



วารสาร โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

KUHJ Khon Kaen University
Hospital Journal

ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2566
Volume 4 No. 3 July - September 2023

ISSN 2697-6633



วารสาร โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

KUHJ Khon Kaen University
Hospital Journal

ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2566
Volume 4 No. 3 July - September 2023

ISSN 2697-6633



KUHJ

วารสาร โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น Khon Kaen University Hospital Journal

ISSN : 2697-6633

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่ความรู้การจัดการ บริหารงาน โรงพยาบาลทุกด้าน เช่น งานคุณภาพ การจัดการความเสี่ยง การลดขั้นตอน ควบคุม ป้องกันการติดเชื้อ สืบสวนโรค กำจัดขยะ เภสัชกร การขนส่ง และงานสนับสนุนต่างๆ เป็นต้น

2. เผยแพร่ผลงานของบุคลากรด้านการจัดการ บริหารงานในหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

3. เผยแพร่และสื่อสารนโยบาย ทิศทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลต่อบุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

4. เผยแพร่ความรู้ที่ทันสมัย และเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลต่อบุคลากร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

กลุ่มเป้าหมาย

1. บุคลากร หน่วยงานด้านการบริการ และสนับสนุนงานโรงพยาบาลทุกด้าน

2. ผู้บริหารระดับสูง หัวหน้าหน่วยงานด้านการบริการ และสนับสนุนงานโรงพยาบาล

3. บุคลากรที่ต้องการพัฒนางานในหน้าที่ หน่วยงานให้มีความก้าวหน้า และเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาล

4. บุคลากรผู้สนใจด้านการบริการ บริหารงานโรงพยาบาล

5. นักวิชาการทุกสาขาที่ต้องการเผยแพร่ความรู้ที่ทันสมัยและเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาล

เงื่อนไขในการตีพิมพ์

เรื่องที่ส่งมาลงพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น หากเคยนำเสนอในที่ประชุมวิชาการใดให้ระบุเป็นเชิงอรรถ (foot note) ไว้ในหน้าแรกของบทความ ลิขสิทธิ์ในการพิมพ์เผยแพร่ของบทความที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นของวารสาร

บทความจะต้องผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (reviewer) ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านนั้นจะไม่ทราบผลการพิจารณาของท่านอื่น ผู้รับผิดชอบบทความจะต้องตอบข้อสงสัยและคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญทุกประเด็น ส่งกลับให้บรรณาธิการพิจารณาอีกครั้งว่ามีความเหมาะสมในการเผยแพร่ในวารสารหรือไม่

จริยธรรมการตีพิมพ์

จริยธรรมในการตีพิมพ์ผลงานในวารสารวิชาการ (Publication Ethics)

เรียบเรียงและปรับปรุงจาก <https://publicationethics.org/>

บทบาทและหน้าที่ของผู้เขียนบทความ (Author Ethical Responsibilities)

- บทความที่เป็นนิพนธ์ต้นฉบับ (original article) ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์
- ผู้เขียนบทความจะต้องส่งบทความที่ไม่เคยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ได้มาก่อน และไม่ส่งต้นฉบับบทความซ้ำซ้อนกับวารสารอื่น
- ผู้เขียนจะต้องคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัย จะต้องไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานของผู้อื่นมาเป็นของตนเอง
- ผู้เขียนจะต้องจัดทำต้นฉบับของบทความตาม “คำแนะนำสำหรับผู้เขียน”
- ผู้เขียนที่มีชื่อในบทความจะต้องเป็นผู้มีส่วนในการจัดทำบทความหรือมีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัย
- ผู้เขียนจะต้องอ้างอิงผลงาน ภาพ หรือตาราง หากมีการนำมาใช้ในบทความของตนเอง โดยให้ระบุ “ที่มา” เพื่อป้องกันการละเมิดลิขสิทธิ์ (หากมีการฟ้องร้องจะเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนแต่เพียงผู้เดียวทางวารสารจะไม่รับผิดชอบใดๆ ทั้งสิ้น)
- ผู้เขียนจะต้องตรวจสอบความถูกต้องของรายการเอกสารอ้างอิง และควรอ้างอิง

เอกสารเท่าที่จำเป็นอย่างเหมาะสม ไม่ควรอ้างอิงเอกสารที่มากจนเกินไป

8. ผู้เขียนจะต้องแก้ไขบทความตามผลประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการให้แล้วเสร็จภายในเวลาที่กำหนด

9. ผู้เขียนจะต้องระบุชื่อแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย (ถ้ามี) และจะต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (ถ้ามี)

10. ในบทความผู้เขียนจะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จ หรือการปลอมแปลงบิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือ เลือกลงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้องกับข้อสรุป

บทบาทหน้าที่ของกองบรรณาธิการ

- พิจารณาและตรวจสอบบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์กับวารสารทุกบทความ โดยพิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาบทความกับเป้าหมายและขอบเขตของวารสาร รวมถึงตรวจสอบคุณภาพบทความในกระบวนการประเมินคุณภาพบทความก่อนการตีพิมพ์
- ต้องใช้หลักการพิจารณาบทความโดยอิงเหตุผลทางวิชาการเป็นหลัก และต้องไม่อคติต่อผู้เขียนและบทความที่พิจารณาไม่ว่าด้วยกรณีใด
- ต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียนหรือผู้ทรงคุณวุฒิ ไม่ว่าจะเพื่อประโยชน์ในเชิงธุรกิจหรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง

4. ต้องไม่ปิดกั้น เปลี่ยนแปลง หรือแทรกแซงข้อมูลที่ใช้แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียน

5. ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียน และผู้ประเมินบทความ แก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ

6. ต้องปฏิบัติตามกระบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ ของวารสารอย่างเคร่งครัด

7. ต้องจัดระบบการตรวจสอบการคัดลอกผลงานในบทความอย่างจริงจัง โดยใช้โปรแกรมที่เชื่อถือได้และเป็นที่ยอมรับในแวดวงวิชาการ โดยทางวารสารวิจัยวิชาการได้กำหนดการตรวจสอบการลอกเลียนวรรณกรรมทางวิชาการ (อักขราวิสุทธิ์) และการตรวจสอบการคัดลอกเอกสารอิเล็กทรอนิกส์แบบอัตโนมัติ CopyCatch โดยจะต้องมีระดับความซ้ำซ้อนไม่เกิน 20% หากตรวจสอบพบการคัดลอกของผู้อื่น ในกระบวนการประเมินบทความ บรรณาธิการและกองบรรณาธิการต้องหยุดกระบวนการประเมิน และติดต่อ ผู้นิพนธ์หลักทันทีเพื่อขอคำชี้แจง เพื่อประกอบการ “ตอบรับ” หรือ “ปฏิเสธ” การตีพิมพ์บทความนั้นๆ

8. บรรณาธิการและกองบรรณาธิการต้องไม่ปฏิเสธ การตีพิมพ์บทความเพราะความสงสัยหรือไม่แน่ใจ ต้องหาหลักฐานมาพิสูจน์ข้อสงสัยนั้น ๆ ก่อน

9. บรรณาธิการจะต้องตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของบทความอย่างเคร่งครัดก่อนการตีพิมพ์ และจะต้องไม่แก้ไข

ข้อความในบทความอันทำให้บทความสูญเสีย
นัยสำคัญของบทความนั้นๆ

บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการวารสาร (Editor Roles and Responsibility)

1. บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาคุณภาพของบทความ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ตนรับผิดชอบ และไม่ตีพิมพ์บทความที่เคยตีพิมพ์ที่อื่นมาแล้ว

2. บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียน และผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ

3. บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีวิจัยที่ถูกต้อง และให้ผลที่น่าเชื่อถือ โดยนำผลของการวิจัยมาเป็นตัวชี้กันว่า สมควรตีพิมพ์เผยแพร่หรือไม่

4. บรรณาธิการต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียนและผู้ประเมิน

5. บรรณาธิการต้องมีการตรวจสอบบทความในด้านการคัดลอกผลงานผู้อื่น (Plagiarism) อย่างจริงจัง

6. เมื่อบรรณาธิการตรวจพบการคัดลอกผลงานของผู้อื่น จะต้องระงับการประเมินและติดต่อผู้เขียน เพื่อพิจารณาตอบรับหรือปฏิเสธการตีพิมพ์การตีพิมพ์

7. หากบรรณาธิการตรวจพบว่า บทความมีการลอกเลียนบทความอื่นโดยมิชอบ หรือมีการปลอมแปลงข้อมูล ซึ่งสมควรถูกถอดถอน แต่ผู้เขียนปฏิเสธที่จะถอนบทความ บรรณาธิการสามารถดำเนินการถอนบทความได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจาก

ผู้เขียน ซึ่งถือเป็นสิทธิและความรับผิดชอบต่อบทความของบรรณาธิการ

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ (Reviewer Roles and Responsibilities)

1. ผู้ประเมินบทความต้องไม่เปิดเผยข้อมูลในบทความแก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ

2. หากผู้ประเมินบทความมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียนผู้ประเมินบทความจะต้องแจ้งให้บรรณาธิการตรวจสอบและปฏิเสธการประเมินบทความนั้นๆ

3. ผู้ประเมินบทความควรรับประเมินบทความเฉพาะสาขาวิชาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ และหากมีส่วนใดของบทความที่มีความเหมือนกัน หรือซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่นๆ ผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบ

กองบรรณาธิการ

ชื่อ	สถานที่ทำงาน
ศ.นพ. สมศักดิ์ เทียมเก่า	สาขาวิชาอายุศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร. ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์	สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.พญ.ศิริพร เทียมเก่า	สาขาวิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ผศ.พญ.คัชรินทร์ ภูนิคม	สาขาวิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นางนิภาพรรณ ฤทธิรอด	งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ภญ.รัชฎาพร สุนทรภาส	งานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นางสาวพรนิภา หาญละคร	หน่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นางนลัทพร สืบเสาะ	หอผู้ป่วย 4ข -1 แผนกการพยาบาลอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นายเรวัฒน์ เอกวุฒิมวงศา	หอผู้ป่วยพิเศษรวม 9C แผนกการพยาบาลบริการพิเศษ 2 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.จงกล พลตรี	งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นางดุจกานต์ สุวรรณธาร	ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.สุพร วงศ์ประทุม	พยาบาลเชี่ยวชาญ เกษียณอายุราชการ
นางอุบล จั่งพานิช	พยาบาลเชี่ยวชาญ เกษียณอายุราชการ
ดร.จงกลณี จันทศิริ	รองหัวหน้าพยาบาลด้านวิชาการ โรงพยาบาลขอนแก่น

ผู้จัดการวารสาร : สมปอง จันทะคราม งานบริการการศึกษา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีครับท่านผู้อ่านวารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน วารสารฉบับที่ท่านกำลังอ่านอยู่นี้เป็นวารสารฉบับที่ 3 ของปี 2566 ซึ่งมีบทความที่น่าสนใจจำนวนมาก โดยเฉพาะ original article ที่มีถึง 3 เรื่อง เป็นเรื่องเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปี โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้หลัก 4 แนวปฏิบัติ ซึ่งทั้ง 3 เรื่องนั้นผมมั่นใจว่าผู้อ่านจะได้ประโยชน์ และสามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง และการปฏิบัติงาน ในส่วนของจดหมายถึงบรรณาธิการ หรือ letter to the editor ก็มีเนื้อหาสาระที่น่าสนใจทุกเรื่อง ในส่วนของนิตยสารก็มีบทความที่หลากหลายให้ท่านผู้อ่านได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ในส่วนของผมเองนั้นมีความประทับใจในบทความส่วนของ clinical tracer ที่ทางแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้รวบรวม patient experience ต่างๆ การแก้ปัญหาของผู้ให้บริการจนผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลรักษาเป็นอย่างดี บางเรื่องอ่านแล้วน้ำตาไหลออกมาเองก็มีนะครับ ผมว่าทีมพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกให้การบริการผู้ป่วยอย่างยอดเยี่ยม สุดประทับใจ

วารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่นได้จัดทำออกมาเผยแพร่เข้าสู่ปีที่ 4 แล้ว และกองบรรณาธิการมีความมุ่งมั่นที่จะจัดทำวารสารนี้ให้มีคุณภาพ และเต็มเปี่ยมไปด้วยเนื้อหาสาระที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านทุกท่าน กองบรรณาธิการพร้อมรับบทความในทุกรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลจากทุกท่านครับ

ศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า
บรรณาธิการหลักวารสาร

สารบัญ

หน้า

Editorial

Pot Hastens Schizophrenia	199
A Dangerous Mix	200

Original Article

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์: กรณีศึกษาจากการตรวจสอบสุขภาพบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.....	201
ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตและภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่คาสายระบายสัญญาณกลับบ้าน.....	211
ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้หลัก 4 แนวปฏิบัติ โรงพยาบาลศรีนครินทร์.....	226

Letter to the Editor

For The Wrong Side	239
A Low-grade Lung Cancer	240
มะเร็งปอดชนิดไม่ร้ายมาก	241

จดหมายถึงบรรณาธิการ

Have They Buried The Hatchet?.....	243
Long-COVID	245
คนไทยกับเนื้องอกเยื่อเลื่อม	246
ข้อเสนอแนะให้อยู่กับ PM 2.5 โดยปลอดภัย	248
ความเหมือนที่แตกต่าง	252

นานาสาระ

ส่งยาถึงบ้าน	254
คนขอนแก่นต้องรอด.....	256
ลดความแออัดในโรงพยาบาล	259
ระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine).....	261
การลดความแออัดในโรงพยาบาล	263
การระบาดของโรคโควิด 19 : โอกาสในวิกฤติ	265

Clinical Tracer

การบริการผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์	268
--	-----

Editorials

Pot Hastens Schizophrenia

Somsak Tiamkao

Division of Neurology, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen

The brain's cannabinoid receptors play a role in psychosis. A meta-analysis from the University of New South Wales in Australia* found that pot smokers developed psychotic disorders 2.7 years earlier than nonsmokers. The explanation lies in the brain's cannabinoid receptors, which respond to the active chemicals in pot and play a role in dopamine regulation, increasing the likelihood of psychotic episodes.

**Arch of Gen. Psych. (Time February 21, 2011: 11.)*

Editorials

A Dangerous Mix

Somsak Tiamkao

Division of Neurology, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen

One of the worst things someone at risk for diseases can do is smoke marijuana, that it can hasten the onset of the disorder. A meta analysis found that pot smokers developed psychotic disorders 2.7 years earlier than nonsmokers. The greater risk may be to people with a family history of psychosis. Pot sped up the onset of the disease by three years and worsened symptoms. The explanation lies in the brain's endocannabinoid receptors, which respond to the active chemicals in pot and play a role in dopamine regulation, increasing the psychotic episodes.

Original Article

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์:
กรณีศึกษาจากการตรวจสุขภาพบุคลากร คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Factors Affecting Health Status of Medical Personnel:
The Faculty of Medicine, Khon Kaen University's Health
Checkup Study

สายสมร ลีลดาทกุล¹, สรายุทธ หลานวงศ์², จันจิราภรณ์ สิงห์ครุฑ¹, สมนัดดี เทียมเก่า³
Saisamon Leeladapattarakul¹, Sarayut Lahnwong², Janjiraporn Singkuth¹, Somsak Tiamkao³
¹โรงพยาบาลศรีนครินทร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
¹Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University
²สาขาวิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
²Department of Pharmacology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University
³สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
³Department of Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

ผู้รับผิดชอบบทความ: สายสมร ลีลดาทกุล

งานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

e-mail : psaisa@kku.ac.th

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: การตรวจสุขภาพประจำปี สามารถคัดกรองโรคในระยะเริ่มต้น ลดโอกาสเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อนและลดระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ รวมทั้งลดความเสี่ยงการเกิดภาวะสุขภาพผิดปกติ นอกจากนี้ข้อมูลภาวะสุขภาพช่วยให้องค์กรสามารถติดตามภาวะสุขภาพและนำสู่การวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง

รับต้นฉบับ
20 กุมภาพันธ์ 2566

แก้ไขต้นฉบับ
21 มีนาคม 2566

รับต้นฉบับตีพิมพ์
28 มีนาคม 2566

โรคเบาหวาน ภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ภาวะโลหิตจาง และ ความผิดปกติทางภาพถ่ายรังสีทรวงอก ในบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ผลตรวจสุขภาพของบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 3,686 คน ที่รับการตรวจสุขภาพในคลินิกตรวจสุขภาพบุคลากร โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผล ต่อภาวะสุขภาพ โดยใช้สถิติ multiple logistic regression

ผลการศึกษา: พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 84 เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 63.9 บุคลากรสายสนับสนุนร้อยละ 36.1 อายุเฉลี่ย 39 ปี มีภาวะอ้วนร้อยละ 26 เส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน ร้อยละ 31.1 มีประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 37.1 และ 31.4 ตามลำดับ ความชุกโรคความดันโลหิตสูงพบร้อยละ 10.5 โดยเพศชาย อายุ ≥ 40 ปี อ้วน เส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน และมีประวัติโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2.9, 4.9, 2.3, 2.0 และ 2.8 เท่า ตามลำดับ ความชุกโรคเบาหวานพบร้อยละ 3.8 โดยเพศชาย อายุ ≥ 40 ปี อ้วน เส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน และมีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัว มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2.2, 4.7, 1.8, 2.6 และ 4.0 เท่า ตามลำดับ ความชุกภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูงพบร้อยละ 32.0 โดยเพศชาย อายุ ≥ 40 ปี อ้วน และมีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัว มีความเสี่ยงต่อภาวะนี้ 1.4, 4.8, 1.7 และ 1.4 เท่า ตามลำดับ ความชุกภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงพบร้อยละ 10.0 โดยเพศชาย อายุ ≥ 40 ปี พนักงานสำนักงาน อ้วน เส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน และมีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัว มีความเสี่ยงต่อภาวะนี้ 4.2, 2.0, 1.4, 2.4, 2.0 และ 1.3 เท่า ตามลำดับ ความชุกภาวะโลหิตจางพบร้อยละ 19.4 เพศหญิง มีความชุกมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 22.0 และ ร้อยละ 5.6 ตามลำดับ) ความผิดปกติทางภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบสงสัยวัณโรคปอดร้อยละ 0.3 บุคลากรทางการแพทย์มีความชุกมากกว่าพนักงานสำนักงาน พบภาวะหัวใจโต ร้อยละ 3.1 โดยพบมากในเพศหญิง อายุ ≥ 40 ปี มีภาวะอ้วน หรือ มีภาวะเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน

สรุป: ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง และภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง พบมากในเพศชาย อายุ ≥ 40 ปี มีภาวะอ้วน มีภาวะเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน มีประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว ความชุกของภาวะโลหิตจางพบมากในเพศหญิง ความชุกของวัณโรคปอดมีแนวโน้มพบมากในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ความชุกของภาวะหัวใจโต พบมากในเพศหญิง อายุ ≥ 40 ปี มีภาวะอ้วน หรือ มีภาวะเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพการตรวจสุขภาพ บุคลากรทางการแพทย์

บทนำ

การตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปีเป็นหนึ่งในนโยบายสุขภาพที่ช่วยคัดกรองความผิดปกติในระยะแรก เพื่อให้เกิดการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยง¹ โดยประกอบไปด้วย การซักประวัติและตรวจร่างกายโดยแพทย์ รวมถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอต่อการวินิจฉัยโรค บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้บริการสุขภาพ จึงควรเป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การปฏิบัติตัวและควบคุมปัจจัยเสี่ยง การตรวจสุขภาพประจำปี สามารถคัดกรองโรคในระยะเริ่มต้น ลดโอกาสเกิดโรคภาวะแทรกซ้อนและลดระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ รวมทั้งลดความเสี่ยงการเกิดภาวะสุขภาพผิดปกติ นอกจากนี้ข้อมูลภาวะสุขภาพช่วยให้องค์กรสามารถติดตามภาวะสุขภาพและนำสู่การวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ภาวะโลหิตจาง และความผิดปกติทางภาพถ่ายรังสีทรวงอก ในบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ผลตรวจสุขภาพของบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่มารับการตรวจสุขภาพประจำปี ในคลินิกตรวจสุขภาพบุคลากร โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 3,686 คน โดยเก็บข้อมูลทั่วไป ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต ตรวจร่างกายพื้นฐานโดยแพทย์ และ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count) ระดับน้ำตาลในเลือด (fasting plasma glucose) ระดับไขมันในเลือด (lipid profile) และภาพถ่ายรังสีทรวงอก (chest X-ray)

การวินิจฉัยภาวะอ้วนใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ตร.ม.² ภาวะเส้นรอบเอวเกินมาตรฐานใช้เกณฑ์เส้นรอบเอว ≥ 90 ซม. ในเพศชาย และ ≥ 80 ซม. ในเพศหญิง³ กลุ่มผู้มีความดันโลหิตสูง รวมผู้ที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่เดิม กับ ผู้ที่ตรวจพบระดับความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มม.ปรอท เมื่อวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง⁴ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน รวมผู้ที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานอยู่เดิม กับ ผู้ที่ตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 126 มก./ดล.⁵ กลุ่มผู้ที่มีคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ใช้เกณฑ์ ≥ 200 มก./ดล. กลุ่มผู้ที่มีไนโตรกลีเซอไรด์เลือดสูง ใช้เกณฑ์ ≥ 150 มก./ดล.⁶ กลุ่มผู้ที่มีโลหิตจางใช้เกณฑ์ < 13 ก./ดล. ในเพศชาย และ < 12 ก./ดล. ในเพศหญิง⁷ ความผิดปกติทางภาพถ่ายรังสีทรวงอกได้รับการวินิจฉัยโดยรังสีแพทย์

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม SPSS-PC รุ่น 17.0 การวิเคราะห์ปัจจัยเดียวใช้ Chi square test หรือ Fisher Exact test การวิเคราะห์หลายปัจจัยใช้ multivariable logistic regression แสดงข้อมูลในรูปแบบ สัดส่วน ความถี่ มัชยฐาน พิสัยควอไทล์ Odds ratio และช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 นัยสำคัญทางสถิติใช้เกณฑ์ $p\text{-value} < 0.05$

การวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3,686 คนแบ่งเป็นเพศชาย 590 คน (ร้อยละ 16.0) และเพศหญิง 3,096 คน (ร้อยละ 84.0) ค่ากลางอายุ 39 ปี พิสัยควอไทล์ 21 ปี ค่ากลางดัชนีมวลกาย 22.4 กก./ตร.ม. พิสัยควอไทล์ 5.1กก./ตร.ม. ข้อมูลอื่นๆแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	590	16.0
	หญิง	3,096	84.0
อายุ	< 40 ปี	1,907	51.7
	≥40 ปี	1,779	48.3
ตำแหน่งงาน	พนักงานสำนักงาน	1,331	36.1
	บุคลากรทางการแพทย์	2,355	63.9
ภาวะอ้วน	ไม่มี	2,727	74.0
	มี	959	26.0
ภาวะเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน	ไม่มี	2,538	68.9
	มี	1,148	31.1
ประวัติโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว	ไม่มี	2,235	62.9
	มี	1,318	37.1
ประวัติโรคเบาหวานในครอบครัว	ไม่มี	2,394	64.9
	มี	1,159	31.4

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ

โรคเรื้อรังที่สนใจในการศึกษานี้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง และ ภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรคเรื้อรัง แสดงในตารางที่ 2 และ 3 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง พบทั้งหมด 388 คน (ร้อยละ 10.5) 140 คน (ร้อยละ 3.8) 1,178คน (ร้อยละ 32.0) และ 368 คน (ร้อยละ 10.0) ตามลำดับ โดยทุกโรคมีความชุกแตกต่างกันในปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งงาน ภาวะอ้วน ภาวะเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน ประวัติโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว และประวัติโรคเบาหวานในครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น ภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง และภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงความชุกไม่แตกต่างกันในปัจจัยตำแหน่งงานและประวัติโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวตามลำดับ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง โดยควบคุมปัจจัยอื่น พบว่า เพศชาย อายุ ≥ 40 ปี มีภาวะอ้วน เส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน และมีประวัติโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง 2.9, 4.9, 2.3, 2.0 และ 2.8 เท่า ตามลำดับ โรคเบาหวานพบเพศชาย อายุ ≥ 40 ปี มีภาวะอ้วน มีภาวะเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน และมีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัว มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน 2.2, 4.7, 1.8, 2.6 และ 4.0 เท่า ตามลำดับ ภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง พบ เพศชาย อายุ ≥ 40 ปี มีภาวะอ้วน และมีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัว มีความเสี่ยงต่อการมีภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง 1.4, 4.8, 1.7 และ 1.4 เท่า ตามลำดับ ภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง พบ เพศชาย อายุ ≥ 40 ปี เป็นพนักงานสำนักงาน มีภาวะอ้วน มีภาวะเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน และมีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัว มีความเสี่ยงต่อการมีภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง เป็น 4.2, 2.0, 1.4, 2.4, 2.0 และ 1.3 เท่า ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโลหิตจาง พบความชุกของภาวะโลหิตจางทั้งหมด 715 คน (ร้อยละ 19.4) โดยมีความชุกแตกต่างกันในปัจจัยเสี่ยง เพศ ภาวะอ้วน และ ภาวะเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศหญิงมีความชุกมากกว่าเพศชาย คือ ร้อยละ 22.0 และ 5.6 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความผิดปกติทางภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบสงสัยวัณโรคปอดทั้งหมด 10 คน (ร้อยละ 0.3) โดยบุคลากรทางการแพทย์มีความชุกมากกว่าพนักงานสำนักงาน ร้อยละ 0.4 และ 0.1 ตามลำดับ และพบภาวะหัวใจโต 116 คน (ร้อยละ 3.1) โดยมีความชุกแตกต่างกันในปัจจัยเสี่ยง เพศ อายุ ภาวะอ้วน และ ภาวะเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 2 ความชุกของกลุ่มโรคเรื้อรัง จำแนกตามปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัย		โรคความดันโลหิตสูง (คน (ร้อยละ))			โรคเบาหวาน (คน (ร้อยละ))			ภาวะคอเลสเตอรอล ในเลือดสูง (คน (ร้อยละ))			ภาวะไตรกลีเซอไรด์ ในเลือดสูง (คน (ร้อยละ))		
		ไม่เป็น	เป็น	p-value	ไม่เป็น	เป็น	p-value	ไม่เป็น	เป็น	p-value	ไม่เป็น	เป็น	p-value
เพศ	ชาย	474 (80.3)	116 (19.7)	< 0.001	552 (93.6)	38 (6.4)	< 0.001	361 (61.2)	229 (38.8)	< 0.001	452 (76.6)	138 (23.4)	< 0.001
	หญิง	2,824 (91.2)	272 (8.8)		2,994 (96.7)	102 (3.3)		2,147 (69.3)	949 (30.7)		2,866 (92.6)	230 (7.4)	
อายุ	< 40 ปี	1,847 (96.9)	60 (3.1)	< 0.001	1,888 (99.0)	19 (1.0)	< 0.001	1,620 (85.0)	287 (15.0)	< 0.001	1,801 (94.4)	106 (5.6)	< 0.001
	≥ 40 ปี	1,451 (81.6)	328 (18.4)		1,658 (93.2)	121 (6.8)		888 (49.9)	891 (50.1)		1,517 (85.3)	262 (14.7)	
ตำแหน่งงาน	พนักงาน สำนักงาน	1,161 (87.2)	170 (12.8)	0.001	1,258 (94.5)	73 (5.5)	< 0.001	904 (67.9)	421 (32.1)	0.905	1,151 (86.5)	180 (13.5)	< 0.001
	บุคลากร ทางการแพทย์	2,137 (90.7)	218 (9.3)		2,288 (97.2)	67 (2.8)		1,604 (68.1)	751 (31.9)		2,167 (92.0)	188 (8.0)	
ภาวะอ้วน	ไม่มี	2,569 (94.2)	158 (5.8)	< 0.001	2,673 (98.0)	54 (2.0)	< 0.001	2,020 (74.1)	707 (25.9)	< 0.001	2,578 (94.5)	149 (5.5)	< 0.001
	มี	729 (76.0)	230 (24.0)		873 (91.0)	86 (9.0)		488 (50.9)	471 (49.1)		740 (77.2)	219 (22.8)	
ภาวะเส้นรอบ เอวเกิน มาตรฐาน	ไม่มี	2,391 (94.2)	147 (5.8)	< 0.001	2,492 (98.2)	46 (1.8)	< 0.001	1,884 (74.2)	654 (25.8)	< 0.001	2,393 (94.3)	145 (5.7)	< 0.001
	มี	907 (79.0)	241 (21.0)		1,054 (91.8)	94 (8.2)		624 (54.4)	524 (45.6)		925 (80.6)	223 (19.4)	
ประวัติโรค ความดันโลหิต สูงในครอบครัว	ไม่มี	2,089 (93.5)	146 (6.5)	< 0.001	2,169 (97.0)	66 (3.0)	0.002	1,584 (70.9)	651 (29.1)	< 0.001	2,016 (90.2)	219 (9.8)	0.431
	มี	1,094 (83.0)	224 (17.0)		1,253 (95.1)	65 (4.9)		817 (62.0)	501 (38.0)		1,178 (89.4)	140 (10.6)	
ประวัติโรคเบา หวานใน ครอบครัว	ไม่มี	2,172 (90.7)	222 (9.3)	0.001	2,355 (98.4)	39 (1.6)	< 0.001	1,724 (72.0)	670 (28.0)	< 0.001	2,190 (91.5)	204 (8.5)	< 0.001
	มี	1,011 (87.2)	148 (12.8)		1,067 (92.1)	92 (7.9)		677 (58.4)	482 (41.6)		1,004 (86.6)	155 (13.4)	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรคเรื้อรัง เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น

ปัจจัย	โรคความดันโลหิตสูง			โรคเบาหวาน			ภาวะคอเลสเตอรอล ในเลือดสูง			ภาวะไตรกลีเซอไรด์ ในเลือดสูง		
	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value
เพศชาย	2.9	2.2-3.8	< 0.001	2.2	1.4-3.4	< 0.001	1.4	1.1-1.7	0.001	4.2	3.3-5.5	< 0.001
อายุ ≥ 40 ปี	4.9	3.6-6.6	< 0.001	4.7	2.8-8.0	< 0.001	4.8	4.1-5.7	< 0.001	2.0	1.5-2.6	< 0.001
พนักงานสำนักงาน	1.2	0.9-1.5	0.091	-	-	-	-	-	-	1.4	1.1-1.8	0.003
ภาวะอ้วน	2.3	1.7-3.2	< 0.001	1.8	1.1-2.9	0.017	1.7	1.4-2.2	< 0.001	2.4	1.7-3.3	< 0.001
ภาวะเส้นรอบเอวเกิน มาตรฐาน	2.0	1.4-2.8	< 0.001	2.6	1.5-4.3	< 0.001	1.2	0.9-1.5	0.061	2.0	1.4-2.8	< 0.001
โรคความดันโลหิตสูง ในครอบครัว	2.8	2.2-3.6	< 0.001	-	-	-	-	-	-	-	-	-
โรคเบาหวานในครอบครัว	-	-	-	4.0	2.7-6.0	< 0.001	1.4	1.2-1.6	< 0.001	1.3	1.0-1.7	0.008

ตารางที่ 4 ความชุกของภาวะโลหิตจาง จำแนกตามปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัย		ไม่เป็นโลหิตจาง		เป็นโลหิตจาง		p-value
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	557	94.4	33	5.6	< 0.001
	หญิง	2,414	78.0	682	22.0	
อายุ	< 40 ปี	1,515	79.4	392	20.6	0.066
	≥40 ปี	1,456	81.8	323	18.2	
ตำแหน่งงาน	พนักงานสำนักงาน	1,068	80.2	263	19.8	0.676
	บุคลากรทางการแพทย์	1,903	80.8	452	19.2	
ภาวะอ้วน	ไม่มี	2,148	78.8	579	21.2	< 0.001
	มี	823	85.8	136	14.2	
ภาวะเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน	ไม่มี	2,007	79.1	531	20.9	0.001
	มี	964	84.0	184	16.0	

ตารางที่ 5 ความชุกของความผิดปกติทางภาพถ่ายรังสีทรวงอกจำแนกตามปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัย		สงสัยวัณโรคปอด (คน (ร้อยละ))			ภาวะหัวใจโต (คน (ร้อยละ))		
		ไม่เป็น	เป็น	p-value	ไม่เป็น	เป็น	p-value
เพศ	ชาย	588 (99.7)	2 (0.3)	0.667	581 (98.5)	9 (1.5)	0.014
	หญิง	3,088 (99.7)	8 (0.3)		2,989 (96.5)	107 (3.5)	
อายุ	< 40 ปี	1,902 (99.7)	5 (0.3)	1.000	1,887 (99.0)	20 (1.0)	< 0.001
	≥ 40 ปี	1,774 (99.7)	5 (0.3)		1,683 (94.6)	96 (5.4)	
ตำแหน่งงาน	พนักงานสำนักงาน	1,330 (99.9)	1 (0.1)	0.106	1,280 (96.2)	51 (3.8)	0.073
	บุคลากรทางการแพทย์	2,346 (99.6)	9 (0.4)		2,290 (97.2)	65 (2.8)	
ภาวะอ้วน	ไม่มี	2,718 (99.7)	9 (0.3)	0.470	2,686 (98.5)	41 (1.5)	< 0.001
	มี	985 (99.9)	1 (0.1)		884 (92.2)	75 (7.8)	
ภาวะเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน	ไม่มี	2,529 (99.6)	9 (0.4)	0.18	2,503 (98.6)	35 (1.4)	< 0.001
	มี	1,147 (99.9)	1 (0.1)		1,067 (92.9)	81 (7.1)	

วิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะอ้วน และภาวะเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 26.0 และ 31.1 ตามลำดับ โดยพบความชุกสูงกว่าการศึกษาของอรพิน กิจลิขิต และ นภดล สุชาติ⁸ ซึ่งรายงานผลตรวจสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ปี 2550 พบภาวะอ้วน ร้อยละ 24.7 และภาวะเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 27.6

สำหรับในกลุ่มโรคเรื้อรัง พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง (ร้อยละ 10.5, 3.8, 32.0 และ 10.0 ตามลำดับ) ต่ำกว่าความชุกของโรคในประเทศไทย (ร้อยละ 21.4, 6.9, 50.9 และ 36.5 ตามลำดับ)⁹ โดยพบความชุกมากในกลุ่มเพศชาย อายุ ≥ 40 ปี มีภาวะอ้วน มีภาวะเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน หรือมีประวัติโรคในครอบครัว ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า^{8,10}

การศึกษานี้ของ Krusun N และคณะ¹⁰ ได้ศึกษาภาวะสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างพนักงานสำนักงานและบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ โดยพบความชุกสูงกว่าในกลุ่มพนักงานสำนักงาน ในโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง และ ภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง อย่างไรก็ตาม เมื่อทำการวิเคราะห์โดยควบคุมตัวแปรอื่นการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างกันระหว่างตำแหน่งงาน

บุคลากรเพศหญิงพบความชุกของภาวะโลหิตจางมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้า^{8,9} สาเหตุอาจเนื่องมาจากการสูญเสียโลหิตเรื้อรังจากเลือดประจำเดือนออกมามาก นอกจากนี้ ยังพบความชุกของภาวะโลหิตจางมากกว่าในกลุ่มผู้มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า สาเหตุอาจเนื่องมาจากการรับประทานอาหารโดยเฉพาะธาตุเหล็กที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย หรือ มีโรคประจำตัว เช่น ธาลัสซีเมีย เป็นต้น

ความผิดปกติทางภาพถ่ายรังสีทรวงอก อรพิน กิจลิขิต และ นภดล สุชาติ⁸ รายงานผลตรวจสุขภาพบุคลากรทางการแพทย์ พบสงสัยวัณโรค ร้อยละ 0.5 และพบภาวะหัวใจโต ร้อยละ 1.8 ซึ่งผลการศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษานี้ โดยพบภาวะดังกล่าวร้อยละ 0.3 และ 3.1 ตามลำดับ บุคลากรทางการแพทย์มีความชุกของวัณโรคปอดมากกว่าพนักงานสำนักงาน (ร้อยละ 0.4 และ ร้อยละ 0.1 ตามลำดับ) แต่เนื่องจากตรวจพบจำนวนน้อยจึงไม่พบความแตกต่างกัน สำหรับภาวะหัวใจโตซึ่งมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ โรคหัวใจ การเสื่อมตามอายุ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะโลหิตจาง หรือ ภาวะอ้วน เป็นต้น^{11,12} การศึกษานี้พบความชุกมากในเพศหญิง อายุ ≥ 40 ปี มีภาวะอ้วน หรือ มีภาวะเส้นรอบเอวเกินมาตรฐานผลการศึกษานี้จึงสอดคล้องกับปัจจัยข้างต้น อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังไม่ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหัวใจโตกับโรคความดันโลหิตสูง หรือ ภาวะโลหิตจาง

ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการวิจัยได้แก่ มีบุคลากรที่มารับการตรวจสุขภาพประจำปีจำนวน 3,686 คนจากจำนวนบุคลากรทั้งหมด 5,712 คน (ร้อยละ 71.2) กลุ่มตัวอย่างไม่ได้เกิดจากการสุ่มอย่างเป็นระบบ จึงอาจไม่ได้เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากร

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย ควรส่งเสริมสุขภาพและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพกลุ่มโรคเรื้อรังในบุคลากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เพศชาย อายุ ≥ 40 ปี มีภาวะอ้วน มีภาวะเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน มีประวัติโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงครบครัน เฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเพศหญิงหรือผู้มีน้ำหนักตัวน้อย เฝ้าระวังวัณโรคปอดในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงคัดกรองภาวะหัวใจโตในกลุ่มเพศหญิง อายุ ≥ 40 ปี มีภาวะอ้วน หรือ มีภาวะเส้นรอบเอวเกินมาตรฐานข้อเสนอแนะด้านการวิจัย ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และ เก็บข้อมูลปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ประวัติอื่นๆในครอบครัว เป็นต้น เพื่อให้เห็นความสำคัญของปัญหาชัดเจนมากขึ้นและสามารถปรับใช้ในเชิงนโยบายต่อไป

สรุป

ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง และภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง พบมากในเพศชาย อายุ ≥ 40 ปี มีภาวะอ้วน มีภาวะเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน มีประวัติโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงในครอบครัว ความชุกของภาวะโลหิตจางพบมากในเพศหญิง ความชุกของวัณโรคปอดมีแนวโน้มพบมากในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ความชุกของภาวะหัวใจโต พบมากในเพศหญิง อายุ ≥ 40 ปี มีภาวะอ้วน หรือ มีภาวะเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตรวจสุขภาพและยินยอมให้นำเสนอข้อมูลการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Virgini V, Meindl-Fridez C, Battagay E, Zimmerli LU. Check-up examination: recommendations in adults. Swiss Med Wkly 2015;145:w14075.
2. Pan W-H, Yeh W-T. How to define obesity? Evidence-based multiple action points for public awareness, screening, and treatment: an extension of Asian-Pacific recommendations. Asia Pac J Clin Nutr 2008;17:370-4.

