



การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
โรงพยาบาลบุนตริก จังหวัดอุบลราชธานี

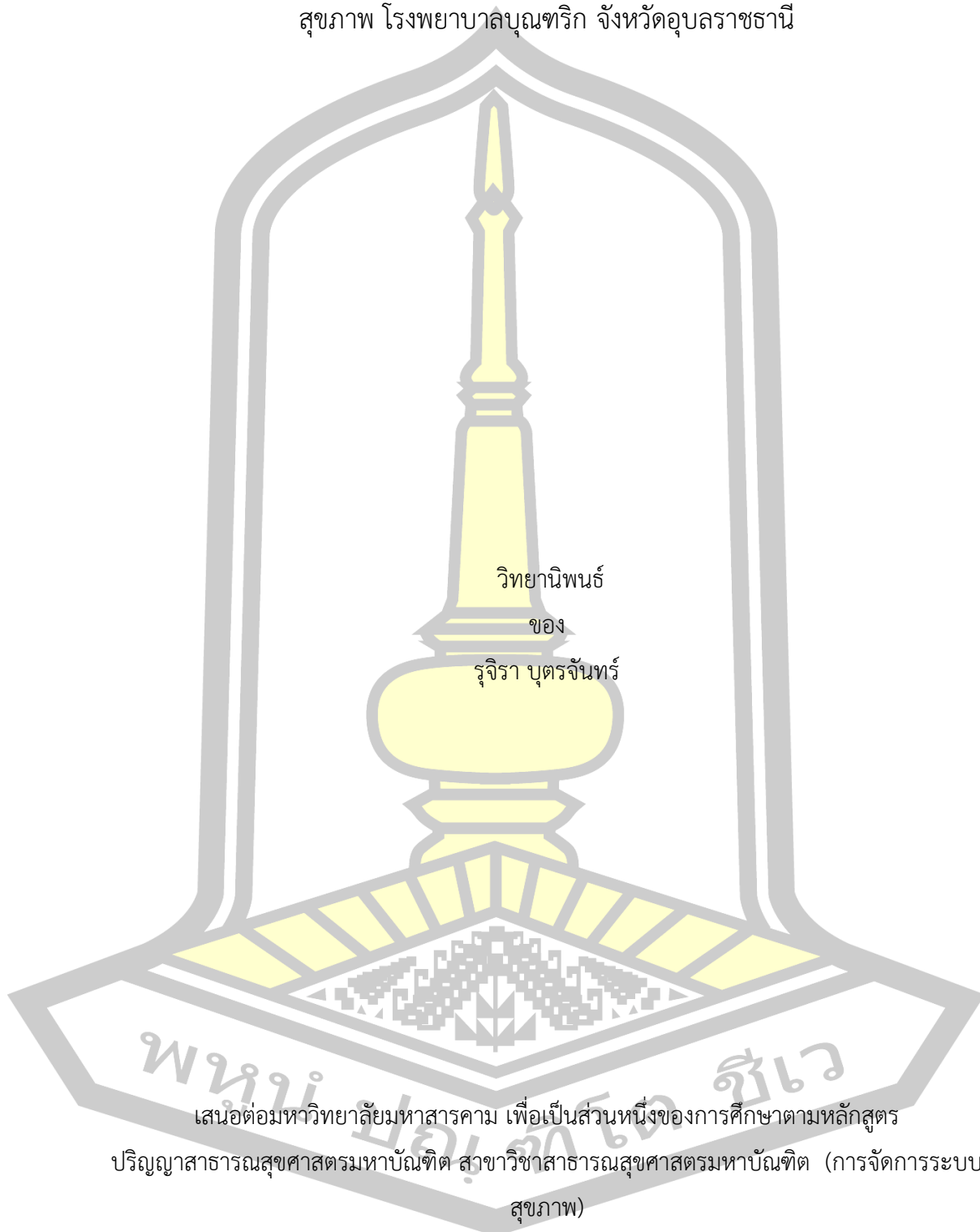
วิทยานิพนธ์
ของ
รุจิรา บุตรจันทร์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ)

ปีการศึกษา 2561

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการ
สุขภาพ โรงพยาบาลบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี

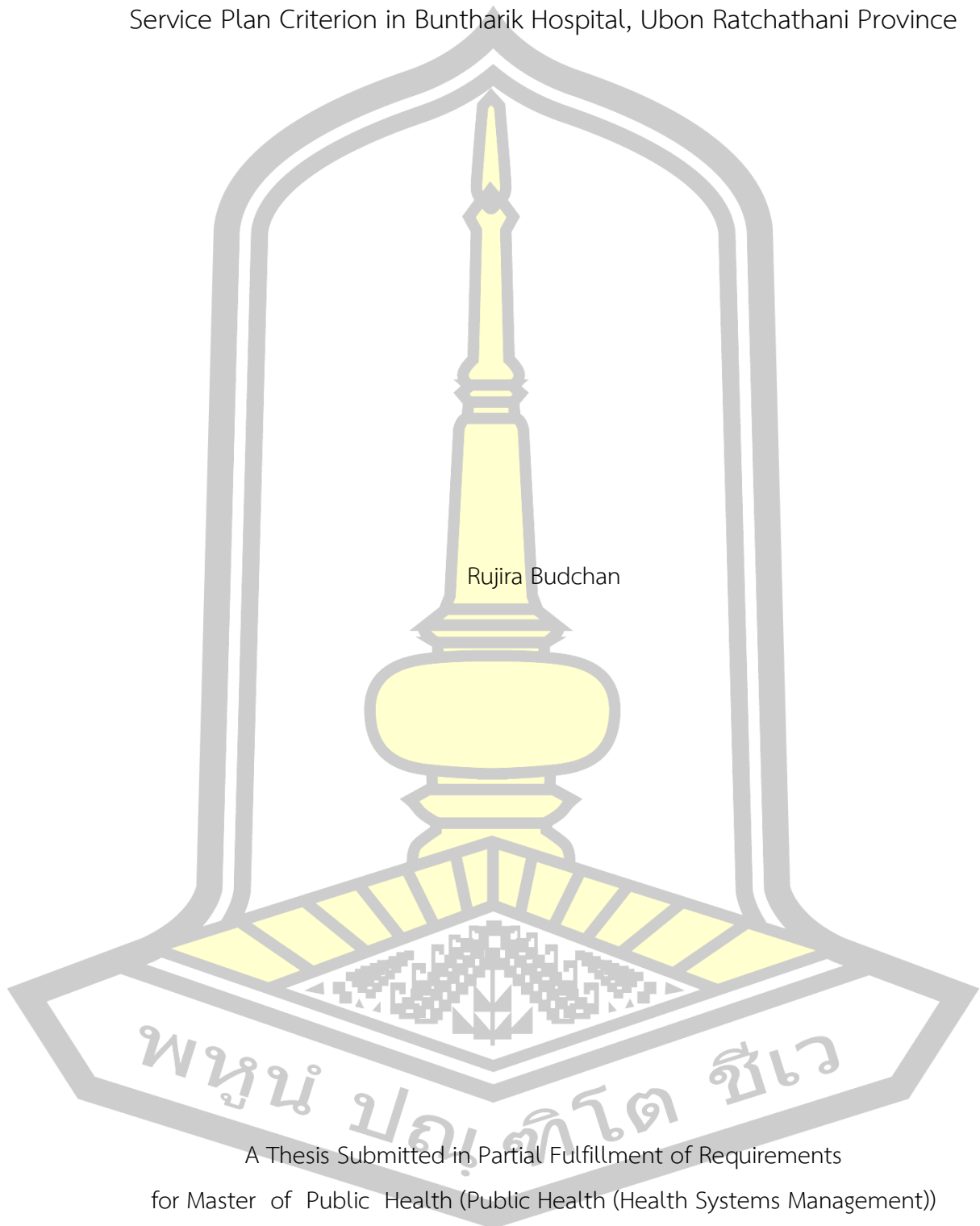


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ)

ปีการศึกษา 2561

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Quality Improvement Model for the Warfarin Clinic according to
Service Plan Criterion in Buntharik Hospital, Ubon Ratchathani Province



Rujira Budchan

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health (Health Systems Management))

Academic Year 2018

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวรุจิรา บุตรจันทร์
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. บัวยุทธ ศรีชัยกุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. สงครามชัย ลีทองดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. รับขวัญ เชื้อลี)

.....กรรมการ

(อ. ดร. จตุพร เหลืองอุบล)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(อ. ดร. เสฐียรพงษ์ ศิวินา)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. วิทยา อยู่สุข)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(ผศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วัน.....เดือน.....ปี.....

