลตนเองที่ผ่านมายังไม่เพียงพอ ที่ส่งผลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาประสิทธิผลของการเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่านรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอดมารดาครรภ์แรก โรงพยาบาลสมุทรปราการ สามารถเขียนกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับมารดาและบุตรหลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของมารดากลุ่มทดลอง ต่อการเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่านรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ มารดาครรภ์แรก โรงพยาบาลสมุทรปราการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างวิจัยเป็นมารดาครรภ์แรกที่ตั้งครรภ์ตั้งแต่ 34 สัปดาห์ขึ้นไป ผ่าครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ ระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 40 คน คำนวณตัวอย่างจากงานวิจัยของเพ็ญ เพ็ญ รักษ์จริง และคณะ¹⁰ โดยคำนวณจากสูตร

$$d = \frac{MA-MB}{\sigma}$$

σ

และ $\sigma = SD_A + SD_B$ โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 0.80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้ค่า $d = 3.82$ ซึ่งเป็นขนาดกลุ่มอิทธิพลขนาดใหญ่ (large effect size) และนำไปเปิดตาราง Cohen¹³

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 40 คน กลุ่มละ 20 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากมี 2 ใบ คือ เลขคู่ เป็นกลุ่มควบคุม และ เลขคี่ เป็นกลุ่มทดลอง ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้จับฉลากเอง โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นมารดาครรภ์แรก หากอายุน้อยกว่า 18 ปีต้องได้รับการยินยอมจากผู้มีอำนาจกระทำการแทนโดยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม 2) อายุครรภ์ตั้งแต่ 34 สัปดาห์ขึ้นไป 3) ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ 4) สามารถอ่าน เขียน และพูดภาษาไทยได้ 5) อยู่ร่วมกับบุตร 6) สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ในโทรศัพท์ได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่ติดขัด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ได้แก่ ตกเลือดขณะคลอดและหลังคลอด และ/หรือ มีภาวะชักขณะคลอดและหลังคลอด 2) บุตรแรกคลอดป่วยและแยกกับมารดาหรือบุตรมีความพิการ 3) เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ 4) ขอดอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล นำมาจากของเพ็ญ เพ็ญ รักษ์จริง และคณะ¹⁰ ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ อายุ สถานภาพ อาชีพ การศึกษารายได้เฉลี่ยของครอบครัว ลักษณะครอบครัว การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอด การได้รับการดูแลช่วยเหลือหลังคลอดบุตรโดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 10 ข้อ

1.2 แบบวัดความรู้เรื่องการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด ประกอบด้วย การอาบน้ำ การเช็ดตา การเช็ดสะดือ การนวดสัมผัส การดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด เช่น การบริหารร่างกายหลังคลอด การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด การใช้ผ้าอนามัย การยกของหนักหลังคลอด การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีลักษณะเป็นปรนัยเลือกตอบ มี 3 ตัวเลือก ใช่, ไม่ใช่, ไม่ทราบ จำนวน 23 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ถูกให้ 1 คะแนน ผิดให้ 0 คะแนน ไม่ทราบให้ 0 คะแนน จากนั้นแปลผลโดยการแบ่งระดับคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom¹⁴ แบ่งเป็น 3 ระดับ จากข้อคำถาม 23 ข้อ มีคะแนนเต็ม 23 คะแนน จัดระดับคะแนนได้ ดังนี้ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 12 คะแนน) เป็นระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 60-79 (13-17 คะแนน) เป็น

ระดับปานกลาง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (18-23 คะแนน) เป็นระดับสูง และได้นำไปเก็บข้อมูลกับมารดาครรภ์แรกที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ด้วยสูตร KR 20 ได้ค่าเท่ากับ 0.65 จึงตัดข้อคำถามข้อที่ 8 กับข้อที่ 13 ออกทำให้ได้ค่า KR 20 เท่ากับ 0.701

1.3 แบบประเมินพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด ประกอบด้วย การอาบน้ำ การเช็ดตา การเช็ดสะดือ การนวดสัมผัสบุตร พฤติกรรมดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด เช่น การบริหารร่างกายหลังคลอด การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด การใช้ผ้าอนามัย การยกของหนักหลังคลอด การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 20 ข้อ คำถามเชิงบวก 16 ข้อ คำถามเชิงลบ 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยแต่ละค่ามีความหมาย ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (ทำ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์) ได้ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (ทำ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์) ได้ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติ (ไม่ทำกิจกรรมนั้นเลย) ได้ 1 คะแนน จากนั้นแปลผลโดยการแบ่งระดับคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom¹⁴ แบ่งเป็น 3 ระดับ จากข้อคำถาม 20 ข้อ มีคะแนนเต็ม 60 คะแนน จัดระดับคะแนนได้ ดังนี้ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 35 คะแนน) เป็นระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 60-79 (36-47 คะแนน) เป็นระดับปานกลาง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (48-60 คะแนน) เป็นระดับสูง

1.4 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับมารดาและบุตรหลังคลอด ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับมารดา เช่น แผลฝีเย็บหรือแผลผ่าตัดแยก อักเสบ ติดเชื้อ น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็น เน่า เลือดออกผิดปกติ ตกเลือดหลังคลอด เต้านมอักเสบ หัวนมแตกเป็นแผล ถลอก เจ็บหัวนม ปัสสาวะแสบขัด กระปริดกระปรอย มีไข้ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับบุตร เช่น สะดือแดง และ มีกลิ่นเหม็น มีไข้ หายใจเหนื่อยหอบ มีภาวะตัวเหลืองต้องนอนโรงพยาบาล ซึม ไม่ดูดนม ถ่ายเหลว มีพอง กลืนคาว เขียวขณะดูดนม น้ำหนักไม่เพิ่ม มีผื่น ตุ่มหนองตามร่างกาย ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบคำตอบเดียวคือ มีและไม่มี อาการจำนวน 18 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่มีอาการให้ 0 คะแนน มีอาการให้ 1 คะแนน

1.5 แบบประเมินความพึงพอใจของมารดาต่อการเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่านรูปแบบ แอปพลิเคชันไลน์ ประกอบด้วย ความพึงพอใจต่อเนื้อหาความรู้ที่ได้รับ รูปแบบการนำเสนอเนื้อหาที่น่าสนใจ เนื้อหาเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ ความยาวของสื่อเหมาะสม ความน่าสนใจของภาพประกอบ ความชัดเจนของภาพ ภาพและสีที่น่าสนใจ ภาพสื่อความหมายชัดเจน ภาพมีความต่อเนื่อง ความรู้ในสื่อมีความเหมาะสม เสียงบรรยายชัดเจน จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยแต่ละค่ามีความหมาย คือ มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมาก ให้ 3 คะแนน ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงปานกลาง ให้ 2 คะแนน น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงน้อย ให้ 1 คะแนน ใช้หลัก Best¹⁵ คัดจากคะแนนดิบ

โดยใช้สูตร:

ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด

จำนวนชั้นที่แบ่ง

การจัดคะแนนในภาพรวมได้เป็น 3 กลุ่ม (ระดับ) ดังนี้ ระดับมาก (คะแนน 2.34–3.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 1.67–2.33) ระดับน้อย (คะแนน 1–1.66) ได้นำไปใช้กับมารดาครรภ์แรกที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ด้วยสูตร KR 20 ได้ค่าเท่ากับ 0.650

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

การเตรียมความพร้อมมารดาครรภ์แรกในระยะเปลี่ยนผ่านรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย แผนการสอน สื่อการสอน เช่น ตำรา นม ตึกตา แผ่นภาพพลิก อุปกรณ์ในการอาบน้ำ เช็ดตา เช็ดสะดือ เครื่องปั๊มนม ถูเก็บน้ำนม สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก คู่มือเฝ้าระวังพัฒนาการ โดยการเตรียมความพร้อมมารดาครรภ์แรกในระยะเปลี่ยนผ่านรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ ประกอบด้วยการบรรยาย แบ่งกลุ่มฝึกกิจกรรมเป็นฐาน 4 ฐาน ฐานที่ 1 การอาบน้ำ เช็ดตาเช็ดสะดือ ฐานที่ 2 การนวดสัมผัสพัฒนาการ ฐานที่ 3 ทำอุ้มดูนมมารดา และฐานที่ 4 การบีบเก็บน้ำนม หลังการฝึกทักษะจะสอนการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “แม่ลูกสุขภาพดี” ซึ่งแอปพลิเคชันไลน์ “แม่ลูกสุขภาพดี” ประกอบด้วยวิดีโอกิจกรรม การอาบน้ำสระผม การเช็ดตาเช็ดสะดือ การนวดสัมผัส ทำอุ้มดูนมมารดาในท่าต่าง ๆ การบีบเก็บน้ำนม และมีเนื้อหาความรู้ในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด ตลอดจนปัญหาที่มารดาหลังคลอดพบบ่อย เพื่อให้มารดาและครอบครัว นำไปทบทวนความรู้ กิจกรรม ที่ผ่านการฝึกและสอนไปทบทวนต่อบ้านก่อนการคลอด

ซึ่งมีการตรวจสอบเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย ดร.สมหมาย คชนาม สุนทิแพทย์ หัวหน้าหอสูติกรรม (หลังคลอด) มีค่า CVI เท่ากับ 0.90

การพิทักษ์สิทธิ

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสมุทรปราการ เมื่อวันที่ 25 เมษายน 2566 ตามหมายที่หนังสือรับรอง : Nq01866 และดำเนินพิทักษ์ตัวอย่างวิจัย โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลของตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอเป็นภาพรวม เพื่อใช้เป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยเท่านั้น เมื่อตัวอย่างวิจัยยินดียินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงให้เซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนในกลุ่มควบคุมตามหลักความเท่าเทียมหลังจากผ่านการทดลองแล้ว หากผลการทดลองออกมาดี จะเปิดให้กลุ่มควบคุมได้ใช้แอปพลิเคชันไลน์ “แม่ลูกสุขภาพดี” ด้วย

ขั้นตอนการวิจัย

1. ระยะตั้งครรภ์ ในช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 34 สัปดาห์ขึ้นไปของระยะตั้งครรภ์ และซึ่งแบ่งมารดาออกเป็นสองกลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลทั้งการให้ความหมาย ความเชื่อ ทศนคติ ของทั้งสองกลุ่มโดยการทำ

การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ในส่วนของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ของการดูแลตัวเองและบุตรหลังคลอด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่แผนกฝากครรภ์ใช้เวลา 30-40 นาทีและนัดมารดากลุ่มทดลองและครอบครัวมาในวันที่สะดวก ส่วนมารดากลุ่มควบคุมได้รับการบริการดูแลสุขภาพอนามัยในระยะตั้งครรภ์และการให้ความรู้ตามมาตรฐานการฝากครรภ์

หลังจากนั้นผู้วิจัยจะสอนมารดาครรภ์แรกและบุคคลในครอบครัวที่มารดาให้ความไว้วางใจ ในเรื่องความรู้และทักษะในการดูแลตัวเองและบุตรหลังคลอดให้กับกลุ่มทดลอง โดยการเตรียมความพร้อมมารดาครรภ์แรกในระยะเปลี่ยนผ่านรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ ประกอบด้วยการบรรยาย แบ่งกลุ่มฝึกกิจกรรมเป็นฐาน 4 ฐาน ฐานที่ 1 การอาบน้ำเช็ดตาเช็ดสะดือ ฐานที่ 2 การนวดสัมผัสพัฒนาการ ฐานที่ 3 ทำอุ้มดูนมมารดา และฐานที่ 4 การบีบเก็บน้ำนม หลังการฝึกกิจกรรมในฐานต่าง ๆ จะสอนการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “แม่ลูกสุขภาพดี” เพื่อให้มารดาและครอบครัว นำไปทบทวนความรู้และกิจกรรมที่ผ่านการฝึกและสอนไปทบทวนต่อที่บ้าน

2. ระยะหลังคลอดและเตรียมจำหน่าย มารดาหลังคลอดครรภ์แรก หลังคลอดปกติ 8-24 ชั่วโมง จะให้มารดาทำกิจกรรมจริงด้วยตนเองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา การอุ้มลูกกินนมมารดา การอาบน้ำ เช็ดตา เช็ดสะดือเป็นแบบกลุ่มตามมาตรฐาน ก่อนกลับบ้านจะได้คู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ (DSPM) พร้อมคำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติ

ในกลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม เพิ่มเติม คือการกระตุ้นเต้านม การใช้แอปพลิเคชันไลน์ “แม่ลูกสุขภาพดี” ในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด ขณะนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน มารดากลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินความรู้และความพึงพอใจต่อการใช้อปพลิเคชันไลน์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินความรู้ในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอดอย่างเดียว ในวันที่กลับบ้าน

3. ระยะหลังการจำหน่าย ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังคลอด 14 วัน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของมารดาและบุตร

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ช่วงเวลา	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
ระยะตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ขึ้นไป	1. สร้างสัมพันธภาพเก็บข้อมูลส่วนบุคคล 2. ประเมินความรู้ในการดูแลตนเองและบุตรรายบุคคล (pre-test) 3. มารดาได้รับการตรวจสุขภาพการตั้งครรภ์ 4. ได้รับการเตรียมตัวคลอดโดยการเยี่ยมหมท้องคลอด และได้รับการสอนรายกลุ่มรวมกันทั้งมารดาตั้งครรภ์แรกและครรภ์อื่น ๆ ในด้านการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด แต่ไม่ได้ลงมือปฏิบัติจริง	1. สร้างสัมพันธภาพ จัดทำสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับการให้ความหมายความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นมารดาหลังคลอดครรภ์แรก เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ 2. ประเมินความรู้ในการดูแลตนเองและบุตรรายบุคคล (pre-test) 3. มารดาและครอบครัว 1 ท่าน ได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด โดยการสนทนากลุ่ม บรรยายด้วยสื่อภาพนิ่งแบ่งกลุ่มเป็นฐาน 4 ฐาน ฐานที่ 1 อบน้ำ เช็ดตา เช็ดสะดือ ฐานที่ 2 นวดสัมผัสพัฒนาการ ฐานที่ 3 ทำอุ้มต่าง ๆ ฐานที่ 4 การบีบเก็บน้ำนมสาธิตให้ดู 1 ครั้ง หลังจากนั้นให้มารดาและครอบครัวได้ลงมือทำเสมือนจริงจริงโดยใช้ตุ๊กตาและจัดสิ่งแวดล้อมในห้องที่มีทุกอย่างพร้อมในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด เป็นรายบุคคล จนเกิดความมั่นใจ 4. ให้มารดาและครอบครัวช่วยกันสรุปบทเรียน และสอนการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “แม่ลูกสุขภาพดี” เพื่อนำไปทบทวนความรู้และกิจกรรมในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอดที่บ้าน ให้มารดาและครอบครัวทดลองใช้สื่อแอปพลิเคชันไลน์ให้เกิดความมั่นใจก่อนกลับบ้าน 5. โทรศัพท์ติดตามกระตุ้นเตือน 1 ครั้ง หลังการสนทนากลุ่ม 7 วัน ในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “แม่ลูกสุขภาพดี”
ระยะหลังคลอดและเตรียมการจำหน่าย	1. มารดาหลังคลอดจะได้รับความรู้ในการดูแลตนเองและทารกเป็นรายกลุ่มรวมกันทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง 2. มารดาจะได้รับการสอนอาบน้ำเช็ดตาเช็ดสะดือ ในช่วงเช้าเวรตีกรวมกันเป็นกลุ่ม 3. ได้รับการสอนและประเมินการอุ้มลูกดูนมแม่โดยพยาบาลคลินิกนมแม่ในเวรเช้า 4. ได้รับการสอนก่อนกลับบ้านโดยพยาบาลเจ้าของโซนเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล การใช้คู่มือการผ่ากระบังและส่งเสริมพัฒนาการ การนัดตรวจหลังคลอด 5. ประเมินความรู้ในการดูแลตนเองและบุตร (post-test) 6. แจ้งมารดาเรื่องการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังคลอด วันที่ 14 ของการคลอด เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด รวมทั้งประเมินภาวะแทรกซ้อนของมารดาและบุตรหลังคลอด	1. มารดาหลังคลอดปกติครรภ์แรก 8-24 ชั่วโมงหลังคลอดได้รับการประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ และความพร้อมในการดูแลตนเองและทารก รวมทั้งกระตุ้นเตือนการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “แม่ลูกสุขภาพดี” 2. หลังการประเมินทบทวนความรู้และทักษะของมารดาในส่วนขาดหลังจากนั้นให้มารดาลงมือทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยใช้บทบาทเสริมในการช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ยินยอมใจ ให้ความมั่นใจแก่มารดา จนกระทั่งมารดาเกิดความมั่นใจ 3. วันที่ 2 ก่อนการจำหน่าย ให้มารดาทำแบบประเมินความรู้ในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด (post-test) และทำแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “แม่ลูกสุขภาพดี” 4. แจ้งมารดาเรื่องการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังคลอด วันที่ 14 ของการคลอด เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด รวมทั้งประเมินภาวะแทรกซ้อนของมารดาและบุตรหลังคลอด
ระยะหลังการจำหน่าย	ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังคลอด วันที่ 14 ของการคลอด เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด รวมทั้งประเมินภาวะแทรกซ้อนของมารดาและบุตรหลังคลอด	ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังคลอด วันที่ 14 ของการคลอด เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด รวมทั้งประเมินภาวะแทรกซ้อนของมารดาและบุตรหลังคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว การได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองหลังคลอด การได้รับการดูแลเอาใจใส่ขณะตั้งครรภ์ การได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองหลังคลอดที่บ้าน การได้รับการช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตรที่บ้าน ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติอนุมาน ได้แก่ independent sample t-test , Chi-Square test

ผลการวิจัย

มารดาครรภ์แรกส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 20 ปี สถานภาพสมรส ประกอบอาชีพรับจ้าง การศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี รายได้เฉลี่ยของครอบครัวส่วนใหญ่มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือนในกลุ่มควบคุม และน้อยกว่า 20,000 บาทต่อเดือนในกลุ่มทดลอง ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายเป็นส่วนใหญ่ ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ขณะตั้งครรภ์จากสามี และได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอดที่บ้านจากมารดาตนเองและมารดาสามี รวมทั้งได้รับการช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตรที่บ้าน จากมารดาตนเองและมารดาสามี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกเป็นร้อยละ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (N=20)	กลุ่มทดลอง (N=20)
อายุ มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	95	65
สถานภาพคู่	100	95
อาชีพรับจ้าง	50	30
ไม่ได้ทำงาน	15	45
การศึกษาปริญญาตรี	30	30
การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย	25	25
การศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น	20	20
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	55	35
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวน้อยกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	45	65
ลักษณะครอบครัวขยาย	55	80
ลักษณะครอบครัวเดี่ยว	45	20
ได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองและบุตรที่บ้านจากมารดาตนเองและมารดา สามี	65	55
ได้รับการช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตรที่บ้านจากมารดาตนเองและ มารดาสามี	55	60

ก่อนการทดลองคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอดกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อยู่
ในระดับต่ำ (0-12 คะแนน) ร้อยละ 55 และ 60 ตามลำดับ หลังการทดลองมีคะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง
และบุตรหลังคลอดอยู่ในระดับสูง (18-23 คะแนน) ร้อยละ 20 และ 70 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกความรู้ในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด

ระดับความรู้	กลุ่มควบคุม (N=20)		กลุ่มทดลอง (N=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
ต่ำ (0-12 คะแนน)	11	55	12	60
ปานกลาง (13-17 คะแนน)	9	45	6	30
สูง (18-23 คะแนน)	0	0	2	10
หลังการทดลอง				
ต่ำ (0-12 คะแนน)	8	40	1	5
ปานกลาง (13-17 คะแนน)	8	40	5	25
สูง (18-23 คะแนน)	4	20	14	70

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอดก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด เท่ากับ 12.05 และ 10.65 ตามลำดับ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ผลการวิจัยดังตารางที่ 4

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอดหลังทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอดเท่ากับ 13.65 และ 18.15 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$) ผลการวิจัยดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอดก่อนและหลังทดลอง

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย (เต็ม 23 คะแนน)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	t	p
คะแนนก่อนการทดลอง				
กลุ่มควบคุม	12.05	2.66	1.177	.246
กลุ่มทดลอง	10.65	4.60		
คะแนนหลังการทดลอง				
กลุ่มควบคุม	13.65	3.48	-4.792	.000
กลุ่มทดลอง	18.15	2.34		

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด อยู่ในระดับสูง (48-60 คะแนน) ร้อยละ 85 และ 100 ตามลำดับ ผลการวิจัยดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด

ระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและบุตร	กลุ่มควบคุม (N=20)		กลุ่มทดลอง (N=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปานกลาง (36-47 คะแนน)	3	15	0	0
สูง (48-60 คะแนน)	17	85	20	100

การเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอดเท่ากับ 51.55 และ 56.15 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$) ผลการวิจัยดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด

การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และบุตร	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
กลุ่มควบคุม	51.55	4.00	-4.743	.000
กลุ่มทดลอง	56.15	1.66		

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับมารดาหลังคลอดครรภ์แรก พบมี 2 เรื่อง คือ มารดาหิวนมแตก ถลอก เจ็บหิวนม พบร้อยละ 55 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 15 ในกลุ่มทดลอง ภาวะแทรกซ้อนเรื่องน้ำคาวปลา มีสี แดงสดนานเกิน 2 สัปดาห์ พบร้อยละ 15 ในกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่พบในกลุ่มทดลอง ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น กับบุตรหลังคลอด คือ บุตรมีผื่น ตุ่มหนองตามร่างกาย พบร้อยละ 35 ในกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่พบในกลุ่มทดลอง เช่นกัน ผลการวิจัยดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับมารดาและบุตรหลังคลอด

อาการ/อาการแสดงภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มควบคุม (N=20)		กลุ่มทดลอง (N=20)		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ภาวะของมารดา					
น้ำคาวปลาทำนมีสีสีแดงสดนานเกิน 2 สัปดาห์					
มี	5	25	0	0	.029
ไม่มี	14	70	20	100	
หิวนมแตก/ถลอกเจ็บหิวนม					
มี	11	55	3	15	.020
ไม่มี	9	45	17	85	
ภาวะของบุตร					
มีผื่นตุ่มหนองตามร่างกาย					
มี	7	35	0	0	.013
ไม่มี	13	65	20	100	

ความพึงพอใจของมารดาในกลุ่มทดลองต่อการเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่านรูปแบบแอปพลิเคชัน ไลน์ พบว่า ภาพรวมของความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.89$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมี ความพึงพอใจจากมากไปหาน้อยตามลำดับ ดังนี้ ภาพสื่อความหมายชัดเจน ผู้ที่ให้ความรู้ในสื่อมีความ เหมาะสม คะแนนเท่ากัน ($\bar{X}=3.00$) เนื้อหาเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ กับความชัดเจนของภาพ คะแนน เท่ากัน ($\bar{X}=2.95$) ผลการวิจัยดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจต่อการเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่านรูปแบบ แอปพลิเคชันไลน์

ลำดับ/ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	
		มาตรฐาน	แปลผล
1. เนื้อหาความรู้ที่ได้รับ	2.90	.308	มาก
2. รูปแบบการนำเสนอเนื้อหาที่น่าสนใจ	2.80	.410	มาก
3. เนื้อหาเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้	2.95	.224	มาก
4. ความยาวของสื่อเหมาะสม	2.75	.444	มาก
5. ความน่าสนใจของภาพประกอบ	2.85	.366	มาก
6. ความชัดเจนของภาพ	2.95	.224	มาก
7. ภาพและสีสันท่าสนใจ	2.85	.366	มาก
8. ภาพสื่อความหมายชัดเจน	3.00	.000	มาก
9. ภาพมีความต่อเนื่อง	2.90	.308	มาก
10. ผู้ให้ความรู้ในสื่อมีความเหมาะสม	3.00	.000	มาก
11. เสียงบรรยายชัดเจน	2.90	.308	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	2.89	.154	มาก

อภิปรายผล

จากงานวิจัยนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของพจนศิริพันธ์ ลิ้มปิ่นนันทน์ และคณะ¹⁶ ได้ทำวิจัยเรื่องการพัฒนาสื่อดิจิทัลสำหรับให้ความรู้มารดาหลังคลอดในโรงพยาบาล พบว่า สื่อดิจิทัลในรูปแบบอินโฟกราฟิกที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพ สามารถทำให้มารดาหลังคลอดมีผลการรับรู้การดูแลตัวเองและบุตร อยู่ในระดับมากที่สุด และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญเพ็ญ รักจริง และคณะ¹⁰ ได้ทำวิจัยเรื่องประสิทธิผลของ Social Care Network Model ในการดูแลตนเองและบุตรของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองและบุตร ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของดวงดี ศรีสุขวันและคณะ¹⁷ ได้ทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถในการปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลกระทุ่มแบน ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลของภาวะแทรกซ้อนมารดาและบุตรหลังคลอด พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับมารดาหลังคลอด ครรภ์แรก มี 2 เรื่อง คือ มารดาหวั่นมแตก ถลอก เจ็บหวั่นม และ น้ำคาวปลา มีสีแดงสดนานเกิน 2 สัปดาห์ พบในกลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มทดลอง ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับบุตรหลังคลอด มี 1 เรื่อง คือ บุตรมีผื่น ตุ่มหนองตามร่างกาย พบเฉพาะในกลุ่มควบคุม ไม่พบในกลุ่มทดลอง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ยังคงมีพฤติกรรมตามความเชื่อดั้งเดิมในครอบครัว เช่น การดื่มสมุนไพร ยาสมุนไพรกึ่งเลือดยาขับน้ำคาวปลา เหล่านี้ อาจเป็นสาเหตุทำให้มารดามีน้ำคาวปลาสีแดงสดนานเกิน 2 สัปดาห์ แต่การศึกษาของเพ็ญเพ็ญ รักจริง และคณะ¹⁰ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนของมารดาและบุตรในกลุ่มทดลอง

ผลของคะแนนความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ จากมากไปหาน้อยตามลำดับ ดังนี้ ภาพสื่อความหมายชัดเจน ผู้ที่ให้ความรู้ในสื่อมีความเหมาะสม คะแนนเท่ากัน เนื้อหาเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ กับความชัดเจนของภาพ คะแนนเท่ากัน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและมัธยมศึกษาตอนปลาย ประกอบอาชีพรับจ้าง และอยู่ในสังคมเมือง มีสะดวกคุ้นเคยในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติยาพร สังขศรีสมบัติ และคณะ¹¹ ได้ทำวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดสสำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่าหลังใช้รูปแบบมารดามีความมั่นใจมากกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) มารดาและพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญเพ็ญ รักจริง และคณะ¹⁰ ได้ทำวิจัยเรื่องประสิทธิผลของ Social Care Network Model ในการดูแลตนเองและบุตรของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง พบว่า ระดับความพึงพอใจต่อการใช้อีโม Social Care Network Model โดยรวมมากที่สุด

งานวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลแบบประเมินการปฏิบัติตัวและการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับมารดาและบุตรหลังคลอด ผ่านการสอบถามทางโทรศัพท์ สำหรับการวิจัยครั้งต่อไปควรเก็บข้อมูลโดยการสังเกต

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า สื่อแอปพลิเคชันไลน์ทำให้ผู้รับสารเกิดความสนใจและเข้าใจข้อมูลนำไปทบทวนในการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดได้เป็นอย่างดี เพิ่มความสามารถในการรับรู้ข้อมูลในการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดมากขึ้นซึ่งเป็นประโยชน์ที่สำคัญและจำเป็น และได้รับผลการประเมินความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณ ปาพรหม¹⁸ ได้ทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนและแอปพลิเคชันให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

1. กำหนดนโยบาย การเตรียมความพร้อมมารดาครรภ์แรกรูปแบบแอปพลิเคชัน “แม่ลูกสุขภาพดี” ขยายในเครือข่ายจังหวัดสมุทรปราการ ในงานมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน
2. สนับสนุนให้มีความสำคัญกับโครงการการเตรียมความพร้อม โดยเฉพาะมารดาครรภ์แรกในการดูแลตนเองและบุตร ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 เพื่อให้มารดาครรภ์แรกมีความพร้อมทั้งความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและบุตร ในเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล ประเด็นน้ำคาวปลาที่มีสีแดงสดนานเกิน 2 สัปดาห์ มารดาหวั่นมแตก ถลอก เจ็บหวั่นม พยาบาลหลังคลอดเน้นย้ำทั้งมารดาและครอบครัวเรื่องการกินยาสมุนไพรขับน้ำคาวปลา รวมทั้งการสอน/ฝึกทักษะมารดา ก่อนการจำหน่ายกลับบ้านให้สามารถนำบุตรเข้าเต้าที่ถูกต้องก่อนจำหน่าย
2. แอปพลิเคชันไลน์ “แม่ลูกสุขภาพดี” ควรนำมาใช้ในการเตรียมมารดาหลังคลอดก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้มารดาสามารถนำไปทบทวนเรียนรู้ด้วยตนเองที่บ้านได้
3. การเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย ผ่านรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ สามารถขยายไปสู่การเตรียมจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วยอื่นได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือ แนะนำ ให้คำปรึกษา และเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จากดร.สมหมาย คชนาม ผู้จัดการสำนักงานวิจัยและสถิติ คุณธารกมล เขาว์สมุทร หัวหน้าหอสูติกรรม (หลังคลอด) และแพทย์หญิงมินท์มันตา ชินวุฒิศรีตระกูล สูติแพทย์ ที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความน่าเชื่อถือหลักฐานเชิงประจักษ์ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง ของเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณ คุณอำพันรุ้ พรมีศรี รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล ที่สนับสนุนการจัดโครงการพัฒนาบุคลากรพยาบาล ด้านการทำวิจัยจากงานประจำ

ขอขอบคุณพยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์ พยาบาลหอสูติกรรม (หลังคลอด) ตลอดจนมารดาครรภ์แรกทุกคนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีและมีส่วนร่วมให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักอนามัยเจริญพันธุ์. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามันยเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2562-พ.ศ.2569) ว่าด้วยการเกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด;2560.
2. ปฤษฎนพร ศิริจรรยา. ผลของโปรแกรมการให้สุศึกษาต่อความรู้และการปฏิบัติตนในหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลชลบุรี.วารสารโรงพยาบาลชลบุรี. 2560;42(3):11-20.
3. Meleis AI. Transitions theory: middle range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer; 2010.
4. วรัญญา ชลธารกัมปนาท,จันทิมา ขนบดี, และปรานี ป้องเรือ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและทาแรกเกิดของมารดาครรภ์แรก.วารสารวิชาการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระปกเกล้า. 2561;29(1): 29-41.
5. กมลวรรณ ลีนะธรรม,และธนิดา จุลย์วนิชพงษ์. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของมารดาหลังคลอด.วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 2557;11(1):1-11.
6. Fahey & Shenassa. Understanding and Meeting the Needs of Women in the Postpartum Period: The Perinatal Maternal Health Promotion Model. Journal of Midwifery and Women's Health.2013;58(6)
7. กนกพร นทีชนสมบัติ. ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน:กรณีศึกษาสตรีตั้งครรภ์ปกติ. วารสาร มฉก.วิชาการ 2555; 16(31): 103-116.
8. ฮานีพะย เจ๊ะอาลี. ความกังวลของมารดาที่มีต่อทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557
9. สุปรียา สมบูรณ์, สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยากลำบากในการปรับตัวของมารดาในช่วงเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. 2562;27(4):32-41.
10. เพียงเพ็ญ รักจริง วาสนา รอดรัตน์ วรรณ เอ็งฉ้วนและบุบผา รักษานาม. ประสิทธิผลของSocial Care Network Model ในการดูแลตนเองและบุตรของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง.TJPHS 2562;2(3):69-79.เข้าถึงได้จาก:<https://www.tci-thaijo.org>
11. กิตติยาพร สังขศรีสมบัติ ชรินทร์พร มะชะรา มั่นสนั่น พรมศรีและนิรันดร์ พานิช. การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(2):623-641

12. Kaur.J., & Kaur.K.(2014). Obstetric complication: Primiparity Vs. Multiparity. European Journal of Experimental Biology.2014; 2(5):1462-68.
13. Cohen, J and Cohen, P. Applied multiple regression/Correlation. Analysis for the behavioral sciences. 2 nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1983.
14. Benjamin, S Bloom. 'Learning for Mastery' Evaluation Comment. Center for the study of instruction program. University of California at Los Angeles. 1986; 2, 47-62.
15. Best, J.W. Research in education. Englewood Cliffs, New Jersey: Printice-Hall; 1970.
16. พงษ์ศิริรินทร์ ลิ้มปิ่นนันทน์, ทิพวิมล ชมภูคำ, ธเนศ ยืนสุข. การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของมารดาหลังคลอด [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2562.
17. ดวงดี ศรีสุขวัน วันทนา มาตเกตุ นฤวรรณ นิไชโยค. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถในการปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลกระทุ่มแบน.วารสารชนครศรีธรรมราชเวชสาร. 2563;3(2):37-43.
18. วรรมณ ปาพรหม. ผลของโปรแกรมสนับสนุนและแอปพลิเคชันให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2561;38(3):167-168.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้โรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลเด็กป่วยใน โรงพยาบาลสมุทรปราการ

พิมพ์กมล กิตติพงษ์วรกิจ, พรพรรณ รอดบุญชัย, นฤมล ศิริชัย

Effects of Thalassemia Knowledge Promotion Program for Caregivers of Pediatric Patients in Samutprakan Hospital

Pimkamon Kittipongvorakit¹, Porawan Rodboonchai¹, Narumol Sirichai¹

¹โรงพยาบาลสมุทรปราการ

¹Samutprakan Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลองเบื้องต้น (pre-experimental research) เปรียบเทียบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (one group pre-posttest design) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการส่งเสริมความรู้ของญาติผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย 2) เพื่อประเมินความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย และ 3) เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการส่งเสริมความรู้โรคธาลัสซีเมียของญาติ โดยกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียทั้งเพศหญิงและเพศชายที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียอายุระหว่าง 2-15 ปี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sample) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล, ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของเด็กและญาติ, การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย และความพึงพอใจ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการส่งเสริมความรู้ เท่ากับ 8.85 เต็ม 15 คะแนน และหลังการส่งเสริมความรู้ เท่ากับ 13.15 เต็ม 15 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีการดูแลที่ถูกต้อง คือ การได้รับประทานยาบำรุงเลือดอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 95 รองลงมา คือ ขอคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ร้อยละ 75 การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีการดูแลที่ไม่ถูกต้อง คือ ผู้ป่วยรับประทานอาหารประเภทที่มีธาตุเหล็กสูง ร้อยละ 60 ในภาพรวมของความพึงพอใจหลังจากได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.55$)

คำสำคัญ: โรคธาลัสซีเมีย, ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย, ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย, การดูแล, ความพึงพอใจ, โปรแกรมส่งเสริมความรู้, ผู้ดูแล

Abstract

This study is preliminary experimental research, comparing a single group of pre-posttest design with the objectives to 1) compare the knowledge of caregivers of pediatric patients before and after promoting the thalassemia knowledge program 2) assess the knowledge of caregivers of thalassemia patients care and 3) assess the satisfaction of thalassemia knowledge promotion program for caregivers. The sample group was included by purposive sampling which were 20 caregivers of thalassemia patients aged between 2-15 years old. The questionnaire was used as a tool and validated by 3 experts, consisting of personal information, knowledge of thalassemia disease, knowledge of thalassemia patient care, and satisfaction with the promotion program. Descriptive statistics and paired t-tests were used for data analysis.

The results found that the sample had an average score of knowledge before promoting the program equal to 8.85 out of 15 points and after promoting the program equal to 13.15 out of 15 points which is a statistically significant increase ($p=0.001$). For the knowledge of thalassemia patient care, most of the sample continuously provide folic acid to patients (95%), and ask for advice from doctors, nurses, or experts in taking care of thalassemia patients (75%). However, 60% of the sample gave patients inappropriate food with high iron. The overall satisfaction of caregivers after receiving the program was high ($\bar{X}=4.55$).

Keywords: Thalassemia, Thalassemia patients, Thalassemia knowledge, patient care, satisfaction, knowledge promotion program, caregiver

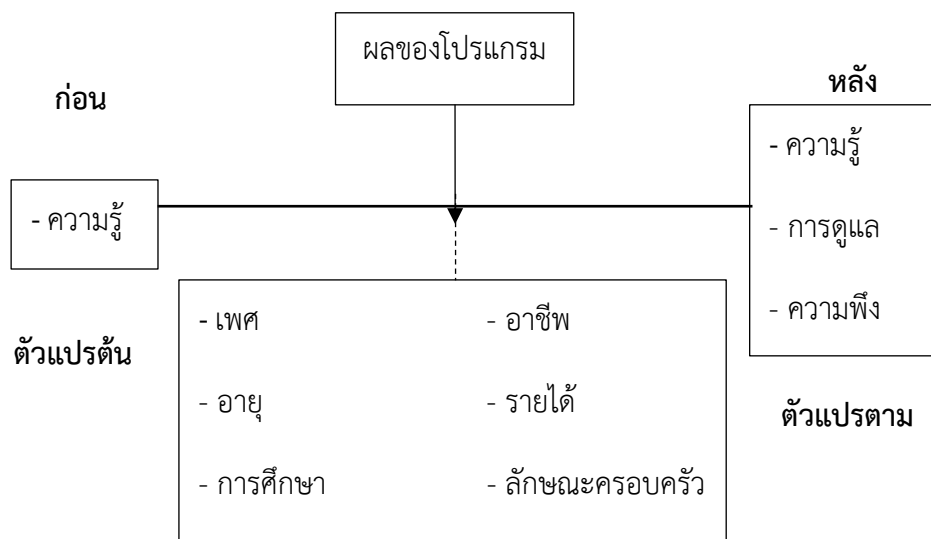
บทนำ

โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคเรื้อรังทางพันธุกรรมที่พบได้ตั้งแต่วัยเด็ก เด็กต้องทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทางกายจากภาวะแทรกซ้อน และจากการรักษา โรคนี้ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เด็กเกิดข้อจำกัดมากมาย เช่น หลีกเลียงอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ออกกำลังกายไม่หักโหม การขาดเรียน และความเครียดเป็นต้น¹ โรคธาลัสซีเมียเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและมีอุบัติการณ์สูงมาก จากข้อมูลทางสถิติของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2561² พบว่า ประชากรไทยมียืนผิดปกติที่เป็นพาหะของโรค ซึ่งสามารถถ่ายทอดไปสู่ลูกหลานได้ มีอัตราสูงถึงร้อยละ 30-40 ของประชากรทั้งหมด หรือ ประมาณ 18-24 ล้านคน โดยแต่ละปีจะมีทารกเกิดใหม่เป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ 12,125 คน และประมาณ 600,000 คน เป็นธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงปานกลาง ทำให้จำเป็นต้องได้รับเลือดและยาขับเหล็กเป็นประจำทุกเดือน และจากข้อมูลทางสถิติของโรงพยาบาลสมุทรปราการในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่าเด็กป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียที่มารับบริการให้เลือด มีจำนวน 96, 86, 105 รายตามลำดับ เป็นเด็กอายุ 2-15 ปี รวม 191 คน ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นชนิดเบต้าธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบินอี/อัลฟาธาลัสซีเมีย รวม 184 คน คิดเป็นร้อยละ 96.5

พยาธิสภาพของโรคธาลัสซีเมียทำให้เด็กมีร่างกายอ่อนแอ เจ็บป่วยบ่อย ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เท่ากับเด็กปกติ เด็กจะซิดมากจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการรับเลือดทุกเดือนหรือทุกสองเดือน และมักมีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา ในรายที่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง หรือรุนแรงมาก มักจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของใบหน้าเรียกว่า ใบหน้าธาลัสซีเมีย ผิวเหลืองซีดคล้ำ การเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ ท้องโตเนื่องจากตับและม้ามโต พัฒนาการทางเพศช้ากว่าปกติ¹ ซิดเหนื่อยง่าย มีภาวะเหล็กเกิน³ ทำให้เกิดการติดเชื้อ ในเด็กเล็กบิดามารดาเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากเด็กมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ชอบอึดื้อ⁴ ส่วนเด็กที่โตขึ้นสามารถใช้ทักษะการตัดสินใจแก้ไขปัญหาและมีความรับผิดชอบในการจัดการตนเองได้ จึงควรเริ่มต้นฝึกฝนการดูแลตนเองตั้งแต่ในวัยเรียนเนื่องจากมีความคิดความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้รูปแบบ สามารถวิเคราะห์และแก้ปัญหาได้อย่างเป็นระบบ¹ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา เด็กมีปัญหาการจัดการตนเองในเรื่อง การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่สามารถประเมินอาการผิดปกติและสิ่งที่ควรระวังได้ เช่น ไม่ระมัดระวังการออกกำลังกายที่รุนแรง¹ รวมทั้งมีปัญหาการขาดเรียนเพื่อไปตรวจแพทย์ตามนัด⁵ ครอบครัวสูญเสียรายได้มีรายจ่ายเพิ่ม เครียด วิตกกังวล การปรับพฤติกรรมจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้⁶ ทำให้เด็กมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการศึกษานำร่องในผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองเด็กที่มาตรวจและมารับเลือดที่แผนกผู้ป่วยกุมารเวชกรรมยังขาดความรู้การดูแลตนเอง ทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดนัด ทำให้มีอาการรุนแรงและผู้ป่วยยังมีความหวังจะหายขาดสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคผู้ป่วยได้ ดังนั้นจึงต้องการการช่วยเหลือจากผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ร่วมด้วย

เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถพัฒนาให้เพิ่มขึ้นได้จากการได้รับข้อมูลความรู้ที่มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติ การเห็นตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเอง การได้มีประสบการณ์ความสำเร็จเกิดจากการกระทำของตน และต้องมีความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์เพื่อที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้ดี ซึ่งวิธีการดังกล่าวสามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียเกิดความมั่นใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง⁷ จึงต้องมีการพัฒนาโปรแกรมความรู้ขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวัง ผลที่จะเกิดขึ้น หรือทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของ Bandura⁸ และทฤษฎีความพึงพอใจของ Good⁹ ซึ่งเป็นผลจากความสนใจต่างๆ และทัศนคติที่บุคคลมีต่อสิ่งที่ทำอยู่มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความรู้โรคธาลัสซีเมียของเด็กและญาติในโรงพยาบาลสมุทรปราการโดยการจัดทำคู่มือความรู้รวมไปถึงการให้คำแนะนำอย่างถูกวิธีถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองและโทษจากการละเลยพฤติกรรมที่ควรระวัง เพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญและทัศนคติที่ดีกับการดูแลตนเองและการควบคุมอาการของโรค เพื่อให้ญาติมีความรู้ที่ถูกต้องสามารถระมัดระวังในการดูแล และผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพ มีคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ โดยสามารถเขียนกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังนี้



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการส่งเสริมความรู้ของญาติผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย
2. เพื่อประเมินการดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียของญาติ
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการส่งเสริมความรู้โรคธาลัสซีเมียของญาติ

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้โรคธาลัสซีเมียมีความรู้มากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลองเบื้องต้น (pre-experimental research) เปรียบเทียบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (one group pre-posttest design) โดยประชากร คือ ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีอายุระหว่าง 2-15 ปี ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียที่ต้องมารับเลือดเฉลี่ยเดือนละ 1 ครั้งและผู้ปกครองที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการที่มารับบริการในเดือนพฤษภาคม 2566 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียทั้งเพศหญิงและเพศชายที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมีย อายุ 2-15 ปี จำนวน 20 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sample) โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) มีดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมีย 2) มีอายุระหว่าง 2-15 ปี ที่มารับเลือดและรับประทานยาบำรุงเลือด 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ญาติยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) มีดังนี้ 1) ในระหว่างให้เลือดมีอาการรุนแรง เช่น เหนื่อย มีไข้ มีภาวะติดเชื้อ 2) ญาติไม่สะดวกในการเข้าร่วมหรือขอถอนตัวออกจากการวิจัย

โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย (อายุระหว่าง 2-15 ปี ที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคธาลัสซีเมีย) และญาติที่รับการตรวจที่แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 20 ราย โดยใช้สูตรของ Two dependent means การวิจัยครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน เป็นอย่างต่ำ

สูตรของ Two dependent means

$$n = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

For testing two dependent means (two-tailed test)

SD.(σ) = 10.99, Delta (Δ) = 11.10

Alpha (α) = 0.05, Z (0.975) = 1.959964

Beta (β) = 0.20, Z (0.800) = 0.841621

Sample size (n) = 8

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ เอกสารประกอบการให้ความรู้และการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย โดยใช้หลักแนวทฤษฎีการส่งเสริมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของ Bandura⁸ ซึ่งประกอบด้วย คู่มือ และสมุดบันทึกการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย

- 2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ตอน ได้แก่
- 2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ ประกอบด้วย ข้อคำถามในเรื่องเพศ อาชีพ อายุ รายได้ การศึกษา ลักษณะครอบครัว ระดับความเข้มข้นของเลือด
- 2.2) แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของญาติ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ด้านความรู้ ด้านการดูแลตนเอง การดำเนินชีวิต การให้คำแนะนำ ถูกได้ 1 คะแนน ผิดได้ 0 คะแนน ไม่ทราบได้ 0 คะแนน เป็นข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ เชิงลบ 5 ข้อ โดยอ้างอิงการแบ่งระดับคะแนนตามหลักการ Learning for Mastery ของ Bloom¹⁰ คำนวณค่าเป็นร้อยละ แบ่งเป็น 3 ระดับ จากคำถาม 15 ข้อ มีคะแนนเต็ม 15 คะแนน
- | | |
|---------------------|---|
| ความรู้ระดับสูง | หมายถึง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (12-15 คะแนน) |
| ความรู้ระดับปานกลาง | หมายถึง คะแนนร้อยละ 60-79 (9-11 คะแนน) |
| ความรู้ระดับต่ำ | หมายถึง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-8 คะแนน) |
- 2.3) แบบสอบถามการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) โดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (interval scale) 3 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ โดยแบ่งคะแนนตามคำตอบดังนี้
- | | |
|-----------|---|
| เป็นประจำ | หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ (3 คะแนน) |
| บางครั้ง | หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ (2 คะแนน) |
| ไม่เคย | หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) |
- 2.4) การแบ่งความรู้และการดูแลใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom¹⁰
- | | |
|--------------|----------------------------------|
| ระดับต่ำ | คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 |
| ระดับปานกลาง | คะแนนร้อยละ 60-79 |
| ระดับสูง | คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 |
- 2.5) แบบสอบถามวัดความพึงพอใจหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้โรคธาลัสซีเมียของญาติในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ทั้งหมด 7 ข้อ
- | | |
|-----------|--|
| มากที่สุด | หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ให้ 5 คะแนน |
| มาก | หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริงมาก ให้ 4 คะแนน |
| ปานกลาง | หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริงปานกลาง ให้ 3 คะแนน |
| น้อย | หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริงน้อย ให้ 2 คะแนน |

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกรู้หรือตรงกับความเป็นจริงน้อยที่สุด ให้ 1

คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

1.1) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการให้ข้อมูลความรู้เรื่องความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัว คุณภาพชีวิต ผลเลือดและความพึงพอใจที่สร้างขึ้นและแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 20 ปี ตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นรวบรวมข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาทำการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

1.2) นำโปรแกรมการให้ข้อมูลความรู้เรื่องความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัว คุณภาพชีวิต ผลเลือดและความพึงพอใจและแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity) ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับบริการที่ห้องตรวจเด็ก และหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมจำนวน 10 คนแล้วนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยวิธี Cronbach's alpha เท่ากับได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.909

การพิทักษ์สิทธิ

ส่งโครงร่างวิจัยเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมกรรมการวิจัยคณะกรรมการพิจารณางานวิจัยของโรงพยาบาลสมุทรปราการ หมายเลขรับรอง Nq0286 เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2566 ซึ่งจะมีหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยระบุถึงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลตลอดจนไม่มีผลกระทบต่อการรักษาผู้ป่วยหรือสิทธิอื่นๆ ที่พึงจะได้รับต่อไป รวมทั้งจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการเพื่อชี้แจงเหตุผลและขออนุมัติเก็บข้อมูล ณ ห้องตรวจเด็กและหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ
- 2) ภายหลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับเจ้าหน้าที่ห้องตรวจเด็กและหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัยทำการทดลองดังนี้
 - 3.1. คัดกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 20 คน

- 3.2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการ
แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมการ
วิจัยครั้งนี้
- 3.3. ผู้วิจัยได้รวบรวมเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามกับญาติผู้ป่วยก่อนการให้ความรู้ระหว่างรอ
เจ้าหน้าที่นำเลือดจากธนาคารเลือดมาให้ผู้ป่วย
- 3.4. ระหว่างให้เลือดจะทำการแจกหนังสือคู่มือความรู้โรคธาลัสซีเมียให้กับญาติและมีเจ้าหน้าที่คอย
ให้คำแนะนำและตอบข้อซักถาม
- 3.5. หลังจากให้เลือดเสร็จ ผู้วิจัยจะทำการทดสอบความรู้อีกครั้งโดยใช้แบบทดสอบชุดเดิม
- 3.6. นำผลจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูล
- 4) การวิเคราะห์และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์
ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลของ
ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้
- 4.1. สถิติพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน
- 4.2. สถิติอนุมาน (inferential statistic) ได้แก่ Paired t-test

ผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้โรคธาลัสซีเมียของเด็กและญาติในโรงพยาบาล
สมุทรปราการ ได้นำมาวิเคราะห์ โดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของญาติ
3. ประเมินการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย
4. ความพึงพอใจหลังจากการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้โรคธาลัสซีเมียของเด็กและญาติใน
โรงพยาบาลสมุทรปราการ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำแนกดังนี้

ด้านผู้ดูแลแบ่งเป็นเพศชาย 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 เพศหญิง 18 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0 อายุ
สูงสุดของผู้ดูแล 61 ปี อายุต่ำสุด 24 ปี ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55 ด้าน
รายได้ของผู้ดูแลต่อครัวเรือนส่วนใหญ่มียาได้ระหว่าง 9000–15,000 บาท จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 50
ในด้านระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40

ด้านลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลเป็นเวลา 5-10 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
คุณลักษณะของผู้ดูแลเด็ก		
เพศชาย	2	10
เพศหญิง	18	90
อายุของผู้ดูแล		
≤ 30 ปี	2	10
31 – 40 ปี	8	40
41 – 50 ปี	7	35
51 – 60 ปี	2	10
>60 ปี	1	5
อาชีพ		
รับจ้าง	11	55
ค้าขาย	4	20
แม่บ้าน	4	20
อื่นๆ	1	5
รายได้ของผู้ดูแลต่อครัวเรือน		
< 9,000 บาท	4	20
9,000 – 15,000 บาท	10	50
15,001 – 20,000 บาท	4	20
20,001 – 24,999 บาท	0	0
25,000 – 30,000 บาท	1	5
> 30,000 บาท	1	5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	1	5
ประถมศึกษา	6	30
มัธยมศึกษา/ปวช.	8	40
อนุปริญญา/ปวส.	2	10
ปริญญาตรี	3	15

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	11	55
ครอบครัวขยาย	9	45
ระยะเวลาในการดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย		
< 5 ปี	4	20
5 – 10 ปี	10	50
> 10 ปี	6	30

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคธาลัสซีเมีย ด้านอายุของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่มารับเลือดส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 6-10 ปีและ 10-12 ปี ทั้ง 2 ช่วงอายุมีจำนวน 6 คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 30 และจำนวนน้อยที่สุดคืออายุมากกว่า 12 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10 แบ่งเป็นเพศหญิง 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55 และเพศชาย 9 คนคิดเป็นร้อยละ 45 ด้านการศึกษาของเด็กโรคธาลัสซีเมีย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ด้านการรักษาที่ได้รับ ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยรับเลือด ยาโพลีคและยาขับเหล็ก จำนวน 13 คนเป็นร้อยละ 65 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
≤ 3 ปี	3	15
3-6 ปี	3	15
6-10 ปี	6	30
10-12 ปี	6	30
> 12 ปี	2	10
เพศ		
ชาย	9	45
หญิง	11	55
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	5
อนุบาล	3	15
ประถมศึกษา	12	60
มัธยมศึกษา	4	20

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาที่ได้รับ		
ได้รับเลือด และยาโฟลิก	7	35
ได้รับเลือด ยาขับเหล็ก และยาโฟลิก	13	65

2. ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของญาติ

ก่อนการให้ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของญาติที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ที่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก ได้แก่ โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่สามารถถ่ายทอดจากพ่อแม่ไปสู่ลูกทางพันธุกรรม และผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ควรมาตามนัดต่อเนื่อง มีคะแนนเท่ากัน ร้อยละ 80 รองลงมา คือ เรื่องโรคธาลัสซีเมียหมายถึงโรคโลหิตจาง และเมื่อมีภาวะเลือดจาง ผู้ป่วยจะอ่อนเพลีย ไม่มีแรง มีคะแนนเท่ากัน ร้อยละ 70 และตอบถูกน้อยสุด คือ ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียสามารถออกกำลังกายได้เหมือนเด็กปกติ ร้อยละ 5

หลังการให้ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของญาติที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ตอบถูกมาก 2 ลำดับแรก ได้แก่ เรื่องโรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่สามารถถ่ายทอดจากพ่อแม่ไปสู่ลูกทางพันธุกรรม และการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอจะทำให้ร่างกายอ่อนแอ ติดเชื้อง่าย ร้อยละ 100 และตอบถูกน้อย 2 ลำดับแรก คือ เรื่องโรคธาลัสซีเมียเป็นโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียสามารถออกกำลังกายได้เหมือนเด็กปกติ ร้อยละ 70 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของญาติที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย จำแนกตามคะแนนความรู้ที่ตอบถูก ก่อนและหลังการให้ความรู้

ข้อความ	ก่อนให้ความรู้ (ร้อยละ)	หลังให้ความรู้ (ร้อยละ)
1. โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคเรื้อรัง	55	70
2. โรคธาลัสซีเมียหมายถึงโรคโลหิตจาง	70	95
3. โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่สามารถถ่ายทอดจากพ่อแม่ไปสู่ลูกทางพันธุกรรม	80	100
4. การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอจะทำให้ร่างกายอ่อนแอ ติดเชื้อง่าย	60	100
5. ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียสามารถออกกำลังกายได้เหมือนเด็กปกติ	5	70
6. เมื่อมีภาวะเลือดจาง ผู้ป่วยจะอ่อนเพลีย ไม่มีแรง	70	85
7. อาการผิดปกติขณะหรือหลังการได้รับเลือด คือ หนาวสั่น ผื่นขึ้นตามตัว หายใจลำบาก	40	75
8. อาหารที่ควรรับประทาน คือ ตับ ไก่ เลือดไก่	55	80
9. อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง คือ ไข่ ถั่ว ผักใบเขียว	35	80

ตารางที่ 3 (ต่อ) ร้อยละของความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของญาติที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย จำแนกตามคะแนนความรู้ที่ตอบถูกก่อนและหลังการให้ความรู้

ข้อความ	ก่อนให้ความรู้ (ร้อยละ)	หลังให้ความรู้ (ร้อยละ)
10. ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียควรมาตามนัดต่อเนื่อง	80	95
11. ระดับความเข้มของเลือดผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียเท่ากับเด็กปกติ	60	90
12. ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียจะมีภาวะแทรกซ้อนหลังให้เลือด คือ ภาวะเหล็กเกิน	60	90
13. ยาโพลีคเป็นยาบำรุงเลือดที่ทานเฉพาะเวลาที่มีอาการอ่อนเพลีย	60	95
14. ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียเมื่อมีไข้ ควรมาพบแพทย์ทันที	75	90
15. อาการของโรคธาลัสซีเมียจะมีการมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค	80	100

เมื่อพิจารณา ระดับความรู้ก่อนการให้ความรู้ของญาติที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียอยู่ในระดับต่ำและปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35 และระดับความรู้หลังการส่งเสริมความรู้พบว่าอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 90 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของญาติที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย จำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (0-8 คะแนน)	7	35	-	-
ปานกลาง (9-11 คะแนน)	7	35	2	10
สูง (12-15 คะแนน)	6	30	18	90
รวม	20	100	20	100

(ก่อนให้ความรู้ $\bar{X}=8.85$, S.D.=4.18, Min=1, Max=14) (หลังให้ความรู้ $\bar{X}=13.15$, S.D.=1.69, Min=9, Max=15)

2.1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของญาติ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการให้ เท่ากับ 8.85 และหลังการให้ความรู้ เท่ากับ 13.15 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	t	P
ก่อนการให้ความรู้	8.85	4.18	-3.740	.001
หลังการให้ความรู้	13.15	1.69		

3. ประเมินการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียก่อนการให้ความรู้

การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีการดูแลที่ถูกต้อง คือ การได้รับประทานยาบำรุงเลือดอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 95 รองลงมา คือ ขอคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ร้อยละ 75

การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีการดูแลที่ไม่ถูกต้อง คือ ผู้ป่วยรับประทานอาหารประเภทที่มีธาตุเหล็กสูง ร้อยละ 40 ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ร้อยละของการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย จำแนกตามการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย

ข้อความ	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านให้เด็กรับประทานยาบำรุงเลือดอย่างต่อเนื่อง	95	5	0
2. ท่านให้เด็กรับประทานอาหารครบ 5 หมู่	55	30	15
3. ท่านสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย ที่ต้องมาพบแพทย์ทันที เช่น ซีด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย มีไข้ โดยเฉพาะหลังออกกำลังกาย หรือ เล่นกับเพื่อนที่เป็นหวัด	45	40	15
4. ท่านให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารประเภทที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น ดับ ไช้แดง เครื่องในสัตว์ สาหร่าย	40	45	15
5. ท่านให้ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียเล่นกีฬา เช่น วายน้ำ แบดมินตัน ปิงปอง	30	35	35
6. ท่านระวังไม่ให้เด็กเกิดอุบัติเหตุ	70	10	20
7. ท่านปรึกษาและขอคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือผู้เชี่ยวชาญ ในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมีย	75	25	0
8. เมื่อผู้ป่วยเด็กมีอาการผิดปกติท่านพามาพบแพทย์ก่อนนัด	50	45	5

