



รวมผลงานการประกวด

เนื่องในงานประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติ

สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

ในโอกาสเจริญพระชนมายุ 60 พรรษา

“วิชาการแพทย์บูรพา” ครั้งที่ 2 ประจำปี 2558



โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา  
Queen Savang Vadhana Memorial Hospital



คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา



ภายใต้แนวคิด

“ความพร้อมของสังคมไทยต่อการดูแลผู้สูงวัยในทศวรรษหน้า”

ระหว่างวันที่ 1-2 กันยายน พ.ศ.2558

ณ หอประชุม ชั้น 6 อาคารสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



## เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติ

สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสเจริญพระชนมายุ 60 พรรษา

“วิชาการแพทย์บูรพา” ครั้งที่ 2

ภายใต้แนวคิด “ความพร้อมของสังคมไทยต่อการดูแลผู้สูงวัยในทศวรรษหน้า”

ระหว่างวันที่ 1-2 กันยายน พ.ศ. 2558

ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา บางแสน จ.ชลบุรี

## คำนำ

การทำงานปัจจุบัน ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องใช้ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการปฏิบัติงาน และการสร้างองค์ความรู้จากการวิจัยบูรณาการทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีจุดยืนสำคัญในการเป็นศูนย์กลางความเป็นเลิศในศาสตร์ผู้สูงอายุ และอาชีวเวชศาสตร์ ตามยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัยบูรพาที่มุ่งเป็น “ขุมปัญญาตะวันออกเพื่ออนาคตของแผ่นดิน” (Wisdom of the East for the Future of the Nation) โดยการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง (7 ด้าน) และดำเนินการให้บริการทางวิชาการถ่ายทอดองค์ความรู้ เพื่อการพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนชุมชน สังคมได้นำไปใช้ประโยชน์ รวมทั้งองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานที่สามารถนำมาร้อยเรียงประกอบกัน ผ่านทางผลงานในด้านต่าง ๆ ซึ่งมากมายหลายประสบการณ์องค์ความรู้ที่เลื่อนจางหายไปตามกาลเวลา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลเจ้าพระยา-อภัยภูเบศร ได้เล็งเห็นความสำคัญในประเด็นเหล่านี้ จึงได้จัดเก็บรวบรวมผลงาน จากผลงานนำเสนอแบบบรรยายประเภทงานวิจัย (Oral Presentation), ผลงานนำเสนอแบบบรรยายประเภทโครงการนิสิต (Oral Presentation), ผลงานนำเสนอแบบโปสเตอร์ประเภทงานวิจัย/R2R (Poster Presentation), ผลงานนำเสนอแบบโปสเตอร์ประเภท นวัตกรรม-สิ่งประดิษฐ์ (Poster Presentation), ผลงานนำเสนอแบบโปสเตอร์ประเภท CQI (Poster Presentation) เพื่อให้เล่มรวบรวมผลงานเล่มนี้ได้เป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่จะช่วยสร้างแรงผลักดัน กำลังใจในการปฏิบัติงานที่ดีและมีคุณภาพ รวมทั้งสามารถถ่ายทอดสู่บุคคลที่สนใจและให้เกิดพลังในการทำงานได้อย่างเข้มแข็งต่อไป

## สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ข
สารบัญ	ค
<b>ผลงานนำเสนอแบบบรรยายประเภทงานวิจัย (Oral Presentation)</b>	<b>1</b>
- OP-001 Development of the Experience of Ultrasonography Learning Model for Undergraduate Medical Students: A Case study of the Faculty of Medicine, Burapha University	2
- OP-002 ผลการศึกษากลุ่มแบบเกสตัลต์ต่อความงอกงามส่วนบุคคลของบุคลากรทางการแพทย์	3
- OP-003 ผลของการดื่มน้ำอุ่นเสริมต่อปริมาณน้ำนมแม่ใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด	5
- OP-004 การวิเคราะห์ความเสี่ยงทางคลินิกของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา	7
- OP-005 รูปแบบคลินิกพิเศษแบบเอกชนที่เหมาะสมกับบริการของโรงพยาบาลภาครัฐ	9
<b>ผลงานนำเสนอแบบบรรยายประเภทโครงการนิสิต (Oral Presentation)</b>	<b>11</b>
- OPS-001 Transitional labor communication and knowledge transferring	12
- OPS-002 การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคอุจจาระร่วงระหว่างแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ชายหาดบางแสนและในโรงงานอุตสาหกรรม	22
<b>ผลงานนำเสนอแบบโปสเตอร์ประเภท งานวิจัย/R2R (Poster Presentation)</b>	<b>32</b>
- PPR-001 การศึกษาความมั่นคงในการทรงท่า การรับรู้ความรู้สึกข้อต่อคอองศาการเคลื่อนไหวและความแข็งแรงของข้อเท้าและกล้ามเนื้อเท้าในผู้ที่มีลักษณะคอรื่นไปด้านหน้า (การศึกษานำร่อง)	33
- PPR-002 ความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อการให้บริการของห้องสมุดโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย	37
- PPR-003 Unusual Chest Radiographic Findings in Mild Fat Embolism Syndrome: A Case Report	40

## สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
- PPR-004 การศึกษาเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ระหว่างอุปกรณ์ฝึกเย็บแผลแบบเก่าและแบบใหม่	41
- PPR-005 กระบวนการทัศน์ของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล	44
- PPR-006 การพัฒนาสารสนเทศด้านระบบบริการสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ	55
- PPR-007 ตัวชี้วัดสุขภาพปริกำเนิด: ปัจจัยเสี่ยงด้านมารดาและทารก	72
- PPR-008 Medical and Economic Burden of Chronic Hepatitis B Patients at Queen Savang Vadhana Memorial Hospital	75
- PPR-009 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคดังกล่าวในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา	76
- PPR-010 ผลของการติดตามต่อการบริจาคโลหิตในคนปกติที่มีความดันโลหิตต่ำ	77
- PPR-011 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา	79
- PPR-012 Low Urine Output during the First Twenty-Four Hours after Total Knee Arthroplasty	80
<b>ผลงานนำเสนอแบบโปสเตอร์ประเภทนวัตกรรม-สิ่งประดิษฐ์ (Poster Presentation)</b>	<b>82</b>
- PPI-001 กล่องใส่ขวด Chest Drain หน้าใส	83
- PPI-002 กั้นขวดขนาดฝ่าเท้า	86
- PPI-003 u/s guide ในเจลลี่	90
- PPI-004 สื่อการสอนผู้เป็นเบาหวาน ในคลินิกเบาหวาน	95
- PPI-005 ที่ตากฟิล์มจากจากโครงแพคแปรังสีฟัน	100
- PPI-006 โปรแกรมรายงานผลตรวจ Anti HIV	102
- PPI-007 นื่องหอยกันลิ้น	104
- PPI-008 อุปกรณ์ ใส่กล่องปลดเข็ม แบบ Lock	107
- PPI-009 Protection	110
- PPI-010 การพัฒนานวัตกรรมทางการเรียนการสอนนิสิตแพทย์รุ่นจำลองอวัยวะ	118
<b>ผลงานนำเสนอแบบโปสเตอร์ประเภท CQI (Poster Presentation)</b>	<b>120</b>
- PPC-001 เปลี่ยนที่นอนกันสัณนิต์ ลดอุบัติเหตุ “ตกเตียง”	121

## สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
- PPC-002 ผลการพัฒนาคุณภาพระบบการคัดกรอง ตา ไต เท้า เชิงรุกในคลินิกเบาหวาน	125
- PPC-003 การลดปัญหาในการจัดเซตเครื่องมือฉีดพลาสติก	129
- PPC-004 หน้าเพจเพื่อนใจ ไขปัญหาไวกว่าเดิม	135
- PPC-005 BUH THE WINNER ลดพุง ลดโรค กับแนวคิด 3 S	140
- PPC-006 อาหารปลอดภัย คนไทยปลอดภัย	145
- PPC-007 ศักยภาพผู้สูงวัย ที่ไม่ธรรมดา	150
- PPC-008 การพัฒนาคุณภาพการบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัด ในเด็กออทิสติก ร่วมกับผู้ปกครอง	153
<b>ภาคผนวก</b>	<b>158</b>

## กำหนดการการประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติ

สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสเจริญพระชนมายุ 60 พรรษา

“วิชาการแพทย์บูรพา” ครั้งที่ 2 ประจำปี พ.ศ. 2558

ภายใต้แนวคิด “ความพร้อมของสังคมไทยต่อการดูแลผู้สูงวัยในทศวรรษหน้า”

ระหว่างวันที่ 1-2 กันยายน พ.ศ. 2558 ณ ชั้น 6 อาคารสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

วันอังคารที่ 1 กันยายน 2558	
เวลา	กิจกรรม
08.00-08.30 น.	ลงทะเบียนเข้าร่วมงาน
<b>ห้อง 601</b>	
08.30-09.00 น.	พิธีเปิด -กล่าวรายงาน โดย ผศ.นพ. พิสิทธิ์ พิริยาพรรณ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา -กล่าวเปิดงาน โดย ศ.นพ. สมพล พงศ์ไทย ผู้รักษาการแทนอธิการบดี มหาวิทยาลัยบูรพา -ประธานในพิธีเยี่ยมชมนิทรรศการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
09.00-10.00 น.	ปาฐกถาพิเศษ “สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุไทยกับความท้าทายในการบริหารจัดการเชิงระบบ” โดย นายแพทย์ธงธน เพิ่มบดศรี รองผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรฯ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
10.00-12.00 น.	บรรยายพิเศษ “เตรียมความพร้อม...สูงวัยอย่างไรให้มีคุณภาพ” โดย รศ.นพ. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล ประธานฝ่ายวิชาการ สมาคมพหุวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย อาจารย์สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
12.00 - 13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน
13.00-14.00 น.	Role Model “สมุนไพรมกับผู้สูงวัย” วิทยากร อาจารย์ชลาลัย โชคดีศรีจันทร์ วิทยาลัยแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร ปราจีนบุรี
14.00-15.00 น.	Role Model “การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทสังคมผู้สูงอายุ” วิทยากร คุณสุรภา สุขสวัสดิ์ ผู้อำนวยการพิเศษ พยาบาล 7 คุณพริ้มเพรา สาครจิตพิทักษ์ ผู้จัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย
15.00-16.00 น.	Role Model “บริการแบบพักค้าง ...ลูกหลานวางใจเมื่อผู้สูงวัยอยู่ใกล้หมอ” ผู้ดำเนินรายการ พญ.ผกาพรรณ ดินชูไท วิทยากร ผศ.นพ. พิสิทธิ์ พิริยาพรรณ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คุณกนกรัตน์ ทองอ่อน หัวหน้าแผนกศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
<b>ห้อง 603</b>	
15.00-16.30 น.	การประกวดการนำเสนอผลการดำเนินงาน Cops คณะแพทยศาสตร์ ประจำปี 2558
<b>ลานหน้าห้องประชุมชั้น 6</b>	
13.00-15.00 น.	การประกวดการนำเสนอผลงานแบบโปสเตอร์ (นวัตกรรม, CQI, วิจัย/R2R)

วันพุธที่ 2 กันยายน 2558	
เวลา	กิจกรรม
08.30-09.00 น.	ลงทะเบียนเข้าร่วมงาน
<b>ห้อง 601</b>	
09.00-09.10 น.	รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษและการรักษาในภาคตะวันออก วิทยากร พญ.อลิสรา วงศ์สุทธิเลิศ สาขาวิชารังสีวิทยาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
09.10-10.10 น.	สารกัมมันตรังสีไอโอดีนในการรักษาโรคต่อมไทรอยด์ (Radioiodine Treatment of Thyroid Diseases) วิทยากร ผศ.นพ. จิรวัดน์ อุตตมะกุล ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
10.10-10.30 น.	แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง “สารกัมมันตรังสีไอโอดีนในการรักษาโรคต่อมไทรอยด์” ผู้ดำเนินรายการ พญ.อลิสรา วงศ์สุทธิเลิศ สาขาวิชารังสีวิทยาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
10.30-11.30 น.	PET/CT การประยุกต์ใช้ทางคลินิกและประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย (PET/CT: Clinical Applications and Benefit on Patient Care) วิทยากร ผศ. พญ. วิชชา จำรูญรัตน์ ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
11.30-12.00 น.	แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง “ประสบการณ์การใช้ PET/CT ในการดูแลรักษาผู้ป่วย” ผู้ดำเนินรายการ พญ.อลิสรา วงศ์สุทธิเลิศ
12.00 - 13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน
13.00-14.00 น.	การประกวดการนำเสนอผลงานวิจัย/R2R แบบบรรยาย (Oral Presentation) ระดับบุคลากรทางการศึกษาและสาธารณสุข
14.00-15.30 น.	การประกวดการนำเสนอโครงการ/โครงงาน แบบบรรยาย (Oral Presentation) ระดับนิสิต นักศึกษา
15.30 - 16.00 น.	- พิธีประกาศผลและมอบรางวัลพร้อมเกียรติบัตร การประกวดรายการต่างๆ ดังนี้ ผลการประกวดการนำเสนอผลงานแบบบรรยาย 2 ประเภท ผลการประกวดการนำเสนอผลงานแบบโปสเตอร์ 3 ประเภท ผลการประกวดบทความทางวิชาการ (Review article) - พิธีปิดการประชุมวิชาการฯ โดย ผศ.นพ. พิสิษฐ์ พิริยาพรณ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หมายเหตุ 1) รับประทานอาหารว่างภาคเช้าและบ่าย ระหว่างจัดกิจกรรม



## รายชื่อผู้นำเสนอผลงานวิจัยประเภทบรรยาย (Oral Presentation)

รหัสผลงาน	เจ้าของผลงาน(ชื่อแรก)	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน
OP-001	พญ.ศรสุภา ลิ้มเจริญ	Development of the Experience of Ultrasonography Learning Model for Undergraduate Medical Students: A Case study of the Faculty of Medicine, Burapha University	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
OP-002	น.ส.อัจฉรา ปัญญามานะ	ผลการปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์ต่อความงอกงามส่วนบุคคล ของบุคลากรทางการแพทย์	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
OP-003	น.ส.จินตนา วิจิตรจันทร์กุล	ผลของการดื่มน้ำอุ่นเสริมต่อปริมาณน้ำนมแม่ใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
OP-004	นพ.สมพร เตชะพะโลกุล	การวิเคราะห์ความเสี่ยงทางคลินิกของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
OP-005	นพ.สมยศ โส่ห์จินดาพงศ์	รูปแบบคลินิกพิเศษแบบเอกชนที่เหมาะสมกับบริการของโรงพยาบาลภาครัฐ	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

รายชื่อผู้นำเสนอผลงานโครงการนิสิตนักศึกษาประเภทบรรยาย (Oral Presentation)

รหัสผลงาน	เจ้าของผลงาน(ชื่อแรก)	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน
OPS-001	Mr.Sintan SOM	Transitional labor communication and knowledge transferring	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
OPS-002	นายเพชร กวีวัฒนถาวร	การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคอุจจาระร่วง ระหว่างแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ชายหาดบางแสนและในโรงงาน อุตสาหกรรม	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

## รายชื่อผู้ส่งผลงานประเภทโปสเตอร์ (ผลงานวิจัย/R2R)

รหัสผลงาน	เจ้าของผลงาน(ชื่อแรก)	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน
PPR-001	ดร.พิมลวรรณ ทวีการ วรรณจักร	การศึกษาความมั่นคงในการทรงท่า การรับรู้ความรู้สึกข้อต่อคอ องศา การเคลื่อนไหวและความแข็งแรงของข้อเท้า และกล้ามเนื้อเท้าในผู้ที่มีลักษณะคอรันไปด้านหน้า: การศึกษานำร่อง	สาขากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
PPR-002	นางวิภาวดี ต่อวงษ์	ความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อการให้บริการของห้องสมุด โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย
PPR-003	นพ.ธันยวีร์ ชื่นสุวรรณ	Unusual Chest Radiographic Findings in Mild Fat Embolism Syndrome: A Case Report	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
PPR-004	นางรักชนก ประดิษฐ์	การศึกษาเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ระหว่าง อุปกรณ์ฝึกเย็บแผลแบบเก่าและแบบใหม่	ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาล สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาด ไทย
PPR-005	ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรณ	กระบวนการทัศน์ของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมสู่การ ตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
PPR-006	ดร.เวรกา กลิ่นวิชิต	การพัฒนาสารสนเทศด้านระบบบริการสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
PPR-007	ผศ.นพ.ทวีลาภ ตันสวัสดิ์	ตัวชี้วัดสุขภาพปริกำเนิด: ปัจจัยเสี่ยงด้านมารดาและทารก	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
PPR-008	Miss Chuenrutai Yeekian	Medical and Economic Burden of Chronic Hepatitis B Patients at Queen Savang Vadhana Memorial Hospital	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย
PPR-009	ภญ.ทิพวรรณ วงเวียน	ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบ ทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคดังกล่าวในโรงพยาบาล สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย
PPR-010	นายวรวัตร ตั้งพูนผลวิวัฒน์	ผลของการดื่มน้ำต่อการบริจาคโลหิตในคนปกติที่มีความดันโลหิตต่ำ	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย
PPR-011	นางวรรณมา ปัดพัด	ภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระ บรมราชเทวี ณ ศรีราชา	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย
PPR-012	Mr.Yutthana Khanasuk	Low Urine Output during the First Twenty-Four Hours after Total Knee Arthroplasty	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย

## รายชื่อผู้นำเสนอผลงานโปสเตอร์ประเภทนวัตกรรม-สิ่งประดิษฐ์

รหัสผลงาน	เจ้าของผลงาน(ชื่อแรก)	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน
PPI-001	นางอุษณีย์ จรเขต	กล่องใส่ขวด Chest Drain หน้าใส	ตึกสิริกิติ์ชั้น 5โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย
PPI-002	นางสาวนันทนาวดี บุญขวัญ	ก้นขวดนวดฝ่าเท้า	งานแพทย์แผนไทย กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา
PPI-003	แพทย์หญิงศรสุภา ลิ้มเจริญ	u/s guide ในเจลลี่	งานรังสีวิทยาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
PPI-004	นางสาวสมจิตร วังศ์บรรเจิดแสง	สื่อการสอน ผู้เป็นเบาหวาน คลินิก เบาหวาน	แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
PPI-005	ทพ.เกษม ปานพูนทรัพย์	ที่ตากฟิล์มจากจากโครงแพคแปรงสีฟัน	งานทันตกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
PPI-006	นางชุติมา นวรัตน์วรกุล	โปรแกรมรายงานผลตรวจ Anti HIV	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
PPI-007	นางสาวภัสสรณ์ สรรพสุวรรณ	น้องหอยกันลื่น	ห้องส่องกล้องทางเดินอาหารแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม
PPI-008	นางอุษณีย์ จรเขต	อุปกรณ์ ใส่กล่องปลดเข็ม แบบ Lock	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ตึกสิริกิติ์ชั้น 5
PPI-009	น.ส.ปนัดดา ประสานดี	Protection	หอผู้ป่วยสามัญหญิง 304 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
PPI-010	นางรักชนก ประดิษฐ์	การพัฒนานวัตกรรมทางการเรียนการสอน นิสิตแพทย์หุ่นจำลองอวัยวะ	ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

## รายชื่อผู้นำเสนอผลงานแบบโปสเตอร์ ประเภท COI

รหัสผลงาน	เจ้าของผลงาน(ชื่อแรก)	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน
PPC-001	นางจ้านง กฤษณามระ	เปลี่ยนที่นอนกันสักรัด ลดอุบัติเหตุ “ตกเตียง”	หอผู้ป่วยพิเศษ 6 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
PPC -002	นางสาวสมจิตรร์ วงศ์บรรเจิดแสง	ผลการพัฒนาคุณภาพระบบการคัดกรอง ตา ไต เท้า เชิงรุกในคลินิกเบาหวาน	แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
PPC -003	ทพ.เกษม ปานพูนทรัพย์	การลดปัญหาในการจัดเซตเครื่องมือผิดพลาด	งานทันตกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
PPC -004	นายแพทย์ศรรัฐ เฮงเจริญ	หน้าเพจเพื่อนใจ ไขปัญหาไวกว่าเดิม	แผนกเวชศาสตร์ชุมชนฯ ฝ่ายบริการการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
PPC -005	นายเกรียงศักดิ์ สุรนาถวัชวงศ์	BUH THE WINNER ลดพุง ลดโรค กับแนวคิด 3 S	แผนกอาชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
PPC -006	นางนงค์นุช แน่นอุดร	อาหารปลอดภัย คนไทยปลอดภัย	แผนกเวชศาสตร์ชุมชนฯ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
PPC -007	นางสาวสุวิภัทร สุขดี	ศักยภาพผู้สูงอายุ ที่ไม่ธรรมดา	แผนกเวชศาสตร์ชุมชนฯ และ ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
PPC -008	นางสาว อัจฉรา ปัญญามานะ	การพัฒนาคุณภาพการบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัด ในเด็กออทิสติก ร่วมกับผู้ปกครองด้วยระบบ M2C [ Mentoring,Coaching,Counseling ]	งานกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา



ผลงานนำเสนอแบบบรรยาย  
ประเภทงานวิจัย  
(Oral Presentation)



OP-001

Development of the Experience of Ultrasonography Learning Model for Undergraduate Medical Students: A Case study of the Faculty of Medicine, Burapha University

Sornsupha Limchareon<sup>1</sup>,

Nattawat Asawaworarit<sup>1</sup>,

Wethaka Klinwichit<sup>1</sup>,

Pakaphun Dinchuthai<sup>1</sup>

Faculty of Medicine, Burapha University, Chonburi<sup>1</sup>

**Abstract**

**Objective:** Ultrasound is widely used by physicians today. Therefore, the need for ultrasound education is evident. Ultrasound training in undergraduate medical students has been increasingly incorporated but the teaching methods vary among medical schools. The effective teaching model was proposed by adding hands-on ultrasound experience proctored by radiologists on live patients in the last clinical year.

**Methods:** A two-week radiology elective course was offered for sixth year medical students at Burapha University hospital in the academic year 2014. The radiology elective students were provided ultrasound experience on live patient in real-life clinical settings. All sixth year medical students then completed a 25-ultrasound image quiz, and a questionnaire at the end of the academic year. The ultrasound test scores were compared between elective students and non-elective students. The students' background characteristics were determined by a grade point average and the ultrasound experience was determined by the number of scans. These were collected, and analyzed for the relationship with the ultrasound test scores. The students' opinions were also surveyed.

**Results:** Fourteen medical students participated in the elective course. The ultrasound test scores in the elective group was significantly higher than in the non-elective group ( $p = 0.013$ ). The students' background characteristics and ultrasound experience have no significant relationship with the ultrasound test scores.

**Conclusions:** Adding hands-on ultrasound experience using live patients proctored by radiologists for final year medical students, in the space of two weeks, is an effective ultrasound learning model for undergraduate medical students. This model should be considered in the curricular design.

**Key words:** Education, Medical students, Ultrasound

OP-002

## ผลการศึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์ต่อความงอกงามส่วนบุคคล ของบุคลากรทางการแพทย์

อัจฉรา ปัญญามานะ (วท.ม.)

นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(วท.ม.) สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา ผลการศึกษากลุ่มเกสตัลท์ต่อความงอกงามส่วนบุคคล ของบุคลากรทางการแพทย์โดยการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาที่ปฏิบัติงานในปี 2557 ที่มีคะแนนความงอกงามส่วนบุคคลต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 จำนวน 23 คน และสมัครใจเข้าร่วมการทดลองจากนั้นทำที่ถูกสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายได้จำนวน 16 คน และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (Random Assignment) เพื่อให้ได้กลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุม 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบสำรวจตนเองในการริเริ่มพัฒนาตนเองที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของโรบิตเชค (Robitschek,C. ,2009) โดยในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่ม และหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated-measures analysis of variance: one between - subjects variable and one within-subject variable) เมื่อพบความแตกต่างดำเนินการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ด้วยวิธีนิวแมน-คูลล์ (Newman-Keuls Method) ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 บุคลากรทางการแพทย์ ที่ได้รับการศึกษากลุ่มเกสตัลท์ มีคะแนนความงอกงามส่วนบุคคลสูงกว่า กลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และบุคลากรทางการแพทย์ ที่ได้รับการศึกษากลุ่มเกสตัลท์ มีคะแนนความงอกงามส่วนบุคคลในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ:** การศึกษากลุ่มเกสตัลท์/ความงอกงามส่วนบุคคล





## THE EFFECTS OF GESTALT GROUP COUNSELING ON PERSONAL GROWTH IN HEALTH WORKERS

degree in Counseling Psychology,  
Faculty of Education. Burapa university

### ABSTRACT

The purpose of this research was to study the effects of the Gestalt group counseling on personal growth in health workers. The sample were workers at Burapha University Hospital who had a score on their personal growth study lower than 25th percentile. The 16 samples were assigned into two groups, the experimental group and the control group with eight health workers per group. The instruments that were used in the research consisted of the Personal Growth Initiative Assessment Scale developed by Robitschek (Robitschek, C., 2009) and Gestalt Group Counseling Program. The data was collected in three phases: pre experiment, post experiment and follow up. Then the data were analyzed through repeated-measure analysis of variance: one between-subjects and within subjects, including pair comparison through the Newman-Keuls Procedure. The results revealed that there was a statistically significant interaction between the method and the duration of the experiment. At the post-test and the follow-up phrases, the mean scores of personal growth of health workers in the Gestalt group were higher than the control group's scores at .05 level. The mean scores of personal growth of health workers in the Gestalt group at post-test and follow-up phrases were significantly higher than the post-test phrases at .05 level.

**Keywords:** THE GESTALT GROUP COUNSELING/ PERSONAL GROWTH

OP-003

## ผลของการดื่มน้ำอุ่นเสริมต่อปริมาณน้ำนมแม่ใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด

จินตนา วิจิตรจันทร์กุล<sup>1</sup>

วันเพ็ญ สุขสง<sup>1</sup>

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้กึ่งทดลอง ศึกษาผลของการดื่มน้ำอุ่นเสริมต่อปริมาณน้ำนมแม่ใน 48 ชั่วโมงหลังคลอดของหอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษ ระหว่างเดือนมีนาคม 2554 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2555 ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นหญิงหลังคลอดที่มาใช้บริการ จำนวน 40 ราย เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้เข้าร่วมวิจัยมี 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ จำนวน 20 ราย และกลุ่มทดลองได้รับการดื่มน้ำอุ่นเสริม 250 มิลลิลิตร ทุก 4 ชั่วโมง เว้นมือ 02.00 น. จำนวน 20 ราย เป็นเวลา 48 ชั่วโมง ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายได้รับการปั๊มนมไฟฟ้า นาน 10-15 นาที เพื่อวัดปริมาณน้ำนมหลังคลอด 48 ชั่วโมง ข้อมูลในการวิจัยประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ปริมาณการดื่มน้ำอุ่น ระยะเวลาการดูดนม ปริมาณน้ำนมที่ได้ น้ำหนักตัวทารกหลัง 48 ชั่วโมง วิเคราะห์ข้อมูลโดย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Independent t - test

ผลการศึกษาพบว่า คุณลักษณะของทั้ง 2 กลุ่มไม่ต่างกัน ( $P > 0.05$ ) ปริมาณน้ำอุ่นที่มารดาหลังคลอดได้รับเสริมในกลุ่มทดลองเฉลี่ย 1,165.90 มิลลิลิตรต่อวัน ( $SD = 557.92$ ) และปริมาณน้ำนมเฉลี่ยภายใน 48 ชั่วโมงในกลุ่มควบคุม 4.65 มิลลิลิตร ( $SD = 5.63$ ) ในกลุ่มทดลอง 16.85 มิลลิลิตร ( $SD = 25.11$ ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.05$  น้ำหนักเฉลี่ยทารกแรกเกิดหลัง 48 ชั่วโมงในกลุ่มควบคุม 3,029.25 กรัม ( $SD = 334.67$ ) และกลุ่มทดลองเท่ากับ 2,934 กรัม ( $SD = 314.75$ ) พบว่าไม่แตกต่างกัน

**คำสำคัญ:** มารดาหลังคลอด 48 ชั่วโมง ปริมาณน้ำนมแม่หลัง 48 ชั่วโมง น้ำอุ่น

## The Effect of increased warm water drinking on maternal milk volume in 48 hours after birth

Princess Royal Hospital Devi at Sriracha

### ABSTRACT

A quasi-experimental research aimed to study the effects of increased warm water drinking on the breast milk volume in 48 hours postpartum mothers at Queen Savang Vadhana Memorial Hospitals from March 2013 to February 2014. The participants were 40 postpartum women admitted at the postpartum ward. There were divided into 2 groups: 20 cases in a control group and 20 cases in an experiment group. Participants in an experimental group received 250 millilitre of warm water drinking in 48 hours: every 4 hours, except at 2 p.m. All participants had electric breast pump for 10-15 minutes to measure the amount of milk after 48 hours. The data consisted of participants and infants' characteristics, amount of drinking water, suckling milk period, and weight of infants at 48 hours. Those data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and independent-t test.

The characteristics of the participants and infant of both the experimental and control groups consisted of age, gestational age, weight of infants, neonatal Apgar score at 1 and 5 minute were different ( $p > 0.05$ ). The average milk within 48 hours at the control group and the experimental group 4.65 ml (SD = 5.63) and 16.85 ml (SD = 25.11) with significantly difference. The average weight infants after 48 hours in the control group was 3029.25 g (SD = 334.67) and the experimental group was 2,934 g (SD = 314.75) without different. This study found that the warm water drinking in postpartum mothers enhanced the breast milk that should be focus on educating the mothers in the field of drinking more water or enough.

**KEYWORDS:** Postpartum mothers, Maternal milk volume in 48 hours, Warm water

OP-004**การวิเคราะห์ความเสี่ยงทางคลินิกของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา**สมพร เตชะพะโลกุล (M.D)<sup>1</sup>รัชยา โปริชัย<sup>2</sup>ชินุภทัย ยี่เขียน (Ph.D)<sup>3</sup>

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

**บทคัดย่อ**

การศึกษาแบบบรรยาย เพื่อศึกษาจำนวนและอัตราอุบัติการณ์ความเสี่ยง สาเหตุความเสี่ยง ประเภทและความรุนแรงของความเสี่ยงทางคลินิกในระยะเวลา 9 ปี ตั้งแต่พ.ศ. 2549 - 2557 สถิติแบบบรรยายใช้ร้อยละและอัตราอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อ 1000 วันนอน สถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราอุบัติการณ์ใช้ One sample t-test ผลการศึกษาพบรายงานอุบัติการณ์ทั้งหมด 2,751 รายงาน เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีความรุนแรงระดับ AB, CD และ E-I 24.4%, 50.0% และ 25.6% โดยเป็นประเภทการรักษา/วินิจฉัยโรค/ภาวะแทรกซ้อน มากที่สุด 31.1% รองลงมาเป็น การผ่าตัด/ดมยา 22.4% และเป็นการคลอด/ทารกแรกเกิด 16.8% ตามลำดับ

สาเหตุของความเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นการใส่สายสวน/ท่อ/ท่อระบายเลื่อน/หลุด (39.7%) และการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิมที่ห้องฉุกเฉินภายใน 72 ชั่วโมง (35.4%) ความเสี่ยงเกี่ยวกับการผ่าตัด/ดมยาส่วนใหญ่มีสาเหตุเป็นการงด/เลื่อนการผ่าตัด (48.5%) การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมก่อนผ่าตัด (14.9%) และผ่าตัดซ้ำใน 24 ชั่วโมง (14.3%) ความเสี่ยงเกี่ยวกับการคลอด/ทารกแรกเกิดส่วนใหญ่มีสาเหตุเป็นการบาดเจ็บจากการคลอด (35.4%) การตกเลือดหลังคลอด (33.9%) และภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด (23.5%) เป็นต้น

ความเสี่ยงทางคลินิกทั้ง 7 ประเภท มีอัตราการเกิดอุบัติการณ์ต่อ 1000 วันนอนที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.01$ ) โดยเฉพาะความเสี่ยงเกี่ยวกับการรักษา/วินิจฉัยโรค/ภาวะแทรกซ้อนมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนมากที่สุดและมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) จากเดิม 1.30 ในปี พ.ศ. 2549 เป็น 0.56 ในปี พ.ศ. 2557 ส่วนจำนวนครั้งของการเกิดความเสี่ยงระดับ E-I ลดลงจากเดิม 138 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2549 เป็น 55 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2557 โดยความเสี่ยงระดับ E-I ประเภทการรักษา/วินิจฉัยโรค/ภาวะแทรกซ้อน มีจำนวนครั้งการเกิดมากที่สุดและลดลงจากเดิม 66 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2549 เป็น 14 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2557

**คำสำคัญ :** ความเสี่ยงทางคลินิก ระดับความรุนแรง อัตราการเกิดอุบัติการณ์ต่อ 1000 วันนอน

## Analysis of clinical risks at Queen Savang Vadhana Memorial Hospital

Princess Royal Hospital Devi at Sriracha

### ABSTRACT

This is a descriptive research that aimed to study number and risk incident rates, causes, types and severity of clinical risks at Queen Savang Vadhana Memorial Hospital for 9 years from 2006 to 2014. The descriptive statistics were percentage and incident rate per 1000 hospitalized days. The comparative statistic of the differences among the risk incident rates was a one sample t-test. Totally 2,751 incident reports were severity classified as 670 (24.4%) AB, 1,377 (50.0%) CD, and 704 (25.6%) E-I. The most 3 types of incidents were treatment/diagnosis/complication (789 reports (31.1%)), followed by operation/anesthesia (617 reports (22.4%)), and delivery/new born (463 reports (16.8%)), respectively.

The main causes of treatment/diagnosis/complication risks were movement/defects of catheter/tube/drain (39.7%) and readmission at emergency room within 72 hours (35.4%). The causes of operative/anesthesia risks were off/postpone an operation (48.5%), incomplete pre-operative preparation (14.9%), and re-operation within 24 hours. Majority causes of delivery/new born risks were birth injuries (35.4%), postpartum hemorrhage (33.9%), and delivery complications (23.5%).

For all seven types of clinical risks, the incident rates per 1000 hospitalized day were significantly reduced. Especially for treatment/diagnosis/complication risks, the incident rates per 1000 hospitalized day was the most significantly reduced from 1.30 in 2006 to 0.56 in 2014 ( $p < 0.001$ ). The number of severity risks level E-I decreased from 138 reports in 2006 to 55 reports in 2014 in which those of treatment/diagnosis/complication risks had the highest number and was reduced from 66 reports in 2006 to 14 reports in 2014.

**KEYWORDS:** Clinical risks, Types of clinical risks, Incident rates per 1000 hospitalized day

OP-005

## รูปแบบคลินิกพิเศษแบบเอกชนที่เหมาะสมกับบริการของโรงพยาบาลภาครัฐ

สมยศ โล่ห์จินดาพงศ์ (M.D)<sup>1</sup>

ชินุญทัย ยี่เขียน (Ph.D)<sup>1</sup>

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงเป็นผู้รับบริการคลินิกนอกเวลา 548 ราย แพทย์ 14 ราย และผู้บริหารระดับต้นและระดับกลาง 47 ราย ที่มารับบริการและให้บริการในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2557 และมีการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับสูง 5 ท่าน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 3 ชุด มีค่าความเที่ยง มีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.92, 0.80 และ 0.70 ตามลำดับ สถิติแบบบรรยายใช้เป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์หลักของโรงพยาบาล ผู้บริหารระดับสูงส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการมีบริการแบบเอกชน แต่มีข้อกังวลเรื่องความถูกต้อง เหมาะสม ตามหลักการและกฎระเบียบของราชการ ผลต่อความเป็นธรรมและมาตรฐานการรักษาพยาบาล ผู้รับบริการส่วนมากเห็นด้วยเป็นอย่างยิ่งว่า คลินิกนอกเวลาทำให้มีความสะดวกในการมาตรวจรักษามากขึ้น โดยมีคะแนนความคิดเห็นเฉลี่ย 4.5 คะแนน (SD 0.7) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน และยินดีจ่ายเงินเพิ่มจากค่ารักษาปกติ โดยคิดว่ามีมูลค่าคุ้มค่า แต่ต้องการให้โรงพยาบาลปรับปรุงเรื่องเวลารอคอยและอยากให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตรวจ ในด้านคุณภาพบริการคลินิกนอกเวลาที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน พบว่าทั้งผู้รับบริการ แพทย์และผู้ให้บริการ มีความเห็นในข้อดีเหมือนกันว่า คลินิกนอกเวลามีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์มีรายได้เพิ่มขึ้น และมีความเห็นในข้อเสียเหมือนกันว่า สถานที่แออัดมาก ต้องการให้ปรับปรุงเรื่องสถานที่ ที่นั่ง รอคอย และความสะอาด

**คำสำคัญ:** รูปแบบคลินิกพิเศษแบบเอกชน คุณภาพ ความคิดเห็นของผู้ป่วย

## Patterns of the Extended Service Clinic Appropriated to the Government Hospital

Princess Royal Hospital Devi at Sriracha

### ABSTRACT

A survey research was conducted at Queen Savang Vadhana Memorial Hospital to study the patterns of the extended service clinic appropriated to the government hospital. Participants were the purposive samples including the 548 out patients, 14 physicians, and 47 first line managers who visited and provided care at an extended service clinic in March 2014. The five chief executives were interviewed. The opinions of the out patients, physicians, and first line managers were collected by the three constructed questionnaires in which those Chronbach's alpha were 0.92, 0.80, and 0.70, respectively. Each questionnaire had 8-10 questions with 1 score means the least agreement to 5 scores means the most agreement. The descriptive statistics were percentage and mean with standard deviation. The results were presented in tables.

The patterns of extended service clinic appropriated to the government hospital were based on the main objectives of the hospital. Majority of five chief executives agreed to have an extended service clinic in the government hospital; however, they concerned for the exactness and appropriateness of the principles and regulatory of the government, and the impartiality and standard of medical care. Majority of the patients had the most agreement (4.5 scores (SD 0.7) from 5 scores) that the extended service clinic offered the convenient medical care. Also, the patients had willing to pay more than the usual service, and though it was worth. However, they wanted the hospital to improve the waiting time, and provide more specialist physicians. Regarding the quality of the current extended service clinic, patients and the first line managers including physicians had the positive opinions that the extended service clinic benefited for patients, and supported medical personal to have more income. For the negative opinions, they presented that the extended service clinic was a very crowded place, and wanted the hospital to improve the location, seats for waiting, and cleanness.

**KEYWORDS:** Extended service clinic, Quality, Patients' opinions



ผลงานนำเสนอแบบบรรยาย  
ประเภทโครงการนิสิต  
(Oral Presentation)



## OPS-001

### Transitional labor communication and knowledge transferring

#### ผู้รับผิดชอบโครงการ

Mr.Sintan SOM	2 <sup>nd</sup> year medical student, Faculty of Medicine.
Mr.Rithy SOMMKUNG	2 <sup>nd</sup> year nursing student, Faculty of Nursing.

#### ที่ปรึกษาโครงการ

Jukrapun Siriboriruk	Department of Pediatric, Faculty of Medicine
Alisara Wongsuttitert	Division of Radiology and Nuclear Medicine, Faculty of Medicine

#### หลักการและเหตุผล (Background)

Saensuk municipality is famous for its marine tourism. Its economy is growing steadily in both tourism and commerce. As a result the number of workers who come to work in the region (both Thai workers and transnational workers) is rapidly increasing. Saensuk region becomes more crowded, providing a great chance for infectious diseases to spread. Therefore, the number of sick labor workers admitted to the hospital is rising up each year, especially the number of transnational labor group. This will lead to The loss of the workers' profit and time, bringing in return, an increase of stress in their lives.

Due to the reason that most of the laborers are poorly educated and are not familiar with the healthcare routine, the chance of getting infected with diseases are very high. Therefore this project is created in order to provide knowledge about the importance of health care and self-protection against infectious disease and providing information related the labors' access to healthcare service, so they can live a healthy life. Also, this project aims to equip the laborers with knowledge to prepare for the competitive arena of the Asean Economic Community (AEC).

#### วัตถุประสงค์โครงการ (Objectives)

The objectives of this project are:

1.To provide knowledge to the labors about infectious disease, how to prevent them from having it and provide more information on healthcare service for labors who work in Saensuk sub-district.

2.To evaluate the efficacy of health education program and the barrier of the knowledge transferring process in this group.

#### ตัวชี้วัดโครงการ (Project indicators)

3.Number of labors in Saensuk sub-district who attended this project must be than 80% of the total labor invited.

4.Pre-test and post-test use to challenge participant’s basic knowledge in healthcare against five infectious diseases: Pulmonary Tuberculosis, Dengue fever, Malaria, Influenza and Diarrhea.

#### ผู้เข้าร่วมโครงการ (Participants)

Participants are Thai, Burmese, Laotian and Khmer laborers who work in Saensuk sub-district.

#### สถานที่จัดโครงการ (Project sites)

Public health information center of Saensuk Municipality 1/1 Bangsaensai2 Street, Saensuk Sub-district, Muang district, Chunburi province 20131, Thailand.

Top World Industry Limited Company (Furniture-producing factory).

Buranapha Limited company (Wood processing company).

#### ระยะเวลาที่จัดโครงการ (Duration)

March 2015 to August 2015

#### รูปแบบการจัดโครงการ

ขั้นตอนการดำเนินงาน (Work processes)

Team conference to discuss what infectious diseases should be taken into account for this project.

Result: Pulmonary Tuberculosis, Influenza, Diarrhea, Dengue fever and Malaria were chosen.

Preparation of the media for health education

We chose booklet and audios for this project.

Booklet: we performed four steps of booklet preparation

Step 1: Writing the contents about prevention and medical care of five infectious diseases in Thai languages.

Step 2: Translating all contents in to four languages  
(Khmer, Burmese, Laotian and English)

Step 3: Proof-checking all versions of the contents  
before published.

Step 4: Publishing the booklet.

Audios: we transformed the contents in booklets to the conversation in five different languages and recorded at the recording studio, Bangsaen tourist service center then broadcasted along the area of Bangsaen beach.

Health education to target population

+We educated all participants via health education program at three places: Saensuk Municipality Public Health Center, Top World Industry Limited Company and Buranapha Limited company.

+We provided booklets to all participants during education program. Moreover, we invited Burapha university students who were Khmer, Burmese, and Laotian to be translators for this project.

We evaluated the efficacy of this health education program by asked participants to fill their answers in pre- and post-tests of five infectious diseases with their prevention and medical care.

We discussed the results and experience of this project in Knowledge Management (KM) hour.

Present the project in the annual meeting “The 2<sup>nd</sup> Burapha Medicine National Academic Conference 2015”

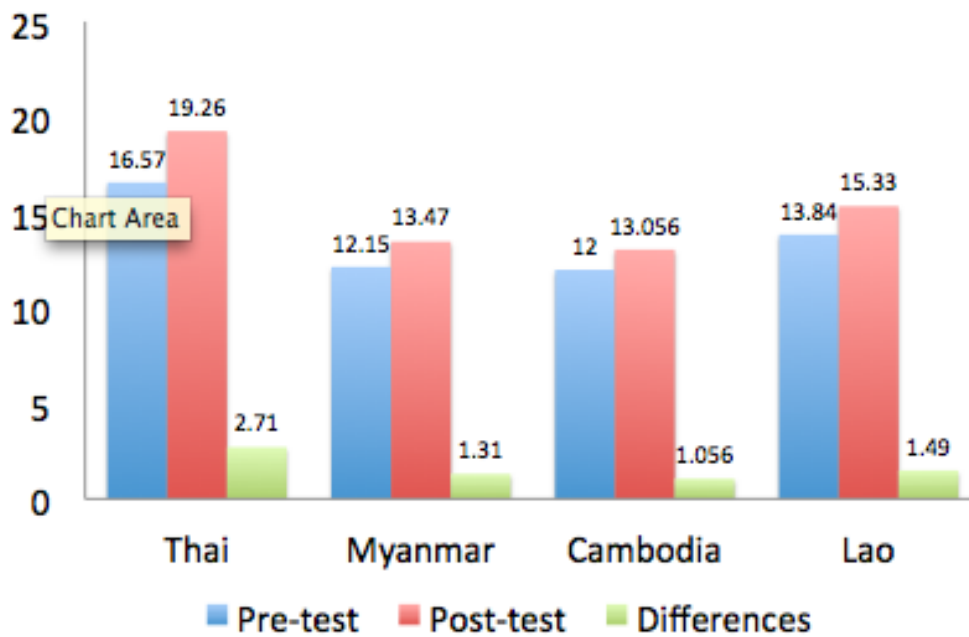
### งบประมาณ (Budget) (ถ้ามี)

Use the budget from the project “Monitoring and prevention the spread of communicable diseases of entrepreneurs and labors in the Bangsaen beach area” and from the projects “Labor Healthy, More quality of life, More product, More profit”

### ผลการดำเนินโครงการ

In this project, 77 participants, including Thai, Burmese, Laotian and Khmer labors, joined the health education program. Figure 1 showed the pre-test and post-test scoring in each group and all of participants.

Figure 1 Pre- and post-test scoring in each group and all of participants



The barrier of the knowledge transferring process in this project showed in table 1.

Table 1

Type of barrier	Details
Personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Some participants do not understand the language the tutor used (regional language barrier), some cannot read nor write.</li> <li>- Participants do not recognize the importance of healthcare education.</li> <li>- Some participants are not concentrated in the educating program.</li> </ul>
Environmental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Improper time of the education program. (Too short tutoring time, near to closing time....)</li> <li>- The proportion of participants to tutor is too high.</li> </ul>

System	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Not enough booklets.</li> <li>- The booklet isn't attractive enough to attract their attention of the reader.</li> <li>- The tutoring technique may be not attractive enough.</li> </ul>
--------	---

#### Discussion

- 77 participants joined the health education program, which is more than 80% of the number of labors invited.
- Thai laborers scored the highest point in both pre-test and post-test. This might due to the reason that:
  - + No language barrier.
  - + High prior-knowledge on the healthcare method against infectious disease.
  - + Sufficient time given for the health education program.
- Khmer laborers scored the lowest score in both pre-test and post- test. This might due to the reason that:
  - + Language barrier.
  - + Khmer laborers have very poor knowledge in healthcare education.
  - + Time for the education program for Khmer laborers was insufficient and near to the closing time.