3. Alberti KGMM, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome--a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *Diabet Med J Br Diabet Assoc* 2006;23:469-80.
4. ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. 2013 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC): ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens* 2013; 31:1925-38.
5. Association AD. Standards of medical care in diabetes—2014. *Diabetes Care* 2014;37(Supplement 1):S14-80.
6. Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, BaireyMerz CN, Blum CB, Eckel RH, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2014;63(25 Pt B):2889-934.
7. Walters MC, Abelson HT. Interpretation of the complete blood count. *Pediatr Clin North Am* 1996;43:599-622.
8. อรพิน กิจลิขิต, นภดล สุชาติ. ผลการตรวจสุขภาพ บุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ประจำปี 2552. *พุทธชินราชเวชสาร* 2551;25:105-14.
9. วิชัย เอกพลากร, เขียวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์เสถียรนพเก้า, กนิษฐา ไทยกล้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - 2. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย; 2552 [cited 2016 Apr 7]. Available from: <http://www.hiso.or.th/hiso5/report/report1.php>
10. Krusun N, Sawanyawisuth K, Chaiear N. Health status of health care workers at Srinagarind Hospital: Experience from the annual health check-up program. *J Med Assoc Thai* 2005;88:1619-23.
11. Sigurdsson E, Thorgeirsson G, Sigvaldason H, Sigfusson N. Prognostic role of cardiovascular risk factors for men with cardiomegaly (the Reykjavik Study). *Am J Cardiol* 1996;78:1355-61.
12. Tavora F, Zhang Y, Zhang M, Li L, Ripple M, Fowler D, et al. Cardiomegaly is a common arrhythmogenic substrate in adult sudden cardiac deaths, and is associated with obesity. *Pathology (Phila)* 2012;44:187-91.

Original Article

ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิต และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่คาสายระบาย สุญญากาศกลับบ้าน

เยาวนาฏ เคนจันทา¹, นิภาพรรณ ฤทธิรอด², อองอาจ ไสเมอินทร์³, อนงค์พร วงศ์พุทธร³

¹พยาบาลชำนาญการ พนักงนงานมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²พยาบาลชำนาญการพิเศษ พนักงนงานมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้รับผิดชอบบทความ: เยาวนาฏ เคนจันทา

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

e-mail : kyawan@kku.ac.th

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเป็นมาตรฐานในการรักษามะเร็งเต้านมในทุกระยะ หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจจะได้รับการคาสายระบายสุญญากาศ (radivac drain: RVD) ไว้เพื่อระบายเลือดและน้ำเหลืองใต้แผลผ่าตัดไว้ประมาณ 14 วัน จึงจำหน่ายกลับบ้านได้ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่คาสาย RVD กลับบ้าน

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่คาสาย RVD กลับบ้าน ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 32 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวนกลุ่มละ 16 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมวางแผนการจำหน่าย และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่คาสายระบายสุญญากาศกลับบ้าน คู่มือการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ และการติดตามดูแลต่อเนืองทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย 3 วัน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดคุณภาพชีวิตและ

แบบบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8406 ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มทดลองและควบคุมด้วยสถิติร้อยละ

ผลการศึกษา: พบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มทดลองสูง (mean = 104, SD ± 8.99) กว่ากลุ่มควบคุม (mean = 91.81, SD ± 13.34) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, 95% CI 3.97-20.40) คะแนนภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่มีสายระบายสัญญาณศาสตร์ไม่ทำงานในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 43.75

สรุป: การนำโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่คาสายระบายสัญญาณศาสตร์กลับบ้านสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาวิจัยในระยะยาวเพื่อติดตามคุณภาพชีวิตและภาวะแทรกซ้อนใน 3-6 เดือน

คำสำคัญ: มะเร็งเต้านม การวางแผนจำหน่าย คุณภาพชีวิต ภาวะแทรกซ้อน

บทนำ

โรคมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบากที่สุดในผู้หญิงทั่วโลก และมีแนวโน้มพบมากขึ้นทุกปี สถิติปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั่วโลก 2.26 ล้านคนเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านมมากถึง 6.84 แสนคน¹ ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิงร้อยละ 39.8 ของโรคมะเร็งทั้งหมด² โดยพบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่เพิ่มขึ้นจากจำนวน 17,043 คนในปี พ.ศ. 2560 เพิ่มขึ้นเป็น 18,577 คน ในปี พ.ศ. 2563 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 22,363 คน ในปี พ.ศ. 2566³ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2561⁴ พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิงร้อยละ 25.59 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.69 ในปี พ.ศ. 2562⁵ และร้อยละ 21.22 ในปี 2563⁶ ของโรคมะเร็งทั้งหมด

ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งเต้านมใช้วิธีการรักษาแบบผสมผสานกันหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี และการรับประทานยาต้านฮอร์โมน ซึ่งการผ่าตัดยังเป็นการรักษาหลักที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในทุกระยะ เป้าหมายของการผ่าตัดเพื่อลดอัตราการกลับเป็นซ้ำในกลุ่มโรคมะเร็งเต้านมชนิดไม่ลุกลาม และเพื่อควบคุมการแพร่กระจายโรคในระยะลุกลาม การผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งเต้านมด้วยวิธี modified radical mastectomy (MRM) ยังเป็นวิธีที่ศัลยแพทย์เลือกใช้เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 1 และ 2 (stage I, IIA, IIB) การผ่าตัดด้วยวิธี MRM นี้ ผู้ป่วยจะสูญเสียเนื้อของเต้านมทั้งหมดทำให้รูปร่างของเต้านมแตกต่างไปจากเดิม หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะคาสาย RVD ไว้เพื่อระบายเลือดและน้ำเหลืองใต้แผลผ่าตัดและจะคาสาย RVD ออกเมื่อน้ำเหลืองออกน้อยกว่า 20 ml.

ใน 24 ชั่วโมง โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 12-14 วัน จากการปฏิบัติงานพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดด้วยวิธี MRM วันที่ 4 ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่มีเหตุการณ์ใดๆ เพิ่มเติม มีเพียงการสังเกตและบันทึกปริมาณน้ำเหลืองที่ระบายออกมาในแต่ละวันเท่านั้น แต่ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลเพื่อรอเอาสาย RVD ออกประมาณ 12-14 วัน จากสถิติของหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 13 ในปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่า จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่คาสาย RVD กลับบ้านจำนวน 9, 11 และ 14 ราย ตามลำดับ จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยที่คาสาย RVD กลับบ้านในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 8 ราย พบว่าผู้ป่วยกลับบ้านหลังผ่าตัด 4-5 วัน เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่ายค่าห้องพิเศษ และไม่มีผู้ดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วยที่รอเอาสาย RVD ออก จำนวน 10 ราย พบว่า ผู้ป่วยอยากกลับบ้านแต่มีความกังวลใจเรื่องการดูแลสาย RVD กลัวสายหลุด และกังวลเรื่องการดูแลแผลผ่าตัดกลัวแผลติดเชื้อ อีกทั้งไม่มั่นใจในการดูแลตนเองในขณะที่คาสาย RVD ผู้ป่วยให้ข้อเสนอแนะว่า ถ้ามีการสอนการดูแลตนเองขณะคาสาย RVD มีเอกสารและช่องทางการติดต่อเมื่อมีปัญหาจะมีความมั่นใจมากขึ้น จากการศึกษาของ Hesselink et al., 2012⁷ พบว่า ผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลช่วงสั้นๆ เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้านทั้งที่ยังคาสายระบายต่างๆ จะเกิดความเครียดและความวิตกกังวลโดยเฉพาะกลุ่มที่ยังไม่มีประสบการณ์ด้านการดูแลตนเองเมื่อคาสายระบายต่างๆ พาศนา บุญยะมาน⁸ ให้ข้อเสนอแนะกรณีผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่จำหน่ายพร้อมสาย RVD จำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ อาจจะเกิดขึ้น และปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับสภาพการเจ็บป่วย พยาบาลในฐานะผู้ดูแลจะต้องให้การช่วยเหลือ และพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโดยการให้ความรู้และการฝึกทักษะอย่างมีแบบแผน ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความ มั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น

หอผู้ป่วยพิเศษชั้น 13 ได้พัฒนาแนวทางการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมโดยการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเรื่องการสังเกตภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การส่งเสริมการบริหารแขนและไหล่ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันสาย RVD เลื่อนหลุด และการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ถูกต้องหลังผ่าตัด แต่การสื่อสารข้อมูลความพร้อมจำหน่ายของผู้ป่วยกับทีมสหสาขายังไม่ชัดเจน เอกสาร/คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อคาสาย RVD ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่มั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อคาสาย RVD จากการทบทวนงานวิจัยของธวัช อิงศิริโรรัตน์ และสิทธิ เชาวีชนี⁹ พบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธี MRM และคาสาย RVD กลับบ้าน คือ ภาวะของเหลวคั่งใต้แผล (seroma) พบอุบัติการณ์ร้อยละ 13.73 แผลผ่าตัดติดเชื้อ (surgical site infection) พบอุบัติการณ์ร้อยละ 5.23 และ seroma with surgical site infection พบอุบัติการณ์ร้อยละ 2.61 การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลตามระยะเวลาที่กำหนดของแผนการรักษา ส่งผลกระทบด้านจิตใจ คือ

ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต กลัวรักษาไม่หายเกิดความวิตกกังวล ส่งผลกระทบด้านสังคมซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญปัญหาด้านเศรษฐกิจทำให้สูญเสียรายได้ อีกทั้งบทบาททางสังคมเปลี่ยนแปลงเนื่องจากผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก^{10,11}

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็วสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างดีที่สุด การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมได้¹²⁻¹⁴ ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่คาสาย RVD กลับบ้านขึ้น เพื่อจะทำให้ทราบขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย และมีแนวทางที่ชัดเจนในการสอน สาธิต และฝึกทักษะการดูแลตนเอง ซึ่งจะทำให้ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายลดค่ารักษาพยาบาล ลดการกลับมารักษาซ้ำ ผู้ป่วยและผู้ดูแลพึงพอใจ ยังคงคุณภาพและประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่คาสาย RVD กลับบ้าน

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมและรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแบบ MRM เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 13 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2563 ถึงเดือนพฤษภาคม 2565 จำนวน 32 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มควบคุมจำนวน 16 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 16 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และแบบบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ในการวางแผนจำหน่ายประกอบด้วย 1) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเต้านม 2) คู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมตามรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ chi-square test

ในกรณีที่เป็นข้อมูลแจกแจงนับ และ independent t-test ในกรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองด้วยสถิติ paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมอายุระหว่าง 18-60 ปี รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารด้วยวิธีพูด อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ ยินดีเข้าร่วมการศึกษา รักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแบบ MRM ไม่มีโรคประจำตัวที่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงส่งผลต่อการรักษา เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 13 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2563 ถึงเดือนพฤษภาคม 2565

การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าอำนาจของการทดสอบที่ power .80 ระดับความเชื่อมั่น .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 16 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย โดยจะดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน เสร็จแล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดจากการแพร่ของการทดลองไปยังกลุ่มควบคุมเกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงส่งผลต่อการรักษา เช่น เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ความดันโลหิตสูงวิกฤตโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้สูตรดังนี้

$$n = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

เมื่อกำหนดให้

n = ขนาดของตัวอย่างต่อกลุ่ม

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ = ค่ามาตรฐานจากตารางแจกแจงปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($\alpha = 0.05$) มีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$ = ค่ามาตรฐานจากตารางแจกแจงปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดค่า $\beta = 0.80$ (power = 80%) มีค่าเท่ากับ 0.842

μ_1 = ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตกลุ่มทดลอง มีค่าเท่ากับ 4.55

μ_2 = ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตกลุ่มควบคุม มีค่าเท่ากับ 4.09

σ_1 = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตกลุ่มทดลอง มีค่าเท่ากับ 0.31

σ_2 = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตกลุ่มควบคุม มีค่าเท่ากับ 0.57

จากการศึกษาของอุบล จ๋วงพานิช และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาในครั้งนี้ เมื่อคำนวณขนาดของตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจากการแทนค่าในสูตร ได้ดังนี้

$$n = \frac{(1.96 + 0.842)^2 (0.31^2 + 0.57^2)}{(4.55 - 4.09)^2} = 16$$

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 16 คน โดยกลุ่มตัวอย่าง 16 คนแรกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 13 และกลุ่มตัวอย่าง 16 คนต่อมาจัดให้เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

- 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด
- 2) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ย่อฉบับภาษาไทย (WHO QUALITY OF LIFE - BREF- THAI, WHO QOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัด คุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกจำนวน 100 ข้อ พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล และคณะ¹⁵ ประกอบด้วยองค์ประกอบ ของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีคำถามจำนวน 26 ข้อ คะแนนรวมเท่ากับ 130 คะแนน เป็นมาตราประเมินแบบเรียงอันดับ เป็นแบบ 5 มาตรา โดยมีค่าความเชื่อถือเท่ากับ 0.8406 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.6515

- 3) แบบบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เกี่ยวกับแผลติดเชื้อ น้ำเหลืองคั่ง ใต้แผล แขนบวม ข้อไหล่ติด และอาการอื่นๆ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย

- 1) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเต้านม
- 2) คู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมตามรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ซึ่งนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเหมาะสม พบว่า ผู้ป่วยบอกว่ามีความเข้าใจเนื้อหาของข้อมูลเป็นอย่างดี

จริยธรรมในการวิจัย

วิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัครโดยนำเสนอในภาพรวม ไม่ระบุชื่อ นามสกุล เลขโรงพยาบาลที่สามารถสื่อถึงตัวตนบุคคลนั้นได้ หมายเลขจริยธรรมคือ HE631064 รับรองเมื่อวันที่ 13 เมษายน 2563

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยพบผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ที่ห้องตรวจรักษัปทุม เมื่อแพทย์วางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการผ่าตัดแบบ MRM และผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้วผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยด้วยตนเองและ ผู้วิจัยมอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเต้านมให้ผู้ป่วยได้ศึกษาด้วยตนเอง
2. เมื่อผู้ป่วยมานอนรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 13 ก่อนผ่าตัด 1 วัน ในคืนก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดตามคู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัด มะเร็งเต้านมตามรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D โดยใช้คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเต้านมประกอบการให้ข้อมูล
3. หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้วิจัยให้ข้อมูลการดูแลตนเองหลังผ่าตัด กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแขนข้างที่ผ่าตัดตามคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเต้านมเท่าที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ และให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย
4. หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลการดูแลตนเองเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน สอน/สาธิต การดูแลสาย RVD แนะนำแหล่งประโยชน์ใกล้บ้านที่ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือได้ พร้อมแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้านตามคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเต้านม
5. วันที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้วิจัยมอบเอกสารเพื่อการดูแลต่อเนื่องให้ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย
6. เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านได้ 3 วัน ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ โดยซักถามปัญหาที่เกิดขึ้น สอบถามความสามารถในการบริหารแขนและไหล่ตามท่าการออกกำลังกายในคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเต้านม และให้คำแนะนำเพิ่มเติมกรณีมีข้อสงสัยหรือมีปัญหาในการดูแลตนเอง
7. เมื่อผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก (รักษัปทุม) หลังผ่าตัด 23 - 37 วัน ผู้วิจัยมาพบกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตด้วยตนเองและผู้วิจัยประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเกี่ยวกับ แผลติดเชื้อ น้ำเหลืองคั่งใต้แผล แขนบวม ข้อไหล่ติด และอาการอื่นๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ chi-square test ในกรณีที่เป็นข้อมูลแจกแจง และ independent t-test ในกรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง

2) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ independent t-test

3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองด้วยสถิติ paired t-test

4) เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ chi-square test

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองพบว่ามีอายุระหว่าง 42-60 ปี อายุเฉลี่ย 53.25 (SD=6.10) ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ร้อยละ 56.25 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 56.25 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 43.75 จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยเบิกจากสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 81.25 จำนวนต่อมน้ำเหลืองที่ตัดออกเฉลี่ย 11.62 (SD=7.86) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.68 (SD=1.35) จำนวนวันที่คาสาย RVD เฉลี่ย 14.50 (SD=3.18) BMI เฉลี่ย 23.50 (SD=4.37)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มควบคุมพบว่ามีอายุระหว่าง 35-58 ปี อายุเฉลี่ย 49.37 (SD=6.71) ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ร้อยละ 93.75 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 37.5 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 31.25 และรับราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 31.25 จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยเบิกจากสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 62.50 จำนวนต่อมน้ำเหลืองที่ตัดออกเฉลี่ย 10 (SD=6.28) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.12 (SD=1.50) จำนวนวันที่คาสาย RVD เฉลี่ย 17.62 (SD=2.27) BMI เฉลี่ย 24.52 (SD=4.02)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทั่วไปของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่างกัน ส่วนข้อมูลทางคลินิกด้านจำนวนวันที่คาสาย RVD ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตามตารางที่ 1)

1.2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตแต่ละด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 95.43 (SD=10.74) และหลังการทดลองเท่ากับ 104 (SD=8.99) ทั้งหมดมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ระดับที่ดี ตามการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกซึ่งอยู่ในช่วง 96-130 คะแนน ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองเท่ากับ 94.43 (SD=10.70) และหลังการทดลองเท่ากับ 91.81 (SD=13.34) ซึ่งมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ระดับปานกลาง ตามการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกซึ่งอยู่ในช่วง 61-95 คะแนน (ตามตารางที่ 2)

1.3 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่คาสาย RVD กลับบ้านและได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพทางจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ไม่แตกต่างกัน (ตามตารางที่ 3)

1.4 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่คาสาย RVD กลับบ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพทางจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (ตามตารางที่ 4)

1.5 เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีแผลติดเชื้อ ไม่เกิดเหตุการณ์สายระบายเลื่อน/หลุด กลุ่มควบคุมมีอาการแขนบวม แขนตึงๆ แขนหนัก ยกแขนลำบาก ข้อไหล่ติด เมื่อเปรียบเทียบการยกแขนข้างที่ผ่าตัดยกได้น้อยกว่าข้างที่ไม่ผ่าตัดจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25 มีสาย RVD ไม่ทำงานและต้องไปแก้ไขที่โรงพยาบาลก่อนวันนัดหมายจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 68.75 ส่วนกลุ่มทดลองเกิดสาย RVD ไม่ทำงานและต้องไปแก้ไขที่โรงพยาบาลก่อนวันนัดหมายจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 25

เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติแล้วพบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื่องข้อไหล่ติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ส่วนเรื่องสาย RVD ไม่ทำงานและต้องไปโรงพยาบาลเพื่อแก้ไขที่โรงพยาบาลก่อนวันนัดหมายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตามตารางที่ 5)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ			
Mean \pm sd	53.25 \pm 6.10	49.37 \pm 6.71	0.097
Median (min: max)	54.50 (42: 60)	50 (35: 58)	
สถานภาพสมรส			
โสด	2 (12.50)	1 (6.25)	
หม้าย	2 (12.50)	-	
คู่	9 (56.25)	15 (93.75)	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	3 (18.75)	-	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	2 (12.50)	6 (37.50)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	-	1 (6.25)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2 (12.50)	-	
ปวช./ปวส.	2 (12.50)	1 (6.25)	
ปริญญาตรี	9 (56.25)	5 (31.25)	
ปริญญาโท	1 (6.25)	3 (18.75)	
อาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4 (25)	1 (6.25)	
เกษตรกร	4 (25)	5 (31.25)	
รับจ้าง	-	1 (6.25)	
ค้าขาย	1 (6.25)	4 (25)	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7 (43.75)	5 (31.25)	
วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล			
จ่ายเอง	-	1 (6.25)	
เบิกจากสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13 (81.25)	10 (62.50)	
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	3 (18.75)	4 (25)	
ประกันสังคม	-	1 (6.25)	
จำนวนต่อมน้ำเหลืองที่ตัดออก			
Mean \pm sd	11.62 \pm 7.86	10 \pm 6.28	0.523
Median (min: max)	8.5 (3: 31)	10 (0: 23)	
จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล			
Mean \pm sd	5.68 \pm 1.35	6.12 \pm 1.50	0.393
Median (min: max)	6 (3: 8)	6 (4: 10)	
จำนวนวันที่คาสาย RVD			
Mean \pm sd	14.5 \pm 3.18	17.62 \pm 2.27	0.003
Median (min: max)	14 (9: 20)	18 (12: 21)	
ดัชนีมวลกาย (BMI)			
Mean \pm sd	23.50 \pm 4.37	24.52 \pm 4.02	0.495
Median (min: max)	22.43 (16.29: 33.20)	23.42 (19.75: 33.33)	

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตแต่ละด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD
ด้านสุขภาพทางกาย	23.75	2.84	27.12	2.57	24.31	3.68	22.68	3.26
ด้านสุขภาพทางจิตใจ	23.31	2.84	25.37	2.94	22.50	2.60	22.06	4.05
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.87	2.21	12.12	1.78	10.75	2.01	10.37	1.89
ด้านสิ่งแวดล้อม	30.06	3.29	31.68	3.09	30	3.70	29.75	4.29
ผลรวมคุณภาพชีวิตทุกด้าน	95.43	10.74	104	8.99	94.43	10.70	91.81	13.34

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง				Mean difference (95% CI)	t-value	p-value
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง				
	mean	SD	mean	SD			
ด้านสุขภาพทางกาย	23.75	2.84	27.12	2.57	3.37 (1.89 ถึง 4.85)	4.85	0.0002
ด้านสุขภาพทางจิตใจ	23.31	2.84	25.37	2.94	2.06 (0.48 ถึง 3.63)	2.79	0.0137
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.87	2.21	12.12	1.78	1.25 (-0.003 ถึง 2.50)	2.12	0.0506
ด้านสิ่งแวดล้อม	30.06	3.29	31.68	3.09	1.62 (0.80 ถึง 2.44)	4.21	0.0008
ผลรวมคุณภาพชีวิตทุกด้าน	95.43	10.74	104	8.99	-8.56 (-12.10 ถึง -5.02)	-5.15	0.0001

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง หลังการทดลอง		กลุ่มควบคุม หลังการทดลอง		Mean difference (95% CI)	t-value	p-value
	mean	SD	mean	SD			
ด้านสุขภาพทางกาย	27.12	2.57	22.68	3.26	4.43 (2.31 ถึง 6.55)	4.27	0.0002
ด้านสุขภาพทางจิตใจ	25.37	2.94	22.06	4.05	3.31 (0.75 ถึง 5.87)	2.64	0.0129
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	12.12	1.78	10.37	1.89	1.75 (0.42 ถึง 3.07)	2.69	0.0115
ด้านสิ่งแวดล้อม	31.68	3.09	29.75	4.29	1.93 (-0.76 ถึง 4.64)	1.46	0.1536
ผลรวมคุณภาพชีวิตทุกด้าน	104	8.99	91.81	13.34	12.18 (3.97 ถึง 20.40)	3.02	0.005

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภาย หลังการทดลอง

ภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. มีอาการไข้ ปวด บวม แดง ร้อนบริเวณแผลผ่าตัด	-	-
2. แขนบวม แขนตึงๆ แขนหนัก	-	1 (6.25)
3. รอบวงแขนข้างที่ผ่าตัดใหญ่กว่าแขนข้างที่ไม่ได้ผ่าตัดมากกว่า 2 ซม. โดยการใช้สายวัด วัดเส้นรอบวงแขนที่ตำแหน่ง 10 ซม. เนื่องจากข้อศอก	-	-
4. ยกแขนลำบาก ข้อไหล่ติด	-	1 (6.25)
5. เปรียบเทียบการยกแขนข้างที่ผ่าตัดยกได้น้อยกว่าข้างที่ไม่ผ่าตัด	-	1 (6.25)
6. สายระบายสัญญาณเคลื่อน/หลุด	-	-
7. สายระบายสัญญาณไม่ทำงาน	4 (25)	11 (68.75)
8. ไปโรงพยาบาลก่อนวันนัดหมาย	4 (25)	11 (68.75)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่คาสาย RVD กลับบ้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่าคะแนนอยู่ในระดับดี (96-130 คะแนน) แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อุบล จัวงพานิช และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Salmani, et al., 2018¹³ ที่สนับสนุนผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมได้

สำหรับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบว่า ในกลุ่มทดลองไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนคือ ไม่มีแผลติดเชื้อ ไม่เกิดเหตุการณ์สายระบายเลื่อน/หลุด เกิดสาย RVD ไม่ทำงานและต้องไปแก้ไขเรื่องสาย RVD ที่โรงพยาบาลก่อนวันนัดหมาย 4 คน คิดเป็นร้อยละ 25 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่เกิดสาย RVD ไม่ทำงานและต้องไปแก้ไขเรื่องสาย RVD ที่โรงพยาบาลก่อนวันนัดหมายจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 68.75 และมีอาการแขนบวม แขนตึงๆ แขนหนัก ยกแขนลำบาก ข้อไหล่ติด เมื่อเปรียบเทียบการยกแขนข้างที่ผ่าตัดยกได้น้อยกว่าข้างที่ไม่ผ่าตัดจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25 สอดคล้องกับการศึกษาของพาศนา บุญยะมาน^๑ พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบ MRM ในระยะ 1 เดือน พบภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 18.52 เป็นภาวะน้ำเหลืองคั่งร้อยละ 11.11 และมีอาการขาบริเวณแขนข้างที่ผ่าตัดร้อยละ 7.41

สรุป การวัดประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่คาสาย RVD กลับบ้านส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. **ด้านปฏิบัติการพยาบาล** ผลจากการวิจัยนี้สามารถนำไปประกอบการวางแผนจำหน่ายไปประยุกต์ใช้ได้ในการแก้ปัญหาเรื่องความแออัดของจำนวนเตียงในโรงพยาบาล สามารถลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลโดยผู้ป่วยผ่าตัด MRM สามารถคาสาย RVD กลับบ้านได้หลังผ่าตัด 5 วันโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

2. **ด้านการวิจัย** เสนอแนะให้ติดตามประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังจากเสร็จสิ้นการรักษาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน และมีการติดตามระยะยาวใน 3 เดือน และ 6 เดือน เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้แยกกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนผ่าตัด และกลุ่มที่รับยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัด ซึ่งมีผลต่อการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื่องจากผลกระทบจากการผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยอ่อนล้า วิดกกังวล และมีผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่คาสายระบายสูญญากาศกลับบ้าน สำเร็จได้ด้วย ความกรุณาจากหลายท่านที่ช่วยอนุเคราะห์ช่วยเหลือด้วยดีตลอดมา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พว.อุบล จวงพานิช พยาบาลเชี่ยวชาญอิสระ ที่ปรึกษาคณะกรรมการพัฒนาวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้คำแนะนำ คำชี้แนะ คุณฉลองพล สารทอง นักชีวสถิติ หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้คำปรึกษาด้านการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย ส่งผลให้การศึกษานี้สำเร็จ ลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณบุคลากรหน่วยรักษัปทุม และบุคลากรหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 13 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่มีส่วนช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 5];71:209-49. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.3322/caac.21660>
2. ทะเบียนมะเร็ง 2563 [Internet]. [cited 2023 Feb 5]. Available from: https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2563/index.html
3. Cancer in Thailand [Internet]. [cited 2023 Feb 5]. Available from: https://www.nci.go.th/e_book/cit_x/index.html
4. หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลศรีนครินทร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. Hospital-Based Cancer Registry [Internet]. Khon Kean; 2563 [cited 2023 Feb 5]. Available from: [https://kkcr.kku.ac.th/images/stories/CR_Report/hospital-based annual report 2018.pdf](https://kkcr.kku.ac.th/images/stories/CR_Report/hospital-based%20annual%20report%202018.pdf)
5. หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลศรีนครินทร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. Hospital-Based Cancer Registry [Internet]. Khon Kean; 2563 [cited 2023 Feb 5]. Available from: [https://kkcr.kku.ac.th/images/stories/CR_Report/hospital-based annual report 2019.pdf](https://kkcr.kku.ac.th/images/stories/CR_Report/hospital-based%20annual%20report%202019.pdf)
6. หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลศรีนครินทร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. Hospital-Based Cancer Registry [Internet]. Khon Kean; 2563 [cited 2023 Feb 5]. Available from: [https://kkcr.kku.ac.th/images/stories/CR_Report/hospital-based annual report 2020.pdf](https://kkcr.kku.ac.th/images/stories/CR_Report/hospital-based%20annual%20report%202020.pdf)
7. Hesselink G, Flink M, Olsson M, Barach P, Dudzik-Urbaniak E, Orrego C, et al. Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. BMJ Qual Saf [Internet]. 2012 Dec 1 [cited 2023 Apr 4];21(Suppl 1):i39-49. Available from: https://qualitysafety.bmj.com/content/21/Suppl_1/i39
8. พาศนา บุญยะมาน. ผลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบถอนรากชนิดตัดแปลงพร้อมขอตรวจระยะปลายสูญญากาศต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสงขลา. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand [อินเทอร์เน็ต]. 2017 [อ้างถึง 22 มกราคม 2023];7:95-103. Available at: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/128085>

9. ธวัช อิงศิริโรรัตน์, สิทธิ เซาริซีน. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด (Seroma) ภายหลัง การผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธี Modified Radical Mastectomy. ศรีนครินทร์เวชสาร 2564;36:382-8.
10. Olasehinde O, Alatise O, Arowolo O, Adisa A, Wuraola F, Boutin-Foster C, et al. Safety and feasibility of early postmastectomy discharge and home drain care in a low resource setting: OLASEHINDE et al. J Surg Oncol 2018;118:861-6.
11. Chadha NK, Cumming S, O'Connor R, Burke M. Is discharge home with drains after breast surgery producing satisfactory outcomes? Ann R Coll Surg Engl [Internet]. 2004 Sep [cited 2023 Feb 5];86:353-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1964246/>
12. Segrin C, Badger TA. Psychological and physical distress are interdependent in breast cancer survivors and their partners. Psychol Health Med 2014;19: 716-23.
13. Salmani S, Imanipour M, Nikbakht Nasrabadi A. The implementation of a discharge planning to improve quality of life in breast cancer patients: A quasi-experimental study. Arch Breast Cancer 2018;5:163-7.
14. อุบล จ้วงพานิช, ณัฐชญา ไชยวงศ์, จุรีพร อุ่บุญเรือน. ผลของการใช้โปรแกรมวางแผน จำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับประทาน เคมีบำบัด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2551;15:32-42.
15. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข [Internet]. [cited 2023 Feb 24]. Available from: <https://dmh.go.th/test/whoqol/>

Original Article

ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้หลัก 4 แนวปฏิบัติ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

Outcomes of Care for the Elderly by Using 4 Protocol

อาภรณ์ ยิ้มเนียม¹, ยูวภา บัวพันตอง¹, ศิริพร อุตสาหพานิช¹, เตือนใจ พิทยาวัฒน์ชัย²,
จนิστα วงศ์รัตนชีวิน³

Aporn Yimnium¹, Yuwapa Buapantong¹, Siriporn Utsahapanich¹,

Thurnjai Pitayavatanachai², Janista Wongratanacheewin³

¹หอผู้ป่วยพิเศษชั้น 11 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ 2 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³สาขาวิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้รับผิดชอบบทความ: อาภรณ์ ยิ้มเนียม

หอผู้ป่วยพิเศษชั้น 11 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ 2 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

e-mail : apornyi@kku.ac.th

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: ผู้ป่วยสูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยใช้หลัก 4
แนวปฏิบัติ พร้อมศึกษาผลลัพธ์ที่ได้เพื่อนำมาพัฒนาการดูแลต่อไป

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในผู้ป่วยสูงอายุ 128 ราย เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย
และญาติ ณ หอผู้ป่วยพิเศษชั้น 11 ใช้แบบสอบถาม 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถาม
ความคิดเห็นต่อการพยาบาล 4 แนวปฏิบัติ ซึ่งพัฒนาโดยคณะกรรมการผู้สูงอายุ 21 ข้อ และ
ข้อคำถามเชิงคุณภาพ 2 ข้อ ใช้เวลา 15 นาที/ราย ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สรุปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา: พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง ช่วงอายุ 60-69 ปี จบประถมศึกษา
ใช้สิทธิราชการ และเป็นโรคต่อกระดูกมากที่สุด ผลจากการนำ 4 แนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแล พบว่า
ผู้ป่วยและญาติให้ค่าคะแนนความคิดเห็นต่อการพยาบาลโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับดีเยี่ยม

$\Sigma(X=4.644 \pm 0.523)$ ผู้ป่วยและญาติประทับใจ คือ พยาบาลมีความรู้ ความสามารถในการดูแล ให้บริการดีมาก เอาใจใส่ สุภาพ พุดจาไพเราะ อัจฉริยะเป็นกันเอง ส่วนสิ่งที่ควรปรับปรุง คือ ด้านอาหาร

สรุป: ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้หลัก 4 แนวปฏิบัติ พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง อยู่ใน ช่วงอายุ 60-69 ปี จบระดับประถมศึกษา ใช้สิทธิราชการ เป็นโรคต่อกระดูกมากที่สุด มีความคิด เห็นเกี่ยวกับการพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับดีเยี่ยม แนะนำปรับปรุงเรื่องอาหาร ควรขยายการ ประเมินการดูแลผู้สูงอายุทั่วทั้งองค์กรเพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้มาพัฒนาการดูแลในภาพรวมต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ การดูแลโดยใช้หลัก 4 แนวปฏิบัติ หอผู้ป่วยพิเศษชั้น 11 โรงพยาบาล ศรีนครินทร์

บทนำ

ประเทศไทยกำลังประสบกับสถานการณ์การสังคมสูงอายุ (ageing society) คือ การมีสัดส่วนประชากร อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 และมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดย ข้อมูลล่าสุดจากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2556 พบว่า มีประชากรสูงอายุ ถึง 9.6 ล้านคน หรือร้อยละ 14 และใน ปี พ.ศ. 2564 จะมี ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 14 ล้านคน หรือร้อยละ 20^{1,2} นั่นคือ ปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยจะ เข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) เมื่อสูงอายุขึ้นก็ต้องเผชิญกับความเสื่อม ถอยของร่างกาย และพบปัญหาสุขภาพเป็นโรคเรื้อรัง มีโรคประจำตัว ยิ่งอายุมากขึ้นก็จะพบภาวะ เจ็บป่วยเรื้อรังและพิการมากขึ้น ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว¹

การดูแลผู้สูงอายุแบบเอื้ออาทรได้นำมาเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลของงานบริการ พยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นร่วม 10 ปี โดยมีการพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง และได้พัฒนาแนวปฏิบัติ 4 แนวปฏิบัติ (protocol) เพื่อเป็น แนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ 1) แบบแผนการให้ความเคารพในผู้สูงอายุ 2) การสื่อสาร กับผู้สูงอายุที่ส่งเสริมความมีคุณค่า 3) การส่งเสริมญาติในการดูแลผู้สูงอายุ และ 4) เอื้ออาทร ผู้สูงวัยใส่ใจอาหาร โดยแนวปฏิบัตินี้ได้เชิญญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทั้งในโรงพยาบาล และต่อเนืองที่บ้านด้วย³ จากการศึกษาที่ผ่านมา ในการทดลองใช้แนวปฏิบัติเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การดูแลผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่าผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยความรู้และการรับรู้ทัศน ทัศน์ตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴ และอีกการศึกษาเรื่อง การศึกษาผลการพัฒนาระบบ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง พบว่า ศักยภาพ ADL โดยรวมเป็นกลุ่ม ช่วยตนเองได้ดี (well elder)⁵

หอผู้ป่วยพิเศษชั้น 11 ได้เปิดให้บริการเมื่อปี พ.ศ. 2550 มีจำนวนเตียงพิเศษที่ต้องดูแล 24 เตียง ลักษณะของผู้ป่วยที่มารับบริการ คือ ทุกช่วงอายุ และทุกภาควิชาที่ผู้รับบริการต้องการ

