

## การศึกษาผลของการใช้ AI Monitoring ร่วมกับ KM ในการจัดการ ความเสี่ยงจากการบริหารความคลาดเคลื่อนทางยา

### The Study of AI Monitoring and KM to Risk Management of Medication Error

Sujjaporn Kuntuput, M.N.S.\*

Yasothon Hospital

Yasothon Province

สัจจาภรณ์ ชันฐปัญญา พบ\*.ม.

โรงพยาบาลโสธร

จังหวัดยโสธร

#### บทคัดย่อ

การบริหารความคลาดเคลื่อนทางยา จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังพบว่าอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี จากปี 2559 ถึง 2560 ร้อยละ 30.06 เป็นร้อยละ 33.86 เพื่อให้เกิดความไวต่ออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อปรับปรุงการบริหารความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงานอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา จึงได้สนใจนำแนวคิดเรื่อง AI มาประยุกต์ใช้ในการกำกับติดตามการบริหารความเสี่ยงและพัฒนาขึ้นเป็น AI Monitoring ร่วมกับกระบวนการจัดการความรู้ (KM) วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของ AI Monitoring ร่วมกับ KM ในการจัดการความเสี่ยงจากการบริหารความคลาดเคลื่อนทางยา วิธีดำเนินงาน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวงรอบการศึกษา PAOR 1 วงรอบ ศึกษาในช่วงเวลา ปี 2560-2561 คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ผลการวิจัย พบว่า ชนิดย่อยของความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นบ่อย และหลังการศึกษาผลลัพธ์ดีขึ้น ผิดชนิดจากร้อยละ 17.11 เป็นร้อยละ 11.07 ผิดจำนวนรายการยาจากร้อยละ 20.18 เป็นร้อยละ 19.37 และผิดขนาดการรักษาจากร้อยละ 19.74 เป็นร้อยละ 2.37 เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างผลลัพธ์หลังพัฒนาพบว่าดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาเฉพาะรายการผิดขนาดยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $Z = -3.92, P = 0.00$ )

**คำสำคัญ** ความเสี่ยง, การบริหารความคลาดเคลื่อนทางยา, AI monitoring, Appreciative Inquiry, Knowledge Management

#### Abstract

Drug Tolerance Management From previous studies, the incidence has increased every year from 2016 to 2017 by 30.06 percent to 33.86 percent in order to be more sensitive to the incidence. And affects the continuous improvement of risk management of each department at all times Therefore, interested in applying the concept of AI to apply in monitoring,

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พบ.ม.(พัฒนาศังคม) กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาล

(Professional Nurse Master of Science in Management Social Development Branch)

risk management, and developed into AI Monitoring together with knowledge management process (KM). Objective to study the effect of AI Monitoring together with KM in managing risk from drug error management. Method of operation it is Action Research which has 1 PAOR study cycle in the period 2017-2018 Purposive sampling. The results of the research showed that Subtypes of medication errors that occur frequently and after studies have improved results. Wrong type from 17.11% to 11.07%. Wrong number of drug lists from 20.18% to 19.37% and wrong size of treatment from 19.74% to 2.37%. When testing for differences, the post-development results were better than before. Developing only the wrong dose list Statistical significance at the level of .05 ( $Z = -3.92, P = 0.00$ )

**Key words:** risk, medication error management, AI monitoring, Appreciative Inquiry, Knowledge Management

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดการความเสี่ยง หรือ การบริหารความเสี่ยง (risk management) คือ การจัดการความเสี่ยงทั้งในกระบวนการในการระบุวิเคราะห์ (risk analysis) ประเมิน (risk assessment) ดูแล ตรวจสอบ และควบคุมความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับกิจกรรม หน้าที่และกระบวนการทำงาน เพื่อให้องค์กรลดความเสียหายจากความเสี่ยงมากที่สุด อันเนื่องมาจากภัยที่องค์กรต้องเผชิญในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง หรือเรียกว่า อุบัติการณ์ (Incident)<sup>1</sup> การบริหารความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นกิจกรรมหนึ่งทางการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล ในเรื่องการบริหารความเสี่ยง (Risk Management) ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) คือ ความคลาดเคลื่อนที่เกิดในกระบวนการใช้ยา ตั้งแต่การสั่งใช้ยา การคัดลอกคำสั่งใช้ยา การจ่ายยา และการบริหารยา นำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม และเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็น

วิธีการให้ยาผิด การเลือกความเข้มข้นยาผิด การระบบควบคุมที่มีประสิทธิภาพและความร่วมมือระหว่างผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ความคลาดเคลื่อนทางยาอาจแบ่งเป็นประเภทใหญ่ ๆ ดังนี้<sup>2</sup>

- ก. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (Prescribing Error) หมายถึง การเลือกให้ยาผิด โดยใช้หลักการเลือกยาตามข้อบ่งใช้ ข้อห้ามใช้ ประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย ยาอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยใช้อยู่ การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน การสั่งยาที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างกัน การเลือกขนาดยาผิด การเลือกรูปแบบยาผิด การสั่งยาในจำนวนที่ผิด การเลือกวิธีการให้ยาผิด การเลือกความเข้มข้นยาผิด การเลือกอัตราเร็วในการให้ยาผิด หรือการให้คำแนะนำในการใช้ยาผิด การสั่งใช้ยาผิดตัว ผู้ป่วย หรือการไม่ระบุชื่อยา ความแรง ความเข้มข้น ความถี่ในการใช้ยา รวมทั้งการสั่งยาด้วยลายมือที่อ่านไม่ออก ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนที่อาจส่งผลถึงตัวผู้ป่วย
- ข. การรายงานและวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา

1. ผู้พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา ประเมิน ความรุนแรงของอุบัติการณ์ และดำเนินการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น

1.1 กรณีความรุนแรงระดับ A-E ดำเนินการแก้ไขเบื้องต้น เขียนรายงานอุบัติการณ์ รายงานตามขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์

1.2 กรณีความรุนแรงระดับ F-I ดำเนินการแก้ไขเบื้องต้นรายงานเหตุการณ์ให้ผู้บริหารทราบด้วยวาจา และส่งรายงานอุบัติการณ์ภายใน 24 ชั่วโมง

2. หัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงานดำเนินการตรวจสอบข้อมูลเพื่อหาสาเหตุ

2.1 กรณีสาเหตุของความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาเกิดจากความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาเขียนใบรายงานอุบัติการณ์ การเกิดการความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาเฉพาะส่วนที่ 1 แล้วส่งเอกสารไปที่กลุ่มงานเภสัชกรรมเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุและดำเนินการแก้ไขหรือป้องกันเพื่อแจ้งต่อคณะกรรมการลดความคลาดเคลื่อนทางยาต่อไป

2.2 กรณีสาเหตุของความคลาดเคลื่อนเกิดจากความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา สำเนาใบรายงานอุบัติการณ์ส่งประธานทีมนำทางคลินิกเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุและดำเนินการแก้ไขหรือ ป้องกันเพื่อแจ้งต่อคณะกรรมการลดความคลาดเคลื่อนทางยาต่อไป

2.3 กรณีสาเหตุความคลาดเคลื่อนเกิดจากการให้ยา หัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงานวิเคราะห์สาเหตุดำเนินการแก้ไขหรือป้องกันและส่งรายงานอุบัติการณ์ตามลำดับขั้น

3. ผู้ตรวจการ/หัวหน้างานงานบริการพยาบาล/งานเภสัชกรรม และหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม/ให้ความเห็น/กำหนดแนวทางมาตรการเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำเสนอคณะกรรมการลดความคลาดเคลื่อนทางยา/คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

4. คณะกรรมการลดความคลาดเคลื่อนทางยาสรุปรายงาน และข้อเสนอแนะเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล

5. เลขาคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง นำผลการสรุปเสนอคณะกรรมการเภสัชกรรมและคณะกรรมการบริหาร เพื่อพิจารณาและกำหนดแนวทางหรือนโยบายในการบริหารยาให้บุคลากรทราบและถือปฏิบัติ

ผลกระทบของความคลาดเคลื่อนทางยา ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นปัญหาสำคัญ ปัญหาหนึ่งที่พบได้ในกระบวนการให้ยา Institute of Medicine (IOM) ได้รายงานไว้ว่าความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายถึง 44,000-98,000 คนต่อปี<sup>1-3</sup> โดยยาเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของความคลาดเคลื่อนนี้ซึ่งจะพบในผู้ป่วยถึง ร้อยละ 3.7<sup>2-3</sup> ในเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีความรุนแรง (Sentinel event) ตามรายงานของ The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นสาเหตุที่พบมากเป็นอันดับ 4<sup>4</sup> ความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของการใช้ยาตั้งแต่การสั่งการให้ยา การคัดลอกคำสั่งยา การจ่ายยาและการบริหารยา แสดงให้เห็นถึงโอกาสพัฒนาเพื่อลดความ

เสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยและยังส่งผลกระทบให้เกิดความเสียหายต่อภาวะเศรษฐกิจ ความเชื่อถือไว้วางใจของผู้รับบริการทางการแพทย์ กระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการและวิชาชีพ<sup>5</sup> ความเสี่ยงในโรงพยาบาลที่สำคัญและพบได้บ่อย ที่สุดคือ ความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา<sup>6</sup> และความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นสาเหตุของอันตราย ร้ายแรงต่อผู้ป่วยส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นของทุกฝ่าย<sup>7</sup> ขณะที่ 2/3 หรือร้อยละ 70 เป็นความคลาดเคลื่อนที่ ป้องกันได้<sup>8,3</sup>

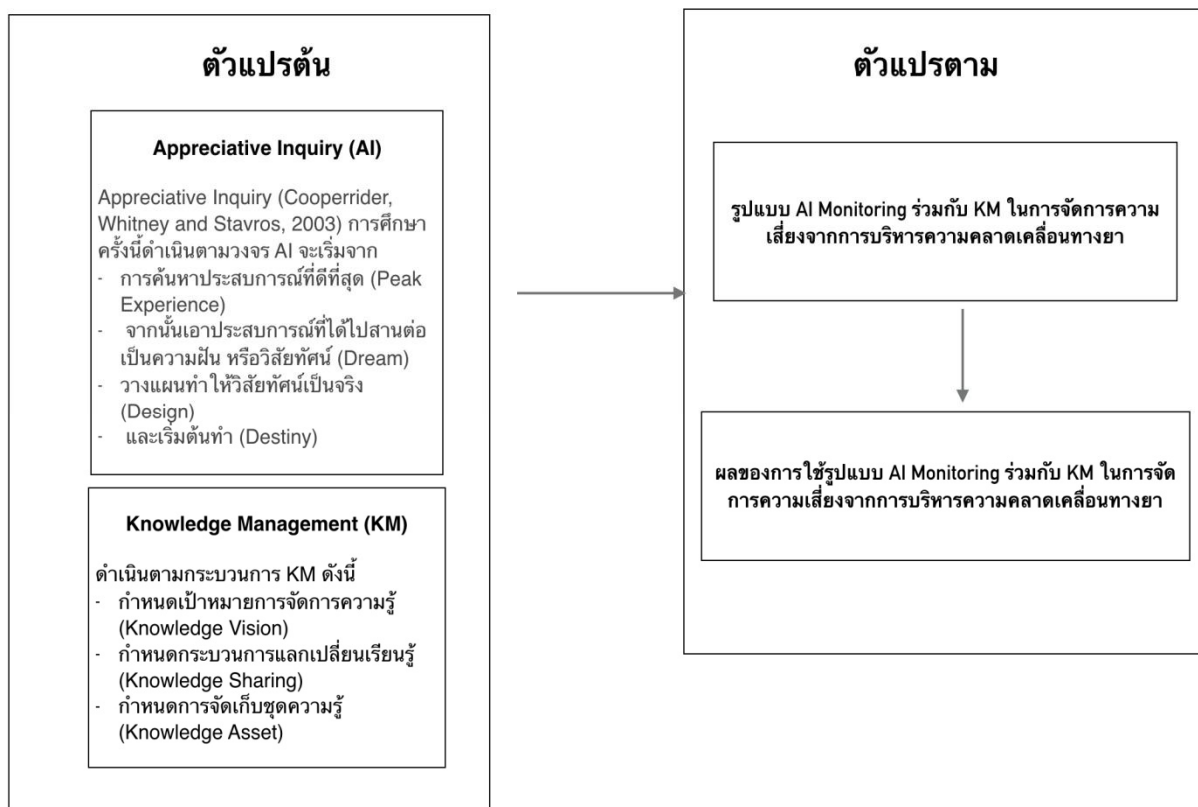
จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังพบว่า มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี จากปี 2559 ถึง 2560 ร้อยละ 30.06 เป็นร้อยละ 33.86 เมื่อวิเคราะห์ระบบการทำงานพบว่าในการบริหารยามีอุปสรรคหลายอย่าง เช่น มีสาเหตุมาจากการสั่งยาไม่ชัดเจน ประวัติการแพ้ยาเดิม ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมภายใน 24 ชั่วโมงกรณีแพทย์สั่งให้ยาเดิมแล้วต้องส่ง drug reconcile เวย์เข้าเท่านั้น มีอุปสรรคของการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ Competency ของบุคลากร การเปลี่ยนแปลงของรูปแบบผลิตภัณฑ์เสี่ยงต่อการเกิด ME ได้ (LASA) เป็นต้น ในฐานะผู้วิจัยรับผิดชอบงานการบริหารความเสี่ยง ได้วิเคราะห์เชิงระบบขององค์กร พบว่า การบริหารจัดการและการติดตามความเสี่ยงต้องอาศัยการกำกับและติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อให้เกิดความไวต่ออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และส่งผลต่อการปรับปรุงการบริหารความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงานอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา จึงได้สนใจนำแนวคิดเรื่อง AI (appreciative inquiry) ซึ่ง Appreciative Inquiry หรือ AI คือ

กระบวนการศึกษาค้นหาพร้อมกันเพื่อค้นหาสิ่งที่ดีที่สุดในตัวคน ในองค์กร หรือของโลกที่อยู่รอบตัวของเรา รวมทั้งค้นหาว่าอะไรเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ระบบดำเนินไปอย่างดีที่สุด AI เป็นศิลปะของการถามคำถาม ที่นำไปสู่การส่งเสริมให้ระบบมีศักยภาพเพียงพอที่จะพัฒนาไปสู่ศักยภาพสูงสุด<sup>4</sup> ผู้วิจัยจึงนำ AI มาประยุกต์ใช้ในการกำกับติดตามการบริหารความเสี่ยงและพัฒนาขึ้นเป็น AI Monitoring ร่วมกับกระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management) เพื่อลดช่องว่างทางความรู้ในเรื่องการจัดการความเสี่ยงโดยจัดกระบวนการให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ เริ่มตั้งแต่ค้นหาและกำหนดเป้าหมายร่วมกันไปจนถึงการนำผลการปฏิบัติมาแลกเปลี่ยนกันพร้อมนำไปสู่การปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น การจัดการความรู้ (Knowledge management - KM) คือ การรวบรวม สร้าง จัดระเบียบ แลกเปลี่ยน และประยุกต์ใช้ความรู้ในองค์กร โดยพัฒนาระบบจากข้อมูลไปสู่สารสนเทศเพื่อให้เกิดความรู้และปัญญาในที่สุด

การจัดการความรู้ประกอบไปด้วยชุดของการปฏิบัติงานที่ถูกใช้โดยองค์กรต่างๆ เพื่อที่จะระบุ สร้าง แสดงและกระจายความรู้ เพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้และการเรียนรู้ภายในองค์กร อันนำไปสู่การจัดการสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการดำเนินการธุรกิจที่ดี องค์กรขนาดใหญ่โดยส่วนมากจะมีการจัดสรรทรัพยากรสำหรับการจัดการองค์ความรู้ โดยมักจะเป็นส่วนหนึ่งของแผนกเทคโนโลยีสารสนเทศหรือแผนกการจัดการทรัพยากรมนุษย์

รูปแบบการจัดการองค์ความรู้โดยปกติ จะถูกจัดให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ขององค์กร และประสงค์ที่จะได้ผลลัพธ์เฉพาะด้าน เช่น เพื่อ แบ่งปันภูมิปัญญา, เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน, เพื่อความได้เปรียบทางการแข่งขัน, หรือ เพื่อเพิ่มระดับนวัตกรรมให้สูงขึ้น<sup>5</sup> และจากการ บริหารความคลาดเคลื่อนทางยา โดยมีคำถาม การวิจัยว่า AI Monitoring ร่วมกับกระบวนการ KM ในการจัดการความเสี่ยงจากการบริหาร ความคลาดเคลื่อนทางยาได้อย่างไร

### กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของ AI Monitoring ร่วมกับ KM ในการจัดการความเสี่ยงจากการ บริหารความคลาดเคลื่อนทางยา

### ระเบียบวิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin) มี วงรอบการศึกษา PAOR 1 วงรอบ ศึกษาในช่วง เวลา ปี 2560-2561 กลุ่มตัวอย่างคือ หอผู้ป่วย ใน จำนวน 19 แห่ง คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

ขั้น Plan: การวิเคราะห์กระบวนการ ทำงาน และวางระบบ พร้อมกำหนดเป้าหมายใน การพัฒนา และตัดสินใจนำแนวคิด AI มาใช้

ร่วมกับ Monitoring และ KM การบริหารจัดการ ความเสี่ยงเมื่อได้นำมาผสมผสานแนวคิดของ AI ซึ่งเป็นกระบวนการที่ขับเคลื่อนให้เกิดการถาม คำถามในเชิงบวกแบบไม่มีเงื่อนไขใดๆ ซึ่งมักเกิด ขึ้นกับคนตั้งแต่ไม่กี่คน จนถึงเป็นล้านคน ใน

กระบวนการการทำ AI จะเปิดโอกาสให้กับจินตนาการและนวัตกรรม แทนที่จะเป็นความคิดด้านลบ หรือการวิพากษ์วิจารณ์ AI ยืนอยู่บนสมมติฐานที่ว่าในทุกระบบล้วนแล้วแต่มีเรื่องราวด้านบวกที่สร้างแรงบันดาลใจที่ยังไม่มีใครนำมาขยายผล และมีมากพอ<sup>5</sup> เมื่อนำมาใช้กับ KM จะนำมาซึ่งการเปิดพื้นที่การเรียนรู้ร่วมกันในทีมในการค้นหา และวิเคราะห์ความเสี่ยง

ขั้น Action จัดกระบวนการ KM เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดการความเสี่ยงจากการบริหารความคลาดเคลื่อนทางยา ร่วมกับการทำ AI Monitoring

- ออกแบบกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จาก 19 หอผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์การบริหารความเสี่ยงและรูปแบบที่ดำเนินอยู่เพื่อนำไปสู่กระบวนการพัฒนาต่อ

- นำรูปแบบที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปปรับปรุงพัฒนาการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานของตนเองใน 19 หอผู้ป่วย

- กำกับติดตาม (AI Monitoring) การบริหารความเสี่ยงในประเด็น การบริหารความคลาดเคลื่อนทางยา

- กรณีมีความเสี่ยงเกิดขึ้นใช้กระบวนการ AI Monitoring มาเป็นเครื่องมือในการประชุมทีมและคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ทุกกระบวนการสกัดองค์ความรู้ที่ได้มาแลกเปลี่ยนภายในกลุ่มอีกครั้ง โดยใช้ Social Media เช่น Group Line และที่ประชุมบริหารของหน่วยงาน และองค์กร ซึ่งความรู้ที่ได้ผ่าน

กระบวนการวิเคราะห์ของคณะกรรมการความเสี่ยง

ขั้น Observation สังเกตข้อมูลจากโปรแกรมความเสี่ยงที่ใช้ทั้งระบบในโรงพยาบาล ร่วมกับการทำ AI Monitoring และเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกและประเมินผลก่อนและหลังพัฒนา

ขั้น Reflection นำข้อมูลมาถอดบทเรียนร่วมกันและคืนข้อมูลแก่ทีมในการพัฒนาปรับปรุงรอบถัดไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ประกอบด้วย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) และทดสอบค่าความแตกต่างของสัดส่วน (Proportion test)