#### ประโยชน์ที่ได้รับจากการจัดโครงการ (Benefits)

This project gives benefits to the Saensuk municipality, Faculty of medicine of Burapha University and members of the project as describe below:

Labors will have the knowledge related to the self-healthcare and prevention of common infectious diseases.

Help labors to know their right of medical care and reduce their spending on healthcare service.

This project allow the medical student to share their knowledge with each other and with the community, and experience the real working environment, which is essential for the career as a doctor.

### แนวทางปรับปรุงแก้ไข (Improvement)

- Changing the teaching technique into a more attractive one.
- Recorded audio related to the infectious diseases should be played in the morning or during recess periods.
- Simplified language should be used
- The program should be reserved during working hours, not too near to closing time or to lunch period.
- The duration of the program should be longer.
- The number of educator should be in a good proportion to the number of participants.
- Improvement of the booklet design and audio is needed.

### ภาพประกอบ (Project gallery)





Photo 2 : Data Collecting after the education program at Saensuk Municipality public health center



Photo 3 : Recording Audio at the studio



Photo 4 : Recording Audio at the studio



Photo 5 : Recording Audio at the studio





Photo 6 : Educating program to laborers at Buranapha company



Photo 7 : Educating program to laborers



Photo 8 : Group photo after the end of the educating program for laborers at Buranapha company



Photo 9 : Group photo after the end of the educating program for laborers



Photo 10 : Education program at Saensuk Municipality health center

OPS-002

## การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคอุจจาระร่วงระหว่างแรงงาน ข้ามชาติในพื้นที่ชายหาดบางแสนและในโรงงานอุตสาหกรรม

### ผู้รับผิดชอบโครงการ

นายพร กวีวัฒนถาวร

นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 2

นางสาวอาทิตญา อ่ำโต

นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 2

### ที่ปรึกษาโครงการ

พญ.อลิสรา วงศ์สุทธิเลิศ

ตำแหน่ง อาจารย์แพทย์

สาขาวิชารังสีวิทยาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์

นพ.จักรพันธ์ ศิริบริรักษ์

ตำแหน่ง อาจารย์แพทย์

สาขาวิชากุมารเวชศาสตร์

### หลักการและเหตุผล

เนื่องจากเทศบาลเมืองแสนสุขเป็นแหล่งท่องเที่ยวทางทะเลที่มีชื่อเสียงของประเทศไทย เศรษฐกิจด้านการท่องเที่ยว ด้านอสังหาริมทรัพย์ และด้านพาณิชย์กรรมมีการเติบโตอย่างต่อเนื่อง ทำให้จำนวนแรงงานที่เข้ามาทำงานในพื้นที่ทั้งแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อแรงงานมีจำนวนเพิ่มขึ้นและบางส่วนอยู่กันอย่างแออัด จึงส่งผลทำให้มีจำนวนแรงงานที่เจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ทำให้มีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพน้อยและอาจไม่ได้รับบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นก่อนเดินทางเข้ามาทำงานในประเทศไทย อาทิ การฉีดวัคซีน การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

ปัจจุบัน เทศบาลเมืองแสนสุขพบอุบัติการณ์ของการเกิดโรคติดเชื้อ ได้แก่ โรคไข้เลือดออก มาลาเรีย วัณโรค ไข้หวัดใหญ่ และอุจจาระร่วง จากการสืบค้นข้อมูลจากทางเทศบาลพบว่าคนในพื้นที่ไม่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก มาลาเรีย และไข้หวัดใหญ่มัก ทิมีวิจัยจึงตั้งใจจะเก็บข้อมูลแบบสอบถามเพียงอุจจาระร่วงแค่โรคเดียว จากนั้นที่มิวิจัยได้ทำวิจัย

โดยการเก็บข้อมูลแบบสอบถามร่วมกับโครงการ “ป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดต่อในผู้ประกอบการแรงงานชายหาดบางแสน” ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2558 ที่มิวิจัยพบว่าแรงงานข้ามชาติที่มีสัญชาติลาว เมียนมาร์ และกัมพูชา เข้าร่วมให้สัมภาษณ์ประมาณ 21 คนไม่พบอุบัติการณ์ของการเกิดโรคอุจจาระร่วง จึงวางแผนและตกลงกันว่าจะไปทำการสำรวจข้อมูลปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคอุจจาระร่วงของแรงงานข้ามชาติที่ประกอบอาชีพอื่นในพื้นที่บางแสนเพิ่มเติม เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์รวมทั้งปัจจัยและ

พฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วง โดยการศึกษาได้ทำการศึกษาในแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม

### วัตถุประสงค์โครงการ

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในพื้นที่ชายหาดบางแสนและในโรงงานอุตสาหกรรม
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วงระหว่างแรงงานข้ามชาติใน 2 กลุ่มนี้

### ตัวชี้วัดโครงการ

1. อุบัติการณ์ของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในพื้นที่ชายหาดบางแสนและในโรงงานอุตสาหกรรม
2. ปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วงระหว่างแรงงานข้ามชาติใน 2 กลุ่มนี้

### ผู้เข้าร่วมโครงการ

แรงงานสัญชาติเมียนมาร์ กัมพูชา และลาว ที่ทำงานในพื้นที่ชายหาดบางแสนและในโรงงานอุตสาหกรรม

### สถานที่จัดโครงการ

ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองแสนสุข 1/1 ถ.บางแสนสาย 2 ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

บริษัท ทีโอพีแวิลด์อินดัสทรี จำกัด (โรงงานทำเฟอร์นิเจอร์)

บริษัท บุรณาพากรู๊ป จำกัด (โรงงานทำไม้)

### ระยะเวลาที่จัดโครงการ

ตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2558 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 5 เดือน

### รูปแบบการจัดโครงการ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาข้อมูลของโครงการและแบบสอบถามของโครงการการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดต่อในผู้ประกอบการและแรงงานชายหาดบางแสนและประชุมทีมเพื่อวางแผนในการลงเก็บข้อมูล
2. ดำเนินการเก็บข้อมูลที่ชายหาดบางแสนในเดือนมีนาคม ถึง เดือนเมษายน พ.ศ.2558

3. ทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล
4. นำข้อมูลที่น่าสนใจคือกลุ่มแรงงานข้ามชาติมาอภิปรายและวางแผนการเก็บข้อมูลของแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในพื้นที่อื่น ๆ เพิ่มเติม
5. เข้าร่วมเก็บข้อมูลเพิ่มเติมกับทีมเทศบาลเมืองแสนสุขในการอบรมความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดต่อให้กับแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม
6. ทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม
7. สรุปและรายงานผลโครงการในงานประชุม “วิชาการแพทย์บูรพา ครั้งที่ 2”

### งบประมาณ (ถ้ามี)

ใช้งบประมาณในโครงการการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดต่อในผู้ประกอบการและแรงงานชายหาดบางแสนและโครงการ “แรงงานสุขภาพดี เพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มผลงาน เพิ่มกำไร”

### ผลการดำเนินโครงการ

ผลการศึกษาพบว่า มีแรงงานข้ามชาติเข้าร่วมโครงการรวมทั้งสิ้น 69 ราย ซึ่งมีสัญชาติลาว เมียนมาร์ และกัมพูชา แรงงานจำนวน 9 รายได้คัดออกเนื่องจากข้อมูลพื้นฐานไม่ครบถ้วน ข้อมูลพื้นฐานของแรงงานข้ามชาติทั้ง 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ทำงานในพื้นที่ชายหาดบางแสนจำนวน 21 ราย และกลุ่มที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมจำนวน 48 ราย (ตารางที่ 1) จากจำนวนแรงงานข้ามชาติ 60 ราย พบว่า อุบัติการณ์ของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในพื้นที่ชายหาดบางแสนและในโรงงานอุตสาหกรรมในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคือร้อยละ 0.0 (0 ราย) และร้อยละ 20.5 (8 ราย) ตามลำดับ นอกจากนี้ แรงงานที่เคยมีอุจจาระร่วงมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง 8 รายและถ่ายเป็นมูกเหลว 3 ราย โดยแรงงานกลุ่มนี้มีสิทธิการรักษาในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนจำนวน 7 ราย มีเพียงหนึ่งรายที่ไม่มีสิทธิการรักษา แรงงานจำนวน 9 รายได้คัดออกเนื่องจากข้อมูลปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงไม่ครบถ้วน

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในพื้นที่ชายหาดบางแสนและในโรงงานอุตสาหกรรม (n=69)

หัวข้อ	กลุ่มชายหาดบางแสน (n=21)	กลุ่มโรงงานอุตสาหกรรม (n=48)	p-value*
อายุเฉลี่ย (ปี) (mean;range)	32.4 (6.1) (20-42)	26.0 (6.7) (16-40)	<0.01
เพศ			0.42
ชาย	7 (33.3%)	21(43.8%)	
หญิง	14 (66.7%)	27(56.2%)	
การศึกษาสูงสุด (ราย)			0.39
ไม่ได้เรียน	4(19.0%)	16(33.3%)	
ระดับประถมศึกษา	9 (42.9%)	20(41.7%)	
ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป	8 (38.1%)	11 (22.9%)	
อื่นๆ	0 (0.0%)	1 (2.1%)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนหลังหักค่าใช้จ่าย (บาท)	6,333 (2556.0)	4,651 (2785.9)	0.02

หมายเหตุ \*ใช้สถิติวิเคราะห์ชนิด t-test

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วงของแรงงานข้ามชาติทั้งสองกลุ่ม (n=60)

หัวข้อ	มีโรคอุจจาระร่วง (n=8)	ไม่มีโรคอุจจาระร่วง (n=52)	p-value
อายุเฉลี่ย (mean;range)	25.8 (6.8) (19-40)	29.0 (7.0) (17-42)	0.23*
เพศ			0.88*
ชาย	3 (37.5%)	21 (40.4%)	
หญิง	5 (62.5%)	31 (59.6%)	
การศึกษาสูงสุด			0.18**
ไม่ได้เรียน	2 (25%)	17 (32.7%)	
ระดับประถมศึกษา	4 (50%)	20 (38.5%)	
ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป	1 (12.5%)	15 (28.8%)	
อื่นๆ	1 (12.5%)	0	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนหลังหักค่าใช้จ่าย (บาท)	5000 (1851.6)	5350 (2864.0)	0.74*
2.1 รับประทานเนื้อสัตว์ / อาหารทะเล ดิบ	1 (12.5%)	16 (30.8%)	0.42**
ใช่	7 (87.5%)	36 (69.2%)	
ไม่ใช่			
2.2 รับประทานเนื้อสัตว์ / อาหารทะเล สุกๆ ดิบๆ	2 (25.0%)	14 (26.9%)	1.0**
ใช่	6 (75.0%)	38 (73.1%)	
ไม่ใช่			
2.3 รับประทาน อาหารหมักดอง			0.71**
ใช่	5 (62.5%)	26 (50.0%)	
ไม่ใช่	3 (37.5%)	26 (50.0%)	
2.4 รับประทาน อาหารค้างมือโดยไม่ได้ อุ่น	2 (25.0%)	8 (15.4%)	0.61**
ใช่	6 (75.0%)	44 (84.6%)	
ไม่ใช่			
2.5 ประเภทของน้ำดื่ม			0.13**
น้ำต้ม	0	1 (1.9%)	
น้ำไม่ต้ม	1 (12.5%)	0	
น้ำกรอง	3 (37.5%)	30 (57.7%)	
น้ำขวดปิดสนิท	4 (50.0%)	21 (40.4%)	
2.6 รับประทานอาหารที่มีแมลงวันตอม			1.0**
ใช่	0	3 (5.8%)	
ไม่	8 (100.0%)	49 (94.2%)	

หมายเหตุ \*ใช้สถิติวิเคราะห์ชนิด t-test \*\*ใช้สถิติวิเคราะห์ชนิด Fisher' exact test

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วงของแรงงานข้ามชาติทั้งสองกลุ่ม (ต่อ) (n=60)

หัวข้อ	มีโรคอุจจาระร่วง (n=8)	ไม่มีโรคอุจจาระร่วง (n=52)	p-value
2.7 ล้างมือทุกครั้ง ก่อนรับประทานอาหาร	2 (25%)	22 (42.3%)	0.68*
ล้างด้วยสบู่ทุกครั้ง	1 (12.5%)	8 (15.4%)	
ล้างด้วยสบู่บางครั้ง	5 (62.5%)	22 (42.3%)	
ล้างด้วยน้ำเปล่า	0	0	
ไม่ล้าง			
2.8 ล้างมือทุกครั้ง หลังการใช้ส้วม/ ขับถ่าย	1 (12.5%)	18 (34.6%)	0.49*
ล้างด้วยสบู่ทุกครั้ง	2 (25%)	12 (23.1%)	
ล้างด้วยสบู่บางครั้ง	5 (62.5%)	22 (42.3%)	
ล้างด้วยน้ำเปล่า	0	0	
ไม่ล้าง			
2.9 ล้างมือทุกครั้ง ก่อนปรุงอาหาร			1.0*
ล้างด้วยสบู่ทุกครั้ง	3 (37.5%)	19 (36.5%)	
ล้างด้วยสบู่บางครั้ง	1 (12.5%)	9 (17.3%)	
ล้างด้วยน้ำเปล่า	4 (50.0%)	23 (44.2%)	
ไม่ล้าง	0	1 (1.9%)	

หมายเหตุ \*ใช้สถิติวิเคราะห์ชนิด t-test \*\*ใช้สถิติวิเคราะห์ชนิด Fisher' exact test

ผลการเปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วงของแรงงานทั้งหมด พบว่าพฤติกรรมรับประทานอาหารและการล้างมือที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีโรคอุจจาระร่วงและไม่มีโรคอุจจาระร่วง (ตารางที่ 2)

### การวิเคราะห์

จากข้อมูลพื้นฐานของแรงงานข้ามชาติในตารางที่ 1 พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีเพศและการศึกษาสูงสุดไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มโรงงานอุตสาหกรรมมีอายุเฉลี่ยและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนหลังหักค่าใช้จ่ายต่ำกว่ากลุ่มชายหาดบางแสนอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) นอกจากนี้อุบัติการณ์ของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมายังพบเฉพาะในกลุ่มโรงงานอุตสาหกรรม แม้ว่าการศึกษานี้จะพบอุบัติการณ์ของการเกิดโรคอุจจาระร่วงจำนวน 8 ราย แต่พฤติกรรมรับประทานอาหารและการล้างมือที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีโรคและไม่มีโรค



จากการศึกษานี้สรุปว่า แม้ว่าการรับประทานอาหารไม่สุก อาหารหมักดอง อาหารค้างมือโดยไม่ได้อุ่นอาหารที่มีแมลงวันตอม ดื่มน้ำไม่ต้ม ไม่ล้างมือก่อนรับประทานหรือปรุงอาหาร รวมทั้งไม่ล้างมือหลังการใช้ส้วม/ขับถ่าย จะเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอุจจาระร่วง แต่ไม่เป็นปัจจัยที่สำคัญในกลุ่มแรงงานที่ทำการศึกษานี้ ผลวิเคราะห์ที่ได้ อาจเกิดจากข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลบางประการคือ แรงงานกลุ่มที่ทำการศึกษาอาจไม่เข้าใจคำถามอย่างถ่องแท้และจำนวนแรงงานที่ทำการศึกษาอาจไม่เพียงพอ

### ประโยชน์ที่ได้รับจากการจัดโครงการ

ประโยชน์ต่อเทศบาลเมืองแสนสุขและมหาวิทยาลัยบูรพา ดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการเก็บข้อมูลในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่อพยพเข้ามาทำงานในเขตเทศบาลเมืองแสนสุขเป็นครั้งแรก ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์จะเป็นพื้นฐานในการต่อยอดการเก็บข้อมูลเรื่องโรคและความเจ็บป่วยของแรงงานข้ามชาติกลุ่มอื่นต่อไป

2. โครงการนี้เป็นจุดเริ่มต้นของการสำรวจโรคและความเจ็บป่วยของแรงงานข้ามชาติในหลายกลุ่มอาชีพ ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรของเทศบาลเมืองแสนสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชนในพื้นที่ได้ตระหนักถึงความสำคัญ และร่วมมือในการดูแลป้องกันการเกิดโรคในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ต่อผู้รับผิดชอบโครงการ ดังต่อไปนี้

1. เพิ่มโอกาสให้อาจารย์และนิสิตในคณะสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพของมหาวิทยาลัยบูรพาได้รับประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

2. นิสิตของมหาวิทยาลัยบูรพาได้ทำงานในพื้นที่จริง ซึ่งเปิดโอกาสให้นิสิตได้ฝึกทักษะการเรียนรู้ในหลายด้าน เช่น การทำงานเป็นทีม การสื่อสารด้านสุขภาพ การใช้ภาษาไทยและภาษาต่างชาติ การใช้เทคโนโลยีเพื่อช่วยในการทำงาน เป็นต้น

### ปัญหา อุปสรรค และแนวทางปรับปรุงแก้ไข

#### ปัญหา อุปสรรค

1. แรงงานข้ามชาติหลายรายไม่เข้าใจภาษาไทย และแรงงานข้ามชาติบางรายอ่านภาษาของตนเองไม่ออก ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการสอบถามข้อมูล

2. แรงงานข้ามชาติหลายรายไม่ยินดีให้ข้อมูล ระบบการเก็บข้อมูลยังไม่ครบถ้วน ทำให้ขาดข้อมูลที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อจำนวนข้อมูลของแรงงานที่นำมาวิเคราะห์ที่ไม่ครบตามเป้าหมาย

### แนวทางการปรับปรุงแก้ไขในโครงการถัดไป

1. รับสมัครแรงงานข้ามชาติหรือประชาชนในพื้นที่ที่สามารถพูดภาษาไทยและภาษาในกลุ่มประเทศประเทศอาเซียนได้ เพื่อให้เป็นอาสาสมัครต่างชาติ (อสต.) ในการสื่อสารและดูแลแรงงานกลุ่มนี้ให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น
2. ก่อนสอบถามข้อมูลต้องสร้างความเข้าใจกับกลุ่มเป้าหมายถึงประโยชน์ที่จะได้รับและความปลอดภัยของข้อมูล โดยผู้ทำโครงการจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ
3. ควรมีการประชุมเพื่อแนะนำวิธีการสอบถามและการเก็บข้อมูลให้กับผู้ที่รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล เพื่อให้ผู้เก็บข้อมูลเข้าใจความหมายของแบบสอบถามและเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน

### ภาพประกอบ



ภาพที่ 1 บรรยากาศของการสัมภาษณ์ข้อมูลกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้าร่วมโครงการ



ภาพที่ 2 ทีมงานและแรงงานข้ามชาติที่เข้าร่วมโครงการได้เก็บภาพบรรยากาศการอบรมร่วมกัน



ภาพที่ 3 นิสิตแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการได้รับความสนุกสนานและประสบการณ์ที่มีคุณค่า



ภาพที่ 4 นิสิตแพทย์กำลังเก็บข้อมูลแบบสอบถาม ณ ชายหาดบางแสน



ผลงานนำเสนอแบบโปสเตอร์  
ประเภท งานวิจัย/R2R  
(Poster Presentation)

## PPR-001

### การศึกษาความมั่นคงในการทรงท่า การรับรู้ความรู้สึกข้อต่อคอ องศาการเคลื่อนไหวและความแข็งแรงของข้อเท้าและกล้ามเนื้อเท้าในผู้ที่มีลักษณะคอรันไปด้านหน้า (การศึกษานำร่อง)

ดร.พิมลพรรณ ทวีการ วรรณจักร<sup>1\*</sup> และ ดร.คุณาวุฒิ วรรณจักร<sup>2\*</sup>

\*สาขากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

#### บทนำ (Introduction)

คอรันไปด้านหน้า (Forward head posture; FHP) พบในผู้ป่วยที่มีอาการปวดคอ (Silva et al., 2009) อาจส่งผลต่อการงุ้มของไหล่และหลังโค้งมากยิ่งขึ้น (Sue, Hellstenius, 2009) ทำให้การวางตัวของข้อต่อเปลี่ยนแปลงไป อาจกระทบต่อการรับแรงของกล้ามเนื้อและข้อต่อโดยเฉพาะอย่างยิ่งกระดูกสันหลังระดับคอต่อกับระดับอก (C7-T1 junction) (Nordin et al., 1997) และนำไปสู่การหดสั้นของกล้ามเนื้อใต้ฐานกะโหลก และการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อคอมัดลึกทางด้านหน้าซึ่งช่วยในการทำให้ศีรษะตั้งตรง (Sue, Hellstenius, 2009)

ความสามารถในการรักษาสมดุลของร่างกาย (Balance) เป็นกระบวนการที่ร่างกายต้องรักษาสมดุล ศูนย์ถ่วงของร่างกาย (Center of gravity: CG) ให้อยู่ภายใต้ฐานพื้นที่รองรับ (Base of support: BOS) (Horak, 2006) ชีวกลศาสตร์ของคอรันไปด้านหน้าอาจส่งผลให้ CG เคลื่อนไปด้านหน้าและอาจนำมาสู่ความไม่มั่นคงในการทรงท่าได้ (postural instability) (Kang et al., 2012) อย่างไรก็ตามปัจจุบันข้อมูลทางด้านนี้ยังไม่เพียงพอ อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงของการวางตัวของกระดูกคอในกลุ่มคอรันไปด้านหน้าอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานที่บกพร่องไป (joint position sense error; JPE) เช่นเดียวกับในผู้ป่วยที่มีอาการปวดคอ (Treleven, 2008) เนื่องจากในตำแหน่งกระดูกคอส่วนบนจะมีตัวรับความรู้สึกอยู่ค่อนข้างมาก การรับรู้ความรู้สึกของข้อต่อกระดูกสันหลังระดับคอมีความสำคัญต่อการเกิดความมั่นคงในการทรงท่าโดยเฉพาะอย่างยิ่งขณะสายศีรษะ รวมทั้งการเกิดความไม่สมดุลของการวางตัวของแนวกล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่มีลักษณะคอรันไปด้านหน้า อาจส่งผลให้การทำงานของเส้นใยกล้ามเนื้อ (muscle spindle) ภายในกล้ามเนื้ออาจทำงานได้ลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่กล้ามเนื้อใต้ฐานกะโหลก (occipital muscle) การรับรู้ความรู้สึกข้อต่อของคอมีผลต่อการควบคุมให้ศีรษะตั้งตรงและเกี่ยวข้องกับการควบคุมของศีรษะเมื่อต้องมีการควบคุมการทรงท่า อย่างไรก็ตามยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาในผู้ป่วยที่มีลักษณะคอรันไปด้านหน้าที่ไม่มีอาการปวดคอ อีกทั้งยังพบว่าผู้ที่คอรันไปด้านหน้ามีองศาการเคลื่อนไหวของข้อเท้าลดลง ซึ่งมากจากการไม่สมดุลของกล้ามเนื้อ (Hyong, Kim, 2012) ด้วยเหตุนี้อาจส่งผลกระทบต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา เนื่องจากการยืดยาวออกของเส้นใยกล้ามเนื้ออาจส่งผลให้เกิดการอ่อนแรงได้

#### วัตถุประสงค์ (Objective)

ศึกษาความแตกต่างของท่าทางไหล่งุ้มไปด้านหน้า การรับรู้ความรู้สึกข้อต่อส่วนคอ ความสามารถในการทรงท่า องศาการเคลื่อนไหวของข้อเท้าและความแข็งแรงของข้อเท้าระหว่างอาสาสมัครที่มีอาการคอรันไปด้านหน้าและอาสาสมัครที่ไม่มีการคอรันไปด้านหน้า

#### วิธีการศึกษา (Methods)

อาสาสมัครสุขภาพดี จำนวน 10 คน ได้ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก อาสาสมัครกลุ่มที่มีคอรันไปด้านหน้า (FHP) ต้องมีมุมก้มคอ (CV) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 องศา อาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการประเมิน

1. มุมยื่นของศีรษะ Craniovertebral angle (CV angle) และการประเมินมุมไหล่งุ้ม (FSP) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (ICC=0.99) (Taweekarn et al., 2012) ผู้วัดจะติดเครื่องหมาย (markers) ด้านซ้ายตรงปุ่มกระดูก ทดสอบในท่ายืนตรงสบายหน้าตรง มุมถูกบันทึกโดยกล้อง และประมวลผลออกมาเป็นมุม (องศา)

2. แบบประเมินความมั่นคงในการทรงท่า (Functional reach test)

ประเมินโดยวิธี functional reach test อาสาสมัครยกแขนตรง 90 องศา พยายามเอื้อมมือให้ไปได้ไกลที่สุดโดยเท้าทั้งสองข้างอยู่กับที่ ผู้ทดสอบทำเครื่องหมายจุดที่ไกลที่สุดของ The 3<sup>rd</sup> metacarpal bone เมื่อทำสัญลักษณ์เรียบร้อยแล้ว เพื่อหาระยะที่สามารถทำได้จากจุดเริ่มต้น

3. ความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกข้อต่อคอ (Cervical joint position sense)

อาสาสมัครสวมหมวกที่มี laser pointer ติดด้านบน นั่งเก้าอี้ห่างจากผนัง 90 เซนติเมตร ในลักษณะหันหน้าเข้าผนัง เริ่มโดยให้อาสาสมัครนั่งหน้ามองตรงจําจุดที่เห็นสีแดงจาก laser pointer และหันกลับไปให้มุมศีรษะไปทางด้านซ้ายและให้หมุนกลับมาสู่จุดเริ่มต้น บันทึกค่าความต่างของทั้งสองตำแหน่ง จากนั้นสลับทดสอบอีกข้างหนึ่ง (Treleven, 2008)

4. องศาการเคลื่อนไหวข้อเท้า (Ankle range of motion)

ท่าที่ประเมิน คือ กระดกปลายเท้าขึ้น (ankle dorsiflexion) ถีบปลายเท้าลง (ankle plantar flexion) บิดข้อเท้าเข้าด้านใน (ankle inversion) และบิดข้อเท้าออกทางด้านนอก (ankle eversion) (Hyong, Kim, 2012)

5. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อข้อเท้าและเท้า (Ankle and foot muscle strength)

กลุ่มกล้ามเนื้อ คือ กล้ามเนื้อกระดกข้อเท้า (dorsiflexor) กล้ามเนื้อถีบปลายเท้า (plantar flexor) กล้ามเนื้อบิดเท้าเข้าด้านใน (inversion) กล้ามเนื้อบิดเท้าออกด้านนอก (eversion) กล้ามเนื้อกดนิ้วหัวแม่เท้าลง (Toe plantar flexor) กล้ามเนื้อกดนิ้วเท้าลง (Phalange plantar flexor) (Spink et al., 2010)

ผลการศึกษา (Results)

กลุ่ม FHP และกลุ่ม Non FHP ไม่มีความแตกต่างกันของข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ BMI และความยาวขา มุมไหล่งุ้ม (FSP) และ ความมั่นคงในการทรงท่า (FRT) ความสามารถในการคงตำแหน่งของศีรษะ (JPE) ระหว่างสองกลุ่ม (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ CVA FSP FRT และ JPSE ระหว่างกลุ่ม FHP และ Non FHP

Subjects (n =10)	CVA		FSP		FRT		JPE			
							Rt. rotation		Lt. rotation	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Non FHP	51.0	3.1	61.5	7.6	25.3	13.3	-.4	4.1	.5	3.7
FHP	39.5	4.9	59.7	20.5	22.4	10.6	-1.4	5.4	-1.5	2.9

องศาการกระดกข้อเท้าขึ้นทั้งสองข้างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระหว่างสองกลุ่ม พบว่าซึ่งในทิศทางถีบปลายเท้าลง บิดปลายเท้าเข้าด้านในและออกด้านนอกไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ Left Ankle joint ROM และ Right Ankle joint ROM

Subjects (n =10)	Lt Ankle jt ROM								Rt Ankle jt ROM							
	Dorsiflexion		Plantar flexion		Eversion		Inversion		Dorsiflexion		Plantar flexion		Eversion		Inversion	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Non FHP	26.5	5.8	67.2	13.8	32.8	10.4	25.7	5.7	23.5	3.9	67.7	16.2	22.2	8.2	30.5	4.4
FHP	16.9	4.2	52.9	18.9	25.7	12.0	16.9	9.2	15.1	4.7	47.3	20.9	20.3	9.6	18.7	12.0

ความแข็งแรงของ Toe flexor muscle ข้างขวามีความแข็งแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่ม FHP และกลุ่ม Non FHP ส่วนทำอื่น ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3, 4)

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ค่า Left Ankle muscle strength

Subjects (n =10)	Lt Ankle muscle strength											
	Dorsiflexion		Plantar flexion		Eversion		Inversion		Toe plantar Flexion		Phalanges plantar flexion	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Non FHP	9.5	3.9	6.3	1.2	9.1	4.3	8.5	1.8	4.8	1.9	4.5	1.7
FHP	8.1	1.6	5.9	.6	8.2	1.3	7.7	1.5	4.3	1.3	4.5	1.8

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ค่า Rt Ankle muscle strength

Subjects (n =10)	Rt Ankle muscle strength											
	Dorsiflexion		Plantar flexion		Eversion		Inversion		Toe plantar Flexion		Phalanges plantar flexion	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Non FHP	8.9	2.7	6.3	1.2	9.1	2.9	8.0	1.7	5.7	1.4	4.7	1.8
FHP	8.6	1.0	5.9	.6	8.6	1.4	7.1	.4	3.9	.6	4.2	1.2

### วิจารณ์และสรุปผลการทดลอง (Discussion and conclusion)

องศาข้อเท้าทั้งสองข้างที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม อาจเป็นเพราะเมื่อมีท่าทางที่ยืนไปด้านหน้าโดยเฉาะอย่างยิ่งคอคที่ยืนไปด้านหน้า กลุ่มกล้ามเนื้อทางด้านหน้าเกิดการหดสั้น กลุ่มกล้ามเนื้อด้านหลัง ต้องหดตัวคงค้างเพื่อที่จะสามารถทำให้เกิดทางทรงท่าได้ เมื่อเวลานานขึ้นอาจส่งผลต่ออาการอ่อนแรง (Sinaki et al., 2005) ท่าทางของร่างกายด้านบนที่เปลี่ยนแปลงอาจส่งผลต่อแนว Pelvic อาจมีผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อขาเพื่อคงไว้ซึ่งการสมดุล

ท่าทางคอคย่นไปด้านหน้าอาจส่งผลต่อองศาการเคลื่อนไหวของข้อเท้าและอาจส่งผลต่อความแข็งแรงในการจิกหรือถีบปลายเท้า อาจเป็นเพราะความไม่สมดุลของกลุ่มกล้ามเนื้อทั้งทางด้านหน้าและด้านหลัง



## กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณ ทูตอุดหนุนการวิจัย คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

## เอกสารอ้างอิง (References)

- Horak FB. Postural orientation and equilibrium: what do we need to know about neural control of balance to prevent falls. Age Ageing 2006; 35: 7-11.
- Hyong IH, Kim JH. The effect of forward head posture on ankle joint range of motion and static balance. J. Phys Ther Sci 2012; 24: 925-27.
- Kang JH, Park RY, Lee SJ, Kim JY, Yoon SR, Jung KI. The effect of the forward head posture on postural balance in long time computer based worker. Ann Rehabil Med 2012; 36: 98-104.
- Nordin M, Andersson G, Pope MH. Musculoskeletal disorders in the workplace: principles and practice. St. Louis: Mosby; 1997.
- Silva AG, Punt TD, Sharples P, Vilas-Boas JP, Johnson MI. Head posture and neck pain of chronic nontraumatic origin: a comparison between patients and pain-free persons. Arch Phys Med Rehabil 2009; 90: 669-74.
- Sinaki RH, BreyCA, Hughes DR, LarsonKR. Balance disorder and increased risk of falls in osteoporosis and kyphosis: significance of kyphotic posture and muscle strength. Osteoporos Int 2005; 16: 1004-10.
- Spink MJ, Fotoohabad MR, and Menz HB. Foot and ankle strength assessment using hand-held dynamometry: reliability and age-related differences 2010; 56: 525-532.
- Sue A, Hellstenius W. Recurrent neck pain and headache in preadolescents associated with mechanical dysfunction of the cervical spine: a cross-sectional observational study with students. J Manipulative Physiol Ther 2009; 32: 625-34.
- Taweekarn P, Boonprakob Y, Sae-lee D, Plangkoon Johns T, Ungpansattawong S, Ruammahasab S. A test of validity and reliability between the Three-point Marker detection software method and goniometry. JMTPT 2013; 25(2); 173-180.
- Treleven J. Sensorimotor disturbances in neck disorders affecting postural stability, head and eye movement control. Manl Ther 2008; 13: 2-11.

**PPR-002**

**ความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อการให้บริการของห้องสมุดโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี  
ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย**

นางวิภาวดี ต่่องษ์

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

**บทนำและวัตถุประสงค์ :**

ตั้งแต่ปี 2553 โรงพยาบาลได้รับนิสิตแพทย์ รุ่นแรกเข้ามาอยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลในโครงการร่วมผลิตแพทย์ชั้นคลินิก ระหว่างโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย กับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ในส่วนของการสนับสนุนการบริการการศึกษาที่มีความสำคัญต่อการศึกษา ค้นคว้าหาข้อมูล ความรู้ เพื่อนำมาประกอบการเรียนการสอน หรือการวิจัย ซึ่งเป็นห้องสมุด เป็นแหล่งจัดเก็บรวบรวมทรัพยากรสารสนเทศประเภทต่าง ๆ เช่นหนังสือ วารสาร สิ่งตีพิมพ์ อื่น ๆ โสตทัศนวัสดุ ซึ่งจัดเก็บไว้อย่างเป็นระบบ เพื่อบริการผู้ใช้ในการส่งเสริมการเรียนรู้ และความจรรโลงใจ ผู้ใช้บริการสามารถสืบค้นข้อมูลได้ตามความต้องการในแต่ละสาขาวิชา และยังเป็นแหล่งเรียนรู้ที่มีความสำคัญมากยิ่งขึ้นในปัจจุบัน ห้องสมุดต้องมีความพร้อม สมบูรณ์ที่จะให้ผู้ใช้บริการใช้เป็นแหล่งค้นคว้าอย่างกว้างขวาง และเพียงพอต่อความต้องการ ดังนั้นห้องสมุดจึงได้มีการสำรวจความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ ต่อการให้บริการของห้องสมุด เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุง และพัฒนาการให้บริการให้ตรงกับความต้องการของนิสิตแพทย์มากยิ่งขึ้น

**วัตถุประสงค์**

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการใช้บริการห้องสมุดของนิสิตแพทย์

**วิธีการศึกษา**

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนา (Descriptive Research) ประชากร คือ นิสิตแพทย์ชั้นคลินิกที่กำลังศึกษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาจำนวน 64 คน และกลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 5 และชั้นปีที่ 6 ที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 73.44 ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 – 31 มีนาคม พ.ศ. 2557

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ชั้นปี เพศ ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าใช้บริการและการสืบค้นข้อมูลทรัพยากรสารสนเทศ และข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจการใช้บริการห้องสมุด 5 ด้าน คือ ด้านบริการ ด้านบุคลากร ด้านทรัพยากรสารสนเทศ ด้านครุภัณฑ์ ด้านสถานที่ แบบเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับภาระงานบริการของห้องสมุด มีการพิจารณาความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีการปรับปรุงเนื้อหา โดยถือเกณฑ์ความเห็นตรงกัน 3 ใน 5 ท่าน มีการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ที่ 0.85 ในส่วนของแบบประเมินความพึงพอใจกำหนดค่าคะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแนวคิดของลิเคิร์ต (Likert) กำหนดระดับความคิดเห็น

ออกเป็น 5 ระดับ คือ มีการแปลความหมายค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจในการใช้บริการ ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 ความพึงพอใจน้อยที่สุด 1.81-2.61 ความพึงพอใจน้อย 2.62-3.42 ความพึงพอใจปานกลาง 3.43-4.23 ความพึงพอใจมาก และ 4.24-5.00 ความพึงพอใจมากที่สุด แจกแบบสอบถามให้นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 5 จำนวน 32 ฉบับ ได้รับคืน จำนวน 26 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 81.25 ชั้นปีที่ 6 จำนวน 32 ฉบับ ได้รับคืน จำนวน 21 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 65.63 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ในการนำเสนอข้อมูลทั่วไป ค่าคะแนนเฉลี่ย เพื่อหาระดับความพึงพอใจ

### ผลการศึกษา

พบว่า นิสิตแพทย์ที่มาใช้บริการห้องสมุดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.8 ดังตารางที่ 1 ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนิสิตแพทย์ที่ใช้บริการห้องสมุดจำแนกตามเพศ

เพศ	ชั้นปีที่ 5 n=26		ชั้นปีที่ 6 n=21		รวม (n=47)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	12	46.2	5	23.8	17	36.2
หญิง	14	53.8	16	76.2	30	63.8
รวม	26	100.0	21	100.0	47	100.0

ความพึงพอใจในการใช้บริการห้องสมุดของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 5 มีความพึงพอใจการให้บริการห้องสมุดโดยรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 3.58 และรายด้านอยู่ในระดับดี ทุกด้าน ยกเว้นด้านครุภัณฑ์อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.38 สำหรับนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6 มีความพึงพอใจการให้บริการห้องสมุดโดยรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 3.96 และรายด้านอยู่ในระดับดี ทุกด้าน ยกเว้นด้านบุคลากรอยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 4.28

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจการให้บริการห้องสมุดของนิสิตแพทย์ โดยรวมรายด้าน

ความพึงพอใจการให้บริการ ห้องสมุด	ความพึงพอใจ			
	ชั้นปีที่ 5		ชั้นปีที่ 6	
	ค่าเฉลี่ย	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ระดับ
ด้านบริการ	3.71	ดี	3.94	ดี
ด้านบุคลากร	3.96	ดี	4.28	ดีมาก
ด้านทรัพยากรสารสนเทศห้องสมุด	3.41	ดี	3.88	ดี
ด้านครุภัณฑ์	3.38	ปานกลาง	3.86	ดี
ด้านอาคารสถานที่	3.46	ดี	3.86	ดี
โดยภาพรวม	3.58	ดี	3.96	ดี

ความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ชั้นคลินิกจำแนกตามเพศ นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 5 เพศหญิง มีความพึงพอใจการใช้บริการห้องสมุดโดยรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 3.76 และรายด้านอยู่ในระดับดี ทุกด้าน เพศชาย มีความพึงพอใจการใช้บริการห้องสมุดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.37 ยกเว้นด้านบริการ ด้านบุคลากรอยู่ในระดับดี สำหรับนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6 ทั้งเพศชาย และเพศหญิง มีความพึงพอใจการใช้บริการห้องสมุดโดยรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 4.20 และ 3.88 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจการใช้บริการห้องสมุดของนิสิตแพทย์จำแนกตามเพศ โดยรวมรายด้าน

ความพึงพอใจการใช้บริการห้องสมุด	ความพึงพอใจ							
	ชั้นปีที่ 5				ชั้นปีที่ 6			
	ค่าเฉลี่ย	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ระดับ
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง			
ด้านบริการ	3.48	ดี	3.90	ดี	3.94	ดี	3.94	ดี
ด้านบุคลากร	3.79	ดี	4.11	ดี	4.40	ดีมาก	4.24	ดีมาก
ด้านทรัพยากรสารสนเทศห้องสมุด	3.25	ปานกลาง	3.55	ดี	4.10	ดี	3.79	ดี
ด้านครุภัณฑ์	3.05	ปานกลาง	3.66	ดี	4.29	ดีมาก	3.73	ดี
ด้านอาคารสถานที่	3.28	ปานกลาง	3.62	ดี	4.28	ดีมาก	3.72	ดี
โดยภาพรวม	3.37	ปานกลาง	3.76	ดี	4.20	ดี	3.88	ดี

### สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 5 และ 6 ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ความพึงพอใจโดยภาพรวมในการใช้บริการห้องสมุดของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 5 และ 6 อยู่ในระดับดีค่าเฉลี่ย 3.58 และ 3.96 ตามลำดับ ความพึงพอใจโดยภาพรวมของนิสิตแพทย์ในการใช้บริการห้องสมุดจำแนกตามเพศของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 5 เพศหญิงมีความพึงพอใจมากกว่าเพศชาย ค่าเฉลี่ย 3.76 และ 3.37 ตามลำดับ ความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6 จำแนกตามเพศพบว่าเพศชาย และเพศหญิงมีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีค่าเฉลี่ย 4.20 และ 3.88 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานไปใช้ในการพัฒนาผู้วิจัยได้รวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ที่ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการให้บริการห้องสมุดโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาที่สำคัญดังนี้

ด้านสถานที่เสนอแนะให้มีการขยายพื้นที่ให้บริการห้องสมุด และจัดสถานที่ให้เอื้อต่อการเรียนรู้ และเข้าใช้บริการ เช่นปรับเปลี่ยนโต๊ะ เก้าอี้ รวมทั้งสภาพแวดล้อม ภายในห้องสมุดให้เหมาะสม ด้านการจัดการทรัพยากรห้องสมุดเสนอแนะให้มีการจัดหาทรัพยากรห้องสมุดให้เพียงพอตรงตามความต้องการของผู้ใช้บริการทั้งทางด้านวิชาการ และด้านบันเทิง ในรูปแบบที่หลากหลาย ด้านบุคลากรเสนอแนะให้มีการขยายอัตรากำลังให้เหมาะสม และเพียงพอ เพื่อตอบสนองการให้บริการที่ดีขึ้น

**คำสำคัญ:** ความพึงพอใจ, นิสิตแพทย์, บริการห้องสมุด, โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

PPR-003

Unusual Chest Radiographic Findings in Mild Fat Embolism Syndrome:  
A Case Report

Thanyavi Chinsuwan<sup>1</sup>

Sornsupha Limchareon<sup>2</sup>

Burapha University Hospital, Chonburi

**Abstract**

A case of 19-year-old male with a femur fracture, complicated by mild fat embolism syndrome is presented. A chest radiographic findings of diffuse fine reticular opacity bilaterally is described. High resolution computed tomography of the chest showed diffuse, heterogeneous faint ground glass opacities and smooth interlobular septal thickening over both lungs. To our knowledge, predominantly interstitial pattern has not been described on the imaging findings of fat embolism syndrome.