ใช้ห้องพิเศษ ประมาณร้อยละ 80 เป็นกลุ่มที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด โดยมีกลุ่มผู้สูงอายุเข้ารับบริการเกือบร้อยละ 50 จากสถิติ ปี พ.ศ.2562 มีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาจำนวน 734 ราย³ คิดเป็นร้อยละ 45.36 โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 407 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.45 อายุ 70-79 ปี จำนวน 231 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.47 และอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 96 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.08 ส่วนในปี พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาทั้งหมดจำนวน 658 ราย⁶ โดย 5 โรคแรกสำคัญของผู้สูงอายุ ได้แก่ ต้อกระจก มะเร็งตับ ข้อเข่าเสื่อม มะเร็งลำไส้และต่อมลูกหมากโต ซึ่งส่วนใหญ่รักษาด้วยการผ่าตัด เป็นต้น

จากการตอบแบบสอบถามของพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย จำนวน 10 ราย ซึ่งอายุงานเฉลี่ย 6.1 ปี ในข้อคำถาม “ท่านรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่และรับรู้ได้อย่างไร และทุกท่านตอบรับรู้คิดเป็นร้อยละ 100 และรับรู้ว่าองค์กร มีนโยบายการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุ age premium มุ่งสู่ความเป็นเลิศ” โดยการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุ (geriatric nursing services system) หมายถึง กระบวนการปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด โดยการนำแนวคิดในเรื่องการบริการสุขภาพที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ (age-friendly nursing service system : KKU model) มาใช้ในโรงพยาบาลโดยมีหลักการอยู่ 3 ประการ คือ 1) การพัฒนาบุคลากรให้มีบริการพยาบาลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ 2) การจัดระบบบริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ 3) การจัดสิ่งแวดล้อมของสถานบริการสุขภาพที่เข้าถึงง่าย สะอาด และปลอดภัย⁷ เน้นการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐานเทียบเคียงได้กับมาตรฐานระดับสากล มีคุณภาพสูง คุ่มค่า คุ่มทุน โดยใช้ความรู้ จากงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based practice: EVB) เพื่อตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มคุณภาพชีวิตและผู้ป่วยมีความพึงพอใจและจากข้อคำถาม “ท่านรับรู้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบเอื้ออาทร 4 protocol ว่าอย่างไร” ทั้ง 10 ท่านสามารถตอบได้ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 100 ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำสู่การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุว่าเป็นอย่างไร ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบเอื้ออาทร 4 protocol หรือไม่อย่างไร เพื่อนำผลลัพท์ที่ได้ไปพัฒนาการพยาบาลผู้สูงอายุต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study)

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยสูงอายุ 60 ถึง 80 ปีขึ้นไป แบ่งเป็น 3 ช่วงอายุ คือ 60-69 ปี 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป

จำนวน 658 ราย คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร
$$n = \frac{NZ^2\sigma^2}{NZ^2\sigma^2 + Ne^2}$$

โดยที่ผู้ตรูใช้ k เพราะประมาณค่า Z เท่ากับ 2 จึงใช้ k แทน

กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95%

ประชากร : N = 658 ราย

ค่าสถิติ : $Z = 1.96, Z^2 = 3.8416$

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation : SD) = 0.05 ของอายุ (ประชากรทั้งหมด 658 คน)

ขนาดความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ $e = 0.05, e^2 = 0.0025$

สมมติแทนค่า อายุของประชากรมี SD = 0.01

ขนาดตัวอย่าง : $n = \frac{124.5724}{1} = 128$ ราย โดยแบ่งสัดส่วนประชากรได้ดังนี้

อายุ	N (ราย)	n (ราย)	n (ราย)
อายุ 60-69 ปี	336	63.83	64
อายุ 70-79 ปี	288	57.1	57
อายุ 80 ปีขึ้นไป	34	6.4	7
ประชากรทั้งหมด	658	128	128

ในการประเมินผลลัพธ์ด้านการพยาบาลหลังจากนำ 4 แนวปฏิบัติมาให้การพยาบาลผู้สูงอายุในหอผู้ป่วย ได้กลุ่มตัวอย่าง 128 ราย (ตามตารางด้านบน) เก็บข้อมูล ณ หอผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถาม 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ วินิจฉัยโรค การอายุ เพศ ระดับการศึกษา การรักษาที่ได้รับ สิทธิในการรักษา ส่วนที่ 2 คือ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการพยาบาล 4 แนวปฏิบัติ จำนวน 21 ข้อ ซึ่งข้อที่ 1-15 เป็นข้อคำถามในภาพรวมของการให้บริการ ส่วนข้อ 16-21 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับผลของการนำแนว 4 ปฏิบัติมาใช้ในการดูแล ซึ่งเป็นการพัฒนาโดยคณะกรรมการผู้สูงอายุและประกาศใช้ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งมีค่าคะแนนให้เลือกตอบ 5 ระดับคะแนน 0-4 คะแนน ดังนี้

4 คือ ดีเยี่ยม, 3 คือ ดี, 2 คือ พอใช้, 1 คือ ควรปรับปรุง และ 0 คือควรปรับปรุงอย่างยิ่ง โดยมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบราค ที่ 0.963 และข้อคำถามปลายเปิด 2 ข้อ คือ สิ่งที่น่าประทับใจ และสิ่งที่ควรปรับปรุง ใช้เวลาประมาณ 15 นาที/ราย ระยะเวลา 1 ปี (ธันวาคม 2564-พฤศจิกายน 2565) ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และสรุปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (content analysis)

โดยมีการคำนวณค่าคะแนน และแปลผลค่าคะแนน^๑ ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอินตราบาคชั้น} = \frac{\text{ข้อมูลที่มีค่าสูงสุด} - \text{ข้อมูลที่มีค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอินตราบาคชั้น} = \frac{5 - 1}{5} = 0.8$$

1.00-1.80 ระดับ 0 ระดับ ความสำคัญว่าควรปรับปรุงอย่างยิ่ง

1.81-2.60 ระดับ 1 ระดับความสำคัญว่าปรับปรุง

2.61-3.40 ระดับ 2 ระดับความสำคัญว่าพอใช้

3.41-4.20 ระดับ 3 ระดับความสำคัญว่าดี

4.21-5.00 ระดับ 4 ระดับความสำคัญว่าดีเยี่ยม

เกณฑ์การคัดเข้าของอาสาสมัคร คือ

1. เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยใน ของหอผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 11
2. ผู้ป่วยสามารถถามตอบได้เข้าใจ ระดับความรู้สึกตัวปกติ
3. กรณีผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้เอง จะให้ญาติที่ดูแลใกล้ชิดตลอดระยะเวลาอยู่

โรงพยาบาลเป็นผู้ถามจากผู้ป่วยแต่ละข้อ

เกณฑ์การคัดออก คือ

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ได้ใช้ในการดูแลของหอผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 11
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านออก ไม่เข้าใจ และระดับการรู้สึกตัวไม่ปกติ
3. ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติดูแลอย่างใกล้ชิด

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น HE641339

ผลการศึกษา

ด้านข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศหญิงมากที่สุด 67 ราย (ร้อยละ 52.3) ช่วงอายุ 60-69 ปีมากที่สุด 65 ราย (ร้อยละ 50.78) จบประถมศึกษามากที่สุด 53 ราย (ร้อยละ 41.41) ใช้สิทธิราชการ/รัฐวิสาหกิจ 109 ราย (ร้อยละ 85.2) มีภาวะต้อกระจก (senile cataract) และรักษาโดยวิธี phacoemulsification with intraocular lens 14 ราย (ร้อยละ 10.9) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาการวินิจฉัยโรค และการรักษาที่ได้รับ (n=128)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	61 (47.7)
หญิง	67 (52.3)
อายุ	
60-69 ปี	64 (50)
70-79 ปี	57 (44.53)
80 ปีขึ้นไป	7 (5.47)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	53 (41.41)
ต่ำกว่าปริญญาตรี	30 (23.44)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	45 (35.15)
สิทธิในการรักษา	
หลักประกันสุขภาพ	12 (9.4)
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	109 (85.2)
จ่ายเอง	6 (4.7)
ประกันสังคม	1 (0.8)
วินิจฉัยโรค	
Senile cataract	14 (10.9)
CA colon	11 (8.6)
Lumbar stenosis	10 (7.8)
Osteoarthritis of knee	10 (7.8)
Hepatocellular carcinoma	8. (6.3)
การรักษาที่ได้รับ	
Phacoemulsification with intraocular lens	14 (10.9)
Decompressive laminectomy	11 (8.6)
Chemo	9 (7)
Total knee arthroplasty	9 (7)
Transarterial chemoembolization	7 (5.5)

ผลลัพธ์จากการนำ 4 แนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า การดูแลทั้ง 21 ข้อ ผู้ป่วยและญาติให้คะแนนความคิดเห็นต่อการพยาบาลทั้งรายข้อและโดยรวมเฉลี่ย 4.644503 (S.D. 0.523883) ซึ่งอยู่ในระดับดีเยี่ยมทุกกิจกรรมการพยาบาล (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติหลังนำ 4 แนวปฏิบัติมาใช้ในการพยาบาลผู้สูงอายุ (n=128)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	การแปล ความหมาย
1. พยาบาลสุภาพ นุ่มนวล ยิ้มแย้มแจ่มใส วาจาสุภาพ	4.78125	0.413399	ดีเยี่ยม
2. พยาบาลสนใจ เอาใจใส่และเต็มใจให้ความช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ	4.755906	0.429549	ดีเยี่ยม
3. พยาบาลตอบคำถามท่านด้วยความเต็มใจ	4.736	0.440799	ดีเยี่ยม
4. พยาบาลให้ความช่วยเหลือท่านทันทีเมื่อท่านต้องการ	4.708661	0.454379	ดีเยี่ยม
5. พยาบาลให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อให้ท่านสามารถดูแลตนเองได้และแนะนำญาติในการดูแลท่าน	4.648438	0.477458	ดีเยี่ยม
6. พยาบาลมีความรู้ความสามารถในการบริการ	4.741935	0.43757	ดีเยี่ยม
7. พยาบาลดูแลช่วยเหลือในสิ่งที่ท่านไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง	4.68	0.483322	ดีเยี่ยม
8. พยาบาลช่วยให้ท่านบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน	4.626984	0.499748	ดีเยี่ยม
9. พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่ การปฏิบัติตนเวลาเยี่ยม	4.653226	0.475943	ดีเยี่ยม
10. พยาบาลอธิบายเกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	4.609375	0.518929	ดีเยี่ยม
11. พยาบาลปฏิบัติต่อท่านอย่างเสมอภาคและให้เกียรติ	4.78125	0.413399	ดีเยี่ยม
12. พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	4.645669	0.494498	ดีเยี่ยม
13. สถานที่ที่ท่านใช้บริการ มีความสะอาด แสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทและไม่มีกลิ่น	4.484127	0.600716	ดีเยี่ยม
14. อุปกรณ์ของใช้ที่ให้บริการ สะอาด เพียงพอและพร้อมใช้	4.5	0.58757	ดีเยี่ยม
15. ท่านพึงพอใจในการบริการพยาบาลที่ได้รับในภาพรวม	4.691057	0.462058	ดีเยี่ยม
16. สรรพนามที่พยาบาลใช้เรียก เหมาะสมและให้เกียรติท่าน	4.738095	0.457366	ดีเยี่ยม
17. พยาบาลปฏิบัติต่อท่านด้วยความเคารพความเป็นผู้สูงอายุ ไม่ทำให้เกิดความรู้สึกด้อยค่า	4.746032	0.43528	ดีเยี่ยม
18. พยาบาลพยายามและเอาใจใส่ เพื่อที่จะหาวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วย	4.674603	0.501258	ดีเยี่ยม
19. พยาบาลส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อความผาสุกของผู้ป่วย	4.6	0.536656	ดีเยี่ยม
20. อาหารที่จัดให้เหมาะสมกับความสามารถในการรับประทานอาหาร การเคี้ยว การกลืนของผู้ป่วย	4.301587	0.7267	ดีเยี่ยม
21. การจัดแจกเวลาที่รับประทานอาหารเช้า และอุปกรณ์ในการรับประทานอาหารมีความเหมาะสม	4.428571	0.706305	ดีเยี่ยม
รวม	4.644503	0.523883	ดีเยี่ยม

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพในสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติประทับใจ พบว่า ประทับใจในด้านบุคลากรพยาบาล คือ “พยาบาลดูแล บริการดีมาก เอาใจใส่ เข้ามาตรวจสอบถามอาการอย่างสม่ำเสมอ แนะนำ ให้ข้อมูลและตอบคำถามในการดูแลตนเองได้ดีมาก ประทับใจที่สุด คือ พยาบาล มีอัธยาศัยเป็นกันเอง มีจิตอาสา พุดจาไพเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใส น่ารักมากทุกคน”

ถึง 19 ความคิดเห็น ด้านบุคลากรแพทย์ พบว่า “แพทย์เอาใจใส่ ติดตามการรักษาของผู้ป่วย
อย่างดี” ในด้านของบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ พบว่า “บุคลากรทางการแพทย์ดูแลใส่ใจ
ทุกขั้นตอนตามแผนการรักษาดีบริการดีมาก” และ ด้านสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ อาหาร และสิ่ง
แวดล้อม พบว่า “มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัย ความสะอาดของสถานที่ดีมาก ที่พักผ่อน มีทีวี
ให้ดูเพียงพอ” สำหรับสิ่งที่ควรปรับปรุง ด้านบุคลากรพยาบาล พบว่า “การติดต่อพยาบาลต้องใช้
โทรศัพท์โดยการกดเบอร์โทร ทำให้ไม่สะดวกควรมีปุ่มกดเรียก” ด้านบุคลากรแพทย์ พบว่า แพทย์
มาตรวจเยี่ยมช้า ในวันที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพราะบางรายบ้านอยู่ไกล” ด้านบุคลากร
ทางการแพทย์อื่นๆ พบว่า “พนักงานชุดที่ติดตามโต๊ะ ตามชั้นต่างๆ ไม่ค่อยสะอาด” และด้าน
สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ อาหาร และสิ่งแวดล้อม พบว่า “น้ำสำหรับอาบไม่อุ่น หรือต้องใช้เวลา
นานมากถึงจะอุ่น” (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สิ่ง que ผู้ป่วยและญาติประทับใจ และสิ่งที่ควรปรับปรุง (n=128)

ข้อมูลผู้ป่วยและญาติประทับใจ	ข้อมูลผู้ป่วยและญาติแจ้งควรปรับปรุง
<p>1) ด้านบุคลากรพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none">- พยาบาลดูแล บริการดีมาก เอาใจใส่ เข้ามาตรวจ สอบถามอาการอย่างสม่ำเสมอ แนะนำ ให้ข้อมูลและตอบคำถามในการดูแลตนเองได้ดีมาก ประทับใจที่สุด คือ พยาบาล อธิยาศัยเป็นกันเอง พุดจาไพเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใส มีจิตอาสา น่ารักมากทุกคน (19)- ประทับใจในการบริการ การช่วยเหลือ เอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลทุกท่าน ที่คอยดูแลช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและดูแลตลอดระยะเวลาที่รักษาตัวที่หอผู้ป่วยพิเศษ สว11 (6)- การพยาบาลทุกท่านโดยรวมดีเยี่ยม (3)- คุณพยาบาลทุกท่าน มีกิริยามารยาทที่งดงาม น่ารักมาก สุภาพ นุ่มนวล ใส่ใจคนไข้ดีมาก ขอบพระคุณพยาบาลทุกท่าน ใจดีที่สุด (นางฟ้าพยาบาล) (3)- การดูแลของพยาบาลเวร ดูแลเอาใจใส่ดีมาก ดูแลเรื่องการเช็ดตัวผู้ป่วยเข้ามาให้การช่วยเหลือดีมาก- การดูแลของเจ้าหน้าที่พยาบาลเวลามีปัญหาและข้อข้องใจพยาบาลมาทันที	<p>1) ด้านบุคลากรพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none">- การติดต่อพยาบาลต้องใช้โทรศัพท์โดยการกดเบอร์โทร ทำให้ไม่สะดวกควรมีปุ่มกดเรียก
<p>2) ด้านบุคลากรแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none">- แพทย์/คุณหมอมารตรวจและแนะนำการปฏิบัติตัวเองชัดเจนเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย- แพทย์เอาใจใส่ ติดตามการรักษาของผู้ป่วยอย่างดี- แพทย์มีความรู้ความสามารถที่ดีเยี่ยม- แพทย์ให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม ทำให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น และสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับบ้าน	<p>2) ด้านบุคลากรแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none">- แพทย์มาช้าไปหน่อย ในวันที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพราะบางรายบ้านอยู่ไกล

ข้อมูลผู้ป่วยและญาติประทับใจ	ข้อมูลผู้ป่วยและญาติแจ้งควรปรับปรุง
<ul style="list-style-type: none"> - การดูแลของแพทย์เวร ดูแลเอาใจใส่ดีมาก - แพทย์ทุกท่านดูแลเป็นอย่างดี ไม่มีขาดตกบกพร่อง - ทีมแพทย์ดูแลใส่ใจทุกขั้นตอนตามแผนการรักษาดี - คุณหมอดูแลดีมาก เข้ามาตรวจ สอบถามอาการอย่างสม่ำเสมอ แนะนำ ให้ข้อมูลในการดูแลตนเองได้ดีมาก ประทับใจที่สุด คือ คุณหมอ พุดจาไพเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใส น่ารักมากทุกคน - แพทย์เอาใจใส่อย่างดีเยี่ยม - ข้าพเจ้ามีความภูมิใจในการดูแลรักษาของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ - แพทย์อธิบายโรคและวิธีการรักษาดีดูแลเอาใจใส่ดีมาก - ประทับใจในการบริการของทีมแพทย์ ให้คำปรึกษาดีมาก มาสอบถามดูแลติดตามดีเยี่ยม แนะนำ (คุณหมอผ่าตัด) 	
<p>3) ด้านบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรทางการแพทย์ดูแลใส่ใจทุกขั้นตอนตามแผนการรักษาดีบริการดีมาก (2) - แม่บ้านเอาใจใส่ความสะดวกได้ดีเยี่ยม (2) - ประทับใจในการบริการ การช่วยเหลือ เอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่คอยดูแลช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและดูแลตลอดระยะเวลาที่รักษาตัวที่หอผู้ป่วยพิเศษชั้น11 เสมอมา (2) - เจ้าหน้าที่ดูแล ให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม ทำให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น และสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับบ้าน - บุคลากรทุกท่านดูแลเป็นอย่างดี ไม่มีขาดตกบกพร่องได้รับความอบอุ่น มีความสุขสบายใจ ต่อการให้บริการของบุคลากรของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ทุกท่าน ทุกแผนก ทุกฝ่าย - พนักงานอื่นๆ น่ารัก พุดจาสุภาพ - ได้รับการบริการจากบุคลากรของโรงพยาบาลเป็นอย่างดี - เจ้าหน้าที่สุภาพ ให้บริการได้ดีเยี่ยม เอาใจใส่ ยิ้มแย้มแจ่มใส - ในการทำงานของเจ้าหน้าที่ เมื่อคนไข้คนเดียว พนักงานเสริฟอาหารรู้ว่าคนไข้มีความเหนื่อยล้ามากในการเคลื่อนไหวจะรินน้ำให้ด้วย นับเป็นการเอาใจใส่ที่ดี มีน้ำใจ 	<p>3) ด้านบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> - พนักงานชุดที่เข็ดตามโต๊ะ ตามชั้นต่างๆ ไม่ค่อยสะอาด
<p>4) ด้านสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ อาหาร และ สิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัย (2) - ความสะดวกของสถานที่ดีมาก ที่พักสะอาด มีทีวีให้ดูเพียงพอ (2) - ห้องพัก สิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน - สถานที่สะอาด สะดวก เครื่องใช้เหมาะสมกับความเป็นอยู่ ไม่สะดุดในการใช้ ทันเวลา ทันใช้ - รสชาติอาหารอร่อย ไม่จืด 	<p>4) ด้านสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ อาหาร และสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - น้ำสำหรับอาบน้ำไม่อุ่น หรือต้องใช้เวลาานมากถึงจะอุ่น (5) - กลอนประตูห้องน้ำปิดไม่อยู่ ปิดยาก (2) - เครื่องทำน้ำอุ่นในห้องอาบน้ำเสีย - อุปกรณ์ในห้องน้ำยังไม่สะอาดเท่าที่ควร มีคราบสกปรกบริเวณผนังชำระมีสวนแต่กร่อน - ห้องน้ำ ชักโครกเวลากดเสียงดังมาก ห้องข้างๆ เข้าตอนกลางคืนก็ได้ยิน ระบายเสียงดังมาก - ควรปรับปรุงการบริการอาหาร ควรจะมาตรงเวลาหรือก่อนเวลา (3)

ข้อมูลผู้ป่วยและญาติประทับใจ	ข้อมูลผู้ป่วยและญาติแจ้งควรปรับปรุง
	<ul style="list-style-type: none"> - อาหารเมนูซ้ำ เดิม ทุกวันซ้ำเดิม - ผักบวบชิ้นใหญ่ไปหน่อย ฟันไม่มี - อาหารแข็งไปสำหรับผู้สูงอายุ อาหารพวกเนื้อหมูเหนียวไป ผู้ป่วยไม่ค่อยมีฟัน เคี้ยวไม่ละเอียด - อาหารประเภทโปรตีนจากเนื้อสัตว์ การหั่นต้องหั่นตามขวาง เพื่อเคี้ยวง่าย ย่อยง่าย - ลดอาหารเผ็ดลง บางมื้อรสเผ็ดมาก - อาหารประเภทตุ๋น ควรใช้เวลาตุ๋นต้มเพิ่มขึ้นอีกสัก 30-40 นาที โดยใช้ไฟอ่อน - รสชาติของอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยทานอาหารได้ควรเพิ่มรสเค็มอีกนิด (นิดเดียว) เน้นการรักษาผู้ป่วยมิใช่รักษาโรค - อาหารที่เป็นของหวาน ควรลดความหวานลงให้มากกว่านี้ และควรเป็นผลไม้มากกว่า - ควรเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอนของคนไข้ทุกวัน ควรจัดการดูแลและเอาใจใส่เรื่องนี้ (3) - ควรเปลี่ยนผ้าห่มคนไข้อย่างน้อยทุก 2 วัน เปรียบเทียบกับตึก กว. ชั้น 6x VIP เช่นกันจะเปลี่ยนผ้าปู ผ้าห่มให้ทุกวัน - ควรจัดที่จอดรถให้ผู้ป่วยและผู้ป่วยพิเศษด้วย - สถานที่จอดรถลำบากและไกลตึกอาคารมาก - ควร update ช่องของ TV ด้วย - ควรปรับปรุงพัดลมตั้งโต๊ะสำหรับญาติผู้เฝ้าไข้ - ควรปรับปรุงเตียงสำหรับญาติ - เครื่องปรับอากาศ ปรับอุณหภูมิไม่ได้ - ไฟไม่สว่างพอ อ่านหนังสือด้วยความลำบาก - โถส้วมเตี้ย ไม่ได้มาตรฐานทำให้ผู้ป่วยลำบากมาก ลูกหรือนั่งปวดแผลมาก ผู้ป่วยต้องถามหาโถส้วม (commode) จึงได้รับการดูแล ควรถามผู้ป่วยรายอื่นๆ ต่อไปด้วย - ถ้วย จาน สำหรับญาติน้อยไป - การปิดประตูห้องผู้ป่วยควรค่อยๆ ปิด ไม่เสียงดัง

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุช่วง 60-69 ปี เป็นเพศหญิง จบระดับประถมศึกษา ใช้สิทธิราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีภาวะต้อกระจก (senile cataract) และรักษาโดยวิธี phacoemulsification with intraocular lens มากที่สุด ผลลัพธ์จากการนำ 4 แนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า อยู่ในระดับดีเยี่ยมทุกกิจกรรมการพยาบาล และด้านข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า พยาบาลดูแล บริการดีมาก เอาใจใส่ และตรวจสอบถามอาการอย่างสม่ำเสมอ แนะนำ ให้ข้อมูลและตอบคำถามในการดูแลตนเองได้ดีมาก ประทับใจที่สุด คือ พยาบาลมีอัธยาศัยเป็นกันเอง มีจิตอาสา พุดจาไพเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใส น่ารักมากทุกคน และสิ่งที่ควร

ปรับปรุง คือ การติดต่อพยาบาลต้องใช้โทรศัพท์โดยการกดเบอร์โทร ทำให้ไม่สะดวกควรมีปุ่มกดเรียก และอาหารสำหรับผู้ป่วยสูงอายุยังไม่เหมาะสม

สำหรับผลลัพธ์ในการพยาบาลทั่วไป 15 ข้อ ผลลัพธ์ในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้หลัก 4 แนวปฏิบัติ (outcomes of care for the elderly using 4 protocol) จำนวน 6 ข้อ ที่พบว่าผู้ป่วยและญาติให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับพยาบาลที่ให้การดูแลอยู่ในระดับดีเยี่ยมทุกข้อ ซึ่งส่วนใหญ่จะมองถึง พยาบาลมีความรู้ความสามารถ อธิบายภาวะเจ็บป่วย แนะนำให้ข้อมูลและตอบคำถามในการดูแลตนเองได้ดีมาก การบริการดีมาก เอาใจใส่ เข้ามาตรวจสอบถามอาการอย่างสม่ำเสมอ ดูแลทันทั่วทั้งที่มีความสุขภาพ นุ่มนวล เป็นกันเอง เต็มใจบริการ พุดจาไพเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใส น่ารักทุกคน สิ่งเหล่านี้สะท้อนถึง ความเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณลักษณะพึงประสงค์ ซึ่งเป็นไปตามนโยบายของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่ได้มีการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2540 โดยได้จัดระบบการบริการแบบเอื้ออาทรขึ้นเป็นครั้งแรก และในปี 2551 ได้พัฒนาการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเข้าสู่ความเป็นเลิศพร้อมขยายการดูแลให้ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล รวมทั้งได้มีการพัฒนาการประเมินภาวะสุขภาพและความเสี่ยงในผู้สูงอายุ จากการบริการโดยใช้เส้นทางสีเหลือง (yellow line) จากนั้นได้พัฒนาการดูแลเข้าสู่ระบบ age premium โดยมีการใช้สื่อสัญลักษณ์เป็นดอกกลาดวน เพื่อสื่อสารกับทีมผู้ให้บริการ⁹ และในปี 2564 ได้มีการพัฒนาการบริการร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จนกระทั่งปัจจุบัน โดยได้นำแนวปฏิบัติเอื้ออาทรผู้สูงอายุ 4 แนวปฏิบัติ³ (protocol 4 protocol) มาใช้ให้ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล เพื่อให้การบริการการพยาบาลผู้สูงอายุเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยสูงอายุ และมุ่งบริการสู่ความเป็นเลิศ ซึ่งผลลัพธ์การศึกษาทำให้ผู้ป่วยและญาติประทับใจและให้คะแนนอยู่ในระดับดีเยี่ยมทุกข้อตามที่กล่าวมา และสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในยุค Thailand 4.0 ที่พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดโดยผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลจึงเปรียบเสมือนเสาหลักในการดูแลสุขภาพของประชาชนในภาวะที่เจ็บป่วย¹⁰ ที่ต้องให้การพยาบาลอย่างมืออาชีพที่เพียบพร้อมทั้งคุณธรรมและจริยธรรมนั่นเอง

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้านอาหารที่จัดให้เหมาะสมกับความสามารถในการรับประทานอาหาร การเคี้ยว การกลืนของผู้ป่วย การจัดแจก เวลาที่ให้บริการอาหาร และอุปกรณ์ในการรับประทานอาหารมีความเหมาะสมหรือไม่อย่างไร ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามให้ข้อมูลว่า อาหารไม่นุ่ม มีความแข็ง ซึ้นใหญ่ รสจัด เมนูซ้ำ และเสิร์ฟไม่ตรงเวลา ซึ่งฝ่ายโภชนาการโรงพยาบาลศิริราช ได้กล่าวว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การทำงานของระบบประสาทจะด้อยลง ผู้สูงอายุมักมีปัญหาหลายด้าน อาจเป็นโรคฟันผุ หรือไม่มีฟันทั้งปาก ต่อม้ำลายหลังสารน้ำลายลดลง มีผลทำให้การบดเคี้ยวอาหารไม่ดี มีปัญหาการย่อยแลการดูดซึม เกิดการสะสมเชื้อ

แบบที่เร็วในลำไส้ใหญ่ และปล่อยก๊าซออกมา ทำให้ท้องอืดได้ การเคลื่อนไหวของลำไส้บ่อย ทำให้เกิดอาการท้องผูก อาหารเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต โดยเฉพาะผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการพลังงานและ สารอาหารที่มีคุณภาพสูงเพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ¹¹ ดังนั้นการจัดสรรอาหารที่ครบถ้วน พอเพียง เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลเจ้าหน้าที่โภชนาการและทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องต้องร่วมมือกันดูแลในเรื่องโภชนาการอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สรุป

การศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้หลัก 4 แนวปฏิบัติครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี จบระดับประถมศึกษา ใช้สิทธิราชการ/รัฐวิสาหกิจ และมีภาวะโรคต่อกระดูกมากที่สุด ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยและญาติให้คะแนนความคิดเห็นต่อการพยาบาลทั้งรายข้อและโดยรวมอยู่ในระดับดีเยี่ยมทุกกิจกรรมการพยาบาล มีคำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องอาหาร และควรขยายการประเมินการดูแลผู้สูงอายุทั้งองค์กรเพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้มาพัฒนาการดูแลในภาพรวมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ขอขอบคุณ นางสุธีรา ประดับวงษ์ พยาบาลเชี่ยวชาญ และนางนลัทพร สืบเสาะ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ 2 ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งเจ้าหน้าที่พยาบาลและบุคลากรประจำหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 11 ทุกท่านที่สนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ปราโมทย์ ประสาทกุล, บรรณาธิการ .สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2557
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2556.
3. คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสู่ความเป็นเลิศ งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์.
4. ยุพา สุทธิมนัส, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, ทวีชัย กสิผล. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ วารสารพยาบาลสาธารณสุข ฉบับที่ 2, 2557.

5. ประภาพร จอมเทพมาลา. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการจังหวัดระนอง วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 ฉบับที่ 3, 2560.
6. งานสถิติและเวชระเบียน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
7. บุญส่ง หาทวาย, ผ่องพรรณ อรุณแสง, วิลาวรรณ พันธุ์พุกษ์. การพัฒนาแบบจัดการพยาบาลเฝ้าอาหารผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ฉบับที่ 2, 2555.
8. กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์สถิติ: สถิติเพื่อการตัดสินใจ. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540. หน้า 27-28.
9. อุไรวรรณ ใจจันทรีดี เส้นทางพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสู่ความเป็นเลิศ งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ 29 มิถุนายน 63 <https://www.nurse.kku.ac.th/index.php/download/category/59-29-30-63?download=389:2020-07-16-01-51-56> อ้างอิงวันที่ 22 พฤษภาคม 66
10. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในยุค Thailand 4.0 รามาแชนแนล • ชับเคลื่อนสังคมไทย ให้สุขภาพดี <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%9A%E0%B8%B2%E0%B8%97%E0%B8%AB%E0%B8%99%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%9E%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%9A%E0%B8%B2%E0%B8%A5%E0%B9%83/> อ้างอิง ณ วันที่ 23 พฤษภาคม 66 โพสต์ 19 ตุลาคม 2018
11. อาหารผู้สูงวัย ฝ่ายโภชนาการ โรงพยาบาลศิริราช Faculty of Medicine Siriraj Hospital คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/sirirajonline2021/Article_files/1265_1.pdf อ้างอิง ณ วันที่ 23 พฤษภาคม 66

Letter to the Editor

For The Wrong Side

Somchai Bovornkitti

The Academy of Science, The Royal Society of Thailand

For health cares: I always tell young people, if you don't believe there have been some goods, come walk in my shoes.

Documents

1. Bovornkitti S, ed. *Proceedings of the Forum on the Use of Crysolite in Thai Industries and Health Impacts*. The Academy of Science, The Royal Society of Thailand, Bangkok; 2014: 112.
2. Bovornkitti S. PM2.5 and I. *TMJ* 2020;20:5-7.
3. Bovornkitti S. Lursinsap Ch. Digital health. *AMJAM* 2021;21:59-64.
4. Bovornkitti S. Time to act. *AMJAM* 2021;21:163.
5. Bovornkitti S. Secret of attaining old age. *AMJAM* 2022;22:158.

Letter to the Editor

A Low-grade Lung Cancer

Somchai Bovornkitti, MD, FRCP, FRACP, Hon.FACP

The Academy of Science, The Royal Society of Thailand

While most forms of lung cancer are highly malignant, there is an exception in the case of pulmonary alveolar cell carcinoma. This type of extremely low-grade malignant lung cancer was first described 147 years ago. Five cases have been reported in Thailand.

Although cases of pulmonary cancers are normally diagnosed by radiographic pictures and histopathology, there have been occasional cases with mild clinical manifestations incompatible with common pulmonary cancers.

Letter to the Editor

มะเร็งปอดชนิดไม่ร้ายมาก

สมชัย บวรกิตติ พต, FRCP, FRACP, Hon. FACP

ศ.เกียรติคุณ มหาวิทยาลัยมหิดล

มะเร็งปอดส่วนมากเป็นเนื้องอกร้าย ลุกลามเร็ว และแพร่สู่อวัยวะอื่นในร่างกายบ่อย ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและมักเสียชีวิตในเวลาไม่เกิน ๒ ปี แม้ได้รับการรักษา

อภิธานศัพท์

เนื้องอก (tumor/ neoplasm) เกิดจากการงอกของเนื้อเยื่อเพิ่มจำนวนเซลล์รวดเร็วกว่าธรรมดา ซึ่งมี ๒ ชนิด ได้แก่

ชนิดไม่ร้าย (benign) มีสมบัติไร้บุกรุก แพร่กระจายช้า เซลล์ไม่แสดง anaplasia (ภาวะเซลล์ไร้การจำแนกชนิด- dedifferentiation)

ชนิดร้าย (malignant) มีสมบัติบุกรุกและแพร่กระจายเร็ว เซลล์จำแนกชนิด (differentiation) หลากหลาย

Pulmonary alveolar cell carcinoma (มะเร็งเซลล์ถุงลมปอด) หรือ bronchiolar carcinoma (มะเร็งหลอดลมฝอย) เป็นมะเร็งปอดที่ร้ายไม่มาก (Low grade malignancy lung cancer) ที่สมัยหนึ่งเชื่อกันว่ามีกำเนิดที่ถุงลม หรือหลอดลมฝอย พยาธิแพทย์สมัยใหม่ไม่เรียกมะเร็งปอดตามตำแหน่งกำเนิด

แพทย์ชาวฝรั่งเศส L. Malassez^๑ รายงานผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อ ๑๔๗ ปีมาแล้ว (พ.ศ. ๒๔๑๙) ในประเทศไทย สมชัย บวรกิตติรายงานผู้ป่วยไทย ๓ ราย^๒ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๓ (๖๓ ปี มาแล้ว) ๑ รายเมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๗^๓ ๑ รายเมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๓^๔ ๑ รายเมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๙^๕ และล่าสุด ๑ รายเมื่อ พ.ศ. ๒๕๖๕^๖

มะเร็งชนิดนี้^๗ มักพบโดยอู่แพทย์จากการวินิจฉัยทางเวชกรรมแยกจากโรคติดเชื้อปัจจุบัน โดยเฉพาะจากวัณโรคมีลิอารีรี พยาธิแพทย์เป็นผู้ให้การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเซลล์ถุงลมปอด ในช่วงแรกๆ ผู้ป่วยมะเร็งชนิดนี้มีสุขภาพดี ไม่มีอาการหรือมีไม่มาก ไม่มีไข้ไปพบแพทย์และถ่ายภาพรังสีทรวงอก หรือกรณีตรวจร่างกายประจำปีพบเงาผิดปกติในภาพรังสี ลักษณะเงาเม็ดฝอยกระจายทั่วปอด

พยาธิแพทย์ตรวจชิ้นเนื้อที่มักได้จากการส่องกล้องตรวจหลอดลม อ่านเป็นแอดดีโนคาร์ซิโนมา

การดำเนินโรค โรคดำเนินช้ามาก ผู้ป่วยมีอาการไม่มาก นอกจากรายที่แพ้สารเคมีบำบัดหรือไปออกกำลังกายมากเกินไป ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่นานกว่ามะเร็งปอดชนิดอื่น

มีรายงานว่ามะเร็งชนิดนี้มีลักษณะจุลพยาธิคล้ายเนื้องอกอะดีโนมาแพร่กระจายในแกะ (Jaagsiekte/ Ovine pulmonary adenomatosis)

ปัจจุบันนี้ พยาธิแพทย์อ่านเนื้อพยาธิตามชนิดเซลล์ และไม่แยกชนิดมะเร็งปอด

เอกสารประกอบการเรียบเรียง

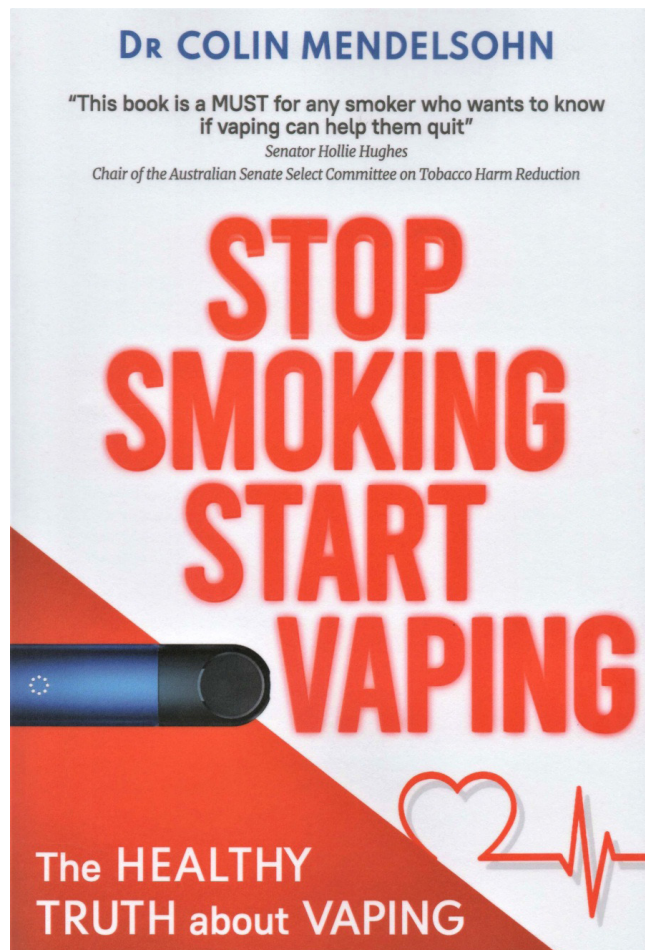
๑. Malassez L. Examen histologique d'un cas de cancer encephaloide du poumon (epithelioma). *Arch physiol norm path Paris* 1876;3:353-72.
๒. Bovornkitti S, Kangsadal P, Karnchanakunchorn S, Tandhanand S. Pulmonary alveolar cell (bronchiolar carcinoma). Report of three cases in Thailand. *Tubercle Lond* 1960;268-71.
๓. Bovornkitti S, Chantarakul N, Prachaubmoh H. Pulmonary "alveolar cell" (bronchiolar) carcinoma. *Vajira Med J* 1964;8:33-35.
๔. Bovornkitti S, Limsila T, Prabhasawat D, Stitnimankarn T. Multiple cystic pulmonary alveolar cell carcinoma. Report of a case. *J Med Assoc Thai* 1970; 53:739-45.
๕. Supachoknirun R, Urareeviriyakit T, Mekanant P, Chantarakul M, Bovornkitti S. Pulmonary alveolar cell carcinoma. *Siriraj J Hosp Gaz* 1996;48:123-4.
๖. Bovornkitti S. Pulmonary Alveolar Cell Carcinoma Revisited. *AMJAM* 2022;22: 70-74.
๗. Bovornkitti S. A Curious lung cancer. *KUHJ* 2022;32:325-6.
๘. Travis WD, et al. *Arch Pathol Lab Med* 2013;137:685-705.