## ผลการศึกษา

ผลของการใช้รูปแบบ AI Monitoring ร่วมกับ KM ในการจัดการความเสี่ยงจากการบริหารความคลาดเคลื่อนทางยา ผลการวิจัยพบว่า ชนิดย่อยของความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นบ่อยและหลังการศึกษาผลลัพธ์ดีขึ้น ได้แก่ ผิดชนิดจากร้อยละ 17.11 เป็นร้อยละ 11.07 ผิดจำนวนรายการยาจากร้อยละ 20.18 เป็นร้อยละ 19.37 และผิดขนาดการรักษาจากร้อยละ 19.74 เป็นร้อยละ 2.37 เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างผลลัพธ์ของการจัดการความเสี่ยงจากการบริหารความคลาดเคลื่อนทางยาหลังพัฒนาพบว่าดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาเฉพาะรายการผิดขนาดยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

( $Z = -3.92, P = 0.00$ )

การบริหารยา ในหอผู้ป่วยที่เกิดความคลาดเคลื่อนบ่อยที่สุด เปรียบเทียบ 3 ปี

	2559	2560	2561	2559	2560	2561	Z test	P-Value
ผิดชนิด	49	39	28	18.4210526315789	17.1052631578947	11.0671936758893	-1.23	0.11
ผิดจำนวนรายการยา	28	46	49	10.5263157894737	20.1754385964912	19.3675889328063	-0.14	0.44
ผิดขนาดยา	42	45	6	15.7894736842105	19.7368421052632	2.37154150197628	-3.92	0.00
ให้ยาไม่ทัน/ผิดเวลา	101	62	95	37.9699248120301	27.1929824561403	37.5494071146245	1.57	0.06
	266	228	253					

จากตาราง การบริหารยาในหอผู้ป่วยที่เกิดความคลาดเคลื่อนบ่อยที่สุด เปรียบเทียบ 3 ปี พบว่า ในรายการผิดชนิด ผิดขนาดยา ดีขึ้น มีอุบัติการณ์ลดลง แต่ในรายการผิดจำนวนรายการยา กลับพบจำนวนเพิ่มขึ้น เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุพบว่า มีความผิดพลาดจากต้นทางคือ ห้องจ่ายยา และการตรวจสอบกับรายการสั่งยาของแพทย์ ในรายการให้ยาไม่ทัน/ผิดเวลา สัมพันธ์กับภาระงานของพยาบาล จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทำให้ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการยาลดลง

เมื่อวิเคราะห์ค่าความแตกต่างของสัดส่วน (Proportion Difference Test) ของสัดส่วนก่อนและหลังการบริหารยาในหอผู้ป่วยที่เกิดความคลาดเคลื่อนบ่อยที่สุดเปรียบเทียบระหว่าง ปี 2560 และ 2561 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะรายการผิดขนาดยา  $P < 0.05$  ( $Z = -3.92$ ,  $P = 0.00$ )

จากการจัดการความรู้ ที่ได้จากการนำเครื่องมือ AI และ KM มาใช้ร่วมกันในการบริหารความคลาดเคลื่อนทางยา สรุปได้ดังนี้

**ผลของการจัดการความรู้ในการ บริหาร ความเสี่ยงเรื่องยา (KM to RM)**

“แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาแนวทางปิด GAP และนำไปการเรียนรู้สู่การปฏิบัติ (Action Learning)”

ตัวอย่างประเด็นที่ยังเป็นช่องว่างนำไปสู่การพัฒนา อาทิเช่น

- ลายมือแพทย์อ่านยากไม่ชัดเจน
  - แพทย์ไม่ดูประวัติผู้ป่วยก่อนสั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้อยู่เดิม
  - ระบบ on line ยังไม่ได้ 100%
  - ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมภายใน 24 ชั่วโมง
- กรณีแพทย์สั่งให้ยาเดิมแล้วต้องส่ง drug reconcile เวย์เข้าเท่านั้น
- ประวัติยาเดิมยังไม่onlineทั่วประเทศ
  - ระบบ stat drug บางตึกยังไม่ได้ตามมาตรฐานในเรื่องของเวลาและกระบวนการ
  - มีอุปสรรคของการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ
  - อุปกรณ์สำหรับบริหารยาไม่พร้อมใช้
  - กระสวยส่งยายังใช้งานไม่ได้ครบทุกตึก
  - Competency ของบุคลากร
  - ระบบcomputer/สารสนเทศขัดข้อง
  - ยาบางตัวที่จำเป็นขาดคลัง
  - การเปลี่ยนแปลงของรูปแบบ

ผลิตภัณฑ์เสี่ยงต่อการเกิด ME ได้ (LASA)

**ประเด็นของกระบวนการที่นำมาใช้ในการพัฒนา**

- LEAN กระบวนการทำงาน RM
- เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันบ่อยๆ->PDCA

- การไม่ปฏิบัติตามแผน-> Reflection และนำไปสู่การพัฒนา

- Consult เข้าใจ เข้าถึง และเกิดการพัฒนา
- พัฒนาระบบ transfer ผู้ป่วย/Data
- คนเป็นกลไกสำคัญแต่เมื่อคนไม่พอเราจะหากกลไกไหนมาแทนได้ เป็นประเด็นที่นำไปสู่การวางแผนการพัฒนา
- สื่อสารเรื่องการแพทย์ที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย
- สร้างและพัฒนา ward Model
- สร้างนวัตกรรมใหม่เพิ่มขึ้น เช่น “รถเตียงยา”
- KM เพื่อเคลื่อน PDCA ในองค์กร

### การอภิปรายผล

การศึกษาผลของ AI Monitoring ร่วมกับ KM ในการจัดการความเสี่ยงจากการบริหารความคลาดเคลื่อนทางยา จากการวิจัยพบว่าการบริหารยาในหอผู้ป่วยที่เกิดความคลาดเคลื่อนบ่อยที่สุด เปรียบเทียบ 2 ปี พบว่า ในรายการผิดชนิดจากร้อยละ 17.11 เป็นร้อยละ 11.07 ผิดขนาดยาจากร้อยละ 19.74 เป็นร้อยละ 2.37 มีอุบัติการณ์ลดลง แต่ในรายการผิดจำนวนรายการยา กลับพบจำนวนเพิ่มขึ้น เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุพบว่า มีความผิดพลาดจากต้นทางคือห้องจ่ายยา และการตรวจสอบกับรายการสั่งยาของแพทย์ ในรายการให้ยาไม่ทัน/ผิดเวลาสัมพันธ์กับภาระงานของพยาบาล จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทำให้ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการยาลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริลักษณ์ ฤทธิ์โรตง, 2560 ได้ศึกษาความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในบริบทของพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่า ความเสี่ยงนั้นมีโอกาสเกิดขึ้นได้

ทุกขณะที่ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งการค้นหาค่าความเสี่ยงของพยาบาลจะเป็นด่านป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายกับผู้ป่วยบริการ ตัวผู้ปฏิบัติงานและองค์กร หรือหากเกิดความเสียหายเกิดขึ้น การจัดการกับความเสี่ยงจะเป็นเครื่องมือสำคัญ ในการปฏิบัติงานเพื่อลดความเสียหายต่อผลกระทบหรือเปลี่ยนเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ รวมทั้งการจัดการเชิงรุก

เมื่อวิเคราะห์ค่าความแตกต่างของสัดส่วน (Proportion Difference Test) ของสัดส่วนก่อนและหลังการบริหารยาในหอผู้ป่วยที่เกิดความคลาดเคลื่อนบ่อยที่สุดเปรียบเทียบระหว่าง ปี 2560 และ 2561 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะรายการผิดขนาดยา  $P < 0.05$  ( $Z = -3.92$ ,  $P = 0.00$ )

จะเห็นได้ว่าการใช้ AI Monitoring ร่วมกับ KM ในการจัดการความเสี่ยงจากการบริหารความคลาดเคลื่อนทางยา ทำให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานได้ดีขึ้น บุคลากรกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นในรายละเอียดของการทำงานทำให้สามารถตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมในส่วนที่ควรนำมาดำเนินการเร่งด่วนโดยพิจารณาในเชิงระบบโดยการใช้ AI Monitoring ร่วมกับ KM จะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงจากการบริหารความคลาดเคลื่อนทางยา

### สรุปผลการศึกษา

จากการนำ AI Monitoring ร่วมกับ KM ในการจัดการความเสี่ยงจากการบริหารความคลาดเคลื่อนทางยา แม้จะช่วยทำให้กระบวนการติดตาม กำกับ ในเชิงระบบดีขึ้น เข้าถึงข้อมูลและ



อุบัติการณ์ได้เร็วขึ้น นำไปสู่การตัดสินใจในเชิงบริหารของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลในการพัฒนาแก้ไขปัญหายุ่งยากต่างๆ ได้ดีขึ้น แต่ความเคลื่อนไหวทางยาที่เกิดจากการบริหารยา ยังได้ผลดีไม่ครบทุกรายการ เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุพบว่า อาจจะมีปัจจัยอื่นๆ หลากอย่างส่งผล เช่นภาระงานของบุคลากรบนหอผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น หรือรายการสั่งยาในผู้ป่วยบางกลุ่มโรคมียาจำนวนมาก เป็นต้น ดังนั้น การศึกษาวิจัยรอบถัดไปควรมุ่งปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องมาออกแบบวางแผนและจัดการความเสี่ยงจากการบริหารความคลาดเคลื่อนทางยาต่อไป

**การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์** นำผลการศึกษาวิจัยไปใช้ในการกำหนดแผนการพัฒนาคุณภาพในระบบงานสำคัญอื่น ๆ ต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. กิตติพันธ์ คงสวัสดิ์เกียรติ, ณัฐรัชต์ สิริธนาณี, ภคศิริกาญจน์ สิริธนาณี. การจัดการความเสี่ยงและตราสารอนุพันธ์. กรุงเทพฯ: แม็คกรอ-ฮิล; 2557.
2. งานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ขอนแก่น. การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา. [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2560]. เข้าถึงได้จาก: [http://202.28.95.4/pharmacy/index.php?f=detail\\_rule&id=2](http://202.28.95.4/pharmacy/index.php?f=detail_rule&id=2)
3. สิริรัตน์ พรรณแผ้ว. ผลของกระบวนการ Medication Reconciliation ที่มีต่อความคลาดเคลื่อนทางยาของใบสั่งยา ผู้ป่วยสถาบันราชานุกูล. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
4. Cooperrider DL, Whitney D, Stavros JM. Appreciative inquiry handbook: The first in a series of AI workbooks for leaders of change. San Francisco: Berrett-Koehler; 2003.
5. สิ่งดีๆ ที่หลากหลายสไตล์ KM (Best Practice KM Style). รายงานประจำปี 2549 สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.). กรุงเทพฯ: ไชเบอ์เพรส; 2549.
6. ภิญญา รัตนพันธุ์. บล็อกให้ความรู้ Appreciative Inquiry. [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2560]. เข้าถึงได้จาก: <https://sites.google.com/a/kku.ac.th/thailand-appreciative-inquiry-network/BLOG>

**การสนับสนุนที่ได้รับ** ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนในทุกด้าน โดยเฉพาะการสนับสนุนให้บุคลากรที่เป็นตัวแทนจากทุกหน่วยงานได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในการติดตามอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะ

1. ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรมีการทดสอบประสิทธิภาพของการใช้ รูปแบบ AI Monitoring ร่วมกับ KM ในการจัดการความเสี่ยงจากการบริหารความคลาดเคลื่อนทางยาให้ครอบคลุมทุกมิติ
  2. กำหนดเป็นนโยบาย เพื่อให้ทุก PCT นำเครื่องมือ AI และ KM มาใช้และศึกษาผลลัพธ์เชิงระบบ
- ควรส่งเสริมการใช้ AI Monitoring ร่วมกับ KM อย่างต่อเนื่องต่อไป

7. กิตติพันธ์ คงสวัสดิ์เกียรติ, ณัฐรัชย์ สิริธนาณี, ภัคศิริกาญจน์ สิริธนาณี. การจัดการความเสี่ยงและ  
ตราสารอนุพันธ์. กรุงเทพฯ: แม็คกรอ-ฮิล; 2557.
8. งานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ขอนแก่น. การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา. [อินเทอร์เน็ต].  
2556 [เข้าถึงเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2560]. เข้าถึงได้จาก:  
[http://202.28.95.4/pharmacy/index.php?f=detail\\_rule&id=2](http://202.28.95.4/pharmacy/index.php?f=detail_rule&id=2)
9. สิริรัตน์ พรธน์แผ้ว. ผลของกระบวนการ Medication Reconciliation ที่มีต่อความคลาดเคลื่อนทางยา  
ของใบสั่งยา ผู้ป่วยสถาบันราชานุกูล. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
10. Cooperrider DL, Whitney D, Stavros JM. Appreciative inquiry handbook: The first in a  
series of AI workbooks for leaders of change. San Francisco: Berrett-Koehler; 2003.
11. สิ่งดีๆ ที่หลากหลายสไตล์ KM (Best Practice KM Style). รายงานประจำปี 2549 สถาบันส่งเสริม  
การจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.). กรุงเทพฯ: ไชเบอร์เพรส; 2549.
12. ภิญโญ รัตนพันธุ์. บล็อกให้ความรู้ Appreciative Inquiry. [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 20  
กุมภาพันธ์ 2560]. เข้าถึงได้จาก: [https://sites.google.com/a/kku.ac.th/thailand-appreciative-  
inquiry-network/BLOG](https://sites.google.com/a/kku.ac.th/thailand-appreciative-inquiry-network/BLOG)
13. ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนา จุฬาวัดมนพพล, ปรีชา มณฑานตตกุล. การป้องกันความคลาดเคลื่อน  
ทางยา เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล; 2547.
14. มังกร ประพันธ์วัฒน์. ระบบยาเพื่อความปลอดภัย. กรุงเทพฯ: ประมัตถ์การพิมพ์; 2553.

## ศึกษาบทบาทของคุณอำนวย R2R ต่อความสำเร็จในการทำ R2R ของนักพัฒนางานประจำด้วยวิจัย จังหวัดยโสธร

### R2R facilitator role to success in R2R

Nipaporn Lakornwong

Yasothon Hospital

Province

นิภาพร ลครวงศ์\*

โรงพยาบาลยโสธรYasothon

จังหวัดยโสธร

#### บทคัดย่อ

Routine to Research (R2R) facilitator หรือคุณอำนวย R2R คือ บุคคล หรือ กลุ่มบุคคล ที่คอย เชื่อมประสาน คอยอำนวยความสะดวก ช่วยเหลือนักวิจัย เมื่อพบปัญหาในการดำเนินงานวิจัย R2R ซึ่ง การพัฒนางานประจำและบุคลากรมีความสำคัญ โดยเฉพาะการส่งเสริมให้บุคลากรมีทักษะ การคิด วิเคราะห์ในการแก้ไขปัญหาพัฒนางานประจำ การคิดเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ ดังนั้นในการทำ R2R ของ นักพัฒนางานประจำที่พบว่าไม่มีความชำนาญหรือเชี่ยวชาญในการทำวิจัย รวมถึงภาระงานที่มากจาก การทำงานประจำดังกล่าว อาจนำมาซึ่งความท้อถอยและไม่อยากทำ ในที่สุดก็ล้มเลิก การศึกษาครั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีการศึกษาวิจัยอย่างแพร่หลายในเรื่องนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจบทบาท ของคุณอำนวย R2R ว่ามีผลต่อความสำเร็จในการทำ R2R ได้อย่างไรจึงเป็นที่มาของการศึกษาครั้งนี้

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้บทบาทของคุณอำนวย R2R ที่ผ่านการอบรมระดับ advance ต่อความสำเร็จในการทำ R2R ของนักพัฒนางานประจำด้วยวิจัย จังหวัดยโสธร โดยลงมือปฏิบัติการทำบทบาทของการเป็นคุณอำนวยผ่านการทำวิจัยประเภท R2R ภายใต้สถานการณ์จริง เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่คุณอำนวยที่ผ่านการอบรม R2R Facilitator Advance จำนวน 7 คน เก็บข้อมูลเดือนตุลาคม 2561-เมษายน 2562 ทำการประเมินผลการ เรียนรู้จากการสะท้อนคิดและการถอดบทเรียน วิเคราะห์เนื้อหาในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา พบว่า คุณอำนวย R2R รับรู้ถึงการมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จในการทำ R2R ของคนในพื้นที่มาก โดยมีคุณลักษณะร่วมที่สำคัญที่พบคือ มีใจรักและทัศนคติที่ดีต่อการทำ R2R มีความเป็นครู เป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ / พี่เลี้ยง สามารถเป็นผู้วิเคราะห์ ประเมินสถานการณ์ และคอย เชื่อมประสานระหว่าง ทีมนำ ขององค์กร กับ ผู้ปฏิบัติหน้างาน ช่วยสื่อสารงานวิจัย ส่วนบทบาทที่สำคัญที่ นำไปสู่การทำ R2R สำเร็จได้แก่ การสนับสนุนการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นในพื้นที่ผ่านการทำสะท้อนคิด (Reflection) ในการมองความจริงของวิธีการทำงานในพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจและ/หรืออธิบาย (Understand and/or Explain) ปัญหาหน้างานและการเชื่อมเครื่องมือวิจัยมาแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ สรุปเป็นความสามารถหรือสมรรถนะที่จำเป็นที่ควรมีอยู่ในบทบาทของคุณอำนวย R2R (Functional

---

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ\*กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาล

Of Job developers with research, Yasothon Province

Competency) 6 ประเด็นคือ 1) ความเข้าใจในเนื้อหาวิจัย 2) ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของการเรียนรู้ตามสภาพจริงในพื้นที่ 3) ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับการสะท้อนคิด 4) ความเข้าใจและทักษะในการประเมินตามสภาพจริง 5) เทคนิคของการสื่อสารและ 6) การสร้างแรงบันดาลใจ

**คำสำคัญ:** คุณอำนวย R2R, Facilitator

### Abstract

Routine to Research (R2R) facilitator is a person or a group of people that facilitate the routiners or the novice to be able to systematically re-search for their real life working problems' solutions. Their special effort is to empower the workforces with systematic thinking, analytical thinking and problem solving skills. From the literature review, it is found that there has been no extensive research on this subject. Therefore, researcher interested in the role of R2R facilitators on how to influence the success of R2R.

This action research aimed to study the role of R2R facilitators on the success of R2R Yasothon hospital. Data were collected from seven R2R facilitators trained, October 2018 - April 2019. Qualitative content analysis was used to analyze an evaluation of learning from reflections and after active reviews.

The results of the study revealed that R2R facilitator is a key of success of the R2R in Yasothon hospital. The common characteristics found were having a good attitude towards R2R, being a critical friend (teacher/coach/consultant/mentor) and being an analyst who can be able to contextually assess the situation and communicate throughout the organization.