**PPR-004**

## การศึกษาเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ระหว่างอุปกรณ์ฝึกเย็บแผลแบบเก่า และแบบใหม่

นายแพทย์วิทยา โชคชัยไพศาล<sup>1</sup>

นางรักชนก ประดิษฐ์<sup>2</sup>

นางกาญจนา ปัญญาดี<sup>3</sup>

นายธีรยุทธ หมั่นหลี่<sup>4</sup>

นางสาวพิมพ์ดี อินทรเจริญสุข<sup>5</sup>

นางสาวนันท์วันทน รอดสุวรรณ<sup>6</sup>

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

### บทนำและวัตถุประสงค์ :

รายวิชาศัลยศาสตร์หัตถการ 1 เป็นการเรียนการสอนที่เน้นภาคปฏิบัติ นิสิตแพทย์จะต้องฝึกเย็บแผลและผูกไหม ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง โดยฝึกเย็บแผลกับแบบจำลองการเย็บแผลและผูกไหม ซึ่งนิสิตต้องฝึกก่อนฝึกกับผู้ป่วยจริง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดกับผู้ป่วย เนื่องจากอุปกรณ์ฝึกเย็บแผลและผูกไหมแบบเก่าไม่คงทนและไม่เสมือนการเย็บแผลจริง จึงได้พัฒนานวัตกรรม : แบบจำลองฝึกเย็บแผลและผูกไหม ขึ้นมา จึงได้มีการศึกษาเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ระหว่างอุปกรณ์ฝึกเย็บแผลแบบเก่าและแบบใหม่ขึ้นมา

### วิธีการศึกษา :

รูปแบบการศึกษา (research design) เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research)

### การกำหนดตัวอย่าง

1. เป็นนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4 ที่เรียนรายวิชาศัลยศาสตร์ปฏิบัติหัตถการ 1
2. ยินยอมเข้าร่วมตลอดการศึกษา

### วิธีการคัดเลือก โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Judgmental sampling)

กลุ่มตัวอย่าง นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4 ที่เรียนรายวิชาศัลยศาสตร์ปฏิบัติหัตถการ 1 จำนวน 15 คน

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้ สถิติเชิงพรรณนาเกี่ยวกับข้อมูล ร้อยละของจำนวนนิสิตแพทย์

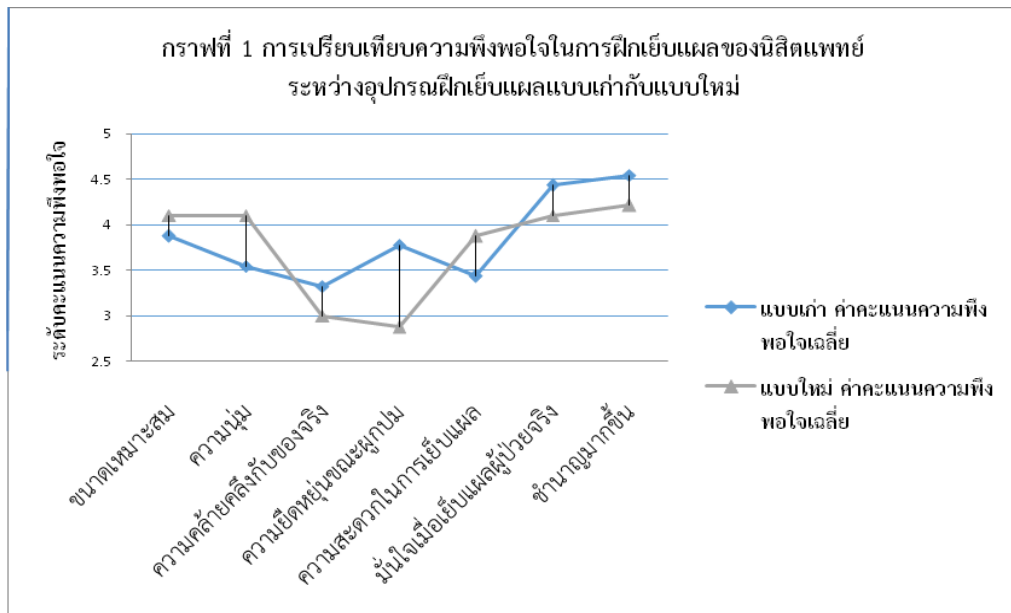
**ผลการศึกษา :**

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการฝึกเย็บแผลของนิสิตแพทย์ระหว่างอุปกรณ์เย็บแผลแบบเก่าและอุปกรณ์เย็บแผลแบบใหม่

จำนวน Stitch ที่เย็บได้ (stitch/ 3 นาที)	อุปกรณ์เย็บแผลแบบเก่า		อุปกรณ์เย็บแผลแบบใหม่	
	จำนวนนิสิตแพทย์ (คน)	ร้อยละ	จำนวนนิสิตแพทย์ (คน)	ร้อยละ
0	2	13.33	0	0
1	2	13.33	0	0
2	8	53.34	0	0
3	3	20	5	33.33
4	0	0	7	46.67
5	0	0	3	20

**ตารางที่ 2** ระดับความพึงพอใจต่ออุปกรณ์ฝึกเย็บแผลแบบเก่าและแบบใหม่

เนื้อหา	แบบเก่า		แบบใหม่	
	คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ	คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ
ความเหมาะสมของขนาด	3.88	มาก	4.11	มาก
ความนุ่มขณะใช้งาน	3.55	มาก	4.11	มาก
ความคล้ายคลึงกับของจริงขณะเย็บแผล	3.33	ปานกลาง	3.00	ปานกลาง
ความยืดหยุ่นขณะผูกปม	3.78	ดีมาก	2.88	ปานกลาง
ความสะดวกในการเย็บแผล	3.44	ปานกลาง	3.88	มาก
ความเหมาะสมของขนาดแผล	4.33	มาก	4.33	มาก
ทำให้เกิดความมั่นใจเมื่อไปเย็บแผล	4.44	มาก	4.11	มาก
ฝึเย็บในผู้ป่วยจริง				
ทำให้เกิดความชำนาญมากขึ้น	4.55	มาก	4.22	มาก
<b>รวม</b>	<b>3.91</b>	<b>มาก</b>	<b>3.83</b>	<b>มาก</b>



**สรุปและข้อเสนอแนะ :**

กลุ่มตัวอย่างนิสิตแพทย์ ชาย 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 หญิง 8 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 จากการศึกษาพบว่า นิสิตแพทย์เลือกอุปกรณ์ในการฝึกเย็บแผลแบบใหม่ (ร้อยละ 73) มากกว่าแบบเก่า (ร้อยละ 27) แต่เมื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจระหว่างอุปกรณ์ในการฝึกเย็บแผลแบบใหม่กับแบบเก่าพบว่า ระดับคะแนนความพึงพอใจในอุปกรณ์การฝึกเย็บแผลแบบเก่า (คะแนนเฉลี่ย 3.91 คะแนน) มากกว่าแบบใหม่ (คะแนนเฉลี่ย 3.83 คะแนน) ซึ่งในอนาคตจะมีการพัฒนาอุปกรณ์ในการฝึกเย็บแผลต่อไป ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้คือ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย และแบบประเมินไม่ได้มีการประเมินความตรงของเครื่องมือการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและ ประเมินความตรงของเครื่องมือ

**คำสำคัญ** อุปกรณ์ฝึกเย็บแผล

**KEYWORDS:** suture simulation



PPR-005

กระบวนทัศน์ของผู้สูงอายุและครอบครัว  
ในการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล  
Paradigm for Preparing the End-of-life in Ageing and family: Hospital based care

ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ (M.D.)<sup>1</sup>

ดร.เวธกา กลิ่นวิจิต (Ph.D.)<sup>1</sup>

ดร.พวงทอง อินใจ (Ph.D.)<sup>1</sup>

ดร.สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ (Ph.D.)<sup>2</sup>

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา<sup>1</sup>

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา<sup>2</sup>

### คำนำ

จากสถิติการสำรวจคนตายของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2444-2549 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) พบว่า

สาเหตุการตายตามกลุ่มโรคเป็นโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 51.4 รองลงมาคือ โรคชรา ร้อยละ 25.4 และพบว่า ตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็งสูงสุด โดยมีสัดส่วนใกล้เคียงกันประมาณร้อยละ 16.3 ส่วนการตายที่เกิดจากโรคติดต่อส่วนมากเกิดจากกลุ่มโรคติดต่อ ร้อยละ 7.8 และโรคทางเดินหายใจ ร้อยละ 5.1 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อัตราการตายของกลุ่มโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ มีอัตราอุบัติการณ์สูงเกือบจะอยู่ในอัตราส่วนครึ่งหนึ่งของการตายทั้งหมด และยังพบว่า มีการใช้บริการสาธารณสุขหรือการรักษาในระหว่าง 3 เดือนก่อนตาย ทั้งการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ถึงร้อยละ 39.1 (รักษาแบบผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 19.5 และรักษาแบบผู้ป่วยในอย่างเดียว ร้อยละ 17.9 ถึงแม้จะยังไม่มีการสำรวจอัตราการตายในโรงพยาบาลจากการตายทั้งหมด แต่สามารถคาดการณ์จากสถิติดังกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังใช้ชีวิตในช่วงของการตายในโรงพยาบาลในอัตราที่สูงเป็นสัดส่วนเกือบครึ่งหนึ่งของการตายทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนทัศน์เรื่องความตายและมิติแห่งสุขภาวะของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, 2546) ซึ่งพบว่า เมื่อเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วยและญาติมีวิถีชีวิตที่กำลังแพร่ขยายอยู่ในสังคมขณะนี้คือ “เมื่อเจ็บป่วยต้องไปโรงพยาบาล” ไม่ว่าจะเป็นครอบครัวที่มาจากชนชั้นใดหรือมีเศรษฐฐานะอย่างไรต่างก็ได้รับอิทธิพลจากวิถีคิดเช่นเดียวกันนี้ ดังนั้นแนวโน้มของการตายที่โรงพยาบาลจะมีเพิ่มขึ้น ซึ่งหมายความว่าช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยที่สิ้นหวังจะมีมากขึ้นด้วย จากจำนวนและสถิติดังกล่าวเป็นที่คาดหวังว่าการเตรียมความพร้อมของการเข้าสู่การตายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุน่าจะมีการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวางเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าว แต่จากกระบวนการรักษาพยาบาลพบว่ามีช่องว่างทางการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้รับการรักษาและญาติ อันเนื่องมาจากวิถีคิดที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้รับการรักษาและญาติเกิดภาวะขาดแคลนข้อมูลความรู้ในการดูแลรักษาเพราะองค์ความรู้ที่ตนเองมีเป็นคนละชุดกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกระบวนตัดสินใจในระหว่าง

การรักษาพยาบาลถือเป็นประสบการณ์ร่วมที่ทำให้เกิดความพอใจทั้งสองฝ่าย ซึ่งเท่ากับเป็นการเปิดพื้นที่ลดช่องว่าง และน่าจะเป็นแนวทางที่นำไปพัฒนาระบบต่อไปได้ นอกจากนี้ ความเชื่อทางศาสนาและพิธีกรรมความเป็นครอบครัวหรือชุมชน สถานภาพทางเศรษฐกิจ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่กระบวนการตัดสินใจในการจัดการกับความตายที่พึงปรารถนาและไม่ปรารถนาได้ การที่บุคคลทราบว่า ตนกำลังจะเสียชีวิต เป็นสถานการณ์ที่มนุษย์ปรับตัวได้ยากยิ่ง ซึ่งจะมากหรือน้อยมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย สังคม จิตใจและจิตวิญญาณ ขณะเดียวกัน ความรู้สึกเช่นนี้ก็เกิดขึ้นกับญาติและผู้ดูแล รวมทั้งแพทย์พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะปัจจุบันในยุคที่มี เทคโนโลยีทางการแพทย์ก้าวหน้า มีเครื่องมือ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่สามารถดูแลผู้ป่วยและพยายามยืดชีวิตออกไปให้นานที่สุด ไม่ว่าจะด้วยค่าใช้จ่ายที่สูงเพียงใด และผู้ป่วยจะมีชีวิตด้วยคุณภาพชีวิตเช่นใด ทั้งนี้ด้วยเจตนาที่ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งญาติก็พยายามขอร้องให้แพทย์รักษาอย่างสุดความสามารถ ทั้งที่บางครั้งผู้ป่วยเองไม่มีโอกาสที่จะเรียกร้องหรือตัดสินใจในการยืดชีวิตชั่วระยะเวลาหนึ่ง จนเกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างการตายอย่างมีศักดิ์ศรี (Dying with dignity) กับการต่อสู้เพื่อยืดชีวิต (Fighting of life) ปัญหาต่างๆเหล่านี้ ล้วนเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย รวมทั้งความไม่เข้าใจในด้านสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณของมนุษย์ ดังนั้นการตายซึ่งเป็นสภาวะธรรมชาติที่เกิดขึ้นได้กลายเป็นเรื่องใหญ่ เนื่องจากมิใช่เป็นประเด็นทางการแพทย์หรือทางกฎหมายเท่านั้น แต่เป็นประเด็นทางด้านจิตใจ คุณธรรม จริยธรรม และสังคม ซึ่งเป็นเรื่องทีละเอียดอ่อนที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องเรียนรู้และเข้าใจ รวมทั้งตระหนักในสิทธิมนุษยชนของบุคคลในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่การตายโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในบริบทที่บุคลากรทางการแพทย์มีส่วนเกี่ยวข้องมากในการให้บริการในสถานพยาบาล คณะผู้วิจัยจึงได้ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบในบริบทของการให้การดูแลในสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกันโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบดังกล่าว โดยศึกษากระบวนการทัศนคติของผู้สูงอายุและญาติหรือผู้ดูแล รวมทั้งศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษากระบวนการทัศนคติของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ในสถานพยาบาลภาคตะวันออก

### วิธีการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ได้ดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เป็นการศึกษาความคิดเห็นของผู้สูงอายุและครอบครัว เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ กรณีที่เลือกสถานที่ตายในโรงพยาบาล โดยใช้

กรอบแนวคิดเรื่อง ความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยคณะผู้วิจัยใช้กรอบทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของจัน วัตสัน (Watson, 1996: 154-5) โดยนำปัจจัยการดูแล 10 ประการของทฤษฎีนี้มาเป็นฐานในการสร้างเครื่องมือ สํารวจความต้องการการดูแลแบบเอื้ออาทรของผู้ป่วยและญาติ ในผู้ป่วยสูงอายุ ดังนี้ 1) เสริมสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 2) ส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความเชื่อและความหวัง 3) ความไวต่อความรู้สึกและประสบการณ์ความรู้สึกของตนเองและผู้ป่วย 4) ส่งเสริมสัมพันธภาพ การเอื้ออาทร และความไว้วางใจต่อกัน 5) สนับสนุนและยอมรับการแสดงความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบ 6) แก้ไขปัญหารายบุคคลอย่างสร้างสรรค์บนพื้นฐานกระบวนการเอื้ออาทร 7) ส่งเสริมการเรียนรู้แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแล 8) สนับสนุน ป้องกันและแก้ไขสภาวะด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 9) ตอบสนองความต้องการจำเป็นพื้นฐานโดยดำรงไว้ซึ่งคุณค่าศักดิ์ศรีของบุคคล 10) เปิดโอกาสให้บุคคลมีประสบการณ์การบำบัดเยียวยาเอื้ออาทรต่อจิตวิญญาณตนเอง แล้วนำมาประยุกต์กับแบบประเมินความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายที่บ้าน ของ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ (2555) เป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามกระบวนการของ ผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

#### ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น ได้แก่ คุณลักษณะของผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัว

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ

- 1) การเสริมสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- 2) การส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความเชื่อและความหวัง
- 3) ความไวต่อความรู้สึกและประสบการณ์ความรู้สึกของตนเองและผู้ป่วย
- 4) การส่งเสริมสัมพันธภาพ การเอื้ออาทร และความไว้วางใจต่อกัน
- 5) การสนับสนุนและยอมรับการแสดงความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบ
- 6) การแก้ไขปัญหารายบุคคลอย่างสร้างสรรค์บนพื้นฐานกระบวนการเอื้ออาทร
- 7) การส่งเสริมการเรียนรู้แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแล
- 8) การสนับสนุน ป้องกันและแก้ไขสภาวะด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
- 9) การตอบสนองความต้องการจำเป็นพื้นฐานโดยดำรงไว้ซึ่งคุณค่าศักดิ์ศรีของบุคคล
- 10) การเปิดโอกาสให้บุคคลมีประสบการณ์การบำบัดเยียวยาเอื้ออาทรต่อจิตวิญญาณตนเอง

#### ผลการวิจัย

##### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.62 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 23.38 อายุเฉลี่ย 71.52 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 57.14 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 23.38 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 19.48 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 89.61 รองลงมานับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 10.96 ส่วนใหญ่แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 62.34 เป็นโสด ร้อยละ 19.48 มีรายได้ขบครอบครัวเฉลี่ย 25,333.33 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการบำนาญ ร้อย

ละ 46.75 รองลงมาคือชาวไร่/ชาวนา ร้อยละ 27.27 เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 14.29 ค้าขาย ร้อยละ 7.79 และลูกจ้าง ร้อยละ 3.90 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.62 และไม่มีโรคประจำตัวอยู่ที่ร้อยละ 23.88 ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุทั้งหมด

2. กลุ่มครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.30 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 12.70 อายุเฉลี่ย 45.50 ปี ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตร/ธิดา ร้อยละ 56.03 รองลงมาเป็นหลาน ร้อยละ 18.57 เป็นญาติ ร้อยละ 16.94 เป็นสามีภรรยา ร้อยละ 6.318 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 43.65 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 37.46 และสูงกว่าระดับปริญญา ร้อยละ 18.89 ตามลำดับ ศาสนาที่นับถือส่วนใหญ่คือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.81 รองลงมาคือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 6.19 สถานภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโสด ร้อยละ 43.00 รองลงมาคือ แต่งงาน/คู่ ร้อยละ 38.11 และหย่า/แยก/ร้าง ร้อยละ 18.89 มีรายได้เฉลี่ย 23,583.33 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการ ร้อยละ 25.08 รองลงมาคือพนักงานรัฐ/บริษัท/เอกชน ร้อยละ 17.92 ชาวไร่/ชาวนา ร้อยละ 13.68 รับจ้าง ร้อยละ 12.38 แม่บ้าน ร้อยละ 10.42 และนักศึกษา ร้อยละ 1.30

### ผลการวิเคราะห์ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

1. ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลในภาพรวม อยู่ในระดับ มาก ( $\bar{X} = 3.61$ ,  $SD = 0.72$ ) โดยมีรายการที่ผู้สูงอายุต้องการในระดับมากที่สุด เรียงตามลำดับ จากมากไปหาน้อย 3 ลำดับ ดังต่อไปนี้ ลำดับที่ 1 ผู้สูงอายุต้องการให้ครอบครัวยอมรับสภาพความเจ็บปวดของท่านและไม่โศกเศร้าเสียใจหากท่านจากไป ( $\bar{X} = 4.55$ ,  $SD = 0.75$ ) ลำดับที่ 2 ผู้สูงอายุต้องการให้อภัยผู้อื่นทุก ๆ คน ที่เคยล่วงเกิน และขอบคุณคนที่มิบุญคุณ ( $\bar{X} = 4.50$ ,  $SD = 1.10$ ) ลำดับที่ 3 ผู้สูงอายุต้องการจากไปอย่างสงบ ท่ามกลางคนใกล้ชิด คนที่รัก ลูก ๆ หลาน ๆ ( $\bar{X} = 4.45$ ,  $SD = 1.14$ )

2. ความต้องการการดูแลของครอบครัวเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ในภาพรวมอยู่ในระดับ มาก ( $\bar{X} = 3.79$ ,  $SD = 0.46$ ) โดยมีรายการที่ครอบครัวผู้สูงอายุต้องการในระดับมากที่สุด เรียงตามลำดับ จากมากไปหาน้อย 3 ลำดับ ดังต่อไปนี้ ลำดับที่ 1 ครอบครัวผู้สูงอายุต้องการให้มีการเผ่าระวาง สังเกตอาการผิดปกติของร่างกายผู้สูงอายุให้อย่างต่อเนื่อง ( $\bar{X} = 4.69$ ,  $SD = 0.47$ ) ลำดับที่ 2 ครอบครัวผู้สูงอายุต้องการให้มีการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันแผลกดทับ เช่น พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ใช้ที่นอนลม ( $\bar{X} = 4.63$ ,  $SD = 0.61$ ) ลำดับที่ 3 ครอบครัวผู้สูงอายุต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ ( $\bar{X} = 4.62$ ,  $SD = 0.61$ )

### ผลการวิเคราะห์ความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว

ความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว พบว่า ในภาพรวม ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว มีความต้องการการดูแลในระดับมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว จำแนกรายด้าน

รายการ	ผู้สูงอายุ		ระดับ	สมาชิกในครอบครัว		ระดับ
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$		
1. การเสริมสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	3.81	0.81	มาก	3.19	0.89	ปานกลาง
2. การส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความเชื่อและความหวัง	3.45	1.09	ปานกลาง	3.16	0.84	ปานกลาง
3. ความไวต่อความรู้สึกและประสบการณ์ความรู้สึกของตนเองและผู้ป่วย	3.63	1.08	มาก	4.29	0.62	มาก
4. การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพ การเอื้ออาทรและความไว้วางใจต่อกัน	3.35	1.33	ปานกลาง	3.78	0.75	มาก
5. การสนับสนุนและยอมรับการแสดงความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบ	3.58	0.84	มาก	3.98	0.59	มาก
6. การแก้ไขปัญหาหยาบคายบุคคลอย่างสร้างสรรค์บนพื้นฐานกระบวนการเอื้ออาทร	3.73	0.98	มาก	4.30	0.47	มาก
7. การส่งเสริมการเรียนรู้แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแล	3.14	1.06	ปานกลาง	3.22	0.74	ปานกลาง
8. การสนับสนุน ป้องกันและแก้ไขสภาวะ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ	3.32	1.12	ปานกลาง	3.65	0.61	มาก
9. การตอบสนองความต้องการจำเป็นพื้นฐานโดยดำรงไว้ซึ่งคุณค่าศักดิ์ศรีของบุคคล	3.68	1.15	มาก	4.41	0.56	มาก
10. การเปิดโอกาสให้บุคคลมีประสบการณ์การบำบัดเยียวยาเอื้ออาทรต่อจิตวิญญาณตนเอง	3.94	0.69	มาก	4.50	0.89	มากที่สุด
<b>รวม</b>	<b>3.56</b>	<b>1.02</b>	<b>มาก</b>	<b>3.85</b>	<b>0.69</b>	<b>มาก</b>

**ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างกับความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล**

1. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 คือ ระดับการศึกษา ( $r = 0.65, p = 0.002$ ) และ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 คือ เพศ ( $r = 0.49, p = 0.028$ ) และโรคประจำตัว ( $r = -0.50, p = 0.019$ )

2. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 คือ ศาสนา ( $r = -0.66, p = 0.005$ ) และ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 คือ อายุ ( $r = -0.52, p = 0.038$ ) เพศ ( $r = -0.57, p = 0.019$ ) ระดับการศึกษา ( $r = 0.50, p = 0.048$ ) รายได้ ( $r = -0.62, p = 0.028$ ) และอาชีพ ( $r = -0.59, p = 0.015$ )

## ผลสรุปการสัมภาษณ์เชิงลึก

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและครอบครัวที่มารับบริการในโรงพยาบาล

กระบวนการ	ผู้สูงอายุ	สมาชิกในครอบครัว
การรับรู้เกี่ยวกับการตาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความตาย เป็นเรื่องธรรมชาติที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ไม่มีใครหลีกเลี่ยงพ้น</li> <li>2. ความตาย คือการจากไป พ้นทุกข์ ไปสบายแล้วหมดเวรหมดกรรม</li> <li>3. ความตาย คือ การสิ้นอายุขัย</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติเราทุกคนต้องตาย</li> <li>2. ความตาย เป็นเรื่องจริง เป็นสิ่งแน่นอนที่ต้องยอมรับและสามารถเผชิญและผ่านไปให้ได้</li> <li>3. ความตาย คือ ความสูญเสียและความโศกเศร้า</li> </ol>
ทัศนคติต่อการตายอย่างสงบ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตายโดยไม่เจ็บปวด ทุกข์ทรมานเป็นการตายอย่างสงบ</li> <li>2. ตายโดยได้จัดการสิ่งต่าง ๆ ที่อยากทำได้สำเร็จลงแล้ว</li> <li>3. ตายโดยแวดล้อมด้วยผู้เป็นที่รัก ไม่ได้ถูกทอดทิ้งอย่างโดดเดี่ยวเดียวดาย</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เป็นการตายที่ไม่เจ็บปวด ทุกข์ทรมาน</li> <li>2. เป็นการตายที่ไม่ได้สร้างภาระให้กับผู้อื่นและครอบครัว</li> <li>3. เป็นการตายที่รู้ตัวก่อนและมีโอกาสได้สั่งเสีย ล่าลา และยอมรับได้ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว</li> </ol>
ทัศนคติต่อการตายที่โรงพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ได้รับการช่วยเหลืออย่างดีที่สุดแล้วจากแพทย์พยาบาลเพื่อให้มีชีวิตรอด</li> <li>2. ญาติและครอบครัวจะได้รับการช่วยเหลือดูแลหลังที่ตนเสียชีวิตแล้วจากแพทย์ พยาบาลที่เป็นผู้ที่มีความรู้ มีจรรยาบรรณวิชาชีพ</li> <li>3. สภาพของผู้เสียชีวิตได้รับการปกป้องดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ควรมีการจัดสถานที่เฉพาะ มีความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้ป่วยที่จะเสียชีวิตให้มีโอกาสที่ญาติและครอบครัวจะได้รู้ล้าเป็นครั้งสุดท้ายอย่างสมเกียรติและมีความเหมาะสม</li> <li>2. ควรมีการฝึกอบรมการใช้คำพูดและกิริยาที่แสดงความเคารพและให้เกียรติแก่ผู้เสียชีวิตและครอบครัว</li> </ol>

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและครอบครัวที่มารับบริการในโรงพยาบาล

กระบวนการ	ผู้สูงอายุ	สมาชิกในครอบครัว
ประสบการณ์จากการสูญเสียญาติหรือคนรู้จักที่โรงพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เรื่องการเงินของผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตหรือเสียชีวิตในช่วงที่มีความโศกเศร้า ควรมีการจัดการที่เหมาะสม เช่น การผ่อนผัน หรือการชะลอการเรียกเก็บเงินในทันทีที่มีผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล</li> <li>2. ไม่มีสถานที่ในการจัดเก็บศพของผู้เสียชีวิต บางครั้งอยู่บนรถเข็นนาน</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. แพทย์ควรแจ้งพยากรณ์ของโรคและสื่อสารถ่ายทอดให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้อย่างเข้าใจเพื่อสามารถเตรียมการได้อย่างมีสติก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือใกล้เสียชีวิต</li> <li>1. ไม่มีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเข้ามาดูแลจัดการด้านอารมณ์และรับรู้รับฟังญาติและครอบครัวเมื่อผู้ป่วยชีวิตในโรงพยาบาล</li> <li>2. ไม่มีการติดตามไปดูแลญาติและครอบครัวที่บ้านหรือช่วยจัดการเกี่ยวกับงานหรือพิธีศพ</li> <li>3. ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการ</li> </ol>

	3.ไม่มีสถานที่ดูแลญาติและคนในครอบครัวที่เศร้าเสียใจ เช่น ครัวมีห้อง หรือมีเก้าอี้รับรอง	เคลื่อนย้ายศพค่อนข้างสูง
<b>แนวทางการสร้างความไว้วางใจต่อผู้สูงอายุและครอบครัว</b>	<p>1.กิริยา มารยาท การพูดจา เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความไว้วางใจ</p> <p>2.การเอาใจเขามาใส่ใจเรา เปิดใจรับฟังและเห็นอกเห็นใจเพื่อมนุษย์จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้และสัมผัสได้</p> <p>3.ควรเพิ่มความใกล้ชิดและเห็นอกเห็นใจ ให้ความยืดหยุ่นแก่ญาติและผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยให้ความดูแลอย่างเอื้ออาทร และผ่อนคลายภาวะเครียดบ้าง</p>	<p>1.ความอดทน ยอมรับสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติเกิดความเครียด วิตกกังวลและเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยและญาติให้ความไว้วางใจ</p> <p>2.ความเป็นผู้มีความรู้ ทักษะและความสามารถในการช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ</p> <p>3.ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ ความเชื่อ หรือ การศึกษาพิธีทางศาสนา ต่าง ๆ จะทำให้เข้าใจผู้ป่วยและญาติมากขึ้น</p>

### สรุปและวิจารณ์

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. ความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุ ในระดับมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับจิตใจและและเสริมสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น การต้องการให้ครอบครัวยอมรับการตายของตนไม่เศร้าเสียใจมาก การต้องการให้อภัยและขอบคุณผู้คน การขอจากไปโดยแวดล้อมท่ามกลางคนที่ตนรัก และลูกหลาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ(2545) ได้ทำการศึกษา กระบวนทัศน์เรื่องความตายและมิติแห่งสุขภาวะ ในกระบวนทัศน์ที่ 3 ซึ่งเป็นกระบวนทัศน์แบบองค์รวม ซึ่งมองเห็นว่าทัศนคติต่อความตายก็คือทัศนคติต่อชีวิต และเน้นประเด็นจิตวิญญาณต่างๆ เช่น ความรัก ความเมตตา การตายอย่างมีสติ และความสงบในจิตใจ ว่าเป็นจุดสำคัญที่สุดในการจัดการกับความตาย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สร้างสรรค์ คงเนียร (2555) ที่ทำการศึกษาวิเคราะห์ กระบวนการเตรียมตัวตายในพระพุทธศาสนา กรณีศึกษา หนังสือการ์ตูนญี่ปุ่นเรื่อง "อิคิงามิ สาสน์สั่งตาย" ที่พบว่ามีวิธี และผลที่ได้รับ คือ 1) หากมีการยอมรับความตาย ด้วยการมีสติระลึกถึงความตาย จะส่งผลให้เป็นผู้ใช้ชีวิตอย่างไม่ประมาท ด้วยการเร่งบำเพ็ญประโยชน์ที่สมควรจะทำ อย่างไม่เกรงกลัวความตาย 2) หากลดละความยึดมั่นถือมั่นจากความโลภ ความโกรธ และความหลง ส่งผลให้เกิดสัมมาทิฐิ มองเห็นหนทางแห่งการดับทุกข์ 3) หากมีความประพฤติทางกาย วาจา ใจที่สุจริต มุ่งมั่นในการทำความดีด้วยความเมตตา ส่งผลให้เป็นผู้มีสติ และมีจิตที่สงบ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ นฤมล บุญเลิศ และคณะ(2551) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของครอบครัว มีทั้งการดูแลด้าน ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ รวมทั้งมีการนำหลักศาสนามาใช้ เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยผ่านวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมาน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง ในเรื่องด้านการทำงานและด้านเศรษฐกิจ และความต้องการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นอยู่กับบริบท ทางวัฒนธรรม ความเชื่อ ความศรัทธา และหลักศาสนา

2. ความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลของครอบครัวผู้สูงอายุ ในระดับมากที่สุด ส่วนใหญ่ เป็นเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย การป้องกันและแก้ปัญหา รายบุคคลแก่ผู้สูงอายุรวมทั้งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ อูโรพร พงศ์พัฒนามุข (2532) ที่ทำการศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยระยะใกล้ตาย โรงพยาบาลแพร่ พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการ 6 ด้าน คือ 1) ความต้องการลดความวิตกกังวล 2) ความต้องการข้อมูล 3) ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย 4) ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย 5) ความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก และ 6) ความต้องการส่วนบุคคล นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ธิติมา วาหนิยเวช (2540) ที่ทำการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤติ ในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ สุนิศา สุขตระกูล(2544) ที่ทำการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทั้งศัลยกรรมและอายุรกรรมที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย เรียงลำดับความต้องการได้ดังนี้ 1) ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร 2) ความต้องการอยู่กับผู้ป่วย 3) ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย 4) ความต้องการด้านการสนับสนุนช่วยเหลือและ 5) ความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล

3. ทักษะต่อการตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุและครอบครัว มีทักษะในเชิงบวก โดยเชื่อมั่นได้ว่าการตายนี้ได้รับการช่วยเหลืออย่างดีที่สุดแล้วจากแพทย์พยาบาลเพื่อให้มีชีวิตรอด โดยญาติและครอบครัวจะได้รับการช่วยเหลือดูแลหลังที่ตนเสียชีวิตแล้วจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้มีความรู้ มีจรรยาบรรณวิชาชีพ สภาพของผู้เสียชีวิตจะได้รับการปกป้องดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และต้องการให้เพิ่มความใกล้ชิด เห็นอกเห็นใจ ให้ความยืดหยุ่นแก่ญาติและผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยให้ความดูแลอย่างเอื้ออาทร และผ่อนปรนกฎระเบียบลงบ้าง ควรมีการจัดสถานที่เฉพาะ มีความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้ป่วยที่จะเสียชีวิตให้ญาติและครอบครัวมีโอกาสได้ล่ำลาเป็นครั้งสุดท้ายอย่างสมเกียรติและมีความเหมาะสม ควรมีการฝึกอบรมการใช้คำพูดและกิริยาที่แสดงความเคารพและให้เกียรติแก่ผู้เสียชีวิตและครอบครัว แพทย์ควรแจ้งพยากรณ์ของโรคและสื่อสาร ถ่ายทอดให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้อย่างเข้าใจเพื่อสามารถเตรียมการได้อย่างมีสติก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือใกล้เสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ นฤมล

บุญเลิศ และคณะ(2551) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ความต้องการของครอบครัว คือ ต้องการบรรเทาอาการ ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยที่มีสภาพร่างกายครบสมบูรณ์ ต้องการเลือกสถานที่ตายได้ โดยการเลือกเสียชีวิตในโรงพยาบาล เนื่องจากเกิดความสบายใจที่ได้อยู่ใกล้ชิด แพทย์ พยาบาล สามารถ ขอความช่วยเหลือเรื่องการรักษาพยาบาลได้ หรือหากเลือกเสียชีวิตที่บ้าน เพื่อดูแลผู้ป่วยได้สะดวก ญาติเยี่ยมได้ไม่จำกัดจำนวน รวมทั้งได้ปฏิบัติตามหลักศาสนา ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลที่บ้าน และหากเสียชีวิตที่โรงพยาบาลจะต้องการสถานที่เป็นส่วนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการ



ศึกษาวิจัยของ เคลียนเพล และพาวเวอร์ส (Kleinpell & Powers, 1992) ที่ ศึกษาสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์ พบว่า ความต้องการที่สำคัญที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยต้องการ 5 อันดับแรก คือ การตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมา การโทรศัพท์บอกเมื่อ ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง บอกเหตุผลของการรักษาพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย บอกการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยและบอกเกี่ยวกับแผนการรักษาที่จะให้กับผู้ป่วยต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ มอลเตอร์ ( Molter, 1979) ที่สำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต พบว่า ความต้องการที่สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญมาก 10 อันดับแรก คือ 1) ต้องการมีความหวัง 2) ต้องการให้เจ้าหน้าที่สนใจดูแลผู้ป่วย 3) ต้องการมีที่พักเยี่ยมใกล้หออผู้ป่วย 4) ต้องการได้รับแจ้งทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 5) ต้องการทราบการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย 6) ต้องการการตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริง 7) ต้องการข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย 8) ต้องการได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างน้อยวันละครั้ง 9) ต้องการได้รับคำอธิบายด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย และ 10) ต้องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยๆ

4. ทักษะต่อการตายอย่างสงบของผู้สูงอายุและครอบครัว พบว่า มีการให้ความหมายที่เหมือนกันเกี่ยวกับ การตายโดยไม่เจ็บปวด ทุกข์ทรมานเป็นการตายอย่างสงบ แต่ในทัศนะของผู้สูงอายุให้ความสำคัญด้านจิตใจและจิตวิญญาณมากกว่า โดยเห็นได้จาก การได้ให้อภัยได้ขอบคุณและขอให้ได้จัดการสิ่งต่าง ๆ ที่อยากทำได้สำเร็จก่อนจึงจะเรียกได้ว่าตายอย่างสงบ รวมทั้งเป็นการตายที่แวดล้อมด้วยผู้เป็นที่รัก ไม่ได้ถูกทอดทิ้งอย่างโดดเดี่ยวเดียวตาย แต่ในทัศนะของครอบครัว มีทัศนะเพิ่มเติมในส่วนของเศรษฐกิจ และสังคมเพื่อให้สามารถเตรียมความพร้อมได้ดีขึ้นก่อนจะตาย เช่น การไม่เป็นภาระกับผู้อื่นและครอบครัว การมีโอกาสได้สั่งเสีย ล้ำลาและโอกาสในการสร้างการยอมรับต่อการตายได้ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของดราคูป และบรู (Dracup & Breu, 1978) การศึกษาความต้องการในคู่สมรสที่มีภาวะเศร้าโศกจากการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคหัวใจที่มีอาการรุนแรงจนอาจตายได้ พบว่า มีความต้องการ 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล เป็นความต้องการที่จะได้พูดคุยกับผู้อื่นเกี่ยวกับความรู้สึกและความกลัวต่างๆ ได้พูดคุยกับพยาบาลที่มีความคุ้นเคย มีสถานที่ที่เป็นส่วนตัวขณะพูดคุยและระบายความรู้สึก มีผู้แนะนำวิธีการลดความวิตกกังวล และได้รับอนุญาตให้ทำพิธีกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยได้ตามความเชื่อ 2) ด้านความต้องการข้อมูลข่าวสาร เป็นการได้รับคำอธิบาย ชี้แจงและแนะนำจากผู้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจชัดเจน ถูกต้องและตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและเหตุผล การให้บริการต่าง ๆ และกฎระเบียบของหอผู้ป่วยหนักและโรงพยาบาล 3) ด้านความต้องการอยู่กับผู้ป่วย เป็นความต้องการที่จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ได้เข้าเยี่ยมดูอาการของผู้ป่วยใกล้ ๆ แม้ในช่วงสุดท้ายของชีวิตหรือได้รออยู่ในที่พักรอเยี่ยมที่ใกล้หออผู้ป่วยมากที่สุด 4) ด้านความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นการมีส่วนร่วมในการดูแลความสุขสบายและบรรเทาทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ได้พูดคุยเพื่อปลอบใจและให้กำลังใจผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการและการรักษาที่ให้อยู่ และเป็นแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย และ 5) ด้านความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ เป็นความต้องการเพื่อตนเอง ได้แก่ การได้รับความดูแลเอาใจใส่

เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ความสะดวกสบาย การมีคนคอยให้กำลังใจคอยอยู่เป็นเพื่อนใกล้ ๆ เมื่อต้องการความช่วยเหลือ ช่วยแบ่งเบาปัญหาและภาระงานต่างๆ และมีแหล่งให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและอื่นๆ

## สรุป

การพัฒนาระบบและกลไกการส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง จากการศึกษากระบวนการทัศน์ของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวครั้งนี้ พบว่า แนวทางการสร้างความไว้วางใจต่อผู้สูงอายุ ในระยะสุดท้าย คือ 1) การแสดงกิริยา มารยาท การพูดจา เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความไว้วางใจ 2) การเอาใจเขามาใส่ใจเรา เปิดใจรับฟังและเห็นอกเห็นใจเพื่อมนุษย์จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้และสัมผัสได้ และ 3) การให้ความยืดหยุ่นแก่ญาติและผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยให้ความดูแลอย่างเอื้ออาทร และผ่อนปรนกฎระเบียบบ้าง และแนวทางการสร้างความไว้วางใจต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ ในระยะสุดท้าย คือ 1) ความอดทนยอมรับสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติเกิดความเครียด วิดกกังวลและเป็นທີ່ปรึกษา ให้คำแนะนำที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยและญาติให้ความไว้วางใจ 2) ความเป็นผู้มีความรู้ ทักษะและความสามารถในการช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ และ 3) ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ ความเชื่อ หรือการศึกษาพิธีทางศาสนา ต่าง ๆ จะทำให้เข้าใจผู้ป่วยและญาติมากขึ้น ผลจากการศึกษากระบวนการทัศน์ของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวในการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล นี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบ พัฒนาเป็นบทเรียนและสื่อสารด้วยภาษาที่ง่าย ๆ เป็นคู่มือการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลไว้ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวศึกษาและเรียนรู้ รวมทั้งการศึกษาในเชิงลึกตามบริบทของการเกิดโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและมีอัตราการตายสูงในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ(วช.) ที่สนับสนุนทุนการวิจัย ซึ่งได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาผู้สูงอายุ ให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่า และสามารถเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย และปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลงเป็นพลังในการพัฒนาสังคมและความเข้มแข็งของท้องถิ่นต่อไป ขอขอบคุณผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นกลุ่มตัวอย่าง และ ขอขอบคุณศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ศาสตร์ เสาวคันธ์ ที่เป็นที่ปรึกษาและให้คำปรึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้

## เอกสารอ้างอิง

- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. (2545). *กระบวนการทัศน์เรื่องความตายและมิติแห่งสุขภาพวะ*. เอกสารประกอบ  
ในเวทีกระบวนการทัศน์สุขภาพ 1 : ชีวิตความตายและจิตวิญญาณ วันที่ 5 สิงหาคม 2545 ในงานการ  
ประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข "ร่วมสร้างสุขภาพสังคม สู้สังคมแห่ง  
สันติภาพ" วันที่ 5-7 สิงหาคม 2545 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค กรุงเทพฯ.
- ธิติมา วทานิชเวช (2540) *ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและ ของ  
พยาบาล*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- นฤมล บุญเลิศ และคณะ. (2551). *ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ.สถาบันวิจัยระบบ  
สาธารณสุข.
- สร้างสรรค์ คงเนียร. (2555). *ศึกษาวิเคราะห์กระบวนการเตรียมตัวตายในพระพุทธศาสนา กรณีศึกษา  
หนังสือการ์ตูนญี่ปุ่นเรื่อง "อิคิงามิ สาส์นสั่งตาย"*. บัณฑิตวิทยาลัย ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพุทธศาสตร์และศิลปะแห่งชีวิต. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2557). *ความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์  
คนชรา*. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 34(1). มกราคม -เมษายน. หน้า 71-87.
- สุนิศา สุขตระกูล.(2544) . *ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัว  
ผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย*. บัณฑิตวิทยาลัย ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต และ  
การพยาบาลจิตเวช.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *สรุปสำหรับผู้บริหารการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.  
2552*. กรุงเทพมหานคร.
- \_\_\_\_\_. (2553). *รายงานสถิติรายปีประเทศไทย พ.ศ.2553 (ฉบับพิเศษ)*. กรุงเทพมหานคร.
- อุไรพร พงศ์พัฒน์วุฒิ. (2532). *ความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต* . กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Best, John W. (1981). *Research in Education*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Breu C., Dracup K. (1978). Helping the spouses of critically ill patients. *Am J Nurs* 78:50-53.
- Kleinpell RM & Powers MJ. (1992). Needs of family members of intensive care unit patients.  
*Appl Nur Res*.  
5(1): 2-8.
- Molter N.(1979). Needs of relative of critically ill patients: a descriptive study. *Heart & Lung*.  
8: 332-339.

PPR-006

การพัฒนาสารสนเทศด้านระบบบริการสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ  
Health service and Health behaviors Information for Aging

ดร.เวธกา กลิ่นวิชิต (Ph.D.)<sup>1</sup>รศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย<sup>2</sup>คณิงนิจ อูสิมาศ<sup>1</sup>คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา<sup>1</sup>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความต้องการและพัฒนาฐานข้อมูลสารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาความต้องการของผู้ใช้งานระบบ 2) การออกแบบระบบ 3) การพัฒนาระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ และ 4) การนำเสนอและทดลองใช้งานระบบ ในขั้นตอนที่ 1 ใช้เทคนิคเดลฟาย ประชากร เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุและระบบสารสนเทศ กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 28 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ใช้ค่าสถิติ ค่ามัธยฐาน ฐานนิยม และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อคัดเลือกหัวข้อความต้องการใช้ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่จะนำไปพัฒนาระบบโปรแกรมฐานข้อมูลในขั้นตอนการออกแบบและพัฒนาต่อไป ในขั้นตอนสุดท้าย คือ การทดลองใช้ระบบ ได้ตรวจสอบประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศก่อนการนำไปใช้จริง โดยผู้เชี่ยวชาญทดสอบระบบฐานข้อมูล จำนวน 7 คน ทำการทดสอบ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความสามารถในการทำงานของโปรแกรม 2) ด้านความถูกต้องในการทำงานของโปรแกรม 3) ด้านความสะดวกและง่ายต่อการใช้งานโปรแกรม 4) ด้านความเร็วในการทำงานของโปรแกรม และ 5) ด้านการรักษาความปลอดภัยของโปรแกรม เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษวิจัย พบว่า ความต้องการใช้ข้อมูลสารสนเทศตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และ ด้านสถานการณ์สุขภาพ สารสนเทศด้านระบบบริการสุขภาพ มีสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 4 รายการ คือ 1) ประเภทของบริการสุขภาพที่มีอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2) ข้อมูลระบบบริการสุขภาพ 3) ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล 4) การเข้าถึงข้อมูลของระบบบริการสุขภาพ 3 กองทุน สารสนเทศด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 3 รายการ คือ 1) ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ 2) พฤติกรรมสุขภาพ 3) ศักยภาพในการดูแลสุขภาพ สารสนเทศด้านสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุ มีสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 4 รายการ คือ 1) โรคเฉียบพลัน/โรคอุบัติใหม่ 2) โรคเรื้อรัง 3) สุขภาพจิตในผู้สูงอายุ 4) ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ และผลการทดสอบประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศด้าน

สุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิค พบว่า ในภาพรวมระบบโปรแกรมฐานข้อมูล สามารถทำงานได้ดีในระดับมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ : สารสนเทศด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำไปใช้ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและช่วยแก้ปัญหาทางสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความรู้ที่ทันสมัย นำความรู้ไปพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น

**คำสำคัญ :** ผู้สูงอายุ สารสนเทศ สารสนเทศด้านสุขภาพ ภาคตะวันออก

### Abstract

The purpose of this research was to develop health information for the elderly in the eastern region of THAILAND by using 4 steps ; 1) Need of user 2) System program design 3) Develop health information system for the elderly 4) Pilot and evaluate. At first step, This study design by using Delphi technique. Population consisted of 28 persons from purposive selection; 5 hospital administrators, 5 care givers, 5 elders, 5 family members of the elderly, 5 instructors of informatics technology and 3 computer workers. Instrument was questionnaire for asking samples 3 times with validity and reliability ( $r = 0.88$ ) and accreditation by Burapha university ethics committee. Statistics employed were median, mode and interquartile range for selecting topics and content to develop program. Phase of trial program to evaluate the effectiveness in 5 domains such as 1) Functional Requirement Test 2) Functional Test 3) Usability Test 4) Performance Test and 5) Security Test. Tool was questionnaire with validity and reliability ( $r = 0.94$ ). Statistics for analysis data were mean and standard deviation. It revealed that; Needs of program users were in 3 topics consisted of 1) health service System 2) health behaviors and 3) health situations in elderly. Health information for the elderly in health service system should be inform them in 4 aspects such as; 1) Existing health services in the east 2) health services in 3 health funds (the national health insurance fund, social security fund and the right of government health care. 3) health services of the cost of medical treatment and 4) Access to information of 3 health funds. Health behaviors for the elderly should be consisted of 3 aspects namely; 1) factors to determinate health behaviors 2) health behaviors 3) health care potential. Health situations in the elderly in 4 aspects; 1) acute /emerging diseases 2) chronic diseases

3) mental health in elderly and 4) risk factors of elderly health. Testing of the program found that effective in high level.

In sum, health information is important to aging and care givers which can be used to enhance their quality of life and solve health problems with modern knowledge to improve their ability of health care.