จดหมายถึงบรรณาธิการ

Have They Buried The Hatchet?

รังสรรค์ ปุษปาคม

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



ศุภพทย์ทั่วโลกทำการต่อต้านการสูบบุหรี่ตลอดมาเป็นเวลาหลายทศวรรษ เนื่องจากได้รับผลกระทบทุติยจากผู้สูบ ที่ศุภพทย์ต้องเห็นเหนื่อยไม่รู้จบกับการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหรือโรคมะเร็งหลอดลมจำนวนมาก ที่เกิดจากได้รับสารพิษในควันบุหรี่ ที่ยังไม่มีวิธีการบำบัดรักษาได้เด็ดขาด และยังไม่สามารถยับยั้งหรือลดการสูบบุหรี่ของประชาชนส่วนใหญ่ได้

จวบกระทั่งปี พ.ศ. ๒๕๔๙ ที่มีการผลิตบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์โคทีน และต่อมาผลิตบุหรี่ยาสูบไร้ควัน (บุหรี่อ่อน-ไม่เผา) ที่ปลอดภัยต่อสุขภาพผู้สูบ ได้ช่วยลดจำนวนผู้สูบบุหรี่เผาไหม้และผู้ป่วยได้ระดับหนึ่ง แต่ก็ประสบปัญหาที่มีบุคคลจำนวนหนึ่งสูบบุหรี่ทั้งบุหรี่เผาไหม้และบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ที่ไร้ควันพิษ และได้เกิดภาวะวิกฤติที่มีผู้สูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ในกลุ่มวัยรุ่นจากอุปนิสัยนิยมของใหม่และความโก้เก๋ และนักสูบบุหรี่ที่สูบบุหรี่เผาไหม้และบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์แต่เหตุการณ์เหล่านี้แก้ไขได้

เป็นอุทาหรณ์แปลกที่เป็นข้อเท็จจริงจากการศึกษามากมายยืนยันว่าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ปลอดภัยกว่าบุหรี่เผาไหม้ และยังมีนักวิชาการหลายท่านที่ไม่ยอมรับความจริงและคัดค้าน

โดยตรรกะการต่อต้านการสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ก็ถูกต้อง เพราะเป็นการเสพติดอีกแบบหนึ่งที่ควรป้องปราม แต่หากการใช้นิโคตินเพื่อช่วยลดเลิกการสูบบุหรี่เผาไหม้ได้ ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่ง เช่นเดียวกับแพทย์ใช้สารเสพติดหลายอย่างเพื่อช่วยผู้ป่วยบางโรค ไม่สมควรที่จะมาต่อต้าน ผู้เขียนอยากวิงวอนให้นักวิชาการที่มีความมุ่งมั่นช่วยกันขจัดบุหรี่ยุคใหม่ให้หมดไปจากประเทศไทย ก็จะเป็นมหาคุณศล

เอกสารอ้างอิง

๑. อรรถ นานา, สุชัย เจริญรัตนกุล, รัชสวรรค์ ปุษาปาคม, สมชัย บวรกิตติ. Antismoking philosophy. สารคดีวิราช ๒๕๓๔;๔๓;๕๐๗-๘.
๒. สมชัย บวรกิตติ. Cigarette smokers' clinic. สารคดีวิราช ๒๕๓๗;๔๖:๗๙๘-๘๐๗.
๓. สมชัย บวรกิตติ. E-cigarettes? Thammasat Med J 2019;19:446.
๔. Bovornkitti S. Tobacco harm reduction. Telemedicine & E health.MS.ID. 000522.1:2019.
๕. สมชัย บวรกิตติ. Beyond nicotine gateway hypothesis. Thammasat Med J 2020; 20:189-90.
๖. สมชัย บวรกิตติ. About cigarettes. Thammasat Med J 2020;20:191.
๗. สมชัย บวรกิตติ. Health concern in electronic cigarettes. KUHJ 2023;4:13-4.

จดหมายถึงบรรณาธิการ

Long-COVID

รังสรรค์ ปุષปะาคม

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ผมได้มีโอกาสอ่านบทความ Long-COVID ที่ลงพิมพ์อยู่ในวารสารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ (ปีที่ ๔) หน้า ๗๘-๗๙ ทำให้เข้าใจการดำเนินโรคของโควิด-๑๙ ดีขึ้น

แต่ก่อนนักวิชาการส่วนใหญ่รวมทั้งผมด้วยเข้าใจว่าอาการโรคของผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่เป็นอยู่นานกว่ากรณีทั่วไป ที่เรียกว่า long COVID - *โควิดยืดเยื้อ* กับกรณีผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่หายป่วยปลอดภัยแล้วช่วงระยะเวลาหนึ่ง กลับมีอาการป่วยหลากหลายเกิดขึ้น ที่เรียกว่า Long-COVID (*โควิดหลง*) เป็นเรื่องเดียวกัน ซึ่งไม่ถูกต้อง

จดหมายถึงบรรณาธิการ

คนไทยกับเนื้องอกเยื่อเลื่อม

อรรถพล ชีพสัตยากร

แพทย์ระดับ ๑๑ กระทรวงสาธารณสุข

ผมเพิ่งได้อ่านบทความ Are Mesothelioma Patients in Thailand Background Cases? ลงพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น^๑ ซึ่งมีข้อมูลและความเข้าใจแตกต่างกันกับบทความ Asbestos-Related Disease Cases in Thailand: Starting from Health Data Center ที่ลงพิมพ์อยู่ในวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ฉบับ พ.ศ. ๒๕๖๔ เล่มที่ ๑๕ ฉบับที่ ๔ หน้า ๓๙๓-๓๙๕^๒ อย่างสุดโต่ง

ด้วยข้อมูลทางวิชาการทำให้ผมมีความเข้าใจและเชื่อมั่นว่าแร่ใยหิน (asbestos) นั้นเป็นสารก่อโรคเหตุใยหินเฉพาะคนที่ไม่มีภูมิคุ้มกันต้านทานการก่อโรคใยหินและมีภูมิไวรับการเป็นโรคเหตุใยหิน ซึ่งเด่นชัดเจนในคนบางสายพันธุ์ เช่นผลงานจากการศึกษาของสมพงษ์ ศรีอำไพและคณะ^๓ และพิมพ์ อินเจริญ และคณะ^๔ และเอกสารสื่อความรู้ด้านวิชาการของ มานพ พิทักษ์ภากร และสมชัย บวรกิตติ^{๕,๖} ก็ช่วยยืนยันอุบัติการณ์โรคเหตุใยหินในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๙๗^๗ จวบปัจจุบันว่าอุบัติการณ์โรคเหตุใยหินในประเทศไทยนั้นน้อยมากซึ่งเนื่องจากพันธุกรรมของคนไทยไม่ไวรับต่อการเป็นโรคจากสัมผัสใยหิน เข้าใจว่าเรื่องนี้กำลังศึกษายืนยันเพื่อให้ชัดเจนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

๑. สมศักดิ์ เทียมเก่า. Are mesothelioma patients in Thailand background cases? KUHH 2023;4:1053-106.
๒. สุรศักดิ์ บูรณตรีเวทย์. โรคเหตุแร่ใยหินในประเทศไทยจากฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๖๔;๑๕:๓๙๓-๕.
๓. สมพงษ์ ศรีอำไพ, สมชัย บวรกิตติ, ประเสริฐ ปาจริย์. อุบัติการณ์แอสเบสทอสนิปอดจากการตรวจศพในประเทศไทย. จพสท ๒๕๒๘;๖๘:๑๗๔-๘๒.
๔. พิมพ์ อินเจริญ, สมชัย บวรกิตติ และคณะ. Asbestos bodies burden in the autopsy lung tissue from general Thai population. *The Open Respir Med J (TORMJ)* 2019;13:7-20.

๕. มานพ พิทักษ์ภากร, สมชัย บวรกิตติ. Susceptibility factors in the genesis of mesothelioma. *พุทธชินราชเวชสาร* ๒๕๕๙;๓๓:๒๕๕-๗.
๖. มานพ พิทักษ์ภากร, สมชัย บวรกิตติ. Oncogenomics of Mesothelioma in Humans. *Am J Pub Hlth Res* 2018;6:63-64.
๗. สมชัย บวรกิตติ, ประเสริฐ ปาจรีย์. Pleural Mesothelioma in Thailand. *Thai J Intern Med* 1981;1:39-45.

จดหมายถึงบรรณาธิการ

ข้อแนะนำให้อยู่กับ PM 2.5 โดยปลอดภัย

FB สถาบันอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม กรมการแพทย์

วันนี้อ่านข่าวฟุ้งข่าว ก็มีแต่เรื่อง PM 2.5 จริงๆ มีมาเกือบ 2 เดือนแล้ว แต่พอบ่นกันมากๆ รัฐบาลก็ออกมาตอบสนอง มีข่าวว่าตั้งแต่ต้นปีนี้ จนถึงเวลานี้ มีผู้ป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ ผื่นผิวหนัง ระบายเคืองตา จมูก คอ จำนวน 1.3 ล้านคน และการขอให้หน่วยงานต่างๆ ประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหา พอฟังข่าวสองเรื่องนี้แล้วก็รู้สึกหมดหวัง ทั้งเรื่องการบอกว่ามีผู้ป่วยจาก PM 2.5 เกือบ 1.3 ล้านคน มันมากนะ ปล่อยให้มากขนาดนี้ได้อย่างไร มีการตอบสนองอย่างไรบ้าง ตอนที่ผู้ป่วย 1 แสนคน ตอนที่สองแสนคน ตอนที่ห้าแสนคน ตอนที่หนึ่งล้านคน คำตอบคงเป็นเหมือนสองปีที่แล้ว คือเปิดศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินให้การรักษาพยาบาล ใ้กระทรวงรายงานจำนวนผู้ป่วย เหล่านี้เป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ เหมือนเทน้ำลงในบ่อใหญ่ คงไม่มีผลอะไร ผมว่านอกจากจะละลายปล่อยให้บานปลายแล้ว ยังทำให้เกิดความตระหนกอีกด้วย พออ่านข่าวแล้ว ก็ตกใจแทนประชาชน เพราะท่านจะใ้ระวังอย่างใกล้ชิด เราคงมีตัวเลขคนป่วยมากขึ้นแน่ๆ เพราะสัปดาห์นี้ก็ แสนกว่าคนแล้ว ผมยังไม่รู้ว่าใ้ระวังอย่างใกล้ชิดจะแก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชนอย่างไร ท่านน่าจะแถลงว่าจำนวนผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเพิ่มขึ้นมากกว่า “สธ. เผย 15 จังหวัดค่าฝุ่น PM 2.5 สูงติดต่อกัน 3 วัน ตั้งแต่ต้นปีพบผู้ป่วยแล้ว 1.32 ล้านคน คาดสัปดาห์นี้ กทม.-ปริมณฑลแนวโน้มดีขึ้น” เพราะข้อมูลของกระทรวงคือจำนวนผู้ป่วยที่ใ้ระวังทุกโรคที่เพิ่มขึ้น คือใครเป็นช่วงนี้ถือว่าเกิดจาก PM 2.5 หหมด ส่วนเรื่องความร่วมมือก็เช่นกัน ประเทศไทยหน่วยงานกรมกอง บุรณาการกันไม่ได้หรอก ท่านก็อยู่ในราชการจนเกษียณ น่าจะรู้ เรื่องนี้ทำกันมาตั้งแต่ปี 2562 แล้ว เวลาประชุมพูดจากันจริงจิงซึ่งซึ่งแบบทวาร แต่พอออกจากห้องประชุมก็ต่างคนต่างทำ ต่างคนต่างแถลงเหมือนเดิม ผมเองในฐานะเป็นผู้มีส่วนรับผิดชอบในเรื่องการดูแลประชาชนที่ได้รับผลกระทบจาก PM 2.5 โดยดำเนินการต่อเนื่องมาตลอด 3 ปี ร่วมกับทีมงาน ตอนนี้อาจจะต้องเปลี่ยน mindset ประชาชนแล้ว ว่าคงไม่ต้องหลบ PM 2.5 เพราะมันมีอยู่ทุกที่ แต่ต้องอยู่กับมันอย่างมีสติ อยู่แบบไม่กลัว ผมคงไม่มาบอกข่าวร้าย หรือบอกวิธีแก้ไขที่ดูจะเป็นไปไม่ได้ ผมอยากให้พวกเราช่วยตัวเองครับ ตอนนี้อยู่ใครก็ช่วยประชาชนไม่ได้ นอกจากช่วยตัวเอง โดยเฉพาะรัฐบาลตอนปลายสมัย ไม่มีใครฟังใครแล้ว สิ่งที่ไม่ได้ ต้องพึ่งตนเอง

วิธีแก้ไขที่แนะนำคือ

1. การแก้ไขแบบปัจจุบัน

1.1 ดื่นเข้ามาต้องดูค่า AQI ถ้า load คลินิกมลพิษ online ก็จะมีเตือนให้เลยว่าที่เราอยู่มี PM 2.5 เท่าไร เป็นสีอะไร ต้องคิดว่า PM 2.5 ที่เกินค่ามาตรฐาน เป็นภัยต่อร่างกายเรา ยอมให้ไปสัมผัสจนเป็นเรื่องเคยชินไม่ได้ ค่าปกติที่เราใช้ตอนนี้คือ 50 เดือนมิถุนายนนี้จะลดเหลือ 37.5 แต่ถ้าเป็นขององค์การอนามัยโลกตอนนี้คือ 15 อันนี้ต่อ 24 ชั่วโมงนะครับ ค่า real time เห็นแล้วตกใจได้ แต่เราหายใจมันทั้งวัน ต้องไปเฉลี่ยเป็น 24 ชั่วโมง

1.2 ต้องคิดเสมอว่าเราอยู่ในกลุ่มใด เป็นกลุ่มแข็งแรงดี กลุ่มเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ ความดัน เบาหวาน อ้วน โรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้สูงอายุ คือแยกว่าเราอยู่ในสถานะใด กลุ่มแข็งแรง หรือกลุ่มเปราะบาง หาให้ได้ว่าเราอยู่กลุ่มใด ถ้าคิดว่าแข็งแรง ให้ถามตัวเองว่าแข็งแรงจริงไหม เคยไปตรวจร่างกายหรือไม่

1.3 งดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี งดได้เลยคืองดบุหรี่ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ถ้าไม่จำเป็นให้งดเหล้าในช่วงนี้ เพราะทำให้ต้องออกนอกบ้าน และถอดหน้ากากสังสรรกันนานเกินเหตุ

1.4 ออกกำลังกาย ในช่วง PM 2.5 ไม่จำเป็นต้องงด แต่อย่าไปออกกำลังกายกลางแจ้ง ในขณะที่มี PM 2.5 การออกกำลังกายทำให้ร่างกายแข็งแรงช่วยต่อสู้กับ PM 2.5 อาจจะต้องออกกำลังกายในบ้าน เดินไปมา ทำงานบ้าน จัดบ้าน ทั้งนี้ถ้าสามารถทำบ้านให้เป็นห้องปลอดฝุ่นได้ยิ่งดี

1.5 พยายามทำบ้านให้เป็นห้องปลอดฝุ่น หรือถ้ามีเงินก็ซื้อเครื่องฟอกอากาศ ให้คิดเสียว่าเครื่องฟอกอากาศตอนนี้มีคุณค่าต่อชีวิตมากกว่าโทรทัศน์หรือตู้เย็น ก็จะซื้อได้ด้วยความสะดวกสบาย การทำบ้านให้มีห้องปลอดฝุ่นมีหลายวิธีที่ทำได้เลย เช่น ปิดประตู หน้าต่าง ปิดรอยรั่วได้ ประตู และขอบหน้าต่าง ติดแอร์แบบ Split type ก็ได้ จะได้หมุนวนแต่อากาศในบ้านไม่อัดอัดเกินไป จัดห้องให้สะอาด อย่ามีของให้ฝุ่นเข้าไปจับมาก อย่ากวาดบ้าน ใช้ไม้ถูพื้น หรือเครื่องดูดฝุ่นแทน อันนี้ทำได้เลย ถ้าจะให้ไม่ลำบาก ก็จัดเฉพาะห้องนอนให้เป็นห้องปลอดฝุ่นห้องเดียวก็ได้ เพราะเราใช้เวลาอยู่ในห้องนอนมาก

1.6 งดออกนอกบ้านโดยไม่จำเป็น การออกนอกบ้าน เราก็ไปหายใจ PM 2.5 นอกจากนั้น เรายังสร้าง PM 2.5 จากควันท่อไอเสียรถของเรา ถ้าจำเป็นเวลาเดินทางใส่หน้ากากชนิดกัน PM 2.5 ได้ ถ้าต้องทำงานกลางแจ้ง ให้ใส่หน้ากากตลอดเวลา

1.7 ถ้าเราเป็นโรคเรื้อรัง ถ้ารักชีวิต อย่าออกนอกบ้านถ้าไม่จำเป็น พยายามสังเกตอาการตัวเอง ต้องติดตั้ง clinic มลพิษ online ของ สถาบันอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์ ในโทรศัพท์ของเรา เพื่อขอคำปรึกษา

แพทย์เวลามีอาการผิดปกติ คนที่เป็นโรคปอดชั้นปานกลางถึงรุนแรงจะใส่หน้ากาก N95 หรือชนิด
แบบแน่นอื่นๆไม่ได้ เพราะจะมีคาร์บอนไดออกไซด์ถูกกักในหน้ากากด้วย ทำให้ยิ่งอึดอัด

1.8 สตรีมีครรภ์ ต้องระวัง ทั้งเริ่มตั้งครรภ์ ทารกอาจผิดปกติ หรือตั้งครรถ์นานแล้ว
ลูกคลอดออกมาเวลาโตขึ้น สมรรถภาพปอดจะไม่ดี

1.9 ทำตัวเองให้มีความรู้ที่ถูกต้อง อย่าเชื่อแหล่งข่าวที่ไม่มีที่มา ตอนนี้แหล่งความ
รู้มาตรฐานมาจากกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย แพทย์ พยาบาล อย่าเชื่อ line ตรวจสอบ
ข่าวตลอด ถ้าสงสัยถามใน clinic มลพิษ online ได้ เมื่อมีความรู้ ก็จะไม่กลัว เพราะเรารู้ทันมัน
พยายามปฏิบัติตามอย่างถูกต้องด้วยตนเอง และนำไปแนะนำญาติพี่น้องเพื่อนฝูงได้

1.10 เลิกบ่น ตอนนั้นบ่นไปก็ทำอะไรไม่ได้ แข็งเข่าเขาก็ไม่เป็นไร ต้องยอมรับสภาพ
เรายังช่วยตัวเองได้ ถ้าเราไม่ช่วยตัวเองก่อนแล้วใครจะมาช่วยเรา จะทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น
นอนหลับได้สบายขึ้น ไม่เกิดภาวะหายใจเร็ว ซึ่งจะยิ่งทำให้หายใจเอา PM 2.5 เข้าร่างกาย
มากขึ้น

การแก้ไขที่มีผลระยะยาว

มีสิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ

1. มลพิษทางอากาศมีหลายตัว ไม่ใช่ PM 2.5 อันเดียว
2. มลพิษทางอากาศทำให้โรคที่เป็นอยู่แล้วเลวลงและแสดงอาการขึ้น
3. มลพิษทางอากาศเป็นผลให้มีโรคเรื้อรังในระยะยาวได้แก่ โรคทางเดินหัวใจ โรคหัวใจ
และหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็งในมนุษย์ อันนี้เป็นความรู้ที่เชื่อถือได้แน่นอน
4. มลพิษทางอากาศยังทำให้เกิดโรคในสัตว์ทดลอง และมีรายงานในมนุษย์ เช่น
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สมองเสื่อมชนิด Alzheimer's โรคพาร์กินสัน Autism ซึ่งต้องการ
ข้อมูลมายืนยันมากขึ้น

ที่ต้องคำนึงถึงก็คือ ภาวะ PM 2.5 เป็นภาวะฉุกเฉิน มีผลต่อชีวิต ทั้งระยะสั้นและระยะ
ยาว ต้องมีมาตรการเร่งด่วน ทั้งการควบคุม กำจัด PM 2.5 และการป้องกันประชาชน ด้วย

สิ่งที่เราควบคุมไม่ได้ในเรื่องนี้คือ

1. มลพิษ เราไม่สามารถแก้ไขได้ แต่เราช่วยกันทำไม่ให้เกิดคนละนิดละหน่อยได้
2. ถ้าไม่อยากสูดดมมลพิษต้องย้ายบ้านออกจากเขตมลพิษ (เป็นการ elimination)
พุดจริง เพราะเป็นวิธีเดียว ตอนนี้ WHO กำหนดค่า PM 2.5 เฉลี่ยต่อวัน = 15 microgram/cubic
meter ซึ่งถ้าเกินนี้จะมีผลต่อสุขภาพ เลยคิดว่าในประเทศไทยมีที่ไหนที่ค่า PM 2.5 เท่านั้นบ้าง
ในอินเดีย มีวันที่ PM 2.5 ลงมาถึง 15 เพียงสามวันในปี 2022

3. ในบางพื้นที่ แม้ปิดบ้านแล้ว ก็ยังวัด PM 2.5 ได้สูงกว่าค่ามาตรฐาน เพราะภายนอกสูงมากจริงๆ

สิ่งที่ต้องนึกถึง

1. ตอนนี้อย่างงี้ยังไม่มีการวินิจฉัยว่า โรคนี้เกิดจาก PM 2.5 โดยตรง มีแต่งานวิจัยว่า PM 2.5 attribute คือมีส่วนร่วมให้เป็นมากขึ้น หรือในช่วงที่ PM 2.5 สูงก็มีโรคต่างๆ ที่กล่าวถึงเพิ่มมากขึ้น ที่สามารถพิสูจน์ได้คือในสัตว์ทดลองและในหลอดทดลอง เท่าที่ผมค้นดู มีรายงานเพียงรายเดียว เพื่อป้องกัน

2. รายงานในประเทศไทย เป็นรายงานเหมารวม คือในช่วง PM 2.5 สูง จะคิดว่าโรคที่กำหนดไว้ นั้นถ้าเกิดจาก PM 2.5 ทั้งหมด ซึ่งรายงานแบบนี้มีประโยชน์ตรงทำให้ตื่นตัว และมีการแก้ไข ตอนนี่กลไกแก้ไขมี แต่มันไม่เดิน ขาดความร่วมมือประสานงาน การรายงานจึงทำให้เกิดความตื่นตระหนก ต้องมีมาตรการอะไรตามออกมาเพื่อแก้ไข ผมว่าในเรื่องระบาดวิทยาสอนเราไว้ว่าให้สื่อสารกับประชาชน การสื่อสารที่ดีต้องไม่ทำให้ตื่นตระหนก แต่ให้สื่อสารวิธีปฏิบัติตัว และแก้ไขมากกว่า

สิ่งที่เป็นความจริง

1. สิ่งที่เราควบคุมได้ คือตัวเราเอง กิจกรรมของเรา ในระยะยาวถ้าร่างกายแข็งแรง สุขภาพปกติ เราจะป่วยด้วย PM 2.5 น้อยลง คือมันไม่รู้จะไปกระตุ้นโรคอะไรของเราเพราะเราแข็งแรง มันจะทำให้เกิดโรคก็ยากขึ้น เพราะร่างกายเราแข็งแรง สิ่งที่เราทำได้ ออกกำลังกาย อย่านั่งอ้วน มีสุขภาพกายและจิตที่ดี กินอาหารถูกสุขลักษณะ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ มี work-life balance ตรวจสอบสุขภาพของเราอย่างสม่ำเสมอ เราทำสิ่งนี้ได้ด้วยตัวเอง และเป็นสิ่งที่เราซื้อหามาไม่ได้ด้วย

2. พยายามอยู่กับ PM 2.5 ให้ปลอดภัย และไม่ตื่นกลัวจนเกินไป ป้องกันตัวเอง เช่น ทำห้องปลอดฝุ่น ซื้อเครื่องฟอกอากาศ พยายามทำกิจกรรมนอกบ้านให้น้อยลง ใส่หน้ากากชนิด N95 หรือชนิดแนบแน่นอื่นๆ ออกกำลังกายได้ แต่อย่าออกกำลังกายหนักในช่วงที่มี PM 2.5 สูง ออกกำลังกายในบ้าน

ขอให้พวกเราอยู่กับ PM 2.5 อย่างมีความสุขครับ

จดหมายถึงบรรณาธิการ

ความเหมือนที่แตกต่าง

สมชัย บวรกิตติ

สำนักวิทยาศาสตร์ ราชบัณฑิตยสภา

บทความนี้จะบรรยายเรื่องบุหรี่ โดยนัย “ความเหมือนที่แตกต่าง” เนื่องจากบุหรี่เป็นเรื่องที่นักวิชาการไทยฝ่ายสุขภาพสนใจเนิ่นนานมาแล้ว แต่ ณ ปัจจุบันก็ยังมีวิสัยแตกต่างกัน

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๕๔ หน้า ๖๘๐ นิยามบุหรี่เป็นยาสูบที่ใช้ใบตองหรือกระดาษเป็นต้น มวนใบยาที่หั่นเป็นฝอย และ Webster's New World Dictionary of the American Language 1958 หน้า ๒๖๓ บัญญัติ cigarette เป็น a small cylinder of finely cut smoking tobacco rolled in thin paper or in a tobacco leaf หรือ a small cylinder filled with a drug or herb. ดังนั้น บุหรี่ (cigarettes) โดยนิยามของพจนานุกรมจึงครอบคลุมบุหรี่หรือเลคทρονิกที่เรียกกันว่าบุหรี่ไฟฟ้าด้วย

บุหรี่ยุคใหม่และบุหรี่ไฟฟ้า (อันไม่เผา) มีนัยเชิงพิษภัยต่อผู้สูบแตกต่างกัน ที่สำคัญการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในหลายกรณียังเอื้อการลดเลิกการสูบบุหรี่ยุคใหม่ แต่โดยบริบทด้านเสถียรภาพการสัมผัสสารพิษ และเศรษฐกิจส่วนบุคคล ที่ไม่คำนึงผลประโยชน์ของรัฐและผู้เกี่ยวข้อง สมควรพิจารณากระบวนการปรับเลิกการสูบบุหรี่ทุกชนิดอย่างเด็ดขาดเหมือนการเลิกการสูบบุหรี่

เอกสารประกอบการเรียบเรียง

๑. อรรถ นานา, สุชัย เจริญรัตนกุล, รั้งสวรรค์ ปุษปาคม, สมชัย บวรกิตติ. Philosophy of anti-smoking campaign. *สารคดีวิรัช* ๒๕๓๔; ๔๓: ๕๐๕-๗.
๒. สมชัย บวรกิตติ, อรรถ นานา. Doctor's role in tobacco consumption. *Intern Med* 1991; 7: 98-99.
๓. อรรถ นานา, สมชัย บวรกิตติ. Why it is difficult to quit smoking? *วารสารราชบัณฑิตยสถาน* ๒๕๓๕; ๑๗: ๒๙-๓๐.
๔. สมชัย บวรกิตติ, อรรถ นานา. Environmental tobacco smoke. *วารสารราชบัณฑิตยสถาน* ๒๕๓๖; ๑๘: ๕๖-๖๐.
๕. สมชัย บวรกิตติ. A smoking cessation technique: taking out a painful thorn with another thorn. *จดหมายข่าวราชบัณฑิตยสถาน กันยายน ๒๕๓๗.*

๖. สมชัย บวรกิตติ. Smokers' clinic. *สารศิริราช* ๒๕๓๘;๔๗:๖๘๒-๖.
๗. สมชัย บวรกิตติ. Thai cheroot. *สารศิริราช* ๒๕๔๐;๔๙:๑๐๒๖-๗.
๘. สมชัย บวรกิตติ. Smoking and lung health: Asian perspectives. *Intern Med* 2000; 16:35-42.
๙. สมชัย บวรกิตติ. E-cigarettes ? *วิศวกรรมศาสตร์เวชสาร* ๒๕๖๒;๑๙:๔๔๖.
๑๐. สมชัย บวรกิตติ. Tobacco Harm Reduction. *วิศวกรรมศาสตร์เวชสาร* ๒๕๖๒;๑๙:๕๗๙-๘๒.
๑๑. สมชัย บวรกิตติ. Tobacco harm reduction. *Telemedicine & E health* 2019;1(5): MS.ID.0000522.
๑๒. สมชัย บวรกิตติ. เรื่องของบุหรี่. ใน: สมชัย บวรกิตติ. จดหมายเหตุการประชุมวิชาการมลภาวะอากาศกับผลกระทบต่อสุขภาพ. จัดโดยสำนักวิทยาศาสตร์ ราชบัณฑิตยสถานแห่งประเทศไทย ณ โรงแรมเดอะสุโกศล กรุงเทพมหานคร วันที่ ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ หน้า ๖๘-๖๙.
๑๓. Mendelsohn C. Stop smoking start vaping. The healthy truth about smoking. *Aurora House, Australia 2021; 318 pages.*
๑๔. สมชัย บวรกิตติ. About cigarettes. *วิศวกรรมศาสตร์เวชสาร* ๒๕๖๓;๒๐(๒):๑๙๑.
๑๕. สมชัย บวรกิตติ. Beyond Nicotine Gateway Hypothesis. *วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* ๒๕๖๓;๑๕(๒)๗๔-๗๕.
๑๖. สมศักดิ์ เทียมเก่า, สมชัย บวรกิตติ. Beyond regulation is harm reduction efforts. *วิศวกรรมศาสตร์เวชสาร* ๒๕๖๓;๒๐(๓):๒๕๙.
๑๗. วิภา รัชชัยพิชิตกุล. สูบบุหรี่ทุกชนิดไม่ดีต่อสุขภาพ. *วารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น* ๒๕๖๔;๒(๔):๒๔๐.
๑๘. สมชัย บวรกิตติ. Regulation of E-cigarettes. *KUHJ* 2021(3):275.
๑๙. Polosa R, Morjaria JB, Prosperini U, et al. Health outcomes in COPD smokers using heated tobacco products: a 3-year follow-up. *Intern & Emerg Med* 2021; 16:687-96.
๒๐. ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร, สมชัย บวรกิตติ. Health concern in electronic cigarettes. *AMJAM* 2021;21:5-6.
๒๑. สมชัย บวรกิตติ. Health concern to electronic cigarettes. *AMJAM* 2022;22:75.
๒๒. สมชัย บวรกิตติ. Don't Panic. *KUHJ* 2022;3:323.
๒๓. สมชัย บวรกิตติ, วิภา รัชชัยพิชิตกุล. เรื่องบุหรี่ ใน: วิภา รัชชัยพิชิตกุล และคณะ. *คู่มือปริทรรศน์ โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยวิศวกรรมศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๖๕* หน้า ๔๙๖-๕๐๑.
๒๔. ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร. Smoking Tobacco Reduces the Risk of Parkinson Disease. *AMJAM* 2023;23:7-8.