**Keywords:** R2R Facilitator, Facilitator

### บทนำ

การพัฒนาบุคคลภายใต้การเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ต้องการบุคคลให้มีลักษณะที่สร้างสรรค์ สร้างนวัตกรรมและเทคโนโลยี ออกแบบชีวิตทั้งชีวิตการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน โดยมีทักษะที่สำคัญ ได้แก่ การคิดเชิงวิพากษ์ การแก้ไขปัญหา ความร่วมมือ ความสร้างสรรค์ การชี้นำตนเอง ความเป็นผู้นำ การปรับตัว ความรับผิดชอบ รวมถึงการมีสภาวะจิตสำนึกต่อสังคม

เชื่อมโยงความรู้ที่ได้เรียนมาในเรื่องวิจัยมาจัดทำวิจัยเพื่อการพัฒนางานให้สำเร็จได้ จัดว่าเป็นช่องว่างของการเรียนรู้

จากการขับเคลื่อนการพัฒนางานประจำด้วยวิจัย หรือ Routine to Research หรือ R2R นั้นมีเป้าหมายเพื่อให้บุคลากรที่ทำงานประจำมีการนำเครื่องมือวิจัยมาใช้ในการพัฒนาตนเอง มีคุณลักษณะของการเป็นผู้เรียนรู้จากการทำงาน(Knowledge Worker) แทนการเป็น

Routine Worker ดังนั้นคุณลักษณะของบุคลากรดังกล่าวจึงสอดคล้องกับการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ที่มีการเรียนรู้อย่างไม่หยุดนิ่ง สร้างสรรค์ และมีทักษะการคิดวิเคราะห์ในการแก้ไขปัญหา ดังนั้นเป้าหมายการเรียนรู้จึงไม่ใช่การอบรมเนื้อหาวิจัย หรือมานั่งเรียนทฤษฎีเพียงอย่างเดียว แต่เปลี่ยนการเรียนรู้วิจัยผ่านการลงมือปฏิบัติ (Active Learning) การจัดการเรียนรู้เช่นนี้บุคคลที่มีบทบาทสำคัญที่จะสนับสนุนการเรียนรู้ให้สำเร็จได้ คือ คุณอำนวย หรือ Facilitator<sup>3</sup> R2R Facilitator หรือคุณอำนวย R2R คือ บุคคล หรือ กลุ่มบุคคล ที่คอยเชื่อมประสาน คอยอำนวยความสะดวก ช่วยเหลือ นักวิจัย เมื่อพบปัญหาในการดำเนินงานวิจัย R2R ซึ่งการพัฒนางานประจำและบุคลากรมีความสำคัญ โดยเฉพาะการส่งเสริมให้บุคลากรมีทักษะ การคิดวิเคราะห์ในการแก้ไขปัญหา พัฒนางานประจำ การคิดเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ ดังนั้นในการทำ R2R ของนักพัฒนางานประจำที่พบว่าไม่มีความชำนาญหรือเชี่ยวชาญในการทำวิจัย รวมถึงภาระงานที่มากจากการทำงานประจำดังกล่าว อาจนำมาซึ่งความท้อถอยและไม่อยากทำ ในที่สุดก็ล้มเลิก

ลักษณะและทักษะของคุณอำนวย R2R ต้องมีคือ 5ข ลักษณะ ข ชวนให้คนหน้างานมาทำ R2R ช เชียร์และให้กำลังใจ ช ชี้แนะว่าจะทำเรื่องนี้อย่างไร ช ชมเพื่อให้เกิดกำลังใจและภูมิใจ ช เชื่อมทุกคน ทุกฝ่ายเข้าด้วยกัน คุณอำนวยไม่ต้องเป็นทุกอย่าง แต่ปรับเลือกเอามาใช้ให้เหมาะสมกับบริบท สถานการณ์ ยิงหน่วยงานไหนหรือองค์กรใดมีคุณอำนวยที่เก่งก็จะยิ่งทำให้

เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันได้อย่างลึกซึ้งและเชื่อมโยงกันมากขึ้น และคุณลักษณะของคุณอำนวยที่สร้างแรงบันดาลใจให้กับนักวิจัย คือ เป็นมิตรกับทุกคน ทำด้วยใจ มีทัศนคติที่ดี มองว่าการทำหน้าที่คุณอำนวยเป็นสิ่งที่มีความค่า<sup>3</sup> และการศึกษาค้นคว้าจากการทบทวนวรรณกรรม แม้จะพบว่า บทบาทของคุณอำนวยต่อการทำ R2R จะมีบทบาทความเชื่อมโยงได้ แต่ยังไม่มีการศึกษาในเชิงวิจัย อย่างแพร่หลายในเรื่องนี้ เกี่ยวกับบทบาทของคุณอำนวย R2R ต่อการขับเคลื่อนและความสำเร็จของการทำ R2R ผู้วิจัยจึงสนใจบทบาทของคุณอำนวย R2R ว่ามีผลต่อความสำเร็จในการทำ R2R ได้อย่างไร จึงเป็นที่มาของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้บทบาทของคุณอำนวย R2R ต่อความสำเร็จในการทำ R2R ของนักพัฒนางานประจำด้วยวิจัย จังหวัดยโสธร

### วิธีการศึกษาวิจัย

เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยดำเนินการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis&Mc Taggart)<sup>4</sup> เพื่อศึกษาบทบาทของคุณอำนวย R2R ต่อความสำเร็จในการทำ R2R ของนักพัฒนางานประจำด้วยวิจัย จังหวัดยโสธร โดยลงมือปฏิบัติการทำบทบาทของการเป็นคุณอำนวยผ่านการทำวิจัยประเภท R2R ภายใต้สถานการณ์จริง เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเป็นคุณอำนวยที่ผ่านการอบรม R2R Facilitator Advance จำนวน 7 คน

คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีความสมัครใจ โดยเริ่มที่ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Acting) ขั้นสังเกตการณ์และบันทึกผล (Observing) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) และเก็บข้อมูลเดือนตุลาคม 2561-เมษายน 2562 ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสะท้อนคิดและการถอดบทเรียน วิเคราะห์เนื้อหาในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ

**ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการวิจัย** โดยการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share & Learning) ร่วมกับการทำสะท้อนคิด (Reflective Learning) ค้นหาปัญหาวิเคราะห์ ศึกษาบริบทสภาพปัญหาและสถานการณ์ กำหนดปัญหา ประเมินความต้องการ จัดลำดับความสำคัญแล้ว ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พร้อมทบทวนบทบาทของคุณอำนวย R2R และวางแผนการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

**ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย** คุณอำนวย R2R แต่ละคน จัดกระบวนการเรียนรู้แบบเกิดการพัฒนาทางความคิด พฤติกรรม ให้สามารถกำหนดเป้าหมาย วางแผนพัฒนางานปรับเปลี่ยนได้อย่างเหมาะสม ซึ่งล้วนเป็นทักษะในการเรียนรู้และดำเนินชีวิตขั้นสูง (ตามแนวคิดของ Bloom's Taxonomy) มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1) สร้างพื้นที่ปลอดภัยให้เกิดขึ้นในการเรียนรู้ (Safe Zone) พื้นที่ปลอดภัยก็คือ พื้นที่ที่แต่ละบุคคลจะรู้สึกดีที่จะอยู่ร่วมกัน รู้สึกได้รับการยอมรับในการเป็นตัวตนของแต่ละคน มี

ความเสมอภาคในการแสดงความคิดเห็น เน้นการฟังด้วยใจ (Deep Listening) มีการปฏิบัติต่อกันอย่างไม่ตัดสิน ยอมรับในความแตกต่างหลากหลายทั้งทางความคิดและตัวตน สามารถแลกเปลี่ยนความคิดได้อย่างอิสระเสรี ซึ่งจะต้องมีการปฏิบัติให้เห็นผ่านการจัดการเรียนรู้ตลอดเวลา เพื่อให้ตัวผู้นำกระบวนการ (Facilitator) และกิจกรรมที่ได้ทำ ได้เห็นเป็นตัวอย่างให้ได้เข้าใจ ยอมรับและปฏิบัติตามในที่สุด

2) การให้ความสำคัญกับประสบการณ์ นั่นคือ การสร้างการเรียนรู้เรื่องต่างๆ ผ่านกิจกรรมที่ได้ลงมือทำ ได้เห็นจริง สถานที่จริง คนจริงๆ ฯลฯ (ที่ไม่ใช่แค่ตัวหนังสือในหนังสือ) นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการให้ความสำคัญกับประสบการณ์เก่าของแต่ละคน สะสมมาก่อนที่จะมาเรียนรู้ร่วมกัน สามารถทำได้ด้วยการเปิดให้มีการพูดคุยหรือเชื่อมโยงสิ่งที่ได้เรียนรู้ใหม่กับประสบการณ์เก่าของแต่ละคนให้มากขึ้น

3) การเปิดพื้นที่ให้มีการพูดคุยกันมากขึ้น สร้างห้องเรียนให้มีการพูดคุย แลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็นระหว่างบุคคลให้มากขึ้น มีการโยนคำถามที่กระตุ้นความคิดที่แตกต่างอย่างน้อยด้วยการสร้างวงพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม และวงพูดคุยเพื่อถอดบทเรียนภายหลังที่ได้ทำกิจกรรมไปแล้ว

ทั้งสามองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้น ได้นำมาใช้ในกระบวนการปฏิบัติการวิจัย ดังนี้ คือ ขั้นตอนการวางแผน (Plan) คุณอำนวย R2R วางแผนพัฒนางานร่วมกับนักวิจัยในพื้นที่ โดยออกแบบการพัฒนาาร่วมกัน

ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action) โดยประยุกต์ตามกรอบแนวคิดของกระบวนการใช้ผลงานวิจัยของไอโอวา<sup>5</sup> จาก 8 ขั้นตอนเลือกมาใช้ 3 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** กำหนดประเด็นปัญหา และวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ซึ่งได้จากแหล่งข้อมูล 2 แหล่ง คือ จากประสบการณ์การปฏิบัติงาน และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

**ขั้นตอนที่ 2** พิจารณาปัญหาที่เป็นความต้องการขององค์กร

**ขั้นตอนที่ 3** สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูล CINAHL, PubMed, ThaiLIS, Science direct และ ThaiJO นำมาคัดเลือกเฉพาะงานวิจัยที่เกี่ยวข้องหรือสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา

จากนั้นให้คุณอำนวย R2R และนักพัฒนางานด้วยวิจัย ออกแบบการวิจัยเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทในพื้นที่ แตกต่างกันขึ้นอยู่การทำวิเคราะห์ปัญหา (GAP Analysis)

ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation) โดยสังเกตการปฏิบัติบทบาทของคุณอำนวย R2R ต่อการขับเคลื่อนและผลักดันการวิจัยของแต่ละทีม เพื่อสะท้อนผลการพัฒนาแล้วปรับปรุงแก้ไขวงรอบต่อไป

ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Share & Learning ร่วมกับการทำสะท้อนคิด (Reflective Learning)

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการวิจัย (Evaluation) สรุปและติดตามประเมินการลงมือปฏิบัติการทำวิจัย ร่วมกับการถอดบทเรียน (Reflection and AAR ของกระบวนการทั้งหมด)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

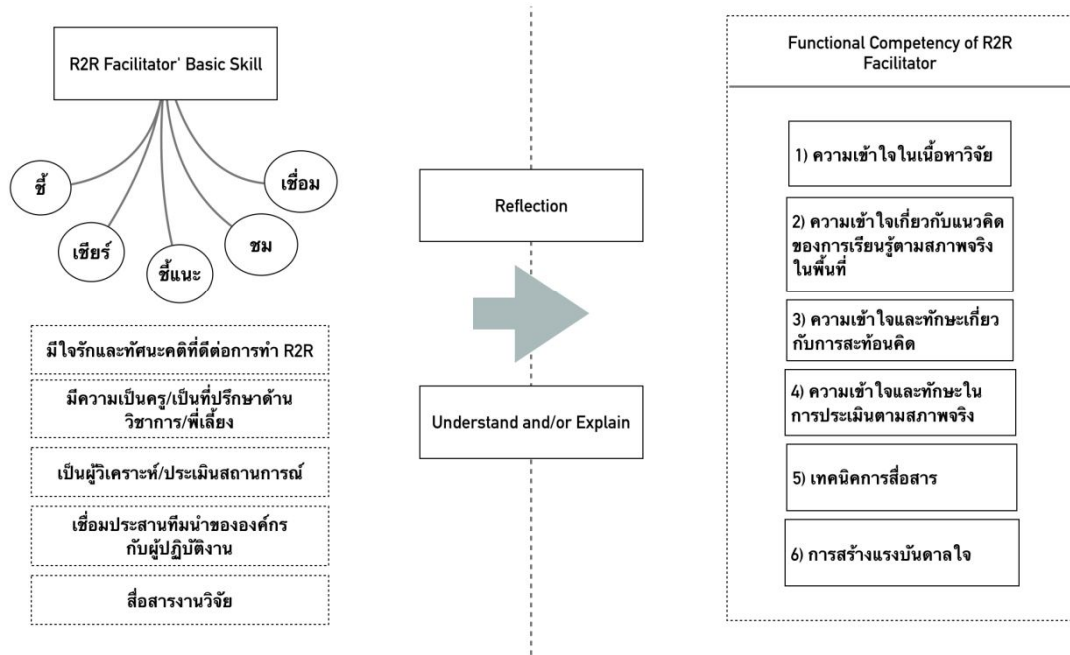
วิจัยเรื่องนี้นักวิจัยได้ประชุมชี้แจงและอธิบายวัตถุประสงค์รายละเอียดความสำคัญของโครงการวิจัย สอบถามความสมัครใจและยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งหากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียไม่ยอมแสดงความคิดเห็นในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง การตัดสินใจปฏิเสธแสดงความคิดเห็น ถือเป็นสิทธิขาดของบุคคลเหล่านั้น โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

### ผลการวิจัย

#### การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ในการศึกษาบทบาทของคุณอำนวย R2R ต่อความสำเร็จในการทำ R2R ของนักพัฒนางานประจำด้วยวิจัย จังหวัดยโสธร โดยลงมือปฏิบัติการทำบทบาทของการเป็นคุณอำนวยผ่านการทำวิจัยประเภท R2R ภายใต้สถานการณ์จริง เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเป็นคุณอำนวยที่ผ่านการอบรม R2R Facilitator Advance จำนวน 7 คน เก็บข้อมูลเดือนตุลาคม 2561-เมษายน 2562 ทำการประเมินผลการเรียนรู้จากการสะท้อนคิดและการถอดบทเรียน วิเคราะห์เนื้อหาในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ถอดออกมาเป็นโมเดลได้ดังภาพ

บทบาทของคุณอำนวย R2R ต่อความสำเร็จในการทำ R2R  
R2R facilitator Role to Success in R2R



R2R facilitator role to success in R2R Of Job developers with research, Yasothon Province  
Nipaporn Lakornwong, 2562

จากการถอดบทเรียน ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการทำ Focus Group เกิดภาพโมเดลผ่านการตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (investigator triangulation) 3 คน ประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการศึกษา ทางด้านสุขภาพ และทางด้านการออกแบบการเรียนรู้ จากโมเดลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึง บทบาทของคุณอำนวย R2R ที่ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพด้านของบุคลากรสุขภาพที่เชื่อให้เกิดกระบวนการคิด วิเคราะห์ บริบทและปัญหาหน้างาน ภายใต้บรรยากาศที่เหมาะสมของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีทักษะพื้นฐาน (R2R Facilitator' Basic Skill) ได้แก่ 5 ข้อ ซื่อ เชียว ซื่อแนะ ชม เชื่อม และมีวิเคราะห์ลักษณะ

ร่วมของคุณอำนวยแต่ละคน พบว่า 1) มีใจรักและทัศนคติที่ดีต่อการทำ R2R 2) มีความเป็นครู/เป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ/พี่เลี้ยง 3) เป็นผู้วิเคราะห์/ประเมินสถานการณ์ 4) เชื่อมประสานที่มนำขององค์กรกับผู้ปฏิบัติงาน และ 5) สื่อสารงานวิจัย

*"การทำ R2R ไม่ได้ยากอย่างที่คิด เมื่อเราเข้าใจ เราทำได้ มีคุณอำนวยมาชี้ให้เห็นปัญหา และการตั้งคำถาม ก็ช่วยทำให้เรามองออกกว่าจะทำอย่างไร"*

*"คุณอำนวยจะคอยถามว่ามีอะไรให้ช่วยเหลือหรือเปล่า และส่งกำลังมาให้ตลอดไม่ปล่อยให้เรา ทำให้มีกำลังใจในการอยากทำวิจัย ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว"*



"ติดขัดตรงไหน สามารถปรึกษาอาจารย์ได้ตลอด และคุณอำนวยการจะคอยแนะนำ หรือถ้าติดขัดก็จะปรึกษาอาจารย์หรือผู้ที่เชี่ยวชาญกว่า

"การได้รับคำชื่นชมให้กำลังใจจากคุณอำนวยการทำให้เราไม่ท้อและอยากทำงานวิจัยให้เสร็จ"

"คุณอำนวยการจะตั้งกลุ่มออนไลน์ขึ้นมาและเชื่อมให้นักวิจัยได้เจอกัน ได้พูดคุยกันเป็นเครือข่ายกัน"

กระบวนการที่คุณอำนวยการจัดการและใช้มุ่งไปที่การ "สะท้อนคิด" (Reflection) ให้เกิดการคิดใคร่ครวญ (Reflective Thinking) ในการมองและวิเคราะห์ปัญหาหน้างานตามจริง โดยตระหนักถึงกรอบความรู้สึกลึกซึ้งคิดเพื่อทำความเข้าใจและ/หรืออธิบาย (Understand and/or Explain) เกี่ยวกับปรากฏการณ์จริงที่กำลังศึกษาอยู่โดยปราศจากอคติของตนเองให้มากที่สุด เพื่อการเรียนรู้ของนักพัฒนางานในทีม และสามารถเชื่อมโยงการนำทักษะทางการวิจัยมาใช้ในการพัฒนางานประจำของตนเองได้ นอกจากนี้คุณอำนวยการ R2R มีการใช้ทักษะของการฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep Listening) ทำหน้าที่คอยเอื้ออำนวยการให้การแลกเปลี่ยนดำเนินไปด้วยความเคารพในความเป็นมนุษย์ที่สามารถเป็นผู้สร้างความรู้ได้ด้วยตนเอง (Knowledge Construction) ผ่านประสบการณ์เดิม และการตั้งคำถามที่ชวนให้เกิดการขบถแย้งและต่อยอดความคิดที่หลากหลาย มีการนำทักษะของการสะท้อนคิดผ่านการตั้งคำถามในระดับที่ลึกซึ้งเพื่อให้เกิดการใคร่ครวญ ร่วมกับการถอดบทเรียนในช่วงท้ายของการศึกษาเป็นระยะ

ส่วนบทบาทของคุณอำนวยการ R2R ที่มีต่อความสำเร็จในการทำ R2R ของนักพัฒนางาน

ประจำด้วยวิจัย ควรมีสมรรถนะหรือความสามารถที่จำเป็น (Functional Competency of R2R Facilitator) 6 ด้าน ดังนี้

- 1) ความเข้าใจเนื้อหาวิจัย
- 2) ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของการเรียนรู้ตามสภาพจริงในพื้นที่
- 3) ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับการสะท้อนคิด
- 4) ความเข้าใจและทักษะในการประเมินตามสภาพจริง
- 5) เทคนิคการสื่อสาร
- 6) การสร้างแรงบันดาลใจ

สมรรถนะหรือความสามารถที่จำเป็นของคุณอำนวยการ R2R (Functional Competency of R2R Facilitator) สามารถอธิบายขยายความเพื่อให้มองเห็นความชัดเจนยิ่งขึ้น ได้ดังนี้

### 1) ความเข้าใจเนื้อหาวิจัย

ในการพัฒนางานประจำด้วยเครื่องมือวิจัยหรือ R2R นี้ต้องอาศัยการเรียนรู้ปัญหาตามสภาพจริงของในพื้นที่ ในสิ่งที่ประสบหรือสัมผัสสถานการณ์ อุบัติการณ์ หรือจะเรียกปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและเกี่ยวข้อง คุณอำนวยการมองเห็นร่วมไปกับนักพัฒนางาน มีการสังเกต (Observation) การพูดคุย (Share & Learning) รวมถึงการทำสะท้อนคิด (Reflection) เพื่อให้มีความเข้าใจและสามารถอธิบายเชื่อมโยงถึงสาเหตุและปัญหาที่แท้จริงที่นำมาสู่การออกแบบการวิจัย ที่เริ่มต้นจากการตั้งคำถาม (Research Question) หากคุณอำนวยการมีความเข้าใจจะสามารถนำพาพัฒนางานให้เริ่มต้นการนำเครื่องมือวิจัยมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในลักษณะ

ของ Active Learning การมีความรู้พื้นฐานทางการวิจัยสำหรับคุณอำนวยจะทำให้สามารถแสดงบทบาทที่เหมาะสมต่อการเชื่อมโยงขั้นตอนการวิจัยเนียนเข้าสู่การลงมือปฏิบัติจริงได้

"การอยู่ในพื้นที่ทำให้ได้เห็นปัญหาจริง พอได้ลงมือปฏิบัติ ทำให้พูดคุยกันรู้เรื่อง เข้าใจกันมากขึ้น และรู้ว่าจะช่วยเขาได้อย่างไร มันคล้ายเป็นภาษาเดียวกัน ทำให้กล้าถามกล้าพูดคุยกัน / ได้พัฒนาการติดแบบสะท้อนคิด ทำให้เห็นว่าเราไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ให้อย่างเดียว เราสามารถเป็นผู้รับและทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน / ได้เรียนรู้การฝึกคิดโดยปราศจากอคติอยู่กับสิ่งที่เป็นจริงๆ / ได้วิเคราะห์ว่า นักพัฒนางานอยากให้เราช่วยอะไร / พัฒนาด้านคิดวิเคราะห์และวางแผนในการทำงาน / พัฒนาความคิดของเราให้ดีขึ้นกว่าเดิม"