**Key words:** Elderly, Aging, Health Information, The eastern region

## บทนำ

การขยายตัวของเทคโนโลยีสารสนเทศ ในปัจจุบันมีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว ชีตความสามารถในการใช้งานเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันก็มีราคาถูกลง มีการประยุกต์ใช้งานอย่างกว้างขวาง จนกล่าวได้ว่า เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับมนุษย์ทุกคนไม่ทางตรงก็ทางอ้อม นอกจากนี้การเชื่อมโยงเครือข่ายคอมพิวเตอร์ทำให้สังคมโลกเป็นสังคม แบบไร้พรมแดน การใช้งานเครือข่ายคอมพิวเตอร์ เช่น อินเทอร์เน็ตมีอัตราการขยายตัว สูงมาก จนกล่าวได้ว่าเป็นอัตราการขยายตัวแบบทวีคูณ จนเชื่อแน่ว่าภายในระยะเวลาอีกไม่นาน ผู้คนบนโลกจะสามารถติดต่อสื่อสารกันผ่านทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตได้หมด (มหาวิทยาลัยศิลปากร , 2553) เป็นที่ยอมรับโดยทั่วกันว่าข้อมูลสารสนเทศเป็นทรัพยากรที่จำเป็นอย่างยิ่ง และสามารถสร้างความได้เปรียบในการแข่งขันและการดำเนินงาน ทั้งนี้เนื่องจากสามารถใช้สารสนเทศเหล่านั้นในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง แม่นยำและรวดเร็ว ดังนั้น ข้อมูลสารสนเทศจึงมีความสำคัญและจำเป็นต้องการบริหารจัดการ ช่วยในการตัดสินใจดำเนินการต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการวางแผนและกำหนดนโยบาย จำเป็นต้องมีระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีคุณภาพ มีความละเอียด ครบถ้วน ถูกต้องตรงตามความต้องการ และทันสมัย จึงจะช่วยให้การวางแผน การบริหารจัดการ และการตัดสินใจมีประสิทธิภาพ เกิดผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของงาน (ศิริชัย สมพงศ์ , 2544, หน้า 1) ระบบสารสนเทศ เป็นระบบการจัดเก็บ ประมวลผล ข้อมูล โดยอาศัยบุคคลและเทคโนโลยีสารสนเทศในการดำเนินการ เพื่อให้ได้สารสนเทศที่เหมาะสมกับงาน หรือภารกิจแต่ละอย่าง(สุชาติ กิระนันท์ , 2541) การพัฒนาระบบสารสนเทศ ที่เหมาะสมเป็นประโยชน์ และตรงตามความต้องการใช้จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเข้าใจองค์กร (Organizations) การจัดการ (management) และเทคโนโลยี(Technology) (Laudon & Laudon , 2001) การนำเทคโนโลยีสารสนเทศ มาใช้ในการบริหารทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงมีบทบาทสำคัญในการจัดระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ และเป็นสิ่งท้าทาย เพราะการนำระบบสารสนเทศมาใช้ อาจจะกระทบต่อกระบวนการดำเนินงานและการบริหารที่เป็นอยู่ หรืออาจจะมีผลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายในการปรับเปลี่ยน การพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพ (Health Information) หมายถึง การพัฒนาสารสนเทศที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของประชาชน รวมถึงข้อมูลด้านทรัพยากรสาธารณสุขและกิจกรรมสาธารณสุข สาธารณสุขสุขภาพ มี 5 ประเภท ได้แก่ ข้อมูลด้านประชากรเศรษฐกิจและสังคม ข้อมูลด้านสถานสุขภาพ ข้อมูลด้านทรัพยากรสาธารณสุขข้อมูลด้านกิจกรรมสาธารณสุขและข้อมูลด้านการบริหาร

จัดการ ทำให้ทราบสถานะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชากร ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการ สาธารณสุขประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานบริการสาธารณสุขเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม สาธารณสุขทางสุขภาพก่อให้เกิดความเข้าใจที่ดีขึ้นเกี่ยวกับกระบวนการจัดการสาธารณสุข ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพ วินิจฉัยและบ่งชี้ปัญหาได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ สาธารณสุขทางสุขภาพจึงเปรียบเสมือนเครื่องมือและแบบจำลองที่มีคุณภาพสำหรับการเรียนรู้และการวิจัย ซึ่งนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ที่สำคัญในการปฏิบัติ และการกำหนดนโยบายสุขภาพ (วิณา จีระแพทย์, 2552) ปัจจุบัน รัฐบาลไทยได้กำหนดให้การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และมีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ไว้แล้ว การที่รัฐ ต้องกำหนดแผนงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้อย่างเป็นทางการนั้น เป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างทางประชากรของประเทศ ซึ่งแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ประเทศไทยกำลังเผชิญหน้ากับภาวะการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ของประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีและมากกว่า) การประมาณการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ โดยองค์การสหประชาชาติระหว่างปี พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2593 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรไทยทั้งหมดในปี พ.ศ. 2523 ร้อยละ การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 47 ในปี พ.ศ. 2533 และเพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 770 ในปี พ.ศ. 2593(ศิริวรรณ ศิริบุญ และชเนตติ มิลินทางกูร, 2551) การมีจำนวน และสัดส่วนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ประเทศมีระยะเวลาที่ค่อนข้างสั้น ในการเตรียมรองรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้น ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศผู้สูงอายุ เป็นกลยุทธ์หนึ่งของการเตรียมการรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์ และใช้เป็นพื้นฐานในการวางแผนการให้บริการ ได้อย่างสอดคล้องตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุและชุมชน ทำให้ทราบสภาพ ปัญหาและความต้องการเพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการจัดทำแผนงาน กิจกรรมและการบริการที่สอดคล้องเหมาะสม ตรงกับความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุแต่ละประเภท เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ให้ครอบคลุมอย่างทั่วถึงต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน และมีการกำหนดในมติสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ พ.ศ. 2553 เรื่อง การบริหารจัดการงานผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น โดยระบุให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง จะต้องมียุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ ที่ชัดเจนในการบริหารจัดการงานผู้สูงอายุ ในท้องถิ่นรับผิดชอบของตน ในการ จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ที่จำแนกคุณลักษณะ รวมทั้ง การส่งเสริมและสนับสนุน การจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุในภาพรวมของทั้งประเทศให้มีความเชื่อมโยงกับระบบข้อมูล ของท้องถิ่น เพื่อใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและแผนงาน การจัดสวัสดิการทุกระดับ การจัดบริการสาธารณะและ บริการทางสังคม ที่จำเป็นต่อผู้สูงอายุทุกประเภท และเตรียมความพร้อมต่อการกำหนดมาตรการ การบริหารจัดการในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ ความสำคัญของการพัฒนาระบบสารสนเทศผู้สูงอายุ นับได้ว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นเร่งด่วน เนื่องจากเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปสู่การวางแผนและกำหนด นโยบาย ในการจัดกิจกรรม แผนงานโครงการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม มหาวิทยาลัยบูรพา ในฐานะที่เป็นมหาวิทยาลัยชั้นนำของภาคตะวันออก เป็นแหล่งวิทยาการและชี้นำสังคมใน

ศาสตร์ด้านต่าง ๆ ซึ่งในการพัฒนาความเป็นเลิศทางวิชาการนั้น ได้บูรณาการความร่วมมือในการพัฒนา ศาสตร์ผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในศาสตร์แห่งความเป็นเลิศของมหาวิทยาลัย โดยในระยะแรกกลุ่มสาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ อันประกอบไปด้วย คณะจารย์และนักวิจัย จากคณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร คณะสหเวชศาสตร์ และคณะเภสัชศาสตร์ ร่วมกันบงกักรปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานสาธารณสุขใน ภาคตะวันออกเฉียงใต้ร่วมมือกันในการศึกษาวิจัยในศาสตร์ผู้สูงอายุ และพัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ ผู้สูงอายุร่วมกันเพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงใต้ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการใช้ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงใต้
2. เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงใต้

### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา(Research and Development) วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยขั้นตอน ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาความต้องการของผู้ใช้งานระบบ
- ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบระบบ
- ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ
- ขั้นตอนที่ 4 การทดลองใช้และทดสอบระบบ

### ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาความต้องการของผู้ใช้งานระบบ

1. รูปแบบวิธีการวิจัย

คณะผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย ระเบียบวิธีวิจัยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุและระบบสารสนเทศ

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง(Purposive Sampling) จำนวน 28 คน โดยมีเกณฑ์ การคัดเลือก(Inclusion criteria) ดังนี้ คือ มีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข หรือ ระบบงานสารสนเทศและเป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย

- กลุ่มที่ 1 ผู้กลุ่มบริหารสถานพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงใต้ จำนวน 5 คน
- กลุ่มที่ 2 ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานในชุมชน จำนวน 5 คน
- กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงใต้ จำนวน 5 คน
- กลุ่มที่ 4 สมาชิกในครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน
- กลุ่มที่ 5 อาจารย์ในสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา สาขาวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศ จำนวน 5 คน



กลุ่มที่ 6 นักวิชาการคอมพิวเตอร์ หรือผู้ปฏิบัติงานด้านสารสนเทศในสถานพยาบาล ซึ่งมี  
ประสบการณ์การพัฒนาาระบบสารสนเทศ จำนวน 3 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยให้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 3 รอบ คือ

รอบที่ 1 เป็นสอบถามแบบปลายเปิด มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ  
แต่ละคนโดยใช้คำถามเกี่ยวกับรูปแบบสารสนเทศด้านสุขภาพในผู้สูงอายุภาคตะวันออก เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญ  
ตอบคำถามได้โดยอิสระ

รอบที่ 2 เป็นแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งพัฒนาข้อคำถามจากแบบสอบถาม  
รอบแรก

รอบที่ 3 เป็นแบบสอบถาม ซึ่งได้จากการวิเคราะห์คำตอบของแบบสอบถามในรอบที่ 2 ด้วย  
การหาค่าสถิติในรูปของมัธยฐาน ฐานนิยม และหาพิสัยระหว่างควอไทน์ โดยแสดงค่าเหล่านี้ในแบบสอบถาม  
รอบที่ 3 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบหรือสามารถปรับเปลี่ยนคำตอบได้ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ  
เมื่อได้พิจารณาคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญแล้ว ซึ่งหากแสดงความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญต้อง  
ให้เหตุผลประกอบสั้น ๆ

### การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยดำเนินการสร้างแบบสอบถาม เป็น 3 ชุด ตามขั้นตอนการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. การสร้างเครื่องมือในรอบที่ 1 ซึ่งเป็นแบบสอบถามปลายเปิด มีขั้นตอน การสร้าง  
แบบสอบถาม ดังนี้

1.1 การศึกษา ค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความ สิ่งตีพิมพ์และงานวิจัยต่างๆ ที่  
เกี่ยวกับทฤษฎี แนวความคิดด้านระบบสารสนเทศทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

1.2 รวบรวมความรู้และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า มากำหนดเป็นกรอบคำถาม  
และสร้างเป็นแบบสอบถามเพื่อถามผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 รวม 3 ด้าน คือ 1 ไต่ถาม 1) ด้านระบบบริการ  
สุขภาพ 2) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) ด้านสถานการณ์สุขภาพ

1.3 แบบสอบถามที่สร้างขึ้น ได้นำไปหาคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยงตรง  
(Validity) จากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน ประเมิน  
ความสอดคล้อง โดยการนำผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่าน นำมาแปลงเป็นคะแนนได้ดังนี้

สอดคล้อง	กำหนดคะแนนเป็น	1
ไม่แน่ใจ	กำหนดคะแนนเป็น	0
ไม่สอดคล้อง	กำหนดคะแนนเป็น	-1

จากนั้นนำมาแทนค่าในสูตรดัชนีหาค่าความสอดคล้อง เพื่อหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-  
objective congruency: IOC) โดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาจากค่า IOC ที่คำนวณได้ มีค่ามากกว่าหรือ  
เท่ากับ 0.60 หรือ 3 ใน 5 ของผู้เชี่ยวชาญ ค่าเบี่ยง IOC ที่คำนวณได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ถือว่าข้อ

คำถามนั้นเป็นตัวแทนพฤติกรรมที่ต้องการวัดได้ มีความเที่ยงตรง สามารถนำข้อคำถามนั้นไปใช้ได้ ถ้าคำถามใดมีค่าต่ำกว่า 0.5 ข้อคำถามนั้นจะถูกตัดออกไปหรือนำมาปรับปรุงแก้ไขใหม่(สุวิมล ติรกานันท์, 2555)

#### การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามจากการปรับปรุงของผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความสอดคล้อง ของแบบสอบถาม แล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุและปฏิบัติงานด้านสารสนเทศทางสุขภาพที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลไปวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient of alpha:  $\alpha$ ) (ประคอง กรรณสูต, 2538) โดยถ้าค่า Reliability มีค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับหรือมากกว่า 0.7 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามมีระดับความน่าเชื่อถือได้ปานกลาง (Hair, Bush, & Ortinau, 2003) ซึ่งคณะผู้วิจัยจะใช้แบบสอบถามนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

2. สร้างเครื่องมือในรอบที่ 2 โดยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามปลายเปิดรอบแรก มาสร้างเป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยพยายามคงความหมายและสำนวนเดิมของผู้เชี่ยวชาญไว้

3. สร้างเครื่องมือในรอบที่ 3 ผู้วิจัยนำคำตอบของผู้เชี่ยวชาญจากแบบสอบถามรอบ 2 มาวิเคราะห์ทางสถิติหาค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์และฐานนิยม แล้วสร้างแบบสอบถามรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ เหมือนรอบที่ 2 แต่เพิ่มตำแหน่งของค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และตำแหน่งคำตอบของผู้เชี่ยวชาญ แต่ละคน เพื่อประกอบการพิจารณาการคงคำตอบเดิม หรือเปลี่ยนแปลงคำตอบให้เป็นไปตามภาพรวมของกลุ่ม

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. คณะผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งการตอบแบบสอบถามต้องตอบให้ครบทั้ง 3 ครั้ง จากนั้นขอความร่วมมือผู้เชี่ยวชาญส่งแบบสอบถามแต่ละรอบกลับคืน

2. นำข้อมูลจากแบบสอบถามชุดที่ 1 ที่เป็นแบบสอบถามปลายเปิดมาสร้างแบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมตรวจสอบ

3. นำข้อมูลจากแบบสอบถามชุดที่ 2 มาวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน ฐานนิยม และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็นรายชื่อ แล้วสร้างแบบสอบถามชุดที่ 3 โดยข้อคำถามเหมือนแบบสอบถามชุดที่ 2 แต่เพิ่มตำแหน่งค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญตอบ ส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมตอบ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม 3 รอบ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์และรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ 28 คน จากแบบสอบถามปลายเปิดในรอบที่ 1 โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และนำความคิดเห็นทั้งหมดของผู้เชี่ยวชาญมาสร้างข้อคำถามใหม่ ตามรูปแบบของคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

2. วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามรอบที่ 2 ด้วยการวิเคราะห์ค่าสถิติ ดังนี้ ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และค่าฐานนิยม โดย

2.1 พิจารณาจากค่ามัธยฐานที่หาได้จากคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดและแปลความหมายตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

ต่ำกว่า 1.50 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญไม่เห็นด้วยกับข้อมูลนั้นมากที่สุด

1.50 – 2.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญไม่เห็นด้วยกับข้อมูลนั้นมาก

2.50 – 3.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญไม่แน่ใจกับข้อมูลนั้น

3.50 – 4.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับข้อมูลนั้นมาก

4.50 ขึ้นไป หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับข้อมูลนั้นมากที่สุด

2.2 พิจารณาจากค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ โดยการคำนวณหาค่าความแตกต่างระหว่างควอไทล์ที่ 1 กับควอไทล์ที่ 3 ถ้าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่คำนวณได้ของข้อความใดมีค่าตั้งแต่ 1.50 ลงมา แสดงว่าความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้นสอดคล้องกันถ้าพิสัยระหว่างควอไทล์ของข้อความใดมีค่ามากกว่า 1.50 แสดงว่าความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้นไม่สอดคล้องกัน

2.2 พิจารณาจากค่าฐานนิยมในแต่ละข้อ โดยการหาค่าความถี่จากข้อความที่เป็นคำตอบของแบบสอบถามแต่ละข้อ โดยให้ระดับคะแนนจาก 1 ถึง 5 ระดับคะแนนใดที่มีความถี่สูงสุดถือเป็นค่าฐานนิยมของข้อความนั้น ในกรณีที่ความถี่สูงสุดของระดับคะแนนเท่ากันและระดับคะแนนน้อยที่สุดอยู่ติดกันจะถือเอาค่ากลางระหว่างคะแนนทั้งสองเป็นฐานนิยมของข้อความนั้น สำหรับกรณีที่ความถี่สูงสุดของระดับคะแนนเท่ากัน แต่ระดับคะแนนไม่ได้อยู่ติดกันจะถือว่าระดับคะแนนทั้งสองนั้นเป็นฐานนิยมของความถี่นั้น

3. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามรอบที่ 3 มาวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อประกอบการพิจารณาความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน (ค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์น้อยกว่า 1.00) และมีความจำเป็นมากที่สุด(ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป) เพื่อสรุปผลการวิจัยเป็นรูปแบบระบบสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัย ใช้สถิติเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ค่ามัธยฐาน(Median) ของข้อมูลที่มีการแจกแจงความถี่ การแปลความหมายตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

2. ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) คือ ความแตกต่างระหว่าง ควอไทล์ที่ 1 กับควอไทล์ที่ 3 ซึ่ง ถ้าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่คำนวณได้ของข้อความใดมีค่าตั้งแต่ 1.50 ลงมา แสดงว่าความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้นสอดคล้องกัน ถ้าพิสัยระหว่างควอไทล์ของข้อความใดมีค่ามากกว่า 1.50 แสดงว่าความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้นไม่สอดคล้องกัน

คณะผู้วิจัยจะได้นำความคิดเห็นที่มีคามัธยฐานตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไปและมีความคิดเห็นสอดคล้องกันมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.00 มาสรุปเป็นรูปแบบระบบสารสนเทศ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

## ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบระบบ

คณะผู้วิจัยสรุปผลการศึกษาความต้องการใช้ระบบตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาประชุมร่วมกันเพื่อหารือการวางแผนออกแบบโปรแกรมฐานข้อมูลเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการใช้ และดำเนินการจัดหมวดหมู่ ตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูล จำแนกเป็นข้อมูลที่มีอยู่แล้ว และข้อมูลในส่วนที่ต้องเพิ่มเติม เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้งานสารสนเทศ และนำไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาโปรแกรมเพื่อพัฒนาโปรแกรมร่วมกัน

## ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาฐานข้อมูลระบบสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ในการพัฒนาโปรแกรม คณะผู้วิจัยเลือกใช้โปรแกรมฐานข้อมูลสำเร็จรูปที่มีความสามารถของโปรแกรมที่รองรับความต้องการใช้ข้อมูลตามที่คณะผู้วิจัยออกแบบไว้ และดำเนินการพัฒนาตามระบบที่ได้ออกแบบในขั้นตอนที่ 2

## ขั้นตอนที่ 4 การทดลองใช้และทดสอบระบบ

คณะผู้วิจัยนำผลการพัฒนาโปรแกรมระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ไปทดลองใช้และทำการทดสอบโปรแกรม ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้เชี่ยวชาญทดสอบระบบฐานข้อมูล จำนวน 7 คน ประกอบด้วย นักวิชาการคอมพิวเตอร์ จำนวน 4 ท่าน และอาจารย์ในสาขาเทคโนโลยีทางการศึกษา 3 ท่าน

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประเภทของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

#### 2.1 ฮาร์ดแวร์

2.2.1 เครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับใช้เป็นเครื่องเซิร์ฟเวอร์ (Server) 1 เครื่อง

2.2.2 เครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับเจ้าหน้าที่ (Client) 1 เครื่อง

#### 2.2 ซอฟต์แวร์

2.2.1 ซอฟต์แวร์ระบบปฏิบัติการสำหรับเครื่องเซิร์ฟเวอร์

2.2.2 ซอฟต์แวร์ระบบปฏิบัติการสำหรับเครื่องไคลเอนต์

2.2.3 ซอฟต์แวร์ระบบจัดการฐานข้อมูลแบบสำเร็จรูป

#### 2.3 แบบสอบถามสำหรับผู้เชี่ยวชาญเพื่อทดสอบซอฟต์แวร์โดยผู้เชี่ยวชาญ

3. วิธีการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซอฟต์แวร์ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีขั้นตอนการพัฒนา ดังนี้

3.1 การศึกษาระบบข้อมูลเดิมจากการสืบค้นข้อมูลในฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอินเทอร์เน็ต รวมทั้งศึกษาจากเอกสาร งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง

3.2 วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการของผู้ใช้งาน และรูปแบบระบบสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

3.3 ออกแบบระบบงานใหม่ โดยการออกแบบขั้นตอนการทำงานของระบบงาน ออกแบบฐานข้อมูล ออกแบบโปรแกรมหรือขั้นตอนวิธีการทำงานของโปรแกรม ออกแบบส่วนที่ติดต่อกับผู้ใช้งาน (User Interface) ให้ผู้ใช้งานง่ายและสะดวกต่อการใช้งาน

3.4 พัฒนาซอฟต์แวร์ และทดสอบซอฟต์แวร์โดยผู้เชี่ยวชาญ เป็นการพัฒนาเขียนโปรแกรมด้วยภาษาคอมพิวเตอร์ ร่วมกับระบบการจัดการฐานข้อมูล และทำการทดสอบการทำงานของโปรแกรมและฐานข้อมูลที่พัฒนาขึ้น

3.5 ติดตั้งซอฟต์แวร์และทดลองใช้งานซอฟต์แวร์ โดยทำการทดสอบใน 5 ด้าน ได้แก่  
1) ด้านความสามารถในการทำงานของซอฟต์แวร์ (Functional Requirement Test) 2) ด้านความถูกต้องในการทำงานของซอฟต์แวร์ (Functional Test) 3) ด้านความสะดวกและง่ายต่อการใช้งานซอฟต์แวร์ (Usability Test) 4) ด้านความเร็วในการทำงานของซอฟต์แวร์ (Performance Test) และ 5) ด้านการรักษาความปลอดภัยของซอฟต์แวร์ (Security Test)

3.6 แบบสอบถาม เป็นการสร้างแบบสอบถามสำหรับผู้เชี่ยวชาญเพื่อทดสอบซอฟต์แวร์โดยผู้เชี่ยวชาญ มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

3.6.1 สร้างแบบสอบถามสำหรับผู้เชี่ยวชาญเพื่อทดสอบการทำงานของซอฟต์แวร์ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก โดยการให้ค่าคะแนนแบบประเมินค่า 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert scale)

3.6.2 นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องตามหลักเกณฑ์ IOC (Index of item Objective Congruence) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ในการถาม

เกณฑ์การประเมิน ใช้เกณฑ์การประเมินดังต่อไปนี้

- 1.00 - 1.49 หมายถึง ระบบโปรแกรมฐานข้อมูล สามารถทำงานได้ดีในระดับน้อยที่สุด
- 1.50 - 2.49 หมายถึง ระบบโปรแกรมฐานข้อมูล สามารถทำงานได้ดีในระดับน้อย
- 2.50 - 3.49 หมายถึง ระบบโปรแกรมฐานข้อมูล สามารถทำงานได้ดีในระดับปานกลาง
- 3.50 - 4.49 หมายถึง ระบบโปรแกรมฐานข้อมูล สามารถทำงานได้ดีในระดับมาก
- 4.50 - 5.00 หมายถึง ระบบโปรแกรมฐานข้อมูล สามารถทำงานได้ดีในระดับมากที่สุด

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการพัฒนาโปรแกรมฐานข้อมูล

สารสนเทศด้านสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออก โดยการใช้แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ ทดสอบระบบฐานข้อมูล เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาปรับปรุงระบบฐานข้อมูล

#### 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำข้อมูลมาหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อประเมิน ระดับการทำงานของระบบสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

#### 6. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ คือ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาความต้องการใช้ข้อมูลสารสนเทศ ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จากการศึกษาด้วย เทคนิคเดลฟาย พบว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อระบบสารสนเทศสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1.1 ด้านระบบบริการสุขภาพ และมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด และมีความคิดเห็น สอดคล้องร่วมกันในระดับมาก (4.50 ขึ้นไป , น้อยกว่า1.00) ได้แก่

1. ประเภทของบริการสุขภาพที่มีอยู่ในภาคตะวันออก ในหัวข้อ รายชื่อ สถานพยาบาลของรัฐในภาคตะวันออก และ ศูนย์ความเป็นเลิศหรือศูนย์สุขภาพในภาคตะวันออก

2. ข้อมูลระบบบริการสุขภาพ ในหัวข้อ ระบบบริการสุขภาพของกองทุนหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ระบบบริการสุขภาพของกองทุนประกันสังคม และ ระบบบริการสุขภาพของสวัสดิการการ รักษาพยาบาลของข้าราชการ

3. ค่าใช้จ่าย ในหัวข้อ การบริการข้อมูลการประมาณการค่าใช้จ่ายเบื้องต้นของการ รักษาพยาบาลรายโรค

4. การเข้าถึงข้อมูล ในหัวข้อ การเข้าถึงข้อมูลของระบบบริการสุขภาพ 3 กองทุน การเข้าถึงข้อมูลของระบบบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และ ระดับตติยภูมิ

1.2 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด และมีความคิดเห็น สอดคล้องร่วมกันในระดับมาก (4.50 ขึ้นไป , น้อยกว่า1.00) ได้แก่

1. ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ในหัวข้อ การตรวจสุขภาพประจำปี  
2. พฤติกรรมสุขภาพ ในหัวข้อ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการทางอารมณ์ พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ และ พฤติกรรมด้านจิตวิญญาณ

3. ศักยภาพในการดูแลสุขภาพ ในหัวข้อ ศักยภาพการดูแลตนเอง และ ศักยภาพ ของผู้ดูแล/ญาติ/สมาชิกในครอบครัว/ชุมชน

1.3 ด้านสถานการณ์สุขภาพ และมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด และมีความคิดเห็น สอดคล้องร่วมกันในระดับมาก (4.50 ขึ้นไป , น้อยกว่า1.00) ได้แก่

1. โรคเฉียบพลัน/โรคอุบัติใหม่ ในหัวข้อ โรคติดเชื้อชนิดใหม่ โรคติดเชื้ออุบัติซ้ำ

2. โรคเรื้อรัง ในหัวข้อทุกหัวข้อ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรค

ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตก ไชมันในเลือดสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็ง โรคตับ  
อักเสบ โรคที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น เช่น ต้อหิน ต้อกระจก โรคเลือด โรคกระดูกและข้อ

3. สุขภาพจิต ในหัวข้อ วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า พฤติกรรมก้าวร้าว การฆ่าตัวตาย

4. ปัจจัยเสี่ยง ในหัวข้อ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สารเสพติด การ  
สูบบุหรี่ อ้วนโนทัศน์ ความเชื่อ ค่านิยม

2. ผลการพัฒนารูปแบบระบบสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้โปรแกรม  
สำเร็จรูป สามารถแสดงผลข้อมูลสารสนเทศตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ทั้งสิ้น 3 ด้าน คือ

1. ระบบบริการสุขภาพ มีสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 4 รายการ คือ

1.1 ประเภทของบริการสุขภาพที่มีอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย

1.1.1 รายชื่อสถานพยาบาลของรัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.1.2 ศูนย์ความเป็นเลิศหรือศูนย์สุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.2 ข้อมูลระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย

1.2.1 ระบบบริการสุขภาพของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.2.2 ระบบบริการสุขภาพของกองทุนประกันสังคม

1.2.3 ระบบบริการสุขภาพของสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ

1.3 ค่าใช้จ่าย ประกอบด้วย

การบริการข้อมูลการประมาณการค่าใช้จ่ายเบื้องต้นของการรักษาพยาบาล  
รายโรค

1.4 การเข้าถึงข้อมูล ประกอบด้วย

1.4.1 การเข้าถึงข้อมูลของระบบบริการสุขภาพ 3 กองทุน

1.4.2 การเข้าถึงข้อมูลของระบบบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติย

ภูมิและ ระดับตติยภูมิ

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 3 รายการ

2.1 ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การตรวจสุขภาพประจำปี

2.2 พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย

2.2.1 พฤติกรรมการบริโภค

2.2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

2.2.3 พฤติกรรมการจัดการทางอารมณ์

2.2.4 พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ

2.2.5 พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ

2.2.6 พฤติกรรมด้านจิตวิญญาณ

- 2.3 ศักยภาพในการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย
- 2.3.1 ศักยภาพการดูแลตนเอง
  - 2.3.2 ศักยภาพของผู้ดูแล/ญาติ/สมาชิกในครอบครัว/ชุมชน
3. สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุ มีสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 4 รายการ  
ได้แก่
- 3.1 โรคเฉียบพลัน/โรคอุบัติใหม่ ประกอบด้วย
    - 3.1.1 โรคติดเชื้อชนิดใหม่
    - 3.1.2 โรคติดเชื้ออุบัติซ้ำ
  - 3.2 โรคเรื้อรัง ประกอบด้วย
    - 3.2.1 โรคหัวใจและหลอดเลือด
    - 3.2.2 โรคเบาหวาน
    - 3.2.3 โรคความดันโลหิตสูง
    - 3.2.4 โรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตก
    - 3.2.5 ไขมันในเลือดสูง
    - 3.2.6 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
    - 3.2.7 โรคมะเร็ง
    - 3.2.8 โรคตับอักเสบ
    - 3.2.9 โรคที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น เช่น ต้อหิน ต้อกระจก
    - 3.2.10 โรคเลือด
    - 3.2.11 โรคกระดูกและข้อ
  - 3.3 สุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย
    - 3.3.1 ความวิตกกังวล
    - 3.3.2 ความเครียด
    - 3.3.3 ภาวะซึมเศร้า
    - 3.3.4 พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้สูงอายุ
    - 3.3.5 การฆ่าตัวตาย
  - 3.4 ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย
    - 3.4.1 การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
    - 3.4.2 สารเสพติด
    - 3.4.3 การสูบบุหรี่
    - 3.4.4 อັตมโนทัศน์
    - 3.4.5 ความเชื่อ



### 3.4.6 ค่านิยม

#### 3. ผลการทดสอบระบบสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิค เกี่ยวกับประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศ พบว่า ในภาพรวมระบบโปรแกรมฐานข้อมูล สามารถทำงานได้ดีในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.47$ ,  $SD = 0.65$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

1. ระบบโปรแกรมฐานข้อมูล สามารถทำงานได้ดีในระดับมากที่สุด คือ ด้านความเร็วในการทำงานของโปรแกรม ( $\bar{X} = 4.86$ ,  $SD = 0.36$ ) ด้านความสามารถในการทำงานของระบบโปรแกรมฐานข้อมูลสารสนเทศ ( $\bar{X} = 4.64$ ,  $SD = 0.49$ ) และ ด้านการรักษาความปลอดภัยของโปรแกรม ( $\bar{X} = 4.61$ ,  $SD = 0.50$ )

2. ระบบโปรแกรมฐานข้อมูล สามารถทำงานได้ดีในระดับมาก คือ ด้านความถูกต้องในการทำงานของโปรแกรม ( $\bar{X} = 4.34$ ,  $SD = 0.80$ ) และด้านความสะดวกและง่ายต่อการใช้งานโปรแกรม ( $\bar{X} = 4.30$ ,  $SD = 0.69$ )

#### วิจารณ์และสรุปผล

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. ความต้องการใช้ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก มีความต้องการใช้ข้อมูลสารสนเทศด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านพฤติกรรมสุขภาพและด้านสถานการณ์สุขภาพในกลุ่มของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุและญาติสามารถนำข้อมูลสารสนเทศที่จำเป็นเหล่านี้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บูรพา พันธุ์สวัสดิ์ และคณะ (2554) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุผ่านระบบทางไกล ที่พบว่า การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุผ่านระบบบริการทางไกล ซึ่งเป็นหนึ่งในนวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่กลุ่มประเทศพัฒนาแล้วเลือกใช้ ผลการศึกษายพบความต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางไกล ปรากฏว่า ระบบดังกล่าวช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ แต่ในอีกมุมมองหนึ่งพบว่า มีอุปสรรคที่เกิดจากการนำไปใช้ ทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและผู้สูงอายุ ดังนั้นก่อนนำระบบการดูแลสุขภาพทางไกลมาประยุกต์ใช้ ต้องคำนึงถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายเพื่อลดอุปสรรคดังกล่าว และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมาน ลอยฟ้า (2554) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุกับเทคโนโลยีสารสนเทศ พบว่า เทคโนโลยีสารสนเทศมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพ โดยการช่วยปรับปรุงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตและช่วยแก้ปัญหา โดยการที่ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถเข้าถึงสารสนเทศได้รวดเร็วและได้ง่ายยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สารสนเทศด้านการดูแลสุขภาพ จะช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความรู้ที่ทันสมัย และนำความรู้ไปพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

2. ความต้องการใช้ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ประเภทของบริการสุขภาพที่มีอยู่ในภาคตะวันออก เกี่ยวกับรายชื่อสถานพยาบาลของรัฐในภาคตะวันออก และ ศูนย์ความเป็นเลิศหรือศูนย์สุขภาพในภาคตะวันออก ระบบบริการสุขภาพของ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบบริการสุขภาพของกองทุนประกันสังคม และ ระบบบริการสุขภาพของ

สวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับการบริการข้อมูลการ ประเมินการค่าใช้จ่ายเบื้องต้นของการรักษาพยาบาลรายโรค และ การเข้าถึงข้อมูลของระบบบริการสุขภาพ 3 กองทุน รวมทั้งการเข้าถึงข้อมูลของระบบบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และ ระดับตติยภูมิ แสดงให้เห็นว่า ระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ยังไม่ได้มีการจัดหมวดหมู่ให้ตรงตามความต้องการของผู้ใช้ข้อมูล ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการเชื่อมโยงเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ ให้ผู้ใช้ข้อมูลสามารถเข้าถึง ข้อมูลได้โดยง่ายตามความจำเป็นของข้อมูลของผู้สูงอายุและครอบครัวจำเป็นต้องใช้ให้เหมาะสม ซึ่งการ ศึกษาวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ มาลี ล้ำสกุล (2556 : 13-14) ที่กล่าวว่า การใช้สารสนเทศมีความสำคัญในหลายระดับ ซึ่งในระดับของบุคคล มีความสำคัญในแง่ของ ความจำเป็นต้องใช้สารสนเทศเพื่อ การดำรงชีวิตในแต่ละวันในการประกอบภารกิจงาน บุคคลที่ศึกษาหาความรู้ ประสบการณ์อยู่เสมอเพื่อใช้ในการตัดสินใจในงานหรือการดำเนินชีวิต รวมทั้งนำไปใช้ในการวางแผนยอมเป็นผู้ได้เปรียบคนที่ไม่แสวงหา ความรู้เพราะมีข้อมูลประกอบความคิดไตร่ตรอง คาดการณ์ล่วงหน้าเมื่อเผชิญอุปสรรคปัญหาทำให้แก้ปัญหา ต่าง ๆ ได้ทันและไม่เสียโอกาสในการทำกิจกรรมต่าง ๆ บุคคลที่มีทักษะทางสารสนเทศหรือเป็นผู้ที่มีความสามารถในการเข้าถึงและค้นหาสารสนเทศยอมเป็นผู้ที่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองได้ตลอดชีวิตทำให้เป็นผู้รู้เท่าทัน

3.ความต้องการใช้ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ เรื่องการตรวจสุขภาพประจำปี พฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ ได้แก่ พฤติกรรมการ บริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการทางอารมณ์ พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ พฤติกรรมด้านจิตวิญญาณ และการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพ ของ ผู้สูงอายุเอง และการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล/ญาติ/สมาชิกในครอบครัว/ชุมชน แสดงให้เห็นว่า ความ ต้องการสารสนเทศด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุและครอบครัวมุ่งไปที่สารสนเทศด้านพฤติกรรมสุขภาพ ต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีความครอบคลุมเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) ยุทธศาสตร์ ที่ 2 ด้าน การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยมาตรการส่งเสริมความรู้ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันดูแล ตนเองเบื้องต้น ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุก ประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ เพื่อ พัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของ ไทย (กระทรวงสาธารณสุข , 2556) ในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ เน้นหลัก 4อ-3ส-1ย ซึ่งบูรณาการการให้ ความรู้เรื่องสุขภาพ และสังคมไว้ด้วยกัน ซึ่งหมายถึง 4 อ. คือ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย 3 ส. สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ 1 ย. คือ ยา

4.ความต้องการใช้ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย สถานการณ์ของโรค ทั้งโรคเรื้อรัง และโรคเฉียบพลัน ด้านการพัฒนาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และ ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของมูลนิธิสถาบันวิจัยและ

พัฒนาผู้สูงอายุไทย ที่ได้ดำเนินการศึกษาศาสนาการณผู้สูงอายุไทยเกี่ยวกับสถานการณ์โรคต่าง ๆ มาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2551-2555 เพื่อให้ผู้สูงอายุและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำสารสนเทศเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยไปใช้ในการวางแผนแก้ปัญหาและป้องกันได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

สรุปผลการวิจัย : สารสนเทศด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำไปใช้ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและช่วยแก้ปัญหาทางสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความรู้ที่ทันสมัย เข้าถึงความรู้ได้โดยง่าย ข้อมูลมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ เพื่อนำความรู้ไปพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น ทั้งนี้ควรมีการเชื่อมโยงเครือข่ายข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพของหน่วยงานต่าง ๆ ให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ(วช.) ที่สนับสนุนทุนการวิจัย ซึ่งได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาผู้สูงอายุ ให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่า และสามารถเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย และปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลงเป็นพลังในการพัฒนาสังคมและความเข้มแข็งของท้องถิ่นต่อไป ขอขอบคุณผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและชุมชนที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นกลุ่มตัวอย่าง และ ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ศาสตราจารย์ เสาวคนธ์ ที่เป็นที่ปรึกษาและให้คำปรึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. มหาวิทยาลัยศิลปากร. (2553). ผลกระทบของเทคโนโลยีสารสนเทศ มีอะไรบ้าง ข้อดีและข้อเสีย. โรงเรียนสาธิต มหาวิทยาลัยศิลปากร. นครปฐม.
2. ศิริชัย สมพงษ์. (2544). การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารงานโรงเรียนที่จัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาบริหารการศึกษาศาขาศึกษาศาสตร มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
3. สุชาติ กิระนันท์. (2541). เทคโนโลยีสารสนเทศสถิติ : ข้อมูลในระบบสารสนเทศ. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
4. Laudon, K.C. & Laudon, J. P. (2001). Essentials of management information systems: Organization and technology in the enterprise. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
5. วิณา จีระแพทย์. (2544). สารสนเทศทางการพยาบาลและทางสุขภาพ. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
6. ศิริวรรณ ศิริบุญ และชเนตตี มิลินทางกูร. (2551). “ทำไมสังคมไทยต้องให้ความสนใจเรื่องผู้สูงอายุ” ฐานข้อมูลประชากร (ฝ่ายวิจัยและศูนย์สารสนเทศ). วันที่ค้นข้อมูล 1 กุมภาพันธ์

2556, เข้าถึงได้จาก

[http://www.cps.chula.ac.th/research\\_division/article\\_ageing/ageing\\_001.html](http://www.cps.chula.ac.th/research_division/article_ageing/ageing_001.html).

7. สุวิมล ตรีภานันท์. (2555). การวิเคราะห์ตัวแปรพหุในงานวิจัยทางสังคมศาสตร์. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
8. Hair, Joseph, Robert Bush, and David Ortinau (2003), Marketing Research: Within A changing information environment (2nd ed.). London: McGraw-Hill.
9. บูรพา พันธุ์สวัสดิ์ สิริกาญจน์ เชิดชู อธิปัติย์ จันทร์เกษ พรารณา ปุณณกิติเกษม พงศ์พัฒน์ ตั้งคะประเสริฐ และตรีทศ เหล่าศิริหงษ์ทอง. (2554). นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุผ่านระบบบริการทางไกล. วารสารสภาการพยาบาล. 26(ฉบับพิเศษ) ; 5-16.
10. สมาน ลอยฟ้า.(2554). ผู้สูงอายุกับเทคโนโลยีสารสนเทศ. วารสารสารสนเทศศาสตร์. 29(2) ; 53-64.
11. มาลี ถ้ำสกุล. (2556). สารสนเทศและสารสนเทศศาสตร์. ใน เอกสารการสอนชุดวิชา สารสนเทศศาสตร์เบื้องต้นหน่วยที่ 1-5, หน้า 13-14. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.กระทรวงสาธารณสุข.

PPR-007

## ตัวชี้วัดสุขภาพปริกำเนิด: ปัจจัยเสี่ยงด้านมารดาและทารก

ทวิลาภ ตันสวัสดิ์<sup>1</sup>  
สมศักดิ์ เจษฎาพรชัย<sup>2</sup>  
ศรรัฐ เสงเจริญ<sup>1</sup>  
รัชนนต์ ธีรรดา<sup>1</sup>  
เวธกา กลิ่นวิจิต<sup>1</sup>  
พวงทอง อินใจ<sup>1</sup>คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา<sup>1</sup>  
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานภาพตัวชี้วัดสุขภาพปริกำเนิด ปัจจัยเสี่ยงของการทำสูติศาสตร์หัตถการ การเกิดตกเลือดหลังคลอด น้ำหนักเด็กแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม การคลอดก่อนกำหนด และการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ของมารดาที่มาคลอดและเด็กแรกเกิดที่มารับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 998 ราย โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและสัมภาษณ์มารดา การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์

ผลการวิจัยพบว่ามารดาที่มาคลอดส่วนใหญ่อยู่นั้นอยู่ในช่วงอายุ 25-29 ปี มารดาที่มีการฝากครรภ์มากถึงร้อยละ 98.1 อายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกของมารดาส่วนใหญ่จะฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 52.3 ส่วนใหญ่มารดาได้รับการตรวจครรภ์มากกว่า 8 ครั้งร้อยละ 53.6 มารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 2.7 มารดาที่มีภาวะซีดร้อยละ 17.5 วิธีการคลอดส่วนใหญ่โดยการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 54.1 และคลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 44.8 ข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอดของมารดาพบว่าร้อยละ 39.8 มีการดำเนินการคลอดล้มเหลว มารดาร์้อยละ 1 มีรกค้างและต้องล้วงรก มารดาร์้อยละ 1 มีอาการตกเลือดหลังคลอด จำนวนทารกที่คลอดที่คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 9.6 เด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม มีร้อยละ 7.1 ทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนหลังคลอดร้อยละ 5.2 ทารกมีอาการหอบเหนื่อยร้อยละ 1.2

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำสูติศาสตร์หัตถการนั้นพบว่า อายุของมารดาที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการทำผ่าตัดคลอด ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการคลอดที่มีรกค้างและต้องล้วงรก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมารดาที่มีการตกเลือดหลังคลอดได้แก่ การไม่ฝากครรภ์ อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกมาก จำนวนการฝากครรภ์น้อย ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ วิธีการคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ การคลอดที่มีรกค้างและต้องล้วงรก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักเด็กแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม ได้แก่การไม่ฝากครรภ์ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์น้อย และมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์น้อย และมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ปัจจัยที่ทำให้มีภาวะทารกขาดออกซิเจนหลังคลอดได้แก่มารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์และการคลอดที่น้ำคร่ำมีสีเขียว ปัจจัยที่ทำให้ทารกมีภาวะหายใจหอบเหนื่อยหลังคลอดได้แก่การคลอดที่น้ำคร่ำมีสีเขียว น้ำหนักเด็กแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม และทารกคลอดก่อนกำหนด

ตัวชี้วัดสุขภาพปริกำเนิดหลายตัวที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายงานอนามัยแม่และเด็กของกระทรวงสาธารณสุขและอัตราการผ่าตัดคลอดก่อนข้างสูงควรจะวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงและวางแนวทางการป้องกันและแก้ไขต่อไป การรณรงค์ให้มารดาได้รับการฝากครรภ์ทุกคนตั้งแต่อายุครรภ์น้อย และมารับการตรวจอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกแรกเกิด รวมทั้งการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกแรกเกิดเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ตัวชี้วัดสุขภาพปริกำเนิดดีขึ้น

**คำสำคัญ :** สุขภาพปริกำเนิด, ปัจจัยเสี่ยงด้านมารดา, ปัจจัยเสี่ยงด้านทารก

### Abstract

This research aims to study perinatal health indicators, risk factors for obstetrical procedures, postpartum hemorrhage, low birth weight, Preterm labor and birth asphyxia in 998 mothers and newborns delivered in Burapha University Hospital and Somdej Na Sriracha Hospital. Data was collected from medical records and interview mothers. Data was analysed as descriptive statistics and Analytical statistics.

The study found that most of the mothers are 25-29 years old, had antenatal care 98.1 percent, gestational age at first antenatal visit mostly before 12 weeks 52.3 percent, had more than eight times visits in antenatal care 53.6 percent, had hypertension during pregnancy 2.7 percent, performing cesarean section 54.1 percent and normal labor was 44.8 percent, indication for cesarean section mostly was unprogress labor 39.8 percent, retained placenta and manual removal of placenta was 1 percent and postpartum hemorrhage was 1 percent. Number of infants born with birth weight less than 2,500 grams was 7.1 percent, preterm labor was 9.6 percent, birth asphyxia was 5.2 percent, infants had respiratory distress 1.2 percent.

The factor that associated with obstetric intervention was age of the mother, the older was associated with cesarean section. Hypertension during pregnancy is associated with retained placenta and manual removal of placenta. Factors associated with maternal postpartum hemorrhage included no antenatal care, less number of antenatal care visits, more gestational age at first antenatal visit, hypertension during pregnancy, vacuum extraction for delivery, retained placenta and manual removal of placenta.

Factors associated with low birth weight were no antenatal care, less number of antenatal care visits and hypertension during pregnancy. Factors associated with preterm labor were less number of antenatal care visits and hypertension during pregnancy. Factors associated with birth asphyxia were hypertension during pregnancy and meconium stained amniotic fluid. Factors associated with neonatal dyspnea were meconium stained amniotic fluid, low birth weight and preterm labor.



Many perinatal health indicators that did not achieve maternal and child health goals of Ministry of Public Health and the cesarean section rate was relatively high should be determine the root causes for prevention and management planning in the future. Campaign of antenatal care at early gestational age and regularly antenatal care visits for all mothers to reduce the maternal and neonatal complications including the prevention of risk factors that can cause complications to the mothers and newborns are important for improving perinatal health indicators.

**Keywords :** Perinatal health, Maternal risk factor, Neonatal risk factor

PPR-008

## Medical and Economic Burden of Chronic Hepatitis B Patients at Queen Savang Vadhana Memorial Hospital

Chuenrutai Yeekian (MNS)<sup>1</sup>Nopavut Geratikornsupak (MD)<sup>1</sup>Pongsak Chumpongthong (MD)<sup>1</sup>Sirinat Tongsir (MD)<sup>2</sup>Jittima Dhitavat (MD)<sup>3</sup>Benjaluck Phonrat (MSc)<sup>3</sup>Punnee Pitisuttithum (MBBS, DTM&H)<sup>3</sup>Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society, Chonburi<sup>1</sup>Faculty of Medicine, Mahasarakham University, Mahasarakham<sup>2</sup>Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University, Bangkok<sup>3</sup>

### OBJECTIVE:

To study and compare the medical and economic burden among chronic hepatitis B (CHB) patients.

### MATERIAL AND METHOD:

A prospective observational study was conducted among 129 adult CHB patients. The medical burden was assessed by using the EuroQol-5D (EQ-5D) and the Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) at initial day, the six and 12-month follow-up. The economic burden was assessed in term of total cost per case per year.

### RESULT:

At one-year follow-up, the mean age of 129 patients was 41.6 (SD = 11.8) years. For medical burden at over time, CHB with antiviral drugs (ARV) for hepatitis B infection had a significant decreased in percentage of anxiety, and increased the mean (SD) CLDQ score. The mean total costs per case per year of CHB without ARV (52 cases), CHB with antiviral drugs (50 cases), and CHB with cirrhosis/hepatocellular carcinoma (HCC) with ARV (27 cases) were significantly different ( $p < 0.001$ ) with USD 615.9 (SD = 688.0), 1,777.4 (SD = 1,220.4), and 2,651.3 (SD = 3,885.0), respectively.

### CONCLUSIONS:

CHB causes a great economic burden in Thailand. Early antiviral drugs treatment prevents complication in CHB patients.