ชื่อเรื่อง	การพัฒนา รูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุณชริก จังหวัดอุบลราชธานี		
ผู้วิจัย	รุจิรา บุตรจันทร์		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สงครามชัย ลีทองดี อาจารย์ ดร. รับขวัญ เชื้อลี		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
	บัณฑิต		(การจัดการระบบสุขภาพ)
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีการศึกษา	2561

บทคัดย่อ

คลินิกวาร์ฟารินเป็นระบบบริการที่จัดขึ้นในสถานบริการเพื่อการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่จะต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษอย่างมีคุณภาพ การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการในคลินิกวาร์ฟารินตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุณชริก จังหวัดอุบลราชธานี สุ่มตัวอย่างจากจากกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง, ผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแล จำนวน 86 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานคือ Wilcoxon Matched-pairs Signed rank test เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนาคุณภาพครั้งนี้ มี 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษารวบรวมข้อมูล 2) การแต่งตั้งคณะทำงาน 3) การวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน 4) การวางแผนดำเนินงาน 5) ดำเนินการตามแผน 6) การสังเกต ติดตาม และ 7) ประเมินผล และถอดบทเรียน ภายหลังจากดำเนินงานพบว่า กลุ่มผู้ให้บริการมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการจัดบริการเพิ่มขึ้น สำหรับกลุ่มผู้ป่วยพบว่าการเปลี่ยนแปลงความรู้ พฤติกรรมและความพึงพอใจต่อบริการดีขึ้น และกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลพบว่าการเปลี่ยนแปลงความรู้ และความพึงพอใจต่อบริการดีขึ้น กว่าก่อนการพัฒนา และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีวัดความแข็งตัวของเลือด หรือ INR อยู่ในช่วงปกติ (Therapeutic Range) เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 41.67 เป็น 51.28 รวมทั้งทำให้เกิดการพัฒนา รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม ตามหลัก ECRS ได้แก่ การตัดขั้นตอน (Eliminate; E) การรวม

ขั้นตอน (Combine; C) การจัดลำดับ (Rearrange; R) และการทำให้ง่าย (Simplify; S)

สรุปได้ว่าปัจจัยด้านความสำเร็จที่สำคัญประกอบด้วย 1) ทิศทางนโยบายในการจัดตั้งคลินิกพิเศษสำหรับการดูแล warfarin 2) การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ให้บริการที่มีทักษะและเทคนิคพิเศษในทีมสหสาขาวิชาชีพและ 3) รักษาทีมปฏิบัติงานตามหลักการ การพัฒนาและการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม, การปรับปรุงคุณภาพบริการ, คลินิกวาร์ฟาริน



TITLE	The Quality Improvement Model for the Warfarin Clinic according to Service Plan Criterion in Buntharik Hospital, Ubon Ratchathani Province		
AUTHOR	Rujira Budchan		
ADVISORS	Associate Professor Songkramchai Leethongdee , Ph.D. Rabkwan Chuealee , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health (Health Systems Management)
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2018

ABSTRACT

Warfarin Clinic is a special health care service system that provided in cardiovascular care group. This action research aimed to develop the quality improvement of care in the warfarin clinic according to the standard of the health regional service system in Buntharik district Hospital, Ubon Ratchathani province. The 86 randomized samples were selected from the stake-holders , patient , relatives and caregivers. Quantitative data were collected and analyzed by using descriptive statistics; percentage, mean, standard deviation and inferential statistics such as Wilcoxon Matched-pairs Signed rank test. Qualitative data collection by group discussion, and interviews approached content analysis to analyses.

The research found that there are 7 steps in this study; 1) data collection, 2) appointment team, 3) data analysis, 4) planning, 5) plan implementation, 6) monitoring and 7) reflection and lessons learnt. After the operation was found that the service providers have increasingly changed their knowledge, participation and satisfaction in service provision. Regard to the patients, there was positive changed in knowledge, behavior and satisfy to care service. And the relatives / caregivers found that there were significant changed in knowledge and satisfaction of care than the beginning of development processes. The number of

patients with International Normalize Ratio (INR) in the normal range (Therapeutic Range) increased from 41.67% to 51.28%, as well as we can see the primary model of pharmaceutical care model which based on ECRS principles such as Eliminate, combine, re-arrange and simplify.

In summary, the key success factor comprised 1) policy direction to set up a special clinic of warfarin care 2) enhancing and capacity building of care providers with specialized skills and techniques in the multidisciplinary team and 3) retention the functional team on the principle of continuous improvement and participation.

Keyword : Pharmaceutical care model, Service Quality improvement, Warfarin Clinic



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วย ความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย ลีทองดี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.ภญ.รัชชวิญญ์ เชื้อลี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้ความรู้ และคำแนะนำในการวิจัยตลอดจนการสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ประสบความสำเร็จไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณด้วยความเคารพยิ่งไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณประธานกรรมการ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการวิจัยรวมทั้งตรวจสอบข้อบกพร่องต่าง ๆ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ และการวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงรพีพรรณ รัตนวงศันรา มอร์ด แพทย์หญิงอชิษฐาน ถึงแสง และเภสัชกรหญิงทิพย์กานัน ศรีโพหนอง ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบพระคุณทีมสหวิชาชีพ ผู้รับบริการ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไชยวาร์ฟาริน ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

ขอขอบพระคุณครอบครัวของผู้วิจัย ที่เป็นพลังใจสำคัญ และขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง แต่ไม่ได้กล่าวถึงทุกท่านที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จด้วยดี