## 2) ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของการเรียนรู้ตามสภาพจริงในพื้นที่

คุณอำนวย R2R จำเป็นต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงในพื้นที่ เพราะจะสามารถนำพานักพัฒนางานดึงทักษะการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติจริงในหน้างาน หรืออาจกล่าวได้ว่า เป็นการมองและทำความเข้าใจชีวิตจริงตามธรรมชาติอันเป็นปกติธรรมดา โดยการตระหนักถึงกรอบความรู้สึนึกคิดของตัวเอง ซึ่งจะส่งผลต่อการตีความ หรือการให้ความหมาย หรือการให้คุณค่า หรือการตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำที่อาจที่อาจส่งผลต่อความคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง หรือที่เราเรียกว่า อคติ ซึ่งกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share & Learning) ร่วมกับการทำ

Reflection ขณะที่ผ่านการเรียนรู้จากการปฏิบัติวิจัย (Learning by doing) จะช่วยทำให้เกิดการเรียนรู้ในสภาพจริงที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น ลดอคติให้บางบางได้โดยเฉพาะการใช้ทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep Listening) เพราะฉะนั้นบทบาทของคุณอำนวยจึงเปรียบเสมือนผู้ก้าวไปสู่การเรียนรู้ไปพร้อมๆ กับนักพัฒนางาน มากกว่าการสอนหรือชี้แนะ

"เมื่อรู้ว่าเรามีแรงบันดาลใจจะทำอะไรแล้วต้องทำสิ่งนั้นให้สำเร็จ แม้จะเจอปัญหาอุปสรรคอะไรก็ตามจะต้องแก้ปัญหา เป็นประสบการณ์ที่ดีมากๆ เรียนรู้แบบจริงๆ"

## 3) ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับการสะท้อนคิด

กระบวนการของการทำหน้าที่ของคุณอำนวย R2R คือ การสะท้อนคิดสำหรับการคิดใคร่ครวญ (Reflection) มีความสำคัญต่อการเปิดประเด็นความรู้สึนึกคิดให้แก่นักพัฒนางาน เพื่อกระตุ้นให้นักพัฒนางานมีกระบวนการคิดวิเคราะห์ (Analytic Thinking) และคิดใคร่ครวญ (Reflective Thinking) ในการทำความเข้าใจหรืออธิบายสิ่งที่กำลังศึกษา เกิดความรู้สึนึกอยากเรียนรู้และอยากลงมือศึกษาด้วยตนเอง กระบวนการ "เปิดประเด็นความรู้สึนึกคิด" ควร มีวิธีการที่นุ่มนวล ตั้งคำถามที่ส่งผลกระทบต่อผู้เรียนในทางบวก (Positive Effective) เพื่อให้ นักพัฒนางานมีเจตคติที่ดีและมีกำลังใจในการเรียนรู้ และเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ระหว่างคุณอำนวยและนักพัฒนางาน ดังนั้น คุณอำนวยจึงควรทำความเข้าใจและฝึกฝนทักษะเกี่ยวกับ

การสะท้อนคิด เพื่อกระตุ้นหรือส่งเสริมให้นักพัฒนางานสามารถที่จะทำความเข้าใจโลกของความจริงซึ่งมีความหลากหลายตามธรรมชาติด้วยตนเอง

“สิ่งที่ไม่เคยทำมาก่อนคือ การทำสะท้อนคิด ซึ่งเมื่อนำทักษะนี้มาใช้ทำให้เกิดการเรียนรู้และความเข้าใจในตนเอง และนักพัฒนางานมากขึ้น ทำให้มองออกว่าทิศทางที่เราจะพัฒนานั้นควรจะเป็นอย่างไร การได้คุยกันบ่อยๆ ทำให้มีกำลังใจทั้ง Fa และนักพัฒนางาน”

#### 4) ความเข้าใจและทักษะในการประเมินตามสภาพจริง

การประเมินผลการเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic Learning) ควรมีความสอดคล้องกับบริบทของกระบวนการเรียนรู้ตามสภาพจริง และควรใช้วิธีการที่หลากหลายเพื่อประเมินผลการเรียนรู้ของนักพัฒนางานให้ครอบคลุมทักษะทุกด้าน ได้แก่ ด้านการคิด ฟัง พูด อ่าน เขียน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcome) อย่างสมดุลในตัวนักพัฒนางานแต่ละคนซึ่งมีความถนัดแตกต่างกัน นักพัฒนางานบางคนอาจจะถนัดพูดแต่ไม่ถนัดเขียน หรือบางคนอาจจะถนัดเขียนแต่ไม่ถนัดการพูด วิธีการประเมินตามสภาพจริงที่ส่งเสริมการเรียนรู้ตามสภาพจริงได้ เช่น การสังเกตพฤติกรรมขณะศึกษาสภาพจริง การสังเกตพฤติกรรมระหว่างการอภิปราย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม และการเติมเต็ม (Fulfillment) เกี่ยวกับเนื้อหาที่นักพัฒนางานยังไม่เข้าใจชัดเจนหรือยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน นอกจากนี้การประเมินตาม

สภาพจริงควรจัดให้มีเป็นระยะของกระบวนการเรียนรู้ระหว่างคุณอำนวยและนักพัฒนางาน

“ความรู้ที่ได้บวกกับประสบการณ์ที่เคยทำ R2R มาบ้างทำให้เข้าใจคนทำงาน จึงมีแรงบันดาลใจที่ผ่านการคิดว่า ทำอย่างไรจะไม่ให้ทำให้เขารู้สึกว่ามันเป็นเรื่องที่ยาก

ส่วนใหญ่ก็จะเข้าไปนั่งคุยแบบไม่เป็นทางการ แล้วก็ชวนเขาว่าลองทำ R2R ดูไหม ก็คิดช่วยกันเหมือนจับมือกันทำเลย”

#### 5) เทคนิคการสื่อสาร

การสื่อสาร หรือ communications เป็นทักษะที่สำคัญมาก ที่คุณอำนวย R2R ได้ใช้ตลอดของการทำหน้าที่อำนวยความสะดวกการทำ R2R ให้สำเร็จ เนื้อหาของการสื่อสารก็จะเป็นเรื่องการเชื่อมโยงองค์ความรู้เกี่ยวกับวิจัย และการพัฒนา ถึงแม้ว่าเราจะมีความคิด ไอเดีย ดีแค่ไหน แต่ไม่รู้จักสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ ก็คงไม่สามารถทำให้ผู้อื่นรับรู้ และเข้าใจได้ ที่ต้องพึงระวังไปมากกว่านั้นคือการที่พยายามจะสื่อสารแต่ไม่มีความชำนาญอาจถึงขั้นทำให้หลายฝ่ายเข้าใจผิด เกิดปัญหาขึ้นและทำให้เกิดความผิดพลาด เสียหายในที่สุด จุดอ่อนของการสื่อสารของคุณอำนวย R2R ส่วนมากจะเป็นการมุ่งเน้นไปสู่การแนะนำ การชี้แนะ แต่จากการศึกษาครั้งนี้คุณอำนวย R2R ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตร R2R Facilitator Advance จะได้เรียนรู้และฝึกฝนทักษะในเรื่องนี้ อีกทั้งความเข้าใจบริบทตามสภาพจริงจึงทำให้การสื่อสารมีความเข้าถึงกันและกัน ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของบทบาทคุณอำนวย R2R

"การอยู่ในพื้นที่ทำให้ได้เห็นปัญหาจริง พอได้ลงมือปฏิบัติ ทำให้พูดคุยกันรู้เรื่อง เข้าใจกันมากขึ้น และรู้ว่าจะช่วยเขาได้อย่างไร มันคล้ายเป็นภาษาเดียวกัน ทำให้กล้าถามกล้าพูดคุยกัน / ได้พัฒนาการคิดแบบสะท้อนคิด ทำให้เห็นว่าเราไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ให้อย่างเดียว เราสามารถเป็นผู้รับและทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน / ได้เรียนรู้การฝึกคิดโดยปราศจากอคติอยู่กับสิ่งที่เป็ความจริง / ได้วิเคราะห์ว่านักพัฒนางานอยากให้เราช่วยอะไร / พัฒนาด้านคิดวิเคราะห์และวางแผนในการทำงาน / พัฒนาความคิดของเราให้ดีขึ้นกว่าเดิม"

### 6) การสร้างแรงบันดาลใจ

คุณลักษณะของคุณอำนวย R2R ที่จะสร้างแรงบันดาลใจให้กับนักวิจัย คือ เป็นมิตรกับทุกคน ทำด้วยใจที่มีทัศนคติที่ดี มองว่าการทำหน้าที่ที่คุณอำนวยเป็นสิ่งที่มีความค่านักวิเคราะห์ คือ วิเคราะห์ให้ได้ว่าคนที่เราจะไปชวนเขาทำ R2R มีความกลัวเรื่องอะไร และ

กระบวนการเรียนรู้ตามบทบาทของคุณอำนวย R2R ต่อความสำเร็จในการทำ R2R

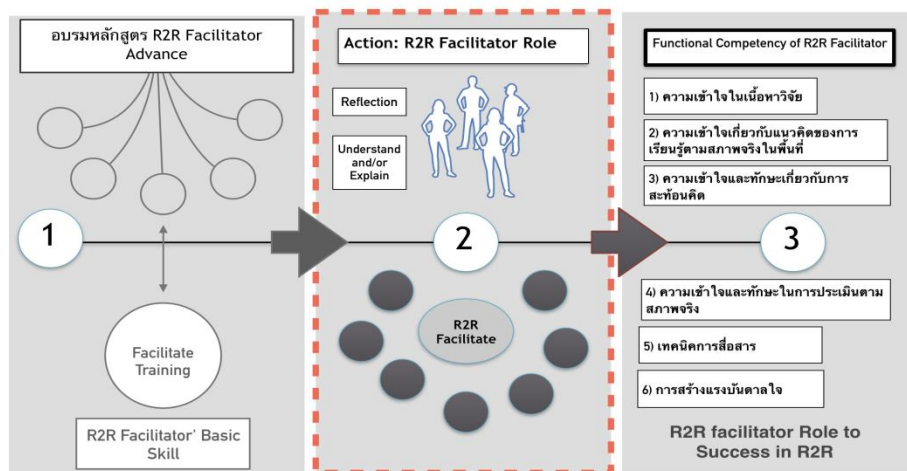
กระบวนการเรียนรู้ตามบทบาทของคุณอำนวย R2R ต่อความสำเร็จในการทำ R2R (R2R facilitator Role to Success in R2R)

น้ำพา  
เขาให้

ก้าวข้ามความกลัวนั้นไปได้ โดยใช้แรงผลักดัน

ซึ่งคุณอำนวยที่อยู่ในพื้นที่จะอยู่เคียงข้างและก้าวไปสู่การเรียนรู้ร่วมกันกับนักพัฒนางาน การใช้การสื่อสารเป็นเครื่องมือหลักที่ช่วยให้คุณอำนวยสามารถสร้างแรงบันดาลใจได้ หรืออาจจะกล่าวได้ว่าคุณอำนวยเป็นผู้พาทำ แบบเนียนอย่างเป็นธรรมชาติโดยนักพัฒนางานไม่รู้สึกรู้สึกตัวว่ากำลังถูกสอนหรือว่ากำลังพาทำวิจัยอยู่ค่อยๆ แทรกซึมจนทำงานสำเร็จ ความไว้วางใจและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคุณอำนวย R2R และนักพัฒนางาน R2R นำมาซึ่งการเกิดแรงบันดาลใจที่ดีและก้าวไปสู่ความสำเร็จในการทำ R2R ได้

"การแก้ไขเฉพาะหน้าจริงๆ ในสถานการณ์ต่างๆ / เรียนรู้ปัญหาที่เกิดจากการทำงานจริงๆ และนำปัญหานั้นมาหาแนวทางแก้ไข / รู้จักการแก้ไขเฉพาะหน้า / ได้เรียนรู้การแก้ไขปัญหาต่างๆ / ได้รู้จักการแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้า เช่น ทำอย่างไรจะให้คนทำงานอยากลุกมาทำ R2R กับเรา หรือเราจะแนะนำ



สายธารแห่งการเรียนรู้ของคุณอำนวย  
R2R เป็นโมเดลดังภาพ

จากภาพโมเดลจะพบว่า

[1] คุณอำนวย R2R ได้ผ่านการเรียนรู้  
ในหลักสูตร R2R Facilitator Advance ซึ่งใน  
การศึกษาครั้ง ผ่านหลักสูตรการเรียนรู้ของ R2R  
ประเทศไทย ที่จัดการเรียนรู้แบบ Active  
Learning ร่วมกับการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ  
(Learning by doing) มี 3-4 ระยะ (Phase) คุณ  
อำนวยมีทั้งผู้ที่จบในหลักสูตรปริญญาตรีและ  
ปริญญาโท ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำ  
วิจัย มีทักษะพื้นฐานของการเป็นคุณอำนวยและ  
ทัศนคติที่ดีต่อการทำวิจัย จะเห็นได้ว่า  
กระบวนการเรียนในหลักสูตรสามารถต่อยอด  
และเพิ่มพูนทักษะและความรู้ให้กับคุณอำนวย  
ให้สามารถลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่ได้

“การเข้าอบรมทำให้มีความมั่นใจและได้  
เรียนรู้เทคนิค หลักการต่างๆ สามารถนำมาใช้ได้  
จริง ไม่ใช่การนั่งฟังบรรยายอย่างเดียว เป็นการ  
เรียนแบบกลุ่ม ช่วยกันอาจารย์ก็มีโจทย์และ  
สถานการณ์ให้เราช่วยกัน”

“เป็นการเรียนต่อเนื่อง มีการบ้านให้ไป  
ทำไม่กดดัน สมาชิกในกลุ่มที่เรียนด้วยกันก็จะ  
ช่วยกัน สนุกสนาน แต่บางหัวข้อก็ยากเนื่องจาก  
การเรียนเป็นกลุ่มก็ทำให้พอตามทันได้บ้าง  
เพราะเพื่อนจะช่วยอธิบาย”

“คิดว่ามาแล้วจะยาก หลายคนก็ไม่ได้  
จบปริญญาโท เนื้อหาที่เรียนเคยพอรู้จักมาบ้าง  
และมีหลากหลายวิธีการเราสามารถเลือก  
นำมาใช้ให้เหมาะสมกับเราได้”

[2] การลงมือปฏิบัติบทบาทคุณอำนวย  
ในพื้นที่การทำงานจริง ส่วนใหญ่จะเข้าไปพร้อม  
กันเข้าไปในชีวิตการปฏิบัติงานจริง ไม่เป็น  
ทางการ (informal) หรือรูปแบบที่ชัดเจน ใช้  
ทักษะสัมพันธ์ภาพและเป็นคนในพื้นที่เป็นประจํา  
สำคัญในการชวนคนหน้างานทำ R2R และฝึกฝน  
ปฏิบัติบทบาทและทักษะของความเป็นคุณ  
อำนวย (R2R Facilitate) สิ่งสำคัญที่นำไปสู่  
ความสำเร็จในการทำหน้าที่ตามบทบาท คือ การ  
ทำสะท้อนคิด (Reflection) ร่วมกันมีความเข้าใจ  
และ/หรืออธิบาย (Understand and/or Explain)  
เกี่ยวกับปรากฏการณ์จริงที่กำลังศึกษาอยู่ใน  
พื้นที่โดยปราศจากอคติของตนเอง

“ความรู้ที่ได้บวกกับประสบการณ์ที่เคย  
ทำ R2R มาบ้างทำให้เข้าใจคนทำงาน จึงมีแรง  
บันดาลใจที่ผ่านการคิดว่า ทำอย่างไรจะไม่ให้ทำ  
ให้เขารู้สึกว่ามันเป็นเรื่องที่ยาก ส่วนใหญ่ก็จะเข้าไป  
นั่งคุยแบบไม่เป็นทางการ แล้วก็ชวนเขาว่า  
ลองทำ R2R ดูไหม ก็คิดช่วยกันเหมือนจับมือกัน  
ทำเลย”

ใน การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าจริงๆ “  
สถานการณ์ต่างๆ/ เรียนรู้ปัญหาที่เกิดจากการ  
ทำงานจริงๆ และนำปัญหานั้นมาหาแนว  
ทางแก้ไข / รู้จักการแก้ไขปัญหาคณะหน้า / ได้  
เรียนรู้การแก้ไขปัญหามากๆ ได้รู้จักการแก้ไข /  
ทำอย่างไรจะให้ เช่น สถานการณ์เฉพาะหน้า  
อยากลุกมาทำ คนทำงานR2R กับเรา หรือเราจะ  
แนะนำเขาอย่างไร”

“เมื่อรู้ว่าเรามีแรงบันดาลใจจะทำอะไร  
แล้วต้องทำสิ่งนั้นให้สำเร็จ แม้จะเจอปัญหา  
อุปสรรคอะไร

ก็ ตาม จะ ต้อง แก่ ปัญหา เป็น ประสพการณ์ที่ดีมาก ๆ เรียนรู้แบบจริง ๆ”

“สิ่งที่ไม่เคยทำมาก่อนคือ การทำสะท้อนคิด ซึ่งเมื่อนำทักษะนี้มาใช้ทำให้เกิดการเรียนรู้และความเข้าใจในตนเอง และนักพัฒนางานมากขึ้น ทำให้มองออกว่าทิศทางที่เราจะพัฒนานั้นควรจะเป็นอย่างไร การได้คุยกันบ่อยๆ ทำให้มีกำลังใจทั้ง Fa และนักพัฒนางาน”

[3] จากการปฏิบัติบทบาทซ้ำหลายครั้ง หรือการฝึกฝนผ่านการปฏิบัติจริง ทำให้เกิดสมรรถนะหรือความสามารถที่จำเป็นของคุณอำนวย R2R (Functional Competency of R2R Facilitator) ความชัดเจนยิ่งขึ้น

“ไปอบรมอย่างเดียวไม่พอ จนได้นำมาใช้ในพื้นที่จริงจึงทำให้เรารู้ว่า เรารู้อะไร และไม่รู้อะไร ดูเหมือนง่ายแต่มาทำจริง ๆ ไม่ได้ง่ายเลย ยิ่งโดยเฉพาะเนื้อหาเกี่ยวกับ stat ต้องพากันไปปรึกษาอาจารย์ที่เชี่ยวชาญกว่า ทำให้ได้เรียนรู้ไปพร้อมกัน / มีความสุขที่ได้ทำ และอยู่เคียงข้างคอยช่วยเหลือกันกับนักพัฒนางาน ถือว่าเรียนรู้ร่วมกัน”

“จากการทำงานในหน้าที่คุณอำนวยทำให้รู้สึกดีและรู้สึกอยากไปชวนคนนั้นคนนี้ทำ / มีความสุขที่ได้ทำได้ยิ้มได้หัวเราะ แม้จะเป็นเรื่องที่ยาก แต่ก็สนุกและมีความสุข / สามารถนำความรู้ที่ได้มาจากการไปอบรมมาใช้ อันไหนเราไม่ถนัดเราก็ไม่ทำ เราก็เลือกเอาสิ่งที่เราชอบและสนุกมาเริ่มฝึกฝนทำก่อน / มีความภูมิใจในเมื่อเห็นความสำเร็จของงาน เห็นน้องขึ้นไปรับรางวัล / ไม่บังคับกันค่อยๆ เรียนรู้ทำความเข้าใจไปพร้อมๆ กัน คุณอำนวยไม่ได้รู้ไปทุกเรื่อง

เรื่องไหนที่ไม่เข้าใจก็ไปปรึกษาผู้ที่เชี่ยวชาญ”

“รู้ว่าเมื่อเรามีแรงบันดาลใจจะทำอะไร แล้วเราต้องทำสิ่งนั้นให้สำเร็จ แม้จะเจอปัญหาอุปสรรคอะไรก็ตามจะต้องแก้ปัญหา เป็นประสพการณ์ที่ดีมาก เรียนรู้แบบจริง ๆ”