นานาสาระ

ส่งยาถึงบ้าน

ศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า

อนุสาขาวิชาประสาทวิทยา สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การระบาดของโรคโควิด 19 ในช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศในหลายๆ ส่วน เช่น การเข้าถึงระบบสุขภาพและการรักษาต่อเนื่อง เพราะต้องมีการจำกัดการเดินทาง และลดความแออัดในโรงพยาบาล จึงก่อให้เกิดระบบบริการรูปแบบใหม่ เช่น การตรวจรักษาด้วยระบบแพทย์ทางไกล (telemedicine) และระบบบริการส่งยาถึงบ้าน ส่งยาถึงร้านยา เป็นต้น

ทำไมจึงต้องมีการส่งยาถึงบ้าน

การบริการส่งยาถึงบ้านมีวัตถุประสงค์หลัก คือ การทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถรับการรักษาดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยาถึงแม้ไม่ได้มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ซึ่งมีความเหมาะสมกับการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 เพราะผู้ป่วยอาจมีข้อจำกัดด้านการห้ามการเดินทางข้ามจังหวัด และนโยบายการลดความแออัดในโรงพยาบาล การส่งยาถึงบ้านช่วยแก้ปัญหาการขาดยา หรือขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะเกิดจากนโยบาย lockdown หรือนโยบายลดความแออัด หรือเหตุผลใดๆ ของผู้ป่วยและครอบครัวที่ไม่สามารถพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ได้ แต่ผู้ป่วยก็จะได้รับยารักษาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องได้ ซึ่งการส่งยาถึงบ้านนั้นจะต้องเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพสูง มีความถูกต้องแม่นยำสูงมาก มีข้อผิดพลาดน้อยที่สุด หรือไม่ควรมีเลย เช่น การส่งยาผิดชนิด ผิดคน เป็นต้น ที่สำคัญ คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ดังนั้นผู้ป่วยที่รับยาต่อเนื่องที่บ้านต้องเป็นผู้ป่วยที่อาการดี อาการคงที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา ไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนการรักษา ทุกครั้งที่พบแพทย์ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความเหมาะสมในการรับยาที่บ้าน คือ ผู้ป่วยที่มีอาการดี อาการของโรคไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือทรุดลง การรักษาคงที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของวิธีการรักษาในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

การรับยาที่บ้านอาจมีทั้งระบบที่ต้องตรวจกับแพทย์ด้วยระบบ telemedicine หรือไม่จำเป็นต้องตรวจก็ได้ ขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วย แต่ที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่ง คือ ควรจะมีระบบ

telepharmacy เพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้ผู้ป่วยในการป้องกันการส่งยาผิดคน ผิดชนิด และเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ป่วยในการสอบถามถึงวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องด้วย ซึ่งทางโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ร่วมกับคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร้านยาคุณภาพ เภสัชกรจิตอาสาในจังหวัดขอนแก่นร่วมมือกันพัฒนาระบบ telepharmacy เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ส่งผลให้การส่งยาถึงบ้านของโรงพยาบาลศรีนครินทร์จำนวนมากกว่า 40,000 ครั้งมีความถูกต้อง และมีความผิดพลาดน้อยมาก

จากการสอบถามผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยประมาณ 1,000 คน เพื่อประเมินค่าใช้จ่ายที่ประหยัดลงไปเมื่อใช้ระบบส่งยาถึงบ้าน พบว่าในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์นั้นจะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 1,000 บาทต่อครั้ง ดังนั้นการส่งยาถึงบ้านของโรงพยาบาลที่ผ่านมากกว่า 40,000 ครั้ง ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายไปได้มากกว่า 40,000,000 บาท นอกจากนี้ยังสามารถลดความแออัดลดการใช้บริการในโรงพยาบาลได้ถึง 40,000 visit ซึ่งมีประโยชน์อย่างมาก

ขั้นตอนการให้บริการส่งยาถึงบ้าน

การส่งยาถึงบ้านมีแนวทางไม่ซับซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบได้สะดวก ดังนี้

1. การกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่เหมาะสมในการเข้าร่วมโครงการส่งยาถึงบ้าน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการคงที่มาอย่างน้อย 6 เดือน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในช่วงเวลาดังกล่าว และการรักษาที่ได้รับก็ไม่มีเปลี่ยนแปลงมาอย่างน้อย 6 เดือน
2. ยาที่ใช้รักษาไม่ใช่ยาแชน้เย็นที่อาจเสียคุณภาพในระหว่างการจัดส่ง หรือเป็นยาที่จะสูญเสียคุณภาพในระหว่างการจัดส่งแบบปกติทั่วไปของไปรษณีย์ไทย
3. ผู้ป่วยได้รับการประเมินจากแพทย์ผู้ให้การรักษาแล้วว่าสามารถจัดส่งยาถึงบ้านเพื่อให้บริการรักษาต่อเนื่องได้
4. ผู้ป่วยหรือญาติส่งรายละเอียดของยาที่ต้องการมาที่เจ้าหน้าที่
5. เจ้าหน้าที่จะประสานกับแพทย์ เพื่อพิจารณาสั่งการรักษาและให้ทางเภสัชกรจัดยาให้ตามที่แพทย์ระบุ
6. เจ้าหน้าที่จัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วย
7. ทีมเภสัชกรมีบริการ telepharmacy เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและป้องกันความผิดพลาด

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การให้บริการส่งยาถึงบ้านนั้นเป็นระบบที่เพิ่มการเข้าถึงและเพิ่มความต่อเนื่องให้ผู้ป่วยในการเข้าถึงระบบการรักษา และสามารถลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลาการเดินทางของผู้ป่วยและญาติ ลดภาระของผู้ป่วยและญาติได้เช่นเดียวกัน จึงเป็นกิจกรรมที่ควรสานต่อไป ถึงแม้จะไม่มีภาระระบาดของโรคโควิด 19 แล้ว

นานาสาระ

คนนอนเกินต้องรอด

ศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสนาม (โควิด 19) แห่งที่ 1 หอพักหญิงที่ 26 จังหวัดขอนแก่น
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การระบาดของโควิด 19 ในช่วงที่มีการระบาดสูงสุดของประเทศไทย มีผู้ป่วยจำนวนมากในแต่ละวัน ทุกโรงพยาบาลทั่วทั้งประเทศไทยต้องเปิดหอผู้ป่วยโควิด 19 เพื่อรองรับผู้ป่วยให้เพียงพอทั้งผู้ป่วยหนักและไม่หนัก มีการเปิดโรงพยาบาลสนามจำนวนมาก โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ และปริมณฑล แต่ก็ไม่เพียงพอต่อการรับผู้ป่วยไว้รักษาทั้งในโรงพยาบาลหลัก และโรงพยาบาลสนาม มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งเสียชีวิตที่บ้าน

ขณะที่โรงพยาบาลในต่างจังหวัดยังพอมีเตียงรองรับผู้ป่วยได้อีกนิดหน่อย ถ้าเราสร้างระบบการรับผู้ป่วยจากส่วนกลางกลับมารักษาที่โรงพยาบาลต่างจังหวัด ตามบ้านเกิดหรือที่อยู่ของครอบครัวผู้ป่วยก็น่าจะเป็นสิ่งที่ดี ผมเองในฐานะหมอคนหนึ่งที่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคโควิด 19 จึงได้มีแนวคิดในการพาคนไข้ต่างจังหวัดที่ไปทำงานในกรุงเทพฯ และปริมณฑลเพื่อกลับมารักษาตัวที่ต่างจังหวัด ผมจึงได้ปรึกษาความเป็นไปได้กับเพื่อนที่เป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดถึงความเป็นไปได้ และข้อเสนอแนะต่างๆ ต่อจากนั้นได้เรียนปรึกษากับท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และท่านคณบดีคณะแพทยศาสตร์ เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการโครงการคนขอนแก่นต้องรอดได้ ผมก็ติดต่อไปที่คุณสรยุทธ สุทัศนะจินดา ผู้ดำเนินรายการเรื่องเล่าเช้านี้ โดยผมส่ง direct message ไปที่ facebook ของรายการเรื่องเล่าเช้านี้ หลังจากนั้นได้มีโอกาสพูดคุยกับทีมงานของรายการและเล่าที่มาที่ไปของสิ่งที่ผมจะทำให้ทางทีมงานทราบ

ในวันต่อมาผมก็ได้รับโทรศัพท์จากคุณสรยุทธ สุทัศนะจินดา โทรถึงผมด้วยเบอร์โทรศัพท์ส่วนตัวของคุณสรยุทธ ได้พูดคุยกันนานประมาณ 15 นาที ซึ่งคุณสรยุทธได้มีการสอบถามข้อมูลและลงลึกในรายละเอียดด้วยความเอาใจใส่อย่างยิ่ง เพื่อให้โครงการนี้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ โดยใช้ชื่อโครงการว่า “ Back Home “ ซึ่งผมก็ว่าเห็นด้วยกับชื่อโครงการ หลังจากนั้นทางรายการเรื่องเล่าเช้านี้ ก็ได้สัมภาษณ์ผมแบบออนไลน์ ซึ่งผมก็ได้เล่าให้ทางรายการทราบถึงวัตถุประสงค์และวิธีการดังนี้

1. วัตถุประสงค์ของโครงการนี้ เพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสให้คนต่างจังหวัดที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 สามารถเดินทางกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อเป็นการสร้างขวัญกำลังใจที่ดีให้กับผู้ป่วย ลดความแออัดของผู้ป่วยในส่วนกลาง และเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยในส่วนกลางสามารถเข้าถึงการรักษาได้มากขึ้น

2. วิธีการนำคนไข้ต่างจังหวัดที่ทำงานในกรุงเทพและปริมณฑลกลับมารักษาตามภูมิลำเนาก็ไม่ง่าย เพราะต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย และต้องไม่มีการแพร่กระจายเชื้อโรคระหว่างการเดินทาง

3. การหาเตียงของโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อรองรับผู้ป่วยดังกล่าว ซึ่งต้องมีการประสานงานอย่างดีของทีมแพทย์ โรงพยาบาล และทีมส่งต่อ

4. งบประมาณที่ต้องใช้ในการนำผู้ป่วยจากกรุงเทพและปริมณฑลกลับมาต่างจังหวัด ซึ่งทางคุณสรยุทธ ก็มีงบประมาณส่วนหนึ่งและมีพันธมิตรที่ร่วมด้วยช่วยกัน ส่วนจังหวัดขอนแก่นนั้นโชคดีมาก มีผู้ใหญ่ใจดีสนับสนุนงบประมาณมา 2 ล้านบาทเพื่อนำมาใช้ในโครงการขอนแก่นต้องรอด

5. การนำผู้ป่วยเดินทางข้ามหลายจังหวัด ต้องมีปัญหาการเข้าห้องน้ำ การทานอาหาร การดื่ม น้ำ เราจึงได้วางแผนใช้รถพยาบาลเพราะมีอุปกรณ์ทางการแพทย์พร้อมให้การรักษาผู้ป่วย คนขับรถต้องได้รับวัคซีนโควิด 19 แล้ว มีการกั้นบริเวณที่นั่งของคนขับรถกับผู้ป่วย เพื่อลดโอกาสการแพร่เชื้อไปยังคนขับการเดินทางเราจะเริ่มเดินทางช่วงค่ำๆ จากกรุงเทพ เพื่อให้ระหว่างการเดินทางถ้ามีการเข้าห้องน้ำ ก็จะใช้สถานี่บริการน้ำร้อนที่มีคนเข้าใช้น้อยๆ และมีการทำความสะอาดห้องน้ำให้เรียบร้อยหลังใช้ห้องน้ำ ในรถมีอาหารค่ำ และอาหารว่างพร้อมน้ำดื่ม การเดินทางก็จะมาถึงขอนแก่นช่วงเวลาสว่างตอนเช้ามืด เพื่อประสานการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

6. การจัดหาโรงพยาบาลเพื่อรับผู้ป่วยเข้ารักษา โดยการประชุมร่วมกับทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น เพื่อกำหนดแนวทางการรับผู้ป่วยไว้รักษา โดยประเมินอาการและภูมิลำเนาในการรับผู้ป่วยไว้รักษา การจัดหาเตียงรองรับการรักษานั้นจะจัดหาตั้งแต่ก่อนรับผู้ป่วยขึ้นรถเดินทางออกจากกรุงเทพ

7. การจัดตั้งศูนย์ประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วยแจ้งความต้องการมาที่ใกล้มารักษาตัวที่โรงพยาบาลในจังหวัดขอนแก่น โดยจัดตั้งศูนย์ประสานงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นและงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เพื่อร่วมมือกันในการประสานงานแทนผู้ป่วยในการจัดหาโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยเข้าไว้รักษา และประสานการเดินทางกลับ โดยรถจะออกเดินทางไปรับผู้ป่วยตามสถานที่ต่างๆ ในกรุงเทพและปริมณฑล แต่บางครั้งก็ไกลไปถึงจังหวัดระยองก็มี ซึ่งทีมงานก็ร่วมมือกับคนขับรถพยาบาลอย่างดี

8. คนขับรถสวมใส่ชุด PPE และหน้ากากพร้อม face shield ตลอดเวลา เมื่อเดินทางถึงจุดหมายปลายทาง ทางโรงพยาบาลจัดหาอาหารเข้า กาแฟ และสถานที่อาบน้ำ พักผ่อนก่อนเดินทางกลับกรุงเทพ

โครงการคนขอนแก่นต้องรอดรับผู้ป่วยจากส่วนกลางกลับมารักษาที่จังหวัดขอนแก่นทั้งหมด 1277 คน ผมและทีมงานต้องขอขอบพระคุณทุกๆ ท่านที่เกี่ยวข้องกับโครงการนี้ ท่านผู้ใหญ่ใจดีสนับสนุนงบประมาณ 2 ล้านบาท ทีมศูนย์ประสานงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น งานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ทีมผู้ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยทุกโรงพยาบาล พนักงานขับรถที่สุดยอดมากใส่ชุด PPE ขับรถรับส่งผู้ป่วยกรุงเทพ ขอนแก่น และบริษัท digiX ที่ช่วยออกแบบระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโควิดของจังหวัดขอนแก่น

นานาสาระ

ลดความแออัดในโรงพยาบาล

ศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า

อนุสาขาประสาทวิทยา สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ป่วยจำนวนมากเข้ารับการรักษาทั้งแบบผู้ป่วยใน (in-patient) และผู้ป่วยนอก (out-patient) เป็นปัญหาเรื้อรังมาตลอด ถึงแม้จะมีการขยายการให้บริการที่เพิ่มมากขึ้นทั้งที่โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายการให้บริการ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ปัญหาความแออัดนั้นเป็นปัญหาที่ต้องหาทางออกให้ได้ ซึ่งผมมองว่าการปรับระบบบริการของโรงพยาบาลช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 น่าจะนำมาพัฒนารูปแบบการให้บริการในปัจจุบันเพื่อลดความแออัดลงได้ โดยผมขอเล่าแนวทางการจัดการเพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในคลินิกระบบประสาท โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จากประสบการณ์ตรงของผม ดังนี้

1. แบ่งผู้ป่วยนอกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1.1 กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม และตลอดระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาเลย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประมาณ 1 ใน 3

1.2 กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย มีการปรับเปลี่ยนการรักษาเพียงเล็กน้อย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประมาณ 1 ใน 3

1.3 กลุ่มผู้ป่วยที่อาการไม่คงที่ มีภาวะแทรกซ้อน จำเป็นต้องปรับการรักษาทุกครั้ง ที่มารับการรักษา ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประมาณ 1 ใน 3 เช่นเดียวกัน

โดยผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 และ 2 นั้น ไม่มีความจำเป็นต้องนัดผู้ป่วยมาตรวจทุกครั้ง โดยใช้การส่งยาต่อเนื่อง (refilled) ให้ผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 6-12 เดือนจึงมาพบแพทย์ ส่วนกลุ่มที่ 3 นั้นต้องมาพบแพทย์ทุกครั้ง จำนวนคนไข้ที่ต้องมาพบแพทย์ก็จะลดลงไปประมาณ 1 ใน 3 ถึง 1 ใน 2 ได้ ซึ่งคนไข้ในคลินิกของผมจากแต่เดิมมีประมาณ 50-60 คน ก็ลดลงมาเหลือประมาณ 30-40 คน ผู้ป่วยที่ส่งยาแบบต่อเนื่อง ก็ใช้ระบบการส่งยาถึงบ้านของโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยมีข้อสงสัยในอาการที่อาจผิดปกติ หรือเกิดอาการผิดปกติที่ไม่เคยเป็นมาก่อน มีข้อสงสัยใดๆ ก็สามารถติดต่อมาที่คลินิกด้วย line application ที่ทางคลินิกให้ผู้ป่วย add line ไว้ทุกคน หรือสามารถโทรศัพท์มา หรือวีดีคอลก็ได้

2. การจัดการให้ผู้ป่วย ประชาชนทั่วไป และทีมสุขภาพสามารถติดต่อปรึกษาได้ตลอดเวลาผ่านทาง line application ตลอดเวลา หรือจะติดต่อมาในช่วงเวลาที่ผมออกตรวจผู้ป่วยในคลินิก โดยผมออกตรวจช่วงเวลา 8.30 - 12.00 ของวันจันทร์ อังคาร พุธ ผมจะใช้เวลาในการตรวจผู้ป่วย

ประมาณ 30-40 คนในเวลาประมาณ 3 ชั่วโมง คือ 8.30-11.30 น. และช่วงเวลา 11.30- 12.00 น. เป็นการตรวจผู้ป่วย และการให้คำปรึกษาต่อประชาชนทั่วไป และที่มสุขภาพผ่านวิดีโอคอล

3. การจัดตั้งหน่วยส่งยาถึงบ้าน เพื่อบริการผู้ป่วยที่มีการสั่งยาแบบ refilled ไว้ หรือผู้ป่วยที่ไม่สะดวกในการมาติดตามการรักษา เพราะมีภาระกิจด่วน หรือไม่มีผู้พามาตรวจ ก็สามารถแจ้งความประสงค์ในการต้องการยาเก่าที่ใช้รักษาเป็นประจำ โดยแจ้งรายการยาเก่าที่ต้องการ หรือแจ้งว่าต้องการยาของแพทย์ท่านใดที่รับการรักษา โดยหน่วยส่งยาถึงบ้านก็จะประสานกับแพทย์ เพื่อให้การสั่งยา และรับยามาจัดส่งให้ผู้ป่วยตามที่ต้องการ โดยการจัดส่งยาทางไปรษณีย์และเก็บค่าจัดส่งปลายทางกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยรับยาแล้วถ้าเกิดข้อสงสัยก็สามารถติดต่อสอบถามที่งานเภสัชกรรมได้ การแจ้งความต้องการส่งยาถึงบ้านสามารถแจ้งความต้องการมาที่ line ของหน่วยงาน line ของห้องตรวจแผนกต่างๆ line ส่วนตัวของผมเอง หรือ line official หมอสมศักดิ์ ผมก็จะส่งข้อมูลต่อไปยังหน่วยส่งยาถึงบ้าน

4. การจัดระบบการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) สำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ หรือต่างโรงพยาบาลสามารถโทรศัพท์ email, line มาแจ้งเจ้าหน้าที่ตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองได้โดยตรง และนัดหมายเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก โดยไม่จำเป็นต้องมาตรวจกับแพทย์ระบบประสาทก่อนการตรวจ เพราะผู้ป่วยผ่านการตรวจรักษากับแพทย์ท่านแรกแล้ว ไม่มีความจำเป็นต้องตรวจซ้ำ ซึ่งจะลดจำนวนครั้งการพบแพทย์ และเวลารอคอย ตลอดจนเลือกช่วงเวลา que ผู้ป่วยสะดวก

5. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยของโรงพยาบาลอื่นๆ หรือประชาชนทั่วไป ที่มิผู้ให้การรักษาสามารถติดต่อมาที่ผมได้โดยตรงผ่านทาง line (somsakdoctor), facebook (somsak tiamkao) และโทรศัพท์หมายเลข 081 050 4626 ซึ่งเป็นหมายเลขโทรศัพท์ส่วนตัวของผมเอง ซึ่งการทำแบบนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และสบายใจว่าสามารถติดต่อแพทย์ผู้ให้การรักษาได้โดยตรงตลอดเวลา ส่งผลให้สามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องมาพบแพทย์ทุกครั้งลงได้มาก ย้ำว่าการทำแบบนี้สามารถลดภาระงานได้ไม่ได้เพิ่มงานเลย ในแต่ละวันจะมีผู้ป่วยติดต่อมาทางช่องทางนี้ประมาณ 2-5 ครั้ง ซึ่งไม่ได้เป็นการเพิ่มภาระต่อผมเลย

6. สำหรับผู้ป่วยในนั้น ทางสาขาวิชาประสาทวิทยา สาขาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ก็มีระบบให้แพทย์ ที่มิผู้ให้การรักษาผู้ป่วยสามารถติดต่อมาได้โดยตรงที่แพทย์ประจำบ้าน อาจารย์แพทย์ เพื่อให้คำปรึกษาในการรักษา หรือต้องการการส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์

7. การเผยแพร่ความรู้ผ่าน facebook ส่วนตัวของผม FB: somsak tiamkao โดยการเผยแพร่บทความทางวิชาการเกี่ยวกับโรคระบบประสาทอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการสร้างองค์ความรู้ให้ผู้ป่วย ประชาชนทั่วไป ก็เปรียบเสมือนการทำ primary prevention ในโรคระบบประสาท สามารถลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่าที่จะมาพบแพทย์ก่อนนัดได้

ด้วยวิธีทั้ง 7 วิธีที่ผมเล่ามานั้น ทำให้ผู้ป่วยนอกในคลินิกโรคลมชัก คลินิกระบบประสาทมีจำนวนที่เหมาะสมกับช่วงเวลาให้บริการ และลดความแออัดของผู้ป่วย สร้างความสะดวก ลดค่าใช้จ่ายในการพบแพทย์ของผู้ป่วย และยังเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยได้ด้วย เนื่องจากสามารถติดต่อพูดคุยกับผมได้โดยตรง

นานาสาระ

ระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

ศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า¹, ผศ.พญ.ศิริพร เทียมเก่า²

¹อนุสาขาวิชาประสาทวิทยา สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²สาขาวิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เมื่อพูดถึง การบริการการแพทย์ทางไกล หรือ tele-medicine หมายถึง การให้บริการ การแพทย์และสาธารณสุข ของสถานพยาบาลแก่ผู้ขอรับบริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยระบบ บริการการแพทย์ทางไกล เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปรึกษา การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ ร่างกาย และเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์และการ สาธารณสุข ส่วนระบบบริการการแพทย์ทางไกล หมายความว่า ระบบงานที่มีการนำดิจิทัลมาใช้ ในการให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่อยู่ต่างสถานที่ด้วยวิธีการส่งสัญญาณข้อมูล ภาพ และเสียง หรือวิธีการอื่นใด

ปัจจุบันการแพทย์ของประเทศไทยส่งเสริมให้แต่ละสถานพยาบาลมีระบบบริการ การแพทย์ทางไกล เพื่อให้บริการผู้ป่วยให้มีความสะดวก และเข้าถึงระบบบริการได้ง่าย สะดวกขึ้น ตลอดจนลดความแออัดในสถานพยาบาล อย่างไรก็ตามด้านสถานพยาบาลต่างๆ อาจยังไม่เปิด ระบบบริการการแพทย์ทางไกล เพราะยังไม่พร้อมในด้านอุปกรณ์ และผู้ให้บริการ ตลอดจนผู้ป่วย ก็ยังไม่พร้อม ทำให้ยังมีการบริการการแพทย์ทางไกลไม่มากนัก ประสพการณ์ส่วนตัวผมนั้นเริ่ม ใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลตั้งแต่ช่วงมีการระบาดของโรคโควิด 19 และใช้ต่อเนื่องมาถึง ปัจจุบัน

ระบบบริการการแพทย์ทางไกลที่ผมให้บริการเป็นประจำนั้นเพื่อ เพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนทั่วไป การบริการการแพทย์ทางไกลที่ผมให้ บริการนั้นประกอบด้วย

1. การบริการตรวจรักษาผู้ป่วย
2. การให้คำปรึกษาต่อญาติผู้ป่วย
3. การให้คำปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพต่อประชาชนทั่วไป
4. การให้คำปรึกษาการรักษาผู้ป่วยต่อทีมสุขภาพ
5. การจัดส่งยาถึงบ้าน ส่งยาถึงร้านยา

1. **การบริการตรวจรักษาผู้ป่วย** การตรวจผู้ป่วยนอกทั้งคลินิกโรคลมชัก และคลินิกระบบประสาท โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1. ผู้ป่วยที่อาการคงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่มีการปรับเปลี่ยนยาประมาณ 6 เดือน 2. ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีการปรับเปลี่ยนการรักษาในช่วงเวลา 6 เดือนน้อยมาก และ 3. ผู้ป่วยที่อาการยังไม่คงที่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการ ต้องมีการปรับยา ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 และ 2 ที่แนะนำผู้ป่วยให้ทำการรักษาด้วยระบบบริการการแพทย์ทางไกล

ระบบบริการการแพทย์ทางไกลในคลินิกใช้เทคโนโลยีที่ทุกคนคุ้นเคย ใช้กันเป็นประจำ คือ Line application โดยคนไข้ที่รักษาในคลินิกจะมีระบบให้ add line ของคลินิกไว้ทุกคน มีหมายเลขโทรศัพท์ไว้ติดต่อร่วมด้วย ดังนั้นถ้าผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 และ 2 ต้องการตรวจด้วยระบบแพทย์ทางไกลก็สามารถนัดหมายเวลากับเจ้าหน้าที่ได้ โดยปกติผมจะตรวจ OPD เริ่มเวลาประมาณ 8.30 น. และจะตรวจเสร็จประมาณ 11.30 น. หลังจากนั้นก็เป็นกรตรวจผู้ป่วยที่นัดหมายว่าจะตรวจผ่านระบบแพทย์ทางไกล เมื่อตรวจเสร็จผมก็ลงข้อมูลระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (Health Object: HO) และส่งข้อมูลด้านยาที่ใช้รักษาของผู้ป่วยให้ทีมส่งยาถึงบ้านดำเนินการต่อ

2. **การให้คำปรึกษาต่อญาติผู้ป่วย** ผู้ป่วยบางคนไม่สะดวกในการพบแพทย์ จึงให้ญาติเป็นคนพบแพทย์ โดยการขอคำปรึกษาผ่านระบบแพทย์ทางไกล ซึ่งผมก็ใช้ระบบเดียวกับผู้ป่วยทุกอย่าง ซึ่งการให้คำปรึกษากับญาติจะได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีปัญหาการสื่อสาร เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยพิการ ผู้ป่วยมีปัญหาด้านระดับสติปัญญา

3. **การให้คำปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพต่อประชาชนทั่วไป** ทางคลินิกได้มีการเผยแพร่ line official ให้ประชาชนได้ add line และสามารถเข้ามาสอบถามปัญหาสุขภาพ ซึ่งผมก็จะตอบทันทีที่มีเวลว่าง ก็มักเป็นช่วงเวลากลางวันหลังทานอาหารกลางวัน และถ้าเป็นคำถามทั่วไปที่เป็นปัญหาของผู้อื่นร่วมด้วย ก็จะนำมาเผยแพร่ทาง face book ต่อภายหลัง

4. **การให้คำปรึกษาการรักษาผู้ป่วยต่อทีมสุขภาพ** โดยใช้ระบบเดียวกับที่ให้บริการผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป แต่มีการนัดหมายเวลา หรือติดต่อเข้ามาโดยไม่ได้นัดหมาย ผมก็พร้อมในการให้คำปรึกษาทันที เพราะต้องนำไปรักษาผู้ป่วยทันที การให้คำปรึกษานี้สามารถลดการส่งต่อผู้ป่วยได้ด้วย

5. **การจัดส่งยาถึงบ้าน ส่งยาถึงร้านยา** ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 และ 2 ในคลินิกโรคลมชักและคลินิกระบบประสาทจะส่งยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนถึง 1 ปี จึงมาพบแพทย์ แต่ระหว่างนั้นถ้ามีปัญหาสุขภาพต้องการติดต่อมาตรวจก่อนนั้นก็ยังสามารถประสานมาได้ หรือต้องการตรวจด้วยระบบแพทย์ทางไกลก็สามารถทำได้เช่นเดียวกัน

นานาสาระ

การลดความแออัดในโรงพยาบาล

ศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า

อนุสาขาประสาทวิทยา สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลของรัฐนั้นเป็นปัญหาที่พบมายาวนาน และขนาดของปัญหามีแต่จะเพิ่มมากขึ้น ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น สาเหตุที่ทำให้ความแออัดมีมากขึ้นอาจเกิดจาก

1. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงระบบการรักษามีจำนวนมากขึ้น เพราะสิทธิ์บัตรทอง ข้าราชการ และประกันสังคมครอบคลุมจำนวนของประชากรไทยเกือบครบ 100%
2. ผู้ป่วยสามารถเดินทางเพื่อมารักษาที่โรงพยาบาลได้ง่ายมากขึ้น เมื่อเทียบกับในอดีตที่ผ่านมา
3. โรคต่างๆ มีขั้นตอนในการวินิจฉัยที่ละเอียดมากขึ้น จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีในการตรวจวินิจฉัยมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเดินทางเข้ามารักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพสูง
4. ผู้ป่วยและประชาชนมีความมั่นใจและเชื่อว่าการเข้ามารักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่จะมีประสิทธิภาพสูงกว่าการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน
5. ระบบการส่งต่อที่มีมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาของโรงพยาบาลขนาดใหญ่มากยิ่งขึ้น
6. โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีระบบการรักษาที่ดี และมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการเข้ามารักษา

ผมขออนุญาตเสนอแนวความคิดการลดความแออัดของโรงพยาบาลโดยเล่าประสบการณ์ตรงของตนเองให้ท่านผู้สนใจ ดังนี้

1. จัดระบบการตรวจตรงเวลานัด มีการกำหนดว่าผู้ป่วยแต่ละคนจะได้พบแพทย์เวลาไหน เช่น ทุก 5 นาที ทุก 10 นาที ตัวอย่างคิวแรกเวลา 9.00 น. คิวที่ 2 เวลา 9.10 น. คิวที่ 3 เวลา 9.20 น. ผู้ป่วยที่ไม่มีการตรวจเลือดหรือเอกซเรย์ให้มาถึงห้องตรวจก่อนเวลานัดหมายประมาณ 15-20 นาที กรณีมีการตรวจเลือดหรือเอกซเรย์ให้มาถึงห้องตรวจก่อนเวลานัดหมายประมาณ 2 ชั่วโมง เป็นต้น ซึ่งระบบนี้แพทย์ต้องลงตรวจผู้ป่วยตรงเวลา ก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องแออัด เพราะไม่ต้องมารอก่อนเวลา นอกจากลดความแออัดแล้วยังช่วยทำให้มีที่จอดรถเพิ่มเติมได้อีก เพราะทุกคนไม่ได้มาจอดรถตั้งแต่เช้า ซึ่งระบบนัดเป็นเวลานี้ก็เหมือนกับการเข้ารับบริการอื่นๆ ของทุกหน่วยงานที่มีการจองเวลาเข้าใช้บริการ

2. ให้บริการตรวจระบบแพทย์ทางไกล (telemedicine) ซึ่งปัจจุบันมีการให้บริการอย่างแพร่หลาย ทำให้ลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดการเดินทาง ประหยัดเวลาผู้ป่วย ประหยัดเวลาผู้ร่วมเดินทางมาพบแพทย์ ไม่ต้องเสี่ยงอุบัติเหตุ อาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมแต่อย่างไรก็ประหยัดเวลา ประหยัดค่าใช้จ่ายกว่าการเดินทางมาพบแพทย์เองที่โรงพยาบาล

3. ระบบการส่งยาถึงบ้านหรือส่งยาถึงร้านยา กรณีผู้ป่วยกลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรังจำเป็นต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อทั้งหมด ถ้าผู้ป่วยมีอาการคงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม ไม่มีการปรับเปลี่ยนการรักษามานานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปก็มีความเหมาะสมกับการรักษาแบบนี้ โดยอาจนัดหมายมาตรวจเพียงปีละครั้ง หรือจะใช้การตรวจแพทย์ทางไกล

4. การให้บริการ call centre หรือศูนย์ติดต่อสอบถามของโรงพยาบาล เพื่อเป็นจุดประสานงานในทุกด้านระหว่างผู้ป่วย ผู้สนใจ และโรงพยาบาล

5. การให้บริการทาง line official โดยให้ทุกห้องตรวจ และทุกจุดบริการมี line official เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้สนใจใช้บริการของโรงพยาบาลสามารถติดต่อกับเจ้าหน้าที่แต่ละห้องตรวจ และหน่วยบริการต่างๆ

6. การจัดทำระบบปรึกษาปัญหาสุขภาพของโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วย ผู้สนใจสามารถเข้ามาสอบถามได้ เช่น line official ตอบปัญหาสุขภาพของโรงพยาบาล

7. การจัดระบบบริการที่สามารถให้ผู้ป่วยทำได้ก่อนมาถึงโรงพยาบาล เช่น การเปิดบัตรแบบออนไลน์ (เปิด visit online) การตรวจเลือด เอกซเรย์ก่อนวันนัด เช่น ทำในวันหยุด หรือนอกเวลาราชการ

การพัฒนากระบวนบริการดังกล่าวข้างต้นสามารถลดความแออัดได้อย่างแน่นอน ต้องทำดูครับแล้วจะเห็นผลทันที ที่สำคัญการพัฒนากระบวนดังกล่าวไม่ต้องใช้งบประมาณเลย เพียงปรับเปลี่ยนวิธีคิด และรูปแบบการทำงานครับ

การระบาดของโรคโควิด 19 : โอกาสในวิกฤติ

ศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า

อนุสาขาประสาทวิทยา สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การระบาดของโรคโควิด 19 ในช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ส่งผลกระทบต่อทุกคนทุกระบบ ไม่ว่าจะเป็นระบบสาธารณสุข ระบบเศรษฐกิจของโลก ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ มากมาย โดยส่วนตัวผมเป็นอายุรแพทย์ระบบประสาท (neurologist) ทำงานเป็นอาจารย์แพทย์ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ก็ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 เช่นเดียวกัน ทำให้ผมได้มีโอกาสทำสิ่งใหม่ๆ ที่ไม่เคยมีโอกาสแบบนี้มาก่อน ได้แก่

1. จัดตั้งโรงพยาบาลสนามหอพักหญิงที่ 26 มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลสนามแห่งแรกของจังหวัดขอนแก่น และแห่งแรกๆ ของต่างจังหวัด รองรับผู้ป่วยโควิด 19 ที่อาการไม่รุนแรง ไม่มีภาวะปอดอักเสบ โรงพยาบาลสนามแห่งนี้เกิดขึ้นและสามารถให้การบริการผู้ป่วยโควิด 19 ได้ภายในระยะเวลาเตรียมการเพียง 24 ชั่วโมง โดยได้รับการสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยขอนแก่นในการอนุญาตให้ใช้หอพักหญิงที่ 26 เป็นหอพักที่เพิ่งแล้วเสร็จในการปรับปรุงใหม่จึงมีความพร้อมในด้านสถานที่ ซึ่งหอพักนั้นมีความพร้อมอย่างดี ในแต่ละห้องพักได้ 3 คน มีทั้งหมด 84 ห้องพัก มีเตียงนอน อุปกรณ์ของหอพักพร้อมเข้าใช้ทันที ส่วนห้องน้ำเป็นห้องน้ำรวมประมาณ 30 ห้องต่อ 28 ห้องพัก มีห้องทำงานของทีมแพทย์ พยาบาล ทีมสนับสนุนอยู่ในชั้นที่ 1 แยกออกจากที่พักของผู้ป่วยซึ่งอยู่ในชั้นที่ 2-4 จึงทำให้มีพื้นที่เป็นสัดส่วนอย่างชัดเจน

ทีมผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายตั้งแต่ฝ่ายสถานที่หอพัก ฝ่ายไอที ฝ่ายแม่บ้าน ฝ่ายโภชนาการ ฝ่ายความปลอดภัย ฝ่ายประชาสัมพันธ์ ฝ่ายจัดเก็บขยะ ฝ่ายรับบริจาค และอื่นๆ ซึ่งได้รับการสนับสนุนทั้งจากภาครัฐ และเอกชน ตลอดจนประชาชนในจังหวัดขอนแก่น และใกล้เคียง ผมมีความประทับใจในความร่วมแรง ร่วมใจและการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน ผมขอเล่าเพียงบางส่วน เช่น ในวันแรกของการเปิดโรงพยาบาลสนามในแต่ละห้องไม่มีพัดลม และช่วงเดือนเมษายนอากาศร้อนมาก ผม post ใน facebook ว่าต้องการรับบริจาคพัดลม พบว่าภายในเวลา 1 ชั่วโมง มีผู้ใหญ่ใจดีส่งพัดลมตั้งโต๊ะมาให้มากกว่า 300 ตัว

ต่อมาทางโรงพยาบาลสนามต้องการเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้วซึ่งไม่สามารถหาซื้อได้ทันที เนื่องจากของขาดตลาด ก็มีผู้สนับสนุนส่งของมาให้ใช้จำนวนมาก ตลอดจนอุปกรณ์สื่อสาร

เช่น โทรศัพท์ smart phone เพื่อให้เป็นอุปกรณ์ในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมแพทย์พยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มี smart phone ก็มีบริษัทจำหน่ายโทรศัพท์ทุกเครือข่ายส่งมาสนับสนุนอย่างเต็มที่ มีรถของเครือข่ายหนึ่งมาตั้งจุดส่งสัญญาณโทรศัพท์และ internet ฟรีด้วย ของใช้ต่างๆ เช่น สบู่ ผ้าขนหนู แอลกอฮอล์ ผ้าอนามัย น้ำดื่ม ขนม อาหารว่าง อาหารแช่แข็ง บะหมี่สำเร็จรูป อาหารสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสนาม ส่งผลให้การบริการโรงพยาบาลสนามเป็นไปด้วยดี สามารถให้การบริการผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ผู้ป่วยพึงพอใจในการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนามแห่งนี้อย่างยิ่ง

2. การรับบริจาคหน้ากากผ้า และอุปกรณ์ในการตัดเย็บหน้ากากผ้า จากการระบาดของโรคโควิด 19 ในช่วงแรกนั้น ทำให้ประชาชนทั่วไปมีความต้องการใช้หน้ากากอนามัยอย่างมาก จนทางโรงพยาบาลไม่สามารถจัดหาหน้ากากอนามัยมาใช้ได้ทัน เพราะโรงงานต่างๆ ก็ไม่มีวัตถุดิบในการจัดทำหน้ากากอนามัยให้เพียงพอต่อความต้องการ จึงเกิดแนวคิดในการใช้หน้ากากผ้าเพื่อมาทดแทนการขาดแคลนหน้ากากอนามัย ผมได้ post facebook เพื่อรับบริจาคผ้าอ้อมเด็กเก่าที่ไม่ใช้แล้ว เพราะเป็นผ้าสาหลูที่สามารถนำมาตัดเย็บเป็นหน้ากากผ้า เพื่อใช้แทนหน้ากากอนามัยได้

เมื่อผม post facebook ไปได้ไม่นานก็มีการแชร์ post ของผมไปเป็นจำนวนมาก และมีคนจำนวนมากที่ส่งผ้าอ้อมเด็กทั้งเก่าและใหม่มาให้โรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก ตลอดจนหน้ากากอนามัย หน้ากากผ้าที่เย็บเสร็จเรียบร้อย และผ้าที่เป็นวัสดุที่สำคัญสุดมาเป็นจำนวนมาก พร้อมด้ายเย็บผ้า ยางยืด และสิ่งของต่างๆ อีกจำนวนมาก โดยทางโรงพยาบาลต้องจัดตั้งหน่วยตัดเย็บหน้ากากผ้าขึ้นมา และเปิดรับสมัครจิตอาสาเย็บหน้ากากผ้า คนจำนวนหนึ่งได้ส่งข้อความมาให้กำลังใจจำนวนมาก ผมอ่านแล้วน้ำตาไหลออกมาเองเลยครับ ซาบซึ้งในน้ำใจคนไทยทั่วประเทศ บางท่านส่งผ้าอ้อมที่กำลังใช้ของลูกมาให้ส่วนหนึ่ง เพราะต้องการร่วมบริจาคถึงแม้จะไม่มีทุนทรัพย์ หรือมีของเก่ามากมาย อยากร่วมสนับสนุนทีมแพทย์ จึงแบ่งผ้าอ้อมลูกที่กำลังใช้มาให้ ผมยิ่งรู้สึกขอบคุณและสวดจะซาบซึ้งในน้ำใจของแม่ลูกอ่อนท่านนี้ ผ้าต่างๆ ที่ส่งมานั้นทางโรงพยาบาลได้ตัดเย็บหน้ากากผ้าจำนวนมาก ช่วยแก้ปัญหาหน้ากากไม่เพียงพอได้อย่างดี และยังสามารถนำไปบริจาคให้หน่วยงานอื่นๆ ได้อีก

3. การรับบริจาคสิ่งของต่างๆ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน เช่น face-shield แอลกอฮอล์เจล ถุงมือ สบู่ล้างมือ ผ้าห่ม ผ้าเช็ดตัว บะหมี่สำเร็จรูป น้ำดื่ม เครื่องตรวจวัดออกซิเจนปลายนิ้ว น้ำยาทำความสะอาดพื้น ตลอดจนอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ เช่น เครื่องมือในการฆ่าเชื้อโรค เครื่องอบไอโซน ตู้ตรวจ swab แบบความดันบวก เครื่องช่วยหายใจความดันสูง ซึ่งสิ่งของทั้งหมดที่ได้รับการบริจาคมานั้นได้มีการนำมาใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 เป็นอย่างดี

4. การได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี พระราชทานเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และสร้างห้องตรวจ swab มาตรฐานซึ่งมีความปลอดภัยต่อผู้รับและผู้ให้บริการ (modular unit)

5. โครงการคนขอนแก่นปลอดภัย หรือ back home โดยในช่วงการระบาดหนักของโรคโควิด 19 ส่งผลให้โรงพยาบาลในกรุงเทพและปริมณฑลไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้รักษาได้เพียงพอ มีผู้ป่วยรอเข้ารับการรักษาและเสียชีวิตจำนวนมาก ผมได้ประสานไปยังคุณสรยุทธ สุทัศนะจินดา ผู้ดำเนินรายการเรื่องเล่าเช้านี้ ทางสถานีโทรทัศน์ ช่อง 3 ซึ่งโครงการนี้ได้ขยายไปทั่วประเทศไทย โดยได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนผู้เกี่ยวข้อง ในส่วนของจังหวัดขอนแก่นได้รับการสนับสนุนจากผู้ใจบุญบริจาคเงินมา 2 ล้านบาท สามารถรับผู้ป่วยโควิด 19 จากส่วนกลางกลับมารักษาที่โรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดขอนแก่นประมาณ 1277 คน