รุจิรา บุตรจันทร์

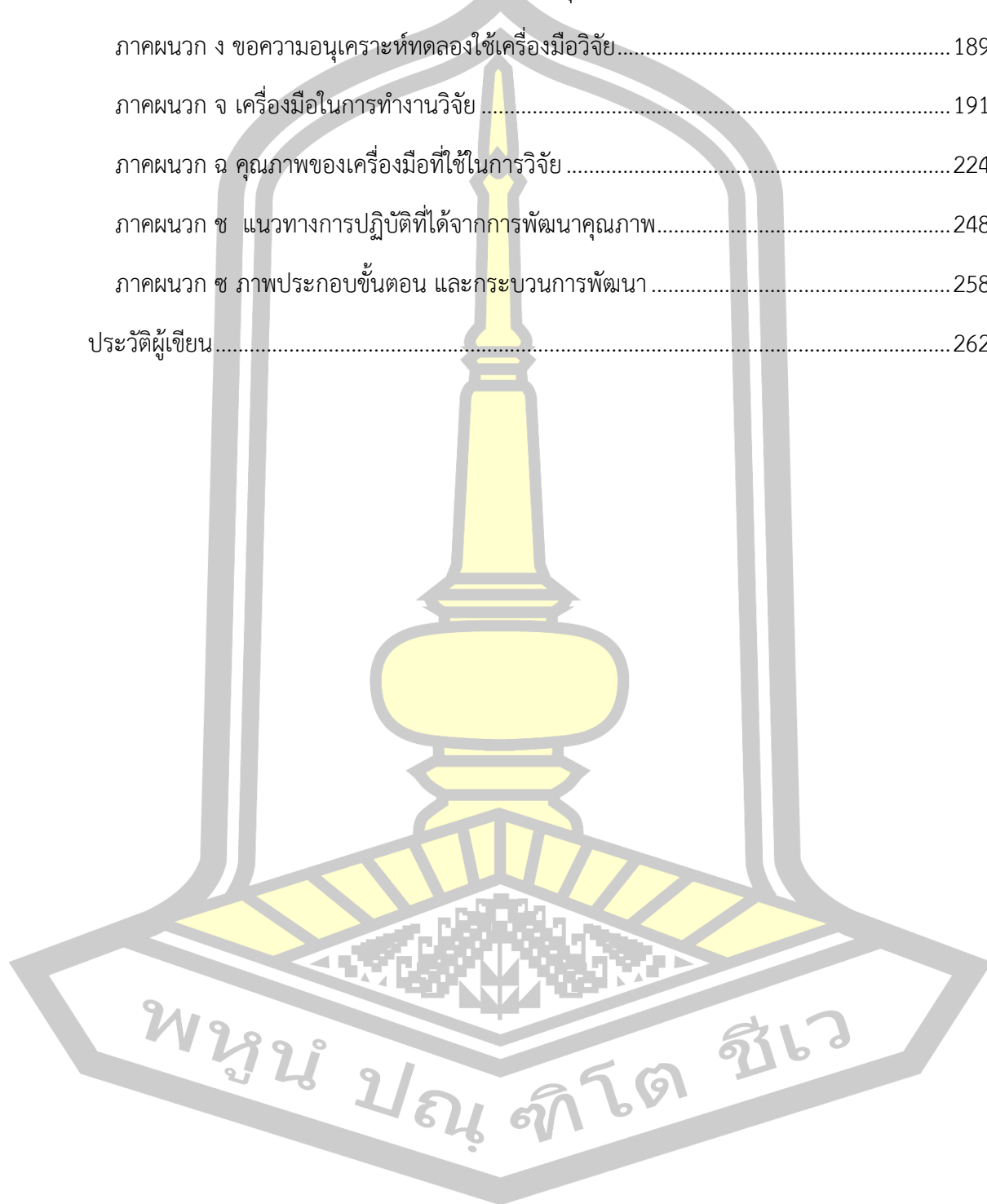
พูน ปณ ทิโต ชีเว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ณ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพประกอบ.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามงานวิจัย.....	5
1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	5
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	6
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
1.6 ผลที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล.....	10
2.1 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ.....	10
2.2 ความรู้เกี่ยวกับยวาร์ฟาริน.....	18
2.3 การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยวาร์ฟาริน.....	27
2.4 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ.....	35
2.5 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research).....	42
2.6 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม.....	46
2.7 แนวคิด และทฤษฎีความรู้.....	51

2.8 แนวคิด ทฤษฎีความพึงพอใจ.....	53
2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	55
2.10 กรอบแนวคิดในการวิจัย	61
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	62
3.1 รูปแบบงานวิจัย	62
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	63
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	66
3.4 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	70
3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	73
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	75
3.7 จริยธรรมในการวิจัย	76
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปราย	77
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	77
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	78
4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาล บุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี.....	151
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	157
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	157
5.2 อภิปรายผล.....	165
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	169
บรรณานุกรม.....	171
ภาคผนวก.....	180
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	181

ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ.....	183
ภาคผนวก ค หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	187
ภาคผนวก ง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือวิจัย.....	189
ภาคผนวก จ เครื่องมือในการทำงานวิจัย.....	191
ภาคผนวก ฉ คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	224
ภาคผนวก ช แนวทางการปฏิบัติที่ได้จากการพัฒนาคุณภาพ.....	248
ภาคผนวก ซ ภาพประกอบขั้นตอน และกระบวนการพัฒนา.....	258
ประวัติผู้เขียน.....	262



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 ข้อดี และข้อเสียของวิธีการประเมินการมีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายในแบบต่างๆ.....	16
ตาราง 2 ช่วงค่าเป้าหมายตามเกณฑ์ The American College of Chest Physician	19
ตาราง 3 โรค และสภาวะที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองต่อยาวาร์ฟาริน	20
ตาราง 4 แนวทางในการจัดการยาวาร์ฟาริน.....	28
ตาราง 5 จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการเฉลี่ยต่อวัน โรงพยาบาลบุนตริก จังหวัดอุบลราชธานี.....	81
ตาราง 6 ผลตัวชี้วัดการดำเนินงาน ตาม Service Plan.....	88
ตาราง 7 ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน ตาม Service Planที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์	90
ตาราง 8 วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาผลการดำเนินงานที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ตามประเด็นต่างๆ	91
ตาราง 9 วิเคราะห์ขั้นตอนในการบริการผู้ป่วยตามแนวคิดของไคเซ็น (Kaizen, 1986)	94
ตาราง 10 ผลการประเมินตนเองในดำเนินการตามแนวทางการจัดการยาวาร์ฟาริน	97
ตาราง 11 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	102
ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ ด้านยาวาร์ฟารินและแนวทางในการจัดการยาวาร์ฟารินได้ถูกต้อง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	104
ตาราง 13 ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้ด้านยาวาร์ฟาริน และแนวทางในการจัดการยาวาร์ฟาริน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ คุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน จำแนกรายด้าน	107
ตาราง 14 จำนวนและร้อยละ ของผู้มีส่วนร่วมในวิจัย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพ บริการคลินิกวาร์ฟาริน จำแนกตามระดับความรู้	107
ตาราง 15 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ คุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน.....	108

ตาราง 16	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน.....	109
ตาราง 17	เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังพัฒนา รูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน.....	113
ตาราง 18	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน.....	114
ตาราง 19	เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ.....	117
ตาราง 20	คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้อยาวาร์ฟาริน.....	118
ตาราง 21	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้อยาวาร์ฟาริน ที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ ด้านยาวาร์ฟารินและการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบคุณภาพบริการ.....	121
ตาราง 22	ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้เรื่องยาวาร์ฟาริน และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ใช้อยาวาร์ฟาริน ก่อนการพัฒนาและหลัง การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ.....	123
ตาราง 23	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้อยาวาร์ฟาริน ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบคุณภาพบริการ จำแนกตามระดับความรู้.....	124
ตาราง 24	เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านยาวาร์ฟารินและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ที่ใช้อยาวาร์ฟาริน ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ.....	124
ตาราง 25	คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ใช้อยาวาร์ฟาริน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ.....	125
ตาราง 26	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้อยาวาร์ฟาริน จำแนกตามระดับพฤติกรรม ก่อนและหลังการพัฒนา.....	127
ตาราง 27	เปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ใช้อยาวาร์ฟาริน ก่อนและหลังพัฒนา รูปแบบคุณภาพบริการ.....	127
ตาราง 28	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้อยาวาร์ฟาริน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ.....	128

ตาราง 29	เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ของผู้ป่วยที่ไ้ยวาร์ฟาริน ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ คลินิกวาร์ฟาริน.....	132
ตาราง 30	คุณลักษณะทางประชากรของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไ้ยวาร์ฟาริน	132
ตาราง 31	จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยที่ไ้ยวาร์ฟาริน ที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ ด้านยวาร์ฟาริน และการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบคุณภาพบริการ.....	134
ตาราง 32	ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้เรื่องยวาร์ฟาริน และ การปฏิบัติตัวของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไ้ยวาร์ฟาริน ก่อนการพัฒนาและ หลังพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ จำแนกรายด้าน	137
ตาราง 33	จำนวนและร้อยละของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไ้ยวาร์ฟาริน จำแนกตามระดับความรู้ ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบคุณภาพ บริการคลินิกวาร์ฟาริน	138
ตาราง 34	เปรียบเทียบความรู้เรื่องยวาร์ฟาริน และการปฏิบัติตัวของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไ้ ยวาร์ฟาริน ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน.....	138
ตาราง 35	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน.....	139
ตาราง 36	เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไ้ยวาร์ฟาริน ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ คุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	143
ตาราง 37	เปรียบเทียบการจัดการบริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุณทริก.....	144
ตาราง 38	เปรียบเทียบระยะเวลารอคอยเฉลี่ย ก่อนและหลังการพัฒนา.....	146
ตาราง 39	กิจกรรมตามแนวทางในการจัดการยวาร์ฟาริน	147
ตาราง 40	ผลการดำเนินงาน ตาม Service Plan.....	148
ตาราง 41	จำนวนครั้งในการปรึกษาแพทย์ในการเสนอปรับขนาดยาในผู้ป่วยโดยเภสัชกร หลังพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	148