การอยู่ในพื้นที่ทำให้ได้เห็นปัญหาจริง “เข้าใจ ทำให้พูดคุยกันรู้เรื่อง พอได้ลงมือปฏิบัติร่วมกันมากขึ้นและรู้ว่าจะช่วยเขาได้อย่างไร มันกลายเป็นภาษาเดียวกัน ทำให้กล้าถามกล้าพูดคุยกัน / ได้พัฒนาการคิดแบบสะท้อนคิด ทำให้เห็นว่าเราไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ให้อย่างเดียว เราสามารถเป็นผู้รับและทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน / ได้เรียนรู้การฝึกคิดโดยปราศจากอคติอยู่กับสิ่งที่เป็นอย่างจริง ๆ / ได้วิเคราะห์ว่านักพัฒนางานอยากให้เราช่วยอะไร / พัฒนาด้านคิด วิเคราะห์และวางแผนในการทำงาน / พัฒนาความคิดของเราให้ดีขึ้นกว่าเดิม”

### สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

บทบาทของคุณอำนวย R2R มีความจำเป็นต่อการขับเคลื่อน R2R พลังของคุณอำนวย R2R เป็นพลังที่เกิดจากการมีประสพการณ์ร่วมกัน ทุกคนได้เกิดการเรียนรู้ในตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการวางแผน การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และการช่วยเหลือกันตามความสามารถและลักษณะเด่นที่แต่ละคนมี โจทย์ที่ได้ไปให้ไปตีความเอาเองและออกแบบกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จริงเลย มีการทำ Reflection และถอดบทเรียน ทำให้ทุกคนได้เกิดการทบทวนใคร่ครวญในตนเอง ซึ่งได้ผลออกมาดีมาก ๆ ทุก

คนมีพลังและมีกำลังใจ เป็นการเรียนรู้ที่ไม่มีถูกผิด ใช้การสะท้อนคิด (Reflection) เป็นเครื่องมือสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ การสะท้อนคิดเชิงสร้างสรรค์และเปิดพื้นที่การเรียนรู้ให้กับความหลากหลายทางความคิด/ ความรู้สึกของผู้เรียน เป็นการเรียนรู้เชื่อมโยงการวิจัยกับความเป็นจริง ตามบริบทหน้างานเพื่อนำไปสู่การพัฒนางานอย่างตรงเป้าหมายและเป็นระบบ<sup>3</sup>

หรืออาจกล่าวได้ว่าคุณอำนวย R2R คือ ส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะนำไปสู่กระบวนการเรียนรู้ R2R เคลื่อนไปได้ คุณอำนวย R2R ต้องระวังเรื่องการทำตัวเป็นผู้รู้ หากสามารถเปลี่ยนตัวเองจากผู้รู้แปรเปลี่ยนไปเป็นกัลยาณมิตร จะช่วยทำให้บรรยากาศนั้นเกิดการเรียนรู้อย่างเต็มที่ อันเป็นเรียนรู้ที่ผลักดันออกมาจากภายใน ไม่ใช่เป็นการเรียนรู้จากการถูกป้อนข้อมูล หรือ information เข้าไป โดยส่วนมากเรามักจะเห็นคุณอำนวย R2R ทำตัวเป็นผู้รู้ มากกว่าการเป็นผู้อำนวยสนับสนุน สอดคล้องกับการแนวทางการศึกษาในศตวรรษที่ 21 เกี่ยวกับการตรวจสอบระดับการเรียนรู้และความเข้าใจในเรื่องความคิดผ่านการทำสะท้อนคิด (Reflection) และการทำสุนทรียสนทนา (Dialogue) ร่วมการฟังอย่างลึกซึ้ง<sup>6,7</sup>

แม้ว่าเนื้อหาที่เป็นข้อมูลความรู้ นั้นจะเป็นเรื่องที่ยากและอาศัยการปมเพาะแห่งการเรียนรู้ที่มากกว่าหนึ่งครั้ง แต่นั่นก็ไม่ได้เป็นอุปสรรคปิดกั้นไม่ให้คุณอำนวยทั้งหลายถอนตัวออกไปจากการขับเคลื่อนงานวิจัย R2R ในพื้นที่

ความเป็นธรรมชาติของคุณอำนวย R2R ที่เป็นตั้งผู้สร้างสรรค์ผลงานที่เมื่อมีคนมาชื่นชมผลงานนั้น ต่างชอบใจถึงแม้จะมีน้อยคนจะนึกถึงคนที่สร้างปฏิมากรรมแห่งผลงานนั้น แต่จากผลงานนั้นก็ได้ออกมาให้เห็นว่าผู้สร้างงานนั้นมีการเรียนรู้มาอย่างไร ความเป็นกัลยาณมิตร ทำให้บรรยากาศแห่งการเรียนรู้มีความละมุนละไมและงดงาม บทบาทของคุณอำนวย R2R ทั้งเป็นผู้เฝ้ามอง ลงมือช่วยเหลือ และช่วยทำเรียนรู้ไปพร้อมกัน หัวใจที่สำคัญของการเป็นคุณอำนวย R2R คือ การนำพาผู้คนก้าวผ่านหลุมดำของความรู้สึกกลัวกังวลต่อการทำวิจัย<sup>3</sup>

หรืออาจสรุปได้ว่า ผู้ที่ทำหน้าที่ R2R Facilitator หรือคุณอำนวย R2R นี้จะต้องเป็นผู้มีใจ หรือมีสัมมาทิวฐิต่อการทำ R2R ด้วยความเข้าใจและมองเห็นความงามของการทำ R2R หากเราให้ความหมายคุณอำนวย คือ ผู้คอยอำนวยสนับสนุน มีการทำ Training ให้มีองค์ความรู้ในเรื่องการวิจัย ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องที่ดีอย่างยิ่ง แต่นั่นก็ยังถือว่าเป็นเพียงเปลือกที่ยังคงต้องลอกออก เพราะในการทำงานที่แท้ของคุณอำนวยนั้น ต้องใช้พลังแห่งภายในอย่างมาก ที่จะร่วมเดินเคียงไปกับคนหน้างาน ดังนั้น เมื่อไรที่เรามุ่งพัฒนาคุณอำนวยให้เป็นที่ตั้งผู้เชี่ยวชาญอย่างเดียว ช่องว่างจะเกิดและขยายออกเป็นวงกว้างออกไปอย่างไม่รู้ตัว แต่ถ้าหากว่า เราสามารถพัฒนาจิตวิญญาณด้านในของคุณอำนวย R2R ให้เติบโตได้ เชื่อว่า พลังแห่งความดีความงามและความสุขจะเกิดขึ้นในหัวใจคนทำงานและเกิดการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะ

การพัฒนางานประจำด้วยวิจัย หรือ Routine to Research (R2R) ควรมีการพัฒนาคุณอำนวย R2R หรือ R2R Facilitator เพื่อคอย

ช่วยเหลือ ใช้อำนวย และนำพานักพัฒนางานในพื้นที่สามารถพัฒนางานประจำของตนเองได้สำเร็จ และเกิดการเรียนรู้ร่วมกันผ่านประสบการณ์จริงจากการได้ลงมือปฏิบัติทำ R2R

### เอกสารอ้างอิง

1. Walser N. Teaching 21st century skills: What does it look like in practice? Harvard Education Letter; 2006
2. Partnership for 21 Century Learning. Framework for 21st century learning [Internet]. 2009 [cited 2019 September 20]. Available from: [http://www.p21.org/storage/documents/docs/P21\\_Framework\\_Definitions\\_New\\_Logo\\_2015.pdf](http://www.p21.org/storage/documents/docs/P21_Framework_Definitions_New_Logo_2015.pdf)
3. เขิดชัย นพมณีจรัสเลิศและคณะ .[อินเทอร์เน็ต] ทักษะสำคัญของคุณอำนวย เต็มฝัน เต็มไฟ เต็มใจ . 2558 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2562]. เข้าถึงได้จาก :<http://202.44.72.18/home/images/pdf/moti5>
4. Kemmis S, McTaggart R, Retallick J. The action research planner. 2nd rev. ed. Karachi: Aga Khan University, Institute for Educational Development; 2004.
5. Titler MG, et al. The IOWA Model of evidence-based practice to promote quality care. Critical Care Nursing Clinics of North America 2001; 13(4):497-507.
6. Engel S, Randall K. How teachers respond to children's inquiry. American Educational Research Journal; 2009.
7. Richardson W. World without walls: Learning well with others. Edutopia. 4(6); 2008.





## ผลการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพทารกแรกเกิดในจังหวัดยโสธร

### The results of the development of the neonatal health care network in Yasothon Province.

Wipada Chesuparabol

Yasothon Hospital

Yasothon Province

วิภาดา เชื้อสุภโรบล\*

โรงพยาบาลยโสธร

จังหวัดยโสธร

#### บทคัดย่อ

ทารกป่วยในโรงพยาบาลยโสธร พบว่ามีข้อจำกัดของระบบการดูแลและส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดยโสธร ที่ยังขาดแนวทางการดูแลทารกแรกเกิด ดังนั้นผู้วิจัยได้ตระหนักถึงปัญหาและสนใจที่จะพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพทารกแรกเกิดในจังหวัดยโสธร **มีวัตถุประสงค์**

1) เพื่อพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยในจังหวัดยโสธร 2) เพื่อศึกษาผลของเครือข่ายบริการสุขภาพทารกแรกเกิดต่อผลลัพธ์ตัวชี้วัดคุณภาพ การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) พื้นที่เป้าหมายในการศึกษา ได้แก่ หน่วยงาน

ผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลยโสธร โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 8 แห่ง คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 1,731 ราย และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

**ผลการวิจัย** พบว่าเพิ่มศักยภาพในการรับผู้ป่วย (SNB) มีการบริหารทรัพยากรร่วมกันระหว่างเครือข่ายผ่านการอบรมหลักสูตรทารกและเด็กวิกฤตเพิ่มขึ้น (40%) มีแนวทางการส่งต่อในภาวะฉุกเฉินด้วยระบบ Fast track newborn มี Alert sign มี Hotline Counseling ส่งต่อ มี CPG Preterm มีแนวทางในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ลดการส่งต่อเข้าสู่โรงพยาบาลแม่ข่าย 6.3 % ลดเหลือ 4.4 % ทารกเกิดมีชี้น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เสียชีวิตใน 28 วันแรก 0.3% อัตราการ refer ลดลงและอัตราการส่งกลับรักษาต่อโรงพยาบาลใกล้เคียงบ้านลดลง ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการส่งต่อลดลงเรื่อย ๆ รวมถึงอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุ  $\leq 28$  วันลดลงตามลำดับ ส่วนอัตราการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนใน 3 ปี ไม่พบความแตกต่างกัน

**คำสำคัญ:** ทารกแรกเกิด, สุขภาพทารกแรกเกิด, เครือข่าย

#### Abstract

Based on illness infants in Yasothon Hospital, there are limitations of the care system and referral between network hospitals in Yasothon Province. Due to lack of guidelines for taking care of a newborn. Therefore, the researcher is aware of the problem and is interested in developing a

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงานผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม

network of sick neonatal health care networks in Yasothon province. 2) To study the effects of the neonatal health network on the results of quality indicators. This research is a participatory action research. The target areas of the study are Pediatric intensive care unit of Yasothon Hospital and eight community hospitals, selected by specific number of 1,731 patients and data analysis using percentage and content analysis.

The results of the study are as follows: Increase patient capacity (SNB), Shared resource management between networks, increased training courses for infants and children in crisis (40%), in emergencies with the Fast track newborn system, Alert sign, Hotline Counseling, CPG Preterm has guidelines for the care of newborns with jaundice. Reduced referral rate to tertiary hospital from 6.3% to 4.4%, new born weighing less than 2500 grams, died in the first 28 days 0.3%, decreased referral rate, refer back to Hospital near the house was reduced. Complications during the transmission decreased. The death of newborn aged  $\leq 28$  days reduced, the rate of hypothyroidism in 3 years was not significantly different.

**Keywords:** Newborn, Neonatal health care, Network

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จังหวัดยโสธรมีประชากรประมาณ 540,182 คน มีโรงพยาบาลยโสธรเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 370 เตียง มีโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก 7 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง ได้ดำเนินการพัฒนาเครือข่ายทารกแรกเกิด ควบคู่ไปกับการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อการดูแลภาวะคลอดก่อนกำหนด ดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ดูแลทารกที่มีภาวะพร่องออกซิเจนแต่กำเนิด ดูแลทารกที่มีความพิการแต่กำเนิดโดยเฉพาะโรคหัวใจพิการ รวมถึงปัญหาอื่นๆ ในทารกแรกเกิด ซึ่งบางรายต้องได้รับการดูแลด้วยเครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยเพื่อให้

บุคลากรทุกระดับ และอุปกรณ์การแพทย์ที่มีอยู่ ได้ถูกนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด<sup>1-2</sup>

เป้าหมายในการดูแลลดอัตราการตาย และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในขณะที่ยังมีปัญหาระบบส่งต่อ ที่ไม่เหมาะสม การบริการใกล้บ้านยังไม่ได้มาตรฐาน สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นและขาดการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว พบว่าถ้ามีการจัดการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วย ให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานสามารถอยู่ในสถานพยาบาลที่ใกล้ภูมิลำเนา จะนำไปสู่การลดอัตราการตาย ลดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่าย<sup>3-4</sup>

สถานการณ์อนามัยแม่และเด็กจังหวัดยโสธร มีอัตราการคลอดปีละประมาณ 32,00

ราย ในโรงพยาบาลไอศร จำนวน 3,145 คน เป็นมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 12 ในกลุ่มนี้เป็นทารกที่เจ็บป่วยต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลไอศร โดยเฉพาะทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยและมีภาวะขาดออกซิเจนระหว่างการคลอด ทารกป่วยในปี 2556, 2557, 2558 จำนวน 46.15(3,339), 48.27(3,283) และ 51.73(3,145) จำนวนที่รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม (NICU) 30.01(1,541), 20.06(1,585) และ 28.83(1,627) ในจำนวนนี้พบว่าทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม มีถึงร้อยละ 9.81(300), 9.02(318), 10.20(339) ทารกขาดออกซิเจนระหว่างการคลอด 20.99, 18.18, 22.25 (1,000:การเกิดมีชีพ) มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 3.36(160) รับไว้ในหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมด และอัตราการส่งกลับโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 3.12(5) ไม่สามารถส่งกลับทุกราย เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนขาดเครื่องมือบางอย่าง เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องส่องไฟทารกตัวเหลือง ตู้อบ เครื่องควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ บุคลากรไม่มั่นใจในการดูแล ภาระงานของบุคลากรมากขึ้นและทารกที่รอดชีวิตก็มีภาวะแทรกซ้อนจากระบบต่างๆ พัฒนาการล่าช้า จอประสาทตาเสื่อม มีภาวะปอดเรื้อรัง ต้องอยู่โรงพยาบาลนานเพื่อรอการเลี้ยงโต เฉลี่ย 30-40 วัน ทำให้เกิดความแออัดของสถานที่ ทั้งอัตราการตายสูง<sup>3-5</sup>

ดังนั้นผู้วิจัยได้ตระหนักถึงปัญหาและสนใจที่จะพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพทารกแรกเกิดในจังหวัดยโสธร ดำเนินการพัฒนา

เครือข่ายการพยาบาลทารกแรกเกิด โดยการพัฒนาระบบการส่งต่อ ระบบให้คำปรึกษา ระบบจัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือ แนวทางการดูแลทารกแรกเกิด ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน พัฒนาศักยภาพพยาบาลด้านการดูแลทารกแรกเกิด ผสานกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อมุ่งพัฒนาการบริหารจัดการการดูแลทารกแรกเกิดที่มีอัตราการเสียชีวิตและค่าใช้จ่ายสูง ที่จะนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานวิชาชีพ เกิดความสมดุลระหว่างคุณภาพการดูแลกับความต้องการและเกิดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

การศึกษาคั้งนี้เป็นการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพทารกแรกเกิด ให้เกิดการจัดระบบการดูแลทารกแรกเกิดให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างเหมาะสม โดยใช้ 1) หลักการและแนวคิดของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 2) แนวคิดการดูแลทารกแรกเกิด 3) แนวคิดการสร้างทีมงานและเครือข่ายในระบบบริการพยาบาล ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดทิศทางภารกิจหน้าที่ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service plan) ของหน่วยบริการทุกระดับในเครือข่ายบริการเป็นระยะเวลา 5 ปี (2556-2560) ต้องมีการประเมินรอบด้าน มุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับ ตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิและศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบความเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายโดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” (Seamless Health Service Network) เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดมีประสิทธิภาพ มีศักยภาพรองรับปัญหาทาง

การแพทย์และสาธารณสุขที่ซับซ้อนได้ สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายบริการเดียวกัน ทั้งด้านโครงสร้าง บุคลากรและคุณภาพบริการ ให้ได้มาตรฐาน โดยกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย 1) ดำเนินการได้ตามแผน 2) ลดต้นทุน 3) การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตบริการลดลง 4) โรงพยาบาลได้รับการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานตามที่กำหนด และการสร้างเครือข่ายเป็นการสร้างความเชื่อมโยง ของบุคคล กลุ่มหรือองค์กรหลายองค์กรที่ต่างก็มีเป้าหมาย<sup>6-7</sup>

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น จึงได้วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มปัญหาด้านสาธารณสุขในระดับจังหวัด และระดับเขต พบว่า ปัญหาการจัดระบบบริการและปัญหาสุขภาพของประชาชน ที่ประกอบด้วย 1) โรงพยาบาลชุมชนส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นการใช้ทรัพยากรไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับสถานบริการ 2) โรคที่เป็นสาเหตุโดยเฉพาะกลุ่มทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยง 3) ค่า Case Mix Index (CMI) พบว่า โรงพยาบาลชุมชนมีค่า CMI น้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนด (มาตรฐานไม่ต่ำกว่า 1.9 ในโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) 1.4 ในโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และ 0.8 ในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.)) และ 4) อัตราการครองเตียง พบว่าโรงพยาบาลหลายแห่งใช้เตียงยังไม่คุ้มค่า (อัตราการครองเตียง < 80%) ดังนั้นทิศทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด จังหวัดยโสธรจึง มีเป้าหมาย 1) ด้านมาตรฐานบริการ 2) การเข้าถึงบริการ 3) การลดระยะเวลารอคอย 4)

การลดอัตราป่วย 5) การลดอัตราตาย 6) การลดค่าใช้จ่าย 7) การลดการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ 8) การเพิ่มค่า CMI<sup>1,7-8</sup>

การบูรณาการการพัฒนาเครือข่ายทารกแรกเกิด จึงได้ขยายผลสู่ระดับอำเภอ ทุกโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 8 แห่ง ในจังหวัดยโสธร และได้รวบรวมผลการพัฒนาระบบบริการทารกแรกเกิด ทั้งภายในโรงพยาบาลที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาเกินกว่า 8 ปี ตั้งแต่ปี 2553 - 2560 จนสามารถวางระบบสร้างมาตรฐาน มีการปฏิบัติได้ร่วมกัน คิดปฏิบัติเป็นหนึ่งเดียวกัน จึงเห็นผลลัพธ์การพัฒนาเป็นที่ประจักษ์ ส่งผลลัพธ์ของการพัฒนาเครือข่ายทารกแรกเกิดได้อย่างต่อเนื่อง จึงถือเป็นความภาคภูมิใจในการพัฒนาระบบงาน หากแต่มีแนวคิดที่จะขยายงานสู่ระดับปฐมภูมิและในชุมชน จนถึงหมู่บ้าน (อย่างที่ได้นำร่องไว้ 1 ตำบล) เพื่อป้องกัน การเกิดทารกก่อนกำหนด และน้ำหนักตัวน้อยที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิตที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากร และส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการระยะยาวต่อผู้ป่วย ด้วยการดูแลทารกที่มีคุณภาพต้องใช้หลักการการดูแลทารกแรกเกิดแบบองค์รวม เป็นพื้นฐานการดูแลทารกที่มุ่งป้องกันการเจ็บป่วย เพื่อให้การรักษาประสบความสำเร็จในการช่วยให้ทารกรอดชีวิต โดยปราศจากความพิการและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งความบกพร่องของการดูแลขั้นพื้นฐานจะนำไปสู่ความเจ็บป่วยและความต้องการใช้ทรัพยากรเพิ่ม<sup>2-4</sup> จึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาศักยภาพเครือข่าย