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งทั้งจังหวัดขอนแก่นเกือบทั้งหมดหายดี และมีความพอใจอย่างมากที่ได้กลับมารักษาที่โรงพยาบาลบ้านเกิดของตนเอง โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น และทีมแพทย์ พยาบาล ผู้เกี่ยวข้องในทุกโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดขอนแก่น และงานสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลศรีนครินทร์

6. โครงการส่งยาถึงบ้านและระบบบริการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ซึ่งได้มีการพัฒนาระบบบริการส่งยาถึงบ้าน และได้ให้บริการตั้งแต่ช่วงการระบาดโควิด 19 จนถึงปัจจุบันส่งยาให้ผู้ป่วยมากกว่า 40,000 ครั้ง ประหยัดค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วยไปมากกว่า 40,000,000 บาท (เฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาตรวจและรับยาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ประมาณ 1,000 บาทต่อครั้ง) ทำให้ระบบการส่งยาถึงบ้าน และการตรวจแบบ telemedicine นั้นมีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพดี

7. การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 วัคซีนโรคโควิด 19 และการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ห่างไกลจากโรคโควิด 19 ประชาชนมีการตื่นตัวในการดูแลสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้น

จาก 7 เรื่องราวที่ผมได้สรุปให้ท่านผู้อ่านทุกท่านได้ทราบว่าในช่วงวิกฤติการระบาดของโรคโควิด 19 นั้น ก็ยังมีโอกาสที่ดีในการทำกิจกรรมอันเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโควิด 19 นอกเหนือจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้หายเจ็บป่วย และยังเป็นการแสดงออกถึงความมีน้ำใจ ความห่วงใยของคนในสังคมไทย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการก้าวสู่ระบบสาธารณสุขของไทยให้ผ่านพ้นช่วงวิกฤติไปได้ ผมต้องขอขอบคุณทุกๆท่านที่ร่วมแรง ร่วมใจกันฝ่าฟันวิกฤติโควิด 19 ครั้งนี้ไปได้ และร่วมแรงร่วมใจช่วยกันแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น

Clinical Tracer

การบริการผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์

ศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีนครินทร์แผนกผู้ป่วยนอก หรือ OPD แต่ละวันมีประมาณ 3,700-4,000 คน ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยเก่า ผู้ป่วยใหม่ ผู้ป่วยนัด ผู้ป่วย walk in และผู้ป่วยส่งตัวมาจากโรงพยาบาลต่างๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การเข้าถึงระบบบริการให้ได้อย่างดีเป็นสิ่งที่ทางแผนกผู้ป่วยนอกต้องออกแบบระบบเป็นอย่างดี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่เหมาะสมที่สุด มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ที่สำคัญ คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้น แผนกผู้ป่วยนอกจึงได้ออกแบบระบบบริการในรูปแบบ

CARE model ประกอบด้วย

4 C คือ care plan, communication, continuity of care และ complication

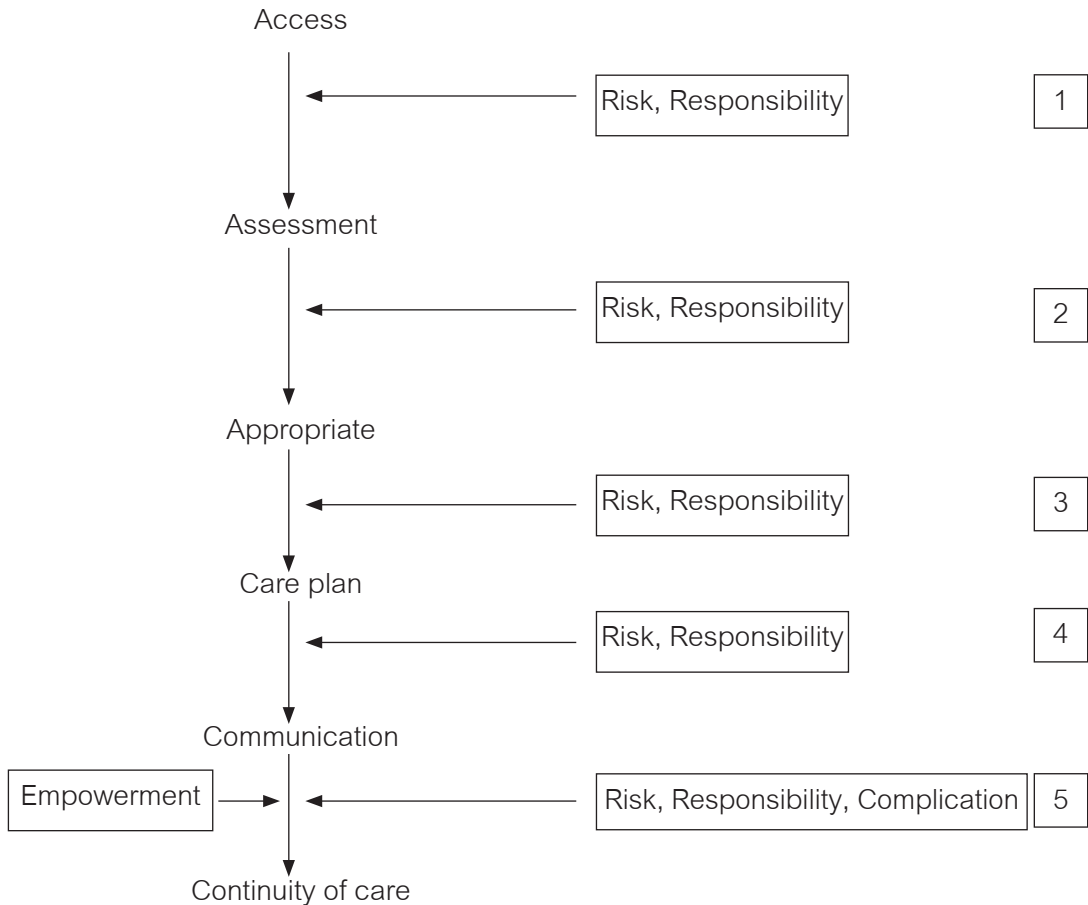
3 A คือ access, assessment และ appropriate

2 R คือ risk และ responsibility

1 E คือ empowerment

กระบวนการดูแลผู้ป่วยเริ่มจาก access และ assessment ซึ่งต้องมีความแม่นยำ ต้องมีความเสี่ยงต่ำสุด ด้วยบริการที่มีความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง ดังแผนภูมิ

CARE model



Access ต้องมีการคัดกรองผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก OPD อย่างเหมาะสม ได้แก่

- การคัดแยกผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพฉุกเฉิน vs ไม่ฉุกเฉิน
- การคัดแยกผู้ป่วยเข้ารับการตรวจที่แผนกเวชปฏิบัติทั่วไป vs แผนกต่างๆ ตามปัญหาของผู้ป่วย
- การคัดแยกผู้ป่วยโรคติดต่อบางระบบทางเดินหายใจเข้ารับการตรวจที่ห้องตรวจเหมาะสม

1. Risk and Responsibility ที่มผู้ให้บริการต้องมีความรับผิดชอบอย่างดีในการประเมินอาการผู้ป่วย การคัดกรองผู้ป่วยอย่างดี เพื่อการเข้ารับบริการที่เหมาะสมและมีความปลอดภัย กรณีที่ผู้ป่วยมารับการบริการไม่ตรงกับวันนัดหรือวันที่แพทย์งดการบริการต้องมีระบบการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่เหมาะสม

Assessment ต้องมีการประเมินผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ถูกต้องว่าผู้ป่วยมีปัญหาอะไร ให้การวินิจฉัย การตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ และการรักษาที่ถูกต้อง ถ้าผู้ป่วยมีความ

จำเป็นต้องได้รับการประเมินจากแพทย์ต่างแผนกก็ต้องมีการปรึกษาอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการประเมินจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในระยะเวลาหรือคอยที่เหมาะสม ไม่ส่งผลเสียต่อการรักษาหรือการพยากรณ์โรค

2. Risk and Responsibility การประเมินต้องมีความถูกต้องสูงสุด และมีความผิดพลาดต่ำสุด ดังนั้นการวินิจฉัยผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการประเมินจากอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือภายใต้การควบคุมของอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ถ้าพบความผิดพลาดเกิดขึ้นจะต้องมีแนวทางการแก้ไขที่ชัดเจน และผู้ป่วยต้องมีความปลอดภัยสูงสุด

Appropriate การให้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง ส่งผลให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ได้รับการยา การผ่าตัด การฉายแสง หรือการรักษาอื่นๆ ตามชนิดของโรค ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และทันเวลา

3. Risk and Responsibility การรักษาที่ไม่ถูกต้อง เช่น ได้รับยาไม่ถูกต้อง ได้รับการตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการที่ไม่ถูกต้อง หรือไม่ได้ทำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาต้องพบต่ำสุด และมีแนวทางแก้ไขให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุด

Care plan ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับแนวทางหรือแผนการรักษาอย่างเหมาะสม และทันตามเวลาที่ต้องการ ไม่มีความล่าช้าเกิดขึ้น มีแผนการรักษาตั้งแต่เริ่มต้นรักษาจนผู้ป่วยหายดี ตลอดจนการรักษาทันทีอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้บ่อย เช่น การได้รับยาเคมีบำบัดก็ควรมีแผนการรักษาผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ

4. Risk and Responsibility ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่เป็นไปตามแนวทางหรือแผนการรักษาที่วางไว้ ต้องมีแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมและรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยสูงสุด

Communication การสื่อสารกับผู้ป่วยต้องทำด้วยความเหมาะสม ผู้ป่วยต้องได้รับรู้ข้อมูล การเจ็บป่วยของตนเองอย่างครบถ้วน และสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ ตลอดจนการติดต่อสอบถามภายหลังกรณีมีข้อสงสัย ถ้ามีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น ต้องมีการส่งต่อข้อมูลที่สมบูรณ์อย่างเป็นระบบ

5. Risk and Responsibility and Empowerment ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การดูแลตนเอง การปฏิบัติตัว รวมทั้งวิธีการรักษาอย่างสมบูรณ์ เพื่อให้เกิดประโยชน์ ประสิทธิภาพสูงสุดกับผู้ป่วย การติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม หรือข้อสงสัยได้อย่างเป็นระบบ

Continuity of care ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนหายดี หรือสิ้นสุดการรักษาโรคนั้นๆ

ทุกแผนก ทุกหน่วยงานของแผนกผู้ป่วยนอกมีแนวทางการทำงานในทิศทางเดียวกัน และมีความตั้งใจแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยทุกคนได้เข้าถึงระบบการดูแลรักษาที่ดีที่สุด ดังรายละเอียดของแต่ละห้องตรวจ ดังต่อไปนี้

1) งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ห้องตรวจ หู คอ จมูก

ชลจิต บุษราคัม¹, สุภาพร ภูศิริภิญโญ², รื่นฤดี แก่นนา³

¹พยาบาลปฏิบัติการ หัวหน้าห้องตรวจหู คอ จมูก

²พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหน่วยผู้ป่วยนอก 1

³พยาบาลเชี่ยวชาญ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

ห้องตรวจ	เหตุการณ์ story สั้น ๆ	แนวทางแก้ไข	หมายเหตุ
1.หู คอ จมูก	1.ผู้ป่วยหญิง เดินถือเอกสาร เข้ามาในห้องตรวจหูคอจมูก มีสีหน้าและน้ำเสียน้ำตาไม่พึงพอใจแพทย์และพยาบาลในห้องตรวจหูคอจมูก ผู้ป่วย ไม่พึงพอใจที่แพทย์ลงบันทึกประวัติของผู้ป่วยผิดพลาด คือแพทย์ลงบันทึกอายุของผู้ป่วยผิดพลาด ไม่ตรงกับความเป็นจริง ที่ถูกต้องคือ 24 ปี แต่แพทย์ลงบันทึกเป็น 27 ปี และห้องเวชระเบียนบันทึกข้อมูลปีพ.ศ.เกิดผิด ส่งผลให้ผู้ป่วยนำประวัติการเจ็บป่วยไปเบิกประกันไม่ได้ ผู้ป่วยเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารพ.เพื่อแก้ไขข้อมูลในเอกสาร และผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจว่าหลังแก้ไขแล้ว จะสามารถเบิกค่าประกันได้หรือไม่ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดไปแล้วและได้ชำระเงินค่าผ่าตัดไปก่อนแล้ว ผู้ป่วยจึงเกิดความไม่พึงพอใจ สื่อสารเสียงดัง บอกว่าถ้าเบิกค่าประกันคืนไม่ได้ จะฟ้องแพทย์ฟ้องรพ.ที่ลงบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง ไม่มีความละเอียดรอบคอบ	1.พยาบาลได้แจ้งอาจารย์แพทย์เจ้าของไข้รับทราบปัญหา และได้ลงมาแก้ไขให้ แต่ไม่สามารถเข้าไปลบแก้ไขในประวัติได้ อาจารย์แพทย์จึงแก้ไขลงในเอกสารโดยการลงชื่อกำกับไว้ทุกจุดที่มีการแก้ไขในเอกสาร และได้ขอโทษผู้ป่วยถึงความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบว่าไม่สามารถเข้าไปแก้ไขในระบบได้ แต่จะแก้ไขในเอกสารได้และลงชื่อแพทย์กำกับไว้เป็นหลักฐาน 2.พยาบาลแจ้งหัวหน้าห้องเวชระเบียนรับทราบถึงการลงบันทึก ปีเกิดผู้ป่วยผิดพลาด ได้ทำการแก้ไขให้ถูกต้องเป็นปัจจุบัน และปรับเอกสารฉบับใหม่ให้ผู้ป่วยพร้อมลงชื่อหัวหน้าห้องเวชระเบียนกำกับไว้ในเอกสาร แต่ในประวัติเดิมที่ได้ Scan เก็บไว้ในระบบไม่สามารถแก้ไขให้เป็นปัจจุบันได้ 3.พยาบาลได้พูดคุยและรับฟังปัญหาความคิดเห็นของผู้ป่วย ได้ประสานงานระหว่างผู้ป่วย ห้องเวชระเบียนและอาจารย์แพทย์อย่างละเอียดและเข้าใจ ทั้ง 3 ฝ่าย สามารถลดความไม่พึงพอใจลงได้ ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้ม ใจเย็น พึงพอใจในการบริการประสานงานให้ได้อย่างเรียบร้อย และได้กล่าวขอโทษที่พูดไม่ดีกับพยาบาลในตอนแรก และกล่าวขอบคุณพยาบาลที่ช่วยประสานงานให้	-ประสานงานระหว่างอาจารย์แพทย์และหัวหน้าหน่วยเวชระเบียน -ผู้ป่วยไม่ได้เดินได้ ประสานงานหลายรอบ

ห้องตรวจ	เหตุการณ์ story สั้น ๆ	แนวทางแก้ไข	หมายเหตุ
2. หู คอ จมูก	ผู้ป่วยวินิจฉัยเป็น CA ในช่องปาก มีใบส่งตัวมา แต่ในใบส่งตัวระบุให้ไปรพ.ศูนย์ขอนแก่น แต่ผู้ป่วยเข้าใจผิด คิดว่าให้มารพ.ศรีนครินทร์ ผู้ป่วยผ่านการตรวจจากแพทย์ ENT เรียกร้อยแพทย์แจ้งว่าจะต้องตรวจเพิ่มเติมโดยการส่องกล้องซึ่งจะมีค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยขอปรึกษาพยาบาลในการหาทางออกของปัญหา เจ้าหน้าที่ได้ประสานไปปรึกษาที่ห้องประสานสิทธิ์และได้ออกบัตรการรักษารูปแบบโรคมะเร็งรักษาทุกที่ได้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องเรียกร้อยโดยไม่ต้องชำระเงิน มีความพึงพอใจในการรับบริการประสานงานจากบุคลากรพยาบาลห้องหูคอจมูก และขอบคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลอย่างมาก	1.ประสานงานกับห้องประสานสิทธิ์และรพ.ต้นสังกัดของผู้ป่วย	
3. หู คอ จมูก	ผู้ป่วยมา admit แต่ไม่ได้นำใบรับรองสิทธิ์ประกันสังคมจากต้นสังกัดมาด้วย ผู้ป่วยเข้าใจว่ามีใบส่งตัวมาอย่างเดียวจะไม่มีปัญหา พยาบาลได้แจ้งว่าถ้าไม่มีใบรับรองสิทธิ์ประกันสังคมจากต้นสังกัดมาจะมีค่าใช้จ่ายในการ admit ครั้งนี้ เจ้าหน้าที่พยาบาลได้โทรศัพท์ปรึกษาหน่วยประกันสังคมที่ รพ.ร้อยเอ็ด และแจ้งให้ส่งเอกสารมาทาง FAX. ให้ผู้ป่วยที่หน่วยประสานสิทธิ์ รพ.ศรีนครินทร์ ผู้ป่วยได้รับเอกสารเรียกร้อย ไม่มีค่าใช้จ่ายในการ admit ครั้งนี้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจอย่างมากในการประสานงานให้ และกล่าวขอบคุณบุคลากรทางการพยาบาล	1.ประสานงานกับห้องประสานสิทธิ์และหน่วยประกันสังคมที่ รพ.ร้อยเอ็ด รพ.ต้นสังกัดของผู้ป่วย	
4. หู คอ จมูก	แพทย์โทรศัพท์เลื่อนการ admit ผ่าตัดผู้ป่วยออก แพทย์แจ้งผู้ป่วยว่ารอรับโทรศัพท์นัดอีกครั้งจากจากแพทย์ ผ่านไปประมาณ 3 เดือน แพทย์ยังไม่ติดต่อกลับ ผู้ป่วยได้โทรศัพท์ขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่พยาบาลให้ประสานงานให้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีเงินค่ารถในการเดินทางมาหาแพทย์ เจ้าหน้าที่พยาบาลได้ประสานงานกับอาจารย์แพทย์ และได้วันนัด Admit ผ่าตัด โทรศัพท์แจ้งผู้ป่วยรับทราบ ผู้ป่วยกล่าวขอบคุณมากๆ	-ประสานงานระหว่างผู้ป่วยและอาจารย์แพทย์	
5. หู คอ จมูก	ผู้ป่วยอยู่ประเทศลาว ในช่วงโควิดไม่สามารถเดินทางมาตรวจใน รพ.ศรีนครินทร์ได้ผู้ป่วยเคยรักษาและผ่าตัดใส่ท่อหลอดลมคอในรพ.ศรีนครินทร์ แล้วมาพบแพทย์ตามนัดไม่ได้มีอาการหายใจเหนื่อย ได้โทรศัพท์ มาปรึกษาที่ห้องตรวจหูคอจมูก พยาบาลได้ปรึกษาอาจารย์แพทย์เจ้าของไข้ และได้แจ้งผู้ป่วยให้ไปรักษาที่ รพ.มโหสถ ที่ประเทศลาวก่อน และแนะนำให้พบแพทย์...ก.....(นามสมมติ แพทย์เคยมาเรียนเฉพาะทาง ENT รพ.ศรีนครินทร์) แล้วให้แพทย์ ...ก.....โทรศัพท์ปรึกษามาที่อาจารย์แพทย์ ENT รพ.ศรีนครินทร์ เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างประเทศลาวและประเทศไทย ผู้ป่วยได้รับการรักษาและขอบคุณบุคลากรพยาบาลที่ช่วยประสานงานให้	-ประสานงานระหว่างผู้ป่วยและอาจารย์แพทย์ ENT รพ.ศรีนครินทร์ -อาจารย์แพทย์ ENT รพ.ศรีนครินทร์ ประสานงานกับแพทย์ประเทศลาว เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกัน	

2) หน่วยบริการด้านหน้าและรับ-ส่งต่อผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

เอี่ยมพร พิมพ์ดี¹, สุภาพร ภูศิริภิญโญ², รื่นฤดี แก่นนาค³

¹พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหน่วยบริการด้านหน้า

²พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหน่วยผู้ป่วยนอก 1

³พยาบาลเชี่ยวชาญ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

ห้องตรวจ	เหตุการณ์ story สั้น ๆ	แนวทางแก้ไข	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1.กรณีผู้ป่วยมาแจ้งว่ามาขอรับยาเดิม ยาไม่พอถึงวันนัด	1.หลายต่อหลายครั้งที่หน่วยบริการด้านหน้าได้รับแจ้งจากผู้ป่วยว่า วันนี้มารับยาเดิม ยาไม่พอล่วงวันนัด ทั้งที่อีกหลายวันหรือเป็นเดือนกว่าจะถึงวันนัด ได้เกิดคำถามและข้อสงสัยว่าทำไมผู้ป่วยถึงบอกเช่นนี้ คำถามที่เกิดขึ้นในใจ เช่น - ผู้ป่วยทานยาถูกต้องตามที่แพทย์สั่งหรือไม่ - ยาหล่นหายรีบล่า - ได้รับคำแนะนำก่อนกลับบ้านมากนักน้อยเพียงใด - ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำแล้ว แต่ลืมหรือจำไม่ได้ - ผู้ป่วยไม่ได้รับใบรับยาต่อเนื่อง หรืออื่นๆ ประเด็นข้อสงสัยที่เกิดขึ้น พยาบาลหน่วยบริการด้านหน้า ไม่ได้รับฟังแล้วปล่อยให้ผ่านไปเลยไปถึงห้องตรวจ แต่ได้คิด วิเคราะห์ ดูแลและช่วยเหลือในสิ่งที่ทำได้ ทั้งนี้เพื่อหวังว่าได้ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการได้รวดเร็ว สะดวก ได้รับการดูแลต่อเนื่อง และเป็นการคัดกรองผู้ป่วยก่อนส่งเข้าไปห้องตรวจ ถือเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญเช่นกัน	1.สอบถาม/สืบค้นข้อมูลผู้ป่วยในระบบ HO 2.กรณีมีนัดในระบบ ประเมินคร่าวๆว่าผู้ป่วยควรได้รับยาครบเพียงแต่ต้องมารับยาอีกครั้งโดยใช้ใบรับยาต่อเนื่อง (Refill) 3.ค้นหาใบรับยาต่อเนื่อง โดยเลือกจาก Visit ที่ผู้ป่วยมารับบริการ 4.ปรีนใบรับยาต่อเนื่องให้ผู้ป่วยแนะนำการรับยาตามขั้นตอนโดยไม่ต้องเข้าไปพบแพทย์ที่ห้องตรวจ 5.ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเพื่อลด หรือป้องกันการเกิดปัญหาไม่พอนี้ในครั้งต่อไป 6.กรณีไม่มีใบรับยาต่อเนื่อง แนะนำผู้ป่วยไปติดต่อที่ห้องตรวจเดิม	1.ช่วยลดภาระงานของห้องตรวจ 2.อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยในการเข้าถึงการบริการ
2.ผู้ป่วยลืมเอกสารสำคัญที่เกี่ยวข้องในการเข้ารับบริการ	2.เมื่อผู้ป่วยลืมเอกสารสำคัญที่เกี่ยวข้องในการเข้ารับบริการ เช่น บัตรประชาชน ใบสูติบัตร (ผู้ป่วยเด็ก) ใบส่งตัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ความเครียด ซึ่งแสดงออกทางสีหน้า แววตาชัดเจน หน่วยบริการด้านหน้าได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว แต่ในขณะที่เดียวกันเราก็อยากให้ประสบการณ์ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงปัญหาของตนเอง การเตรียมความพร้อมที่ไม่ดีพอในการมารับบริการ	1.สอบถาม/แนะนำให้ผู้ป่วยหรือญาติค้นหาภาพเอกสารดังกล่าวที่มีอยู่ในโทรศัพท์ 2.Add line ผู้ป่วย /ส่งเอกสารเข้าทางไลน์ของพยาบาล 3.ปรีนเอกสารให้ผู้ป่วย 4.เข้ารับบริการตามขั้นตอน	1.ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจหรือเข้าถึงการบริการได้ตามสิทธิ์ที่พึงได้รับ โดยไม่เสียเวลาหรือค่าใช้จ่าย 2.ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ/ประทับใจในการให้บริการ

ห้องตรวจ	เหตุการณ์ story สั้น ๆ	แนวทางแก้ไข	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
	โดยการให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลและให้ผู้ป่วยรอสักกระยะ เพื่อให้ผู้อื่นเข้ามาติดต่อก่อน ผู้ป่วยจะได้รับทราบว่าจะถึงมาเร็วมาช้าแค่ไหน แต่เอกสารไม่พร้อม ผู้ป่วยต้องรอ ต้องใช้เวลานานขึ้น แต่สุดท้ายเราก็ต้องช่วยผู้ป่วยให้ดีที่สุด ตามที่กล่าวไว้ ข้อ1-4		3.บุคลากรมีความสุขใจ อิ่มเอมใจที่มีส่วนได้ช่วยเหลือผู้ป่วย/ภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือองค์กร
	3.ผู้ป่วยโรคมะเร็ง มาไม่ถูกโรงพยาบาลที่ระบุไว้ในใบส่งตัว	1.ตรวจสอบเอกสารเบื้องต้น 2.ส่งต่อหน่วยประสานสิทธิ์ เพื่อลงทะเบียนมะเร็งรักษาทุกที่ (CA anywhere)	ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจหรือเข้าถึงการบริการได้ ตามสิทธิ์ที่พึงได้รับ โดยไม่เสียเวลาหรือค่าใช้จ่าย
	4.ผู้ป่วยมารับบริการ ในวันที่แพทย์ไม่ออกตรวจหรือมารับบริการหลังเวลาที่กำหนด หน่วยบริการด้านหน้าได้มีการติดต่อประสานงานกับห้องตรวจที่เกี่ยวข้อง ใช้เทคนิคการพูดคุยเจรจาต่อรอง เสนอทางเลือกให้ผู้ป่วย เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการบริการ ลดความไม่พึงพอใจ ลดข้อขัดแย้งหรือข้อร้องเรียนทางการบริการ เช่นการส่งไปต่อขอรับบริการที่ SMC, คลินิกนอกเวลา แต่อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถเข้าถึงได้ เช่น มีค่าใช้จ่ายหรือเวลาการรับบริการที่ไม่สะดวก พยาบาลด้านหน้าได้แนะนำให้ผู้ป่วยกรอกข้อมูลทำประวัติ (ในกรณีผู้ป่วยใหม่) เปิด visit ที่งานเวชระเบียน และแนะนำให้ผู้ป่วยไป scan CD ลงในระบบ HO เป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยล่วงหน้าเพื่อมารับบริการในครั้งต่อไปได้รวดเร็วขึ้น รวมทั้งประสานห้องตรวจเพื่อส่งไปนัด อย่างน้อยผู้ป่วยได้รับใบนัดกลับบ้าน ทำให้รู้สึกว่าได้รับบริการ ไม่ได้กลับบ้านมือเปล่า		
5.การให้บริการทำแผลเก่า จาก OPDAE หรือหน่วยงานภายนอก	5.การทำแผลผู้ป่วย ถือเป็นเหตุการณ์หนึ่งในขอบเขตความรับผิดชอบของหน่วยการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีสถานที่ที่เป็นของตนเอง โดยชัดเจน (อยู่กับหน่วยบริการด้านหน้า) เดิมการทำแผลให้บริการโดยบุคลากรของห้องตรวจ GP เมื่อหน่วยการดูแลต่อเนื่องได้อัตรากำลังพยาบาลมาประจำหน่วย จึงได้แบ่งภาระงานดังกล่าวมาปฏิบัติ โดยใช้ห้องTreatment ของ GP		

ห้องตรวจ	เหตุการณ์ story สั้น ๆ	แนวทางแก้ไข	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
	<p>จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึง การรับบริการทำแผลได้รวดเร็ว ลดขั้นตอน ลด ระยะเวลาการรอคอย ลดภาระงานของห้องตรวจ GP ได้เป็นอย่างดี รวมทั้งเพิ่มความพึงพอใจแก่ ผู้ป่วยได้มาก อย่างไรก็ตาม ยังพบประเด็น ปัญหาอยู่บ้างในการปฏิบัติงาน เช่น ผู้ป่วยที่มี แผลผ่าตัดมาจาก โรงพยาบาลอื่นซึ่ง เป็นการผ่าตัดเฉพาะทาง เช่น ทางศัลยกรรมทาง ออโรโธปิดิกส์ ต้องการทำแผล ตัดไหม หรือ off staple แต่ห้องตรวจที่เกี่ยวข้องแจ้งว่ายังไม่มี นโยบายให้บริการผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เป็นประเด็น ที่คิดว่าควรมีการพิจารณาร่วมกับทีมต่อไป</p> <p>** กล่าวโดยสรุป หน่วยบริการด้านหน้า/หน่วยดูแล ต่อเนื่องเป็นหลายๆ อย่างให้เธอ (ผู้รับบริการ)</p> <ul style="list-style-type: none"> -พยาบาลผู้ให้ข้อมูล -ผู้ดูแล แนะนำ -ผู้ช่วยเหลือ ผู้บอกทาง -ผู้ประสานงาน -ประชาสัมพันธ์ (สุขภาพ) -Operator -ออกเยี่ยมบ้าน <p>**เรื่องไม่จิ้มฟันยื่นเรื้อรัง เชิญเข้ามาพบพยาบาล ด้านหน้า ยินดีให้บริการค่ะ</p>		

3) ห้องตรวจเวชปฏิบัติทั่วไป หน่วยผู้ป่วยนอก 1 งานพยาบาลผู้ป่วยนอก

สุพรรณณี มีดี¹, สุภาพร ภูศิริวิญญู², รื่นฤดี แก่นนาค³

¹พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าห้องตรวจเวชปฏิบัติทั่วไป

²พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหน่วยผู้ป่วยนอก 1

³พยาบาลเชี่ยวชาญ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

เหตุการณ์ story สั้น ๆ	แนวทางแก้ไข	หมายเหตุ
1.เข้าถึงบริการพบแพทย์เฉพาะทาง ผู้ป่วยใหม่มาตรวจที่ GP ด้วยเรื่อง ขาบวม ปวดขา พยาบาลซักประวัติพบว่าผู้ป่วยเคยตรวจที่ ร.พ.เอกชน ทำU/S ผล DVT จึงติดต่อประสานห้องตรวจคัดกรองส่งพบแพทย์เฉพาะทาง	1.ตรวจเช็คผลตรวจ U/S ให้ถูกต้องชัดเจน 2.ประสานงานห้องตรวจคัดกรองเพื่อส่งผู้ป่วยพบแพทย์เฉพาะทาง	-ลดระยะเวลารอคอย -ผู้ป่วยพึงพอใจ ได้รับการตรวจรักษา กับแพทย์เฉพาะทาง
2.เข้าถึงบริการตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย ผู้ป่วยใหม่มาตรวจที่ GP ด้วยเรื่องปวดศีรษะ สิทธิการรักษาคือ ผู้ป่วยชำระเงินเอง พยาบาลซักประวัติพร้อมอธิบายเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และพบว่าผู้ป่วยมีประกันชีวิต จึงติดต่อประสานงานกับ SMC พบว่าบริษัทที่ผู้ป่วยทำประกันชีวิต เป็นคู่สัญญากับ SMC จึงส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษาที่ SMC	1.ตรวจเช็คเกี่ยวกับประกันชีวิตของผู้ป่วย 2.ประสานงานกับ SMC	-ผู้ป่วยไม่ต้องสำรองจ่าย เพราะ SMCสามารถ Fax claimได้เลย -ผู้ป่วยพึงพอใจ
3.ผู้ป่วยมาF/U เพื่อฟังผล CT แต่ผล CT ยังไม่ออก ประสานงานตามผล ผู้ป่วยได้ตรวจวินิจฉัยรักษาตามแผนการรักษา	1.ติดต่อประสานงานตามผลCTที่ -คาน์เตอร์ เอกซเรย์ -รังสีแพทย์	-จัดทำโครงการโดยให้ผู้ป่วยโทรถามผลตรวจเอกซเรย์พิเศษกับห้องตรวจGPก่อนตามนัด 1.กรณี ผลออกแจ้งให้ผู้ป่วยมาตามนัด 2.กรณี ถ้าผลยังไม่ออกจะเลื่อนนัดให้ผู้ป่วย และประสานงานตามผลให้ผู้ป่วย ผลลัพธ์ 1.ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางกรณีผลตรวจเอกซเรย์พิเศษไม่ออก 2.ผู้ป่วยพึงพอใจ

4) ห้องตรวจจักษุ หน่วยผู้ป่วยนอก 1 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

มาลิวรรณ อนุสุริยา¹, สุภาพร ภูศิริภิญโญ², รื่นฤดี แก่นนาค³

¹พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าห้องตรวจจักษุ

²พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหน่วยผู้ป่วยนอก 1

³พยาบาลเชี่ยวชาญ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

ห้องตรวจ	เหตุการณ์ story สั้น ๆ	แนวทางแก้ไข	หมายเหตุ
1. หน่วยเตรียม ผ่าตัดตาแบบไม่นอนโรงพยาบาล	ลดขั้นตอนการเบิกอุปกรณ์ชุดผ่าตัดผู้ป่วยเตรียมผ่าตัดตาแบบไม่นอนโรงพยาบาล 1.ผู้ป่วยเบิกยาเตรียมผ่าตัดต้องไปเบิกยาที่ห้องยาฉุกเฉินและเดินไปรับสำลีสที่ร้านค้าเวชภัณฑ์การแพทย์ 2.ต้องรอเวลาร้านค้าเวชภัณฑ์เปิดทำการ 8.30 น. 3.ผู้ป่วยสับสนขั้นตอนการเบิกยาและอุปกรณ์เนื่องจากหลายขั้นตอน 4.เหนื่อย เดินทางไกล 5.ไม่ได้รับอุปกรณ์ ต้องกลับไปรับใหม่ 6.ไม่พึงพอใจ	1.เบิกชุดสำลีสผ่าตัดจากร้านค้าเวชภัณฑ์การแพทย์ ไว้ที่ห้องผ่าตัดแบบไม่นอนโรงพยาบาล 2.ผู้ป่วยได้รับอุปกรณ์ครบ	1.ได้อุปกรณ์ครบ 2.ไม่ต้องเดินหลายจุดและเดินหลายรอบในกรณีรับอุปกรณ์มาไม่ครบ 3.ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ 4.ร่วมกับร้านค้าเวชภัณฑ์
2. หน่วยเตรียม ผ่าตัดตาแบบไม่นอนโรงพยาบาล	ลดขั้นตอนการมารับบริการตรวจหลังผ่าตัดตาแบบไม่นอนโรงพยาบาล (หลังผ่าตัด 1 วัน) 1.ขั้นตอนเดิมผู้ป่วยหลังผ่าตัดตาแบบไม่นอนโรงพยาบาล นัดตรวจตา 1 วันหลังผ่าตัด ยื่นบัตรนัดหน้าห้องตรวจ พยาบาลคัดกรอง ส่งห้องวัดสายตาพร้อมกับผู้ป่วยรายอื่นๆ 2.แฟ้มหลังผ่าตัดจะไปพร้อมกับผู้ป่วยรายอื่นๆ หลังวัดสายตา 3.ผู้ป่วยได้รับบริการช้า เหนื่อย ปวดตา ไม่พึงพอใจ	1.ติดต่อห้องผ่าตัดแบบไม่นอนโรงพยาบาลก่อน 8.00 น. 2.เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดจัดส่งแฟ้มประวัติที่ห้องผ่าตัดแบบไม่นอนโรงพยาบาล 3.พยาบาลเตรียมแฟ้มไว้ 4.พบแพทย์ที่ห้องผ่าตัดแบบไม่นอนโรงพยาบาล วัดสายตา ตรวจ เช็ดตา รับบัตรนัด และกลับบ้าน	1.ลดขั้นตอนการรับบริการจาก 8 ขั้นตอนเหลือ 5 ขั้นตอน 2.ผู้ป่วยพึงพอใจกลับบ้านเร็ว