เมื่อพิจารณาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย พบว่าส่วนใหญ่มีการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของระดับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย

ระดับการดูแล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (9-16 คะแนน)	5	25
ปานกลาง (17-22 คะแนน)	13	65
สูง (23-27 คะแนน)	2	10
รวม	20	100

$\bar{X}=19.05$, S.D.=3.03, Min=13, Max=24

4. ความพึงพอใจหลังจากการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้โรคธาลัสซีเมียของญาติในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

ผลการศึกษา พบว่าในภาพรวมของความพึงพอใจหลังจากได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.55$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มมีความพึงพอใจจากมากไปหาน้อยตามลำดับดังนี้ ความคิดที่จะเข้ารับการรักษาต่อที่คลินิกและหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ ($\bar{X}=4.65$) เจ้าหน้าที่ที่มีความยิ้มแย้มแจ่มใส มีมนุษยสัมพันธ์ดี ($\bar{X}=4.60$) และท่านมีความคิดที่จะนำความรู้ที่ได้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ($\bar{X}=4.60$) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการให้บริการ

ความพึงพอใจของผู้เข้ารับโปรแกรมหลังจากการได้รับการส่งเสริมความรู้	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ
1. ท่านได้รับความรู้และประโยชน์จากการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้โรคธาลัสซีเมีย	4.55	0.51	มาก
2. เจ้าหน้าที่ที่มีความยิ้มแย้มแจ่มใส มีมนุษยสัมพันธ์ดี	4.60	0.50	มาก
3. เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ สามารถอธิบายได้ละเอียดและเข้าใจง่าย และสามารถตอบข้อซักถามได้เป็นอย่างดี	4.50	0.51	มาก
4. ท่านมีความคิดที่จะนำความรู้ที่ได้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย	4.60	0.50	มาก
5. คู่มือที่ได้รับมีความสวยงาม น่าสนใจ	4.50	0.68	มาก
6. คู่มือที่ได้รับมีเนื้อหาครบถ้วน สมบูรณ์ เข้าใจง่าย	4.50	0.51	มาก
7. ท่านมีความคิดที่จะเข้ารับการรักษาต่อที่คลินิกและหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ	4.65	0.58	มาก
รวม	4.55	0.43	มาก

อภิปรายผล

การส่งเสริมความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียให้กับญาติโดยโปรแกรมการส่งเสริมความรู้โรคธาลัสซีเมียของญาติในโรงพยาบาลสมุทรปราการนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการให้ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สามารถส่งเสริมให้ญาติมีความรู้เพิ่มขึ้น และจากการประเมินการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียของญาติก่อนการให้ความรู้พบว่าญาติมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65 ความพึงพอใจของญาติหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้อยู่ในระดับมากคิด และมีความคิดที่จะรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลสมุทรปราการรวมไปถึงจะนำความรู้ที่ได้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของภูษณิศา มาพิณ¹¹ ในหัวข้อเรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย และความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็ก โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียและความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ดูแล จำนวน 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 4 สัปดาห์ เก็บข้อมูลก่อนทดลองและหลังทดลองระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ภายหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย และยังสอดคล้องแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura⁸ ผู้วิจัยจึงได้นำมาสร้างเป็นโปรแกรมการส่งเสริมความรู้โรคธาลัสซีเมียของเด็กและญาติในโรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้องและสร้างความเชื่อมั่นในการรักษาและดูแลตนเองที่ถูกวิธี เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตนและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเหมาะสมกับสภาพปัญหา ความต้องการ นำมาสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างใกล้เคียงปกติ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีข้อดีคือเป็นการสร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการมาตามนัดและการดูแลตนเองอย่างถูกวิธีให้กับผู้ป่วยและญาติ รวมไปถึงการแจกคู่มือความรู้โรคธาลัสซีเมียซึ่งเป็นข้อมูลของโรคและข้อควรระวังโดยสังเขปเพื่อที่จะให้ผู้ป่วยและญาติอ่านเมื่อเกิดข้อสงสัย รวมไปถึงตารางบันทึกผลเลือดสำหรับแพทย์ที่ทำการรักษาเพื่อดูแนวโน้มอาการของผู้ป่วย และข้อด้อยที่ควรปรับปรุง มีดังนี้ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ทำให้สามารถเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนน้อย อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างยังมีช่วงอายุที่ห่างกันมาก ทำให้ผลการวิจัยอาจเกิดการแปรผันและไม่คงที่ รวมไปถึงการเก็บข้อมูลตัวแปรสำคัญที่ขาดไป อาทิเช่น ความรู้ของผู้ป่วย ด้วยข้อจำกัดทางอายุของผู้ป่วยบางรายที่มีอายุน้อยเกินไป ทำให้เกิดอุปสรรคทางการสื่อสารและทำให้ไม่สามารถให้ความรู้กับผู้ป่วยโดยตรงได้ อีกทั้งยังมีข้อจำกัดทางเวลาทำให้ไม่สามารถทดสอบความรู้ของญาติหลังจากผ่านการทดสอบไปเป็นระยะเวลาหนึ่ง ทำให้ไม่สามารถทราบได้ว่าโปรแกรมนี้อาจมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด อีกทั้งยังควรมีโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ให้กับวัยเรียน เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเรียนรู้ มีตรรกะเหตุผล มีความคิดความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ สามารถวิเคราะห์และแก้ปัญหาได้อย่างเป็นระบบ แต่มักพบปัญหาการขาดวินัยและการระมัดระวังในการปฏิบัติตน ดังนั้นการส่งเสริมความรู้ให้กับเด็กวัยเรียนจนเกิดความคุ้นชิน จนสามารถนำไปปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวันได้ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถคุมพฤติกรรมของโรคได้ ทำให้เด็กมีชีวิตที่ยืนยาวและชีวิตที่ดีขึ้น

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้ป่วยและญาติจะมีความรู้ในการปฏิบัติตนและการดูแลตนเองและบุตรหลานในโรคธาลัสซีเมียมากขึ้น ทำให้เกิดการตระหนักรู้และรับรู้ถึงความสำคัญของการมารับการรักษาตามนัดและดูแลตนเองอย่างถูกวิธี โดยผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียจะสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติ

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลแผนกกุมารเวชกรรมและแผนกห้องตรวจเด็กควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้โรคธาลัสซีเมียไปประยุกต์ในการให้ความรู้ตลอดจนแจกสมุดคู่มือความรู้ให้กับผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียเพื่อนำไปใช้ในการดูแลตนเอง

1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- งานวิจัยครั้งต่อไปควรมีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกคนในหอผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องโรคธาลัสซีเมียเพื่อจะได้ให้คำแนะนำให้ครบถ้วนตรงกัน
- จัดให้มีการส่งต่อข้อมูล โดยใช้สมุดคู่มือโรคธาลัสซีเมียครบถ้วนเบื้องต้นได้ประสานแจกในผู้ป่วยธาลัสซีเมียทุกรายที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ

2) ข้อเสนอแนะสำหรับนำผลการวิจัยไปใช้

- กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มีจำนวนน้อยและเก็บเฉพาะในผู้ปกครองเท่านั้น ไม่ได้เก็บจากผู้ป่วย ดังนั้นการวิจัยครั้งหน้าควรมีการวัดในกลุ่มผู้ป่วยด้วยโดยอาจแบ่งระดับประณัยเป็นต้นหรือว่าอาจแบ่งตามผู้ป่วยเรียนตามเกณฑ์หรือต่ำกว่าเกณฑ์ จะช่วยวัดระดับความรู้ได้
- ควรมีการวัดเรื่องการส่งเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย
- การเลือกกำหนดกลุ่มตัวอย่างควรมีช่วงอายุที่แคบลงจะสามารถเก็บข้อมูลได้อย่างครบถ้วน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้โรคธาลัสซีเมียของเด็กและญาติในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ผู้ศึกษาได้เป็นพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กและได้มีโอกาสดูแลเด็กที่มาใช้บริการให้เลือดเป็นประจำซึ่งเป็นเด็กโรคธาลัสซีเมีย ผู้ศึกษาได้มีความสนใจเกี่ยวกับ การดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียของญาติ ความรู้ที่ญาติมีอยู่จึงได้มีการทำงานวิจัยครั้งนี้ อย่างไรก็ตามผู้ศึกษาสามารถทำผลงานวิจัยได้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณาแนะนำให้คำปรึกษา และเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ จาก ดร.สมหมาย คชนาม ผู้จัดการสำนักงานวิจัยและสถิติ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงปาริชาติ วงศ์งาม แพทย์เชี่ยวชาญด้านกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลสมุทรปราการ และคุณสุณิสา คนธรัตน์กุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

โรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ให้คำแนะนำ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือหลักฐานเชิงประจักษ์ ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง และเจ้าหน้าที่แผนกกุมารเวชกรรม แผนกห้องตรวจที่ร่วมแรงร่วมใจในการเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการและหัวหน้าพยาบาลที่ให้การสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, นฤมล ชีระรังสิกุล, พจนารถ สารพัด, มณีพร ภิญโญ. รูปแบบการจัดการตนเองของเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2020
2. กรมการแพทย์. “โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย” โรคทางพันธุกรรมที่น่าเป็นห่วงในประเทศไทย. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. ;2561 เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/all/02/116500>
3. Kuttarasang, R., Sananreangsak, S., & Teerarungsikul, N. Effect of family management promotion program on maternal management and health status of school-age children with Thalassemia. Thai Journal of Nursing, 2017.66(3), 1-10. [In Thai].
4. Pitchalard, K., & Moonpanane, K. Improvement of a continuing care model in child with Thalassemia and caregivers. Nursing Journal, 2013. 40(3), 97-108. [In Thai].
5. Viprekasit, V. Comprehensive management for Thalassemia. Journal of Hematology Transfusion Medicine, 2013. 23(4), 303-320. [In Thai]
6. Sane, A. Self-management program in chronic diseases. Journal of The Thai Army Nurses, 2014. 15(2), 129-134. [In Thai].
7. เกศมณี มูลปานันท์, ขนิษฐา พิศฉลาด. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเด็กวันเรียนโรคธาลัสซีเมีย. เชียงราย: มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง; 2553
8. Bandura A. Social Learning Theory. New Jersey: Englewood Cliffs; 1997.
9. Good, C.V. Dictionary of Education. New York: McGraw-Hill. (1973).
10. Bloom, Benjamin S, et al. Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company. (1971)
11. ภูษนิศา มาพิณ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย และความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็ก. วารสารสภาการพยาบาล. 2016; 31(2):52-68.

การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็งกีที่มีภาวะช็อก: กรณีศึกษา

บัวไข เกื่อนทนนท์

Nursing Care for Patients with Dengue Shock Syndrome: A Case Study

Buakhai Thuentanon¹

¹กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลบางพลี

¹Pediatric Department, Bangplee Hospital

บทคัดย่อ

ไข้เลือดออกเด็งกี เป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขไทยโดยมีผู้เสียชีวิตเป็นพาหะนำโรค และพบมากในช่วงฤดูฝน พบการระบาดสูงขึ้นในปี 2566 เมื่อเทียบกับปี 2565 และอัตราการตายมีแนวโน้มสูงขึ้น พบได้ทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กโตอายุ 5-14 ปี การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะวิกฤตและมีภาวะช็อกจากการรั่วของพลาสมา หากไม่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงจนเสียชีวิตได้ ดังนั้นการใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหา การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และครอบคลุม จะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย กรณีศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบางพลี แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออก ซึ่งเมื่อเข้าสู่ระยะวิกฤต ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตหลายด้านทั้งภาวะ Hypovolemic shock การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย และมีภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตจากความรุนแรงของโรค ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลคือการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ความรวดเร็วในการรายงานแพทย์ การดูแลให้สารน้ำอย่างเคร่งครัด รวมถึงการให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลเป็นระยะๆ ช่วยทำให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลง และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล จนผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตได้ โดยตระหนักถึงการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก, ภาวะช็อก, การพยาบาลผู้ป่วย

Abstract

The problem of dengue hemorrhagic fever is a major public health concern in Thailand. The disease is a mosquito-borne illness. The rate of infection is typically high in the rainy season. The mortality rate in 2023 is greater than in 2022. Dengue hemorrhagic fever affects individuals of all ages, with children aged 5-14 particularly at risk. The purposes of this study are to identify the progress of the disease and monitor significant changes in symptoms in the critical phase. This study featured a patient who experienced hypovolemic shock from plasma leakage, a complication that can be life-threatening. The patients can be aided in recovering from the critical phase by accurate and prompt application of the nursing process in assessment, diagnosis, nursing care plans, and nursing outcomes.

In this case study, the patient had been treated in the pediatric inpatient department of Bangplee Hospital. Dengue hemorrhagic fever was diagnosed by the physician. In the critical phase, the patient had hypovolemic shock, coagulopathy, electrolyte imbalance, and plasma leakage as indicated by the presence of pleural fluid. Because of the severity of the disease, the fatality rate increased. Thus, nurses have an important role in close observation of changing symptoms, prompt reporting to the doctor, stringent monitoring of intravenous fluid management, and providing information on medical treatment. These are extremely important and help patients and their families reduce their anxieties and collaborate with medical treatment until the patient fully recovers from the crisis. Holistic care should be provided including physical, psychological, emotional, and social dimensions.