ทารกแรกเกิดอย่างต่อเนื่อง เกิดความเข้มแข็ง เชื่อมโยงอย่างไร้รอยต่อให้เต็มศักยภาพใน จังหวัดยโสธร สามารถเป็น Model ขยายผลสู่ ระดับเขตต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ ทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยในจังหวัดยโสธร
2. เพื่อศึกษาผลของเครือข่ายบริการ สุขภาพทารกแรกเกิดต่อผลลัพธ์ตัวชี้วัดคุณภาพ

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิง ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) พื้นที่เป้าหมายในการศึกษา ได้แก่ หน่วยงานผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาล ยโสธร โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 8 แห่ง และ เขตอำเภอเมือง จังหวัดยโสธร คัดเลือกแบบ เจาะจง จำนวน 1,731 ราย เพื่อศึกษาถึงการ พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพทารกแรกเกิดที่ เจ็บป่วย ผลลัพธ์ของการพัฒนา และเพื่อให้เกิด การจัดระบบการดูแลทารกเกิดที่เจ็บป่วยได้รับ การดูแลตามมาตรฐานมีการส่งต่อได้อย่าง เหมาะสม

1. ปี 2556-2559 ดำเนินงานวิจัยเรื่อง การศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแล ทารกแรกเกิด จังหวัดยโสธร

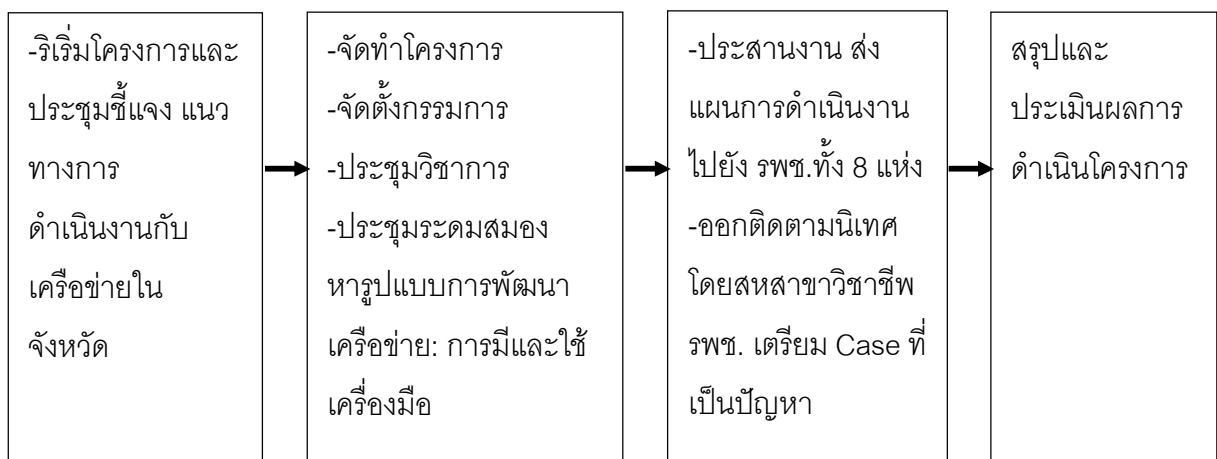
2. ปี 2557-2559 ได้ดำเนินการวิจัยเชิง ปฏิบัติการ เรื่อง ผลการติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง หลังจำหน่ายโดยสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาล ยโสธร

3. ปี 2556-2559 ได้วิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การช่วย กู้ชีพ ทารก แรก เกิด (Cardiopulmonary resuscitation:CPR) จังหวัด ยโสธร

4. ปี 2558-2559 ได้วิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่อง นวัตกรรม “หน้าต่างมหัศจรรย์” ต่อการลด ค่าใช้จ่ายและการคง ใช้งานของตู้อบอย่าง ต่อเนื่อง

5. ปี 2558-2559 ดำเนินโครงการวิจัยเชิง ปฏิบัติการเรื่อง “เป็นหูเป็นตา” (เป็นโครงการวิจัย นำร่องในเทศบาลตำบลสำราญ อ.เมือง จ. ยโสธร)

6. ปี 2560 ดำเนินโครงการวิจัยเชิง ปฏิบัติการ ความรู้ทักษะการดูแลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลในเครือข่าย จังหวัดยโสธร



## ผลการวิจัย

**ด้านสถานที่ เครื่องมือ:** วัสดุอุปกรณ์มีความทันสมัยเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนทา สามารถเพิ่มศักยภาพในการรับผู้ป่วย (SNB) ขนาด 2 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลยโสธร ได้หออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมใหม่ (ปี 2559) มีการบริหารทรัพยากรร่วมกันระหว่างเครือข่าย เช่น โรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง ยืมเครื่องส่องไฟทารกตัวเหลืองจากโรงพยาบาลยโสธร มีการจัดอบรมการมีและใช้ตู้อบอย่างถูกต้อง

**ด้านบุคลากร:** มีกุมารแพทย์เพิ่มในโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง (2คน) กุมารแพทย์ผ่านการอบรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกวิกฤตสำหรับกุมารแพทย์ พยาบาลผ่านการอบรมหลักสูตรทารกและเด็กวิกฤตเพิ่มขึ้น (40%) มีการจัดอบรมการมีและใช้ตู้อบอย่างถูกต้องสำหรับพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน พัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยการประชุมวิชาการ โครงการติดตามเยี่ยมบ้านในทารกกลุ่มเสี่ยงและโครงการพัฒนาทารกแรกเกิดรูปแบบวิชาการ สัญจร Conference case พร้อมทั้งติดตามนิเทศงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกระบวนการ รวมถึงข้อเสนอแนะ ข้อควรสนับสนุนให้เครือข่ายเพิ่มศักยภาพและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทั้งแพทย์พยาบาลผู้ดูแลทารกแรกเกิดอย่างต่อเนื่อง ด้านผู้ให้บริการจำนวน 80 คน มีความพึงพอใจ 89.35%

การพัฒนาด้านบุคลากรนี้สิ่งที่ได้แสดงให้เห็นชัดเจน เช่น การจัดระบบการให้คำปรึกษาผู้ที่มีความชำนาญกว่าทั้งแพทย์และพยาบาล

ทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง ตามเครือข่ายที่กำหนดและมีศูนย์ส่งต่อเพื่อประสานงานสามารถ Fast tack โดยตรงที่ ICU เด็ก สำหรับพยาบาลในการส่งต่อไม่ว่าจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าหรือต่ำกว่า จะจัดสรรพยาบาลในหน่วยงาน ICU เด็ก เท่านั้น ทั้งการออกติดตามเยี่ยมบ้าน

สิ่งที่ต้องพัฒนาด้านบุคลากรต่อไปสำหรับโรงพยาบาลชุมชน ในการที่จะส่งบุคลากรเข้ามาที่โรงพยาบาลจังหวัดคือการจัดให้มี Training needs ด้านการดูแลทารกแรกเกิดป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง ระยะเวลา 1 สัปดาห์

**ด้านมาตรฐานการปฏิบัติการดูแล:** ระบบข้อมูล มีการเชื่อมโยงข้อมูลได้ดีขึ้นสื่อสารรวดเร็วเพราะ มีแนวทางการ Consult มีคู่มือการส่งต่อทารกแรกเกิด (เฉพาะทารกแรกเกิด) มีแนวทางการส่งต่อในภาวะฉุกเฉินด้วยระบบ Fast track newborn มี Alert sign มี Hotline Counseling ส่งต่อ มี CPG Preterm มีแนวทางในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองจัดทำคู่มือการช่วยฟื้นคืนชีพ (ให้ทุกโรงพยาบาลชุมชน) และทบทวนการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดปีละ 1 ครั้ง เนื้อหาคู่มือประกอบด้วย Initial step, PPV, Chest Compression

จากการวิเคราะห์รูปแบบการดูแลที่ปฏิบัติตามข้อกำหนดในแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น สามารถช่วยให้ระบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วยมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพเพิ่มขึ้น เมื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลทารกแรกเกิดป่วยในเครือข่ายพบว่าสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกได้ดีขึ้น

และยังมีแนวโน้มลดอัตราการเสียชีวิต สามารถส่งต่อกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านได้ในปีงบประมาณ 2557 ลดการส่งต่อเข้าสู่

โรงพยาบาลแม่ข่าย 6.3% ลดเหลือ 4.4% ทารกเกิดมีชีพน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เสียชีวิตใน 28 วันแรก 0.3% ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลลัพธ์ตัวชี้วัดการดูแลทารกแรกเกิดป่วย เครือข่าย จังหวัดยโสธร

รายการตัวชี้วัด	ผลลัพธ์		
	2556	2557	2558
จำนวนทารกแรกเกิดทั้งหมด	3339	3283	3245
จำนวนทารกป่วยทั้งหมด	1541	1585	1627
อัตราการส่งต่อไป รพศ. (Refer out)	19(1.23%)	14(0.88%)	30(1.84%)
อัตราการส่งต่อจาก รพช.(Refer in)	97(6.3%)	70(4.4%)	44(2.70%)
อัตราการส่งกลับรักษาต่อ รพ.ใกล้บ้าน	2(0.12%)	2(0.12%)	1(0.06%)
อัตราเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างส่งต่อ	14(14.4%)	6(8.57%)	2(4.53%)
อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน (NMR)	11(3.68%)	9(3.57%)	7(2.22%)
อัตราการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกเกิด	22.2	18.63	22.25

จากตาราง พบว่า จำนวนทารกแรกเกิดแต่ละปีไม่มีความแตกต่างกัน และจำนวนทารกป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้อัตราการส่งต่อไป รพศ. เพิ่มขึ้น แต่ขณะเดียวกันศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของ รพช. เพิ่มขึ้น สะท้อนจากอัตราการ refer ลดลงและอัตราการส่งกลับรักษาต่อ รพ.ใกล้บ้านลดลง การเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการส่งต่อลดลง รวมถึงอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุ 28 วันลดลงตามลำดับ

ส่วนอัตราการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนใน 3 ปี ไม่พบความแตกต่างกันอัตราการเยี่ยมบ้านร้อยละ 88.4 อัตราทารกได้รับการตรวจประเมินด้านร่างกายและอย่างต่อเนืองมีพัฒนาการที่สมวัยจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.69 มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 91.31 มารดามีค่าเฉลี่ยความรู้หลังได้รับการเตรียมจำหน่ายร้อยละ 97.4 อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจำหน่ายร้อยละ 1.02

รายการ	2556	2557	2558	2559
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	1241	1585	1627	1731
On ET Tube	77	82	65	71
CPR	10	14	17	10
ผู้ป่วยที่ ROSE หลัง CPR	0	0	0	0
ผู้ป่วยที่มี Survival หลัง D/C	0	0	0	0

ด้านประสิทธิผลการเปรียบเทียบหน้าต่างมหัศจรรย์กับอุปกรณ์เดิมพบว่า ได้รูปแบบ ขนาด หน้าต่าง เท่าจริงใช้งานได้เช่นเดิม มาตรฐานการรักษาไม่แตกต่าง ความคงตัว อุณหภูมิในตู้อบได้ตามที่ตั้งไว้ สามารถหมุนเปิด-ปิดได้สะดวก ปิดกั้นอากาศที่ไหลผ่านได้ดี ทารกไม่มีปัญหาอุณหภูมิกายจากการพัดพาและแผ่รังสี พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคงตัวของอุณหภูมิตู้ อยู่ที่ 32.2 องศา ทำความสะอาดง่าย ใช้งานได้กับตู้อบทุกรุ่น ทุกยี่ห้อ ด้านอุปกรณ์พบว่า ต้นทุนการผลิตจากเดิม 250 บาท/ชิ้น (สั่งซื้อ) ลดเหลือ 13 บาท/ชิ้น ประหยัดค่าใช้จ่ายได้ 3,792 บาทต่อปี ใน 8 ตู้ ประหยัดค่าใช้จ่ายร้อยละ 94.8 ในการทำงานของเจ้าหน้าที่ไม่มีความแตกต่างจากระบบปกติ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการพึงพอใจร้อยละ 98.7

กลุ่มหญิงวัยรุ่นและหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแล ร้อยละ 97 พบทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยลดลง ร้อยละ 3.94 มารดาที่ตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี ลดลงร้อยละ 5

### ผลการดำเนินงาน จำนวนผู้เข้าร่วมอบรม 13 คน

1. เนื้อหาสาระของการอบรม ดีมาก 12 คน คิดเป็น 92.30%
2. ท่านมีความรู้ก่อนการอบรม ดีมาก 2 คน คิดเป็น 15.38% พอใช้ 11 คน คิดเป็น 84.61%
3. ท่านมีความรู้หลังการอบรม ดีมาก 3 คน คิดเป็น 23.07% ดี 10 คน คิดเป็น 76.92%
4. ประโยชน์ที่จะนำไปใช้งาน ดีมาก 10 คน คิดเป็น 76.92% ดี 3 คน คิดเป็น 23.07%

5. การบรรยายของวิทยากร ดีมาก 7 คน คิดเป็น 53.8% ดี 6 คน คิดเป็น 46.15%

6. ระยะเวลาเหมาะสมกับเนื้อหา ดีมาก 8 คน คิดเป็น 61.5% ดี 5 คน คิดเป็น 38.46%

7. สื่อ/อุปกรณ์ ประกอบการอบรม ดีมาก 7 คน คิดเป็น 53.8% ดี 4 คน คิดเป็น 30.7% พอใช้ 2 คน คิดเป็น 15.38%

8. ความเหมาะสมอาหาร อาหารว่าง ดีมาก 7 คน คิดเป็น 53.8% ดี 6 คน คิดเป็น 46.15%

9. ท่านต้องการอบรมเรื่องใด : Ventilator mode

10. ข้อเสนอแนะ :

1. น่าจะมีอาหารกลางวันให้ด้วย 2 คน คิดเป็น 15.38 %

2. อยากให้เปิดอบรมหลายๆรอบให้เจ้าหน้าที่ได้สลับกันมาฝึกอบรมทุกคน 1 คน คิดเป็น 7.69%

สะท้อนผลข้อมูลกลับคืนทีมเครือข่ายเครือข่ายบริการสุขภาพทารกแรกเกิด เกิดการพัฒนาขยายผลในระดับ Service plan ทั่วทั้งจังหวัด

### สรุปผลการวิจัย

ผลการติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหลังจำหน่ายโดยสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลยโสธร ช่วยให้บิดา มารดามีความใส่ใจเอาใจใส่ต่อบุตร ได้ดีมากขึ้น เด็กเหล่านั้นไม่ได้ถูกทอดทิ้ง เกิดความพึงพอใจ ร้อยละ 97.8 มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมและผู้รับบริการ ทารกแรกเกิดมีการช่วยเหลือผู้ซึ่พออย่างมีประสิทธิภาพ



อุบัติการณ์การเกิด Asphyxia และภาวะแทรกซ้อนลดลง อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากการส่งต่อลดลง ทารกป่วยและทารกแรกเกิดวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า 28 วันลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงระดับที่คาดหวัง

นวัตกรรมการใช้หน้าต่างที่ผลิตขึ้นมาเองช่วยลดค่าใช้จ่าย คุ่มค่าค้ำค้ำทุน ช่วยแก้ปัญหาจากหน้าต่างเดิมที่หมดอายุยี่ดยานจากการใช้งานนาน ขยายผลไปยังหน่วยงานที่มีตู้อบไว้ใช้งานตามโรงพยาบาลชุมชนทุกเครือข่ายในจังหวัดยโสธร

การสร้างเครือข่ายแกนนำชุมชนในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มหญิงวัยรุ่นและกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ได้นำร่องในเทศบาลตำบล 1 ตำบล ทำให้พบว่าเครือข่ายมีความเข้มแข็ง มั่นคง มีการติดตาม พัฒนาองค์ความรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่เวชปฏิบัติ สถานีอนามัยได้เข้าใจการประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามอายุครรภ์ที่แก้ไข (corrected age) ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่

พบในทารก และสร้างเครือข่ายผู้นำชุมชนจิตอาสา เพื่อช่วยเหลือให้คำแนะนำการตั้งครรภ์ การดูแลครรภ์ รวมถึงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัญหาต่างๆไป และการไปตรวจติดตาม

### อภิปรายผล

จะเห็นได้ว่า ผลจากการดำเนินงานตั้งแต่ปี 2556 ร่วมกับการให้ความรู้ การจัดทำคู่มือ การนิเทศติดตามงานอย่างต่อเนื่อง พบว่าระบบบริการชัดเจน มีช่องทางการสื่อสารที่รวดเร็ว มีช่องทางด่วนเฉพาะทารกแรกเกิดสามารถเข้าถึงบริการได้ภายใต้มาตรฐานเดียวกัน ให้คำปรึกษาที่เหมาะสมและเป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำช่วยเหลือ ให้ดูแลเบื้องต้นที่เหมาะสม ก่อนการเคลื่อนย้าย หรือขณะให้การดูแลที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งพบว่าอัตราการส่งมารักษาต่อมีอัตราลดลง แสดงถึงระบบบริการทั้งในโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลในเครือข่ายสามารถเชื่อมโยงได้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น<sup>5-7</sup>

### เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สถิติสาธารณสุข ปี 2552 – 2554. [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 4 พฤษภาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/HEALTH2.HTML>
2. วิธนา จีระแพทย์. พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลและการพัฒนาต้นแบบของโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงในหออภิบาลทารกแรกเกิด. [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://research.trf.or.th/node/1630>
3. งานเวชสถิติโรงพยาบาลยโสธร. สรุปสถิติข้อมูลการบริการโรงพยาบาลยโสธร ประจำปี 2556 – 2558. ยโสธร: กลุ่มงานบริการและวิชาการโรงพยาบาลยโสธร; 2559.

4. รัศมี งามเจริญ, สุทธิลักษณ์ ตั้งเกียรติชัย, ผกาพรรณ เกียรติชูสกุล. กระบวนการและผลลัพธ์ของการส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดสู่โรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552;27(3):31-7.
5. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ(สาขาทารกแรกเกิด).แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิด. ม.ป.ป.
6. สมศักดิ์ สุทัศน์วรวิมล, กำแหง จารุจินดา. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในสูติศาสตร์รามาธิบดี.กรุงเทพฯ: สูติศาสตร์ รามาธิบดี; 2530. หน้า 72-91.
7. นवलจันทร์ พลุสมบัติ, ประนอม วรรณกุล. การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่ชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551;26(3):58-67.
8. ดวงเดือน กะการรัมย์. การพัฒนาระบบทารกแรกเกิดในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลบุรีรัมย์. [รายงานการศึกษาอิสระ].ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.

๐๐ ๐๐ ๐๐ ๐๐ ๐๐

# การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสที ไม่ยกที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลว:

## กรณีศึกษา ราย 3

### Nursing care of non ST-elevation myocardial infarction) NSTEMI) patient with Congestive heart failure and Respiratory failure: 3Case Studies

Somkid Phoupha, M.N.S.

Yasothon hospital

Yasothon province

สมคิด เผ่าผา พย.ม.