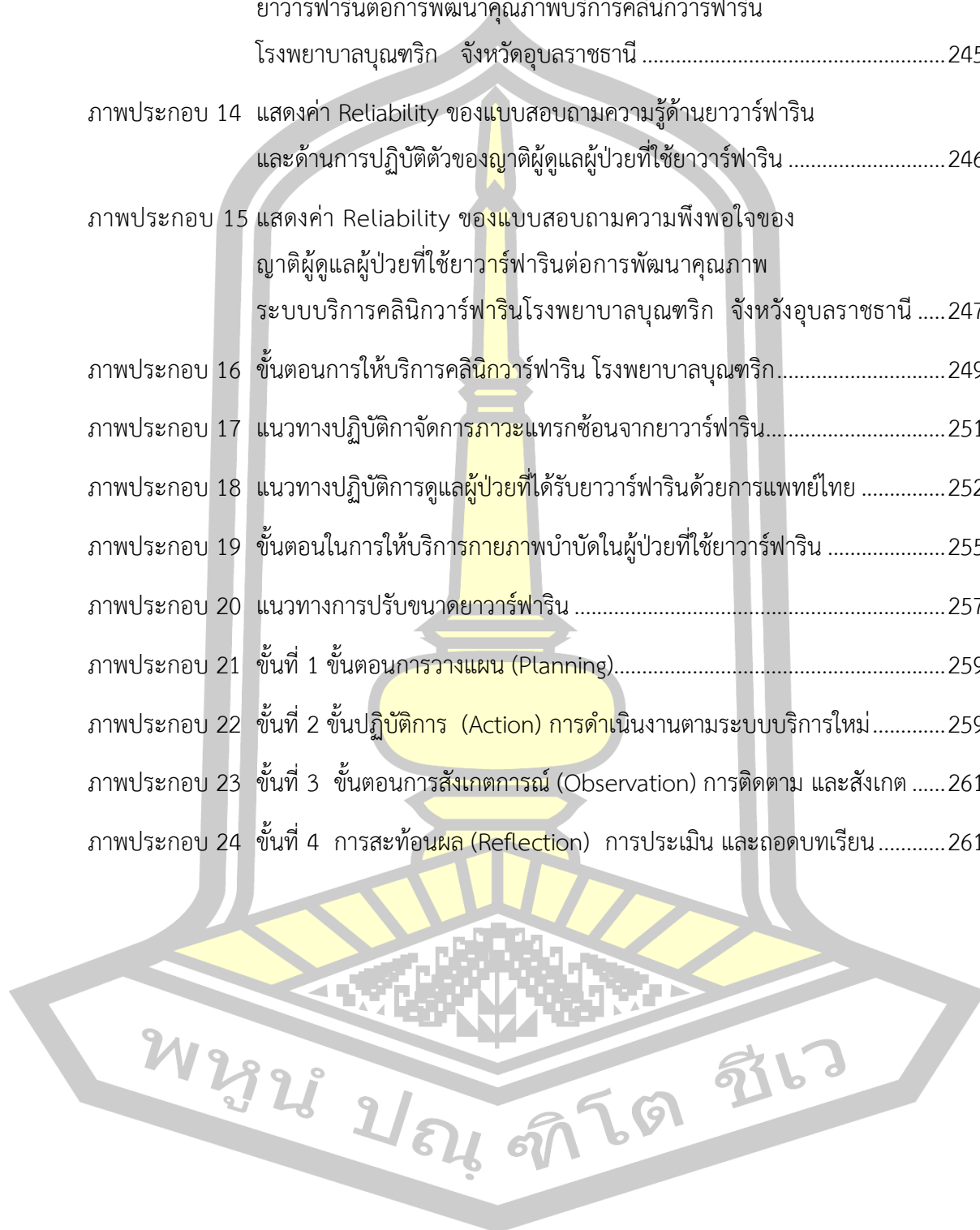
ตาราง 42	แสดงค่า IOC ของผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของแบบทดสอบความรู้ ด้านยวาร์ฟาริน และแนวทางในการจัดการยวาร์ฟารินคลินิกยวาร์ฟาริน	225
ตาราง 43	แสดงค่า IOC ของผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยวาร์ฟาริน 20 ข้อ.....	229
ตาราง 44	แสดงค่า IOC ของผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยวาร์ฟาริน จำนวน 20 ข้อ.....	232
ตาราง 45	แสดงค่า IOC ของผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบ ความรู้ด้านยวาร์ฟารินและความรู้ด้านการปฏิบัติตัวจำนวน 20 ข้อ.....	235
ตาราง 46	แสดงค่า IOC ของผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ใช้ยวาร์ฟาริน.....	237
ตาราง 47	แสดงค่า IOC ของผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยวาร์ จำนวน 20 ข้อ	239



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	61
ภาพประกอบ 2 แผนที่แสดงอาณาเขตติดต่ออำเภอบุนนาค จังหวัดอุบลราชธานี	79
ภาพประกอบ 3 แผนภูมิกระบวนการหลัก (Value Stream Mapping) ก่อนการพัฒนาใน กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ไขวาร์ฟารินในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง	86
ภาพประกอบ 4 แผนภูมิกระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วยที่ไขวาร์ฟารินก่อนการพัฒนา	94
ภาพประกอบ 5 แผนภูมิกระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วยที่ในคลินิกวาร์ฟารินหลังการพัฒนา ..	96
ภาพประกอบ 6 โมเดลการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลบุนนาค	153
ภาพประกอบ 7 ขั้นตอน และกระบวนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุนนาค จังหวัดอุบลราชธานี.....	154
ภาพประกอบ 8 รูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุนนาค	156
ภาพประกอบ 9 แสดงค่า Reliability ของแบบทดสอบความรู้ด้านวาร์ฟารินและ แนวทางในการจัดการวาร์ฟารินคลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลบุนนาค จังหวัดอุบลราชธานี.....	241
ภาพประกอบ 10 แสดงค่า Reliability ของแบบสอบถามการมีส่วนร่วมใน การพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุนนาค จังหวัดอุบลราชธานี.....	242
ภาพประกอบ 11 แสดงค่า Reliability ของแบบสอบถามความพึงพอใจต่อ การพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุนนาค จังหวัดอุบลราชธานี.....	243
ภาพประกอบ 12 แสดงค่า Reliability ของแบบทดสอบความรู้ด้านวาร์ฟาริน และด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ไขวาร์ฟาริน	244

ภาพประกอบ 13	แสดงค่า Reliability ของแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้ ยารวาร์ฟารินต่อการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกยารวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี	245
ภาพประกอบ 14	แสดงค่า Reliability ของแบบสอบถามความรู้ด้านยารวาร์ฟาริน และด้านการปฏิบัติตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟาริน	246
ภาพประกอบ 15	แสดงค่า Reliability ของแบบสอบถามความพึงพอใจของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟารินต่อการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการคลินิกยารวาร์ฟารินโรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี	247
ภาพประกอบ 16	ขั้นตอนการให้บริการคลินิกยารวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุญทริก.....	249
ภาพประกอบ 17	แนวทางปฏิบัติกาจัดการภาวะแทรกซ้อนจากยารวาร์ฟาริน.....	251
ภาพประกอบ 18	แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟารินด้วยการแพทย์ไทย	252
ภาพประกอบ 19	ขั้นตอนในการให้บริการกายภาพบำบัดในผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟาริน	255
ภาพประกอบ 20	แนวทางการปรับขนาดยารวาร์ฟาริน	257
ภาพประกอบ 21	ขั้นที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning).....	259
ภาพประกอบ 22	ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) การดำเนินงานตามระบบบริการใหม่.....	259
ภาพประกอบ 23	ขั้นที่ 3 ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation) การติดตาม และสังเกต	261
ภาพประกอบ 24	ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) การประเมิน และถอดบทเรียน	261