J Med Assoc Thai Vol.97 No.4 2014



**PPR-009**

**ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ป่วยนอก  
ที่เป็นโรคดังกล่าวในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา**

ทิพวรรณ วงเวียน  
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

**วัตถุประสงค์:**

เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคดังกล่าว และเปรียบเทียบความรู้ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยด้านประชากรและสังคมแตกต่างกัน

**วิธีการศึกษา:**

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยนอกที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจส่วนบนในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 93 ราย ในเดือนตุลาคม 2555 - มกราคม 2556 โดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง

**ผลการศึกษา:**

ผู้ป่วยในโรคนี้นี้มีคะแนนความรู้เฉลี่ย  $2.5 \pm 1.9$  คะแนน จากคะแนนเต็ม 8.0 คะแนน ส่วนใหญ่ได้คะแนน 0-3 คะแนน (ร้อยละ 77.4) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อว่า ยาปฏิชีวนะเป็นยาที่ปลอดภัยและไม่เคยมีใครตายจากการใช้ยา (ร้อยละ 91.4) การกินยาปฏิชีวนะช่วยรักษาอาการไข้ จาม น้ำมูกไหล ไอ และเจ็บคอ (ร้อยละ 90.3) และยาปฏิชีวนะสามารถฆ่าเชื้อได้ทุกชนิด (ร้อยละ 77.4) และผู้ป่วยที่อ่านข้อมูลจากโปสเตอร์รณรงค์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลมีคะแนนความรู้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้อ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.022$ )

**สรุป:**

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจส่วนบนมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคนี้นี้ ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาล

วารสารเภสัชกรรมไทย ปีที่ 6 เล่มที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2557

## PPR-010

### ผลของการดื่มน้ำต่อการบริจาคโลหิตในคนปกติที่มีความดันโลหิตต่ำ

วรวัตร ตั้งพูนผลวิวัฒน์<sup>1</sup>

สุญาดา จิรธัญญา<sup>1</sup>

ชินุทัทัย ยี่เซียน<sup>1</sup>

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

#### ที่มา:

คนปกติที่มีการออกกำลังกายและมีสุขภาพดี อาจมีความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่สามารถบริจาคโลหิตได้ เนื่องจากเกณฑ์การบริจาคโลหิตข้อหนึ่งคือ ต้องมีความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับหรือมากกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท

#### วัตถุประสงค์:

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการดื่มน้ำต่อความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจและการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการบริจาคโลหิตระหว่างผู้บริจาคโลหิตที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำกับผู้บริจาคโลหิตที่มีความดันโลหิตปกติ

#### วิธีการศึกษา:

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองในอาสาสมัครที่ผ่านเกณฑ์การเป็นผู้บริจาคโลหิต แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีความดันโลหิตต่ำ (90-99 มิลลิเมตรปรอท) จำนวน 150 ราย และกลุ่มที่มีความดันโลหิตปกติ (100-140 มิลลิเมตรปรอท) จำนวน 159 ราย ให้อาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่ม ดื่มน้ำ 400 มิลลิลิตร และนั่งพักเป็นเวลา 20 นาที เมื่อบริจาคโลหิตเสร็จให้นอนพักเป็นเวลา 15 นาที นั่งพักอีก 5 นาที วัดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ 4 ครั้ง ได้แก่ ก่อนการดื่มน้ำ หลังการดื่มน้ำทำนั่ง หลังการดื่มน้ำทำนอน และหลังการบริจาคโลหิตทำนั่ง และบันทึกการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังการบริจาคโลหิต

#### ผลการศึกษา:

กลุ่มผู้บริจาคโลหิตที่มีความดันโลหิตต่ำและกลุ่มที่มีความดันโลหิตปกติ มีอายุเฉลี่ยไม่แตกต่างกันเท่ากับ  $31.3 \pm 8.0$  และ  $32.4 \pm 7.1$  ปี ตามลำดับ ความดันโลหิตซิสโตลิก/ไดแอสโตลิกเฉลี่ยก่อนการดื่มน้ำของกลุ่มที่มีความดันโลหิตต่ำและความดันโลหิตปกติ เท่ากับ  $93.8 \pm 43.6/63.8 \pm 8.0$  และ  $120.4 \pm 11.0/75.3 \pm 8.6$  มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ภายหลังจากดื่มน้ำความดันโลหิตซิสโตลิกของทั้ง 2 กลุ่มเพิ่มขึ้น  $13.7$  และ  $3.4$  มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ทั้ง 2 กลุ่มมีอัตราการเต้นของหัวใจระหว่างการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนอัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังการบริจาคโลหิตไม่แตกต่าง ในกลุ่มผู้บริจาคโลหิตที่มีความดันโลหิตปกติพบร้อยละ  $21.4$  และผู้มีภาวะความดันโลหิตต่ำพบร้อยละ  $23.3$

สรุป:

ผู้ที่มีสุขภาพดีที่มีความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท สามารถบริจาคโลหิตได้อย่างปลอดภัย ภายหลังจากดื่มน้ำประมาณ 400 มิลลิลิตร ก่อนการบริจาคโลหิต 20 นาที โดยมีอัตราการเกิดผลข้างเคียงจากการบริจาคโลหิตไม่แตกต่างจากผู้บริจาคโลหิตที่มีความดันโลหิตซิสโตลิกปกติ

วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต ปีที่ 24 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2557

## PPR-011

### ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

วรรณภา ปัดทพัต (พย.บ.)

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

#### วัตถุประสงค์:

เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

#### วิธีการศึกษา:

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง โดยคัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 จำนวน 177 ราย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาในช่วงเดือนตุลาคม 2555 – เดือนเมษายน 2556 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน เลขรหัสประจำตัวผู้ป่วย และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

#### ผลการศึกษา:

ร้อยละ 50.3 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 44.1 กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 78.8 และกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 43.5 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 73.07 ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 23.07 และระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 3.86 กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง มีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 80.77 ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 19.23 ส่วนกลุ่มโรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม มีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 67.57 ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 29.73 และในระดับที่รุนแรง คิดเป็นร้อยละ 2.70

#### สรุป:

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ การคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าควรดำเนินการควบคู่ไปกับการดูแลทางกาย และให้การพยาบาลช่วยเหลือหรือส่งต่อจิตแพทย์ หากพบความรุนแรงที่อาจทำให้เสียชีวิตได้

วารสารโรงพยาบาลชลบุรี ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2557

**PPR-012**

**Low Urine Output during the First Twenty-Four Hours after Total Knee Arthroplasty**

Yutthana Khanasuk MD<sup>1</sup>

Aree Tanavalee MD<sup>2</sup>

Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, Sriracha, Chonburi<sup>1</sup>

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok<sup>2</sup>

**BACKGROUND:**

Low urine output (LUO) for six hours is defined as the stage that is at risk of acute renal failure. Major surgeries with a bloodless field, such as total knee arthroplasty (TKA), may be associated with LUO; however, there has been no study addressing this point. The present study evaluated the incidence of LUO and the effect of fluid balance on LUO in TKA patients during the first 24 hours after surgery.

**MATERIAL AND METHOD:**

The authors retrospectively evaluated 257 uncomplicated patients undergoing unilateral TKA during the first 24 hours after surgery. Patients' demographic data, intra-operative intravenous (IV) fluid replacement, postoperative IV fluid replacement, oral fluid intake, total fluid intake, postoperative urine output, blood collected from the drain, and the total visible fluid output during the first 24 hours after surgery were collected and evaluated.

**RESULT:**

The incidence of LUO was 19.1% (49/257) in the studied group. There were no significant differences in patients' demographic data between the LUO and normal urine output (NUO) groups. Comparing the LUO and NUO groups, the LUO group had a lower volume of intra-operative fluid replacement, with statistical significance. There were no differences in postoperative IV fluid replacement and postoperative oral fluid intake between groups. Although 80.5% of the studied group had IV fluid replacement at a less than ideal level, at discharge there was no patient suffering from renal complications related to LUO.

**CONCLUSIONS:**

Urine output is one of the common monitoring parameters of fluid balance in the perioperative period; it should be  $\geq 0.5$  mL/kg/h. Prolonged low urine output for six hours and for 12 hours are categorized as causing risk and injury to the kidney, respectively. The incidence of LUO at our institution during the first 24 hours after TKA is not uncommon and is significantly related to intra-operative fluid replacement. Fortunately, all LUO patients had further fluid replacement, resulting in no renal complications at discharge. As eighty percent



of patients had less than ideal fluid replacement, and patients having LUO during the first 24 hours had a significantly lower volume of intra-operative fluid replacement, the authors propose reconsidering perioperative fluid replacement in TKA patients, especially intra-operative IV fluid to avoid LUO.

J Med Assoc Thai 2015; 98(Suppl. 1): S42-S48



ผลงานนำเสนอแบบโปสเตอร์  
ประเภท นวัตกรรม-สิ่งประดิษฐ์  
(Poster Presentation)

PPI-001

## กล่องใส่ขวด Chest Drain หน้าใส

อุษณีย์ จรเขต<sup>1</sup>

อรุณศรี นาวารี<sup>1</sup>

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

### 1. ชื่อผลงาน

กล่องใส่ขวด Chest Drain หน้าใส

### 2. คำสำคัญ :

กล่อง Chest Drain

### 3. สรุปผลงานโดยย่อ :

ตึกสิริกิติ์ชั้น 5 เป็นตึกศัลยกรรมและอายุรกรรมพิเศษ ได้รับผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอก (Inter Costal Drainage : ICD ) จากภาวะเยื่อหุ้มปอดมีเลือดหรือลม การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สาย ICD มีความเสี่ยงที่ เกิดขึ้นคือการลื่นหลุดของขวด Chest drain ในขณะที่ยกขึ้นเพื่อตรวจเช็ค ปริมาณสารคัดหลั่ง จึงจัดทำ นวัตกรรม “กล่องใส่ขวด Chest drain หน้าใส” ทำให้สะดวกและปลอดภัยขณะตรวจเช็ค ปริมาณสารคัด หลั่ง และยังสามารถตรวจเช็คการทำงานของระบบได้โดยไม่ต้องยกขวดขึ้น

### 4. ชื่อและที่อยู่ขององค์กร :

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ตึกสิริกิติ์ชั้น 5

### 5. สมาชิกทีม :

อุษณีย์ จรเขต หัวหน้าหอผู้ป่วย

อรุณศรี นาวารี ผู้ช่วยพยาบาล

### 6. เป้าหมาย : ระบุเป้าหมายของโครงการในหนึ่งประโยคโดยมี format ดังนี้:

เพิ่มความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันจากการแตกของขวด Chest drain และเพื่อความ สะดวกในการตรวจเช็คปริมาณของสารคัดหลั่งและการทำงานของระบบ

### 7. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ : ระบุว่าปัญหาที่ต้องการแก้ไขคืออะไรมีผลกระทบต่องานหรือการดูแลผู้ป่วย อย่างไรเกิดขึ้นที่ไหนเกี่ยวข้องกับใครบ้างมีสาเหตุสำคัญจากอะไร

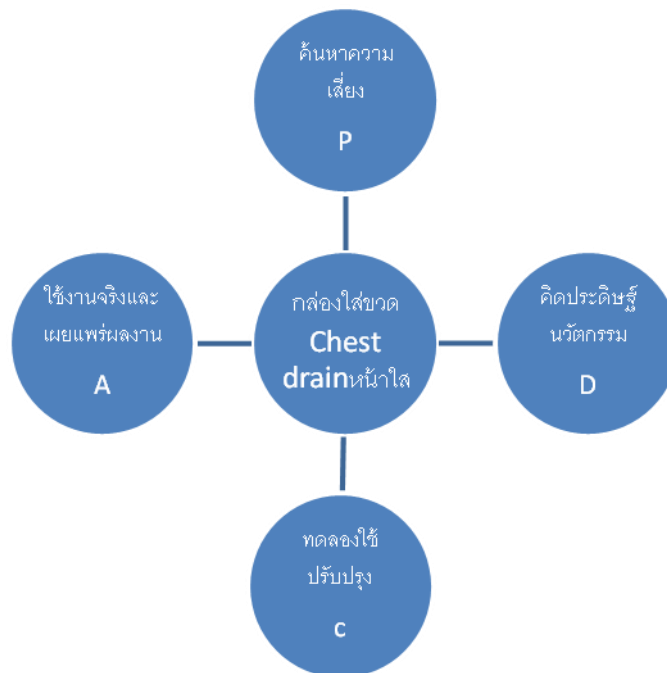
ผู้ป่วยที่ ใส่ท่อระบายทรวงอก ( Inter Costal Drainage : ICD ) ในขณะยกขวดขึ้นเช็คปริมาณสาร คัดหลั่งเกิดอุบัติเหตุขวดลื่นหลุดจากมือ ( แต่สามารถรับไว้ได้ทัน ) ซึ่งเป็นความเสี่ยงสูง ถ้าเกิดการแตกขึ้น โอกาสที่จะภาวะถุงลมปอดแฟบ (lung collapse) จากการที่อากาศภายนอกเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด จาก เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทางหน่วยงานจึงได้มาค้นหาความเสี่ยงในการแตกของขวด Chest drain พบว่าโอกาสที่จะ เกิดความเสี่ยงได้ดังนี้ 1. ในขณะที่เคลื่อนย้าย 2. ในขณะที่เช็คปริมาณและการทำงานของระบบ จึงได้ประดิษฐ์



นวัตกรรมกล่องใส่ขวด chest drain หน้าใส ซึ่งเดิมกล่องใส่ขวด Chest drain เป็นกล่องไม้ทึบ 4 ด้าน ได้ประดิษฐ์ใหม่ ทำเป็นกล่องไม้ด้านหน้าเป็นแผ่นอะคริลิคใส มีหูหิ้ว ทำให้เห็นปริมาณของสารคัดหลั่งได้โดยไม่ต้องยกขึ้น และสามารถเคลื่อนย้ายได้สะดวก หลังจากทดลองใช้งาน พบว่า ขณะหิ้วกล่อง กล่องแกว่งไปมาได้ จึงทำตัว Lock หูหิ้ว ป้องกันการแกว่งในขณะที่เคลื่อนย้ายและส่วนของหูหิ้ว ยังใช้เป็นส่วนที่ stap plaster ป้องกันการหักพังของสาย

#### 8. กิจกรรมการพัฒนา :

- ค้นหาปัญหาความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้น พัฒนารูปแบบ การดูแล คัดค้านวัตกรรม
- ออกแบบนวัตกรรม โดย ประดิษฐ์เป็นกล่องไม้สี่เหลี่ยมด้านหน้าเป็นแผ่นอะคริลิคใสมีหูหิ้ว
- ทดลองใช้ พบปัญหา กล่องแกว่งขณะเคลื่อนย้าย
- แก้ปัญหา ทำตัว Lock หูหิ้ว สามารถหิ้วไปมาได้สะดวกและสามารถใช้ส่วนของหูหิ้ว lock สายไม่ให้หักพัง
- นำเสนอวิธีการใช้งานนวัตกรรม “กล่องใส่ขวด Chest Drain หน้าใส ” ให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน
- ทดสอบการใช้งานจริงกับผู้ป่วย ที่มีท่อระบายทรวงอก จำนวน 15 ราย





กล่องใส่แบบเดิม



กล่องใส่ขวด Chest Drain หน้าใส

ค่าใช้จ่าย	ชนิด ใส่ 1ขวด	ราคากล่องละ	150	บาท
	ชนิด ใส่ 2 ขวด	ราคากล่องละ	250	บาท
	ชนิด ใส่ 3ขวด	ราคากล่องละ	350	บาท

### 9. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

ระยะเวลา เมษายน 2555 ถึง เมษายน 2556

จากการนำไปใช้ในผู้ป่วยที่มีท่อระบายทรวงอกจำนวน 15 ราย พบว่า

- ความสะดวกในการใช้งาน = ร้อยละ 100
- อัตราการเกิดขวด ICD ตกแตก = 0
- อัตราความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่พยาบาล และทีมแพทย์ผู้รักษา = ร้อยละ 100

### 10. บทเรียนที่ได้รับ :

- ผู้ป่วยมีความมั่นใจในเรื่องความปลอดภัย ในขณะที่ต้องใส่สาย Chest drain ไม่เกิดอุบัติเหตุการฉีกขาด ICD ตกแตก
- สามารถขยายผลของนวัตกรรม “ กล่องใส่ขวด Chest drain หน้าใส ” ไปยังหอผู้ป่วยอื่น ๆ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ได้

### 11. การติดต่อกับทีมงาน :

อุษณีย์ จรเขต มือถือ 0892523192 , 038 – 320200 ต่อ 1185

E mail : kai\_mt@hotmail.com

PPI-002

## ก้นขวดนวดฝ่าเท้า

นางสาวนันทนาวดี บุญขวัญ<sup>1</sup>  
นางสาวนริศรา ดิลกกลาก<sup>1</sup>  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อผลงาน : ก้นขวดนวดฝ่าเท้า
2. คำสำคัญ : การนวดฝ่าเท้าด้วยก้นขวด
3. เป้าหมาย : เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ดูแลสุขภาพเท้าด้วยตนเอง
4. หลักการและเหตุผล :

เท้าเป็นอวัยวะที่มักถูกละเลย แต่มีความสำคัญที่ต้องดูแลเป็นอย่างดีเพราะนอกเหนือจากการแบกน้ำหนักของร่างกายและการใช้งานในแต่ละวันแล้วยังเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและอุบัติเหตุได้มากกว่าอวัยวะอื่น ๆ การกระตุ้นฝ่าเท้าเปรียบเสมือนการกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและระบบประสาท ทำให้เลือดไหลเวียนได้ดี ส่งผลให้อวัยวะต่างๆของร่างกายทำงานได้อย่างสมดุล อีกทั้งเป็นการลดความเมื่อยล้าที่เกิดจากการใช้งานเท้าในแต่ละวัน ช่วยลดอาการตึงและอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมักจะมีอาการเท้าชาร่วมด้วย หรือผู้ที่ชอบเป็นตะคริวที่เท้า ซึ่งอาการเหล่านี้มีสาเหตุมาจากเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมหรือเกิดจากเส้นเลือดมาเลี้ยงที่ขาตีบตันจึงทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลง การกวดจุดนวดฝ่าเท้าจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถช่วยลดอาการดังกล่าวของผู้สูงอายุได้

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ได้เปิดการให้บริการแพทย์แผนไทย โดยมีบริการบำบัด รักษา และส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ได้แก่ นวดแผนไทย ประคบสมุนไพร และส่งเสริมสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มักมีอาการเป็นตะคริวที่เท้าและน่องเวลากลางคืน และมีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ส่งผลให้มีอาการชาปลายเท้า งานแพทย์แผนไทยกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพเท้าของผู้สูงอายุ จึงมีแนวคิดบูรณาการความรู้ด้านแพทย์แผนไทยในการป้องกัน สร้างเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยการจัดทำนวัตกรรม “ก้นขวดนวดฝ่าเท้า” โดยใช้วัสดุเหลือใช้มาประยุกต์ใช้ในการทำนวัตกรรม ให้กับผู้สูงอายุเพื่อใช้เป็นทางเลือกในการช่วยลดอาการดังกล่าวได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งสามารถนำไปเป็นแบบอย่างในการนำไปใช้ที่บ้านได้อีกด้วย

### 5. วัตถุประสงค์ :

- 5.1 เพื่อให้ผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไปได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเท้าด้วยตนเอง
- 5.2 เพื่อนำวัสดุเหลือใช้ในชีวิตประจำวันมาใช้ให้เกิดประโยชน์
- 5.3 เพื่อให้ผู้รับบริการนวดแผนไทย ได้ใช้เวลาว่างระหว่างการรอรับบริการให้เกิดประโยชน์
- 5.4 เพื่อให้ประชาชนสามารถนำนวัตกรรมนี้ไปประยุกต์ใช้ที่บ้านได้

## 6. วัสดุที่ใช้ :

1. ขวดน้ำอัดลม ขนาด 1.5 ลิตร จำนวน 70 ขวด
2. ไม้กระดาน สำหรับทำพื้น ขนาดกว้าง 75 เซนติเมตร ยาว 200 เซนติเมตร จำนวน 1 แผ่น
3. อะลูมิเนียม ใช้ทำเป็นเสา ขนาดยาว 90 เซนติเมตร จำนวน 4 ท่อน
4. อะลูมิเนียม ใช้ทำเป็นราวจับ ขนาด ยาว 220 เซนติเมตร จำนวน 2 ท่อน
5. ปูนคอนกรีต ไว้สำหรับอัดใส่ในขวดน้ำอัดลม
6. นี้อต

## 7. วิธีการดำเนินงาน :

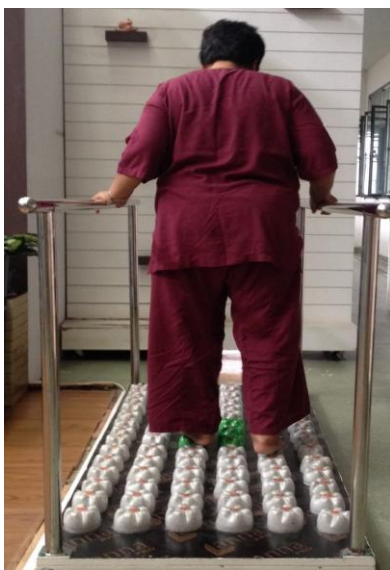
1. นำอะลูมิเนียมที่ทำเป็นเสามายึดกับพื้นไม้ที่เตรียมไว้ 4 มุม
2. นำอะลูมิเนียมที่ทำเป็นราวจำนวน 2 อัน มายึดกับเสาเหล็ก โดยใช้การเชื่อมเหล็กติดกัน
3. นำขวดน้ำอัดลมมาตัดเอาเฉพาะก้นขวด ขนาดสูง 5 เซนติเมตร
4. นำขวดน้ำอัดลมที่ตัดแล้ว มาล้างให้สะอาด แล้วไปผึ่งให้แห้ง
5. นำปูนคอนกรีตมาอัดใส่ในก้นขวดที่เตรียมไว้ โดยใช้นี้อตใส่ก่อน เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของก้น

ขวด รอจนกว่าปูนคอนกรีตในก้นขวดแห้งสนิท

6. นำก้นขวดที่ใส่ปูนคอนกรีตแล้ว มาคว่ำเรียงบนพื้นไม้ที่เตรียมไว้ตามรูที่เจาะไว้ ระยะห่างระหว่างก้นขวด 2 เซนติเมตร เรียงเป็นแถวจำนวน 5 แถว แถวละ 14 ขวด โดยใช้นี้อตยึดก้นขวดกับพื้นไม้

## 8. วิธีการใช้งาน :

1. ถอดรองเท้า
2. เช็ดเท้าให้สะอาด จากนั้นวางเท้าทั้ง 2 ข้าง วางบนก้นขวด โดยเหยียบให้เต็มฝ่าเท้า
3. ให้มือจับราวทั้ง 2 ข้าง เพื่อให้เกิดการทรงตัวในขณะที่เหยียบ
4. เดินบนก้นขวด โดยเดินแบบธรรมชาติไป-กลับ จำนวน 5 รอบ
5. เริ่มออกแรงทิ้งน้ำหนักตัวไปที่เท้าข้างซ้าย (นับ 1-2-3) แล้วค่อย ๆ ทิ้งน้ำหนักตัวไปที่เท้าข้างขวา (นับ 1-2-3) แล้วเดินไป-กลับ ประมาณ 5 นาที



### 9. ข้อควรระวัง :

1. ผู้ที่มีแผลบริเวณเท้าห้ามเดินกั้นขบวนรถฝ่าเท้า
2. ควรหมั่นตรวจเช็คอุปกรณ์กั้นขบวนรถฝ่าเท้า เนื่องจากอาจมีการชำรุดทำให้เสี่ยงต่ออุปกรณ์ที่ม  
แทง เท้าของผู้ใช้บริการได้

### 10. ประโยชน์ที่ได้รับจากการนวดฝ่าเท้าด้วยกั้นขบวนรถ :

1. เป็นการบริหารเท้า ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตบริเวณเท้า
2. ช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทบริเวณเท้า
3. เป็นการฝึกสมาธิในขณะที่เดิน



### 11. การวัดผลโครงการ: วัดความพึงพอใจจากการทดลองใช้ :

ผลของการเปลี่ยนแปลง : ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจจากนวดฝ่าเท้าด้วยกั้นขบวนรถ  
จากการเก็บข้อมูลจากแบบสำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการนวัตกรรม “ กั้นขบวนรถฝ่าเท้า” ของ  
ผู้รับบริการนวัตกรรมกั้นขบวนรถฝ่าเท้าจำนวน 40 คน พบว่า ทุกประเด็นมีความพึงพอใจมากกว่า 3.5  
คะแนน

ประเด็นความพึงพอใจ	คะแนนความพึงพอใจ
1. ความเหมาะสมของขนาด รูปร่าง ของกันขวดที่นำมาใช้	4.01
2. ความมั่นคงปลอดภัยของฐานที่ใช้วางกันขวดและราวจับ ด้านข้างลำตัวเวลาเดิน	4.23
3. ปริมาณจำนวนกันขวดที่ใช้เดิน	3.6
4. วัสดุที่นำมาใช้มีความเหมาะสม	3.53
5. มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า	4.6
6. หลังจากเดินกันขวด กล้ามเนื้อขาและเท้ายึดเหยียดได้มากขึ้น	4.2
7. อาการขาหรืออาการปวดเมื่อยของฝ่าเท้าลดลงหลังจากเดินบนกันขวด	4.16

## 12. สรุปผลงานโดยย่อ :

การนวดฝ่าเท้าด้วยกันขวด เป็นการดูแลฝ่าเท้าด้วยตนเอง ช่วยคลายความเมื่อยล้าของฝ่าเท้า  
ชื่อและที่อยู่ขององค์กร : นางสาวนันทนาวดี บุญขวัญ และนางสาวนริศรา ดิลกกลาก  
งานแพทย์แผนไทย กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

PPI-003

## u/s guide ในเจลลี่

นางสาววีรวัลย์ แสนสวัสดิ์และสมาชิก

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา : u/s guide ในเจลลี่
2. คำสำคัญ : u/s guide biopsy
3. สรุปผลงานโดยย่อ : เป็นอุปกรณ์เพื่อให้แพทย์และนักศึกษาแพทย์ เรียนรู้และฝึกทักษะการตรวจ u/s guide biopsy, needle biopsy of breast
4. ชื่อและที่อยู่ขององค์กร : งานรังสีวิทยาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยบูรพา
5. สมาชิกทีม : งานรังสีวิทยาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์

1. แพทย์หญิงศรสุภา ลิ่มเจริญ	รังสีแพทย์	ที่ปรึกษา
2. นางสาววีรวัลย์ แสนสวัสดิ์	นักรังสีการแพทย์	
3. นางสาวเกศราภรณ์ ขาววิเศษ	นักรังสีการแพทย์	
4. นางสาวผาณิต ฤกษ์ยินดี	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ	
5. นายไพศาล หรุ่นโพธิ์	นักรังสีการแพทย์	
6. นายประโชติ รัตนดิลก ณ ภูเก็ต	รังสีการแพทย์ชำนาญการ	
7. นางสาววีรวัลย์ บัวงาม	ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ	
8. นางสาวอัญชลี เจริญสุข	ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ	
9. นายวัชร อูปถัมภ์	ผู้ปฏิบัติงานวิทยาศาสตร์	
10. นายปิติพร พิมพิพัฒน์	ผู้ปฏิบัติงานวิทยาศาสตร์	
11. นางสาววิลาวรรณ วิชัยคำ	ผู้ปฏิบัติงานวิทยาศาสตร์	
12. นางสาวเยาวลักษณ์ ลาวัลย์	ผู้ปฏิบัติงานวิทยาศาสตร์	

6. เป้าหมาย : เพื่อให้แพทย์ใช้เรียนรู้และฝึกทักษะการตรวจ u/s guide for needle biopsy of breast

7. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

1. จากข้อกำหนดของแพทยสภา เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2555

หมวดที่ 3 ทักษะการตรวจ การตรวจทางห้องปฏิบัติการและหัตถการที่จำเป็น (Technical and procedural skill)

ระดับที่ 3 หมายถึงหัตถการที่มีความซับซ้อนและอาจทำในกรณีจำเป็น

เมื่อจบแพทยศาสตร์ สามารถอธิบายขั้นตอนการกระทำ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ข้อบ่งชี้ ข้อห้าม สภาพและเงื่อนไขที่เหมาะสม ได้ถูกต้อง เคยช่วยทำ และเมื่อผ่านการเพิ่มพูนทักษะ สามารถทำได้ภายใต้การแนะนำ วินิจฉัย ดูแลบำบัดภาวะแทรกซ้อนภายใต้การแนะนำได้ถูกต้อง

ซึ่งการตรวจ Needle biopsy of breast 85.11 closed [percutaneous][needle] biopsy of breast ถูกบรรจุไว้ในหัตถการระดับที่ 3 ตามเกณฑ์แพทยสภาที่แพทย์เพิ่มพูนทักษะต้องผ่านการทำหัตถการ

## 2. หุ่นจำลองมีราคาแพง



หุ่นจำลอง



หุ่นจำลองที่ผ่านการใช้งาน

## 3. ชิ้นเนื้อสัตว์ มีราคาแพง อาจมีกลิ่นเหม็น อายุการใช้งานสั้น



เนื้อหมู



ภาพอัลตราซาวนด์จากเนื้อหมู

## 8. กิจกรรมการพัฒนา :

การทดลองที่ 1 : ต้มวุ้นในน้ำเดือดใส่ภาชนะทรงสี่เหลี่ยมทิ้งไว้ให้เย็น นำเข้าตู้เย็นให้วุ้นเริ่มแข็งตัว ใส่มะเขือเทศแทรกไว้ในเนื้อวุ้นเพื่อเป็นตัวแทนของก้อนเนื้อในเต้านม นำเข้าตู้เย็นรอให้วุ้นแข็งตัวนำก้อนวุ้นไปอัลตราซาวนด์พบว่า มีฟองอากาศจำนวนมากแทรกอยู่ในเนื้อวุ้นเป็นอุปสรรคต่อการเดินทางของคลื่นเสียง ภาพไม่ได้ชัดเจนและเมื่อคลื่นเสียงผ่านมะเขือเทศ ซึ่งเป็นตัวแทนของก้อนเนื้อ คลื่นเสียงไม่สามารถเดิน



ทางผ่านเนื้อเยื่อเตหัดได้ (เกิด Acoustic shadowing) ทำให้มองไม่เห็นเข็มที่แทงผ่านเข้าไปในเนื้อเยื่อเตหัด

การทดลองที่ 2: ใช้เจลลี่แทนวุ้น เมื่อนำไปอัลตราซาวนด์พบว่าในเจลลี่มีฟองอากาศแทรกอยู่น้อยกว่าในเนื้อวุ้น ได้ภาพอัลตราซาวนด์ที่มีความชัดเจนมากขึ้น ทดลองใส่วัตถุแทรกไว้ในเนื้อเจลลี่ จนพบว่าเนื้อของสาถึ่ ยอมให้คลื่นเสียงผ่านและสะท้อนกลับมายังหัวตรวจได้ดี สามารถมองเห็นเข็มที่ผ่านเข้าไปในเนื้อของสาถึ่ ซึ่งเป็นตัวแทนของก้อนเนื้อได้ดี

#### แนวทางการพัฒนาต่อ

ทำการทดลองต่อเพื่อหาวัตถุที่ใส่แทรกไว้ในเนื้อเจลลี่เพื่อเป็นตัวแทนของรอยโรคอื่น ๆ เช่น หินปูน เส้นเลือด

#### ภาพอัลตราซาวนด์



ภาพอัลตราซาวนด์เนื้อวุ้นและมะเขือเทศ



ภาพอัลตราซาวนด์เจลลี่และเนื้อสาลี



ภาพอัลตราซาวนด์เนื้อหยาบ



ภาพอัลตราซาวนด์ผู้ป่วย

9. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง : ความพึงพอใจของแพทย์ที่ผ่านการฝึกทักษะการตรวจ u/s guide needle biopsy ด้วยก้อนเจลลี่

1. ความชัดเจนของภาพ มีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 90
2. ความสะดวกสบายในการใช้งาน มีความพึงพอใจร้อยละ 100

10. บทเรียนที่ได้รับ :

1. มีอุปกรณ์ให้แพทย์ฝึกทักษะการทำ needle biopsy of breast นอกจากการศึกษากาวิดีโอก่อนการตรวจกับผู้ป่วยจริง
2. แพทย์มีทักษะและมีความมั่นใจมากขึ้น ทำให้ทำการ needle biopsy of breast มีความแม่นยำมากขึ้น



11. การติดต่อกับทีมงาน : งานรังสีวิทยาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา  
มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์ 084 352 9649, (038) 390580, 390324 ต่อ 1106,1107  
email: vrawan\_2556@hotmail.co.th

PPI-004

## สื่อการสอนผู้เป็นเบาหวาน ในคลินิกเบาหวาน

นางสาวสมจิตร วงศ์บรรเจิดแสง  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา : สื่อการสอนผู้เป็นเบาหวาน ในคลินิกเบาหวาน
2. คำสำคัญ : สื่อการสอน ผู้เป็นเบาหวาน คลินิกเบาหวาน
3. สรุปผลงานโดยย่อ: การให้ความรู้แบบเดิมเป็นการให้ความรู้แบบบรรยาย ในช่วงที่ผู้เป็นเบาหวานมารับการตรวจรักษา โดยไม่มีสื่อการสอน ซึ่งผู้ป่วยมักจะไม่มีใครให้ความสำคัญ เนื่องจากมุ่งความสนใจต่อการรอตรวจและ/หรือรอรับยาเพื่อกลับบ้านมากกว่า ส่งผลให้การเรียนรู้ในการควบคุมเบาหวาน เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร จึงได้พัฒนาสื่อการสอนแบบภาพพลิก และได้นำไปใช้ประกอบการสอนให้ความรู้แก่ผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้และผู้เป็นเบาหวานรายใหม่รายบุคคล พบว่า ผู้เป็นเบาหวานมีความตั้งใจในการฟังมากขึ้น มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้ความรู้มากขึ้น และส่วนใหญ่ควบคุมเบาหวานได้ดีขึ้น โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารและน้ำตาลสะสมลดลง
4. ชื่อและที่อยู่ขององค์กร: แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
5. สมาชิกทีม: นางสาวสมจิตร วงศ์บรรเจิดแสง  
พยาบาลผู้จัดการรายการกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง)
6. เป้าหมาย: ผู้เป็นเบาหวานที่ได้รับการสอนรายบุคคลโดยใช้สื่อการสอน มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร (Fasting plasma glucose; FPG) และ/หรือน้ำตาลสะสม (Hemoglobin A1C; HbA<sub>1C</sub>, A1C) ลดลง
7. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: การให้ความรู้แบบเดิมเป็นการให้ความรู้แบบบรรยาย ในช่วงที่ผู้เป็นเบาหวานมารับการตรวจรักษา โดยไม่มีสื่อการสอน ซึ่งผู้ป่วยมักจะไม่มีใครให้ความสำคัญ เนื่องจากมุ่งความสนใจต่อการรอตรวจและ/หรือรอรับยาเพื่อกลับบ้านมากกว่า ทำให้กระบวนการเรียนรู้เป็นการสื่อสารทางเดียว โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้และผู้เป็นเบาหวานเป็นผู้รับฟัง ส่งผลให้การเรียนรู้ในการควบคุมเบาหวานเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร
8. กิจกรรมการพัฒนา: การดูแลรักษาผู้เป็นเบาหวาน เป็นการเน้นให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถควบคุมโรคให้ได้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน และชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ส่งผลให้ผู้เป็นเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข การให้ความรู้จึงมีความสำคัญเพื่อให้ผู้เป็นเบาหวานนำไปใช้ในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรค ซึ่งการให้ความรู้แก่ผู้เป็นเบาหวานรายบุคคลโดยใช้สื่อการสอนแบบภาพพลิก น่าจะเป็นหนทางหนึ่งในการช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานมีความเข้าใจได้ดีขึ้น และควบคุมเบาหวานได้ดีขึ้นมากกว่าการไม่ใช้สื่อ ดังนั้นจึงได้ทำการผลิตสื่อการสอนที่มีการสื่อสารแบบ 2 ทาง ใช้ประกอบการสอนให้ความรู้แก่ผู้เป็นเบาหวานขึ้น เพื่อใช้ประกอบการอธิบายสิ่งที่เข้าใจยากให้เข้าใจง่ายทำให้บทเรียนเป็นที่น่าสนใจและผู้ฟังมีประสบการณ์ร่วมกัน สื่อการสอนนี้ มี 2 ชุด ประกอบด้วย ชุดที่ 1 เบาหวานกับ

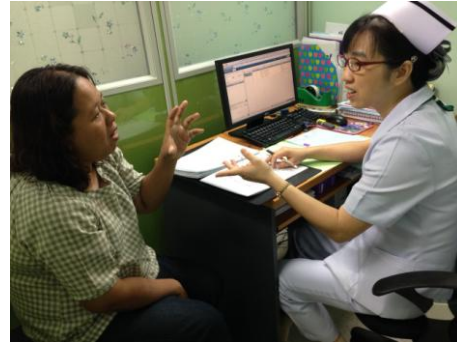
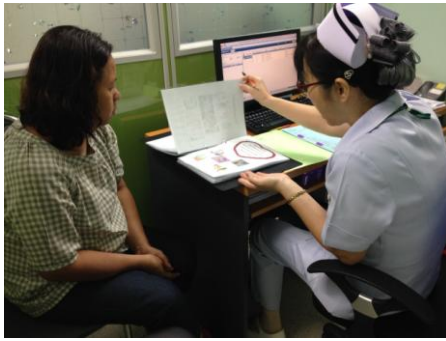
ภาวะแทรกซ้อน และชุดที่ 2 เบาทหวานกับการรับประทานอาหาร และเมื่อสิ้นสุดการให้ความรู้ ผู้สอนได้ให้เอกสารสื่อการสอนชุด 2 แก่ผู้เป็นเบาหวานนำกลับไปทบทวนต่อที่บ้านด้วย

ตัวอย่าง สื่อการสอนแบบภาพพลิก



ปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่ม (เทียบน้ำตาลทุกชนิด)		
ชื่อเครื่องดื่ม	ปริมาณส่วนที่กิน	ปริมาณน้ำตาล (ช้อนชา)
 เบียร์	๑ ลิตร	๘-๙
 โยเกิร์ต ไซมันเต้า	๑ ถ้วย (ขนาด ๒๔๐ ซีซี)	๗
 น้ำอัดลมโคล่า	๑ กระป๋อง (ขนาด ๓๒๕ ซีซี)	๘-๙
 เอ็ม 150	๑ ขวด (ขนาด ๑๕๐ ซีซี)	๕-๖
 ยาคุลท์	๑ ขวด (ขนาด ๘๐ ซีซี)	๓.๕
 นมเปรี้ยว	๑ ถ้วย (๑๘๐ ซีซี)	๗
 น้ำส้ม ๑๐๐%	๑ ขวด (๑๘๐ ซีซี)	๕
 กาแฟผสม แบบซอง (3in 1)	๑ ซอง	๓-๕
 ชาเขียว สูตร ต้นตำหรับ	๑ ขวด (ขนาด ๕๐๐ ซีซี)	๙-๑๐
 โอวันตินกล่อง	๑ ถ้วย (ขนาด ๑๘๐ ซีซี)	๗.๕

ตัวอย่าง การใช้สื่อการสอนแบบภาพพลิกในการให้ความรู้

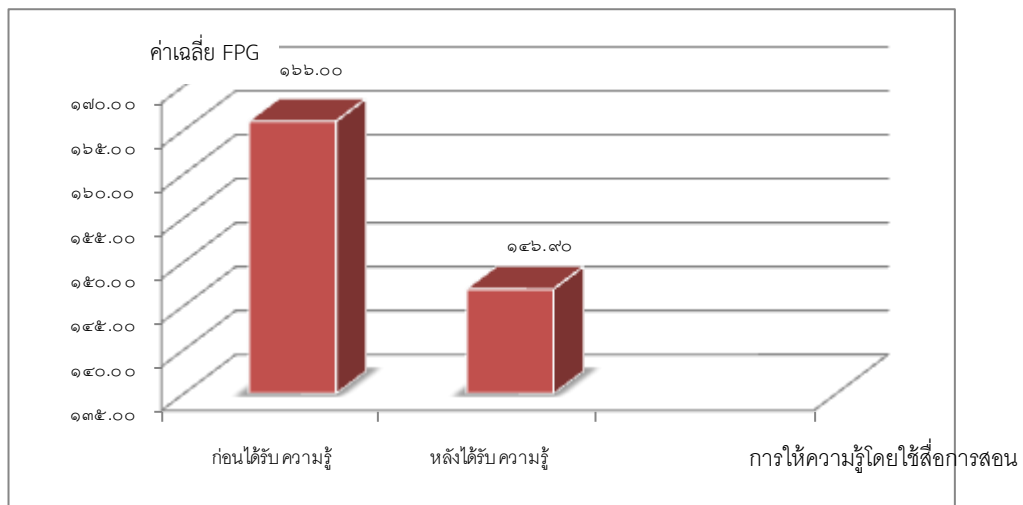


### 9. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง:

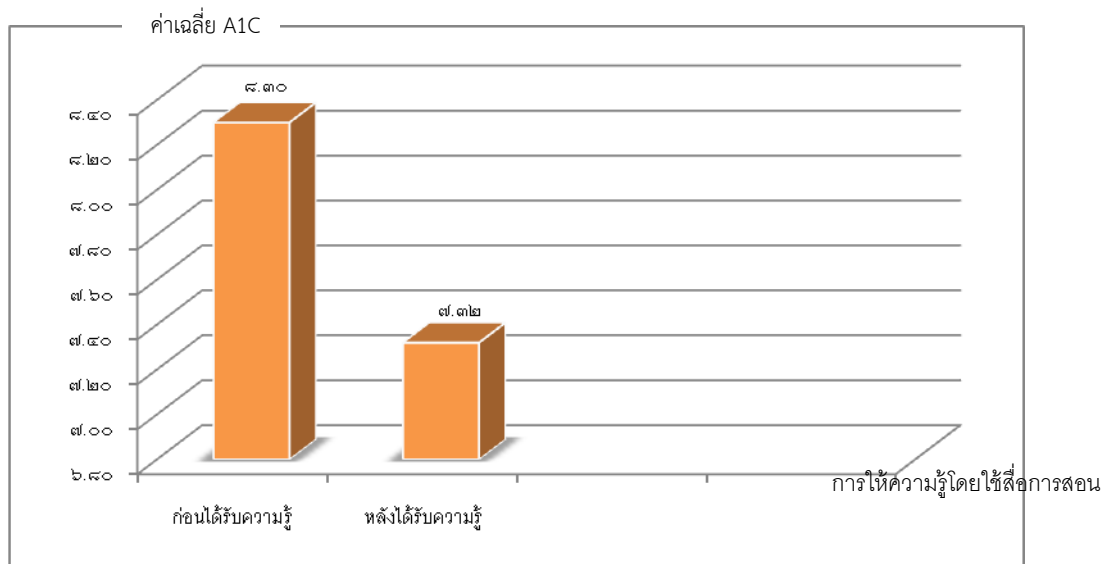
ผลจากการใช้สื่อการสอนแบบภาพพลิกที่จัดทำขึ้น ประกอบการให้ความรู้สอนรายบุคคล ตั้งแต่เดือน ต.ค. 2557 – พ.ค. 2558 พบว่า ผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ทั้งหมดจำนวน 67 ราย มีค่า FPG อยู่ระหว่าง 131 – 310 มก./ดล. (ค่าเฉลี่ย = 166.00) และผู้เป็นเบาหวานในกลุ่มนี้ได้รับการตรวจ A1C จำนวน 36 ราย มีค่า A1C อยู่ระหว่าง 7.1 - 12.6 % (ค่าเฉลี่ย = 8.30) หลังจากการให้ความรู้โดยใช้สื่อการสอน พบว่า ผู้เป็นเบาหวานส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.62 (จำนวน 50 ราย) มี FPG ลดลง โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 82 – 204 มก./ดล. (ค่าเฉลี่ย = 146.90) และร้อยละ 69.44 (จำนวน 25 ราย) มี A1C ลดลง โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 6.2 – 12.6 % (ค่าเฉลี่ย = 7.32) ดังแสดงในตารางและแผนภูมิ ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย FPG และ A1C ก่อนและหลังได้รับความรู้รายบุคคลโดยใช้สื่อการสอนและผลความสำเร็จจากการใช้สื่อการสอน

ค่าระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉลี่ย	ก่อนได้รับความรู้ โดยใช้สื่อการสอน	หลังได้รับความรู้ โดยใช้สื่อการสอน	ร้อยละของผลสำเร็จ จากได้รับความรู้โดยใช้สื่อการ สอน
FPG (มก./ดล.)	166.00	146.90	74.62 (50 ราย)
A1C (%)	8.30	7.32	69.44 (25 ราย)



แผนภูมิที่ 1 เปรียบเทียบก่อนและหลังการให้ความรู้รายบุคคลโดยใช้สื่อการสอน



แผนภูมิที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย A1C ก่อนและหลังได้รับความรู้รายบุคคลโดยใช้สื่อการสอน

10. บทเรียนที่ได้รับ: การควบคุมเบาหวานให้ได้ผลดีนั้น ผู้เป็นเบาหวานต้องมีความเข้าใจโรค การดูแลรักษา และต้องมีความตั้งใจที่จะรับผิดชอบดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน จากที่ได้ให้ความรู้โดยใช้สื่อการสอนแบบภาพพลิก ทำให้ผู้สอนและผู้เรียนได้มีปฏิสัมพันธ์กันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และทราบว่าผู้เป็นเบาหวานส่วนใหญ่ ไม่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรค การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ดังเช่นทราบเพียงว่า ห้ามรับประทานของหวาน ห้ามรับประทานข้าวมาก แต่ไม่ทราบถึงปริมาณและชนิดของอาหารที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้เป็นเบาหวานได้รับข้อมูลความรู้ในส่วนที่ขาดและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องได้ครบถ้วนยิ่งขึ้น มีความตั้งใจในการรับฟังและเข้าใจเนื้อหาการสอนมากขึ้น และนำไปปฏิบัติดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น



11. ผู้ประสานงานและการติดต่อกับทีมงาน: นางสาวสมจิตร วังศ์บรรเจิดแสง,  
พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง), หัวหน้าแผนกอายุรกรรมผู้ป่วย  
นอก โทรศัพท์ 089-938-2731 Email : somjitwong07@gmail.com โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20131 โทรศัพท์ 0-3839-4850-3 ต่อ 1738