โรงพยาบาลยโสธร

จังหวัดยโสธร

#### บทคัดย่อ

**บทนำ:** โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลว เป็นภาวะการเจ็บป่วยวิกฤตที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เกิดภาวะช็อกจากหัวใจและเสียชีวิตได้ง่าย ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่เร่งด่วนและครอบคลุม ดังนั้น การประเมิน วิเคราะห์ปัญหา การวางแผนการพยาบาล การพยาบาลที่ถูกต้อง รวมทั้งการประเมินติดตามอย่างใกล้ชิดจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลว

**วิธีศึกษา:** เลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง จากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลว ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลยโสธร ระหว่างวันที่ โดยประเมินแบบ วิเคราะห์กรณีศึกษา 2562 พฤษภาคม 31-2561 ตุลาคม 1 และการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล แผนการรับรู้สุขภาพของกอร์ดอนและทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม

**ผลการศึกษา:** จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (Non ST-elevation myocardial infarction-NSTEMI ) ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลว (1 รายพบว่า 3ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยกที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลวทั้ง ได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีข้อวินิจฉัยที่เหมือนกัน ราย 3 (2 ข้อ 4 และแตกต่างกัน ข้อ 7 ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา ได้แก่ มีภาวะพร่องออกซิเจน เจ็บแน่นหน้าอก มีภาวะช็อกจากหัวใจ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา Norepinephrine มีภาวะ Hyperglycemia มีภาวะ Hypokalemia ความทนต่อกิจกรรมลดลง มีภาวะติดเชื้อที่ปอด มีโอกาสเกิด

ภาวะเลือดออกจากการได้รับยาต้านการการแข็งตัวของเลือด ผักหญ้าเครื่อง โดยได้รับการดูแลตาม ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายจนอาการดีขึ้นจำหน่ายทุเลา และนัดติดตามผลอีก เดือน 1

**สรุป:** ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะหายใจล้มเหลวมีภาวะวิกฤตต่างๆที่คุกคามต่อชีวิต การเฝ้าระวังและการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในทุกระยะของการดูแลที่รวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการประเมิน เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและวางแผนให้การพยาบาลที่ครอบคลุมตามปัญหาที่เกิดขึ้น

**คำสำคัญ:** โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (NSTEMI) ภาวะ ,ภาวะหัวใจล้มเหลว , หายใจล้มเหลว, การพยาบาล

### Abstract

**Background:** Non ST-elevation myocardial infarction with congestive heart failure and respiratory failure is a critical illness that leads to arrhythmia, cardiogenic shock and easily died. Patients need urgent and comprehensive medical care. Therefore, assessment, analyze problem, nursing care plan, correct nursing and close monitoring would cause patient safety.

**Objective:** To compare the nursing cares of non ST-elevation myocardial infarction patient with Congestive heart failure and Respiratory failure.

**Methods:** Three non ST-elevation myocardial infarction patients with congestive heart failure and respiratory failure were specific selected in female medical ward, Yasothon Hospital during 1 October 2018 - 31 May 2019. Analyze of case studies, the assessment of health perception uses functional health pattern of Gordon, and patient care by nursing process and Orem's Self Care Deficit Theory.

**Result:** The finding of three cases of Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) with Congestive heart failure and Respiratory failure. 1) All three case of non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) with Congestive heart failure and Respiratory failure were received anticoagulant, 7 nursing diagnosis were consistent ,but 4 were different. 2) Nursing practice consistent with the problem of hypoxia, chest pain, cardiogenic shock, patient and family are worry, low cardiac output, risk of complication form norepinephrine, hyperglycemia, hypokalemia, resistant to activity decreases, lung infection, risk of complication form anticoagulant, weaning. Patients were caring based on problems and needs, until improved, discharged and follow up 1 month.

**Conclusion:** Patients of Non ST-elevation myocardial infarction with Congestive heart failure and Respiratory failure are various crisis to life. The monitoring and solving problems in all stage of care would cause patient safety. Nurses play important role in assessment, monitoring of changes, prevent complication and planning for nursing covered all problems.

**Keyword:** Non ST-elevation myocardial infarction, Congestive heart failure, Respiratory failure, Nursing.

## บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสที่ไม่ยก (Non ST-elevation myocardial infarction: NSTEMI) เป็นภาวะฉุกเฉินในกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndromes : ACS) พบร้อยละ 20<sup>11</sup> ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลกและในประเทศไทย จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี พ.ศ.2559 พบทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตปีละประมาณ 57 ล้านคน โดยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 9.2 ล้านคน<sup>6</sup> และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2020 ประเทศกำลังพัฒนา จะมีผู้เสียชีวิตมากถึงร้อยละ 70 ของสาเหตุการเสียชีวิตทุกชนิด<sup>10</sup> ประเทศไทย ในปี พ.ศ.2560 อัตราการเสียชีวิต 31.8 ต่อประชากรแสนคน เฉลี่ยเสียชีวิตวันละ 57 คน ชั่วโมงละ 2 คน ซึ่งอัตราส่วนการเสียชีวิตเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1:2.6 ผู้ชายเสียชีวิตเป็น 2 เท่าของผู้หญิง<sup>6</sup>

โรงพยาบาลโสธรมีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดปี 2559-2561-จำนวน 596, 651 มีผู้ป่วย 2561 ในปี รายตามลำดับ 661 และ STEMI ร้อยละ 4.39 NSTEMI ร้อยละ 53.56 และ Unstable angina ร้อยละ 42.06<sup>3</sup> พบผู้ป่วย NSTEMI ที่มีภาวะช็อกจากหัวใจร้อยละ 3.48 มีภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ มีภาวะหายใจ 21.48 3.78<sup>3</sup> อัตราตาย 6.95 ร้อยละ ล้มเหลว ในหอผู้ป่วยอายุกรรมหญิงมีผู้ป่วย NSTEMI ปี 2559-2561 จำนวน 125, 1 และ 39117 รายตามลำดับ ในปี ผู้ป่วย 2561 NSTEMI ที่มีภาวะช็อกจาก

หัวใจร้อยละ มีภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 1.69 อัตรา 3.02 ร้อยละ มีภาวะหายใจล้มเหลว 29.66 4.24<sup>3</sup> ตาย จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วย NSTEMI ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหายใจล้มเหลวและอาจมีภาวะช็อกจากหัวใจร่วมด้วย หากมีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างร่วมกัน จะเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลเป็นอย่างมาก เนื่องจากอาการจะเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และทำให้เสียชีวิตได้ง่าย

**พยาธิสรีรวิทยา** โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสที่ไม่ยก (NSTEMI) เป็นกลุ่มอาการที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มี ST segment elevation แต่มี ST depression หรือ T wave inversion และพบ cardiac biomarkers positive ซึ่งแสดงถึงกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด Q-wave<sup>7</sup> สาเหตุเกิดจากภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) ทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดแดงหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนำไปสู่การเกิด กล้ามเนื้อหัวใจตามเฉียบพลัน ตามมา ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความผิดปกติ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง บุหรี่ โรคอ้วนลงพุง เพศชายอายุ 40 ปีขึ้นไป เพศหญิงอายุ 50 ปีขึ้นไป หรือหมดประจำเดือน ผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย และภาวะเครียด เป็นต้น<sup>9</sup>

**อาการและอาการแสดง** ส่วนใหญ่มาด้วยเจ็บแน่นหน้าอกเจ็บนานเกิน 20 นาที โดยไม่

สัมพันธ์กับการออกกำลังหรืออารมณ์<sup>4,8</sup> ในรายที่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมาก่อนอาจพบอาการเจ็บหน้าอกที่มีความรุนแรง และความถี่มากขึ้นกว่าปกติ และอาจมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น อาการเหนื่อย หายใจไม่เต็มปอด นอนราบไม่ได้จากภาวะหัวใจล้มเหลว ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ในรายที่พื้นที่กล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าร้อยละ 40 จะมีอาการรุนแรงและพบภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock ร่วมด้วยและร้อยละ (85 มักเสียชีวิต<sup>7</sup> การรักษาจะให้ยาต้านเกล็ดเลือด 2 ให้ ชนิดร่วมกันเช่น aspirin ร่วมกับ clopidogrel ยาต้านการแข็งตัวของเลือด กลุ่ม low molecular weight heparin เช่น Enoxaparin วัน 5-3<sup>7</sup> การให้ยากลุ่มนี้ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือ มีภาวะเลือดออกง่าย เกล็ดเลือดต่ำ ต้องมีการตรวจติดตาม เกล็ดเลือด ,Hb, PT, PTT, INR, Cr และ GFR ร่วมด้วย

**การพยาบาล** ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสที่ไม่ยก ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเกิดจากการคั่งของเลือดในหัวใจห้องซ้ายและปอดจนทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ การแลกเปลี่ยนแก๊สในปอดผิดปกติ เกิดภาวะเนื้อเยื่อปอดออกซิเจน ผลตามมาเกิดภาวะหายใจล้มเหลว นับเป็นภาวะวิกฤติที่ต้องรีบแก้ไขให้การช่วยเหลือเร่งด่วน เป้าหมายในการพยาบาลเพื่อลดตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีอยู่ในภาวะปกติ ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการเจ็บ

แน่นหน้าอกทุเลาลง ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อปอดออกซิเจน<sup>9</sup> ผู้ป่วยบางรายต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ในรายมีภาวะช็อกจากหัวใจ อาจทำให้หัวใจหยุดเต้นและเสียชีวิตได้ ปัญหาเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน พยาบาลต้องมีการประเมินแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุม นำกระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลและการดูแลให้เหมาะสมในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย ตลอดจนเฝ้าระวังติดตามอาการเปลี่ยนแปลงในระยะวิกฤติอย่างใกล้ชิด ตลอดเวลา จนผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะคุกคามต่อชีวิต รวมทั้งพยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถ ความชำนาญเฉพาะทาง และมีประสบการณ์สูง ในการให้การพยาบาล การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การบริหารยาความเสี่ยงสูง รวมทั้งเทคนิคการฉีดยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยา เป็นต้น

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้สนใจศึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสที่ไม่ยก ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และมีภาวะหายใจล้มเหลว ซึ่งมีโอกาสเสียชีวิตสูง แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา การพยาบาลที่ถูกต้อง ตั้งแต่ระยะวิกฤต ระยะต่อเนื่อง รวมถึงการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่กลับเป็นซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

## วิธีการศึกษา

เลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง 3 ราย จากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลว โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) เลือกกรณีศึกษา โดยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยกที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลว อยู่โรงพยาบาลอย่างน้อย 3 วัน มีโรคประจำตัวคือเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง ที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลยโสธร ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 31 พฤษภาคม 2562 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน, การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกตและการปฏิบัติการพยาบาล ได้กรณีศึกษาน่าสนใจ มีความซับซ้อนของพยาธิสภาพของโรคและการรักษาพยาบาลจำนวน 3 ราย 2) ดำเนินการศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3) ดำเนินการวิเคราะห์กรณีศึกษา โดยประเมินแบบแผนการรับรู้สุขภาพของกอร์ดอน และการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม

**เครื่องมือที่ใช้** ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย 3) แบบบันทึกแบบแผนสุขภาพ 4) แบบบันทึกวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

## ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยหม้าย อายุ 76 ปี มาด้วย 2 ชั่วโมงก่อนมา หลังตื่นนอน เห็นอ้วนแน่นหน้าอก หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ ญาตินำส่ง รพช. EKG พบ ST depress V3-V6 SpO<sub>2</sub> 61% หอบเหนื่อยมาก On ET-Tube จึง refer มาการตรวจร่างกาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจตามเครื่องช่วยหายใจได้ดี เสียงการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่ได้ยินเสียง murmur ปอดมี crepitation sound ทั้งสองข้าง มีบวมที่หลังเท้า กดนุ่ม Troponin-T positive 114 และ 464 ขณะรักษา ผู้ป่วยเจ็บแน่นหน้าอก มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ Nitroglycerine (1:5) iv drip ได้ยาต้านเกล็ดเลือด, Enoxaparin 0.6 ml. od x3 วัน มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะปอดอักเสบติดเชื้อและภาวะหายใจล้มเหลว รวมไปถึงเครื่องช่วยหายใจ 84 ชั่วโมง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อาการเจ็บแน่นหน้าอกทุเลาลง หัวใจเต้นปกติ อาการทั่วไปดีขึ้น รวมอยู่ในโรงพยาบาล 4 วัน

กรณีศึกษาที่ อายุ หญิงไทยคู่ 2 68 ปี มาด้วย เจ็บ หลังตื่นนอนลุกขึ้น ชั่วโมงก่อนมา 1 แน่นหน้าอกหายใจไม่อิ่มญาตินำส่งโรงพยาบาล .EKG พบ ST elevation I, AVL, ST depress II III AVF SpO<sub>2</sub> 72% On ET-Tube ที่ ER การตรวจร่างกาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจหอบ ตัวเย็น หายใจตามเครื่องช่วยหายใจ เสียงการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่ได้ยินเสียง murmur ปอดมี crepitation sound ทั้งสองข้าง ไม่บวม Troponin-T positive 23,856,500 ผู้ป่วยเจ็บแน่นหน้าอก BP 186/83 mmHg ให้ Nitroglycerine iv drip ต่อมา มีภาวะช็อกจาก

หัวใจ BP 65/48 mmHg ให้ Norepinephrine iv drip ได้ยาต้านเกล็ดเลือด, Enoxaparin 0.6ml od x3 วัน มีภาวะติดเชื้อในปอด ภาวะ Hyperglycemia, Hypokalemia, แก้ไขภาวะ ช็อกได้ใน 48 ใช้เครื่องช่วยหายใจนาน ชั่วโมง 13 รวมอยู่ใน ยทุเลาอาการดีขึ้นจำหน่าย ชั่วโมง โรงพยาบาล 5 วัน

กรณีศึกษาที่ อายุ หญิงไทยคู่ 3 52 ปี มา ด้วย หลังรับประทานอาหาร ก่อนมา นานที่ 30 หายใจไม่ หายใจหอบเหนื่อยมากอึด ญาตินำส่ง รพช มี .Dyspnea SpO<sub>2</sub> 68% On ET-Tube

EKG พบ ST depress II, III, AVF จึง refer มา การตรวจร่างกาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังเหนื่อย หายใจตามเครื่องช่วยหายใจได้ดี เสียงการเต้น ของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่ได้ยินเสียง murmur ปอด มี crepitation sound ทั้งสองข้าง ไม่บวม Troponin-T positive 273, 333 ให้ enoxaparin 0.6ml od x3 วัน ขณะรักษา มีภาวะ Hyperglycemia มีภาวะติดเชื้อในปอด ใช้ เครื่องช่วยหายใจนาน อาการเหนื่อย ชั่วโมง 15 จำหน่ายทุเลา อาการทั่วไปดีขึ้น หอบทุเลาลง วัน 4 รวมอยู่ในโรงพยาบาล

1. การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ที่มี ภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลว ในประเด็นที่ศึกษา ดังตารางที่ 1-3 ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3
เพศ	หญิง	หญิง	หญิง
อายุ	76 ปี	68 ปี	52 ปี
วันรับการรักษา	วันที่ 21 -25 ต.ค.2561	วันที่ 25-30 พ.ย.2561	วันที่ 26-30 พ.ค.2562
ระยะเวลาอน รพ.	4 วัน	5 วัน	4 วัน

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3
อาการสำคัญ	หลังตื่นนอน เหนื่อย แน่น หน้าอก หายใจหอบ นอน ราบไม่ได้ เป็นก่อนมา 2 ชั่วโมง	หลังตื่นนอนลุกขึ้น เจ็บ แน่นหน้าอก หายใจไม่อึด หายใจลำบาก นอนราบ ไม่ได้ เหนือออกตัวเย็น เป็น ก่อนมา ชั่วโมง 1	หลังรับประทานอาหาร เหนื่อยมาก หายใจหอบ หายใจไม่อึด นอนราบ ไม่ได้ เหนือออกตัวเย็นเป็น ก่อนมา 30 นาที
อาการเจ็บป่วย ปัจจุบัน	เป็นโรคหลอดเลือด ก่อน 3 เลือดหัวใจตีบตรวจ Echocardiogram ผล EF 30% 2 ชั่วโมงก่อนมา หลัง	ปีก่อนเป็นโรคหลอดเลือด 1 เลือดหัวใจตีบ ได้ทำ PCI ใส่ขดลวดไว้ 1 ชั่วโมงก่อน มา หลังตื่นนอนลุกขึ้น เจ็บ	นาที่ก่อนมา 30หลัง รับประทานอาหาร เหนื่อย มาก หายใจหอบ หายใจ ไม่อึด ญาตินำส่ง รพช มี.



## ตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3
	หลังตื่นนอน เหนื่อยหายใจหอบ แน่นหน้าอก นอนราบไม่ได้ ญาตินำส่ง รพช. ผู้ป่วยหอบเหนื่อยมาก เหนื่อยออกตัวเย็นSpO <sub>2</sub> 61% On ET tube refer มา	เจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่อิม ญาตินำส่ง ถึง ER . ผู้ป่วยหอบเหนื่อยมาก เหนื่อยออกตัว แน่นหน้าอก เย็นSpO <sub>2</sub> 72% On ET tube	Dyspnea SpO <sub>2</sub> 68% On ET tube refer มา
ประวัติแพ้ยาและสารเสพติด	ปฏิเสธ แพ้ยา ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ ไม่มีประวัติดื่มสุรา	ปฏิเสธแพ้ยา มีประวัติใช้ยาต้มสมุนไพร ไม่มีประวัติสูบบุหรี่,ดื่มสุรา	ปฏิเสธ แพ้ยา ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ ไม่มีประวัติดื่มสุรา
EKG	ST depress V3-V6	ST elevation I, AVL , ST depress II III AVF	ST depress II,III , AVF
CXR	Bilateral infiltration , cardiomegaly	pulmonary congestion ,bilateral infiltration	pulmonary congestion ,bilateral infiltration
การรักษา	Enoxaparin 0.6 ml sc od x3 day	Enoxaparin 0.6 ml sc od x3 day	Enoxaparin 0.6 ml sc od x3 day
Troponin-T	114.80 และ 464.80	23.77,856.70 และ 551	215,273,และ 339
การวินิจฉัย	NSTEMI with Congestive heart failure with Respiratory failure	NSTEMI with Congestive heart failure with Respiratory failure	NSTEMI with Congestive heart failure with Respiratory failure
สัญญาณชีพ	T 36.1 C	T 35 C	T 36.9 C
แรกจับ	PR 84 bpm RR 22 bpm BP 163/81 mmHg	PR 88 bpm RR 22 bpm BP 83/186mmHg	PR 116 bpm RR 20 bpm BP 129/85 mmHg

## ตารางที่ ตารางเปรียบเทียบแบบแผนการรับรู้ทางสุขภาพของกอร์ดอน 3

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3
.1การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	DM ,HT, Hyperthyroid และ DLP มา 5 ปี และ CKD stage 4 มา ปี 2, IHD 3 เดือน EF30%	HT, DLP, Rheumatiod มา ปี 5,DM ,CKD stage 3 มา ปี 3, IHD1 ปีได้สวนหลอดเลือดหัวใจใส่ขดลวดไว้	DM ,HT, CKD stage 3 มา 4 ปี
.2อาหาร	ชอบอาหารหวาน มัน เค็ม คุมอาหารไม่ค่อยได้ BMI 17.18 kg/m <sup>2</sup>	ชอบอาหารหวาน มัน คุมอาหารไม่ค่อยได้ BMI18.75 kg/m <sup>2</sup>	ชอบอาหารหวาน เค็ม คุมอาหารไม่ค่อยได้ BMI19.35 kg/m <sup>2</sup>
.3การขับถ่าย	ขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะปกติ	ขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะปกติ	ขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะปกติ
.4กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ไม่ได้ออกกำลังกาย	ไม่ได้ออกกำลังกาย	ไม่ได้ออกกำลังกาย
.5การนอนหลับพักผ่อน	ไม่มีปัญหาการนอนหลับ	ไม่มีปัญหาการนอนหลับ	ไม่มีปัญหาการนอนหลับ
.6สติปัญญาและการรับรู้	มีการรับรู้ที่ดี เข้าใจในการสื่อสาร	มีการรับรู้ที่ดี เข้าใจในการสื่อสาร	มีการรับรู้ที่ดี เข้าใจในการสื่อสาร
.7การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	สีหน้ากังวล	สีหน้ากังวล	สีหน้ากังวล
.8บทบาทและสัมพันธภาพ	เป็นหัวหน้าครอบครัวมีสมาชิก บุตรสาว คน 5 เป็นผู้ดูแล	เป็นผู้อาศัย ครอบครัวมีสมาชิก 6 คน บุตรสาว เป็นผู้ดูแล	เป็นผู้อาศัย ครอบครัวมีสมาชิก สามีเป็น คน 4 เป็นผู้ดูแล
.9เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่มีปัญหา	ไม่มีปัญหา	ไม่มีปัญหา
.10การปรับตัวและเผชิญความเครียด	ผู้ป่วยมีความเครียดปรับตัวโดยพูดคุยกับ บุตรสาว	ผู้ป่วยมีความเครียดปรับตัวโดยพูดคุย/ ระบายกับสามี	ผู้ป่วยมีความเครียดปรับตัวโดยพูดคุย ระบายกับสามี บ้าน
.11ความเชื่อและค่านิยม	มีความเชื่อวิถีพุทธ	มีความเชื่อวิถีพุทธ	มีความเชื่อวิถีพุทธ