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของสังคม ประชากร วิธีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพ การเจ็บป่วยและส่งผลถึงการวางแผนในการพัฒนาประเทศ ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases, NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเร่งด่วนของประเทศต่างๆ ทั่วโลก หากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่องจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ส่งผลต่อภาระทางเศรษฐกิจที่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าใช้จ่ายด้านผู้ดูแลและยังรวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการขาดงาน การต้องเกษียณก่อนวัย เกิดความพิการ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรองค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นวาระสำคัญที่รัฐบาลของประเทศต่างๆ ต้องเร่งรัดดำเนินการโดยสร้างเครือข่ายระดับนานาชาติขึ้น มีการกำหนดยุทธศาสตร์โลกเพื่อป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเมื่อ พ.ศ. 2553 และมีแผนปฏิบัติการในการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อในระยะเวลา 8 ปี (พ.ศ. 2556–2563) เป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์คือ อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (อาทิ โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น) ให้ลดลงเหลือร้อยละ 25 ภายใน พ.ศ.2568 (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ข้อมูลองค์การอนามัยโลกใน พ.ศ. 2558 พบผู้เสียชีวิตจากโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 40 ล้านคน (ร้อยละ 70) จากจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลก 56 ล้านคน การเสียชีวิตพบในช่วงอายุ 30 ถึง 69 ปี นับว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรโดยพบสาเหตุอันดับ 1 ของการเสียชีวิตคือ โรคหัวใจ และหลอดเลือด (Cardio Vascular Diseases, CVDs) ประมาณ 17.70 ล้านคน (ร้อยละ 31) โดยเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Heart Disease) ประมาณ 7.40 ล้านคน และโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือโรคอัมพาต 6.70 ล้านคน โดยจากการคาดการณ์ใน พ.ศ.2573 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD) เพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคน จะเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง (World Health Organization, 2017)

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อในประเทศไทย พ.ศ. 2558 พบว่าอัตราการตายของประชากรในประเทศไทยจำแนกตามสาเหตุการตายที่สำคัญต่อประชากรแสนคน 5 อันดับแรก คือ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ปอดอักเสบ โรคหัวใจขาดเลือด และอุบัติเหตุ ตามลำดับ มีอัตราการตาย 112.80, 43.30, 42.10, 29.90 และ 22.30 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559) แนวโน้มอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจากพ.ศ.2555 อัตราตาย 31.70 ต่อประชากรแสนคนเป็น 43.30 ต่อแสนคน ในระหว่างพ.ศ. 2555-2558 พบอัตราการตายโรคหลอดเลือดสมองก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) เพิ่มขึ้นทุกพื้นที่เขตสุขภาพโดยพบว่าพ.ศ. 2558 พบอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) ต่อประชากรแสนคน มากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ อัตราตาย 62.70 รองลงมาเขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ อัตราตาย 50.60 และเขตสุขภาพที่ 4 สระบุรีอัตราตาย 49.80 โดยเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี อัตราตาย 32.60 (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล และสัญชัย ชาสสมบัติ, 2560) และข้อมูลจังหวัดอุบลราชธานี อัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนของจังหวัดอุบลราชธานี ในช่วง พ.ศ. 2554-2559 อัตราการตาย 29.01, 29.07, 36.73, 31.36, 40.17 และ 36.50 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่เกิดความผิดปกติในการไหลเวียนของเลือดภายในสมองซึ่งร้อยละ 85 เป็นภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน (Ischemic Stroke) ที่มีสาเหตุจากภาวะต่างๆ อาทิ การที่ผู้ป่วยมีภาวะโรคหัวใจรูมาติก โรคลิ้นหัวใจ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน เส้นเลือดในปอด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือดแดงหรือเส้นเลือดดำบริเวณแขนขาผู้ป่วยที่เคยมีประวัติภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (วิระพล ภิบาลย์, 2555) ซึ่งยาแอสไพรินจะเป็นตัวยาสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Ischemic Stroke) และป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่ลิ้นหัวใจในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งส่งผลให้มีความจำเป็นต้องบริหารจัดการให้เกิดการเข้าถึงและการใช้ยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จากข้อมูลปริมาณการใช้และนำเข้ายา จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาแอสไพรินทั้งหมดในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555 มีอยู่ราว 92,000 ราย หรือคิดเป็นความชุก 0.14 ต่อหนึ่งร้อยประชากร และคาดว่าทุกๆ ปีจะมีผู้ป่วยรายใหม่ที่ใส่ยาแอสไพรินเพิ่มขึ้น 5,750 ราย (พิทยา หวังสุข, 2557) การใช้นี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องรับประทานยาติดต่อกันเป็นเวลานานหรือรับประทานไปตลอดชีวิต (สุรกิจ นาจิสุวรรณ, 2559) ดังนั้นจึงเป็นเหตุที่ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น ในพ.ศ. 2551 ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในส่วนผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 129,571 บาท ต่อราย หากคนไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรวมห้าแสนคนต่อปี มารับบริการที่สถานพยาบาลจะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้นประมาณ 20,632 ล้านบาทต่อปี (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล และสัญชัย ชาสสมบัติ, 2560) ส่งผลกระทบต่อภาระทางเศรษฐกิจที่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษา และยังคงรวม

ไปถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการขาดงาน ความพิการ การต้องเกษียณก่อนวัย ค่าใช้จ่ายด้านผู้ดูแลและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในเขตสุขภาพ (Service Plan) เพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศตามหลักการและกรอบความแนวทางการดูแลแบบเชื่อมโยงไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) การดูแลแบบเบ็ดเสร็จในเขต (Self-Contain) และระบบส่งต่อภายในเขต (Referral Hospital Cascade) โดยมีเป้าหมายในการดำเนินการคือ ลดอัตราป่วย ลดอัตราตายลดความแออัดและลดระยะเวลารอคอย โดยแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคหัวใจ กำหนดเป้าหมายที่สำคัญดังนี้

- 1) พัฒนาให้โรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่ 30 เตียงขึ้นไปทุกแห่งรวม 797 แห่ง สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดและจัดตั้งหน่วยดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด
- 2) พัฒนาโรงพยาบาลศูนย์ที่ให้บริการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน 23 แห่ง สามารถผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้ 19 โรงพยาบาลครบทั้ง 12 เขตสุขภาพ ลดระยะเวลารอคอยการผ่าตัดหัวใจ เหลือเฉลี่ยไม่เกิน 6 เดือน
- 3) จัดตั้งคลินิกหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปรวม 42 แห่งจากที่มีทั้งหมด 81 แห่ง
- 4) มีอายุรแพทย์โรคหัวใจประมาณ 1,000 คน เป็นแพทย์ที่ผ่าตัดรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary interventionists) ได้ประมาณ 280 คน ช่วยลดการสูญเสียชีวิตประชาชน 21,961 ราย การจัดตั้งคลินิกวาร์ฟารินเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของ Service Plan สาขาโรคหัวใจที่กำหนดให้มีทุกโรงพยาบาล ระดับ A – F2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในลักษณะเครือข่ายซึ่งทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยใช้ยาวาร์ฟารินได้มากขึ้นโดยรูปแบบเครือข่ายวาร์ฟารินจากโรงพยาบาลตติยภูมิไปยังโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งทำดัชนีชี้วัดการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วย หรือ ค่า INR (International Normalized Ratio) ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญในการควบคุมและชี้วัดการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้คงอยู่ในช่วงปกติตามเป้าหมายที่ไม่แตกต่างกัน เพื่อ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาวาร์ฟารินที่รุนแรง และเพิ่มการเข้าถึงบริการ (มรคต ภัทรพงศ์สินธุ์, 2558)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ/หลังการผ่าตัดที่ได้รับยาวาร์ฟารินในการดำเนินงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยใช้ยาวาร์ฟารินให้เกิดความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากที่สุด แมข่ายหลักคือโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ลูกข่ายคือโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี สำหรับโรงพยาบาลบุญทริก อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จัดเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับ F2 ให้บริการรักษาโรคทั่วไปและโรคเรื้อรัง เปิดให้บริการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินตั้งแต่ พ.ศ. 2556 ให้บริการในผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินที่ส่งตัวมารับการรักษาต่อจากโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชอำเภอ

เดชอุดม ซึ่งแนวโน้มมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลเพิ่มขึ้น โดยปีงบประมาณ 2556 –2560 มีจำนวนผู้ป่วย 23, 28, 38, 44 และ 57 คน ตามลำดับ การให้บริการผู้ป่วยที่ไชยวาร์พารินให้บริการทุกวันจันทร์ที่ 1 และ 3 ของทุกเดือนช่วงเวลา 08.00– 12.00 น. จัดบริการตรวจรักษาร่วมในคลินิกโรคความดันโลหิต ซึ่งไม่ได้แยกการให้บริการเฉพาะผู้ป่วยที่ไชยวาร์พาริน โดยมีแพทย์หมุนเวียนมาให้การตรวจรักษา โดยมีขั้นตอนในการบริการดังนี้คือ 1) คัดกรองเบื้องต้น 2) ยืนยันบัตรที่ห้องบัตร 3) วัดความดันโลหิต 4) ตรวจเลือดที่ห้องชั้นสูง 5) พยาบาลคลินิกซักประวัติ 6) พบแพทย์ 7) ยืนยันบัตรรอรับยา 8) รอรับยากับเภสัชกรที่ห้องจ่ายยาคลินิกความดันโลหิตสูง 9) กลับบ้าน ผลการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยที่ไชยวาร์พาริน โรงพยาบาลบุนตริก ปีงบประมาณ 2558 พบว่าผู้ป่วยที่มีค่าการแข็งตัวของเลือด (International Normalized Ratio; INR) ค่า INR (2.00-3.00) อยู่ในช่วงการรักษาร้อยละ 43.24 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ปีงบประมาณ 2559 ผู้ป่วยที่มีค่า INR (2.00-3.00) อยู่ในช่วงการรักษาร้อยละ 40.90 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนและปีงบประมาณ 2560 ผู้ป่วยที่มีค่า INR (2.00-3.00) อยู่ในช่วงการรักษาร้อยละ 57.27 เกิดภาวะเลือดออกที่รุนแรงร้อยละ 1.17และเมื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ไชยวาร์พารินพบว่าตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์คือ ผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงการรักษามากกว่าร้อยละ 65 ซึ่งจากการทบทวนเวชระเบียนจากโปรแกรมให้บริการผู้ป่วย (Hospital Information; HI) และแบบติดตามผู้ป่วยที่ไชยวาร์พาริน ปีงบประมาณ 2560 ค่า INR อยู่นอกช่วงการรักษา ร้อยละ 7.73 โดยค่า INR ส่วนใหญ่มีค่าต่ำกว่า 2.00 ร้อยละ 26.76 และมีค่ามากกว่า 3.00 ร้อยละ 15.97 จากการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยพบสาเหตุที่ทำให้ค่า INR ของผู้ป่วยอยู่นอกช่วงการรักษา ร้อยละ 22.58 คือ แพทย์สั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง 12 ครั้ง (ร้อยละ 4.92) ความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 4.51 พฤติกรรมการบริโภคทำให้เกิดอันตรายกับยารักษา ร้อยละ 10.25 สภาพของผู้ป่วยทำให้เกิดอันตรายกับยารักษา ร้อยละ 2.90 (โรงพยาบาลบุนตริก, 2560) ส่วนภาวะแทรกซ้อนจากยารักษา 10 ราย (ร้อยละ 4.10) คือ อาการเลือดออกที่ไม่รุนแรง 8 ราย (ร้อยละ 3.279) อาการเลือดออกที่รุนแรง 2 ราย (ร้อยละ 0.82) มีผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล 8 ราย ค่าใช้จ่ายในการรักษารวมมูลค่า 27,938 บาท (ปี 2558 – 2559 ค่าใช้จ่ายในการรักษา 9,452 บาท และ 27,705 บาท ตามลำดับ) และมีผู้ป่วย 2 ราย ได้ส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายติดตามผลการรักษาพบว่า ผู้ป่วย 1 ราย ได้ให้เลือดและอีก 1 ราย แพทย์ให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยารักษาเนื่องจากมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดออกที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต และจากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาผู้ป่วยมีค่า INR อยู่นอกช่วงการรักษาจากการประชุมกลุ่มของสาขาวิชาชีพพบสาเหตุดังนี้ 1) ผู้ป่วยขาดความรู้ ขาดความร่วมมือในการใช้ยา และไม่มีญาติผู้ดูแล 2) ญาติผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย 3) ผู้ให้บริการ ขาดทักษะ การมีส่วนร่วม และขาดผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย 4) นโยบายของโรงพยาบาลไม่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยที่ไชยวาร์พาริน และ 5) ระบบการดำเนินงาน ไม่มีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ขาดการมีส่วนร่วมของสาขาวิชาชีพ ทำให้ผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพคลินิกวาร์พาริน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่

จะพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ให้ผ่านเกณฑ์คลินิกวาร์ฟารินตามการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คือผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินมีค่า INR มากกว่าร้อยละ 65 โดยนำแนวคิดการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินร่วมกับประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการคุณภาพตามหลักการของไคเซ็น (Kaizen, 1986) มาเป็นกระบวนการปรับปรุงระบบบริการ (ECRS) เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพ หรือรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบท โรงพยาบาลบุณชริก จังหวัดอุบลราชธานี

1.2 คำถามงานวิจัย

รูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพบริการสำหรับผู้ใช้ยาวาร์ฟารินในคลินิกวาร์ฟาริน เพื่อให้ผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ของโรงพยาบาลบุณชริก จังหวัดอุบลราชธานี ควรเป็นอย่างไร

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

1.3.1 ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการในคลินิกวาร์ฟารินตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุณชริก จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2 ความมุ่งหมายเฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทโรงพยาบาล และสถานการณ์การจัดการจัดบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุณชริก จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.2 เพื่อศึกษาขั้นตอนและกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยใช้ยาวาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลบุณชริก จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการ ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุณชริก จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพบริการ คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุณชริก จังหวัดอุบลราชธานี

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

1.4.1 ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.4.1.1 ประชากรคือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ทีมนำคลินิกบริการ (Patient Care Team; PCT) จำนวน 25 คน และคณะกรรมการคลินิกวาร์ฟาริน จำนวน 4 คน จำนวนทั้งสิ้นรวม 29 คน ผู้ป่วยที่ใช้ยา วาร์ฟารินที่ขึ้นทะเบียนรับบริการที่คลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลบุณฑริก จำนวน 57 คน และญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน จำนวน 57 คน รวม 104 คน รวมประชากรทั้งสิ้น 143 คน

1.4.1.2 กลุ่มเป้าหมาย ในการศึกษาครั้งนี้สามารถจำแนกกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย คณะกรรมการในทีมนำคลินิกบริการ (Patient Care Team; PCT) และคณะกรรมการคลินิกวาร์ฟาริน ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) จำนวน 14 คน

2) กลุ่มที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนาระบบบริการคลินิกวาร์ฟารินใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และมีคุณสมบัติตาม เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) จำนวน 72 คน

(1) ผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินที่ขึ้นทะเบียนรับบริการที่คลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาล บุณฑริก จำนวน 36 คน