ห้องตรวจ	เหตุการณ์ story สั้นๆ	แนวทางแก้ไข	หมายเหตุ
3.คลินิกฉีดยาเข้า วันตา	ผู้ป่วยนัดฉีดยาเข้าวันตาโดยไม่พบแพทย์ 1.ผู้ป่วยนัดมาฉีดยาแบบไม่พบแพทย์ต้อง นัดช่วงป่วย 2.มาแต่เช้าเพราะอยู่ต่างจังหวัดทำให้ใช้ เวลารอนาน 3.ต้องใช้เวลาในการคืนแฟ้มประวัติ 4.หลายขั้นตอนไม่สะดวก	1.ผู้ป่วยไม่ต้องรอคิวนาน 2.เตรียมแฟ้มประวัติไว้ก่อน 1 วัน 2.วัดสายตาและความดันตาที่ ห้องฉีดยาเข้าวันตา 3.ใช้เวลารอไม่นาน	1.ผู้ป่วยได้รับการฉีดยา เข้าวันตาที่รวดเร็วขึ้น จากเดิม 8 ขั้นตอนเป็น 5 ขั้นตอน 2.ผู้รับบริการพึงพอใจ
4.คลินิกตรวจ คัดกรองภาวะ เบาหวานขึ้น จอตา	นัดตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอตา โดยไม่ต้องเดินมาห้องตรวจตา 1.ผู้ป่วยนัดตรวจเบาหวานขึ้นจอตาต้อง เดินมานัดตรวจที่ห้องตรวจตา 2.เจอผู้ป่วยจำนวนมาก 3.ต้องมาต่อคิวนัดตรวจ	1. ผู้ป่วยไม่ต้องเดินมาหลายที่ นัดได้ที่ห้องที่ตรวจต้นทางได้เลย	1.ไม่ต้องมาต่อคิวรับ บัตรนัด 2.ผู้ป่วยได้รับความพึง พอใจ 3.ร่วมกับห้องเวช ปฏิบัติทั่วไป และห้อง ตรวจอายุรกรรม
5.คลินิกตรวจ คัดกรองภาวะ เบาหวานขึ้น จอตา	ตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอตา โดยไม่พบแพทย์ 1.ผู้ป่วยต้องเข้าคิววัดสายตา ถ้าสายตาดี ความดันตาดี ขยายม่านตาประมาณ 30 นาที ตามัวมองไม่ชัด เดินลำบาก ต้อง รอมาตาหุบก่อนกลับบ้าน ต้องมีญาติมา ด้วย 2.รอพบแพทย์ตามคิว 3.รอรับบัตรนัด 4.ใช้เวลานาน 5.ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด	1. ผู้ป่วยมีบัตรนัดตรวจคัดกรอง ภาวะเบาหวานขึ้นจอตา 2.สายตาและความดันลูกตาอยู่ ในเกณฑ์ตามแนวทางการตรวจ คัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอตา ส่งตรวจ Fundus Photo 3.พบพยาบาลประจำคลินิก รับคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะ เบาหวานขึ้นจอตา รับบัตรนัด และจำหน่าย 4.แพทย์อ่านผลและแจ้งผล ตรวจแก่ผู้ป่วยทางโทรศัพท์/line official ภายใน 1 สัปดาห์	1.ผู้ป่วยไม่ต้องรอนาน 2.ไม่ต้องขยายม่านตา ไม่ตามัว 3.สามารถมาคนเดียว ได้โดยไม่ต้องมีญาติมา ด้วย 4.ตรวจเสร็จกลับบ้าน ได้เลย 5.ผู้ป่วยประทับใจ 6.มีพยาบาลประจำ คลินิกดูแลติดตาม ผู้ป่วยที่ไม่ได้มาตาม นัด

5) หน่วยผู้ป่วยนอก 2

วิลาวัลย์ ห่วงไธสง¹, กรรณิการ์ ยิ่งยืน², พรธรวดี ชาตวิเศษ³,
พิมพ์วิมล เวียงยศ⁴, วิไลลักษณ์ พิมพ์รินทร์⁵, ศุภราลักษณ์ ชื่นชัยภูมิ⁶,
วิไลวรรณ อยู่สุข⁷, รื่นฤดี แก่นนา⁸

¹พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าห้องอายุรกรรม 9

²พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าห้องอายุรกรรม 8

³พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศด้านการวินิจฉัยและรักษาทารกในครรภ์

⁴พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าห้องตรวจครรภ์

⁵พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าห้องตรวจวินิจฉัยโรค

⁶พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าห้องตรวจนรีเวช

⁷พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหน่วยผู้ป่วยนอก 1

⁸พยาบาลเชี่ยวชาญ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

ห้องตรวจ	เหตุการณ์ story สั้น ๆ	แนวทางแก้ไข	หมายเหตุ
ห้องตรวจ อายุรกรรม 9	1.ผู้ป่วยลืมใบส่งตัวมา เพราะคิดว่าได้นำมาตั้งแต่คราวที่แล้ว คราวนี้จึงไม่ได้นำมาอีก เมื่อไปเปิดสิทธิ์จึงเป็นชำระเงินเอง 2.แพทย์คนใหม่ต้องการดูใบส่งตัวอีกครั้ง	1.ประสานหน่วยประสานสิทธิ์เพื่อตรวจสอบว่าได้ Scan ใบส่งตัวไว้หรือไม่ ซึ่งพบว่าได้มีการ Scan เก็บไว้ จึงให้เปิดสิทธิ์ให้ผู้ป่วยรายนี้ใหม่ เป็นใช้สิทธิ์บัตรทอง (refer) 2.หน่วยประสานสิทธิ์ Print ใบส่งตัวให้ เพื่อให้แพทย์เจ้าของไข้ดูประกอบการรักษา	ร่วมกับหน่วย ประสานสิทธิ์
ห้องตรวจ อายุรกรรม 8	ผู้ป่วยโรคมะเร็ง มารับบริการมีจำนวนเพิ่มขึ้น จากสถิติปี พ.ศ 2563,2564,2565 มีจำนวน 10,620 ราย, 13,193 ราย, 17,474 ตามลำดับ ซึ่งประกอบกับนโยบายมะเร็งรักษาได้ทุกที่ Cancer Anywhere เป็นเป็นนโยบายของ สปสช. ที่เปิดให้ผู้ป่วยมะเร็งสิทธิ์บัตรทอง สามารถเลือกเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งกับสถานพยาบาลในพื้นที่ได้ โดยไม่ต้องมีใบส่งตัว ทำให้ผู้ป่วยต้องการมารักษาที่โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ โดยผู้ป่วยบอกว่า มีหมอที่เก่งและความเชี่ยวชาญ คนไข้มะเร็งที่มารักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์แล้วได้รับการดูแลที่ดีจากแพทย์และเจ้าหน้าที่ จึงทำให้ผู้ป่วยมารับบริการมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี จากการเก็บข้อมูลพบว่าผู้ป่วยที่ถูก Refer และส่งปรึกษาเข้าคลินิกโรคมะเร็งจำนวน 6-10 ราย/วัน	1.เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้เข้าถึงผู้เชี่ยวชาญให้เร็วที่สุดจึงได้ปรึกษากับอาจารย์แพทย์หน่วยโรคมะเร็งเพิ่มวันให้บริการในวันศุกร์เพิ่มอีก 1 วัน โดยเพิ่มวันออกตรวจของผู้เชี่ยวชาญในวัน จันทร์ อังคาร พุธ สดดี และศุกร์ และแพทย์ Resident สามารถปรึกษาอาจารย์แพทย์ทางโทรศัพท์ได้ในวันที่ไม่ได้ออกตรวจ 2.กรณีที่ผู้ป่วยส่งมาปรึกษาที่ OPD9 พยาบาลผู้คัดกรองจะพิจารณา ระยะโรคของผู้ป่วยบ้านใกล้ อากาศผิดปกติที่จำเป็นต้องพบแพทย์ในวันนั้น กรณีที่แพทย์ตรวจไม่ทันจะนัดหมายผู้ป่วยภายใน 1 สัปดาห์โดยเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญภายใน 1-2 สัปดาห์ และได้รับการรักษาตามมาตรฐาน (โดยให้ยาเคมีบำบัดภายใน 4 สัปดาห์ รังสีรักษา 6 สัปดาห์ การผ่าตัด 6 สัปดาห์)	การร่วม ปรึกษาโดย พยาบาล ห้องตรวจ อายุรกรรม 9, พยาบาล ห้องตรวจ อายุรกรรม 8 แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ โรคมะเร็ง และเจ้าหน้าที่ หน่วย ประสานสิทธิ์

ห้องตรวจ	เหตุการณ์ story สั้น ๆ	แนวทางแก้ไข	หมายเหตุ
	<p>โดยทุกรายต้องพบแพทย์อายุรกรรมทั่วไปที่ห้องตรวจอายุรกรรม 9 ก่อน เพื่อเตรียมความพร้อมในการรักษาโดยการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ พยาธิวิทยา เอกซเรย์ หรืออื่นๆ ตามความเหมาะสมก่อนส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็ง แต่เนื่องจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็งออกตรวจที่ห้องตรวจอายุรกรรม 8 ในวันจันทร์ อังคาร และพฤหัสบดี</p> <p>ปัญหาที่พบ</p> <p>1. ผู้ป่วยที่ถูกส่งเข้ามาับการรักษาเพื่อพบผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็งมีจำนวนมาก 6-10 รายต่อวันทำให้แพทย์ที่ OPD9 ตรวจในวันนั้นไม่ทัน จำเป็นต้องนัดหมายในวันถัดไป ซึ่งผู้ป่วยบางรายบ้านอยู่ไกล หรือระยะโรคอยู่ในระยะแพร่กระจายมีความวิตกกังวลสูง</p>	<p>3. การส่งผู้ป่วยไปลงทะเบียนต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยรับทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งหรือได้รับการแจ้งข่าวร้ายจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก่อนส่งไปลงทะเบียนมะเร็งรักษาได้ทุกที่ (Cancer Anywhere)</p> <p>4. การส่งผู้ป่วยไปลงทะเบียนมะเร็งรักษาได้ทุกที่ (Cancer Anywhere) ต้องเตรียมเอกสารให้ครบถ้วนโดยได้ทำใบ Check list เอกสารก่อนส่งไปลงทะเบียน</p> <p>5. เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิ์บัตรทองต้องส่งผู้ป่วยไปลงทะเบียนทุกรายเพื่อให้เข้าถึงสิทธิ์โรคมะเร็งโรคแทรกซ้อนจากโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาโรคมะเร็ง เมื่อจำเป็นต้องปรึกษาหน่วยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องจะได้ไม่ต้องขอใบส่งตัวแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบการเข้าถึงสิทธิ์หลักการการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงสิทธิ์เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย</p>	
	<p>แพทย์ผู้เชี่ยวชาญออกตรวจสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ทำให้ต้องนัดหมายผู้ป่วยมาให้ตรงวันที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญออกตรวจเพื่อจะได้ปรึกษา Case การลงทะเบียนเพื่อเข้าโครงการมะเร็งรักษาได้ทุกที่ (Cancer Anywhere) เมื่อส่งผู้ป่วยไปลงทะเบียนเอกสารประกอบการลงทะเบียนไม่ครบลงไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยเดินกลับไปมา ไม่มีการสื่อสารที่เป็นแนวทางเดียวกัน</p> <p>การแจ้งข่าวร้าย บางครั้งผู้ป่วยยังไม่ทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งแต่เจ้าหน้าที่ส่งผู้ป่วยไปลงทะเบียนเพื่อรับสิทธิ์มะเร็งรักษาได้ทุกที่ (Cancer Anywhere) ทำให้เจ้าหน้าที่ลงทะเบียนมีความคับข้องใจในการแจ้งข่าวร้าย</p> <p>ผู้ป่วยบางรายตกใจที่เพิ่งทราบว่าตนเองเป็นมะเร็ง มีผู้ป่วยบางรายที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเพื่อเข้าโครงการมะเร็งรักษาได้ทุกที่ (Cancer Anywhere) เมื่อไม่มีใบส่งตัว ใบส่งตัวหมดอายุ ใบส่งตัวแต่มาไม่ถูกโรงพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยใช้สิทธิ์ไม่ได้ ทำให้เสียเวลา เสียค่าใช้จ่าย</p>		

ห้องตรวจ	เหตุการณ์ story สั้น ๆ	แนวทางแก้ไข	หมายเหตุ
ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการวินิจฉัยและรักษาทารกในครรภ์	1.สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงต่อกลุ่มอาการดาวน์หลังเจาะเลือด (QT) แล้วเสี่ยงสูง ที่ส่งตัวมาจาก ร.พ.เครือข่าย ร.พ.ศรีนครินทร์ 12 อาทิตย์ ใน จ.ขอนแก่น นัดมาเจาะน้ำคร่ำ แต่ไม่สามารถเจาะน้ำคร่ำได้ในวันนั้น ต้องนัดมาเจาะใหม่ เนื่องจาก -ไม่มีผล LAB1 ครบ -ไม่ได้ให้หยุดยา ASA -อายุครรภ์ไม่ตรง -ผลคัดกรองธาลัสซีเมียไม่ครบ	1.เก็บสถิติข้อมูลที่เกิดปัญหาผิดพลาด 2.วิเคราะห์สาเหตุสรุปแนวทางแก้ไขปัญหา เสนอเครือข่าย 3.นำ Platform ระบบการส่งต่อมาใช้และประเมินผลพัฒนา 4.นำระบบ Tele-medicine มาใช้ในระบบ -การคุยนัดหมาย -ถามผล LAB -การรับประทานยา-ASA ก่อนนัดนัดหมายเจาะน้ำคร่ำ 1 วัน	
ห้องตรวจครรภ์	หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามนัด สิทธิการรักษาประกันสังคม รพ.ขอนแก่น แต่ต้องการมาฝากครรภ์ที่ รพ.ศรีนครินทร์ เนื่องจากใกล้บ้าน ไม่แออัด ได้รับความสะดวกรวดเร็วและมีค่าใช้จ่ายไม่มาก สูติแพทย์ตรวจอัลตราซาวนด์พบความผิดปกติ ต้องเจาะน้ำคร่ำและมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น สูติแพทย์ติดต่อประสานงานกับสูติแพทย์ทาง รพ.ขอนแก่นที่ใช้สิทธิประกันสังคม เรื่องความผิดปกติที่พบและต้องเจาะน้ำคร่ำ ตลอดจนค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจกลับไปเจาะน้ำคร่ำที่ รพ.ขอนแก่นซึ่งมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่า สูติแพทย์ทำบันทึกข้อความและผลตรวจให้ถือไปพบสูติแพทย์ที่ รพ.ขอนแก่น และหลังเจาะน้ำคร่ำจะกลับมาฝากครรภ์ที่ รพ.ศรีนครินทร์	1.ประสานงานติดต่อกับสูติแพทย์ รพ.ตามสิทธิประกันสังคม เพื่อช่วยในการตัดสินใจในการรักษาของผู้รับบริการ	
ห้องตรวจวินิจฉัย	1.ผู้ป่วยสงสัยวัณโรคมาตรวจที่ห้องตรวจเวชปฏิบัติ แพทย์ให้การวินิจฉัย พบว่าเป็น Pulmonary TB อยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ ผู้ป่วยจ่ายเงินเองในการตรวจวินิจฉัยวัณโรค แพทย์ตรวจรักษาเสร็จส่งมาขึ้นทะเบียนรักษา และนัดติดตามการรักษาที่ TB clinic ชักประวัติ ผู้ป่วยพบว่าเป็นนักศึกษา มข. ปี 1 ยังไม่ได้ย้ายสิทธิ์มาจึงต้องชำระค่ารักษาพยาบาลเองทั้งหมด	-ประสานงานกับเวชระเบียน ให้ประสานสิทธิ์ UC มาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจที่ครอบคลุมตามแนวทางการรักษาวัณโรค และไม่ต้องชำระค่ารักษาพยาบาลเอง -ข้อเสนอแนะ ห้องตรวจที่ให้การตรวจรักษา ผู้ป่วยที่เป็นนักศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น ต้องมีการตรวจสอบสิทธิ์ทุกครั้ง ถ้าสิทธิ์ยังเป็น UC ที่อื่น ให้ติดต่อประสานสิทธิ์ที่ เวชระเบียน หรือ PCU นักศึกษาให้รีบรื้อยเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ไม่ให้ผู้ป่วยต้องชำระเงินเอง	

ห้องตรวจ	เหตุการณ์ story สั้น ๆ	แนวทางแก้ไข	หมายเหตุ
ห้องตรวจ วัณโรค	2.ผู้ป่วยวัณโรคสิทธิ์ UC ที่อื่นมา Admit ด้วยอาการถูกเงินและได้รับการวินิจฉัยและให้การรักษา หลังจำหน่ายนัดติดตามการรักษาที่ TB clinic เมื่อถึงวันนัดผู้ป่วยไม่ได้ขอใบส่งตัวสิทธิ์บัตรทองมา จึงต้องชำระเงินเอง เพราะผู้ป่วยไม่ทราบว่าต้องขอใบส่งตัวบัตรทองมา หรือผู้ป่วยบางรายอาจจะไม่ได้รับการตรวจในวันนั้น เนื่องจากต้องชำระเงินเอง ไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาลได้	-แนะนำให้ไปหน่วยประสานสิทธิ์ เพื่อติดต่อประสานงานเรื่องสิทธิ์การรักษาพยาบาล -ประสานงานกับหอผู้ป่วย หลังจำหน่ายถ้ามีนัดติดตามการรักษาต่อเนื่องที่ OPD ให้คำแนะนำผู้ป่วยไปขอใบส่งตัวสิทธิ์ UC ทุกครั้ง -แนะนำผู้ป่วยให้ตรวจสอบใบส่งตัวทุกครั้งที่มารับบริการว่าหมดอายุหรือไม่	
ห้องตรวจ นรีเวช	1.ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกนำผลการตรวจมาปรึกษาแพทย์ สิทธิ์การรักษาบัตรทองจังหวัดจันทบุรี รับทราบเรื่องสิทธิ์การรักษาว่าหากไม่มีใบส่งตัวจะต้องชำระเงินเอง ผู้ป่วยและญาติประสงค์มารับการรักษาโดยชำระเงินเอง -ผลการตรวจ Lab ไม่ครบ -ไม่มีผล Cysto-Proctoscope -ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาสูง -เดินทางมาจากต่างจังหวัดระยะทางไกล -สภาพร่างกายอ่อนเพลีย 2.ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก สิทธิ์การรักษา Cancer Anywhere แพทย์ส่งนัดทำ CT คิวปกติได้อีกประมาณ 3 เดือน ผู้ป่วยขอนัดคิว SMC ได้คิวอีก 1 สัปดาห์ผู้ป่วยรับทราบว่าต้องจ่ายเงินเพิ่มประมาณ 1,800 บาท ผู้ป่วยบอกว่าจ่ายไหวจะไปขายข้าวเอามาเป็นค่าใช้จ่ายแต่วันมาพบว่ามีการเข้าใจผิดในการสื่อสารคือสิทธิ์ Cancer Anywhere ใช้สิทธิ์ในการตรวจ SMC ไม่ได้ต้องจ่ายเองทั้งหมดซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายได้จึงกลับมาที่ห้องตรวจ	1.ส่งประสานสิทธิ์การรักษาโครงการ Cancer Anywhere 2.ประสานแพทย์สาขามะเร็งนรีเวชเพื่อตรวจและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3.ประสานห้องตรวจคัดกรองทางเดินปัสสาวะเพื่อขอคิวตรวจในวันที่มาตรวจในวันนั้นเนื่องจากผู้ป่วยอ่อนเพลียและไม่สะดวกในการเดินทาง 4.ออกบัตรนัดในการมารับการตรวจคลินิคมะเร็งนรีเวชตามแผนการรักษา 5.ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ห้องตรวจนรีเวชแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย กรณีพบปัญหาเกี่ยวกับสิทธิ์การรักษา 1.พยาบาลประสานห้องตรวจรังสีวินิจฉัยเพื่อสอบถามข้อมูลที่ชัดเจนและหาวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งทางรังสีวินิจฉัยแจ้งว่ากรณีผู้ป่วย Time sensitive จะมีการตรวจแบบคิวเอื้ออาทร ทำให้ผู้ป่วยได้ตรวจในวันนั้นโดยที่ไม่ต้องมีการชำระเงินเพิ่มเติม 2.ประชุมเจ้าหน้าที่ห้องตรวจนรีเวชชี้แจงเหตุการณ์และแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาในเวลาที่เหมาะสม	หน่วย ประสานสิทธิ์ แพทย์ผู้ เชี่ยวชาญ มะเร็งนรีเวช และห้อง ตรวจ คัดกรอง หน่วยรังสี วินิจฉัย

6) หน่วยผู้ป่วยนอก 3 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

สุพัตรา สุกุมลาลัย¹, ศราภรณ์ นามแดง², ศิริวรรณ บุญเย็น³, ดวงแก้ว รอดอ่อง⁴,
 สมบูรณ์ ชัยชนะ⁵, จินดาวรรณ จันทโหวาท⁶, รื่นฤดี แก่นนาค⁷

- ¹พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าห้องให้เลือด
²พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าห้องตรวจออร์โธปิดิกส์
³พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู
⁴พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าห้องตรวจจิตเวช
⁵พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าห้องตรวจกุมารเวชกรรม
⁶พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหน่วยผู้ป่วยนอก 3
⁷พยาบาลเชี่ยวชาญ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

ห้องตรวจ	เหตุการณ์ story สั้น ๆ	แนวทางแก้ไข	หมายเหตุ
1.ห้องให้เลือดผู้ป่วยนอก	1.ผู้ป่วยเด็กเล็ก ร้องไห้ ขอดอรง โดยขอเลือกพยาบาลในการเปิดเส้นให้เลือด	1.มอบหมายให้พยาบาลที่ผู้ป่วยเลือกเป็นผู้เปิดเส้นให้เลือดกับผู้ป่วย	-ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการเปิดเส้นให้เลือดมากขึ้น
	2.ผู้ป่วยที่มารับเลือดเป็น Regular transfusion ที่แพทย์มีคำสั่งไว้ล่วงหน้าแล้วสามารถโทรศัพท์มาเพื่อเลื่อนนัดหมายการรับเลือดได้เป็นก่อนและหลังวันนัด 2 สัปดาห์	2.ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เรื่องระยะเวลาที่สามารถยืดหยุ่นการมารับเลือดของผู้ป่วยได้	-ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น -ผู้ป่วยได้รับเลือดครบตามแผนการรักษา
	3.ผู้ป่วยเป็นพระสงฆ์ มีคำสั่งให้เลือดหลังตรวจเสร็จ แต่ไม่สามารถให้ได้ทันในวันนั้น และภูมิลำเนาอยู่ จ.สุรินทร์ จึงได้ประสานไปที่หอสงฆ์อาหารขอให้พระสงฆ์ได้นอนค้าง 1 คืนเช้าวันต่อมาจึงได้มารับเลือดที่ห้องให้เลือดผู้ป่วยนอก	1.ประสานไปที่บุคลากรหอสงฆ์อาหาร	-พระสงฆ์ไม่ต้องเดินทางไปกลับลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
2.ออร์โธปิดิกส์	1.ผู้ป่วยอายุ 60 ปี สิทธิบัตรทอง รพ.ร้อยเอ็ดมาตรวจที่รพ.ศรีนครินทร์ ใช้สิทธิชำระเงินเอง มาด้วยอาการปวดเข่าแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม	1.ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ “ผ่าตัดข้อเข่าเทียม ยกเลิกใบส่งตัว” (เขตสุขภาพ 7) 2.แพทย์เจ้าของไข้เขียนแบบแจ้งการเปิดสิทธิผู้ป่วยบัตรทอง ที่ได้รับการวินิจฉัย “ข้อเข่าเสื่อม” ติดต่อหน่วยประสานสิทธิ์ 3.เจ้าหน้าที่หน่วยประสานสิทธิ์พิสูจน์ตัวตนการเข้ารับบริการ (Authen code) ยืนยัน Diagnosis 4.ผู้ป่วยใช้สิทธิได้ ไม่ต้องชำระ เงินเองและไม่ต้องกลับไปขอใบส่งตัวจาก รพ.ต้นสังกัด 5.ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิได้ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด, การผ่าตัดและการติดตามหลังผ่าตัดจนถึงสิ้นสุดการรักษา	-โครงการ “ผ่าตัดข้อเข่าเทียม ยกเลิกใบส่งตัว” (เขตสุขภาพ 7) ใช้ได้ในผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง ที่อยู่เขตสุขภาพ 7 ประกอบด้วย จังหวัด ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์ -เวลาเปิดสิทธิ์ต้องแนบแบบแจ้งการเปิดสิทธิผู้ป่วยบัตรทอง ที่ได้รับการวินิจฉัย “ข้อเข่าเสื่อม” พร้อมบัตรนัดทุกครั้ง -ต้องเป็นอาจารย์สาขาวิชา ออร์โธปิดิกส์เท่านั้นถึงจะมีสิทธิเขียนแบบแจ้งการเปิดสิทธิผู้ป่วยบัตรทอง ที่ได้รับการวินิจฉัย “ข้อเข่าเสื่อม”

ห้องตรวจ	เหตุการณ์ story สั้น ๆ	แนวทางแก้ไข	หมายเหตุ
	2.ญาติผู้ป่วยโทรศัพทมาที่ห้องตรวจแจ้งว่าบัตรนัดผู้ป่วยหาย จำวันที่นัดไม่ได้ และต้องการนำบัตรนัดไปประกอบการลาพาคุณแม่มซึ่งเป็นคนไข้มาพบแพทย์ตามนัด	1.เจ้าหน้าที่ค้นหาวินัดในระบบ HO 2.แจ้งญาติผู้ป่วย Add ไลน์เป็นเพื่อนกับห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ 3.ถ่ายรูปบัตรนัดผู้ป่วยแล้วส่งเข้าเข้า Application line ให้ญาติผู้ป่วย	
	3.ผู้ป่วย walk in เข้ามาตรวจจากรพ.ชลบุรีใช้สิทธิประกันสังคมที่ รพ.ชลบุรีมีใบส่งตัวให้กลับมาใช้สิทธิประกันสังคมที่ภูมิลำเนา รพ.ใกล้บ้าน รักษาโรคมะเร็งกระดูกแต่ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาจังหวัดหนองบัวลำภู จึงทำให้ไม่สามารถใช้สิทธิประกันสังคมได้ต้องชำระเงินเอง	1.แนะนำผู้ป่วยติดต่อหน่วยประสานสิทธิ์เรื่องสิทธิการรักษา สิทธิประกันสังคมไม่สามารถขึ้นทะเบียน "Cancer Any where" ได้ 2.แนะนำญาติไปติดต่อสำนักงานประกันสังคมจังหวัดหนองบัวลำภูเพื่อขอเปลี่ยนสิทธิประกันสังคมเป็นสิทธิบัตรทองโดยเงื่อนไข เป็นมะเร็งไม่สามารถทำงานได้ เพราะไม่ได้อยู่ในช่วงเวลาย้ายสิทธิ์ 3.สำนักงานประกันสังคมดำเนินการเปลี่ยนสิทธิเป็นบัตรทองภายใน 15 วันทำการ 4.ผู้ป่วยสามารถขึ้นทะเบียน "Cancer Any where" และเข้ารับการรักษาตามระบบ	-การย้ายสิทธิ์การรักษาจากสิทธิประกันสังคมเป็นบัตรทองต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขถึงจะสามารถเปลี่ยนสิทธิ์ได้ทันที
3.เวชศาสตร์ฟื้นฟู	1.ผู้ป่วยเดินทางมาจากต่างจังหวัด ลืมนำใบส่งตัว/สูติบัตรมาสิทธิขึ้นเป็นชำระเงิน	ให้ผู้ป่วยโทรแจ้งญาติที่อยู่บ้าน ถ่ายรูปใบส่งตัว/สูติบัตร ส่งเข้าไลน์ของเวชศาสตร์ฟื้นฟูแล้วส่งเข้าแมล์แล้วพิมพ์ออกมาให้เพื่อใช้ตรวจสอบสิทธิบัตรทองโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางกลับไป	
	2.ผู้ป่วยอยู่ต่างจังหวัดแจ้งว่าทำโครงการส่งยาถึงบ้านไม่ได้ เนื่องจากไม่มีไลน์/ใช้ไลน์ไม่เป็นไม่มีสัญญาณอินเตอร์	ให้ผู้ป่วยฝากใบยาต่อเนื่อง เขียนที่อยู่ปัจจุบัน เบอร์โทร ไว้ พร้อมโน้ตแจ้งเจ้าหน้าที่ส่งยาถึงบ้านว่า "ลงทะเบียนให้ผู้ป่วย" พร้อมแนบเอกสารสำเนาบัตรประชาชน/บัตรคนพิการ/ใบส่งตัว แล้วให้โทรมาแจ้งพยาบาลห้องตรวจก่อนยาหมด 1 สัปดาห์ พยาบาลดำเนินการส่งยาถึงบ้านให้ตามระบบ	
	3.ผู้ป่วยมาขออุปกรณ์ช่วยเดิน แต่สิทธิบัตรทองคนพิการยังใช้ไม่ได้ สิทธิเป็นชำระเงินเอง เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่ได้ไปติดต่อขึ้นทะเบียนคนพิการ และทำบัตรทอง ท.74 ที่โรงพยาบาลต้นสังกัดบัตรทอง	ปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ นักสังคมสงเคราะห์ประสานการขึ้นทะเบียนคนพิการและขึ้นทำบัตรทองคนพิการ ท.74 ให้ ทำให้ผู้ป่วยใช้สิทธิได้ไม่ต้องชำระเงินเอง	
	4.ผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง มาทำกายอุปกรณ์ (รองเท้า) แต่ลืมไปติดต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อขอใบส่งตัวมา สิทธิเป็นชำระเงินเอง	ให้เข้าพบแพทย์ ให้แพทย์ช่วยสั่งทำรองเท้าให้ ประสานให้ช่างกายอุปกรณ์ ประเมินและวัดเท้าผู้ป่วยไว้และทำกายอุปกรณ์ไว้ให้ตามปกติ แต่แจ้งบุคลากรหน่วยกายอุปกรณ์ว่า ยังไม่ต้องคิดเงินให้ คิดเงินครั้งหน้าเมื่อถึงวันนัดรับรองเท้า พยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยไปติดต่อขอใบส่งตัวมาและนำมาในวันนัดรับรองเท้า	

ห้องตรวจ	เหตุการณ์ story สั้น ๆ	แนวทางแก้ไข	หมายเหตุ
4.จิตเวช	-รับแจ้งจาก PCU สามเหลี่ยม ว่า มีผู้ป่วยจิตเวช Schizophrenia loss follow มีอาการแยกตัว ซ้ำตัวเองอยู่ในบ้าน ซึ่งลูกอยู่ในบ้าน ลูกไม่ได้ไปโรงเรียน ภายในบ้านเต็มไปด้วยขยะ ไม่พบปะผู้คน	-ติดตามเยี่ยมบ้าน ใช้เวลาสร้างสัมพันธภาพ 6 เดือนผู้ป่วยจึงยอมคุยด้วย เจรจาให้ยอมรับยาฉีด หลังได้ยา ระยะหนึ่งอาการเริ่มดีขึ้น PCU ประสานเทศบาลให้มาขนขยะออกจากบ้าน ทำความสะอาดบ้านให้และขออุปกรณ์เครื่องนอนใหม่ให้ ประสานสังคมสงเคราะห์ขอเงินช่วยเหลือจาก พมจ.ขอนแก่น ประสานโรงเรียนเทศบาลสามเหลี่ยมผ่านทาง อสม. เพื่อให้ลูกได้เข้าเรียนหนังสือ	-ปัจจุบันลูกเข้าเรียนมหาวิทยาลัย ผู้ป่วยยังต้องรับยาต่อเนื่อง แต่อาการดีขึ้นมาก
5.กุมารเวชกรรม	- ผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ที่ยังคงควบคุมอาการไม่ได้ จำเป็นต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง แต่เนื่องจากสถานการณ์โควิดทำให้ผู้บางส่วนไม่สามารถเดินทางได้เนื่องจากไม่มีรถประจำทาง บางคนขาดรายได้ทำให้ไม่มีค่าเดินทาง	- บุคลากรคลินิกระบบสมองกุมารฯ ดำเนินการโทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยทุกราย เพื่อให้ได้รับการตรวจทางโทรศัพท์ และได้รับการส่งยาถึงบ้านผ่านโครงการส่งยาถึงบ้านโรงพยาบาลศรีนครินทร์ แต่ผู้ป่วยบางรายยาหมด หากรอโครงการส่งยาถึงบ้านจะทำให้ช้าเกินไป เจ้าหน้าที่ระบบสมองกุมารฯ จึงให้การดูแลผู้ป่วยเสมือนญาติโดยการช่วยรับยา และส่งยาให้ผู้ป่วยโดยตรง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาเร็วขึ้น	โครงการส่งยาถึงบ้านใช้ระยะเวลาส่งยาประมาณ 1-2 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยที่ยาหมดได้รับยาซ้ำ เจ้าหน้าที่คลินิกระบบสมองกุมารฯจึงให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเร่งด่วนเฉพาะรายไป -คลินิกสมองกุมารฯยังคงให้บริการตรวจทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งอาจารย์ประจำคลินิกลาศึกษาต่อจึงได้ระงับโครงการตรวจทางโทรศัพท์ไว้ก่อนและมีแผนจะกลับมาให้บริการตรวจทางโทรศัพท์อีกครั้งเมื่ออาจารย์กลับมา
	-ผู้ป่วยเด็กโรคไต มาตรวจตามนัดกับผู้ดูแลสูงอายุ ลืมใบส่งตัวมาจากบ้าน และมีปัญหาในการติดต่อกับทางบ้านผ่าน social media จึงไม่สามารถให้ทางบ้านช่วยส่งใบส่งตัวมาให้ได้ ทำให้ตรวจสอบสิทธิ์บัตรทองไม่ผ่าน ผู้ป่วยจึงไม่เจาะเลือดก่อนพบแพทย์เพราะไม่มีเงิน เงินที่เหลือมีไว้จ่ายค่ารถกลับบ้าน	- หน่วยโรคไตกุมารเวชกรรมได้ช่วยจ่ายค่าเจาะเลือด ค่ายา และช่วยเพิ่มค่ารถกลับบ้านให้ พร้อมทั้งแนะนำการเตรียมเอกสารให้พร้อมก่อนมาพบแพทย์ทุกครั้ง	- เนื่องจากผู้ป่วยตรวจในช่วงเย็น ทำให้ไม่สามารถส่งพบสังคมสงเคราะห์ได้ทางหน่วยโรคไตเด็กจึงได้ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นดังกล่าว

7) หน่วยผู้ป่วยนอก 4 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล

รัชลิตา สุวงษา¹, สุนันทา รินทวุฒิ², คำมุง ไกรยวรรณี³,

สุทิชา สุวรรณศรี⁴, จันท์เพ็ญ สีสงคราม⁵, เจษฎา ศรีบุญเลิศ⁶, รื่นฤดี แก่นนาค⁷,

¹พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าห้องตรวจรังสีวินิจฉัย

²พยาบาล หัวหน้าห้องตรวจรังสีร่วมรักษาระบบประสาท

³พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าห้องตรวจรังสีร่วมรักษาระบบลำตัว

⁴พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าห้องตรวจเวชศาสตร์นิวเคลียร์

⁵พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าห้องตรวจรังสีรักษา

⁶พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหน่วยผู้ป่วยนอก 4

⁷พยาบาลเชี่ยวชาญ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

ห้องตรวจ	เหตุการณ์ story สั้น ๆ	แนวทางแก้ไข	หมายเหตุ
1.รังสี วินิจฉัย Image	1.ผู้ป่วยแพ้สารทึบรังสี ไม่มีญาติมาด้วย รอเบิกยาแก้แพ้มาใช้และทดแทน 2.ผู้ป่วยไม่มีผลค่าการทำงานของไตมาใน วันตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์แต่ให้ประวัติ ว่าเคยเจาะเลือดที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน	1.ประสานเภสัชเบิกยามา stock ที่ห้องตรวจ 2.เมื่อผู้ป่วยแพ้ ให้อายใน stock และ แพทย์ key ให้อยา 3.นำยาคืน stock ห้องตรวจ	บูรณาการประสาน หน่วยงานเภสัชกรรม 1.ร่วมกับโรงพยาบาล ใกล้บ้าน 2.ผู้ป่วยไม่ต้องเจาะ Lab ใหม่และไม่ต้องรอ ผล Lab 3.ระยะเวลารอคอยการ ตรวจลดลง
2.รังสีร่วม รักษาระบบ ประสาท	1.ผู้ป่วย SMC R/O Lt. cavernous ต้องทำ C-angiogram คิวนัดปกติ 2 สิงหาคม 2566 ต้องการตรวจเร็วที่สุด	1.แนะนำเรื่องค่าใช้จ่ายในการทำ หัตถการนอกเวลาราชการที่ต้องจ่าย เองทั้งหมด ทั้งในส่วนของค่าอุปกรณ์+ ค่า DF ของบุคลากรแก่ผู้ป่วยและญาติ 2.ประสานงานกับทีม Intervention +ทีมวิสัญญีทำเป็นเคสบูรณาการ 3.set case ในระบบ HO 4.ออกใบนัด ใบรับทราบค่าใช้จ่าย ส่วนเกิน ใบค่า DF ของบุคลากร พร้อมเซ็นรับทราบ 5.ให้ข้อมูลการเตรียมตัวก่อนทำหัตถการ การจ้องเตียง (สามารถจ้องห้องพิเศษได้)	1.ผู้ป่วยได้รับการตรวจ ที่รวดเร็วขึ้นจากเดิม 02/08/66 เป็น 23/02/66 2.ผู้รับบริการพึงพอใจ 100%
3.รังสีร่วม รักษาระบบ ลำตัว	1.ผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาลเพื่อทำ TACE และลงมาทำหัตถการ พบว่า ผู้ป่วยใช้สิทธิ รักษาพยาบาลจ่ายเอง (ไม่มีใบส่งตัว) ซึ่งค่าใช้จ่ายในการทำหัตถการค่อนข้างสูง ประมาณ 60,000 บาท	1.สอบถามญาติเรื่องสิทธิรักษาพยาบาล 2.ติดต่อประสานงานและให้ข้อมูลกับ หน่วยประสานสิทธิ์เพื่อให้เปลี่ยนสิทธิ รักษาพยาบาลเป็นมะเร็งรักษาได้ทุกที่	1.บูรณาการประสาน หน่วยประสานสิทธิ์