PPI-005

## ที่ตากฟิล์มจากจากโครงแพคแปรงสีฟัน

งานทันตกรรม  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

### 1. ชื่อผลงาน ที่ตากฟิล์มจากจากโครงแพคแปรงสีฟัน

### 2. ฟิล์ม หมายถึง ภาพฟิล์มเอกซเรย์ของผู้ที่มาใช้บริการทันตกรรม

โครงแพคแปรงสีฟัน หมายถึง ตะแกรงพลาสติกที่บริษัทผู้ผลิตใช้แพคแปรงสีฟัน

3. สรุปผลงานโดยย่อ :ในการให้การรักษาทันตกรรม ทันตแพทย์ต้องใช้ภาพเอกซเรย์ในการวินิจฉัยโรคในช่องปากของคนไข้ ซึ่งภายหลังจากการใช้ฟิล์มจะต้องมีการนำฟิล์มไปฟิกซ์และล้างให้แห้งด้วยที่หนีบฟิล์ม แต่เนื่องจากที่หนีบฟิล์มมีปริมาณที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการใช้งาน กลุ่มงานทันตกรรมจึงได้นำโครงแพคแปรงสีฟันที่เหลือทิ้งหลังจากนำไปแจกให้เด็ก ๆ ในโครงการต่าง ๆ ซึ่งพบว่าสามารถใช้งานได้ดีเป็นที่น่าพอใจอย่างมาก

### 4. ชื่อและที่อยู่ขององค์กร :งานทันตกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี

### 5. สมาชิกทีม :ระบุชื่อทีมคุณภาพรายชื่อสมาชิกในทีมผู้จัดทำ

ทพ.เกษม	ปานพูนทรัพย์	หัวหน้าฝ่ายทันตกรรม
ทพ.ธีรภัทร	วิเชียรมงคลกุล	ทันตแพทย์
ทพญ.ภัทริรา	ตันติภาสวสิน	ทันตแพทย์
ทพญ.กฤษณา	ตติยเกียรติถาวร	ทันตแพทย์
นางอชฌา	โสมราช	ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรม
นางมลฤดี	หรร่องบุตรศรี	ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรม
นางสาวทองสี	สุขสีซิง	ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรม
นางสาวผกามาศ	ร่มเย็น	ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรม
นางสาวรุ่งนภา	ลาดหนองขุน	ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรม
นางสาวมัทนาวาลี	เปลี่ยนสุข	ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรม

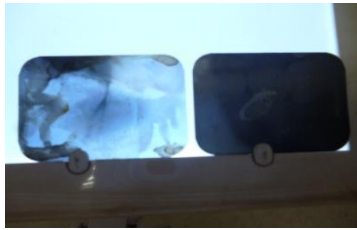
### 6. เป้าหมาย :

1. เพื่อเพิ่มความสะดวกในการล้างฟิล์มเพื่อรอการจัดเก็บหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการต่าง ๆ
2. เพื่อให้มีที่ตากฟิล์มที่เพียงพอต่อความต้องการของบุคลากร
3. เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อเนื่องจากอุปกรณ์ที่หนีบฟิล์มโลหะ มีราคาแพง
4. เพื่อลดรอยขีดข่วนที่เกิดขึ้นบนตัวฟิล์ม

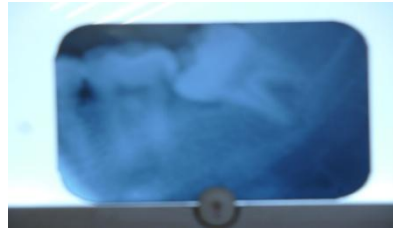
7. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :เนื่องจากฟิล์มที่ใช้ในงานทันตกรรมขณะนี้ เป็นรูปแบบเดิม คือล้างเปียก ไม่ใช่ระบบ ดิจิตอล ฟิล์มจะมีความชื้นหลังการล้าง หากไม่มีที่ตากที่เหมาะสม จะเกิดความเสียหายแก่ตัวฟิล์มได้

### 8. กิจกรรมการพัฒนา :

ก่อนการพัฒนาจะพบปัญหาที่เกิดกับตัวฟิล์มในรูปแบบต่าง ๆ เช่น รอยขีดข่วน รอยทับที่เกิดจากที่ฟิล์มทับอยู่บนวัสดุอื่น ๆ ในขณะที่ยังเปียกอยู่ รอยต่างต่าง ๆ



ความเสียหายที่เกิดกับฟิล์ม



ลักษณะของสภาพฟิล์มที่ดี



โครงแพคแปรงสีฟันที่นำมาใช้งาน



ลักษณะของการใช้งาน



ที่หนีบฟิล์มโลหะ

#### 9. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

1. ความสะดวกในการฝังฟิล์มเพื่อรอการจัดเก็บหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการต่าง ๆ
2. มีที่ตากฟิล์มที่เพียงพอต่อความต้องการของบุคลากร
3. ลดภาระค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อเนื่องจากอุปกรณ์ที่หนีบฟิล์มโลหะ มีราคาแพง
4. ไม่มีรอยขีดข่วนที่เกิดขึ้นบนตัวฟิล์ม

10. บทเรียนที่ได้รับ : จากกิจกรรมดังกล่าว การนำโครงแพคแปรงสีมาประยุกต์ใช้การฝังฟิล์มนั้น ถือว่ามี ความประหยัดคุ้มค่ามาก ลดการจัดซื้อเพิ่มความสะดวกในงาน ทั้งยังเป็นการลดการสร้างขยะช่วยรักษา สภาพแวดล้อม ลดมลภาวะได้อีกทางหนึ่งด้วย

11. การติดต่อกับทีมงาน : งานทันตกรรม โทร.1203

PPI-006

## โปรแกรมรายงานผลตรวจ Anti HIV

นางชุตินา นวรัตน์วรกุล<sup>1</sup>

นายชัยวัฒน์ ปฐมพรสุริยะ<sup>1</sup>

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา<sup>1</sup>

1. ชื่อผลงาน : โปรแกรมรายงานผลตรวจ Anti HIV
2. คำสำคัญ : รายงานผล Anti HIV
3. สรุปผลงานโดยย่อ : ทีมได้จัดทำโปรแกรมการรายงานผล Anti HIV ให้แพทย์สามารถดูได้จากคอมพิวเตอร์แทนการรายงานผลตรวจโดยเขียนใส่กระดาษ
4. ชื่อและที่อยู่ขององค์กร : โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
5. สมาชิกทีม :
  1. นางชุตินา นวรัตน์วรกุล ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์
  2. นายชัยวัฒน์ ปฐมพรสุริยะ ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์
6. วัตถุประสงค์ / เป้าหมาย :
  1. เพื่อความสะดวก รวดเร็วของผู้ปฏิบัติงานในการดูผลตรวจ Anti HIV
  2. เพื่อลดการใช้กระดาษและช่องในการรายงานผล
  3. เพื่อลดการใช้เจ้าหน้าที่ในการเดินมารับผลตรวจที่ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์
7. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ : เนื่องจากปัจจุบันการรายงานผลตรวจ Anti HIV ต้องเขียนผลใส่กระดาษแล้วใส่ซองปิดผนึกเพื่อปกปิดผลของคนไข้ ไม่รายงานผลในระบบโรงพยาบาล บางครั้งผลตรวจมีเจ้าหน้าที่รับไปแล้วแต่ต้องการดูผลซ้ำต้องกลับมาขอผลตรวจใหม่เนื่องจากผลเดิมเมื่อดูแล้วต้องถูกทำลายทิ้ง ทำให้คนไข้ที่มาฟังผลเสียเวลารอผลตรวจใหม่ ต้องให้เจ้าหน้าที่เดินมารับผล และสิ้นเปลืองกระดาษกับซองจดหมายในการรายงานผลแต่ละครั้ง
8. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ / การพัฒนา / การปรับปรุง
  1. ทบทวนปัญหา กำหนดแนวทางการพัฒนา และการแก้ไขปัญหา
  2. จัดทำโปรแกรมรายงานผลการตรวจ Anti HIV ที่สามารถดูผลตรวจได้ตลอดเวลาและผลนั้นยังคงเป็นความลับเช่นเดิม
  3. จัดทำวิธีใช้งาน ขอข้อมูลผู้เข้าใช้เพื่อจัดทำประวัติผู้เข้าใช้
  4. ประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทดลองใช้งานโดยทั่วถึง
9. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง : เนื่องจากโปรแกรมอยู่ในระหว่างการทดลองใช้ ผลที่คาดว่าจะได้รับคือ
  1. แพทย์ พยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้องดูการรายงานผล Anti HIV ได้สะดวกและรวดเร็วกว่าเดิม
  2. การรายงานผลเป็นไปอย่างถูกต้อง ตรวจสอบได้
  3. สามารถดูผลซ้ำ ย้อนหลังได้โดยไม่ต้องขอผลใหม่

## 10. บทเรียนที่ได้รับ

1. การเก็บรวบรวมปัญหาต่างๆ จากการทำงาน นำมาวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นและหาแนวทางการแก้ไข เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ
2. การนำเทคโนโลยีและสารสนเทศที่มีอยู่มาพัฒนาใช้ให้เต็มประสิทธิภาพ เป็นทางเลือกหนึ่งของการพัฒนาที่ทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการทำงาน

## 11. การติดต่อกับทีมงาน

ชุตินา นวรัตน์วรกุล งานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เบอร์ภายใน 1110,1111 chutiman@buu.ac.th

PPI-007

## น้องหอยกันลื่น

นางสาวพัทธ์สรณ์ สรรพสุวรรณ  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อเจ้าของผลงาน นางสาวพัทธ์สรณ์ สรรพสุวรรณ
2. สถานที่ติดต่อ ห้องส่องกล้องทางเดินอาหารแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม
3. ที่มา

เนื่องจากการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่าง Colonoscopy นั้น ต้องมีการจัดทำผู้ป่วยที่เหมาะสมในการตรวจด้วยกล้องส่องทางเดินอาหาร ซึ่งทำนอนในการตรวจนั้นมีด้วยกันได้แก่ทำนอนตะแคงซ้ายงอเข้าชิดอก ทำนอนตะแคงขวาองเข้าชิดอก และ ทำนอนหงายชันเข้าขาไขว้ห้าง ซึ่งโดยปกติแล้ว ในการตรวจส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่าง Colonoscopy นั้นเรามักเริ่มจากการให้คนไข้ที่ได้รับการตรวจนอนในท่าตะแคงซ้ายเข้าชิดอกก่อน เมื่อเริ่มการส่องกล้องเข้าหากลำไส้มีการพับมาก การดันกล้องเข้าจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดตึงในท้อง ไม่สุขสบายแพทย์อาจออกคำสั่งให้เปลี่ยนท่าตรวจผู้ป่วยเป็นนอนหงายชันเข้าขาไขว้ห้าง หรือทำนอนตะแคงขวาองเข้าชิดอก ก็ได้แล้วแต่เทคนิคและดุลพินิจของแพทย์เจ้าของไข้ ในทำนอนตะแคงเข้าชิดอกนั้นไม่ค่อยจะมีอุปสรรคเท่าไรนัก แพทย์สามารถตรวจได้เรื่อย ๆ พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ไม่ต้องคอยจับหรือประคองคนไข้ตลอดเวลา สามารถไปเตรียมช่วยตรวจอย่างอื่นได้ แต่ถ้าในกรณีใช้ทำนอนหงายชันเข้าขาไขว้ห้างมักต้องใช้ผู้ช่วยจับขาของผู้ป่วยตลอดเนื่องจากผู้ป่วยได้รับยานอนหลับและยาแก้ปวดทำให้ประคองขาด้วยตัวเองไม่ได้ เท้าที่ยันเตียงเป็นฝ้ายางทำให้ลื่นทำให้ผู้ช่วยแพทย์ใช้แรงในการจับขาผู้ป่วยมากขึ้น และบางครั้งเท้าลื่นขณะส่องกล้องประคองขาคนไข้ไม่อยู่ทำให้เป็นอุปสรรคในการตรวจเป็นอุปสรรคในการทำหัตถการส่องกล้องต่าง ๆ ผู้คิดค้นนวัตกรรมเล็งเห็นถึงปัญหาจึงได้ทดลองหาวัสดุรองเท้าผู้ป่วยเพื่อกันลื่น และไม่ให้เกิดผู้ป่วยลื่นขณะตรวจ

### 4. วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ช่วยแพทย์ไม่ต้องใช้แรงในการจับขาผู้ป่วยมากขึ้น
- เพื่อไม่ให้เท้าผู้ป่วยลื่นขณะตรวจ
- เพื่อไม่ให้เป็นอุปสรรคในการทำหัตถการส่องกล้องต่าง ๆ

### 5. อุปกรณ์

แผ่นกันลื่นพลาสติก

### 6. การดำเนินการ

เลือกวัสดุกันลื่นจากท้องตลาดนำมาตัดพอดีช่วงวางเท้าของผู้ป่วย ขณะทำการตรวจ โดยทดลองแผ่นกันลื่นสองแบบ คือแบบกันลื่นโฟม และแผ่นกันลื่นแบบเปลือกหอย จากการทดลองพบว่าแผ่นกันลื่นแบบเปลือกหอยกันลื่นได้ดี และสามารถทำความสะอาดได้ง่ายหลังตรวจเสร็จเมื่อเทียบกับแผ่นกันลื่นแบบโฟม





#### 7. คุณสมบัติของอุปกรณ์ทำนวัตกรรม

- หาง่ายตามท้องตลาด
- ต้นทุนราคาไม่แพง
- กั้นลื่นได้ดี
- ทำความสะอาดได้ง่าย

#### 8. ผลที่ได้รับจากการทำนวัตกรรมครั้งนี้

- ผู้ช่วยแพทย์ไม่ต้องใช้แรงในการจับขาผู้ป่วยมาก หรือไม่ต้องจับถ้าผู้ป่วยมีสติ
- ทำผู้ป่วยไม่ลื่นหลุดขณะตรวจ
- ลดอุปสรรคในการทำหัตถการส่องกล้องต่างๆ

PPI-008

## อุปกรณ์ ใส่กล่องปลดเข็ม แบบ Lock

อุษณีย์ จรเขต<sup>1</sup>

อนัญพร ศรีนวล<sup>1</sup>

อรุณศรี นาวารี<sup>1</sup>

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา<sup>1</sup>

### 1. ชื่อผลงาน

อุปกรณ์ ใส่กล่องปลดเข็ม แบบ Lock

### 2. คำสำคัญ : กล่องปลดเข็ม

3. สรุปผลงานโดยย่อ : เขียนสรุปสั้นๆโดยระบุจุดเน้นของผลงาน/โครงการว่าทีมได้ปรับปรุงอะไรและเกิดผลลัพธ์อะไร กล่องปลดหัวเข็มที่หน่วยงาน Infection control ให้มาใช้สำหรับปลดหัวเข็มนั้น การปฏิบัติเมื่อวางกล่องปลดหัวเข็มบนรถฉีดยา ไม่สะดวกในการปฏิบัติงานด้วยกล่องสูงเกินระยะปลด มีความเสี่ยงในการหลุดกระเด็นของหัวเข็ม เกิดอุบัติเหตุกล่องหัวเข็มล้ม จึงจัดทำอุปกรณ์สำหรับวางที่ปลดหัวเข็มและสามารถ Lock กล่องได้ทำให้มั่นใจในการปลดหัวเข็มและระดับที่วางกล่องอยู่ในระดับพอดี ทำให้สะดวกในการใช้งาน

### 4. ชื่อและที่อยู่ขององค์กร :

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ตึกสิริกิติ์ ชั้น 5

### 5. สมาชิกทีม :

อุษณีย์ จรเขต

อนัญพร ศรีนวล

อรุณศรี นาวารี

### 6. เป้าหมาย :

เพื่อความสะดวก ปลอดภัยในการปลดหัวเข็ม ของผู้ปฏิบัติงาน

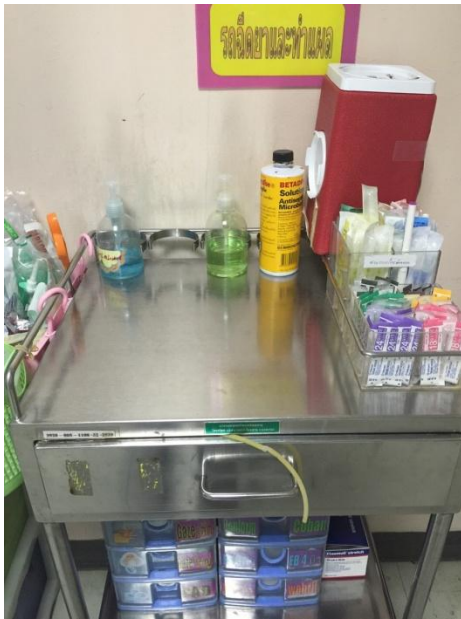
### 7. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

กล่องสำหรับปลดหัวเข็มและทิ้งของมีคมจะวางไว้บนรถเตรียมยาเมื่อจะปลดเข็มไม่สะดวกด้วยกล่องวางสูงกว่าระดับการทิ้งและไม่มั่นคงต่อการปลดหัวเข็ม

### 8. กิจกรรมการพัฒนา :

- สัมภาษณ์พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน 10 คน พบว่า ในขณะที่ปลดหัวเข็มไม่สะดวกเพราะกล่องปลดวางอยู่สูง ต้องยกมือสูงเพื่อปลด และต้องระวังขณะปลดหัวเข็มกล่องปลดหัวเข็มจะล้ม
- ได้รวมกลุ่มเพื่อแก้ปัญหา และออกแบบอุปกรณ์
- จึงทำตะแกรงเหล็ก สำหรับแขวนด้านข้างรถฉีดยา ใช้สำหรับวางกล่องปลดหัวเข็ม ให้อยู่ในระดับที่สะดวกต่อการปลดหัวเข็ม และทำห่วงล็อกเพื่อป้องกันกล่องล้ม และสามารถใช้พื้นที่ที่เหลือจัดวางอุปกรณ์อื่นได้อีก
- ทดลองใช้งาน ใช้งานได้จริง





เดิมกล่องปลดหัวเข็มวางบนรถ



อุปกรณ์ ใส่กล่องปลดเข็ม แบบ Lock วางด้านข้างมีตัว  
Lock กล่องอยู่ในระดับที่ถึงของมีคมได้สะดวก

ค่าใช้จ่าย: อุปกรณ์ ใส่กล่องปลดเข็ม แบบ Lock อันละ 200 บาท

### 9. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง : ผลของการใช้

ความพึงพอใจการใช้นวัตกรรม “อุปกรณ์ ใส่กล่องปลดเข็ม แบบ Lock” จากพยาบาลในหน่วยงาน  
10 คน

ลักษณะนวัตกรรม	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
1. นวัตกรรมชิ้นนี้ใช้งานได้สะดวก และ ปลอดภัย	10	-	-	-	-
2. นวัตกรรมชิ้นนี้สามารถให้บริการได้ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน	10	-	-	-	-
3. นวัตกรรมชิ้นนี้แข็งแรงทนทานมีคุณภาพในการใช้งาน จนเป็นที่ พอใจของผู้ปฏิบัติงาน	10	-	-	-	-
4. นวัตกรรมชิ้นนี้ทำให้การดำเนินงานของหน่วยงานมีคุณภาพและมี ความปลอดภัยต่อผู้ปฏิบัติงาน	10	-	-	-	-

## 10. บทเรียนที่ได้รับ :

### ปัญหา

- จากความเสี่ยงในการทิ้งหัวเข็มขณะปลดหัวเข็มโอกาสที่กล่องจะล้ม
- กล่องปลดหัวเข็มอยู่ในระดับที่สูงไม่สะดวกในการทิ้ง

### แก้ไข

- โดยทำโครงเหล็กสำหรับวางกล่องปลดหัวเข็ม
- มีตัวLock กล่องปลดหัวเข็ม( ทำให้กล่องไม่ล้มในขณะที่ปลดหัวเข็ม
- โครงเหล็กที่วางกล่องใส่หัวเข็มอยู่ในระดับที่สะดวกต่อการปฏิบัติงาน
- ให้สะดวกปลอดภัย สำหรับผู้ปฏิบัติงาน

### โอกาสพัฒนา

- ได้ขยายผลนวัตกรรมไปยังหน่วยงานอื่น

## 11. การติดต่อกับทีมงาน :

อุษณีย์ จรเขต มือถือ 0892523192 , 038 – 320200 ต่อ 1185 E mail : kai\_mt@hotmail.com

PPI-009

## Protection

ปนัดดา ประสานดี<sup>1</sup>  
วรรณ จันทน์สมปอง<sup>1</sup>  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา<sup>1</sup>

1. ชื่อผลงาน : Protection

### 2. หลักการ

ชีวิตในการทำงานวิชาชีพพยาบาล มียาชนิดบางชนิดชนิดที่เมื่อบริหารยาชนิดมีความจำเป็นต้องมีการป้องกันแสงในขณะที่ให้ เพื่อไม่ให้สารละลายของยาเสื่อมสภาพไป อาทิเช่น Amphotericin B injection, Nitroglycerine inj (Glyceryl trinitrate), Cisplatin , Doxorubicin , Methotrexate , OMVI (multivitamin inj.) , Sodium Nitropruside , Vinblastin , Verapamil เป็นต้น ครั้งหนึ่งได้รับชั้นเวรที่ 404 ผู้ป่วยชายรายหนึ่ง ได้รับยา Amphotericin B injection 50 mg IVDrip in 2-6 hr ซึ่งยาตัวนี้จะเสื่อมสภาพเมื่อถูกแสง ได้สอบถามถึงการให้ยาของพยาบาล 404 พบว่า ได้ใช้กางเกงผู้ป่วยคลุมขณะให้ยา ซึ่งข้าพเจ้าได้ใคร่ครวญดูแล้วเห็นว่าดูแล้วไม่ค่อยเหมาะสมเท่าไรนัก จึงโทรสอบถามทางห้องยาเพื่อยืมชุดถุงคลุมเพื่อ Drip ยา กันแสง ซึ่งทางห้องยาแจ้งว่าไม่มี มีเพียงซองยาสีชา ข้าพเจ้าจึงนำซองยาสีชาคลุมยา และนำผ้าคลุมสายให้ยาแทน ซึ่งข้าพเจ้ารู้สึกว่าจะไม่สะดวกเลยในการให้และดูไม่ค่อยเหมาะสม จึงคิดจัดทำนวัตกรรม Protection ขึ้นมาเพื่อให้การทำงานเป็นไปได้อย่างสะดวก และการปกป้องสภาพของยามีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น

### 3. วัตถุประสงค์ของการจัดทำ

1. เพื่อให้สภาพของยาคงซึ่งประสิทธิภาพไว้
2. เพื่อความสะดวกสบายในการให้ยาที่มีภาวะเสื่อมสภาพเมื่อถูกแสง และภาพลักษณ์ที่เหมาะสมในการให้ยา

### 4. เป้าหมาย

1. พยาบาลผู้ทำหัตถการการให้ยา มีความพึงพอใจร้อยละ 80
2. ผู้ป่วยได้รับยาที่มีคงไว้ซึ่งตัวยา ไม่เสื่อมสภาพ

### 5. ขั้นตอนเตรียมการ

1. ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน
2. ประชุมเพื่อทำการวางแผนการดำเนินการ
3. ดำเนินการทำนวัตกรรม
4. ทดลองใช้และเก็บข้อมูล
5. สรุปและรวบรวมปัญหา ข้อเสนอแนะที่พบหลังการทดลองใช้
6. ปรับปรุงและหาแนวทางแก้ไข

## 6. อุปกรณ์

1. กรรไกร ไหมพรม เข็มถักไหมพรม ตะโก้เจาะรูกระดาษ



2. ขวดน้ำเกลือ เหลือใช้



3. ถุงพลาสติกสีชา



4. ลวดตัดเป็นเข็มร้อย



5. เม็ดกระดุม + ด้ายเข็มเย็บผ้า



## 7. วิธีทำ

### 1. การที่หุ้มสายให้ยา

#### 1.1. นำถุงพลาสติกสีซามาเจาะรูด้วยตาไก่ ดังภาพ



#### 1.2. ร้อยไหมพรมผูกติดกันดังภาพ ทำไปเรื่อย ๆ ประมาณ 12-14 ถุงให้ยาวพอกับ IV Set



### 2. เริ่มถักไหมพรมด้านข้างเพื่อทำราวคูลม



3. ติดกระดุม ด้านข้างของไหมพรมให้ตรงกับราวตุ้ม เป็นอันเสร็จการทำที่ครอบสาย

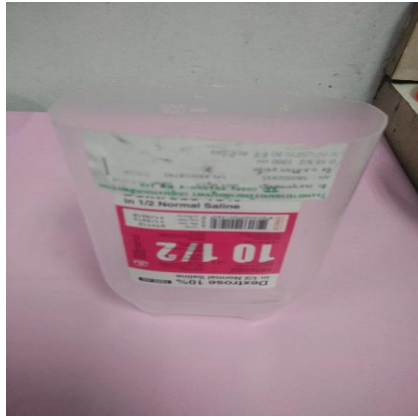


4. หูตุ้มปลายสายทั้ง 2 ข้าง สำหรับผูกกระเปาะน้ำเกลือ



## 8. ขั้นตอนการทำตัวแขวน

1. ตัดขวดน้ำเกลือออก ดังรูป



2. นำถุงพลาสติกสีชา เจาะรูข้างบน และรอบๆ ปากถุงเพื่อทำมุกถักไหมพรม

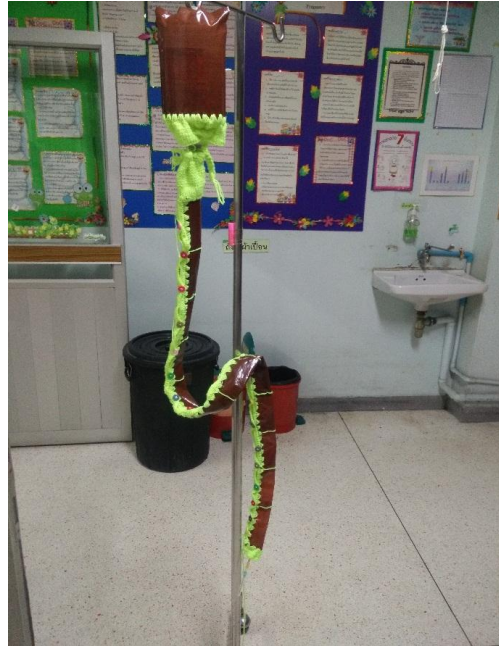


3. นำขวดน้ำเกลือรูป ที่ 1 มาสวมด้วยถุงพลาสติกสีชา รูปที่ 2 ถักไหมพรมเลือกสีตามใจชอบ ให้มีที่  
รูต คลุมขวดน้ำเกลือ





4. เมื่อนำมาวางนวัตกรรมการ Protection สวมคลุม Set และยา จะได้ดังรูป



9. แบบประเมินนวัตกรรม

ข้อความ	คะแนน					หมายเหตุ
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	
1. เป็นนวัตกรรมที่มีความคิดสร้างสรรค์						
2. สามารถนำไปใช้งานได้จริง						
3. มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย						
4. ใช้งานได้ง่าย สะดวก						
5. รูปแบบนวัตกรรมมีความเหมาะสม สวยงาม						
6. วัตถุประสงค์ เป้าหมายของนวัตกรรม สอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการ						
7. นวัตกรรมช่วยลดโลกร้อนจากขยะ						
8. ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน						
รวม						

10. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

1. ควรเพิ่มความยาวของสาย
2. ความถี่ในการติดกระดุมเยอะเกินไป ทำให้ไม่สะดวกในการใช้งาน



## 11. สรุปผลแบบประเมินนวัตกรรม

คะแนนการทำแบบประเมินนวัตกรรม ได้ 69 คะแนน จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน จากผู้ใช้งาน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 86.25 ถือว่าบรรลุตามเกณฑ์เป้าหมาย

PPI-010

## การพัฒนานวัตกรรมทางการเรียนการสอนนิสิตแพทย์หุ่นจำลองอวัยวะ

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

1. ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา : การพัฒนานวัตกรรมทางการเรียนการสอนนิสิตแพทย์หุ่นจำลองอวัยวะ
2. คำสำคัญ : หุ่นจำลอง, นวัตกรรม
3. สรุปผลงานโดยย่อ : นวัตกรรมหุ่นจำลองได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในเชิงการแพทย์ เพื่อเป็นสื่อประกอบในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และน่าสนใจ เมื่อนำไปประเมิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวม อยู่ในเกณฑ์ 78% โดยเสนอแนะให้ปรับปรุงในเรื่องสีและโครงสร้างภายนอกให้เหมือนจริงมากขึ้น และเป็นการลดต้นทุนในการซื้อหุ่นจำลองที่ใช้ในการจัดการเรียนการสอนได้เปรียบเทียบกับเรื่องการลงทุนได้จากตาราง

### ตาราง 1 เปรียบเทียบด้านการลดต้นทุน

ลำดับ	รายการ	ต้นทุนจากการซื้อ	ต้นทุนจากการผลิตเอง	ลดจากต้นทุนเดิม
1	แผลฟิเย็บ	1000 บาท/ชิ้น	71 บาท/ ชิ้น	929 บาท
2	หุ่นจำลองโพรงมดลูก	6000/ชิ้น	100 บาท / ชิ้น	5900 บาท
3	หุ่นจำลองอวัยวะเพศชาย	200 บาท/ชิ้น	-	
	- วัสดุเทียนไข	-	30 บาท / ชิ้น	170 บาท
	- วัสดุเรซิน	-	50 บาท / ชิ้น	150 บาท

4. ชื่อและที่อยู่ขององค์กร : ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
5. สมาชิกทีม : รักชนก ประดิษฐ์ (นักวิชาการศึกษา), ธีระยุทธ หมั่นหลี่ (เจ้าหน้าที่ไอศตฯ), จุฬิรัชน์ ประเสริฐพรสุทธิ (เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป), วิลาภรณ์ สุขศรี (เจ้าหน้าที่ธุรการ)
6. เป้าหมาย :  
หุ่นจำลองทางการแพทย์ต่าง ๆ สร้างขึ้นมาเพื่อประโยชน์ในการใช้เป็นสื่อการเรียนการสอน สำหรับนิสิตแพทย์ เพื่อเป็นการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในบางส่วน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้เรียน และให้เกิดความรักและใส่ใจดูแลในสื่อการเรียนการสอน ซึ่งเปรียบเสมือนครูของผู้เรียนด้วย
7. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ : ปัญหาที่พบ คือการขาดประสบการณ์ในการพัฒนาหุ่นจำลอง ของผู้ปฏิบัติ ทำให้เกิดการลองผิดลองถูก และอาจสูญเสียวัสดุไปบ้างเล็กน้อย เช่น การคำนวณส่วนผสมผิดพลาด หรือการขาดประสบการณ์ ในการแกะแม่พิมพ์ทำให้แม่พิมพ์แตก
8. กิจกรรมการพัฒนา : การทดลองทำการหล่อหุ่นจำลองต้นแบบ ด้วยวัสดุต่าง ๆ เช่น ปูนปลาสเตอร์ ซิลิโคน และยางพารา แล้วนำหุ่นไปหน้าจำลองไปให้นิสิตแพทย์ชั้นปี 4-6 จำนวน 90 คน อาจารย์แพทย์ 10

ท่านที่มีประสบการณ์ในการใช้หุ่นจำลอง และการทำหัตถการกับผู้ป่วยจริงกับเปรียบเทียบการใช้งานหุ่นจำลองที่ผลิตขึ้น และประเมินผลแล้วนำไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

**9. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง:** ได้นวัตกรรมหุ่นจำลองดังรายการดังต่อไปนี้ 1. หุ่นจำลองอวัยวะเพศชาย 2. หุ่นจำลอง มดลูก 3 สำหรับผลการประเมิน โดยรวมทั้ง 2 กลุ่มมีความพึงพอใจอยู่ระดับมาก ส่วนความเหมือนจริงของสีมีความพึงพอใจอยู่ระดับปานกลาง โดยเสนอแนะให้ปรับปรุงเรื่องสี และรูปแบบให้มีความใกล้เคียงของจริงในเรื่องโครงสร้างภายนอกมากยิ่งขึ้นในหุ่นจำลองมดลูก

**10. บทเรียนที่ได้รับ:** ข้อจำกัดในด้านความชำนาญ และประสบการณ์ ในด้านทักษะการพัฒนาหุ่นจำลอง เพื่อให้ได้วัสดุที่มีความเทียบเคียงของจริง ทดแทนวัสดุที่มีราคาแพง เมื่อเทียบกันแล้ว หากบุคลากรมีความตั้งใจจริงและมุ่งมั่นในการพัฒนา แม้ไม่มีทักษะและประสบการณ์ ก็สามารถพัฒนาผลงานให้มีคุณภาพได้ระดับหนึ่ง หากได้รับการสนับสนุนให้บุคลากรมีความรู้และได้รับการถ่ายทอดจากผู้มีประสบการณ์ตรง จะเป็นปัจจัยสำคัญให้เกิดการพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ ที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องและเป็นการลดต้นทุนของหน่วยงาน และสร้างความรู้สึกร่วมมีส่วนร่วมทั้งนิสิตและบุคลากร และภาคภูมิใจในผลงานที่เกิดจากการพัฒนานั้นส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อหน่วยงานต่อไป

**11. การติดต่อกับทีมงาน :** รักชนก ประดิษฐ์ e-mal : rakchanok801@gmail.com



ผลงานนำเสนอแบบโปสเตอร์  
ประเภท CQI  
(Poster Presentation)

PPC-001

## เปลี่ยนที่นอนกันสัณนิต์ ลดอุบัติเหตุ “ตกเตียง”

นางจันทิมา กฤษณามระ และสมาชิก  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อผลงาน : เปลี่ยนที่นอนกันสัณนิต์ ลดอุบัติเหตุ “ตกเตียง”

### 2. คำสำคัญ

2.1 เตียงนอน หมายถึง สิ่งที่สร้างขึ้น ใช้สำหรับนอน มีขา 4 ขา ยกสูงเหนือระดับพื้น โดยประโยชน์ใช้สอยหลักคือ เป็นที่รองรับสรีระของมนุษย์ขณะพักผ่อนหรือนอนหลับ ลักษณะโดยทั่วไปจะเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้ามีขนาดกว้างยาวแตกต่างกันไป

- เตียงผู้ป่วย หมายถึง เตียงที่ถูกใช้ในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยนอน โดยส่วนใหญ่ เป็นเตียงเดี่ยว ที่มีขนาดพอเหมาะสำหรับการนอนคนเดียว

2.2 อุบัติการณ์ (Incident) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด เป็นเหตุนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุ (Accident) หรือเกือบเกิดอุบัติเหตุ (Near Miss)

- อุบัติเหตุ (Accident) หมายถึง เหตุการณ์อันตรายที่เกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจ หรือคาดคิดมาก่อน ทำให้เกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน บุคคล ได้รับความอันตรายทั้งร่างกายและจิตใจ อาจบาดเจ็บ พิการ หรือรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต

2.3 ตกเตียง หมายถึง การที่ร่างกายมีการเปลี่ยนท่าทางหรือตำแหน่ง จากการนั่งหรือนอน จากเตียงที่สูง ลงไปพื้นโดยไม่ตั้งใจ อาจส่งผลให้ร่างกายได้บาดเจ็บ พิการ หรือรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต

### 3. สรุปผลงานโดยย่อ

เปลี่ยนที่นอนกันสัณนิต์ ลดอุบัติเหตุ “ตกเตียง” เป็นแนวคิด ที่มีการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การจัดที่นอน ภายในห้องพักผู้ป่วย หอผู้ป่วยพิเศษ 6 โดยได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ กลุ่มเป้าหมาย คือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงในการพลัดตกเตียง (ตามแบบประเมินภาวะความเสี่ยงต่อการพลัดตก/หกล้ม Morse Fall Scale) เพื่อลดอุบัติเหตุ และไม่ให้เกิดการตกเตียง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุด ไม่เกิดอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บ หรือเสียชีวิต ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

### 4. ชื่อและที่อยู่องค์กร

หอผู้ป่วยพิเศษ 6 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

### 5. สมาชิกทีม

นางจันทิมา กฤษณามระ	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
นางสาวโสเมพิศุทธิ์ ลิ้มกุล	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
นายจรรีก จินตนา	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
นางสาวรัตนภรณ์ อ่อนธานี	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

### 6. เป้าหมาย

- 6.1 เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยสูงสุด ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
- 6.2 เพื่อลดการผูกมัด (restraint) ผู้ป่วย
- 6.3 เพื่อลดอุบัติเหตุการฟ้องร้อง ลดการสูญเสีย

## 7. ที่มาของปัญหา

หอผู้ป่วยพิเศษ 6 ให้การบริการผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้านอายุรกรรม ศัลยกรรมกระดูก โรคติดเชื้อ โดยผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) พบว่าผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงหรือมีโอกาสที่จะได้รับอุบัติเหตุได้มากกว่า บุคคลทั่วไป เนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมประสิทธิภาพไปตามวัยที่มากขึ้น เช่น การทรงตัว มีปัญหาในการช่วยเหลือตนเอง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่งเสริมต่อการเกิดอุบัติเหตุภายในห้องพักรักษาตัว เช่น ผู้เฝ้าไข้ เป็นผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน , ผู้เฝ้าไข้ หลับ หรือทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่เพียงลำพัง โดยไม่ได้แจ้งเจ้าหน้าที่ ด้วยห้องพิเศษเป็นห้องปิด ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ตลอดเวลาและทั่วถึง จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับความเสี่ยงในการพลัดตกเตียงได้

จากการดำเนินการที่ผ่านมา ทางเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยพิเศษ 6 ได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงความเสี่ยงในการพลัดตก/หกล้ม ของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นในหอผู้ป่วย เช่น ยกที่กั้นเตียงขึ้น ได้มีการเน้นย้ำกับญาติ/ผู้เฝ้าไข้ ต้องอยู่กับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง มีการติดป้ายประเมินระดับความเสี่ยงพลัดตกเตียง หน้าห้องผู้ป่วยและชื่อมือผู้ป่วยแต่ละราย เข้าเยี่ยมอาการถี่ขึ้นในผู้ป่วยรายที่มีความเสี่ยงพลัดตกเตียง มีการผูกยึด (restraint) ผู้ป่วย บางราย เช่น ผู้ป่วยมีปัญหาทางสมอง จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่ายังไม่ประสบความสำเร็จในการเฝ้าระวังผู้ป่วยตกเตียง จากปัจจัยส่งเสริมที่กล่าวมาข้างต้น อันเนื่องมาจาก มีผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยพิเศษ 6 ในช่วงเดือนสิงหาคม 2558 ปีนเดียว และตกเตียง จำนวน 1 ราย เป็นผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 88 ปี Admit ด้วยเรื่อง คลื่นไส้อาเจียน ปวดหลังร้าวลงขา ญาติแจ้งว่า เวลา 02.00 น. ขณะญาติหลับ ผู้ป่วยตกเตียง ญาติช่วยพยุงขึ้นเตียงโดยไม่ได้แจ้งพยาบาล พยาบาลเข้าเยี่ยมเวลา 06.00 น. พบผู้ป่วย ตาเขียวคล้ำทั้ง 2 ข้าง รายงานแพทย์เยี่ยมอาการ ส่งทำ CT Brain emergency ผล CT Brain พบว่ามี Subarachnoid hemorrhage at right frontal and right parietal regions. ย้ายสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) และ Refer ไปโรงพยาบาลชลบุรี (ตามสิทธิ์การรักษา) ในเวลาต่อมา

จากอุบัติการณ์ดังกล่าว ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บในระดับ H ทางหอผู้ป่วยพิเศษ 6 จึงเล็งเห็นความสำคัญและแก้ไขปัญหการพลัดตกเตียงอย่างเร่งด่วน เพื่อไม่ให้เกิดกับผู้ป่วยรายอื่นอีก

## 8. กิจกรรมการแก้ปัญหา/พัฒนา

8.1 ในการจัดสภาพแวดล้อมตามแนวคิด เปลี่ยนที่นอนกันสัณนิด ลดอุบัติการณ์ “ตกเตียง” เจ้าหน้าที่มีอิริยาบถ ที่ไม่ถนัดและไม่สะดวกในทำห้ตการและให้การพยาบาล

8.2 นวัตกรรม ใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาสมองเสื่อม ผู้ป่วย agitate ที่ไม่มีห้ตการ การพยาบาลมากนัก

8.3 จัดทำเอกสารแบบสอบถามความพึงพอใจของญาติและผู้ป่วย ก่อน/หลัง ในการจัดสภาพแวดล้อมตามนวัตกรรม เปลี่ยนที่นอนกันสัณนิด ลดอุบัติการณ์ “ตกเตียง”

8.4 จัดทำเอกสารใบเซ็นยินยอมรับความเสี่ยงในกรณีที่พักพยาบาลประเมินแล้วว่าผู้ป่วยเกิดความเสี่ยงต่อการตกเตียง แต่ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องการ จัดที่นอนและจัดสภาพแวดล้อมตามนวัตกรรม

8.5 จัดทำสมุดภาพบรรยากาศ และสิ่งแวดล้อมในห้องพักรักษาตัว ตามนวัตกรรม เปลี่ยนที่นอนกันสัณนิด ลดอุบัติการณ์ “ตกเตียง” เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติชมก่อนทำการตัดสินใจ

## 9. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

9.1 เจ้าหน้าที่ตระถึงการเฝ้าระวังความเสี่ยงในการตกเตียง และร่วมประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้แบบประเมิน ภาวะความเสี่ยงต่อการพลัดตก/หกล้ม Morse Fall Scale

9.2 ญาติให้ความสำคัญในเรื่องการปลัดตกเตียง และให้ความร่วมมือกับทางหอผู้ป่วยพิเศษ 6 เป็นอย่างดี

9.3 ทางหอผู้ป่วยพิเศษ 6 อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยการสั่งตัดที่นอนใหม่ เพิ่มขนาดให้ใหญ่ขึ้น

**10. บทเรียนที่ได้รับ :** การจัดสภาพแวดล้อมตามนวัตกรรม เปลี่ยนที่นอนกันสัณนิท ลดอุบัติเหตุการณ์ “ตกเตียง” โดยไม่ใช้เตียงผู้ป่วย พบว่า มีปัญหาในการทำหัตถการและให้การพยาบาล มีอริยาบทและท่าทางการทำงานที่ไม่สะดวก และพบว่า นวัตกรรม ใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่ไม่มีหัตถการ การพยาบาลมากขึ้น

**11. การติดต่อกับทีมงาน :**

นางสาวโสสมพิสุทธิ์ ลิ้มกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

นายจารึก จินตนา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

นางสาวรัตนภรณ์ อ่อนดำนิ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

องค์กรและที่อยู่ติดต่อได้ : หอผู้ป่วยพิเศษ 6 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี  
โทรศัพท์ : 038-394850 ต่อ 1666



ภาพที่ 1 (ภาพจำลอง) ความเสี่ยงในการปลัดตกเตียงและภาพผู้ป่วยปลัดตกเตียง



ภาพที่ 2 (ภาพจำลอง) การจัดที่นอนผู้ป่วยโดยไม่มีเตียง





ภาพที่ 3 (ภาพจำลอง) อิริยาบทของเจ้าหน้าที่ในการทำหัตถการและการพยาบาล

PPC-002

## ผลการพัฒนาคุณภาพระบบการคัดกรอง ตา ไต เท้า เชิงรุกในคลินิกเบาหวาน

สมจิตร วงศ์บรรเจิดแสง

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

- 1. ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา:** ผลการพัฒนาคุณภาพระบบการคัดกรอง ตา ไต เท้า เชิงรุก ในคลินิกเบาหวาน
- 2. คำสำคัญ:** พัฒนาคุณภาพระบบการคัดกรอง ตา ไต เท้า เชิงรุก คลินิกเบาหวาน
- 3. สรุปผลงานโดยย่อ:** เนื่องจากที่ผ่านมา คลินิกเบาหวานยังไม่มี การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไตและเท้า ให้กับผู้ป่วยเบาหวานอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้อัตราการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวไม่สอดคล้องตาม มาตรฐานที่สาธารณสุขจังหวัดกำหนดให้ผู้ป่วยเบาหวานทุกราย ต้องได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมจึงได้พัฒนาระบบการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า เชิงรุก ให้ ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการได้รับคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในคลินิกแบบต่อเนื่อง โดยประสานความร่วมมือกับ ทีมสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากการดำเนินงานพัฒนาระบบการคัดกรองเชิงรุกดังกล่าว พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ในอัตราที่สูงขึ้น เมื่อเทียบกับการคัดกรองก่อน และเริ่มพัฒนาระบบการคัดกรองเชิงรุก ในปีงบประมาณ 2556 และ 2557 ที่ผ่านมา
- 4. ชื่อและที่อยู่ขององค์กร:** แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
- 5. สมาชิกทีม:** นางสาวสมจิตร วงศ์บรรเจิดแสง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดัน โลหิตสูง) และเจ้าหน้าที่ในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม
- 6. เป้าหมาย:** เพื่อเพิ่มอัตราการคัดกรอง ตา ไต เท้า ให้ได้ร้อยละ 80 ขึ้นไป ภายในปีงบประมาณ 2558
- 7. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ:** เนื่องจากที่ผ่านมา คลินิกเบาหวานยังไม่มี การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า ให้กับผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้อัตราการคัดกรองดังกล่าว ไม่สอดคล้องตาม มาตรฐานที่สาธารณสุขจังหวัดกำหนดให้ผู้ป่วยเบาหวานทุกราย ต้องได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า ดังนั้นในปีงบประมาณ 2557 จึงได้เริ่มมีการปรับปรุงและพัฒนาระบบการคัดกรองเชิงรุกขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า เพิ่มขึ้นตามมาตรฐานที่สาธารณสุขจังหวัด กำหนด
- 8. กิจกรรมการพัฒนา:**
  - 8.1 งานบริการก่อนการพัฒนา:** ก่อนการพัฒนา ระบบการคัดกรองเชิงรุก ไม่มีพยาบาล ผู้รับผิดชอบคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า โดยตรง โดยได้ให้บริการ ดังนี้
    - ก. การคัดกรองเบาหวานขึ้นตา (Diabetic Retinopathy; DR): แผนกจักษุกรรม จักษุแพทย์สามารถ ทำการตรวจรักษา ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคทางตารวมทั้งผู้ป่วยเบาหวานที่ส่งตรวจ DR ด้วยการนัดตรวจได้ ไม่เกิน 12 รายต่อวัน ส่งผลให้การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ยังมีจำนวนน้อย