(2) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน จำนวน 36 คน

1.4.2 ขอบเขตด้านพื้นที่

โรงพยาบาลบุณฑริก อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

1.4.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการทำการศึกษาดังแต่ เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2561 รวม ระยะเวลา 3 เดือน

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 ระบบ หมายถึง สิ่งที่ประกอบขึ้นด้วยองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ และ ข้อมูลย้อนกลับ

1.5.2 การพัฒนาคุณภาพบริการ หมายถึง กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ ตามเกณฑ์ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

1.5.3 โรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ขนาดเตียง 30-90 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และจัดบริการตามมาตรฐานของบริการ ทฤษฎีภูมิโดยไม่มีแพทย์เฉพาะทาง

1.5.4 ยาวาร์ฟาริน หมายถึง ยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน ออกฤทธิ์ยับยั้ง การทำงานของวิตามินเค

1.5.5 ผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน หมายถึง ผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินที่มีสภาวะของโรคคงที่ส่งตัว กลับจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ที่ได้รับการขึ้น ทะเบียนการรักษาในคลินิกยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุณฑริก

1.5.6 กระบวนการบริการคลินิกยาวาร์ฟารินหมายถึง วิธีการ ขั้นตอนในการบริการผู้ป่วยที่ใช้ ยาวาร์ฟาริน คลินิกยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุณฑริก ประกอบด้วย การกำหนดวันให้บริการ ขั้นตอน การให้บริการการจัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ การจัดทำทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน (Patient Profile) การเพิ่มทักษะในการดูแลตนเอง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล เป็นรายบุคคล แบบกลุ่ม และกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล ระบบนัดหมายการรับบริการผู้ป่วย

1.5.7 การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยใช้ยาวาร์ฟาริน หมายถึง แนวทางในการจัดการ ยาวาร์ฟารินและแนวทางการบริหารทางเภสัชกรรม

1.5.8 หลักการ E C R S หมายถึง การพิจารณาเปลี่ยนแปลงระบบงานในบางเรื่องบางอย่างที่ สามารถเปลี่ยนแปลงได้

1.5.8.1 การตัดขั้นตอน (Eliminate; E) หมายถึง การตัดขั้นตอนในการทำงานที่ไม่ จำเป็นในกระบวนการออกไป

1.5.8.2 การรวมขั้นตอน (Combine; C) หมายถึง การรวมขั้นตอนการทำงานเข้า ด้วยกันเพื่อประหยัดเวลาหรือแรงงานในการทำงาน

1.5.8.3 การจัดลำดับ (Rearrange; R) หมายถึง การจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม

1.5.8.4 การทำให้ง่าย (Simplify; S) หมายถึง การปรับปรุงวิธีทำงานให้ง่ายขึ้น

1.5.9 การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้ามามีส่วนร่วมทำงานร่วมกันของคณะกรรมการดูแลและพัฒนากระบวนการการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและคณะกรรมการคลินิกวาร์ฟาริน

1.5.10 คณะกรรมการทีมคลินิกบริการ (Patient Care Team; PCT) หมายถึง ตัวแทนกรรมการมาจากวิชาชีพต่างๆ เป็นสหสาขาวิชาชีพทั้งแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพ นักเทคนิคการแพทย์ เจ้าหน้าที่เอ็กซเรย์ นักแพทย์แผนไทย นักโภชนาการ พยาบาล

1.5.11 คณะกรรมการคลินิกวาร์ฟาริน หมายถึง แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักเทคนิคการแพทย์ที่รับผิดชอบให้บริการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน

1.5.12 การพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน หมายถึง การดำเนินงานให้บริการโดยใช้การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน และหลักการ E C R S เป็นการพิจารณาเปลี่ยนแปลงกระบวนการบริการคลินิกวาร์ฟาริน

1.5.13 เกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ตัวชี้วัดการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจตาม Service Plan สาขาโรคหัวใจ เขตสุขภาพที่ 10 ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน

1.5.13.1 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดมากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 95

1.5.13.2 ผู้ป่วยขาดนัด น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 5

1.5.13.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงการรักษามากกว่า ร้อยละ 65

1.5.13.4 ร้อยละเกิดโรคหลอดเลือดสมองในคลินิกวาร์ฟารินลดลงน้อยกว่าร้อยละ 5

1.5.13.5 ร้อยละเกิดภาวะเลือดออกรุนแรงในคลินิกวาร์ฟารินลดลงน้อยกว่าร้อยละ 5

1.5.15 INR หมายถึง ค่า International Normalize Ratio เป็นค่าทางห้องปฏิบัติการที่ใช้บอก ประสิทธิภาพและความปลอดภัยการรักษาด้วยยาวาร์ฟาริน และสามารถสะท้อนระดับการต้านการแข็งตัวของเลือดได้ เป้าหมายที่เหมาะสมต่อการรักษาขึ้นกับสภาวะโรคและข้อบ่งชี้ตามที่แพทย์พิจารณาเห็นสมควร โดยปกติส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 2.00 -3.00 ยกเว้นในบางกรณี เช่น ผู้ที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ จะอยู่ในช่วง 2.50 -3.50

1.5.16 ภาวะแทรกซ้อนจากยาวาร์ฟาริน

1.5.16.1 ภาวะเลือดออกรุนแรง (Major Bleeding) คือ ผู้ป่วยเกิดภาวะเลือดออกที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ เลือดออกในทางเดินอาหาร ถ่ายดำ ปัสสาวะเป็นเลือด ไอเป็นเลือด หรือมีเสมหะเป็นเลือด เป็นต้น หรือภาวะเลือดออกที่จะเป็นต้องมีการให้เลือดอย่างน้อย 2 ยูนิต รวมถึงภาวะเลือดออกที่ต้องช่วยเหลือชีวิตหรือเสียชีวิต

1.5.16.2 ภาวะลิ่มเลือดอุดตันชนิดรุนแรง (Major Thromboembolic Events) ได้แก่ ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack: TIA) หรือสงสัยว่าเกิดลิ่มเลือดอุดตันในสมอง (Suspected Ischemic Stroke) การเกิดลิ่มเลือดอุดตันซ้ำในหลอดเลือดดำ (Recurrent Deep Vein Thrombosis) การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism)

1.5.17 ความรู้ หมายถึง เป็นความสามารถ และทักษะทางสมองในการจดจำ หรือระลึกได้จากประสบการณ์ที่ได้รับรู้มาได้ ซึ่งสามารถสื่อสาร แลกเปลี่ยนแบ่งปันกันได้ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ สรุป และตัดสินใจสถานการณ์ต่างๆได้โดยไม่จำกัด

1.5.18 ความพึงพอใจหมายถึง ความรู้สึกที่ดี หรือเจตคติที่ดีของบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้น ๆ ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

1.6 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ได้รูปแบบบริการคลินิกวาร์ฟารินที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลบุญทริก

1.6.2 ได้ทราบปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกวาร์ฟารินตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

1.6.3 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการคลินิกวาร์ฟาริน และก่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบ



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

ในการศึกษาเรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุณยฤทธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

- 2.1 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- 2.2 ความรู้เกี่ยวกับยาวาร์ฟาริน
- 2.3 การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน
- 2.4 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ
- 2.5 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
- 2.6 แนวคิด ทฤษฎีการมีส่วนร่วม
- 2.7 แนวคิด ทฤษฎีความรู้
- 2.8 แนวคิด ทฤษฎีความพึงพอใจ
- 2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.10 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาระบบบริการได้ดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) อยู่ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ซึ่งรูปแบบของการพัฒนาระบบบริการจะเชื่อมโยงระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงตลอดจนการพัฒนาระบบส่งต่อในเครือข่าย นำไปสู่การดูแลประชาชนแบบเบ็ดเสร็จในแต่ละเครือข่าย ต้องสร้างการเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างทั่วถึง เป็นธรรม และลดความเหลื่อมล้ำ ภายในกรอบการดำเนินการที่สำคัญ คือ การพัฒนาศักยภาพของสถานบริการแต่ละระดับตามขีดความสามารถที่กำหนด การพัฒนาระบบบริการเฉพาะด้าน ถือเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพิ่มศักยภาพหน่วยบริการให้สามารถแก้ปัญหาและดูแลโรคสำคัญต่าง ๆ ของแต่ละพื้นที่ ใน 13 สาขา ได้แก่ 1) สาขาโรคหัวใจ 2) สาขาโรคมะเร็ง 3) สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