Keywords: dengue hemorrhagic fever, shock, nursing care

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever) เป็นโรคติดต่อมาโดยแมลงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ตั้งแต่ต้นปี 2566 จนถึงปัจจุบัน (16 สิงหาคม 2566) พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกแล้วรวม 65,552 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 99.05 ต่อประชากรแสนคน และเพิ่มขึ้นสัปดาห์ละกว่า 5,000 ราย ยังมีผู้ป่วยมากก็ยังมีผู้เสียชีวิตมาก ถึงขณะนี้ผู้เสียชีวิตจากโรคนี้อีกแล้ว 58 ราย¹ จำนวนผู้ป่วยในปี 2566 มากกว่าปี 2565 ณ ช่วงเวลาเดียวกันถึง 3 เท่า และกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียนอายุ 5-14 ปี² โรคไข้เลือดออก แพร่จากคนหนึ่งไปอีกคนหนึ่งได้โดยมียุงลายเป็นพาหะ โดยยุงลายจะออกหากินในเวลากลางวัน ซึ่งจะพบอยู่ในบ้านและบริเวณรอบบ้านรัศมีการบินไม่เกิน 50 เมตร และยุงลายสามารถทนต่อความแห้งแล้งได้นาน 1 ปี เมื่อมีอุณหภูมิและความชื้นที่เหมาะสมก็จะฟักเป็นตัวยุงต่อไป ซึ่งทำให้พบการระบาดมากในช่วงฤดูฝน จะเห็นได้ว่าไข้เลือดออกเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องมีการควบคุมการระบาดอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยที่มีผลทำให้การระบาดขยายพื้นที่เพิ่มขึ้น คือความหนาแน่นของประชากร การคมนาคมที่สะดวก³ ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงควรเห็นความสำคัญในการติดตามสถานการณ์ เฝ้าระวังพื้นที่เสี่ยง การเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลาย และให้ความรู้แก่ประชาชนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เพื่อควบคุมการระบาดได้มากขึ้น

โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus: DENV) อาการแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะไข้ ผู้ป่วยจะมีอาการไข้เฉียบพลันและสูงลอย 2-7 วัน ระยะวิกฤต เป็นระยะที่มีภาวะ coagulopathy จึงมีความเสี่ยงที่จะมีเลือดออกผิดปกติ ตับโต ปวดท้อง⁴ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง จะมีระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว เนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกไปยังช่องปอดหรือช่องท้อง เกิดภาวะ Hypovolemic shock⁵ หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว ก็จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และระยะพักฟื้น เป็นระยะที่มีการดูดกลับของพลาสมาเข้าสู่กระแสเลือด ผู้ป่วยจะมีอาการทั่วไปดีขึ้น เริ่มมีความอยากอาหาร ปัสสาวะเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจลดลง อาจมีผื่น (convalescent rash) ซึ่งอาจมีอาการคันร่วมด้วย

จากสถิติผู้ป่วยไข้เลือดออก กลุ่มงานกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลบางพลี ปี พ.ศ. 2564-2566 มีผู้ป่วยไข้เลือดออกเข้ารับการรักษาจำนวน 28, 23, 43 ราย พบผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจำนวน 1, 3, 4 รายตามลำดับจากสถานการณ์ดังกล่าวถึงแม้จะไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต แต่ก็พบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง จึงมีความสนใจที่จะศึกษาแนวทางการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกแบบองค์รวม ซึ่งบทบาทของพยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความรู้เรื่องโรค พยาธิสภาพของโรค มีทักษะในการพยาบาล การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการวิเคราะห์ปัญหา มีความไวต่อการประเมินอาการซ้ำร่วมกับให้การพยาบาลตามมาตรฐาน การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติทุกขั้นตอนของการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะในระยะวิกฤต จะลดความวิตกกังวล ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อกในแผนกกุมารเวชกรรม

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กชายชาวไทย อายุ 11 ปี น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร (ideal body weight 36 kgs.) มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566 ด้วยอาการ ไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นไข้แดงก็ให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน นัดมาตรวจ CBC ซ้ำ วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 ยังมีไข้ คลื่นไส้อาเจียน ถ่ายเหลวเป็นน้ำ 2 ครั้ง อาการไม่ทุเลา จึงให้นอนโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น dengue hemorrhagic fever รับไว้ที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ประวัติการคลอด ผ่าตัดคลอด อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ได้รับการฉีดวัคซีนตามเกณฑ์ มีโรคประจำตัวคือโรคภูมิแพ้ โรคสมาธิสั้น พัฒนาการช้า รักษาที่สถาบันราชานุกูล

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ

ศีรษะ : ผมนีดำ กระจายตัวดี ไม่มีบวม ก้อน หรือบาดแผล

ใบหน้า : สมมาตรกันดี ไม่มีบาดแผล

ลำคอ : สมมาตรกันดี ไม่มีบาดแผล ไม่มีก้อน ต่อมทอนซิลไม่บวมแดง

ตา : มองเห็นชัดเจนทั้ง 2 ข้าง เยื่อบุตาไม่ซีด ไม่มีตาแดง pupil 2.5 mm. RTL ทั้ง 2 ข้าง

หู : ใบหูทั้ง 2 ข้างสมมาตรกันดี การได้ยินปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่งออกจากหูทั้ง 2 ข้าง

จมูก : ได้กลิ่นปกติ สมมาตรกันดี ไม่มีการอักเสบ

ปาก : สมมาตรกันดี ไม่มีกลิ่นปาก ไม่มีเชื้อราในช่องปาก ฟันไม่ผุ ริมฝีปากแห้ง

ระบบต่อมน้ำเหลือง: คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตหรืออักเสบ

ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก: ผู้ป่วยหายใจได้เอง ไม่มีอาการหอบเหนื่อย การเคลื่อนไหวทรวงอกปกติ เวลาหายใจ ฟังปอดลมผ่านเท่ากันทั้ง 2 ข้างไม่พบเสียงผิดปกติ การหายใจปกติ 20 bpm

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: ฟังเสียงการเต้นของหัวใจไม่มี murmur การเต้นสม่ำเสมอ คลำชีพจร จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ 104 bpm ความดันโลหิต 102/71 mmHg

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ: ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ปกติ ลุกเดินได้

ระบบทางเดินอาหาร: ท้องสมมาตรกันดี สะดืออยู่แนวกลาง คลำไม่มีก้อน ฟัง bowel sound positive

ระบบประสาท: coma score = 15 (E4 V5 M6)

การวินิจฉัยสุดท้าย: Dengue Shock Syndrome (DSS)

ระยะไข้

วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 อาการแรกรับที่หอผู้ป่วย รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ มีไข้ 40 องศาเซลเซียส PR 108 bpm, RR 22 bpm, BP 102/71 mmHg ติดตามผลตรวจ CBC พบค่า HCT 33.7%, WBC 3,690 cell/cu.mm., PLT. count 130,000 cell/mm³, Na 132 mmol/L, LFT ผล SGOT 74 U/L และ ALP 162 U/L การรักษาให้ 5% D/NSS 1000 ml iv drip rate 80 ml/hrs. ดูแลการให้สารน้ำตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดโดยใช้ infusion pump, paracetamol (500 mg) 1 เม็ดรับประทานทุก 4-

6 ชม. เมื่อมีไข้, bromhexine รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น, ดูแลรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย งดสีน้ำตาล-สีน้ำตาล กระตุ้นให้ดื่ม ORS แทนน้ำเปล่า ดูแลเช็ดตัวลดไข้ วัดสัญญาณชีพทุก 2 ชม. เพื่อติดตามการเข้าสู่ระยะวิกฤต ประเมินอาการซ้ำ ผู้ป่วยอ่อนเพลียรับประทานได้น้อย ดื่ม ORS ได้ 300 ml/8 ชม. มีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 38-40 องศาเซลเซียส, PR 84-116 bpm, RR 20-22 bpm, BP 97-102/60-71 mmHg, HCT 33.7-36%, intake 940 ml, urine output 1.38 ml/kg/hr.

ระยะวิกฤต

วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 22.00 น. ประเมินอาการผู้ป่วยอ่อนเพลียมาก หงุดหงิด บ่นปวดกลางท้อง ไช้ลด 37.8 องศาเซลเซียส PR 86 bpm, RR 20 bpm, BP 110/70 mmHg เริ่มมีการรั่วของพลาสมา HCT เพิ่มขึ้นจาก 33.7% เป็น 38% ดูแลปรับ 5% D/NSS 1000 ml iv drip rate 100 ml/hr. โดยใช้ infusion pump วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชม. ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงพบเวลา 23.35 น. ผู้ป่วยซึม กระสับกระส่าย คลำได้ชีพจรเบา 90 bpm, RR 22 bpm, BP 80/60 mmHg, HCT 38% รายงานแพทย์ทราบทันที ปรับ 5% D/NSS 1000 ml iv drip rate 400 ml ใน 1 ชม. ดูแลการให้สารน้ำตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดโดยใช้ infusion pump ติดตามผลตรวจ CBC ค่า PLT. count 39,000 cell/mm³, HCT 38.6%, WBC 1,600 cell/cu.mm., Electrolyte ผล Na ต่ำ 132 mmol/L, PT 14.3 sec, PTT 32.5 sec, Ca 7.5 mg/dl, Albumin 2.6 g/dl, VBG pH 7.414, PCO₂ 28.1 mmHg, HCO₃ 17.6, มีภาวะ respiratory alkalosis with complete compensate หายใจเหนื่อย O₂ saturation 96% ดูแลให้ O₂ cannula 3 LPM สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที-1 ชม. ดูแลให้นอนศีรษะสูง เฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน สังเกตภาวะเลือดออก เจาะ HCT ทุก 4 ชม. และให้ข้อมูลเป็นระยะ ประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ ยังดูเพลีย ไม่มีอาการกระสับกระส่าย O₂ saturation 97% ไม่มีเลือดออก PR 94 bpm, RR 22 bpm, BP 90/65 mmHg, HCT 38-39%, intake 4,010 ml, urine output 1.08 ml/kg/hr.

วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 00.30 น. ประเมินอาการ ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ไม่หอบเหนื่อย ปวดท้องรอบสะดือ วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชม. สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เจาะ HCT ทุก 2 ชม. หลังให้สารน้ำครบ 1 ชม. เจาะ HCT ขึ้นได้ 39 % เจาะ DTX = 231 mg/dl PR 96 bpm เบา RR 22 bpm BP 96/64 mmHg รายงานแพทย์ทราบให้เปลี่ยนสารน้ำเป็น 40% Dextran 400 ml iv ใน 1 ชม. หลังให้ครบ 1 ชม. เวลา 01.30 น. เจาะ HCT 34 % รายงานแพทย์ปรับสารน้ำ 5 % D/NSS 1000 ml iv drip rate 200 ml/hrs. retain foley's catheter และประเมิน urine out put ทุก 2 ชม. และให้ยา Omeprazole 20 mg iv วันละครั้ง ให้ Fresh Frozen Plasma (FFP) 1 unit iv drip in 1 hr. และสังเกตอาการแพ้ ขณะให้ มีผื่นขึ้น จึงให้ chlorpheniramine 1 amp iv ผื่นคันตามตัวยุบลง เวลา 10.00 น. ติดตามค่า HCT 42 % รายงานแพทย์ได้ ปรับปริมาณให้สารน้ำเพิ่มขึ้น 5%D/NSS 1000 ml iv drip rate 280 ml/hrs. 4 ชม. HCT ยังคงสูง 39% จึงให้ 40% Dextran 400 ml iv ใน 1 ชม. (ครั้งที่ 2) หลังให้ครบ 1 ชม. ติดตามเจาะ HCT ขึ้นได้ 30 % ร่วมกับมีอาการปวดท้องมาก จึงสงสัยมีเลือดออกภายใน รายงานแพทย์พิจารณาให้ PRC 1 unit iv drip in 4 hrs., Vitamin k 10 mg iv พร้อมสังเกตอาการผิดปกติ หลังให้เลือดเจาะ HCT ขึ้นได้ 41% รายงานแพทย์ทราบพิจารณาให้ 5% Albumin 250 ml iv drip in 1 hr. ต่อด้วย FFP 1 unit iv drip in 1 hr. (ครั้งที่ 2) เฝ้าระวัง

อาการเปลี่ยนแปลงพบว่ามีหายใจเหนื่อย ฟังเสียงปอดพบ decreased breath sounds at RLL, O₂ Saturation 97% ยังมีอาการปวดแน่นท้อง รายงานแพทย์ส่ง CXR พบ RLL pleural effusion ดูแลปรับลดปริมาณสารน้ำเป็น 5% Albumin 250 ml iv drip 40 ml/hr. และ Lasix 20 mg iv stat ร่วมกับมีภาวะ Hypokalemia (K 3.2-3.5 mmol/L) ดูแลให้ Elixir KCl 30 ml รับประทาน ทั้งหมด 5 doses มีภาวะ Hypocalcemia (Ca 6.3-7.5 mg/dl) ให้ 10% calcium gluconate 10 ml iv drip in 1 hr. ทั้งหมด 5 dose ประเมินอาการซ้ำพบว่า ผู้ป่วยยังหายใจเหนื่อย ฟังเสียงปอดพบ decreased breath sounds ยังมีอาการปวดแน่นท้อง PR 68-90 bpm, RR 18-22 bpm, BP 90-110/65-80 mmHg, HCT 34-42%, intake 5,431 ml, urine output 3.3 ml/kg/hr. ติดตามตรวจผล Electrolyte Na 135, K 4.1, Ca 8.3, CBC ค่า PLT. count 15,000 cell/mm³, HCT 38.9% WBC 2,070 cell/cu.mm., Alb 3.2 g/dl, SGOT 70 u/L, VBG pH 7.413, PCO₂ 37.8 mmHg, HCO₃ 23.7 mmol/L

ระยะพักฟื้น

วันที่ 26-28 กุมภาพันธ์ 2566 หลังได้รับ FFP จนหมด จึงหยุดการให้สารน้ำ ผู้ป่วยยังปวดท้อง คลำพบตับโต 2 FB หายใจเหนื่อยแน่นหน้าอกมากขึ้น ฟังเสียงปอดมี crepitation both lungs ร่วมกับมี ascites, PR 84-100 bpm, RR 18-22 bpm, BP 110/75-132/95 mmHg ส่ง chest x-ray พบมีภาวะ pleural effusion both lungs รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ Lasix 20 mg iv stat ทั้งหมด 4 doses และประเมินอาการบวม หอบเหนื่อย urine output ฝักระวังภาวะพร่องออกซิเจน ผล CBC ค่า PLT. count 74,000 cell/mm³, HCT 34.8%, WBC 4,620 cell/cu.mm วันที่ 1-2 มีนาคม 2566 PR 64-88 bpm, RR 20-24 bpm, BP 100/60-109/75 mmHg, O₂ saturation 97% รับประทานอาหารได้ดี ไม่มีตัวตาเหลือง ไม่มีเหนื่อยหอบ ฟังเสียงปอด ไม่พบความผิดปกติ อาการปวดท้องทุเลา ไม่มีตับโต มี convalescent rash คันเล็กน้อย ดูแลให้ CPM. รับประทานครั้งละ 1 เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร หลับพักผ่อนได้ดี CBC ค่า PLT. count 261,000 cell/mm³, HCT 37.7%, WBC 5,940 cell/cu.mm. วันที่ 3 มี.ค. 66 chest x-ray ผลปกติ สามารถหายใจได้เองโดยไม่ต้องให้ออกซิเจน อาการดีขึ้นตามลำดับ รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 9 วัน

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะไข้

1. มีไข้สูงเนื่องจากการติดเชื้อไวรัสเด็งกี
2. เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารและขาดสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

ระยะวิกฤต

3. มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพเนื่องจากภาวะ hypovolemic shock จากการรั่วของพลาสมาออกจากเส้นเลือด
4. มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย
5. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดการแข็งตัวของเลือดและเกล็ดเลือดต่ำ
6. ไม่สุขสบายจากอาการปวดแน่นท้องเนื่องจากตับโต และมีพลาสมาอยู่ในช่องปอดและช่องท้องมา
7. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล

ระยะพักฟื้น

8. ไม่สุขสบายจากอาการคันตามร่างกาย

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1

มีไข้สูงเนื่องจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี

ข้อมูลสนับสนุน

1. อุณหภูมิของร่างกายอยู่ระหว่าง 39-40.4 องศาเซลเซียส อ่อนเพลีย หลับพักผ่อนได้น้อย
2. Dengue NS1 Ag ผล Positive, CBC: WBC 1,600 cell/cu.mm

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ $T = 36.5-37.4$ องศาเซลเซียส
2. ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนบนเตียง ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ ปราศจากเสียงรบกวน หรือรบกวนน้อยที่สุด เพื่อลดการทำกิจกรรม ลดการเผาผลาญ และลดการผลิตความร้อนในร่างกาย
2. กระตุ้นให้ดื่มน้ำเกลือแร่มากๆ ประมาณ 1,500 ml/day (3-5 cc/kg/day) หรือน้ำผลไม้
3. ดูแลการเช็ดตัวลดไข้ โดยใช้ผ้าธรรมดาหรือน้ำอุ่นไม่ควรใช้น้ำเย็นเพราะจะทำให้เส้นเลือดหดตัว ทำให้ร่างกายระบายความร้อนออกได้ไม่ดี โดยใช้ผ้าชุบน้ำหมาดๆ ถูเบาๆ เข้าหาหัวใจแล้ววางผ้าพับไว้บริเวณหน้าผาก ซอกคอ ซอกรักแร้ หน้าอก และหลัง โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที หลังการเช็ดตัวให้ใส่เสื้อผ้าไม่ห่มผ้าห่มหนาๆ เพื่อให้ความร้อนระบายได้ดี ในขณะที่เช็ดตัวหากมีอาการหนาวสั่น ให้หยุดเช็ด พร้อมกับห่มผ้าให้ จนกว่าจะไม่มีอาการหนาวสั่น จึงเช็ดตัวต่อ
4. วัดอุณหภูมิซ้ำหลังการเช็ดตัว 30 นาที
5. ดูแลให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา ให้รับประทาน paracetamol (500 mg) 1 เม็ด ทุก 4-6 ชม. เมื่ออุณหภูมิมากกว่า 38.5°C สังเกตอาการข้างเคียง คลื่นไส้ อาเจียน หรือมีผื่นขึ้น
6. ประเมินสัญญาณชีพทุก 2-4 ชม. โดยเฉพาะถ้าไม่มีไข้แต่อาการเลวลง ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ภาวะวิกฤต
7. ติดตามผลการตรวจ CBC วันละครั้ง

การประเมินผล (26 กุมภาพันธ์ 2566)

ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นยังอ่อนเพลีย นอนหลับพักผ่อนได้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5 องศาเซลเซียส ผล CBC ผิดปกติ WBC 4,090 cell/cu.mm. PLT. Count 10,000 cell/mm³, HCT 41.5%

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2

มีภาวะขาดสารอาหารและขาดสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำและเกลือแร่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้
2. มีความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด เพื่อลดการระคายเคืองกระเพาะอาหาร
2. กระตุ้นให้ดื่มนม น้ำผลไม้ เกลือแร่ 3-5 cc/kg/hr. โดยดื่มน้ำเปล่าเพราะทำให้เกิดความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายได้
3. ดูแลให้สารน้ำ 5%D/NSS 1000 ml iv drip rate 80 ml/hr. ตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด
4. เตรียมภาชนะรองรับให้พร้อมกรณีผู้ป่วย มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ควรใช้ภาชนะสีขาวหรือใสเพื่อช่วยในการสังเกตสีของอาเจียนว่ามีเลือดปนหรือไม่ และประมาณปริมาณได้ง่าย พร้อมทั้งให้บ้วนปากด้วยน้ำอุ่น และรายงานแพทย์ถ้ามีอาเจียนมากหรือมีเลือดปน
5. อาหารและสารน้ำที่ให้ควรงดสีดำ แดง และสีน้ำตาล เพราะอาจทำให้มีปัญหาในการประเมิน หากผู้ป่วยอาเจียนเป็นสีดำ

การประเมินผล (วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566)

ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยประมาณ 1/3 ถาด ดื่มน้ำเกลือแร่ได้น้อย 2 cc/kg/hr. (1800 cc/day) ยังมีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย Na 132 mmol/L, K 3.5 mmol/L

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3

มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพเนื่องจากภาวะ hypovolemic shock จากการรั่วของพลาสมาออกจากเส้นเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. HCT เพิ่มขึ้น 20% จากการรั่วของพลาสมา (33.7% เป็น 42%)
2. สัญญาณชีพ T 37.2 °C คลำได้ชีพจรเบา 90 bpm ในวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566
3. pulse pressure $\leq$ 20 mmHg (BP 80/60 mmHg)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด

2. เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการช็อก เช่น prolong shock, ภาวะน้ำเกิน

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ PR 60-95 bpm, RR 14-22 bpm, BP 100-120/60-75 mmHg
2. pulse pressure > 20 mmHg
3. HCT อยู่ในเกณฑ์ปกติเท่ากับเมื่อแรกรับ 33.7%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที รวมทั้งประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ hypovolemic shock ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลง อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ถ้าค่าชีพจรเบาเร็วหรือมากกว่า 95 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต < 90/60 mmHg, pulse pressure $\leq$ 20 mmHg, capillary refill > 3 วินาที รายงานแพทย์ทราบ เพื่อให้การรักษาทันที
2. ประเมินการกระจายเลือดสู่เซลล์ทั่วร่างกายและความสามารถในการนำออกซิเจนในเลือด สภาพเยื่อต่างๆ อาการชืดหรือเขียว วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ถ้า < 95% พิจารณาการให้ออกซิเจน
3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 5%D/NSS 1000 ml iv 400 ml in 1 hr. (10 ml/kg) โดยใช้เครื่องควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันอันตรายจากการให้สารน้ำเกิน ปรับปริมาณการให้ตามค่าความเข้มข้นของเลือด (HCT) ตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำเกิน เช่น การเกิด pulmonary edema ภาวะเกลือโซเดียมในร่างกายสูงจนเกิดภาวะสมองบวมได้
4. ดูแลการให้ 40% Dextran 400 ml iv in 1 hr. โดยใช้เครื่องควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้เกิดการดึงน้ำไว้ในระบบไหลเวียน ช่วยลดการบวมตัวของเนื้อเยื่อ และทำให้มีปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียนมากขึ้น ความเข้มข้นของเลือดลดลง และติดตามค่า HCT หลังการให้ 40% Dextran หมด
5. ดูแลการให้ 5% Albumin 250 ml iv in 1 hr. เพื่อดึงสารน้ำและพลาสมาที่รั่วออกจากกระแสเลือดกลับมาในเส้นเลือด และสังเกตอาการหอบเหนื่อยที่แสดงว่าผู้ป่วยอาจมีภาวะหัวใจล้มเหลวจาก osmolality ในระบบไหลเวียนเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว
6. เจาะเลือดส่งตรวจ HCT ทุก 2 ชม. ถ้าเพิ่มขึ้นหรือลดลงจากเดิมมากกว่า 3% รีบรายงานแพทย์เพื่อปรับอัตราการไหลของสารน้ำ และแก้ไขปัญหาการเกิด plasma leakage พร้อมประเมินภาวะชืดจากการมีเลือดออก
7. ใส่สายสวนปัสสาวะและบันทึกสารน้ำเข้า-ออกทุก 4 ชม. เพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำถ้าปัสสาวะออก < 0.5 cc/kg/hr. รายงานแพทย์ทราบ และดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในตำแหน่ง ตรวจสอบให้ปัสสาวะไหลลงถุง สายสวนปัสสาวะไม่พับงอ และเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อตามหลักการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
8. ดูแลให้ O₂ cannula 3 LPM และเฝ้าระวังการระคายเคืองในจมูกเช็ดจมูกเบาๆด้วยสำลีชุบน้ำเกลือ

การประเมินผล (วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย รับประทานได้น้อย หลังปรับอัตราการให้สารน้ำตามแผนรักษา จนไม่มีภาวะช็อก วัดสัญญาณชีพ PR 84-90 bpm ชัดเจนดี RR 16-22 bpm BP 90-110/65-75 mmHg, pulse pressure > 20 mmHg, HCT 34-41%, capillary refill < 2 วินาที, urine output 1625-2230 ml/day

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4

มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย
2. ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลวเป็นน้ำ
3. ผล Electrolyte ต่ำ: Na 133 mmol/L, K 3.2 mmol/L, Ca 6.3 mg/dl (วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ร่างกายได้รับสารน้ำและเกลือแร่อย่างเพียงพอ
2. มีภาวะสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ และกรด-ด่าง

เกณฑ์การประเมินผล

1. อิเล็กโทรไลต์ปกติ Na 137-145 mmol/L, K 3.5-5.1 mmol/L, Ca 8.4-10.2 mg/dl
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมดถาด DTX 60-110 mg/dl
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายอุจจาระปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายรสไม่จัดครบ 5 หมู่ เพื่อลดการระคายเคืองกระเพาะอาหาร และงดอาหารที่มีสีน้ำตาลแดง หรือสีน้ำตาล เพื่อประเมินภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร
2. กระตุ้นให้ดื่มน้ำเกลือแร่ หรือน้ำผลไม้บ่อยๆ เพื่อทดแทนสารน้ำและเกลือแร่จากอาเจียน ถ่ายเหลว
3. ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%D/NSS 1000 ml iv drip เริ่ม rate 80 ml/hr. และปรับอัตราการไหลตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด และสังเกตการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ
4. ดูแลให้ Elixir KCl 30 ml รับประทานทุก 4 ชม. ทั้งหมด 4 doses และสังเกตอาการข้างเคียงคลื่นไส้ อาเจียนมากขึ้น
5. ดูแลให้ 10% calcium gluconate 10 ml iv drip in 1 ชม. จำนวน 5 doses และสังเกตภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ดูแลการให้ยาโดยใช้เครื่องควบคุมการให้สารน้ำโดยกระบอกฉีดยา

6. เพื่าระวังอาการผิดปกติจากภาวะ Na ต่ำ เช่น อาการปวดศีรษะ อาเจียน ชีพ ชักหรืออาการกระตุก ไม้รู้สึกตัว ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจได้ ภาวะ K ต่ำเช่นกล้ามเนื้ออ่อนแรง ภาวะ Ca ต่ำ เช่นกล้ามเนื้อเกร็ง
7. สังเกตปริมาณ ลักษณะของอาเจียนเป็นเลือด สีดำ หรือถ่ายอุจจาระสีดำ ที่แสดงว่าผู้ป่วยมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร
8. ดูแลให้ยาแก้อาเจียน Ondansetron 6 mg iv ทุก 6 hrs. เมื่อมีอาการคลื่นไส้อาเจียน พร้อมทั้งสังเกตอาการแพ้ยาได้ เช่น ผื่นคัน มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก มีอาการบวมที่ใบหน้าริมฝีปาก ลิ้น หรือลำคอ
9. ดูแลความสะอาดของปากและฟัน เพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร และบ้วนปากเพื่อบรรเทาอาการ
10. ติดตามผลการตรวจ electrolyte, Ca, DTX
11. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย เพื่อประเมินภาวะร่างกายขาดสารน้ำ

การประเมินผล (25 กุมภาพันธ์ 2566)

ผู้ป่วยยังอ่อนเพลีย ริมฝีปากแห้ง รับประทานได้ประมาณ 1/3 ถาด ไม่อาเจียนเพิ่ม ยังถ่ายเหลว 1 ครั้ง ผลตรวจ Na 135 mmol/L, K 4.1 mmol/L, CO₂ 23 mg/dl, Ca 8.3, DTX 128 mg/dl

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 5

เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือด การแข็งตัวของเลือดและเกล็ดเลือดต่ำ
ข้อมูลสนับสนุน

1. HCT ลดลงจาก 42% เป็น 30% โดยได้รับสารน้ำปริมาณเพียงพอ
2. ผล PT 15.4 sec, PTT 35.2 sec
3. ผู้ป่วยบ่นปวดท้อง กระสับกระส่าย อาจมีภาวะเลือดออกภายใน
4. เกล็ดเลือดต่ำ 15,000 cell/mm³ (วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 13.08 น.)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดปัจจัยส่งเสริมให้มีเลือดออกมากขึ้น
2. เพื่อทราบปริมาณการสูญเสียเลือดและการได้รับทดแทนได้ทันที่

เกณฑ์การประเมินผล

1. สามารถประเมินภาวะเสียเลือด และการได้รับทดแทนอย่างถูกต้องรวดเร็ว
2. ประเมินค่า HCT หลังได้ให้เลือดควรสูงขึ้นกว่าก่อนการให้เลือด 5%
3. สัญญาณชีพปกติ PR 60-95 bpm, RR 14-22 bpm, BP 100-120/60-75 mmHg
4. ค่าเกล็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ 140,000-400,000 cell/mm³, PT 10.6-12.6 sec, PTT 21.9-27.9 sec

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับเลือดตามแผนการรักษา PRC group B 1 unit iv in 4 hrs. โดยก่อนให้เลือดมีการตรวจสอบ ให้ตรงกันทั้งในใบขอเลือดและใบคำสั่งที่ติดกับถุงเลือด ชื่อ-สกุล ชนิดของเลือด หมู่เลือด วันหมดอายุ และมีการตรวจสอบอย่างน้อย 2 ครั้ง ขณะให้เลือดสังเกตอาการแทรกซ้อน เช่น อาการแพ้ มีผื่นคัน มีไข้ หนาวสั่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก พร้อมทั้งตรวจสอบสัญญาณชีพก่อน-หลังให้เลือด 15 นาที และต่อไปทุก 4 ชม. หลังเสร็จสิ้นการให้เลือด บันทึกในฟอร์มปรอทและบันทึกทางการพยาบาล หากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน หยุดการให้เลือดทันที และนำเลือดพร้อมใบแจ้งอาการส่งกลับธนาคารเลือดเพื่อตรวจสอบต่อไป
2. ดูแลให้ได้รับส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา FFP group B 1 unit iv in 1 hr. เพื่อเพิ่มปัจจัยการแข็งตัวของเลือด พร้อมทั้งสังเกตอาการแพ้ เช่น มีผื่นคัน และรายงานแพทย์ ให้ Chlorpheniramine 1 amp. iv เพื่อบรรเทาอาการและสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น อาการง่วงซึม เวียนศีรษะ หรือคลื่นไส้อาเจียน
3. สังเกตอาการเลือดออก เลือดกำเดาออก เลือดออกตามไรฟัน เลือดออกจากระบบทางเดินอาหาร เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายสีดำ ห้ามฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ หรือทำหัตถการที่รุนแรงในผู้ป่วย
4. สังเกตอาการปวดท้อง ท้องอืด หากมีอาการมากขึ้นอาจมีเลือดออกในกระเพาะอาหารได้ และให้ยา Omeprazole 20 mg iv วันละ 1 ครั้ง เพื่อลดกรดและรักษาแผลในกระเพาะอาหาร
5. ให้ Vitamin k 10 mg iv ตามแผนการรักษาเพื่อช่วยในกระบวนการแข็งตัวของเลือด
6. เจาะ HCT ทุก 2 ชม. ตามแผนการรักษาของแพทย์
7. ดูแลให้ได้พักผ่อนบนเตียงและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ งดการแปรงฟัน ให้บ้วนปากด้วย SMW
8. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานผลไม้ที่มีวิตามินซีสูงเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของหลอดเลือด

การประเมินผล (25 กุมภาพันธ์ 2566)

อ่อนเพลีย ปวดท้องน้อยลง หลังให้เลือดผู้ป่วย HCT 41% ไม่มีภาวะเลือดออก ไม่มีอาเจียนหรือถ่ายอุจจาระสีดำ PR 84 bpm, BP 110/75 mmHg ผล PT 14.3 sec, PTT 32.4 sec ยังผิดปกติ และค่าเกล็ดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 6

ไม่สุขสบายจากอาการปวดแน่นท้องเนื่องจากตับโตและมีพลาสมาอยู่ในช่องปอดและช่องท้องมาก

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีตับโต 2 FB
2. บ่นปวดจุกท้อง แน่นท้อง มี ascites
3. ผล CXR พบ pleural effusion both lungs

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความไม่สุขสบาย เนื่องจากอาการแน่นอึดอัดท้อง

2. เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการน้ำเกิน เช่น หอบ บวม แน่นท้อง อึดอัด หรือมีอาการลดลง
2. สัญญาณชีพปกติ PR 60-95 bpm, RR 14-22 bpm, BP 100-120/60-75 mmHg, O₂ sat > 95%
3. ฟังเสียงปอดไม่พบเสียงผิดปกติ ผล chest x-ray ปกติ
4. Intake/Output (I/O) มีความสมดุล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้พักผ่อนในท่าที่สุขสบายหรือท่าศีรษะสูงเพื่อให้กระบังลมหย่อนตัวปอดจะได้ขยายตัวได้ดี และให้ผู้ป่วยสวมใส่เสื้อผ้าที่มีเนื้อผ้านุ่ม หลวมสบาย
2. สังเกตอาการปวดท้อง ท้องอืด หากมีอาการมากขึ้นอาจมีเลือดออกในกระเพาะอาหารได้ และให้ยา Omeprazole 20 mg iv วันละ 1 ครั้ง เพื่อลดกรดและรักษาแผลในกระเพาะอาหาร
3. ระวังการเกิดอุบัติเหตุไม่ให้น้ำห้องได้รับความกระทบกระเทือนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง และให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล
4. ดูแลให้ O₂ cannula 3 LPM ประเมิน O₂ sat, VBG รายงานแพทย์ทราบ และระวังการระคายเคืองในจมูก เช็ดจมูกเบาๆด้วยสำลีชุบน้ำเกลือ
5. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและความรุนแรงของภาวะน้ำเกินได้แก่ อาการหอบเหนื่อย แน่นหน้าอกนอนราบไม่ได้ ประเมินเสียงปอดว่ามีเสียง rhonchi, wheezing หรือ crepitation อาการบวมมากขึ้นเป็นระยะ และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาขับปัสสาวะ
6. ดูแลให้ยาขับปัสสาวะทางหลอดเลือดดำ Lasix 20 mg iv push ตามแผนการรักษา และสังเกตการขับถ่ายปัสสาวะ สี ปริมาณและ วัตถุประสงค์โลหิต ซีฟเจอร์ และการหายใจ ถ้าพบความผิดปกติไม่มีปัสสาวะออกต้องรายงานแพทย์
7. ประเมินสัญญาณชีพทุก 2-4 ชม. และบันทึกไว้ในเวชระเบียน ทุก 2-4 ชม. หากพบมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวลดลงรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษ
8. บันทึกปริมาณ I/O รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาอัตราการไหลของสารน้ำ
9. ดูแลตรวจ urine Sp.Gr. ตามแผนการรักษาเป็นระยะๆ เพื่อประเมินอาการและประเมินว่าได้รับสารน้ำเพียงพอหรือมากเกินไปหรือไม่ เพื่อประกอบในการพิจารณาการหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

10. ติดตามผล chest x-ray

การประเมินผล (3 มีนาคม 2566)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หลับพักผ่อนได้ อาการปวดท้องทุเลาลง PR 80-94 bpm, BP 109-120/62-65 mmHg, RR 20 bpm, O₂ saturation 97% รับประทานอาหารได้ ½ ถาด คลำไม่พบตับโต ผล chest x-ray ปกติ VBG ผลมีแนวโน้มดีขึ้น, urine Sp.Gr. 1.020 intake 3,550 ml, urine output 2.4 ml/kg/hr.

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 7

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล

ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาสีหน้ากังวล และสอบถามอาการบ่อยๆ
2. อาการผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและเกิดภาวะช็อก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล
2. หลับพักผ่อนได้มากขึ้น
3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ให้เสียงรบกวนน้อย จัดสถานที่ให้มีแสงสว่างเพียงพอไม่มากหรือน้อยไป เพื่อให้สามารถพักผ่อนได้
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยกันตามลำพังและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
3. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยความเต็มใจ แสดงท่าทางที่เป็นมิตร
4. อธิบายผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้งที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
5. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงพยาธิสภาพ อาการ อาการแสดง และขั้นตอนการรักษาพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวล พร้อมแสดงออกว่าเต็มใจในการตอบคำถาม
6. แสดงออกว่าพร้อมให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยและญาติร้องขอ

การประเมินผล

ญาติรับทราบและเข้าใจแผนการรักษาให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ยกเว้นช่วงเข้าสู่ระยะวิกฤตที่ผู้ป่วยค่อนข้างหงุดหงิด หลังอาการดีขึ้นผู้ป่วยเข้าใจปรับตัวได้มากขึ้น หลับพักผ่อนได้ดี

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 8

ไม่สุขสบายจากอาการคันตามร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีอาการคันตามร่างกาย ฝ่ามือ
2. มี convalescent rash ตามตัว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อบรรเทาอาการคัน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย พักผ่อนได้มากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. หลับพักผ่อนได้มากขึ้น
2. อาการคันลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลความสะอาดของร่างกาย ให้สวมใส่เสื้อผ้าสะอาด
2. ดูแลให้รับประทานยา Chlorpheniramine 1 เม็ด วันละ 3 เวลาหลังรับประทานอาหารเพื่อบรรเทาอาการคัน
3. แนะนำผู้ป่วยตัดเล็บให้สั้น และลูบผิวหนังเบาๆ ไม่เกาแรงๆ เพราะอาจทำให้เกิดแผลได้
4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าอาการเหล่านี้เป็นอาการเมื่อเข้าสู่ระยะพักฟื้นแล้ว ไม่มีอันตราย และ จะค่อยๆหายไปได้เองใน 2-3 วัน เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

การประเมินผล

ผู้ป่วยมี convalescent rash ตามตัว อาการคันลดลง สามารถหลับพักผ่อนได้ดี ญาติรับทราบและเข้าใจแผนการรักษาให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ

คำแนะนำก่อนจำหน่าย

1. ถ้าอาการปกติ ผู้ป่วยสามารถไปโรงเรียนได้ แต่ให้ระวังการเกิดอุบัติเหตุ ระวังการเกิดบาดแผล หลีกเลี่ยงการกระแทกที่รุนแรง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ เนื่องจากมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ
2. ถ้ามีคนในบ้านป่วยมีไข้ แนะนำให้พบแพทย์
3. แนะนำการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ของลูกน้ำยุงลาย สำรวจภาชนะในบ้านที่มีน้ำขัง
4. แนะนำการหลีกเลี่ยงไม่ให้ยุงกัด ควรนอนในห้องที่มีมุ้งลวด หรือนอนในมุ้ง
5. แนะนำการฉีดวัคซีนป้องกันไข้เลือดออก

สรุปผลการรักษาและการติดตามผล

ผู้ป่วยเด็กชายชาวไทย อายุ 11 ปี มีภาวะอ้วน มารักษาที่โรงพยาบาลบางพลี เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566 ด้วยอาการ ไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นไข้เดงกี ให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน นัดมาตรวจ CBC ซ้ำ 23 กุมภาพันธ์ 2566 ยังมีไข้ มีคลื่นไส้อาเจียน ถ่ายเหลว อาการไม่ทุเลา จึงให้นอนโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่า Dengue hemorrhagic fever ระหว่างนอนโรงพยาบาล ระยะไข้ มีไข้สูง ไม่มีเสมหะให้ยาลดไข้และยาแก้ไอรักษาตามอาการ ระยะวิกฤตผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการรั่วของพลาสมา มีการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ให้การดูแลรักษาโดยการปรับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%D/NSS, 40% dextran, FFP, 5% Albumin ตามความรุนแรงของโรค พร้อมทั้งติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นระยะๆ ผลการตรวจพบเกล็ดเลือดต่ำ, HCT ลดลงมากกว่า 10 จุด และลดต่ำกว่าค่า baseline เดิมของผู้ป่วยจึงนึกถึงภาวะเลือดออกผิดปกติ⁷ พิจารณาให้ PRC 1 unit iv drip ภาวะเกล็ด

ฉีดปกติ ให้ Elixir KCl 30 ml รับประทาน ทั้งหมด 5 doses ภาวะ Hypocalcemia 6.3-7.5 mg/dl ให้ 10% calcium gluconate 10 ml iv drip in 1 ชม. ทั้งหมด 5 doses และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ดูแลการให้ FFP iv drip, Vit K 10mg iv, ภาวะ pleural effusion เมื่อพ้นระยะช็อก จึงแก้ภาวะน้ำเกินด้วยการให้ Lasix 20 mg iv stat ทั้งหมด 5 doses ดูแลการให้ออกซิเจน จนผู้ป่วยอาการดีขึ้น รับประทานอาหารได้ดี ไม่มีการเหนื่อยหอบ ฟังเสียงปอด ไม่พบความผิดปกติ อาการปวดท้องทุเลา มี convalescent rash คันเล็กน้อย หลังพักฟื้นได้ดี จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล วันที่ 4 มีนาคม 2566 และนัดติดตามอาการ ในวันที่ 8 มีนาคม 2566

อภิปรายผล

ผู้ป่วยไข้เลือดออก กรณีศึกษา นี้ อยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจากภาวะอ้วน มีไข้สูง ไอมีเสมหะ คลื่นไส้ อาเจียน เกิดภาวะพร่องสารน้ำและเกลือแร่ตั้งแต่ระยะไข้ ทำให้ระยะไข้ได้รับการให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ เมื่อเข้าสู่ในระยะวิกฤต มีภาวะช็อกเกิดขึ้น การประเมินสัญญาณชีพก่อนเข้าสู่ภาวะช็อกเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องเฝ้าระวัง มีความไวในการสังเกตและการประเมินอาการเปลี่ยนแปลง รวมถึงการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็นสัญญาณบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มว่าเริ่มมีการรั่วของพลาสมาเกิดขึ้น เพื่อช่วยในการประเมินการให้สารน้ำที่เหมาะสม ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ มีภาวะอ้วนทำให้การ resuscitate ภาวะช็อก โดยให้สารน้ำ ประเภท isotonic solution เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอและยากลำบาก ต้องให้ 40% dextran, FFP ในการช่วยพยุงระบบการทำงานของร่างกาย และไม่เห็นภาวะเลือดออกชัดเจนแต่เสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกภายในร่างกายเนื่องจาก HCT ลดลงอย่างรวดเร็วต้องพิจารณาให้ PRC ร่วมด้วย นอกจากนี้ยังเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา เช่น ระดับเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ การเกิดภาวะ pleural effusion, Disseminated Intravascular Coagulation (DIC), ภาวะน้ำเกิน ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นสมรรถนะความเชี่ยวชาญของทีมผู้ดูแลจึงสำคัญต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย การให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาล ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม คอยปลอบโยนให้กำลังใจ พร้อมทั้งการให้ข้อมูลเป็นระยะๆ จึงช่วยให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลง ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล จนผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต หายจากการเจ็บป่วย สามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาศักยภาพแนวทางการดูแลรักษาและคู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาล โดยอิงมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข
2. สร้างภาคีเครือข่ายความร่วมมือ ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในระดับท้องถิ่นทั้งภาครัฐและเอกชนให้มีประสิทธิภาพ เริ่มจากชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน และสถานประกอบการต่างๆ
3. ประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การณรงค์การจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง

4. ควรมีการศึกษาข้อมูลวัคซีนไข้เลือดออก⁸ ที่เหมาะสมกับประเทศไทย พร้อมข้อมูลผลดี-ผลเสีย และให้ข้อมูลที่แท้จริงแก่ประชาชน

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข.กรมควบคุมโรค.สถานการณ์โรคไข้เลือดออก.[อินเทอร์เน็ต].2566. [เข้าถึงเมื่อ 14 ตุลาคม2566].เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=36533&deptcode=brc&news_views=3731
2. กรมควบคุมโรค. กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง.แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อภายในโดยยุงลายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ.2564 .กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์; 2564.
3. ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, มุกดา หวังวีรวงศ์, วารุณี วัชรเสวี. การวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี ฉบับเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี.กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
4. วีระชัย วัฒนวิระเดช, กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ. Update on Pediatric Infection Diseases 2020. นนทบุรี: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2563.
5. กรมควบคุมโรค. สำนักโรคติดต่อภายในโดยแมลง.คู่มือวิชาการโรคติดต่อเดงกีและโรคไข้เลือดออกเดงกี ด้านการแพทย์และสาธารณสุข.กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์; 2558.
6. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์. แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษาโรคติดต่อไวรัสเดงกี. [อินเทอร์เน็ต].2566. [เข้าถึงเมื่อ 14 ตุลาคม2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.si.mahidol.ac.th/infectiousdiseashttps://www.si.mahidol.ac.th/th/department/pediatrics/pdf>.
7. กระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์. แนวทางการวินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก (ฉบับย่อ) พ.ศ.2566. นนทบุรี: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2566.
8. สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย.ความรู้สำหรับประชาชน โรคไข้เลือดออก. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 14 ตุลาคม2566].เข้าถึงได้จาก<https://www.pidst.or.th/A713.html>