ห้องตรวจ	เหตุการณ์ story สั้น ๆ	แนวทางแก้ไข	หมายเหตุ
		<p>3.เมื่อส่งพบประสานสิทธิ์พบว่า ผล CT ที่นำผลมาแต่โรงพยาบาล สิรินธรไม่มีใบอ่านผลมาด้วย โรงพยาบาลจึงร่วมรักษาระบบลำตัวได้ โทรประสานงานกับโรงพยาบาล สิรินธร ขอให้ออกผลอ่าน CT</p> <p>4.แจ้งให้ญาติไปรับผลจาก โรงพยาบาลสิรินธร และติดต่อ เปลี่ยนสิทธิรักษาพยาบาลที่หน่วย ประสานสิทธิ์เป็นสิทธิมะเร็งรักษา ทุกที่ ทำให้ผู้ป่วยได้ทำหัตถการโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายซึ่งค่อนข้างแพง</p>	
4.เวชศาสตร์ นิวเคลียร์	<p>1.ผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์รายใหม่ส่งตัวมากลับแล้ว I 131 แต่ไม่มีผล patho มาด้วย แพทย์ให้ผู้ป่วยกลับไปตามผลชิ้นเนื้อจาก โรงพยาบาลที่ผ่าตัดมาประกอบการ พิจารณากลับแล้ว</p> <p>2.รับนัดและส่งผลสแกนทาง E-mail</p>	<p>1.สอบถามผู้ป่วยเรื่องการผ่าตัด ต่อมาไทรอยด์ที่โรงพยาบาลในและ ผ่าตัดก็ครั้ง</p> <p>2.ตรวจสอบข้อมูลจากใบส่งตัวเรื่อง โรค การรักษาที่ได้รับ การผ่าตัดและ เหตุผลที่ส่งมากลับแล้ว</p> <p>3.โทรศัพท์ติดต่อกับห้อง patho ของ โรงพยาบาลที่ผ่าตัดเพื่อขอผลชิ้นเนื้อ โดยให้เจ้าหน้าที่ห้อง patho ส่งผลชิ้น เนื้อมาทาง E-mail</p> <p>4.ตรวจสอบผลชิ้นเนื้อใน E-mail และปรี้นผลชิ้นเนื้อ</p> <p>5.ส่งผู้ป่วยเข้าพบแพทย์พร้อมผลชิ้นเนื้อ</p> <p>1.คนไข้ต่างจังหวัดที่มาสแกนและ จะเอาผลสแกนไปตรวจรักษาที่ โรงพยาบาลอื่น โดยการประสานงาน กับโรงพยาบาลเครือข่าย เช่น โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาล สกลนคร โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นต้น โดยเฉพาะในการตรวจที่ เร่งด่วน เช่น การตรวจสแกน Disida scan</p> <p>2.กรณีคนไข้สแกนเสร็จสามารถกลับบ้านและไปฟังผลโรงพยาบาลที่ ส่งมานัดและสแกนได้เลย โดย เจ้าหน้าที่ห้องสแกนจะส่งผลกลับ ทาง E-mail ที่ส่งมานัด</p>	<p>1.บูรณาการประสาน กับเจ้าหน้าที่ห้อง patho ของโรงพยาบาลที่ส่งตัว มากลับแล้ว</p> <p>1.บูรณาการประสาน กับเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลเครือข่าย</p>

ห้องตรวจ	เหตุการณ์ story สั้น ๆ	แนวทางแก้ไข	หมายเหตุ
5.ห้องตรวจ รังสีรักษา	<p>เรื่องราวที่ประทับใจ</p> <p>1.คนไข้เป็นคนจังหวัดบุรีรัมย์มาฉายรังสีที่แผนกรังสีรักษาทุกวันคุณลุงเป็นคนที่น่าสงสารมากๆ ไม่ค่อยจะพูดสมัยก่อน เรือนพักญาติจะอยู่ที่หลังตึก สว. คุณลุงจะต้องฉายรังสีตอนบ่ายแต่ด้วยความที่คุณลุงไม่มีเงินกินข้าวพยาบาลเลยบอกให้คุณลุงมารอรับข้าวฟรีตอนเที่ยงของทุกวัน คุณลุงมักจะชมพยาบาลที่ได้ดินตลอดว่าพยาบาลที่นี่ใจดีมากๆ บางครั้งคุณลุงก็ร้องไห้ ซึ่งใจในสิ่งที่เจ้าหน้าที่ทุกคนมอบให้คุณลุงฉายรังสีจนครบแสงจะเดินทางกลับบ้าน พยาบาลที่รังสีรักษาก็จะรวบรวมเงินให้รถให้คุณลุงคุณลุงตัวคนเดียวเวลามารักษาตัวก็มาคนเดียว</p> <p>ซึ่งฝ่ายพยาบาลก็ไม่กล้าถามว่าลูกเมียไปไหนคุณลุงฉายรังสีครบแล้วกลับบ้าน อาจารย์นัดตรวจติดตามผลการรักษา 1 เดือน เวลาผ่านไป 1 เดือนคุณลุงกลับมาตามนัดแต่มาค่ามาก พยาบาลก็เลยถามว่าทำไมเวลานี้คะ ประมาณ บ่าย 2 โมง คุณลุงบอกว่าขอติดรถเค้ามาไม่มีรถมา ไม่มีค่ารถ (น่าสงสารมากๆ) หลังจากตรวจเสร็จ หัวหน้าพยาบาลคุณจันทร์เพ็ญ สีสงคราม ก็ได้มอบเงินค่ารถ 1000 บาท พร้อมข้าวของเครื่องใช้ที่จำเป็นให้คุณลุงเพื่อนำไปใช้ที่บ้าน คุณลุงซึ่งใจมาก แล้วหัวหน้าก็มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ไปส่งคุณลุงขึ้นรถกลับบ้านปรากฏว่าพอไปถึงเรือนพักญาติรถที่คุณลุงขอติดรถมาได้กลับไป แล้ว คุณลุงเลยได้นอนเรือนพักญาติอีก 1 คืนเจ้าหน้าที่มีโอกาสดำเนินคุยกับคุณลุง คุณลุงเล่าให้ฟังว่าหลังจากที่รู้ว่าป่วยเป็นมะเร็งโรงพยาบาลที่บุรีรัมย์ก็นำมาให้มาฉายรังสีที่ขอนแก่นด้วยความที่คุณลุงอยากหายไม่มีเงินค่ารถก็ไปหาหยิบยืมชาวบ้านมา ไม่คิดเลยว่าพอมายาฉายรังสีจะได้รับความรักความเมตตาามากขนาดนี้คุณลุงเป็นอีกหนึ่งเคสที่พวกเราชาวรังสีได้ดินประทับใจและดีใจที่ได้ให้ความช่วยเหลือค่ะ</p>	<p>1.ปัญหาด้านเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง</p> <p>2.ความจำเป็นของเรือนพักญาติ</p> <p>3.ดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกมิติด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และสนับสนุนให้ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง</p> <p>1.ปัญหาด้านเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง</p> <p>2.ความจำเป็นของเรือนพักญาติ</p> <p>3.ดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกมิติด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และสนับสนุนให้ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>1.การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ คำนึงถึงความแตกต่างและการช่วยเหลือที่มีความเฉพาะ</p> <p>2.มีการริเริ่มกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน</p> <p>เสริมพลังอำนาจให้กันและกัน จัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็ง โดยเริ่มจากบุคลากรพยาบาลเป็นผู้ให้ก่อน</p>

ห้องตรวจ	เหตุการณ์ story สั้นๆ	แนวทางแก้ไข	หมายเหตุ
	<p>2. คนไข้เป็นคนไข้จังหวัดนครพนมเป็นมะเร็งที่ตามมารักษาเมื่อเดือนตุลาคม คุณลุงมากับคุณยายสองคนลูกชายทำงานรับจ้างรายวันรับมาส่งแล้วก็รีบกลับไปทำงานรับจ้างมาฉายรังสีจนถึงค่าคุณป้าก็ยังไม่รู้ว่าจะได้ใบนอนที่ไหน ตอนแรกพยาบาลจะให้คุณลุงนอนที่เตียง 5 ก แต่แจ้งคุณลุงว่าถ้านอนที่เตียงคุณป้าเฝ้าไม่ได้คุณลุงต้องนอนคนเดียว คุณลุงบอกเป็นตายร้ายดียังไงก็ไม่ยอมแยกกันนอนเพราะเป็นห่วงคุณป้ามากๆ คุณป้าก็เลยบอกว่าไม่เป็นไรขอนอนแถวไหนก็ได้พินได้ตึกโรงพยาบาลก็ได้ ด้วยความที่คุณลุงคุณป้ารักกันมากตั้งแต่แต่งงานกันมาไม่เคยแยกกันนอนเลยคุณยายบอก จนถึงเวลา 18.00 น. คุณลุงคุณป้าก็ยังหาที่พักไม่ได้ จะให้ไปพักเรือนพักญาติก็ลำบากในการเดินทางเพราะตอนที่คุณลุงมาฉายรังสีตึกคุณลุงบวมปูดมาก หัวหน้าจันทร์เพ็ญพยายามติดต่อห้องพักให้ก็มีแต่แพงๆ จนถึงเวลา 18.30 น. หัวหน้าจึงให้เจ้าหน้าที่ไปหาที่พักรายวันหน้าหน้า โรงพยาบาลก่อนเพื่อวันรุ่งขึ้นจะได้หาวิธีใหม่ เจ้าหน้าที่ก็เลยพาคุณลุงคุณป้าเดินทางห้องพักถาวรแต่ละที่ก็มีแต่แพงๆ สุดท้ายไปได้ห้องพัสดมคืนละ 250 บาท คุณลุงคุณป้าเดินเข้าไปในตึกเป็นภาพที่น่าสงสารมากๆ ตอนเช้าพยาบาลได้ให้คุณลุงนอนที่ตึกที่คุณป้าสามารถเฝ้าคนไข้ได้ คุณลุงฉายรังสีจนครบแล้วนัดติดตามผล 1 เดือน วันที่คุณลุงคุณป้ามาตามนัดคนไข้มะเร็งปอดแล้วก็เอาผ้าถุงมาฝากหัวหน้าจันทร์เพ็ญ และน้องคนที่พาไปหาห้องพักคุณลุงบอกว่าประทับใจมากๆ ที่ได้มารักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ไม่เคยไปที่โรงพยาบาลไหนแล้วมีคนคอยให้ความช่วยเหลือแบบนี้มาก่อน พุดแล้วคุณลุงคุณป้าก็น้ำตาคลอเบา คุณลุงคุณป้าเป็นอีกหนึ่งความประทับใจของพวกเขาชาวรังสีได้ดินดะ</p> <p>3.</p> 	<p>1. ผู้ป่วยเด็กมะเร็งที่มาฉายแสงที่ห้องตรวจรังสีรักษา แม้จะมีอาการอย่างต่อเนือง มักพบปัญหาเสมอว่าเด็กมีความกลัว ร้องไห้ ขยับ วิ่งหนีกลัวเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ต้องดมยาสลบเพื่อให้นอนนิ่งๆ ขณะฉายแสง พยาบาลดูแลครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวมคำนึงถึงระดับพัฒนาการของเด็ก</p>	

8) หน่วยผู้ป่วยนอก 5 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

อัจฉรา ปาละ¹, มาลาภูล ศิลปษา², จงกล นามคุณ³, สุภาพร ภูศิริวิญญู⁴, รื่นฤดี แก่นนาค⁵

¹พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าห้องตรวจคัดกรอง กว ชั้น 1

²พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าห้องตรวจคัดกรอง กว ชั้น 2

³พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าห้องตรวจรักษั้ปทุม

⁴พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหน่วยผู้ป่วยนอก 5

⁵พยาบาลเชี่ยวชาญ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

ห้องตรวจ	เหตุการณ์ story สั้น ๆ	แนวทางแก้ไข	หมายเหตุ
ห้องตรวจ คัดกรอง ก.ว. ชั้น 1	1.ผู้ป่วยใหม่โรคมะเร็งท่อน้ำดี refer มาจากโรงพยาบาลบึงโขง หลง พร้อม CD ภาพเอกซเรย์ แต่ที่นำมาผิดคน (ของใส่ CD และชื่อถูกคน แต่แผ่น ภาพเป็นชื่อคนอื่น)		- แพทย์ตรวจสอบพบ ภาพเอกซเรย์ไม่ใช่ ของผู้ป่วย
	2.ผู้ป่วยรถนอน มีรถ refer จาก โรงพยาบาลขอนแก่น มาส่งตรวจ กับทีมแพทย์คัดกรองประสาท และสมองสูงอายุ หลังจากตรวจ เสร็จช่วงบ่ายพบผู้ป่วยและญาติ นั่งบนรถเข็น สอบถามไม่มีรถรับ กลับ ไม่รู้จะต่อไปอย่างไร ไม่มี เบอร์โทรศัพท์รถที่มาส่ง	1.พยาบาลโทรประสานงานที่โรงพยาบาลศูนย์ ขอนแก่นติดต่อรถ Refer เพื่อรับคนไข้กลับ โรงพยาบาลขอนแก่น	1.ผู้ป่วยปลอดภัย 2.ผู้ป่วยพึงพอใจ
ห้องตรวจ คัดกรอง ก.ว. ชั้น 2			
			1.ผู้ป่วยปลอดภัย 2.ผู้ป่วยพึงพอใจ
		- โทรประสานห้องตรวจต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วย	1.ผู้ป่วยปลอดภัย 2.ผู้ป่วยพึงพอใจ
3.ห้องตรวจรักษั้ ปทุม	1.ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนัดมารับยา เคมีบำบัดเจาะเลือดมาจาก รพ.ใกล้บ้านและนำผลเลือดมา f/u ตามนัด แต่ได้ผลเลือดมาไม่ครบ ขาดผล CBC	1. พยาบาลที่ห้องตรวจโทรประสานงานกับ ห้องแลป รพ.ใกล้บ้านให้ส่งผลการตรวจให้ ทางไลน์ของพยาบาล (ผู้ป่วยไม่มีไลน์) ทำให้ ผู้ป่วยไม่ต้องเจาะเลือดใหม่ซึ่งจะต้องใช้เวลา รอผลตรวจเลือดอีกประมาณ 2-3 ชม. จึงจะได้ เข้าพบแพทย์เพื่อตรวจสั่งยา	

ห้องตรวจ	เหตุการณ์ story สั้น ๆ	แนวทางแก้ไข	หมายเหตุ
	2.ได้รับการประสานจากห้องแล็บพยาธิว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ส่งบล็อกลิสไลด์มาตรวจ 2 ชิ้น มี 1 ชิ้นที่รหัสบล็อกที่โรงพยาบาลใกล้บ้านระบума ไม่ตรงกับรหัสที่ติดอยู่บนบล็อกลิสไลด์จริง	1.พยาบาลโทรติดต่อกับโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่ refer มาและประสานงานจนทราบว่าได้ส่งสไลด์สลับกันมาจริง ได้ประสานงานห้องแล็บพยาธิเพื่อให้ญาติผู้ป่วยรับบล็อกลิสไลด์ที่ไม่ถูกต้องคืนพร้อมขอให้คงคิวในการอ่านผลชิ้นเนื้อเนื้อไม่ให้การวินิจฉัยล่าช้า พร้อมกับประสานโรงพยาบาลใกล้บ้านนัดวันให้ผู้ป่วยไปรับสไลด์ ตามผลชิ้นเนื้อก่อนวันนัด f/u เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเสียเวลาเดินทาง (ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง)	แพทย์ต้องการให้มีการอ่านผลชิ้นเนื้อเพิ่มและขอให้ผู้ป่วยนำบล็อกลิสไลด์จากรพ. ใกล้บ้านมาเพื่อข้อมเพิ่มเดิม
	3.ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอายุ 81 ปี เดินไม่สะดวก หูได้ยินไม่ชัด ญาติขับรถมาส่งหน้าตึก สว.แล้วกลับไปรอที่บ้าน ผู้ป่วยต้องไปเบิกยา FASLODEX มาฉีดที่รักษัปทุม	1.พยาบาลให้เจ้าหน้าที่ไปเบิกยาให้ เมื่อฉีดยาเสร็จรอจนแน่ใจว่าญาติมาถึงจึงตามเวรเปลไปส่งผู้ป่วยที่หน้าตึกสว.	1.ผู้ป่วยปลอดภัย 2.ผู้ป่วยพึงพอใจ
	4. ผู้ป่วยมาฟังผลแมมโมแกรมตามนัด ขณะซักประวัติผู้ป่วยได้เล่าให้ฟังว่าวันนี้มาถึงรพ.สายเพราะระหว่างเดินทางมาด้วยอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้มจึงมาถึงช้า เจ้าหน้าที่สอบถามว่าเป็นอะไรมากหรือไม่ ผู้ป่วยแจ้งว่าไม่เป็นอะไรมากจึงไม่ได้ไปโรงพยาบาล และรีบมาพบแพทย์ตามนัด	1.เจ้าหน้าที่ได้ประเมินอาการพบว่าผู้ป่วยมีผลผลลอกที่เข้าขวจจึงได้ทำผลให้	-ผู้ป่วยขอบคุณเจ้าหน้าที่และบอกว่าเจ้าหน้าที่ดูแลดีมากเกินที่คาดไว้ ไม่คิดว่าเจ้าหน้าที่จะใส่ใจจนขนาดนี้ ทั้งที่มีภาระงานมาก มีคนไข้มาตรวจจำนวนมาก

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ในการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณา เผยแพร่ลงในวารสารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คำแนะนำทั่วไป

วารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น ชื่อย่อภาษาไทย วรฆ

Khon Kaen University Hospital Journal ชื่อย่อภาษาอังกฤษ KUHH

เผยแพร่บทความวิชาการ 6 ประเภท คือ

1. **บทความวรรณกรรม (review article)** บทความที่รวบรวมความรู้จากตำรา หนังสือ หรือวารสาร ผลงาน และประสบการณ์ของผู้นิพนธ์มาเรียบเรียงขึ้น โดยการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ วิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อให้เกิดความลึกซึ้ง หรือเกิดความกระจ่างในเรื่อง สาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง มากยิ่งขึ้น ซึ่งเนื้อหาควรกระชับ ตรงประเด็นที่ต้องการนำเสนอโดยปราศจากอคติ

2. **รายงานผู้ป่วย หรือ กรณีศึกษา (case report)** บทความรายงานผลการศึกษาจาก ผู้ป่วยจริง เลือกระเคสเด่นของผู้ป่วยที่ซับซ้อน มีการวิเคราะห์ บูรณาการความรู้เชิงทฤษฎี การแพทย์ การพยาบาล ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยทั้งในด้าน evidence based medicine และ clinical practice guideline รวมถึงความรู้ส่วนบุคคล ศิลปะ จริยธรรม กฎหมาย ผลลัพธ์การดูแล บทสรุป และข้อคิดเห็นเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในกรณีอื่นได้

3. **การจัดการความรู้ (knowledge management : KM)** บทความด้านองค์ความรู้ที่จำเป็น ของหน่วยงานเพื่อนำไปใช้ถ่ายทอดต่อผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน และมีการจัดเก็บองค์ความรู้ ให้สามารถเข้าถึงและนำไปใช้ได้ง่าย มีการนำเสนอถึงกระบวนการในการจัดการความรู้ ถอดบทเรียน และถ่ายทอดองค์ความรู้นั้น เพื่อเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

4. **นวัตกรรม (innovation)** บทความด้านการสร้างผลงาน เช่น การสร้างสรรค์ชิ้นใหม่ (creative) และเป็นความคิดที่สามารถปฏิบัติได้ (feasible ideas) นำไปใช้ได้ผลจริง (practical application) และมีการแพร่ (diffusion through) ซึ่งต้องบูรณาการความรู้ที่ใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์

5. **การพัฒนางาน** ประกอบด้วย continuous quality improvement (CQI), clinical tracer และ risk management (RM) รายละเอียดดังนี้ CQI บทความที่สรุปผลงานการพัฒนา คุณภาพได้กระชับ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการเผยแพร่ให้บุคลากรและองค์กรนำไปใช้ ประโยชน์ clinical tracer บทความตามรอยทางคลินิก คือ สภาวะทางคลินิกที่ใช้ติดตามประเมิน คุณภาพในแง่มุมต่าง ๆ อาจจะเป็นโรค หัตถการ ปัญหาสุขภาพ หรือกลุ่มเป้าหมายก็ได้ RM หรือ **การบริหารความเสี่ยง** บทความด้านการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในองค์กรและ มีการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายและเกิดการเรียนรู้เป็นแบบอย่าง หรือเป็นบทเรียนให้นำไป พัฒนาองค์กรได้

6. อื่นๆ ประกอบด้วย จุดหมายถึงบรรณาธิการ นานาสาระ บทความวิชาการที่ทันสมัย อยู่ในกระแสความสนใจ รวมทั้งนโยบายแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบุคลากร และองค์กร

รายงานผู้ป่วย หรือกรณีศึกษา (case report) ประกอบด้วย

1. ชื่อเรื่อง (ไทย หรือ อังกฤษ)
2. บทคัดย่อ (ไทย หรือ อังกฤษ)
3. บทนำ
4. ตัวอย่างกรณีศึกษา
5. การวิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษา
6. อภิปราย
7. ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ
8. สรุป (บทเรียนรู้)
9. เอกสารอ้างอิง (ระบบ Vancouver)

นวัตกรรม (innovation) ประกอบด้วย

1. ชื่อนวัตกรรม
2. ชื่อคณะผู้คิดค้น พร้อมชื่อหน่วยงานที่ติดต่อ
3. บทคัดย่อ (ไทย หรือ อังกฤษ)
4. ที่มาและแนวคิดของนวัตกรรม กล่าวถึงความสำคัญ วัตถุประสงค์ จุดเด่น หรือกลไกการทำงานที่เป็นจุดเด่นที่แตกต่างจากของที่มีอยู่เดิม
5. วิธีการที่ได้มาซึ่งนวัตกรรม อธิบายรูปแบบการวางแผน ออกแบบ วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้
6. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้
7. ผลการศึกษา ทดลองใช้นวัตกรรม เมื่อใช้แล้วเกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างไร ใช้วิธีการวัดและประเมินผลอย่างไร
8. ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นอื่น ๆ
9. เอกสารอ้างอิง (ระบบ Vancouver)

การจัดการความรู้ (knowledge management : KM) ประกอบด้วย

1. ชื่อเรื่อง
2. บทคัดย่อ (ไทย หรือ อังกฤษ)

3. ที่มาและความสำคัญ
4. วัตถุประสงค์
5. กระบวนการหรือขั้นตอนการดำเนินงาน
6. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (เทียบกับคู่แข่ง/เกณฑ์/เกิดการเปลี่ยนแปลง/trend/productivity)
7. สิ่งที่ได้เรียนรู้จากกระบวนการ
8. ปัจจัยความสำเร็จ
9. สรุปองค์ความรู้ในประเด็นนี้
10. การเข้าถึงองค์ความรู้ (ช่องทางการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้/การถ่ายทอดองค์ความรู้)
11. การนำเอาองค์ความรู้ไปใช้ (ระดับการเผยแพร่แลกเปลี่ยนองค์ความรู้)
12. เอกสารอ้างอิง (ระบบ Vancouver)

การพัฒนางาน ประกอบด้วย

1. ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา
2. บทคัดย่อ (ไทย หรือ อังกฤษ)
3. ชื่อและที่อยู่ขององค์กร สมาชิกทีม : ระบุรายชื่อสมาชิกในทีม วุฒิ ตำแหน่ง
4. เป้าหมาย ระบุเป้าหมายของโครงการให้ชัดเจน
5. ปัญหาและสาเหตุ ระบุว่าปัญหาที่ต้องการแก้ไขคืออะไร มีผลกระทบต่องานหรือการดูแลผู้ป่วยอย่างไร เกิดขึ้นที่ไหน เกี่ยวข้องกับใครบ้าง มีสาเหตุสำคัญจากอะไร
6. การเปลี่ยนแปลง ระบุการเปลี่ยนแปลงแต่ละประเด็นที่นำมาทดลองในโครงการให้รายละเอียดที่เพียงพอเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจว่าทีมได้ทำอะไรไปบ้าง
7. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง มีการวัดผลของการเปลี่ยนแปลงที่วางแผนไว้อย่างไร นำเสนอในรูปแบบกราฟผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หรือรูปแบบอื่นที่เหมาะสมกับการวัดผลดังกล่าว
8. บทเรียนที่ได้รับ นำเสนอบทเรียนที่ได้รับให้ชัดเจนพอที่จะทำให้ผู้อ่านเข้าใจว่าควรทำอะไร ทำไม่สิ่งนั้นจึงมีความสำคัญ สิ่งที่เราคาดหวังว่าจะทำในครั้งหน้าที่แตกต่างไปจากเดิม
9. การติดต่อกับทีมงาน ระบุชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ ชื่อองค์กร ที่อยู่ โทรศัพท์ email

วิธีการส่งต้นฉบับ

- ผู้นิพนธ์หลักหรือผู้รับผิดชอบบทความแจ้งความจำนงที่จะตีพิมพ์ถึงบรรณาธิการ และต้องระบุว่าต้นฉบับที่ส่งให้พิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อนหรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น ให้ส่งต้นฉบับเป็นไฟล์ข้อมูลทางเว็บไซต์วารสารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น www.kkuhj.com

- เตรียมบทความโดยใช้โปรแกรม Microsoft Word และ ไฟล์รูปภาพให้ save เป็น .jpg หรือ .tif
- คณะบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาและตีพิมพ์บทความทุกเรื่อง
- เรื่องที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่นซึ่งเป็นผู้สงวนสิทธิ์ทุกประการ
- ข้อความและความคิดเห็นในเรื่องที่ตีพิมพ์ในวารสารเป็นของผู้เขียนซึ่งคณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วย ผู้รับผิดชอบบทความจะเป็นผู้ได้รับการติดต่อเมื่อมีเรื่องแจ้งหรือสอบถามในกรณีที่มีการแก้ไข

การเตรียมต้นฉบับ

ต้นฉบับให้เตรียมตามรูปแบบที่วารสารนี้กำหนดเท่านั้น โดยให้ทำตามคำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความเผยแพร่วารสารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น หรือใช้ต้นแบบจากตัวอย่างที่ให้ไว้ (sample copy) ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วย Fonts: Angsana New 16 ต้นฉบับ และบทความต้องเตรียมเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตัวสะกดภาษาไทยให้อิงตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2547 โดยมีเนื้อหาเรียงตามลำดับดังนี้

1. ชื่อเรื่อง ต้องเตรียมเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ตัวอย่าง การศึกษาประสิทธิภาพของการใช้สื่อการสอนในรูปแบบ ซี เอ ไอ ช่วยในการสอนการฝึกหัดเจาะเลือด

Efficacy of CAI as Additional Media for Medical Procedure Training, a Trial in Blood Collection Procedure Training

ชื่อเรื่องควรสื่อความหมายมากที่สุดโดยใช้คำน้อยที่สุด และต้องตรงกันระหว่างไทยกับอังกฤษ

2. ชื่อผู้แต่งและสังกัด ต้องเตรียมเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

สถาบันที่ผู้เขียนสังกัดขณะทำวิจัย ไม่ต้องใส่ยศ คำนำหน้า ตำแหน่ง หรือปริญญา สามารถใส่เครื่องหมาย * เพื่อบ่งถึงผู้เขียนหลักที่รับผิดชอบโต้ตอบบทความ

ตัวอย่าง สมศักดิ์ เทียมเก่า^{1*}

¹ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

3. บทคัดย่อ ต้องเตรียมเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

งานตีพิมพ์ทุกประเภทจะต้องมีบทคัดย่อ (abstract) ภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ ยกเว้นจดหมายถึงบรรณาธิการ เตรียมในลักษณะ structured abstract ประกอบด้วยแต่ละส่วน ดังนี้

A. หลักการและวัตถุประสงค์ (background, introduction and objective)

B. วิธีการศึกษา (รูปแบบการศึกษา, สถานที่ศึกษา, ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง, การรักษา, การวัดผล) (methods, design, setting, population and samples, intervention, measurements)

C. ผลการศึกษา (results)

D. สรุป (conclusions)

4. เนื้อหา (Main text) ประกอบด้วย

A. บทนำ (introduction) มีการอ้างถึงปัญหา ความรู้ที่ยังขาด และวัตถุประสงค์ หรือสมมติฐานของการวิจัย ให้เขียนในรูปแบบบรรยายความไม่ให้เขียนเป็นข้อ ๆ เหมือนเขียนเอกสารโครงการวิจัย เขียนรวมอยู่ในบทนำเป็นย่อหน้าเดียว

B. วิธีการศึกษา (methods) ระบุถึง รูปแบบการวิจัย ประชากรศึกษา วิธีการเลือกตัวอย่าง วัสดุ สารเคมี วิธีการวัดผล การวิเคราะห์ตัวอย่าง มีรายละเอียดที่เพียงพอที่จะเข้าใจ และวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ

C. ผลการศึกษา (results) การนำเสนอผลการศึกษา ในรูปแบบที่เหมาะสม ในเนื้อเรื่องในตาราง หรือในรูปภาพ โดยตารางและรูปภาพควรมีรวมกันไม่เกิน 7 ชิ้น ควรมีหน่วยสำคัญทางสถิติกำกับ ในตารางหรือภาพควรมีคำอธิบายกำกับ และต้องกล่าวอ้างถึงตารางหรือภาพในเนื้อความ

D. วิจารณ์ (discussion) อภิปรายการทดลองของตนเองในบริบทของความรู้ที่มีในสาขาวิชานั้น ไม่นำเสนอผลการทดลองซ้ำอีก นำเสนอการวิเคราะห์ที่ตั้งสมมติฐาน มีการอ้างอิงครบถ้วนถูกต้องเหมาะสม

E. สรุป (conclusion)

F. กิตติกรรมประกาศ (acknowledgement)

G. เอกสารอ้างอิง (references)

H. ตาราง (table)* ให้จัดเตรียมแยกต่างหากจากเนื้อหา

I. ภาพ (figure)* ให้จัดเตรียมแยกต่างหากจากเนื้อหา

J. คำบรรยายภาพ (figure legends)

5. ใบนำส่งบทความ (title page)

ประกอบด้วยชื่อเรื่องไทย หรือ อังกฤษ ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน คุณวุฒิสูงสุด สถาบัน ภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ ชื่อที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ e-mail ของผู้รับผิดชอบบทความ ที่ทางกองบรรณาธิการจะติดต่อได้ และ key words 3 ถึง 5 คำ ภาษาไทยหรืออังกฤษก็ได้

6. ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ หรือในสัตว์ทดลองต้องระบุให้ชัดเจนในส่วนวิธีการ (methods) ว่าโครงการวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบโดยคณะกรรมการประจำสถาบันที่ทำวิจัยนั้น ๆ กองบรรณาธิการอาจขอหลักฐานพิจารณาในกรณีที่เป็น

7. ภาพประกอบ (Figure) และตาราง

- ภาพจัดเตรียมในแบบไฟล์นามสกุล jpg หรือ tif โดย save ไฟล์ที่มีความละเอียดสูง (300 dpi ขึ้นไป) ให้อ่านได้ชัดเจน
- ไม่ควรใช้ตารางหรือรูปภาพที่มีเนื้อหาซ้ำซ้อนกัน ไม่ควรมีตารางหรือภาพที่ไม่มีความจำเป็นซึ่งสามารถอธิบายได้ดีในเนื้อเรื่อง
- ควรให้รูปภาพหรือตารางสามารถอ่านและเข้าใจได้ง่ายโดยตัวมันเอง และควรมีคำอธิบายที่เพียงพอที่ช่วยในการอ่าน ให้จัดเตรียมแยกต่างหากจากบทความ ควรมีการแสดงนัยสำคัญทางสถิติกำกับด้วยเครื่องหมาย * (<0.05) ในตารางหรือภาพ
- ตารางและรูปภาพให้ใช้เลขอารบิกนำเสนอลำดับก่อนหลัง และต้องมีการกล่าวอ้างถึงในเนื้อความ กรณีที่มีรูปภาพหนึ่ง ๆ มีภาพย่อย ๆ หลายภาพ ให้ใส่สัญลักษณ์ภาพย่อยเป็นตัวอักษรใหญ่อังกฤษ A, B, C, D...กำกับไว้เพื่อใช้อ้างถึงในเนื้อความ

8. การนำเสนอสถิติ

รูปแบบการนำเสนอควรเป็นสากล เช่น ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือ ในกรณีที่ข้อมูลที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติควรใช้ ค่า คำนวณฐาน ± ค่าพิสัยควอไทล์ ความชุกและค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 [95% confidence interval] ชนิดของสถิติที่นำมาใช้วิเคราะห์ เช่น Student's t-test หรือ ANOVA test หรือ non-parametric test ที่คล้ายคลึงกัน เป็นต้น

9. เอกสารอ้างอิง (Citation and Reference)

- แนะนำให้ใช้โปรแกรม Reference Manager เช่น EndNote หรือ Procite ในการจัดทำ ไม่ควรใช้วิธีการพิมพ์เข้าไปในโปรแกรม Word โดยตรงเนื่องจากเกิดความผิดพลาดได้ง่าย

- กำหนดหมายเลขเอกสารอ้างอิงตามลำดับที่อ้างในบทความ (citation) ใช้ตัวเลขอารบิก ตัวยก (superscript) ไม่ใส่วงเล็บ การเขียนเอกสารอ้างอิง (reference) ให้ใช้ตามแบบที่กำหนด โดยวารสารนี้เท่านั้น (ดูจากตัวอย่างที่ให้ และสามารถ download EndNote/Procite style ได้จาก เว็บไซต์) สำหรับชื่อย่อของวารสารให้ใช้ตาม Index Medicus

10. คำแนะนำผู้เขียนนิพนธ์ต้นฉบับที่มีรูปแบบการวิจัยจำเพาะ

โครงการวิจัยบางประเภท ได้แก่ randomised controlled trials และ observational studies in epidemiology (cohort Studies, case-control studies และ cross-sectional analytical studies) โปรดศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมและปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานเฉพาะ สำหรับการเขียนนิพนธ์ต้นฉบับในรูปแบบการวิจัยดังกล่าว ซึ่งจะให้ความสำคัญกับ checklist และ/หรือ flow diagram เพื่อให้นิพนธ์ต้นฉบับนั้น ๆ มีเนื้อหาสำคัญที่ครบถ้วน สมบูรณ์ และ ชัดเจน มากพอที่ผู้อ่านจะสามารถประเมินความถูกต้องและความเชื่อถือได้ของงานวิจัยนั้นได้ โดยสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมดังกล่าว ได้จากแหล่งข้อมูลออนไลน์ ดังนี้

- Randomized Controlled Trial: <http://www.consort-statement.org/?o=1011>
- Observational Studies in Epidemiology: <http://www.strobe-statement.org/Checklist.html>

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

วารสารทั่วไป

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;ฉบับที่: หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

- เนสินี ไชยเอื้อย, อรวรรณ บุราณรักษ์, สมเดช พิณจสุนทร, มลิวรรณ บุญมา, ศิริพร ลีลาธนาพิพัฒน์, ชายตา สุจินพรหม, และคณะ. ผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้ คอมพิวเตอร์ของพนักงานธนาคารพาณิชย์ไทย ใน อ.เมือง จ.ขอนแก่น. ศรีนครินทร์ เวชสาร 2548; 20:3-10.
- Chau-In W, Pongmetha S, Sumret K, Vatanasapt P, Khongkankong W. Translaryngeal retrograde wire-guided fiberoptic intubation for difficult airway: A case report. J Med Assoc Thai 2005 ;88:845-8.

ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 6 คน ให้เขียนคำว่า และคณะ หรือ et al ต่อท้ายชื่อผู้แต่งคนที่ 6

หนังสือ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์.

- สรรชัย วีรพงษ์ภักดี, วราภรณ์ เชื้ออินทร์. วิชาสูติกรรมในสูติกรรม. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2548.
- Vatanasapt V, Sripa B. Liver Cancer in Thailand; Epidemiology, diagnosis and control. Khon Kaen: Siriphan Press, 2000.

บทในหนังสือ

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทในหนังสือ. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. พิมพ์ครั้งที่. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์ : หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

- บุญเกิด คงยิ่งยศ. เภสัชจลนศาสตร์. ใน: บุญเกิด คงยิ่งยศ, วีรพล คู่คงวิริยพันธุ์, ปณต ตั้งสุจริต, บรรณาธิการ. เภสัชวิทยาสำหรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. เล่มที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 5. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา, 2548: 27-53.
- Sripa B, Pairojkul C. Pathology of Cholangiocarcinoma. In: Vatanasapt V, Sripa B, editors. Liver Cancer in Thailand; Epidemiology, diagnosis and control. Khon Kaen: Siriphan Press, 2000:65-99.

สิ่งตีพิมพ์ขององค์กรต่างๆ

- Chaiear N. Health and safety in the rubber industry. Rapra Review Reports; Report 138. Shrewsbury: RAPRA Technology LTD; 2001.
- Report of the WHO informal consultation on the evaluation and testing of insecticides. Geneva:World Health Organization;1996. WHO document WHO/CTD/WHOPES/IC/96.1.

สิ่งตีพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์

- Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. Approved by House of Delegates on October 21, 1992, and last amended October 16, 2002) USA:American Society of Anesthesiologists /Available from: <http://www.asahq.org/publicationsAndServices/Difficult%20Airway.pdf>

- Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited Jun 5,1996];1(1):[24 screens]. Available from: URL:<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Conference proceedings

- Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. *Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5 Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002:182-91.*

Journal article on the Internet

- Thienthong S, Krisanaprakornkit W, Duenpen Horatanaruang D, Yimyam P, Thinkhamrop B, Lertakyamanee J. Motor blockade associated with continuous epidural infusion after abdominal hysterectomy: a randomized controlled trial comparing 0.1% ropivacaine-plus-fentanyl versus 0.2% ropivacaine-alone. *Acute Pain* [in press]
- Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *AM J Nurs* [serial on the Internet]. 2002 June [cited Aug 12, 2002]; 102(6):[about 3p.]. Available from: [http://www.nursingworld.org/AJN/2002/ June/Wawatch.htm](http://www.nursingworld.org/AJN/2002/June/Wawatch.htm)

Monograph on the Internet

- Foley KM, Gelband H, editors. *Improving palliative care for cancer* [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited Jul 9, 2002]. Available from: <http://www.nap.edu/books0309074029/html/>.



พิมพ์ที่ : หจก.โรงพิมพ์คสังขนาวทยา 232/199 ถ.ศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
Tel. 0-4346-6444, 0-4346-6860-61 Fax. 0-4346-6863 E-mail : klungpress@hotmail.com 2566

KUHJ



วารสาร โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Khon Kaen University Hospital Journal