ข. การคัดกรองไตในผู้เป็นเบาหวาน (Diabetic Nephropathy): แพทย์เจ้าของไข้ส่วนใหญ่ ทำการคัดกรองการทำงานของไตโดยการส่งตรวจครีเอตินินในเลือด (Serum creatinine; Scr) และมีจำนวนน้อยรายที่คัดกรองการทำงานของไตโดยการส่งตรวจหาไข่ขาวหรือโปรตีนในปัสสาวะ (Protein in urine)

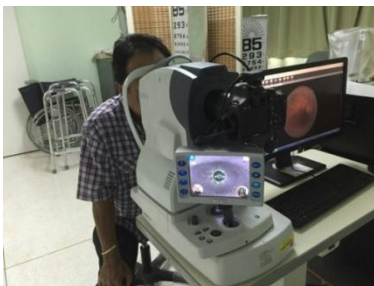
ค. การคัดกรองเท้าเบาหวาน: คลินิกเท้าในผู้เป็นเบาหวาน อยู่ในการดูแลของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งให้บริการตรวจเท้าเฉพาะผู้ที่เป็นเบาหวานมาแล้ว 5 ปีหรือเริ่มมีอาการชาที่เท้า มีแผลที่เท้าหรือเท้าผิดรูปเดือนละครั้งสัปดาห์ที่ 4 ของเดือน โดยรับนัดตรวจไม่เกิน 12 รายต่อครั้ง และไม่มีกำหนดให้ผู้เป็นเบาหวานทุกรายต้องได้รับการตรวจเท้า

**8.2 งานบริการหลังการพัฒนาระบบการคัดกรองเชิงรุก:** คลินิกเบาหวาน จึงได้พัฒนาระบบการคัดกรองเชิงรุก เพื่อให้ผู้เป็นเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า อย่างครบถ้วน โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) เป็นผู้ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้ทำการคัดกรอง และบันทึกผลการคัดกรองทุกวัน มีขั้นตอนปฏิบัติ ดังนี้

ก. การคัดกรองเบาหวานขึ้นตา (Diabetic Retinopathy; DR): ได้ประสานกับแผนกจักษุกรรม เพิ่มช่องทางในการตรวจ DR ให้กับผู้เป็นเบาหวาน โดยให้พยาบาลแผนกจักษุกรรมเป็นผู้ตรวจ DR ด้วย Fundus camera จำนวน 15 รายต่อวัน ทุกวันจันทร์ - อังคาร เวลา 13.30 - 15.30 น. และจักษุแพทย์เป็นผู้แปลผลการตรวจ หลังจากนั้น ให้ส่งผลการตรวจกลับมาให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) เพื่อแจ้งผลให้ผู้เป็นเบาหวานทราบ ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดในครั้งต่อไป

ข. การคัดกรองไตในผู้เป็นเบาหวาน (Diabetic Nephropathy): ได้ประสานกับแพทย์ประจำคลินิกเบาหวานและอายุรแพทย์ ให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) เป็นผู้ส่งตรวจหาไข่ขาวหรือโปรตีนในปัสสาวะ (Protein in urine) ทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือตามความเหมาะสม

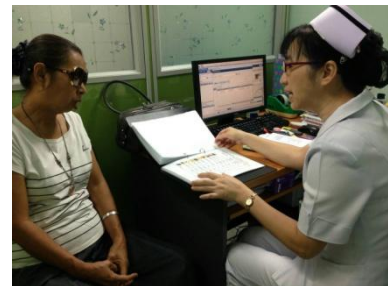
ค. การคัดกรองเท้าเบาหวาน: พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) ได้ให้บริการตรวจเท้าผู้เป็นเบาหวานทุกวัน กรณีที่มาพบแพทย์ประจำคลินิกเบาหวานหรืออายุรแพทย์ตามนัดและยังไม่เคยตรวจเท้าประจำปี หรือทำการนัดตรวจเท้าล่วงหน้า ทุกวันจันทร์ - อังคาร เวลา 13.00 - 16.00น. เพื่อให้ตรงกับกำหนัดตรวจจอประสาทตาเบาหวาน รวมทั้งได้มีการให้สุขศึกษาแก่ผู้เป็นเบาหวานรายใหม่และในรายที่ควบคุมโรคไม่ได้ควบคู่ไปด้วย



ตรวจ DR ด้วย Fundus camera



ตรวจเท้าเบาหวาน



สอนสุขศึกษาโดยใช้สื่อการสอน

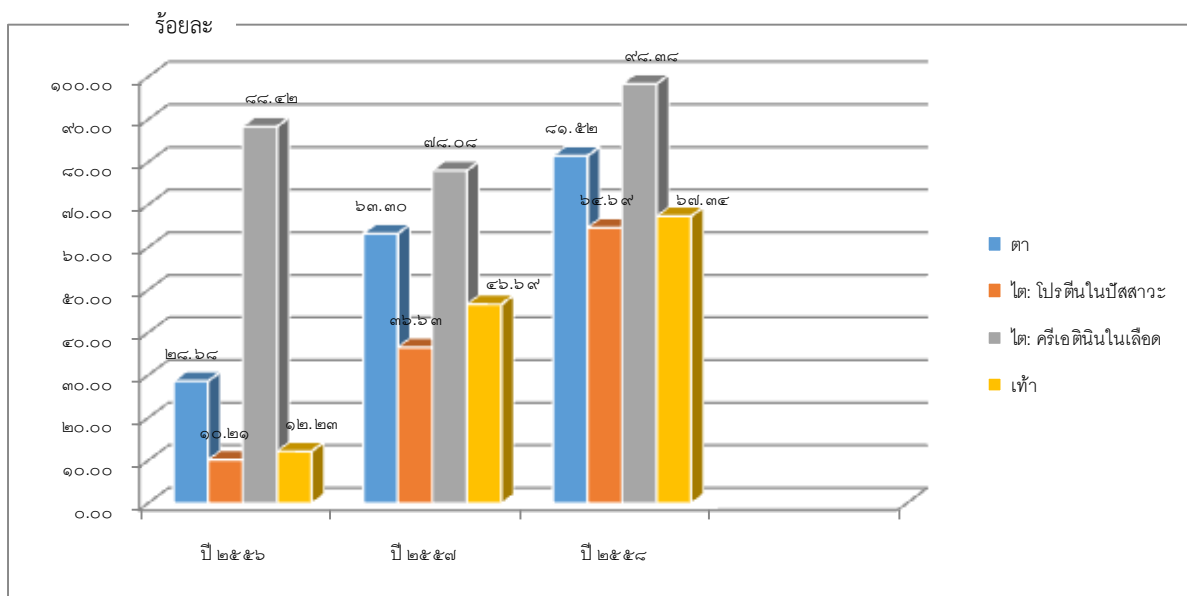
**9. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง:** จากการดำเนินงานพัฒนาระบบการคัดกรองเชิงรุก พบว่า ผู้เป็นเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า เพิ่มในอัตราที่สูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับคัดกรองก่อนและเริ่มพัฒนาระบบการคัดกรองเชิงรุกในปีงบประมาณ 2556 และ 2557 กล่าวคือ มีการคัดกรองตาสูงขึ้น จากร้อยละ 28.68 และ 63.30 เป็นร้อยละ 81.52 คัดกรองไตด้วยการส่งตรวจโปรตีนในปัสสาวะเพิ่มจากร้อยละ 10.21 และ 36.63 เป็นร้อยละ 64.69 คัดกรองไตจากการส่งตรวจครีเอตินินในเลือดเพิ่มจากร้อยละ 88.42 และ 78.08 เป็นร้อยละ 98.38 และการคัดกรองเท้ามีอัตราที่สูงขึ้นจากร้อยละ 12.23 และ 46.69 เป็นร้อยละ 67.34 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางและแผนภูมิ ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า ก่อน เริ่ม และหลังพัฒนาระบบคัดกรองเชิงรุก

ภาวะแทรกซ้อน	ร้อยละการคัดกรองก่อนพัฒนาระบบคัดกรอง (ปีงบประมาณ 2556)	ร้อยละการคัดกรองเริ่มพัฒนาระบบคัดกรอง (ปีงบประมาณ 2557)	ร้อยละการคัดกรองหลังพัฒนาระบบคัดกรอง (ต.ค. 2557 – ก.ค. 2558)
ตา	28.68	63.30	81.52
ไต: โปรตีนในปัสสาวะ	10.21	36.63	64.69
ไต: ครีเอตินินในเลือด (Scr)	88.42	78.08	98.38
เท้า	12.23	46.69	67.34

หมายเหตุ: ผู้เป็นเบาหวานที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในปี พ.ศ. 2556 2557 และ 2558 ดังนี้ 937 1,288 และ 1,825 ราย

**แผนภูมิที่ 1** เปรียบเทียบผลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า ก่อน เริ่ม และหลังพัฒนาระบบคัดกรองเชิงรุก



**10. บทเรียนที่ได้รับ:** การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า เป็นการประเมินภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่จำเป็นต้องทำในผู้เป็นเบาหวานทุกราย เนื่องจากการตรวจพบภาวะแทรกซ้อนในระยะเริ่มแรก สามารถทำการรักษาให้ดีขึ้นหรือชะลอการดำเนินของโรคได้ ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการพัฒนากระบวนการคัดกรองผู้เป็นเบาหวานเชิงรุกจะประสบความสำเร็จได้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีระบบการจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศที่จำเป็นและเพียงพอ ช่วยให้ทีมได้มีโอกาสนำข้อมูลมาทบทวน/วางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

**11. ผู้ประสานงานและการติดต่อกับทีมงาน:** นางสาวสมจิตร วงศ์บรรเจิดแสง,  
พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) หัวหน้าแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก  
โทรศัพท์ 089-938-2731 Email : somjitwong07@gmail.com โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20131 โทรศัพท์ 0-3839-4850-3 ต่อ 1738

PPC-003

## การลดปัญหาในการจัดเซตเครื่องมือผ่าตัด

งานทันตกรรม  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อผลงาน การลดปัญหาในการจัดเซตเครื่องมือผ่าตัด
2. คำสำคัญ :เซตเครื่องมือ หมายถึง เซตเครื่องมือที่ใช้ในงานทันตกรรม
3. สรุปผลงานโดยย่อ :เพื่อลดเวลาในการนับเครื่องมือ ลดจำนวนการจัดเครื่องมือผิด และเครื่องมือสูญหาย กลุ่มงานทันตกรรมได้นำเครื่องมือแยกกล่องตามกล่องที่กำหนดเป็นหมวดหมู่ก่อนส่งห้องซัพพลาย ทำให้ลดเวลาในการนับเครื่องมือจาก 30 นาทีเป็น 5 นาที การจัดเครื่องมือผิดมีแนวโน้มลดลง ไม่พบเครื่องมือสูญหาย และผู้รับบริการ (ห้อง supply) มีความพึงพอใจในระดับมาก (80-89%) จากการตอบแบบสอบถาม
4. ชื่อและที่อยู่ขององค์กร : งานทันตกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี
5. สมาชิกทีม :

ทพ.เกษม	ปานพูนทรัพย์	หัวหน้าฝ่ายทันตกรรม
ทพ.ธีรภัทร	วิเชียรมงคลกุล	ทันตแพทย์
ทพญ.ภัทริรา	ตันติภาสวสิน	ทันตแพทย์
ทพญ.กฤษณา	ตติยเกียรติถาวร	ทันตแพทย์
นางอชฌา	โสมราช	ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรม
นางมลฤดี	ห่องบุตรศรี	ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรม
นางสาวทองสี	สุขสีซัง	ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรม
นางสาวผกามาศ	ร่มเย็น	ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรม
นางสาวรุ่งนภา	ลาดหนองขุน	ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรม
นางสาวมัทนาวลี เปลียนสุข		ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรม

6. เป้าหมาย : ลดเวลาในการนับส่งเครื่องมือ ลดเครื่องมือสูญหาย และลดการจัดเซตเครื่องมือผิด

7. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

ปัญหาที่พบจากการทำงานก่อนการพัฒนา

1. ภายหลังจากการช่วยงานทันตกรรม เจ้าหน้าที่แต่ละห้องจะนำเครื่องมือมารวมลงกล่อง โดยไม่ได้คัดแยก



2. หน่วยจ่ายกลางผู้รับผิดชอบในการล้างทำความสะอาด ไม่สามารถจัดเข้าเซตให้ได้ อย่างถูกต้อง

3. เครื่องมือเกิดการสลับเซต ผิดช่อง ของไม่ครบ ทำให้เสียเวลาในการหาเครื่องมือในระหว่างทำงาน
8. กิจกรรมการพัฒนา :จากการประชุมหาแนวทางแก้ไขร่วมกันในฝ่าย ได้แนวทางดังนี้
1. กำหนดให้ภายหลังการทำงานในแต่ละวัน ให้ผู้ที่รับผิดชอบแต่ละห้องคัดแยกเครื่องมือลงในกล่องที่ได้จัดเตรียมไว้ ตามประเภทและเซตเครื่องมือที่กำหนด



2. ทำการตรวจนับก่อนนำส่งไปยังห้องหน่วยจ่ายกลาง โดยมีแบบฟอร์มรายการนำส่งและมีสำเนาไว้หนึ่งฉบับ



3. ถ่ายภาพเซตเครื่องมือที่ต้องการไว้เป็นตัวอย่างให้แก่หน่วยจ่ายกลาง

## ตัวอย่างชุดเครื่องมือ

### ชุดตรวจห่อด้วยผ้า 1 ชั้น



### ชุดอุดฟัน



### ชุด ผ่าฟันคุด ประกอบด้วย



1. ชุดตรวจ



2. syring ยาชา



3. ด้าม blade



4. periost ealelevator

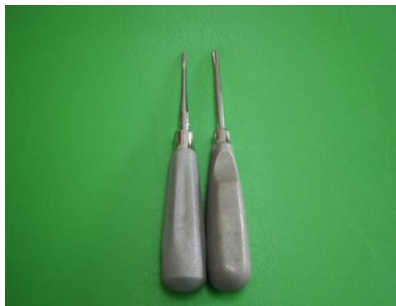




5. periosteal retractor



6. angle elevator



7. straight elevator



8. คีมเบอร์ 150



9. คีมเบอร์ 151



10. curette double end



11. Bone file



12. suction tip



13. towel clip



14. needle holder



15. กรรไกรตัดไหม



16. artery forceps ปลายโค้ง

18. แก้วน้ำ 2 ใบ

19. ผ้าคลุม 1 ผืน

20. ผ้าเจาะกลาง 1 ผืน

21. ผ้าใส่เฝือก 2 เส้น

22. ถุงมือ 2 คู่

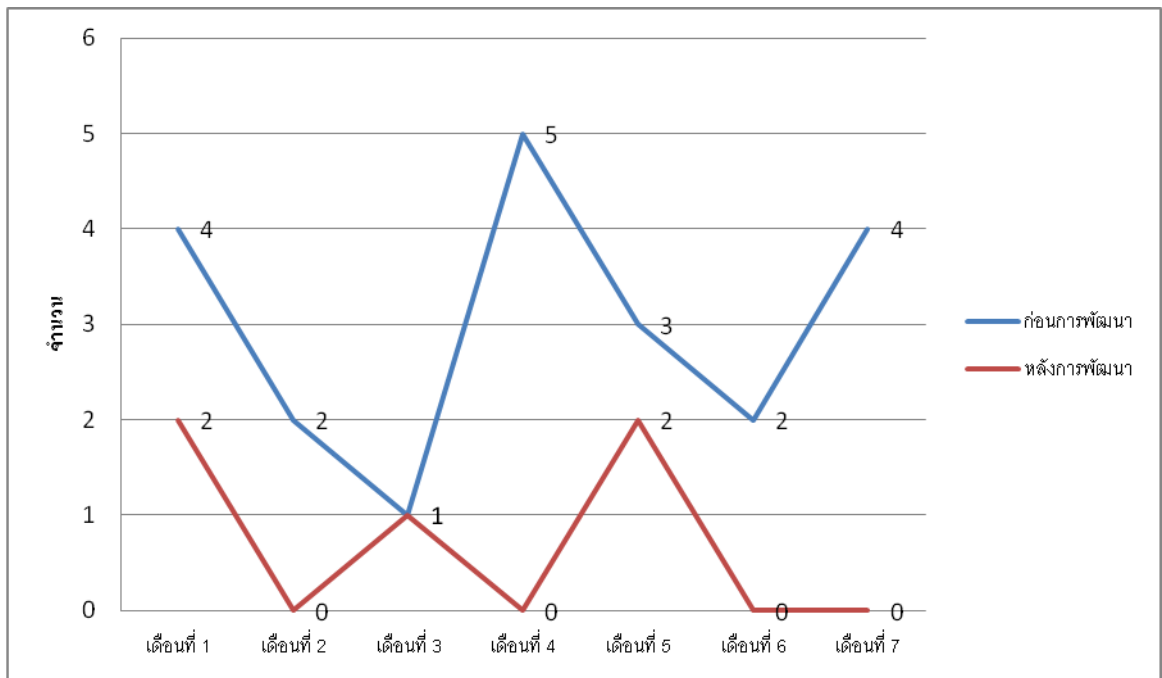
### ลักษณะการรวมเซตผ้าพันคุด



## 9. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

1. หน่วยจ่ายกลางได้รับความสะดวกในการล้างเครื่องมือดีขึ้น  
ผู้รับบริการ (ห้อง supply) มีความพึงพอใจในระดับมาก (80-89%) จากการตอบแบบสอบถาม
2. หน่วยจ่ายกลางจัดเซตเครื่องมือได้ถูกต้องมากขึ้น

กราฟเปรียบเทียบจำนวนการจัด Set เครื่องมือผิด ก่อนและหลังการพัฒนา



จากกราฟ พบว่า การจัด Set เครื่องมือผิดมีแนวโน้มที่ลดลงแต่ยังคงพบอยู่บ้าง ซึ่งยังคงต้องหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบให้ดียิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต

3. เจ้าหน้าที่ได้รับความสะดวกรวดเร็วในการปฏิบัติงาน  
ลดเวลาในการนับเครื่องมือจาก 30 นาทีเป็น 5 นาที

## 10. บทเรียนที่ได้รับ :

จากการดำเนินการปรับปรุงแก้ไขดังกล่าว ทำให้การจัดส่งเครื่องมือไปยังหน่วยจ่ายกลางมีประสิทธิภาพมากขึ้น การทำงานของทันตบุคลากรมีความรวดเร็วมากยิ่งขึ้น แต่ก็ยังคงพบว่าเครื่องมือบางชนิดยังคงมีการปะปนผิดเซตอยู่บ้าง หากแต่ลดน้อยลงอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากเครื่องมือทางทันตกรรมบางชนิดมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ยากแก่การจัดและคัดแยก ซึ่งเป็นปัญหาที่จะต้องคิดปรับปรุงแก้ไขในโอกาสต่อไป

## 11. การติดต่อกับทีมงาน :งานทันตกรรม โทร.1203

**PPC-004**

## หน้าเพจเพื่อนใจ ไขปัญหาไวกว่าเดิม

แผนกเวชศาสตร์ชุมชนฯ  
คลินิกเพื่อนใจวัยใส  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา : หน้าเพจเพื่อนใจ ไขปัญหาไวกว่าเดิม
2. คำสำคัญ : เพจเพื่อนใจ หมายถึง หน้าจอเฟซบุ๊คเพจของคลินิกเพื่อนใจ วัยใส คลินิกสำหรับให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและครอบครัว (Facebook page : คลินิกเพื่อนใจ วัยใส ม.บูรพา )
3. สรุปผลงานโดยย่อ : พัฒนารูปแบบ/ช่องทางบริการให้คำปรึกษาในกลุ่มวัยรุ่น ผ่านสื่อสังคมออนไลน์จากหน้าจอเฟซบุ๊คไฟล์ไฟล์แบบเดิม ต่อยอดเป็นเฟซบุ๊คเพจ (Facebook page) ซึ่งมีระบบเตือนในโทรศัพท์ส่วนตัวของผู้ดูแลระบบ (System administrator) รวมถึงได้เพิ่มจำนวนผู้ดูแลระบบเพื่อตรวจสอบทบทวนการให้คำปรึกษาได้อย่างเหมาะสมและถูกต้องตามหลักวิชาการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และยังผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันเพื่อให้คำปรึกษาผ่านสื่อได้รวดเร็ว ลดระยะเวลารอคอยการให้คำปรึกษาจากกลุ่มผู้รับบริการ
4. ชื่อและที่อยู่ขององค์กร : แผนกเวชศาสตร์ชุมชนฯ ฝ่ายบริการการพยาบาล ชั้น 5 อาคารศรีนครินทร์ และคลินิกเพื่อนใจวัยใส ชั้น 2 อาคารศรีนครินทร์
5. สมาชิกทีม :
  - 5.1 นายแพทย์ศรัทธู เสงเจริญ สูติ-นรีแพทย์ ที่ปรึกษา
  - 5.2 นางสาวชั้นทอง สุขผ่อง พยาบาลชำนาญการพิเศษ
  - 5.3 นายเกรียงศักดิ์ สุรนาถวิวงศ์ นักสุขศึกษา
  - 5.4 นางสาวศรีสกุล สุวรรณรัตน์ นักสุขศึกษาและคณะกรรมการคลินิกเพื่อนใจวัยใส
6. เป้าหมาย :
  - 6.1 เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของวัยรุ่น เป็นช่องทางที่ 5
  - 6.2 ลดระยะเวลาการรอคอยการขอรับคำปรึกษาจากวัยรุ่นในชุมชน
7. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

คลินิกวัยรุ่นของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา “คลินิกเพื่อนใจ วัยใส” เปิดให้บริการตั้งแต่เดือนมกราคม 2554 สร้างช่องทางการติดต่อสื่อสาร 4 ช่องทาง เพื่อตอบสนองความต้องการ และเพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มวัยรุ่น โดยผู้รับบริการไม่ต้องเปิดเผยตัวตน ไม่ต้องระบุนาม ไม่ต้องทำบัตร และไม่เสียค่าบริการ โดยผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ (Facebook profile: เพื่อนใจ วัยใส ม.บูรพา) จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E- mail :buuteen@hotmail.com) โทรศัพท์สายด่วน (Hotline : 08-7746-5317) และคลินิก (Clinic เพื่อนใจวัยใส ชั้น 2 อาคารศรีนครินทร์ )

จากการให้บริการพบว่า ผู้รับบริการใช้ช่องทางผ่านโทรศัพท์สายด่วนมากที่สุด รองลงมาคือ เฟซบุ๊คไฟล์ไฟล์ (Facebook profile) ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ วัยรุ่นที่เข้ามาใช้บริการ ส่วนใหญ่ยังไม่มีรายได้ การเสียค่าโทรศัพท์บางครั้งจึงเป็นการสิ้นเปลือง และบ่อยครั้งที่เจ้าหน้าที่ต้องติดต่อกลับเนื่องจากผู้รับบริการเงินหมด แต่

ในสื่อสังคมเฟสบุค การใช้อินเทอร์เน็ตกลับเป็นค่าใช้จ่ายที่วัยรุ่นส่วนใหญ่ยอมรับได้ หรือใช้ระบบแลนไร้สาย (Wireless LAN / WI-FI) ไม่เสียค่าใช้จ่ายส่วนตัว ช่องทางนี้จึงได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น

อีกหนึ่งปัญหาที่ประสบคือขาดทีมผู้ดูแลระบบ และผู้รับบริการรอการให้คำปรึกษานาน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ติดปฏิบัติภารกิจงานด้านอื่นๆ รวมถึงแต่เดิมการให้บริการผ่านเครื่องคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ (พีซี) จึงค่อนข้างล่าช้า ทางทีมงานจึงพัฒนาระบบเฟสบุคเพจ (Facebook page) ที่สามารถรองรับในโทรศัพท์ของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบได้ทันที มีระบบการเตือน โดยไม่ต้องจัดหาโทรศัพท์สมาร์ตโฟนของส่วนกลางซึ่งสิ้นเปลืองงบประมาณ และไม่สะดวกที่ผู้ให้บริการจะพกพาโทรศัพท์ส่วนตัวร่วมกับส่วนกลางหลายเครื่องไปปฏิบัติงานนอกสถานที่ในชุมชนแหล่งต่างๆ

#### ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

- สามารถให้คำปรึกษาได้รวดเร็วขึ้น จากระบบเตือนของผู้ให้บริการผ่านโทรศัพท์สมาร์ตโฟนส่วนตัวของผู้ดูแลระบบ
- สามารถตรวจทานข้อมูลการให้คำปรึกษา โดยทีมผู้ให้คำปรึกษาหรือผู้ดูแลระบบหลายคน (System administrator) พร้อมกัน
- กรณีที่เป็นการให้ความรู้ทั่วไปในเฟสบุคเพจ สามารถตรวจสอบผู้เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่ทางคลินิกได้นำเสนอไว้ในหน้าจอ โดยนับจำนวนผู้ที่เห็นข้อมูลดังกล่าว ซึ่งมีปริมาณมากกว่าผู้ที่กดถูกใจ (Like) ต่างกับเฟสบุคโพลีไฟล์แบบเดิม ที่จะทราบแต่ปริมาณผู้ที่กดถูกใจเท่านั้น

#### **8. กิจกรรมการพัฒนา :**

8.1 วางแผนในการจัดระบบ พัฒนาค่อยๆออกจากเฟสบุคโพลีไฟล์ ไปสู่ หน้าจอเฟสบุคเพจ

- ข้อดีของเฟสบุคเพจ มีเพื่อนสมาชิกไม่จำกัด
- การจัดตั้งสามารถระบุเป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพ โดยไม่แสวงหาผลกำไรได้

8.2 เตรียมทีมสหสาขา เพื่อดูแลระบบในหน้าเฟสบุคเพจ

- ทำข้อตกลงในเรื่องการรักษาความลับของผู้รับบริการ
- มีผู้ดูแลมากกว่า 2 คน เพื่อทบทวนและตรวจทานการให้คำปรึกษาให้ถูกต้องตามหลักวิชาการและมีขอบเขตที่เหมาะสม

8.3 ลงทะเบียนเข้าใช้หน้าเฟสบุคเพจ โดยใช้ข้อมูลและจำนวนสมาชิกที่เป็นเพื่อนคงเดิมจากเฟสบุคโพลีไฟล์

- ติดตั้งระบบเตือนในโทรศัพท์ส่วนตัวของผู้ดูแลระบบเพื่อความรวดเร็วในการให้คำปรึกษา

8.4 ทดสอบการใช้ระบบ และเริ่มให้บริการ

-เชิญเพื่อนสมาชิกในเฟสบุคโพลีไฟล์เดิม ให้มากกดถูกใจ (Like) เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์หน้าจอฟสบุคเพจใหม่ และเพิ่มจำนวนผู้ติดตามในหน้าจอ

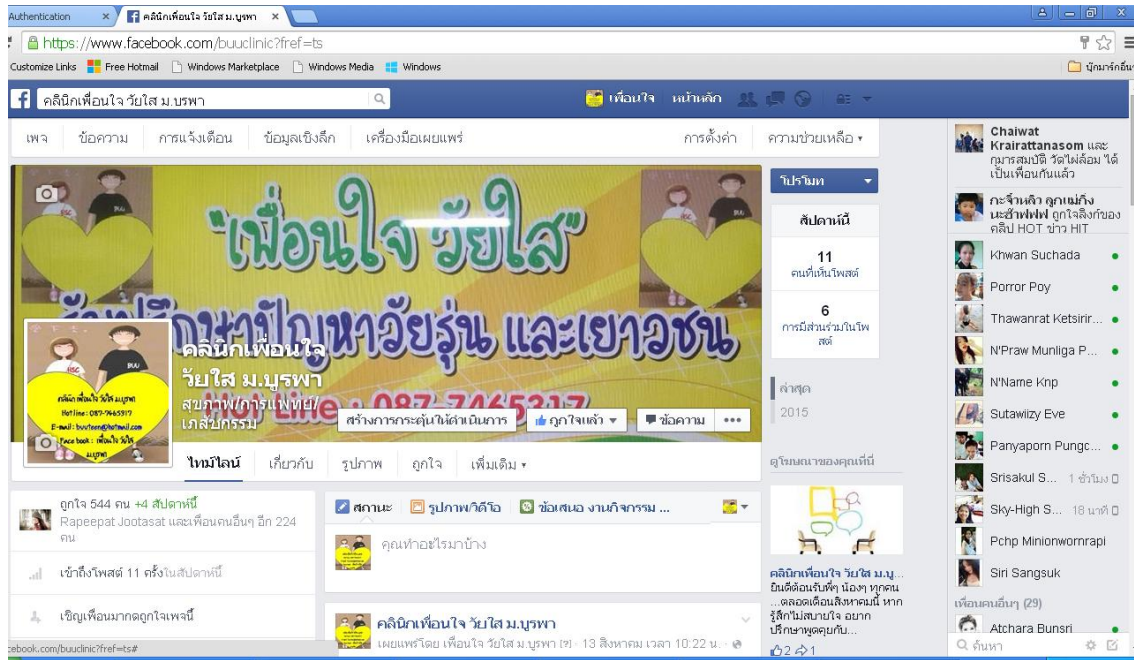
- กรณีที่มีผู้รับบริการพิมพ์คำถาม และส่งเข้ามาในหน้าเฟสบุคเพจ จะขึ้นระบบเตือนในโทรศัพท์ของผู้ดูแลระบบแต่ละคน

- ผู้ดูแลระบบสามารถเลือกประเด็นการให้คำปรึกษาที่ตนเองมีความเชี่ยวชาญ หรือร่วมกันลงความเห็นเกี่ยวกับข้อมูลที่ให้คำปรึกษา

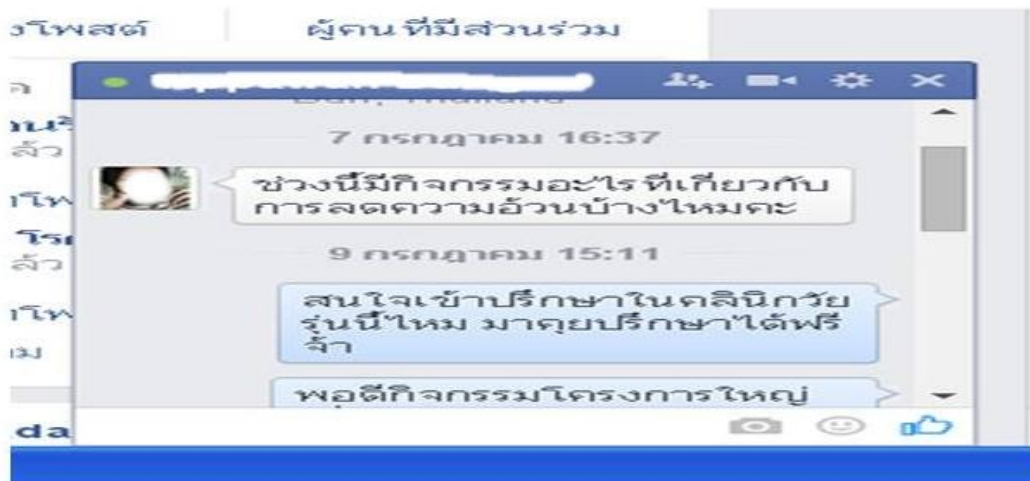
8.5 ประเมินผลจากข้อมูลที่ให้คำปรึกษาไปแล้ว โดยผ่านการพิมพ์ข้อมูลในหน้าเพจ และนับระยะเวลาการรอคอย ตั้งแต่ผู้รับบริการส่งข้อความเข้ามา และผู้ดูแลระบบเริ่มให้คำปรึกษา

## 9. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

9.1 เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของวัยรุ่น เป็นช่องทางที่ 5 คือ เฟสบุคเพจ (Facebook page : คลินิกเพื่อนใจ วัยใส ม.บูรพา) เป็นหน่วยงาน/องค์กร ประเภท สุขภาพ/การแพทย์/เภสัชกรรม



9.2 ลดระยะเวลาการรอคอย หลังจากผู้รับบริการในชุมชน ส่งคำถามเข้ามา และผู้ให้คำปรึกษาเริ่มตอบกลับ ระยะเวลาการรอคอยจากหน้าจอเฟสบุคไพรไฟล์ (แบบเดิม)



ระยะเวลาการรอคอยจากหน้าจอเฟสบุคเพจ (แบบใหม่)



ตาราง แสดงระยะเวลาการรอคอยการให้คำปรึกษา ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (มีนาคม 2558 – สิงหาคม 2558)

ระยะเวลา หน้าจอ	เวลารอคอยที่น้อยที่สุด (นาที)	เวลารอคอยมากที่สุด (นาที)	ระยะเวลาเฉลี่ย (นาที)
เฟสบุคโพรพอยล์ (แบบเดิม)	60	2,880	1,656
เฟสบุคเพจ (แบบใหม่)	1	22	7
			ลดระยะเวลาการรอคอยได้ร้อยละ 99.58

จากตาราง สรุปว่า หน้าเฟสบุคโพรพอยล์ (แบบเดิม) มีระยะเวลาการรอคอยการให้คำปรึกษาน้อยที่สุดคือ 60 นาที (1 ชั่วโมง) มากที่สุดคือ 2,880 นาที (48 ชั่วโมง) ระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ย 1,656 นาที (27.6 ชั่วโมง) ส่วนหน้าเฟสบุคเพจ (แบบใหม่) ระยะเวลาการรอคอยการให้คำปรึกษาน้อยที่สุดคือ 1 นาที มากที่สุดคือ 22 นาที ระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ย 7 นาที จะเห็นได้ว่าการใช้เฟสบุคเพจ รูปแบบใหม่ สามารถลดระยะเวลาการรอคอยให้คำปรึกษาได้ถึงร้อยละ 99.58

#### 10. บทเรียนที่ได้รับ :

- สนองตอบความต้องการของวัยรุ่นในชุมชนโดยมีช่องทางทำให้ข้อมูลที่หลากหลายมากขึ้น และพบว่าในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ตั้งแต่เริ่มใช้ช่องทางเฟสบุคเพจแบบใหม่นี้ มีผู้ใช้บริการมากกว่าทางเฟสบุคแบบเดิม
- เพิ่มพูนความรู้ และทักษะในกลุ่มผู้ดูแลระบบด้วยกัน ทำให้งานบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีข้อมูลที่น่าเชื่อถือมากขึ้น
- ลดภาวะความตึงเครียดในการให้คำปรึกษาได้ เนื่องจากมีการสับเปลี่ยนหมุนเวียนกันของผู้ดูแลระบบ และมีการกระจายข้อมูลตามความเชี่ยวชาญของแต่ละคน

### สิ่งที่พัฒนาต่อ

- ติดตามกระแสสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อสร้างช่องทางรองรับผู้รับบริการวัยรุ่นในชุมชนต่อไป จากข้อมูลของเครือข่ายการทำงานด้านวัยรุ่น พบว่า ปัญหาสังคมจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย ช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อยังมีอีกมาก การสร้างช่องทางทำให้คำปรึกษาสำหรับวัยรุ่น เพื่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ นอกเหนือจากระบบการรักษาของระบบสาธารณสุขแล้ว ในส่วนของงานบริการเชิงรุก การให้ความรู้ ทักษะการดูแลสุขภาพพื้นฐาน และการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ก็ยังมีความสำคัญอย่างมาก

- พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลระบบ ให้ทันต่อสถานการณ์ และมีความเข้าใจในบริบทของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นวัยรุ่นมากขึ้น

11. การติดต่อกับทีมงาน : นางสาวชนทอง สุขพ่อง พยาบาลชำนาญการพิเศษ แผนกเวชศาสตร์ชุมชนฯ ฝ่ายบริการการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์ 08-6392-7686 E-mail : sukphong@gmail.com

### รูป คลินิกเพื่อนใจวัยใส



**“เพื่อนใจ วัยใส”**  
**รับปรึกษาปัญหาวัยรุ่น และเยาวชน**  
**Hot Line : 087-7465317**  
**E-mail : buuteen@hotmail.com**  
**f เพื่อนใจวัยใส ม.บูรพา**  
**FB Page: คลินิกเพื่อนใจ วัยใส ม.บูรพา**



PPC-005

## BUH THE WINNER ลดพุง ลดโรค กับแนวคิด 3 S

เกรียงศักดิ์ สุรนาถวิช่วงศ์<sup>1</sup>  
ทิติมะลี ประสบกิตติคุณ<sup>1</sup>  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา<sup>1</sup>

- ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา :** BUH THE WINNER ลดพุง ลดโรค กับแนวคิด 3 S
- คำสำคัญ :** ลดพุง ลดโรค การลดลงของขนาดรอบเอวเพื่อป้องกันโรคไร้เชื้อ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ระบบหลอดเลือดและหัวใจ เป็นต้น  
แนวคิด 3 S คือ Self Efficacy การเห็นคุณค่าของตนเอง  
Self Regulation การกำกับตนเอง  
Social Support การสนับสนุนทางสังคม
- สรุปผลงานโดยย่อ :** ผลงานกิจกรรม BUH THE WINNER ลดพุง ลดโรค กับแนวคิด 3 S นี้อาศัยแนวคิดทางสุขภาพเพื่อเป็นแกนและทิศทางในการพัฒนากิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากร ทั้งเรื่องของการกำกับตนเอง การเห็นคุณค่าของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม โดยกิจกรรมมีการพัฒนาทั้งส่วนของรูปแบบที่เน้นกลุ่มเป้าหมายเป็นหลักในการเลือกที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพราะตัวเองต้องกำกับตัวเอง ไม่ใช่การยึดเยียดวิธีการให้แก่กลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งการเพิ่มการใช้ประโยชน์ทางแอปพลิเคชันออนไลน์เป็นตัวช่วยสนับสนุนทางสังคมแก่กลุ่มเป้าหมาย และการกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายเห็นคุณค่าของตนเองว่าเขาสามารถทำได้ ผลจากการพัฒนาพบว่า ผลลัพธ์ในปฐมภูมิคือผู้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องมีมากขึ้น มีความสุขในการเข้าร่วมกิจกรรม ตลอดช่วงเวลา 3 เดือนและเป็นที่พึงพอใจ ผลลัพธ์ในขั้นทุติยภูมิพบว่าขนาดรอบเอวและดัชนีมวลกายลดลง ความรู้และพฤติกรรมทางสุขภาพดีขึ้น
- ชื่อและที่อยู่ขององค์กร :** แผนกอาชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
- สมาชิกทีม :** นายเกรียงศักดิ์ สุรนาถวิช่วงศ์ นักสุขศึกษา  
นางทิติมะลี ประสบกิตติคุณ พยาบาล
- เป้าหมาย :** บุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีความเสี่ยงเสี่ยงด้านสุขภาพ คือ รอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตรในเพศชาย รอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตรในเพศหญิง เพื่อลดระดับรอบเอวและ ความรู้ในหลัก 3 อ. กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น
- ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :** สืบเนื่องจากในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ปี 2554-2557 ลักษณะของการจัดกิจกรรมเป็นไปในรูปแบบจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มเป้าหมายโดยตรง เช่น เลือกประเภทของการออกกำลังกายให้ การจัดเมนูอาหารให้รวมทั้งการจัดกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดให้กับบุคลากร อีกทั้งการให้ความร่วมมือของบุคลากรในการเข้ากิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่น้อย ในการจัดกิจกรรมดังกล่าวพบว่าบุคลากร ไม่มีความยั่งยืนหรือต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรวมกลุ่มในการจัดกิจกรรมกลุ่มยากจากข้อจำกัดตามสายงาน รวมทั้งการหาสาเหตุปัญหาของพฤติกรรมสุขภาพของตนยังไม่กระจ่างพอ ทำให้ไม่เกิดแรงจูงใจและการกำกับตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2558 กิจกรรม BUH THE WINNER ลดพุง ลดโรค ได้มีการปรับเปลี่ยนลักษณะของการ

จัดกิจกรรมโดยโดยประยุกต์ใช้แนวคิด 3 S ดังนี้ Self Efficacy คือการเห็นคุณค่าของตนเอง Self regulation การกำกับตนเอง และ Social Support โดยทางผู้จัดจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมโดยดึงศักยภาพของแต่ละบุคคลออกมา ให้กลุ่มเป้าหมายแก้ปัญหาตามบริบทของตนเอง และเลือกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง โดยขจัดเรื่องของ การไม่มีเวลา การไม่มีสถานที่ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ออกไป

**8. กิจกรรมการพัฒนา :** เนื่องจากในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาที่ผ่านมาเป็นการจัดอบรมให้ความรู้การจัดกิจกรรมออกกำลังกายโดยเจาะจงประเภทรวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องของบุคลากรยังไม่ดีเท่าที่ควร ทั้งส่วนของปัญหาเวลาที่ในเข้าร่วมกิจกรรมจากความหลากหลายของงานตามสาขาอาชีพ การไม่ชอบการออกกำลังกายที่ผู้จัดจัดให้ และการเข้ามาร่วมอภิปรายเป็นกลุ่มเป็นไปได้ยาก การพัฒนาในครั้งนี้อยู่ใต้กิจกรรม BUH THE WINNER ลดพุง ลดโรค กับแนวคิด 3 S โดยทางผู้จัดอาศัยแนวคิดทางสุขภาพมาร่วมพัฒนา กล่าวคือ

1. Self regulation การกำกับตนเอง เพราะความสำเร็จในการลดพุงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นจะได้ผลดีต่อมาจากตัวของผู้เข้าร่วมเป็นหลักการกำกับตัวเองนี้ เราจะมีกระบวนการให้กลุ่มเป้าหมายมาอภิปรายและหาวิธีการแก้ปัญหาและการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง เลือกกำหนดเมนูด้วยตนเอง เลือกการออกกำลังกายภายใต้บริบทของเวลาของตนเอง เพื่อนำมาแลกเปลี่ยนกันในแต่ละเดือนว่าผลการปรับเปลี่ยนและลดน้ำหนักของตนเองเป็นอย่างไรบ้าง ร่วมวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค โดยมีทีมครูพี่เลี้ยงเป็นผู้ชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องให้ พร้อมทั้งการจัดคอร์สการออกกำลังกายที่หลากหลายให้เลือกตามความถนัดและสมัครใจ โดยใช้แอปพลิเคชันออนไลน์เป็นตัวเสริม กระตุ้น

2. Self Efficacy การเห็นคุณค่าของตนเอง เป็นแนวคิดเสริมแรงที่ให้กลุ่มเป้าหมายมีความมั่นใจว่าตนต้องทำได้ มันไม่ยาก เพราะคุณคือ THE WINNER นั่นเอง

3. Social Support การสนับสนุนทางสังคม เราใช้การสนับสนุนทั้งเป็นแบบกลุ่ม เพราะในแต่ละเดือนกลุ่มเป้าหมายต้องมาร่วมกิจกรรมติดตามโดยเราเลือกใช้เวลาพักเที่ยงในการจัดกิจกรรมและร่วมรับประทานอาหารกลางวัน ภายใต้แนวคิด Family Meeting และเรายังใช้แอปพลิเคชันออนไลน์ร่วมเป็นส่วนกระตุ้นแบบครอบครัวและแลกเปลี่ยนความคิดและความรู้กัน



*GROUP EXERCISE CLASS*

Time/Day	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT	SUN
09.00 - 09.50							
18.00 - 18.50	ABS Tue	STEP I Tue	FIT BALL Oh	STEP II Tue	BODY WEIGHT Tue	FIT BALL Tue	STEP I Tue
19.00 - 19.50	AEROBIC II Tue	INTERVAL BIKE Oh	AEROBIC I Tue	BIKE CHALLENGE Oh			

*YOGA CLASS*

Time/Day	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT	SUN
09.00 - 10.15	* Yoga Lek	* Yoga Lek		* Yoga Lek			
18.00 - 18.15	Power Yoga Tue	Smooth Feeling Tue	Hot Yoga Lek	Power Yoga Tue	Hot Yoga Lek	Hot Yoga Lek	Power Yoga Tue
19.30 - 20.45	Smooth Feeling Lek	Hot Yoga Lek	Power Yoga Tue	Hot Yoga Lek			

\* YOGA CLASS อาจมีการเปลี่ยนแปลง  
 \* ① Easy ② Medium ③ Hard  
 Fitness Dome T.086 - 304 - 5103, 0 - 3839 - 5179



9. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง : กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 มีขนาดรอบเอวลดลงร้อยละ 20 และมีความพึงพอใจร้อยละ 80

ข้อ	ประเด็นคำถาม	ก่อนเข้าร่วมโครงการ(%)	หลังเข้าร่วมโครงการ(%)
1	หากต้องการควบคุมน้ำหนัก ควรจำกัดอาหารประเภทใดมากที่สุด	95.00	100.00
2	อาหารประเภทใดให้พลังงานต่ำ กินได้เยอะ ช่วยควบคุมน้ำหนักได้	20.00	100.00
3	ควรเลือกผลไม้ชนิดใด จึงช่วยควบคุมน้ำหนักได้	95.00	95.00
4	ควรเลือกกินเนื้อสัตว์ชนิดใด จึงช่วยควบคุมน้ำหนักได้	95.00	100.00
5	ควรเลือกเครื่องดื่มประเภทใด จึงช่วยควบคุมน้ำหนักได้	20.00	85.00
6	ผู้ที่มีอารมณ์ประเภทใดเป็นประจำ ส่งผลให้อ้วนง่าย	95.00	100.00
7	ผู้ที่มีอารมณ์ประเภทใดเป็นประจำ ส่งผลให้สุขภาพดีไม่อ้วนง่ายห่างไกลโรค	95.00	85.00
8	ควรออกกำลังกายสัปดาห์ละกี่วัน เพื่อช่วยควบคุมและลดน้ำหนัก	65.00	95.00
9	การออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรใช้เวลาต่อเนื่องกันอย่างน้อยกี่นาที	100.00	90.00
10	ตัวอย่างสถานการณ์...ใครน่าจะลดน้ำหนักได้เร็วที่สุด	65.00	100.00

จากการทำแบบประเมินความรู้เปรียบเทียบ ก่อน-หลัง การจัดกิจกรรมในบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีรอบเอว (ผู้ชายมากกว่า 90 เซนติเมตร/ผู้หญิงมากกว่า 80 เซนติเมตร) หรือมีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (BMI>23) หรือมีญาติสายตรงเป็นโรคเรื้อรังจำนวน 40 คน ในรูปแบบในรูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการ เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ เป็นต้น เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีเป้าหมายนำไปสู่การมีสุขภาพดี