## .2การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามรายประเด็นศึกษา

## ตารางที่ วิเคราะห์เปรียบเทียบ 4: ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทีไม่ยก

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3	การวิเคราะห์
หญิงไทยหม้าย อายุ เป็น ปี 76 หวานมา โรคเบา ปี 10 นาน ปัจจุบันต้องเข้ายาฉีดและมีโรค ความดันโลหิตสูง hyperthyroid และ ไชมันในเลือดสูงมา 5 ปี และ ไตวายเรื้อรัง stage 4 มา ปี 2 ประวัติเป็นโรค- หลอดเลือดหัวใจ เดือน 3 ตีบมา ชอบอาหารหวาน คุม เค็ม มัน อาหารไม่ค่อยได้ ไม่ได้ออกกำลังกาย	หญิงไทยคู่อายุ เป็นความ ปี 68 โรครู ดันโลหิตสูง และ มาตอยด์ ไชมันในเลือดสูง เป็น ปี 5 มา โรคเบาหวาน และไตวายเรื้อรัง stage3 มา ปี 3 เป็นโรคหลอด เลือดหัวใจตีบมา หลังทำ ปี1PCI แล้ว มีประวัติใช้ ยาต้มสมุนไพร ชอบอาหาร- คุม มัน หวาน อาหารไม่ค่อยได้ ไม่ได้ออกกำลังกาย	หญิงไทยคู่อายุ เป็นโรคเบา ปี 52 4 มานาน หวาน ปัจจุบันต้องใช้ ปี ยาฉีดNPH 20- 0-10 และมีโรค ร่วม ความดัน โลหิตสูง และ ไต วายเรื้อรัง stage 4 มา ปี 4 ชอบอาหาร- เค็มคุม หวาน อาหารไม่ค่อยได้ ไม่ได้ออกกำลังกาย	ผู้ป่วยทั้ง มีโรคประจำตัวคือ ราย 3 และมีภาวะไต ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไม่ได้ออกกำลังกาย คุมอาหารไม่ได้ วายเรื้อรัง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด เหมือนกัน หัวใจ มากกว่าคนปกติ 2-4 เท่า โดยพบอัตรา การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและ กล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำใหม่ได้เร็วกว่าและมี อัตราตายที่สูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน <sup>8</sup> และเมื่อ มีภาวะไตวายเรื้อรังร่วมด้วย ร่างกายขับน้ำออก ไม่ได้มีน้ำคั่งในปอดส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจ ล้มเหลว และหายใจล้มเหลวตามมาได้ ผู้ป่วย รายที่ มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจ 2 และ 1 การ แต่ผู้ป่วยยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ตีบมาก่อน การออกกำลังกาย ปรับพฤติกรรมในเรื่องอาหาร ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายยังทำไม่ได้ เียบพลันซ้ำ สรุป:-ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องปรับพฤติกรรมเรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย ควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตให้อยู่ ในเกณฑ์

## ตารางที่ วิเคราะห์เปรียบเทียบ 5: พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3	การวิเคราะห์
หลัง ชั่วโมง 2 ตื่นนอนเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ ไม่มีอาการ	ชั่วโมง 1หลัง ตื่นนอนลุกขึ้น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม นอนราบไม่ได้ ไม่มีอาการ	30 นาที หลัง รับประทาน อาหาร เหนื่อย มาก หายใจหอบ หายใจไม่อิ่ม นอนราบไม่ได้	อาการเจ็บแน่น พบว่า อาการและอาการแสดง - 1 หน้าอกพบในรายที่ และ 3 ส่วนรายที่ 2ไม่เจ็บ หน้าอก และทั้งสามรายไม่มีอาการปวดร้าวไปที่ ไตเลย จะเห็นได้ว่าอาการเจ็บหน้าอกของโรค หลอดเลือดหัวใจตีบในผู้ที่เป็นเบาหวาน มักไม่ ชัดเจนหรือ ไม่มี เนื่องจากมักมีปัญหาปลาย

ตารางที่ วิเคราะห์เปรียบเทียบ 5: พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3	การวิเคราะห์
ปวดร้าวไปที่ใด ไม่มีเหงื่อออก ตัวเย็น pain score 7 EKG พบ ST depress V3-V6 SpO <sub>2</sub> 61% หอบเหนื่อยมาก On ET-Tube ผล lab Troponin-T Positive 114 เสียงปอดมี crepitation ทั้ง สองข้าง มีบวม ที่หลังเท้ากด บวม+1	ปวดร้าวไปที่ใด มีเหงื่อออกตัว เย็น หายใจ ลำบาก pain score 8 ตรวจ EKG พบ ST depress II,III elevation I,AVL ,ST depress II,III ,AVL, SpO <sub>2</sub> 65% On ET- Tube Troponin-T positive 23 ,856, 500 เสียงปอดมี crepitation ทั้ง สองข้าง ไม่ บวม	เหงื่อออกตัวเย็น. มีDyspnea SpO <sub>2</sub> 68% On ET-Tube EKG พบ ST depress II, III, AVF เสียงปอด มี crepitation ทั้ง สองข้าง ผลLab พบ Troponin-T positive 273, 333 ไม่บวม ไม่มี อาการเจ็บแน่น หน้าอก	ประสาทรับความรู้ สึกเสื่อมสภาพร่วมด้วย ทำให้ วินิจฉัยโรคได้ยากกว่าปกติ อาการอื่นที่ทำให้ สงสัยว่าอาจเป็นโรคหัวใจ ได้แก่ อาการเหนื่อย ง่ายกว่าปกติ อาการแน่นอึดอัดบริเวณกลาง หน้าอกข้างซ้าย หรือลิ้นปี่ คล้ายอาการจุกเสียด อาหารไม่ย่อย หน้ามืด วิงเวียน เหงื่อออกตัวเย็น ใจ สั่น จะเป็นลม หรือหมดสติ ซึ่งอาการอาจมีหลาย อย่างเกิดขึ้นเวลาใดก็ได้ อาจมีภายหลังจากที่ รับประทาน ตื่นนอนตอนเช้า อากาศเย็น หลังออก กำลังกาย ขณะแบ่งถ่ายอุจจาระ <sup>12</sup> แต่ รายมีอาการและอาการแสดงต่างกัน 3 ทั้ง- ผลEKG มีความผิดปกติชัดเจนและTroponin-T positive อาการบวมอาจพบหรือไม่ก็ได้ มีอาการ หอบเหนื่อยหายใจไม่อิม นอนราบไม่ได้ เนื่องจาก มีน้ำคั่งในปอดทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนคือภาวะ หัวใจล้มเหลวและหายใจล้มเหลวตามมา <b>สรุป:</b> การชักประวัติอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลันในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน และมีโรค ร่วมอื่นๆพยาบาลต้องมีความละเอียด รอบรู้ใน โรคนั้นๆจะทำให้ได้ประวัติที่ชัดเจนและแก้ไข ภาวะวิกฤติฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นได้ทันเวลาที่

ตารางที่ 6 วิเคราะห์เปรียบเทียบ : การรักษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3	การวิเคราะห์
ได้ใช้เครื่องช่วย- หายใจ ได้ยาขยายหลอดเลือด ทางน้ำเกลือ ได้ยาต้านการ- แข็งตัวของเลือด -ได้ยาต้านเกล็ดเลือด	ได้ใช้เครื่องช่วย- หายใจ ได้ยาขยายหลอดเลือด ทางน้ำเกลือ ได้ยาต้านการ- แข็งตัวของเลือด -ได้ยาต้านเกล็ดเลือด	ได้ใช้เครื่องช่วย- หายใจ ได้ยาต้านการ- แข็งตัวของเลือด -ได้ยาต้านเกล็ด เลือด ได้ยาขับปัสสาวะ-	ผู้ป่วยทั้ง รายได้รับการรักษา 3 ยาต้าน เบื้องต้นได้ คล้ายคลึงกัน และยาต้านการแข็งตัว เกล็ดเลือด เนื่องจากผู้ป่วยทั้งสองมี ของเลือด ต้องระวังเรื่อง ภาวะไตวายเรื้อรัง มีรอยจ้ำ 1 รายที่ เลือดออกง่ายยาเลือด ตำแหน่งฉีดยาขนาด เซนติเมตรใน 1

## ตารางที่ 6 วิเคราะห์เปรียบเทียบ : การรักษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3	การวิเคราะห์
<p>ได้ยาขับปัสสาวะ-</p> <p>ได้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด</p> <p>-ได้ยาด้านจุลชีพเพื่อรักษาภาวะปอดอักเสบ</p> <p>ได้ยาขยายหลอดเลือด-</p> <p>ได้ยาลดไขมัน-</p> <p>ได้ยาลดความดัน-</p> <p>ได้ยาคลายเครียด-</p> <p>-ได้ยาลดความเป็นกรดของเลือด</p> <p>ได้ยารักษาภาวะไตวาย</p>	<p>ได้ยาขับปัสสาวะ-</p> <p>ได้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด</p> <p>-ได้ยาด้านจุลชีพเพื่อรักษาปอดอักเสบ</p> <p>-ได้ยาเพิ่มความดัน</p> <p>ได้ยาลดไขมัน-</p> <p>ได้ยาลดความดัน-</p> <p>ได้ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร</p> <p>-ได้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ฮอร์โมน</p> <p>-ได้ยารักษาการอักเสบของรูมาตอยด์</p> <p>ได้ยาระบาย-</p>	<p>ได้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด</p> <p>-ได้ยาด้านจุลชีพเพื่อรักษาปอดอักเสบ</p> <p>ได้ยาลดไขมัน-</p> <p>ได้ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร</p> <p>ได้ยาลดความเป็นกรดของเลือด</p> <p>ได้ยาขยายหลอดเลือด-</p> <p>ได้ยาคลายเครียด-</p> <p>ได้ยาระบาย-</p>	<p>ตำแหน่งฉีดยาขนาด เซนติเมตรใน 1 มีรอยจำเลือดขนาด 2 รายที่ 2 เข็มที่ ส่วนรายที่ 3 ในเข็มที่ เซนติเมตร 0.4</p> <p>ได้ยาขับ ไม่พบจุดเลือดออก 3 ยารักษากระดับน้ำตาลใน ปัสสาวะ ยาลดไขมันในเลือด เลือดออก ยาลดความดันโลหิต ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร ยาลดความเป็นกรดของเลือด ยาคลายเครียด ยาระบาย ทุกรายมีภาวะติดเชื้อที่ปอด ต้องให้ยาด้านจุลชีพ</p> <p>มีภาวะช็อกจากหัวใจ 2 ผู้ป่วยรายที่- และมี ต้องให้ยาเพิ่มความดันโลหิต จึง ใช้สมุนไพรรักษาโรครูมาตอยด์ ได้ให้ยาได้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ฮอร์โมน</p> <p><b>-สรุป</b> การรักษาในผู้ป่วยทั้ง รายไม่ 3 แต่จะมีการรักษาเพิ่มใน แตกต่างกัน กรณีผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่แตกต่าง กันในแต่ละราย</p>

## ตารางที่ วิเคราะห์เปรียบเทียบ 7: ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3	การวิเคราะห์
.1ระยะวิกฤติ (1 มีภาวะพร่องออกซิเจน (2เจ็บแน่นหน้าอก (3ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล (4มีภาวะ Hyperglycemia	.1ระยะวิกฤติ (1มีภาวะพร่องออกซิเจน (2เจ็บแน่นหน้าอก (3ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล (4มีภาวะ Hyperglycemia	.1ระยะวิกฤติ (1มีภาวะพร่องออกซิเจน (2ปริมาณเลือดออกจากหัวใจ ต่อนาทีลดลง (3ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล (4มีภาวะ Hyperglycemia	ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลไม่แตกต่างกันประเด็นสำคัญในการดูแลคือการลดการตายเพิ่มของกล้ามเนื้อหัวใจโดยให้มีเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจกลับคืนสู่ภาวะปกติ การแก้ไขภาวะหัวใจล้มเหลวภาวะหายใจล้มเหลว การดูแลโดยการทดแทนทั้งหมด
2. ระยะต่อเนื่อง (1ความทนต่อกิจกรรมลดลง (2มีภาวะติดเชื้อที่ปอด (3มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกจากการได้รับยาต้านการการแข็งตัวของเลือด (4ฝึกหยาเครื่องช่วยหายใจ	.2ระยะต่อเนื่อง (1มีภาวะช็อกจากหัวใจ (2มีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา Norepinephrine (3มีภาวะ Hypokalemia (4มีภาวะติดเชื้อที่ปอด (5ความทนต่อกิจกรรมลดลง (6มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกจากการได้รับยาต้านการการแข็งตัวของเลือด (7ฝึกหยาเครื่องช่วยหายใจ	.2ระยะต่อเนื่อง (1ความทนต่อกิจกรรมลดลง (2มีโอกาสดเกิดภาวะเลือดออกจากการได้รับยาต้านการการแข็งตัวของเลือด (3มีภาวะปอดติดเชื้อ (4 ฝึกหยาเครื่องช่วยหายใจ	รายพบปัญหาและข้อวินิจฉัย 3 ผู้ป่วยทั้งทางการพยาบาลไม่แตกต่างกัน แต่ข้อมูลสนับสนุนในแต่ละปัญหาที่มีความแตกต่างกัน ระยะต่อเนื่อง เป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา และปัญหาจากความพร่องในการดูแลตนเองบทบาทของพยาบาลให้การดูแลโดยการทดแทนให้ทั้งหมดเมื่อผ่านระยะช็อก ถอดท่อช่วยหายใจแล้ว ใช้การทดแทนบางส่วนและระบบสนับสนุนให้ความรู้ด้วยการสอนชี้แนะแนวทาง รวมทั้งการป้องกันการเป็นซ้ำ ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ทุกปัญหาของผู้ป่วยทั้ง รายได้รับ 3 การแก้ไขจนอาการดีขึ้น

## ตารางที่ วิเคราะห์เปรียบเทียบ 8: การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3	วิเคราะห์
<b>ระยะจำหน่าย</b> 1) พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	<b>ระยะจำหน่าย</b> 1) พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	<b>ระยะจำหน่าย</b> 1) พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	ผู้ป่วย ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ตามรูปแบบ D-METHOD โดยได้ทำ Nursing round ร่วมกับทีมสหสาขาและประเมินความรู้ได้คะแนน 10/10 ราย 3 ทั้ง

## อภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลว กรณีศึกษาทั้ง 3 ราย โดยมีการประเมินแบบแผนการรับรู้ทางสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน ทำให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและนำมาวางแผนจำหน่ายได้ครอบคลุมเพื่อป้องกันและลดการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 3 ราย ยังไม่สามารถควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ได้ กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นซ้ำครั้งที่ 2 แม้รายที่ 2 จะเคยสวนหลอดเลือดหัวใจและใส่ขดลวดไว้ ส่วนกรณีศึกษาที่ 3 เพิ่งเป็นครั้งแรก และทั้ง 3 รายมีภาวะแทรกซ้อนทั้งภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลวร่วมกันเป็นครั้งแรกจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นซ้ำได้บ่อยและความรุนแรงของโรคจะเพิ่มขึ้น ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องมีความสำคัญอย่างยิ่ง นอกจากนี้ในการพยาบาล

ให้การพยาบาล การวิเคราะห์กรณีศึกษาและการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปการพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยกที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลวได้ดังนี้

1. การประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1- นาที 30 ชั่วโมง ในระยะวิกฤต เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของอาการ และอาการแสดงของ cardiac shock เช่น หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย สับสน ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบา ความดันโลหิตต่ำ ต้องเตรียมรถ emergency และ defibrillation ให้พร้อมใช้งาน<sup>๑</sup>
2. การให้ออกซิเจนเมื่อผู้ป่วยมีภาวะ hypoxemia ( $SpO_2 < 90\%$  or  $PaO_2 < 60$  mmHg) เพราะถ้าหากร่างกายมีภาวะ hyperoxia จะทำให้เกิด vasospasm และ myocardium injury มากขึ้น ดังนั้นไม่แนะนำให้ routine oxygen ในผู้ป่วยที่มีค่า  $SpO_2 > 90\%$
3. การลดปริมาณการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจโดยการให้ Absolute bed rest ในช่วง 24 -48 ชั่วโมงแรกหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย จัดให้นอนในท่าสุขสบาย ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย ลดภาวะเครียด ให้ผู้ป่วยได้พัก<sup>๑</sup>

4. การประเมินอาการเจ็บหน้าอก โดยความรุนแรงและระยะเวลาการเจ็บแสดงถึงการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจที่เพิ่มขึ้น<sup>8</sup> โดยการให้ยาขยายหลอดเลือด nitroglycerine, morphine, ยาต้านเกล็ดเลือด, ยาต้านการแข็งตัวของเลือด พร้อมทั้งเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยา

5. ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลา (continuous ECG monitoring) จนกว่าอาการจะคงตัว

6. การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT, PTT, INR, Cardiac enzyme

7. ดูแลให้ยาด้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ enoxaparin ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง เฝ้าระวังภาวะเลือดออก ติดตามค่า PT, PTT, INR ห้ามฉีดซ้ำตำแหน่งเดิม และต้องมีการฝึกฉีดยาให้ถูกต้องตามเทคนิค

8. การประเมินสารน้ำเข้าออกจากร่างกายทุก เพื่อประเมินภาวะน้ำเกินและการ ชั่วโมง 8 ทำงานของไต

### เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลยโสธร. คู่มือแนวทางปฏิบัติในการฉีดยาด้านการแข็งตัวของเลือดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง. ยโสธร; 2562.
2. เกரியงไกร เสงวีรัมย์. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบบ NSTEMI. : สถาบันโรคทรวงอก; 2555.
3. ข้อมูลงานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลยโสธร. จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลยโสธร. ยโสธร; 2561.
4. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 10. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2556.
5. โรงพยาบาลยโสธร. คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จังหวัดยโสธร. ยโสธร; 2560.

9. การให้ข้อมูลเรื่องโรค แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อลดความวิตกกังวล และการให้ความร่วมมือ เป็นการเตรียมพร้อมเพื่อการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะ

1. **ผู้ปฏิบัติการพยาบาล** ควรมีการทบทวนความรู้ในเรื่องโรค ทักษะในการประเมิน การให้การพยาบาล การปฏิบัติตามแนวทางการรักษา การบริหารยาความเสี่ยงสูง เทคนิคในการฉีดยาด้านการแข็งตัวของเลือดเข้าใต้ผิวหนังเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยา เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพและผู้ป่วยปลอดภัย

2. **ระบบบริการ** การพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่น เอสทีไม่ยก (NSTEMI) ให้ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาลเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ ลดอาการรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้



- .6 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯอักษร : กราฟฟิคแอนดี้; 2561.
6. กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลยโสธร. คู่มือแนวทางปฏิบัติในการฉีดยาต้านการแข็งตัวของเลือดเข้าสู่เส้นใต้ผิวหนัง. ยโสธร; 2562.
7. เกรียงไกร เฮงรัศมี. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนทบุรี :: สถาบันโรคทรวงอก; 2555.
8. ข้อมูลงานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลยโสธร. จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลยโสธร. ยโสธร; 2561.
9. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 10. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2556.
10. โรงพยาบาลยโสธร. คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จังหวัดยโสธร. ยโสธร; 2560.
11. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯอักษร : กราฟฟิคแอนดี้; 2561.
12. สุรพันธ์ สิทธิสุขแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย . ฉบับปรับปรุงปี 2557.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2557.
13. อภิสัทย์ ตามสัตย์. เอกสารประกอบการสอน การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี. วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ: โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ; 2558.
14. Hengrasmee K. Coronary artery disease. J Depart Med Serv; 2015.
15. Sukontason A. Coronary artery disease: The new frontiers. Chaingmai: Trick Think; .2010
16. Tungsubutra W, Tresukosol D, Buddhari W, Boonsom W, Sanguanwang S, Srichaiveth B. Acute coronary syndrome in young adults : The Thai ACS registry. J Med Assoc Thai; 2009.