พบว่า กลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการจัดการกับอารมณ์ที่ส่งผลดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้นค่าเฉลี่ยร้อยละ 8.5 (ก่อนเข้าโครงการ Mean 8.1 Min 4 Max 10 , หลังเข้าโครงการ Mean 16.6 Min 8 Max 10)

จากแบบประเมินผลพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในรอบ 1 เดือนเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมาให้กับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 40 คน พบว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติ 4-7 วัน/สัปดาห์ ได้แก่

1. กินอาหารครบ 5 หมู่ร้อยละ 55.00
2. กินอาหารหลากหลายไม่ซ้ำซากร้อยละ 80.00
3. ดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลมหรือน้ำหวานร้อยละ 90.00
4. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 60.00
5. ขณะออกกำลังกาย หายใจเร็วขึ้นและมีเหงื่อออกร้อยละ 40.00

และพบว่าพฤติกรรมที่คนส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติเลย คือ ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 5 วัน ร้อยละ 59.63

\*\*\*ประเด็นที่มีการเปลี่ยนแปลงหลังจัดกิจกรรมขึ้นคือ พฤติกรรมที่คนส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติเลย คือ ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 5 วัน เพิ่มขึ้นร้อยละ 30.5

จากการทำแบบประเมินความพึงพอใจโครงการโครงการลดโรค ลดเสี่ยง หลีกเสี่ยงเจ็บป่วยด้วยการปรับพฤติกรรม ในบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีรอบเอว (ผู้ชายมากกว่า 90 เซนติเมตร/ผู้หญิงมากกว่า 80 เซนติเมตร) หรือมีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (BMI>23) หรือมีญาติสายตรงเป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 40 คน พบว่า

1. เนื้อหาสาระในการอบรม/สัมมนาตรงกับความต้องการ	ร้อยละ 80.00
2. ความพึงพอใจในวิทยากรโดยภาพรวม	ร้อยละ 90.24
3. การบริการ/อำนวยความสะดวกต่างๆ ของเจ้าหน้าที่	ร้อยละ 80.00
4. ความพึงพอใจในวิทยากรโดยภาพรวม	ร้อยละ 89.25
5. ท่านได้รับประโยชน์จากการอบรม	ร้อยละ 80.00
6. ความพึงพอใจในการจัดกิจกรรมโดยรวมของโครงการในครั้งนี้	ร้อยละ 89.25

จากการติดตามผลการจัดกิจกรรมโดยเปรียบเทียบน้ำหนักก่อนการเข้าร่วมโครงการฯ กับน้ำหนักหลังจากเข้าร่วมโครงการฯ ภายในระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งคำนวณแล้วได้น้ำหนักเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงไปพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการ 40 คน น้ำหนักลดลง 14 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0 น้ำหนักเพิ่มขึ้น 4 คน คิดเป็นร้อยละ 10 น้ำหนักเท่าเดิม 12 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ร้อยละ 12.5 และไม่มาติดตามผล 10 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0

และพบว่ารอบเอวของผู้เข้าร่วมโครงการลดลงเข้าสู่ภาวะปกติ 10 คน คิดเป็นร้อยละ 25 รอบเอวลดลง 8 คน คิดเป็นร้อยละ 20 รอบเอวเท่าเดิม 11 คิดเป็นร้อยละ 27.5 รอบเอวเพิ่มขึ้น 1 คิดเป็นร้อยละ 2.5 และไม่มาติดตามผล 10 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0

**10. บทเรียนที่ได้รับ** : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเห็นผลได้ในเวลาสั้นๆ ต้องอาศัยความอดทน ความมีวินัย และกำลังใจจากตนเองรวมทั้งคนรอบข้าง การจัดกิจกรรม BUH THE WINNER ลดพุง ลดโรค กับแนวคิด 3 S เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ประยุกต์แนวคิดทางสุขภาพที่เน้นการกำกับตนเอง การเห็นคุณค่าตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมเป็นเป็นตัวกำหนดทิศทางและกิจกรรมที่จะดำเนินการให้กับกลุ่มเป้าหมาย แต่อย่างไรก็ดียังมีส่วนที่จะปรับปรุงในประเด็นอื่นๆเพื่อเป็นการพัฒนา เช่นทำอย่างไรเพื่อให้ได้ความครอบคลุมกับกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ที่ยังมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ทางผู้จัดต้องอาศัยกลยุทธ์และกลวิธีทางสุขภาพอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นการปรับเปลี่ยนสุขภาพเชิงรุก ทีมพี่เลี้ยงในแต่ละหน่วยงาน แผนก เพื่อพัฒนาเป็นเครือข่ายนักสุขภาพ และในอนาคตหวังว่ากิจกรรมนี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดนโยบายทางสุขภาพของหน่วยงาน ภายใต้กรอบแนวคิดโรงพยาบาลแห่งการสร้างเสริมสุขภาพ

**11. การติดต่อกับทีมงาน** : นายเกรียงศักดิ์ สุรนาถวัชวงศ์ นักสุขศึกษา แผนกอาชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20131 โทรศัพท์ 0-3839-4850-3 ต่อ 1800 หรือ 087-7901540 E-mail: Shakti.kriangsak@gmail.com

PPC-006

## อาหารปลอดภัย คนไทยปลอดภัย

นงคีนุช แน่นอุดร  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา : อาหารปลอดภัย คนไทยปลอดภัย
2. คำสำคัญ : อาหารปลอดภัย
3. สรุปผลงานโดยย่อ : การดำเนินงานอาหารปลอดภัย จำเป็นต้องอาศัยผู้ประกอบการเข้ามามีส่วนร่วม โดยสร้างจิตสำนึกให้ผู้ประกอบการรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองและรับผิดชอบต่อผู้บริโภค โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมในเรื่องของความรู้ สนับสนุนให้ผู้ประกอบการเป็นต้นแบบที่ดีให้แก่ร้านอื่นๆ และนำพาร้านอื่นๆ ให้ปฏิบัติได้ถูกต้อง กลยุทธ์ที่สำคัญคือผู้บริหารที่มีอำนาจเห็นความสำคัญและช่วยติดตามกำกับการทำงาน จะทำให้งานสำเร็จง่ายและเร็วขึ้น
4. ชื่อและที่อยู่ขององค์กร : นงคีนุช แน่นอุดร นักวิชาการสาธารณสุข แผนกเวชศาสตร์ชุมชนฯ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา คณะแพทยศาสตร์
5. สมาชิกทีม : 1. บุคลากรแผนกเวชศาสตร์ชุมชนฯ  
2. นิสิตจิตอาสา มหาวิทยาลัยบูรพา
6. เป้าหมาย : 1. เพื่อให้ชุมชนมหาวิทยาลัยบูรพา มีร้านจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่ได้มาตรฐาน  
2. เพื่อให้ผู้บริโภคปลอดภัยจากโรคที่เกิดจากระบบทางเดินอาหาร
7. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :  
ผลกระทบของโรคที่เกิดจากการรับประทานอาหารไม่สะอาด อาหารที่มีสารปนเปื้อน อาจทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารได้ การแก้ปัญหา จำเป็นต้องให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ประกอบการ(ผู้ขาย) ในเรื่องของการเลือกวัตถุดิบ การเลือกผลิตภัณฑ์ปรุงรส และพฤติกรรมที่ถูกสุขลักษณะ ในการปรุง ประกอบอาหารที่ถูกต้อง อีกทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องมีการตรวจสอบ ติดตาม และให้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องแก่ผู้ประกอบการอย่างสม่ำเสมอ ผู้บริโภคช่วยกันสอดส่องดูแลการกระทำผิดของผู้ประกอบการ สนับสนุนร้านที่ดี ไม่ซื้อหรือไม่สนับสนุนร้านที่ทำผิด  
ชุมชนมหาวิทยาลัยบูรพาเป็นชุมชนสถานศึกษา ผู้ใช้บริการจากร้านจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม มีทั้งนิสิต บุคลากร และผู้ใช้บริการจากภายนอกเป็นจำนวนมาก ดังนั้นร้านจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม จำเป็นต้องเน้นความสะอาดปลอดภัยในการให้บริการ นอกจากจะป้องกันการเกิดโรคทางระบบทางเดินอาหารแล้ว ยังเป็นภาพลักษณ์ที่ดีแก่มหาวิทยาลัยอีกด้วย
8. กิจกรรมการพัฒนา :  
วิธีการดำเนินงาน :  
1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ นอกสถานที่ โดยเป็นการอบรมที่อาศัยเกมส์ กิจกรรมต่างๆ สอดแทรกความรู้ สร้างความตระหนัก เพิ่มความสามัคคี และรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง อีกทั้งยังสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ประกอบการกับเจ้าหน้าที่ทำให้มีการสร้างเครือข่ายในการทำงานที่ง่ายขึ้น  
2. ตรวจสอบติดตามมาตรฐานร้านจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปรับปรุงพัฒนาแก่ผู้ประกอบการ

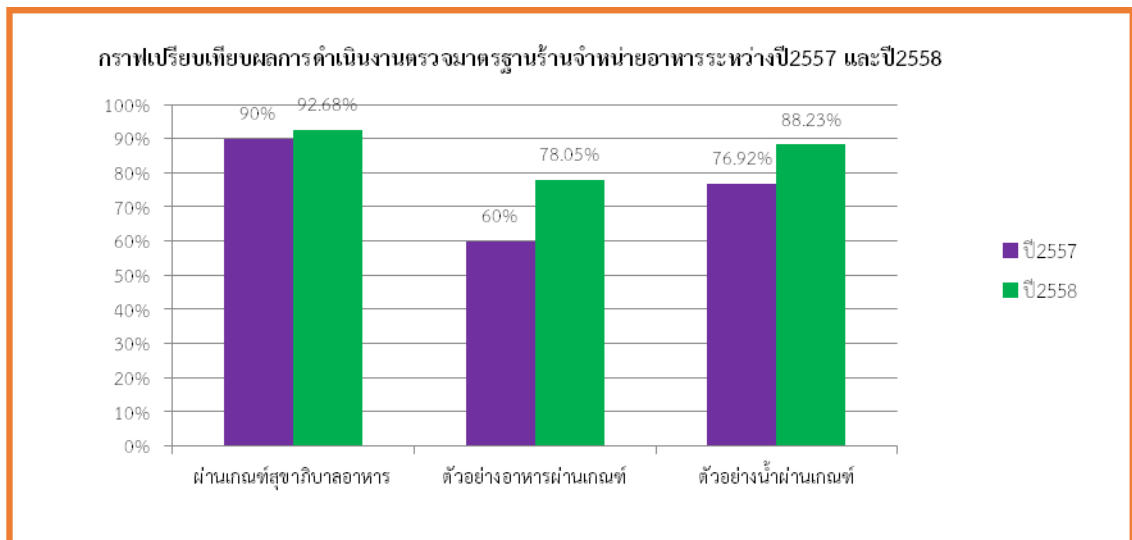
3.เสริมพลังโดยการมอบสติ๊กเกอร์ “ร้านนี้ผ่านการตรวจสอบสุขภาพตามมาตรฐาน Clean Food Good Taste” และมอบผ้ากันเปื้อน หมวกคลุมผม ให้แก่ร้านที่ผ่านเกณฑ์

ประโยชน์ที่ได้รับ:

1. ผู้ประกอบการมีความรู้ในการเลือกวัตถุดิบมาประกอบอาหาร และปฏิบัติตามหลักสุขภาพอาหารได้ถูกต้อง
2. ผู้บริโภคได้บริโภคอาหารที่สะอาดและปลอดภัย
3. สร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้บริโภคทั้งนิสิต บุคลากร และผู้ใช้บริการมหาวิทยาลัยบูรพา ในการรับประทานอาหารจากร้านในมหาวิทยาลัย สร้างภาพลักษณ์ที่ดีแก่มหาวิทยาลัยบูรพา

#### 9. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

1.ร้านอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขภาพอาหาร 15 ข้อ (ทางกายภาพ), ทดสอบตัวอย่างอาหาร (ตรวจสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียด้วยชุดทดสอบ SI-2), ทดสอบตัวอย่างน้ำ (ชุดทดสอบโคลิฟอร์มในน้ำและน้ำแข็ง)



2. วัดความพึงพอใจของผู้บริโภคในมหาวิทยาลัยบูรพา

ผลของการเปลี่ยนแปลง : ภาพรวมความพึงพอใจอยู่ระดับมาก 85%

3.วัดความรู้ของผู้ประกอบการ จำนวน 20 คน ข้อสอบ 10 คะแนน

ผลของการเปลี่ยนแปลง : ความรู้ก่อนการอบรมเฉลี่ย 5.5 คะแนน ความรู้หลังการอบรมเฉลี่ย 8 คะแนน

#### 10. บทเรียนที่ได้รับ :

1.การจัดกิจกรรมนอกสถานที่โดยมีกิจกรรมแรลลี่ เกมส์สอดแทรกความรู้ ทำให้ผู้ประกอบการกล้าแสดงออก กล้าแสดงความคิดเห็น รับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง ผู้ประกอบการมีความรับผิดชอบต่อผู้บริโภค โดยมีได้ถูกบังคับและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน

2. นิสิตซึ่งถือเป็นตัวแทนผู้บริโภค ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจติดตามร้านจำหน่ายอาหารในมหาวิทยาลัยร่วมกับโรงพยาบาล ทำให้ผู้ประกอบการมีความตั้งใจในการพัฒนาร้านของตนให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานมากขึ้น

3. การตรวจติดตามทุกปี ทำให้ผู้ประกอบการมีการพัฒนาปรับปรุงร้านของตนเองอย่างต่อเนื่อง
4. ผู้บริหารที่เห็นความสำคัญ ช่วยกระตุ้นให้ผู้ประกอบการร่วมมือในการพัฒนาปรับปรุงร้านให้ผ่านเกณฑ์เร็วขึ้น

11. การติดต่อกับทีมงาน : นางนงคีนุช แน่นอุดร แผนกเวชศาสตร์ชุมชน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา  
โทรศัพท์ 038-394850 ต่อ 1526 email : mind550@gmail.com

#### ภาพประกอบกิจกรรม



อบรมผู้ประกอบการวันที่ 21-22 กุมภาพันธ์ 2558 ณ หาดเจ้าหลาว จ.จันทบุรี







กิจกรรมแรลลี่ สร้างสัมพันธ์ไมตรีและสร้างเครือข่ายอาหารปลอดภัย



สนับสนุนผ้ากันเปื้อนและหมวกคลุมผม



เก็บตัวอย่างอาหารและน้ำดื่ม ตรวจสอบทางเคมี

PPC-007

## ศักยภาพผู้สูงอายุ ที่ไม่ธรรมดา

สุภัทธร สุขดี<sup>1</sup>  
ชั้นทอง สุขผ่อง<sup>1</sup>  
และทีมงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา : ศักยภาพผู้สูงอายุ ที่ไม่ธรรมดา

2. คำสำคัญ :

- ศักยภาพ หมายถึง ความสามารถสูงสุดที่เป็นไปได้ของบุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมอย่างเต็มที่

- ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป

3. สรุปผลงานโดยย่อ : กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและเป็นโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้ามาพบปะสังสรรค์กันอย่างต่อเนื่อง ลักษณะของกิจกรรมคือ มีผู้นำกิจกรรมทุกเดือน ที่ผ่านมามีได้เชิญวิทยากรจากภายนอกมาเป็นผู้นำกิจกรรมให้ความรู้ มีทั้งรูปแบบการบรรยายให้ความรู้ สาธิต การประดิษฐ์สิ่งของต่างๆ จนถึงปี ๒๕๕๗ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีจำนวนมากขึ้น หลายท่านมีประสบการณ์ที่ทรงคุณค่าหลากหลาย และได้ค้นพบศักยภาพของตนเอง โดยแสดงออกด้วยการขอเป็นผู้นำกิจกรรม โดยเฉพาะในเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น การปรุงอาหาร การทำประดิษฐ์ต่างๆ ซึ่งหาได้ยากในยุคสมัยนี้ จึงเป็นสิ่งที่ลูกหลานควรสืบสานต่อและสงวนรักษาไว้

4. ชื่อและที่อยู่ขององค์กร : แผนกเวชศาสตร์ชุมชนฯ และ ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

5. สมาชิกทีม : นางสาวสุภัทธร สุขดี ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป

นางสาวชั้นทอง สุขผ่อง ตำแหน่ง พยาบาลชำนาญการพิเศษ

และทีมงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ

6. เป้าหมาย :

1. ความพึงพอใจ ของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม

2. การเข้ามาเป็นผู้นำกิจกรรมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมากขึ้น

7. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

ประเภทของกิจกรรมที่ชมรมผู้สูงอายุได้จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรม เป็นการวางแผนอย่างมีส่วนร่วมของกรรมการและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยมีการปรึกษาหารือร่วมกันในช่วงต้นปีงบประมาณของทุกปี แต่ปัญหาที่พบคือ บางครั้งไม่สามารถหาวิทยากรที่จะมานำกิจกรรมตามรูปแบบที่คณะกรรมการและสมาชิกได้มีการเสนอไว้ได้ แต่ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา เนื่องจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเริ่มคุ้นเคยกันมากขึ้น มีความผูกพัน และอยากมอบสิ่งดีๆ ให้กับเพื่อนสมาชิก หลายท่านได้พบว่าเพื่อนสมาชิกเป็นผู้ที่มีความสามารถ มีความถนัดในหลากหลายกิจกรรม และได้เสนอให้เป็นผู้นำกิจกรรมมากขึ้น โดยลดความยุ่งยากในการค้นหาวิทยากรจากภายนอก รวมถึงลดปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการจ้างบุคคลนอกชมรมมาเป็นผู้นำกิจกรรม

8. กิจกรรมการพัฒนา :

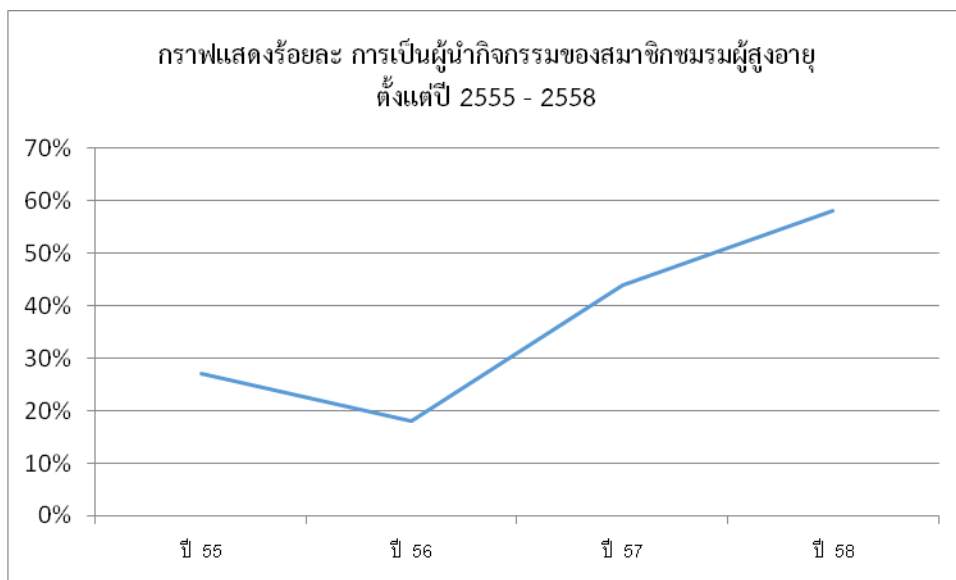
1. มีการวางแผนกิจกรรมในแต่ละเดือนโดยสมาชิกชมรม และกรรมการของชมรม

2. เชื่อมความสัมพันธ์สร้างความคุ้นเคยในกลุ่มสมาชิกชมรม
3. ค้นหาผู้ที่มีความสามารถ ความถนัด ตามความสนใจของสมาชิกชมรม
4. เสริมสร้างพลังอำนาจ เพิ่มความเชื่อมั่น และความเป็นผู้นำให้กับสมาชิกที่เป็นผู้นำกิจกรรมใหม่ โดยทีมงานด้วยกัน

5. จัดหาอุปกรณ์ / สิ่งสนับสนุน ในการเป็นผู้นำกิจกรรมของสมาชิก
6. ประเมินผลกิจกรรม จากสมาชิกชมรม / ประเมินความพึงพอใจ

#### 9. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

- 9.1 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม โดยสมาชิกชมรมเป็นผู้นำกิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 9
- 9.2 การเข้ามาเป็นผู้นำกิจกรรมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมากขึ้น



จากกราฟพบว่า ร้อยละของการเป็นผู้นำกิจกรรมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2556 ถึง 2558 โดยในปี 2558 คิดเป็นร้อยละ 58



#### 10. บทเรียนที่ได้รับ :

- การใช้ศักยภาพของสมาชิกชมรมมาเป็นผู้นำกิจกรรม ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นกันเอง เกิดความสนุกสนาน ได้ช่วยเหลือกันภายในชมรม

- ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจกับความสามารถของตนเอง และมีการส่งเสริมเพื่อนสมาชิกคนอื่นๆ ให้เป็นผู้นำกิจกรรมต่อกันไป เป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

#### 11. การติดต่อกับทีมงาน :

นางสาวสุวภัทร สุขดี เบอร์โทร.085-4341539 อีเมลล์ [suwapat.sd@gmail.com](mailto:suwapat.sd@gmail.com)

ทีมแผนกเวชศาสตร์ชุมชนฯ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

**PPC-008**

## การพัฒนาคุณภาพการบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัด ในเด็กออทิสติก ร่วมกับผู้ปกครอง

อัจฉรา ปัญญามานะ<sup>1</sup>

สินีนาน บุญเจริญ<sup>1</sup>

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อผลงาน : การพัฒนาคุณภาพการบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัด ในเด็กออทิสติก ร่วมกับผู้ปกครองด้วยระบบ M2C [ Mentoring, Coaching, Counseling ]
2. คำสำคัญ : กิจกรรมบำบัด, เด็กออทิสติก
3. สรุปผลงานโดยย่อ : การพัฒนาแนวทางในการบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัดในเด็กออทิสติก ร่วมกับผู้ปกครอง ด้วยระบบ M2C ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบการให้การบำบัดรักษา เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ปกครองให้เกิดความพร้อมรวมถึงเสริมสร้างศักยภาพในการดูแล และวิธีการในการบำบัดรักษา ร่วมกับการปรับพฤติกรรมของเด็กออทิสติกได้ด้วยตนเอง โดยลดการพึ่งพานักกิจกรรมบำบัด และการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ปกครอง และลดระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อีกทั้งยังเป็นแนวทางให้ผู้ปกครองดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างยั่งยืน
4. ชื่อและที่อยู่ขององค์กร : งานกิจกรรมบำบัด ฝ่ายโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
โทรศัพท์ติดต่อภายใน 1807
5. สมาชิกทีม :  
นางสาว อัจฉรา ปัญญามานะ  
นางสาว สินีนาน บุญเจริญ
6. เป้าหมาย :
  1. เพื่อเพิ่มศักยภาพแก่ผู้ปกครอง ในการดูแล และการจัดการ การปรับพฤติกรรมในเด็กออทิสติก
  2. เพื่อลดระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาทางกิจกรรมบำบัด ในเด็กออทิสติก
  3. เพื่อเสริมสร้างแนวทางในการบำบัดรักษา และการกระตุ้นพัฒนาการในเด็กออทิสติกแก่ผู้ปกครอง
7. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

ในปีงบประมาณ 2558 งานกิจกรรมบำบัดมีผู้รับบริการที่เป็นรายใหม่(New Case) ในกลุ่มออทิสติกจำนวน 15 ราย และจำนวนผู้รับบริการรายเก่าในกลุ่มออทิสติก จำนวน 20 ราย ต่อ นักกิจกรรมบำบัดจำนวน 2 คน ซึ่งให้บริการการบำบัดรักษา และกระตุ้นพัฒนาการเด็กในทุกประเภท อาทิเช่น กลุ่มออทิสติก กลุ่มพัฒนาการล่าช้า กลุ่มสมาธิสั้น ฯลฯ ซึ่งมีจำนวนผู้รับบริการเด็กทุกประเภทกว่า 65 ราย

โดยจำนวนผู้รับบริการเด็กที่เข้าถึงการบำบัดรักษาได้ ต่อวันนี้นักกิจกรรมบำบัดสามารถให้บริการได้สูงสุดคือ วันละ 8 ราย ต่อ นักกิจกรรมบำบัด 2 คน ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการในการ

บำบัดรักษาของผู้รับบริการ และโดยเฉพาะกลุ่มผู้รับบริการออทิสติกที่มีความจำเป็นที่จะต้องเข้าถึงการบำบัดรักษาและกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเด็กในกลุ่มออทิสติกจะมีปัญหาและพฤติกรรมที่มีความแตกต่างออกไปจากผู้รับบริการในกลุ่มประเภทอื่นๆ อาทิเช่น มีภาวะ Aggressive หรือทำร้ายตนเอง ขาดสมาธิหรือไม่สามารถอยู่นิ่งได้ อีกทั้งความเข้าใจของผู้ปกครองต่อภาวะของโรค และการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติก ซึ่งเป็นหัวใจหลักของการให้การบำบัดรักษาเด็กกลุ่มออทิสติก ดังนั้นทางงานกิจกรรมบำบัดจึงได้เล็งเห็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของการบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัดในกลุ่มเด็กออทิสติก

โดยให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา และวางแผนการรักษาร่วมไปกับนักกิจกรรมบำบัด รวมไปถึงลงมือบำบัดและกระตุ้นพัฒนาการลูกด้วยตนเอง โดยมีนักกิจกรรมบำบัดเป็นผู้ให้คำแนะนำ และคอย Coaching, Mentoring, Counseling (ระบบ M2C) ให้กับผู้ปกครองตลอดระยะเวลาในการบำบัดรักษา

## 8. กิจกรรมการพัฒนา :

รูปแบบและแนวทางที่งานกิจกรรมบำบัดได้พัฒนาขึ้นนั้น นำมาจากปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้รับบริการกลุ่มเด็กออทิสติก โดยจากการสำรวจภายในหน่วยงานกิจกรรมบำบัด พบว่า

1. หากผู้ปกครองไม่เข้าใจภาวะหรืออาการของกลุ่มออทิสติก จะไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดรักษาและส่งผลต่อการร่วมมือในการปรับพฤติกรรมที่บ้าน และเกิดปัญหาในการทำ Home program ที่ได้รับคำแนะนำจากนักกิจกรรมบำบัด

2. ผู้ปกครองบางส่วนมักจะทำหน้าที่เพียงนำเด็กมาส่งฝึกกิจกรรมบำบัด และไม่มี การนำข้อมูลหรือกิจกรรมที่นักกิจกรรมบำบัดให้ไปปฏิบัติที่บ้าน ทำให้ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัด

3. ผู้ปกครองบางรายมักจะกล่าวว่าไม่สามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กได้ จึงจำเป็นต้องขอเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ช่วงเวลาในการรับเคสใหม่ลดน้อยลง เพราะงานกิจกรรมบำบัดไม่สามารถลดวันฝึกกิจกรรมบำบัดให้กับผู้รับบริการรายเก่าได้

4. เกิดปัญหาในด้านของการบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัดที่ไม่ต่อเนื่อง ด้วยสาเหตุความไม่สะดวกในการเดินทาง และเข้ารับบริการของผู้ปกครองและเด็กออทิสติก

5. เด็กออทิสติกบางรายมีพัฒนาการที่ดีมากในห้องฝึกกิจกรรมบำบัด อาทิเช่น นั่งนิ่ง มีสมาธิในการทำกิจกรรมได้ดี พูดตอบโต้ หรือระบายสีได้ แต่เมื่อกลับไปที่บ้านยังคงมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสำหรับผู้ปกครอง เช่น ไม่สามารถนั่งนิ่งได้ ทำกิจกรรมนั่งโต๊ะไม่ได้ เป็นต้น ซึ่งเกิดจากความสามารถของผู้ปกครองที่ไม่สามารถจำกัดพฤติกรรม และจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติกได้

ดังนั้นทางงานกิจกรรมบำบัดจึงได้นำปัญหาที่เกิดขึ้นมาสร้างเป็นรูปแบบและระบบในการเข้ารับบริการทางกิจกรรมบำบัด ในกลุ่มเด็กออทิสติกดังนี้

การเข้ารับบริการครั้งที่ 1 การสร้างความเข้าใจ

- การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างเด็ก ผู้ปกครอง และนักกิจกรรมบำบัด
- การให้ข้อมูล อธิบายถึงสถานะของโรค

- พูดคุยถึงปัญหาที่เกิดขึ้นของเด็ก และปัญหาหลักที่ผู้ปกครองมองว่าต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน คืออะไร และมุมมองของนักกิจกรรมบำบัดต่อปัญหาที่ผู้ปกครองพบนั้นเป็นอย่างไร
  - ตั้งปัญหาหลักในด้านพฤติกรรมและพัฒนาการ และเป้าประสงค์ในการบำบัดรักษา ร่วมกันระหว่างผู้ปกครองและนักกิจกรรมบำบัด
  - สร้างความเข้าใจในด้านพัฒนาการและพฤติกรรมของเด็กให้ผู้ปกครองเข้าใจ
- การเข้ารับบริการครั้งที่ 2 – 3 การสังเกตพฤติกรรม
- ให้ผู้ปกครองเข้าสังเกตการณ์ในขณะที่นักกิจกรรมบำบัดปรับพฤติกรรมและออกแบบกิจกรรมให้กับเด็กภายในห้องฝึกกิจกรรมบำบัด หรือบางเคสอาจให้ผู้ปกครองคอยสังเกตพฤติกรรมเด็กอยู่ภายนอกห้องฝึกกิจกรรมบำบัด ตามแต่กรณี
  - ให้คำแนะนำผู้ปกครองในแต่ละกิจกรรมที่นักกิจกรรมบำบัดนำมาปรับพฤติกรรมและกระตุ้นพัฒนาการให้กับเด็ก
  - สรุปลักษณะและผลที่ได้จากกิจกรรมร่วมกับผู้ปกครอง และให้การบ้านหรือ Home Program ให้กับผู้ปกครองเพื่อนำไปปรับหรือทดลองทำเมื่ออยู่ที่บ้าน

การเข้ารับบริการครั้งที่ 4 – 5 เข้าสู่กระบวนการ M2C ขั้นตอน Coaching + Counseling

- นักกิจกรรมบำบัด ให้ผู้ปกครองเข้าร่วมการบำบัดรักษา และการกระตุ้นพัฒนาการ โดยนักกิจกรรมบำบัดจะให้ผู้ปกครองเป็นเสมือนผู้บำบัดรักษา โดยให้ทำกิจกรรมเดิมในครั้งที่ 3 เช่น การหยิบลูกบอลใส่ตะกร้าจำนวน 10 ลูก ซึ่งผู้ปกครองจะเป็นคนดูแลเด็กในการทำกิจกรรมทั้งหมด โดยมีนักกิจกรรมบำบัดคอยให้คำสอนและบอกขั้นตอนให้เหมาะสมต่อสถานการณ์ เพื่อฝึกให้ผู้ปกครองสามารถนำกิจกรรมนั้นๆไปปรับใช้ในการบำบัดรักษา และกระตุ้นพัฒนาการเด็กได้ด้วยตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน
- พูดคุยกับผู้ปกครองถึงกิจกรรมที่ผู้ปกครองและเด็กได้ทำร่วมกันในวันนี้ และให้คำแนะนำผ่านการ พูดคุยหรือ Counseling กับผู้ปกครอง ในลักษณะ Solution focused brief therapy
- สรุปลักษณะและผลที่ได้จากกิจกรรมร่วมกับผู้ปกครอง และให้การบ้านหรือ Home Program ให้กับผู้ปกครองเพื่อนำไปปรับหรือทดลองทำเมื่ออยู่ที่บ้าน

การเข้ารับบริการครั้งที่ 6 – 7 เข้าสู่กระบวนการ M2C ขั้นตอน Mentoring + Counseling

- นักกิจกรรมบำบัด ให้ผู้ปกครองเข้าร่วมการบำบัดรักษา และการกระตุ้นพัฒนาการ โดยนักกิจกรรมบำบัดจะเป็นผู้สังเกตการณ์ โดยให้ผู้ปกครองเป็นผู้บำบัดด้วยตนเองโดยให้กิจกรรมที่เด็กสามารถทำได้ดีเช่นกิจกรรมเดิมที่เคยทำ และเริ่มต้นให้กิจกรรมใหม่ที่เด็กยังไม่เคยทำในครั้งที่ 7
- นักกิจกรรมบำบัดพูดคุยกับผู้ปกครองถึงกิจกรรมที่ผู้ปกครองและเด็กได้ทำร่วมกันในวันนี้ รวมถึงให้คำแนะนำผ่านการ พูดคุยหรือ Counseling กับผู้ปกครอง ในลักษณะ Solution focused brief therapy ในการปรับแก้ไขในการจัดการพฤติกรรม หรือการบำบัดรักษาให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ปกครองและเด็ก



- สรุปลักษณะและผลที่ได้จากกิจกรรมร่วมกับผู้ปกครอง และให้การบ้านหรือ Home Program ให้กับผู้ปกครองเพื่อนำไปปรับหรือทดลองทำเมื่ออยู่ที่บ้าน

การเข้ารับบริการครั้งที่ 8 – 9 สังเกตการณ์เปลี่ยนแปลง ร่วมกับ M2C ขั้นตอน Mentoring + Counseling

- นักกิจกรรมบำบัดให้บำบัดรักษา และสังเกตพฤติกรรม หรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆของเด็กในด้าน Clinical Observation และการเปลี่ยนแปลงในด้านพฤติกรรมต่างๆที่ผู้ปกครองสังเกตได้ ผ่านการเล่น และการทำงานกิจกรรมบำบัดภายในห้องฝึก
- นำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตมาพูดคุยร่วมกันกับผู้ปกครอง และร่วมกันกำหนดแนวทางในการบำบัดรักษาใหม่ร่วมกัน กรณีที่ปัญหาที่พบนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น เป้าประสงค์เดิมคือ เด็กสามารถนั่งนิ่งได้ 5 นาที ร่วมกับการทำกิจกรรมสหสัมพันธ์ตาและมือ โดยการร้อยลูกปัดได้ 20 อัน หรือเด็กหยุดพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง โดยลดพฤติกรรมดังกล่าวลงได้ ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน เป็นต้น เมื่อบรรลุเป้าประสงค์แล้ว นักกิจกรรมบำบัดและผู้ปกครองจะเข้าร่วมพูดคุยและตั้งเป้าประสงค์ในการบำบัดรักษาใหม่ต่อไป
- โดยทั้งนี้นักกิจกรรมบำบัดยังคงมอบหมายให้ผู้ปกครองเป็นผู้บำบัดและกระตุ้นพัฒนาเด็กเมื่ออยู่ที่บ้านต่อไป โดยมีนักกิจกรรมบำบัดคอยเป็นเสมือนพี่เลี้ยง และผู้ให้การปรึกษาในส่วนของปรับพฤติกรรมหรือการกระตุ้นพัฒนาการต่าง ผ่านการพูดคุย หรือสื่อโซเชียล เช่น Line ในการติดต่อหรือส่งข้อมูลภาพและวิดีโอในการบำบัดรักษาและกระตุ้นพัฒนาร่วมกันระหว่างผู้ปกครองและนักกิจกรรมบำบัด
- สรุปลักษณะและผลที่ได้จากกิจกรรมร่วมกับผู้ปกครอง และให้การบ้านหรือ Home Program ให้กับผู้ปกครองเพื่อนำไปปรับหรือทดลองทำเมื่ออยู่ที่บ้าน

โดยการพัฒนาและแนวทางในการบำบัดรักษาต่างกล่าวนั้น มีแนวคิดหลักสำคัญคือ

- SAVE COST ลดภาระของผู้ปกครองในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และลดภาระของโรงพยาบาลในการ Support ค่ารักษาพยาบาลในกลุ่มผู้รับบริการที่มีการจำกัดวงเงินในการรักษา
- SAVE TIME ลดวันและเวลาการเดินทางมาโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ปกครองหลายคนจะต้องลางานเพื่อพาบุตรหลานมาเข้ารับบริการ เนื่องด้วยการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดมีเฉพาะเวลาราชการ อีกทั้งเด็กบางรายต้องไปโรงเรียนทำให้ต้องหยุดเรียนเพื่อเข้ารับการรักษาทางกิจกรรมบำบัด และยังช่วยให้ผู้รับบริการรายใหม่สามารถเข้าถึงการบำบัดรักษาทางกิจกรรมได้รวดเร็วมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยรายเก่าได้ลดจำนวนวันฝึก
- SAVE QUALITY ถือได้ว่าเป็นเป้าประสงค์หลักของการพัฒนาคุณภาพในการบำบัดรักษา ผู้รับบริการเด็กออทิสติก เนื่องจากภาวะออทิสติกเป็นภาวะที่แตกต่างจากอาการป่วยต่างๆ เช่น โรคหวัด ซึ่งเมื่อเป็นหวัด การรับประทานยา การดูแลสุขภาพให้เหมาะสม ก็จะทำให้หายจากการเป็นหวัด แต่ภาวะออทิสติกไม่สามารถรักษาได้ด้วยยา หรือการดูแลสุขภาพ แต่ภาวะออทิสติกเป็นภาวะที่ต้องได้รับการบำบัด ปรับพฤติกรรม และกระตุ้นการเรียนรู้เพื่อให้ได้เด็กพัฒนาศักยภาพของตนเอง และเปิดประตูของการเรียนรู้อย่างไม่จำกัดให้กับเด็ก และเป็น

แนวทางในการดูแลเด็กออทิสติกอย่างยั่งยืนและเสริมให้ประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัดเพิ่มมากขึ้น

#### 9. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

๑. ใช้การวัดผลการ Clinical Observation ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมของเด็ก จากผู้ปกครอง และคุณครูที่โรงเรียน (กรณีเด็กไปโรงเรียน) อีกทั้งจากแบบสอบถามความพึงพอใจในการเข้ารับบริการ และความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ปกครองเปลี่ยนแปลงตนเองมาเป็นผู้บำบัดให้กับบุตรหลาน เมื่ออยู่ที่บ้าน และความสามารถในการควบคุม ดูแลเด็กออทิสติกของผู้ปกครอง โดยพบว่า 85% ของผู้ปกครองที่ใช้ระบบ M2C เด็กจะมีพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงขึ้นจากการสังเกตของผู้ปกครองภายใน 4 – 6 สัปดาห์ เช่น นั่งขึ้น โวยวายลดลง หรือบางรายผู้ปกครองสามารถพาเด็กออกไปเที่ยวนอกบ้านได้ ซึ่งจากเดิมไม่สามารถพาออกไปไหนมาไหนร่วมกันได้ เป็นต้น
๒. จำนวนวันฝึกกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยออทิสติก رایเก่า ลดลง 40% ทำให้ผู้ป่วยรายใหม่เข้าถึงการรับบริการทางกิจกรรมบำบัดได้รวดเร็วมากขึ้นและไม่ต้องรอคิวนานหลายสัปดาห์

#### 10. บทเรียนที่ได้รับ :

การพัฒนาคุณภาพในการให้บริการนั้นส่งผลต่อประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาเป็นอย่างมาก สังเกตได้

จากกรณีที่ผู้ปกครองให้ความร่วมมือและลงมือบำบัดรักษาเด็กด้วยตนเอง จะพบว่าเด็กมีพัฒนาการที่ดีมากขึ้น

ซึ่งเป็นพัฒนาการที่ผู้ปกครองสังเกตได้ อีกทั้งยังส่งผลต่อสุขภาวะจิตของผู้ดูแลในการดูแลเด็กออทิสติก และ

บรรยากาศที่ดีภายในครอบครัว ทั้งนี้ในส่วนของทีมงานกิจกรรมบำบัด ก็ได้ความภาคภูมิใจและปิติใจที่ได้เห็น

เด็ก ๆ มีพัฒนาการที่ดี สมวัย และดีใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาศักยภาพของเด็กๆ

#### 11. การติดต่อกับทีมงาน : นางสาวอัจฉรา ปัญญามานะ และ นางสาวสินีนาง บุญเจริญ

ติดต่อภายใน โทร 1807 งานกิจกรรมบำบัด



## ภาคผนวก

### คณะกรรมการอำนวยการ

- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ    | ประธานกรรมการ       |
| 2. นายแพทย์สมชาย ยงศิริ                             | รองประธานกรรมการ    |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงลักขณาพร กรุงไกรเพชร | กรรมการ             |
| 4. นายแพทย์สุรียา โปรงน้ำใจ                         | กรรมการ             |
| 5. นายแพทย์ปราการ ทัดติยกุล                         | กรรมการ             |
| 6. นายแพทย์นิพนธ์ อุปมานรเศรษฐ์                     | กรรมการ             |
| 7. นายแพทย์ชาติชาย คล้ายสุบรรณ                      | กรรมการ             |
| 8. แพทย์หญิงศรสุภา ลิ้มเจริญ                        | กรรมการ             |
| 9. แพทย์หญิงผกาพรรณ ดินชูไท                         | กรรมการ             |
| 10. นายแพทย์อนุเทพ บุรมิ                            | กรรมการ             |
| 11. นางสาววัลลภา พ่วงขำ                             | กรรมการ             |
| 12. นายสรร กลิ่นวิชิต                               | กรรมการ             |
| 13. นายสัตวรักษ์ จันทรประเสริฐ                      | กรรมการ             |
| 14. นางกฤษณา นรนาพันธ์                              | กรรมการ             |
| 15. นางสาวพวงทอง อินใจ                              | กรรมการ             |
| 16. ดร.เวชกา กลิ่นวิชิต                             | กรรมการและเลขานุการ |
| 17. นางสาวคณินิจ อุสิมาศ                            | ผู้ช่วยเลขานุการ    |
| 18. นางสาวสมหญิง ปู่แก้ว                            | ผู้ช่วยเลขานุการ    |
| 19. นางสาวกมลวรรณ พาลี                              | ผู้ช่วยเลขานุการ    |

## คณะกรรมการดำเนินงาน

นายแพทย์สมชาย ยงศิริ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ทวีลาภ ตันสวัสดิ์
นายแพทย์ปราการ ทัดติยกุล	ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงลักษณาพร กรุงไกรเพชร
แพทย์หญิงศรสุภา ลี้มเจริญ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์กิตติ กรุงไกรเพชร
นายแพทย์พร้อมพงศ์ อนุชิตชาญชัย	แพทย์หญิงเพ็ชรงาม เต็งพฤษ์ธินากร
นายแพทย์พรรัช กรรณล้วน	แพทย์หญิงผกาพรรณ ดินชูไท
แพทย์หญิงจาวรรรณ กิตติวราวุฒิ	นางสาววัลลภา พ่วงขำ
นายแพทย์ยศศักดิ์ สุกไสยกร	ดร.เวธกา กลิ่นวิจิต
นายแพทย์กฤติน กิตติกรชัยชาญ	นายสรร กลิ่นวิจิต
แพทย์หญิงมยุรี พิทักษ์ศิลป์	นางสาวคณินิจ อุสิมาศ
แพทย์หญิงวิพรร ณ์ฐรังสี	นางสาวพวงทอง อินใจ
นางกฤษณา นรนาพันธ์	นางสาวสมหญิง ปู่แก้ว
นายสัญญาลักษณ์ จันทร์ประเสริฐ	นางสาวกมลวรรณ พาลี
นางสาวสุวิมล ชุนถนอม	นางอรนงค์ เกาทอง
นางสาววราภรณ์ เข้มทอง	นางวลีพร พิชาลี
นายณฤตย์ คุ่มยา	นายยงยุทธ สร้อยสน
นายชัยวัฒน์ ปฐมพรสุริย	นางสาวสุกัญญา ยิ้มไย
นางสาวเบญจมาศ อุสิมาศ	นางสาวนงนุช สลับศรี
นางสมหมาย อินทรโชติ	นางสาวจุฑามาศ เขียวอร่าม
นางสาวพัชรี เจริญธรรม	นางสาวณัฐพร พุ่งสายชล
นางธัญญา รอดรัตน์	นางสาวธิดารัตน์ มณีรัตน์
นางสาวชลธิชา ชอบเขตกลาง	นางสาวศิยามล สังข์ศิริ
นายณัฐวุฒิ ไชยสิทธิ์	นางสาวศิริพร ศรีนวล
นางสาวชนัญภาค วรรรัตน์	นางสาวขวัญฤดีดา เขียวดวงดี
นางสาวพุทมาศ กรรณรงค์	นางสาวภักนัน จิตต์สว่าง
นางสาวสาวิตรี แก้วมณี	นางสาววชิราภรณ์ ทิพย์รักษ์
นางสาวจุฑารัตน์ สุขพละ	นางสาวสุทิชา หงษาคร
นางสาวภาณุณี สุวรรณรัตน์	นายศักดิ์ชาย มุกดาเสถียร
นายฐณัฏนันท์ วิริยกิจจา	นายสรารุฒิ พลธรรม
นายพงศกร พิบูลย์	นายประจวบ ชื่นศิริ
นายจตุพล เขียวชาญ	นางอลิสา เดชาพิบูลย์
นายชยุตว์ คำวงศ์	นายอดิเรก เจริญอินทร์
นายธนพัฒน์ ผิวงาม	นายวัฒนา ชุ่นไต้

### คณะกรรมการดำเนินงาน (ต่อ)

นายอดุลย์ ศรีรามสมบูรณ์  
นางสาวลำพรรณ วิศิรี  
นางบงกช ศราทธานนท์  
นางสาวพิชญ์สุภางค์ เย็นใจ  
นางสาวสุรียลักษณ์ พันธุ์สุรัตน์  
นางจำนงค์ กฤษณามระ  
นางสาวมาณวิกา พันธุ์แน่น  
นางวิรัชญา อานนท์กิจพานิช  
นางสาวอรดา อิมเอิบ  
นางสาวอุมาพร คงฤทธิ์  
นางสาวศศิธร พลนิกร

นางประพิม ชุ่นไต้  
นางกัณหา เพ็ชรคาน  
นางสาวนุรักษ์ แซ่เตียว  
นางปิยรัตน์ เนตรสงคราม  
นางจินดาภรณ์ สุรเนตร  
นางสาวนิสรา เกร่งจริง  
นางรักชนก ประดิษฐ์  
นางสาวพรพรรณ เรืองฤทธิ์  
นางสาวกนกวรรณ นันทวัช  
นางสาวสุพรรณษา ชุ่มภาณี



คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
หวังว่าเล่มรวมผลงานนี้จะเป็นประโยชน์  
และเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างแรงบันดาลใจ  
ในการพัฒนาผลงานของท่านต่อไป