4) สาขาทารกแรกเกิด 5) สาขาสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติด 6) 5สาขาหลัก (สูติ - นรีเวชกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์) 7) สาขาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ 8) สาขาสุขภาพช่องปาก 9) สาขาไต 10) สาขาทา 11) สาขาโรคไม่ติดต่อ 12) สาขาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน และ 13) สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

2.2.1 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ คณะกรรมการสาขาโรคหัวใจ และหลอดเลือด ได้จัดทำแผนพัฒนาแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาหัวใจ ระยะ 5 ปี 2556-2560 มุ่งแก้ไขปัญหา และกำจัดความเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอัตราเพิ่มของการเสียชีวิต และการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจลดลง เน้นการดูแลในลักษณะของเครือข่ายเชื่อมโยงกันตั้งแต่โรงพยาบาลส่งส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีภารกิจหลักในการส่งเสริมคุณภาพ การป้องกัน รวมไปถึงโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ เน้นการรักษาพยาบาล ฟื้นฟู และเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยขึ้น ตามลำดับของโรงพยาบาลจนถึงระดับ Excellence Center ที่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจที่ซับซ้อนได้ จากการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ พบกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตจากโรคหัวใจคือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดภาวะหัวใจล้มเหลว และโรคลิ้นหัวใจ ดังนั้น 5 ภารกิจหลัก ทางโรคหัวใจ และหลอดเลือดที่ต้องการพัฒนา คือ

- 1) เครือข่ายโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute ST Elevation MI Network)
- 2) เครือข่ายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (NSTEMI/ UA Network)
- 3) ระบบการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (Heart Failure Clinic)
- 4) งานผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open Heart Surgery)
- 5) งานจัดตั้งคลินิกการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Warfarin Clinic)

ที่มาของปัญหาการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Warfarin Clinic) การใช้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด ในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการทั้งก่อน หรือหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial Fibrillation) และผู้ป่วยโรคหัวใจหรือหลอดเลือดสมองบางชนิด จำเป็นต้องได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดเพื่อป้องกันการเกิดลิ้นหัวใจเทียมทำงานผิดปกติหรือป้องกันการเกิด Embolic Stroke จากข้อมูลการได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดพบว่าผู้ป่วยที่ได้ Target INR น้อยกว่าร้อยละ 50 ความถี่ในการตรวจค่าความแข็งตัวของเลือด (INR) จากสถาบันต่างๆ ในประเทศไทยพบว่ามีค่าความถี่ของการตรวจตั้งแต่ 2-6 ครั้งต่อปี ซึ่งไม่เพียงพอในการติดตามค่าความแข็งตัวของเลือด (INR) ให้อยู่ในค่าที่ต้องการได้

2.2.1.1 การพัฒนาศักยภาพระดับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจตาม Service Plan เป้าหมายการดำเนินการ (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

1) โรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้รับการพัฒนาจนถึงระดับศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับ 1, 2, 3 ตามเกณฑ์ที่กำหนดใน 5 ปี

2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการรักษาด้วยการให้ยา Fibrinolytic Agent หรือถ่ายขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน หรือได้รับการส่งต่อเพื่อให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด หรือทำบอลลูนถ่ายขยายหลอดเลือดเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 50 ในปี 2556 และมากกว่าร้อยละ 75 ในปี 2558

3) มีระบบบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานสามารถตอบสนองต่อความต้องการตาม ปัญหาสุขภาพ

เป้าหมายทางคลินิก

1) ร้อยละของโรงพยาบาล A-F2 ที่มีหน่วยดูแลติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Warfarin clinic) เพิ่มขึ้น

2) อัตราของผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดได้ Target INR เพิ่มขึ้น ตัวชี้วัดระยะสั้น (ภายในปี 2558)

1) ร้อยละของโรงพยาบาล A-F2 ที่มี Warfarin Clinic > 50

2) ผู้ป่วยที่ได้รับยาได้ Target INR > 50 %

3) Stroke Rate in Warfarin Clinic ลดลง

4) Major Bleeding from Warfarin Clinic ลดลง

ตัวชี้วัดระยะยาว (ภายในปี 2560)

1) ร้อยละของโรงพยาบาล A-F2 ที่มี Warfarin Clinic = 100

2) ผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดได้ Target INR > 65 %

3) Stroke Rate in Warfarin Clinic ลดลง

4) Major Bleeding จาก Warfarin ในคลินิกลดลง

2.2.2 แนวทางการพัฒนาเครือข่าย Warfarin Clinic

2.2.2.1 กิจกรรมและเป้าหมายดำเนินการ ในแต่ละระดับมีดังนี้

1) พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) ให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่ควรได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดมีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่สมควรได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด สามารถให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับ ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด สามารถให้การรักษา เบื้องต้นและส่งต่อผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด

2) พัฒนาโรงพยาบาลชุมชน (รพ.ช) ระดับ F2 - M1 สามารถให้การรักษาด้วยยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด ทั้งการให้ยา การตรวจวัดค่าการแข็งตัวของเลือดมีระบบส่งต่อผู้ป่วยในรายที่ซับซ้อน หรือมีภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม และมีระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่าย

3) พัฒนาโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์: ระดับ S - A สามารถรักษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดได้อย่างเหมาะสม และสามารถให้การรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดในกรณีที่ซับซ้อนได้

2.2.2.2 แนวทางการดำเนินการจัดตั้งระบบบริการในรูปแบบเครือข่ายโดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลแม่ข่าย และโรงพยาบาลลูกข่าย ดังนี้

1) ศูนย์หลัก (โรงพยาบาลแม่ข่าย)

(1) คัดเลือกผู้ป่วยส่งต่อไปยังโรงพยาบาลลูกข่ายที่สะดวกต่อการเดินทางของผู้ป่วย

(2) กำหนดค่าเป้าหมาย INR ของผู้ป่วยแต่ละราย กำหนดจำนวนศูนย์บริการย่อย Anti-Coagulation Clinic โดยใช้อัตราส่วนของผู้ป่วยต่อ

2) โรงพยาบาลลูกข่าย 30 - 60 คน /หน่วยบริการ

(1) ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาแก่โรงพยาบาลลูกข่าย และในกรณีฉุกเฉินที่เกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลลูกข่าย จะต้องรับผู้ป่วยกลับมาให้การรักษาที่เหมาะสม ได้จัดตั้ง Anticoagulation Call Center และธนาคารข้อมูล พร้อมเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ 24 ชั่วโมง โดยอาจจัดตั้งไว้ที่ CCU หรือ ER โดยใช้อุปกรณ์สื่อสารในระบบที่มีอยู่เดิม

(2) จัดทำคู่มือปฏิบัติการลงเว็บไซต์ของโรงพยาบาลแม่ข่าย ตลอดจนการรับและส่งต่อของโรงพยาบาลลูกข่าย

3) ศูนย์ย่อย (โรงพยาบาลลูกข่าย)

(1) การรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

(2) สามารถตรวจค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) เพื่อปรับขนาดยาของผู้ป่วยให้ได้ตามเป้าหมายที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้แนะนำไว้

(3) ในกรณีฉุกเฉินสามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม หากจำเป็นสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายได้อย่างปลอดภัย

(4) จัดตั้งหน่วยบริการที่ชัดเจนในโรงพยาบาลเพื่อตรวจรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยา

(5) ป้องกันการแข็งตัวของเลือดและมีคอมพิวเตอร์ที่สามารถเชื่อมต่อกับระบบอินเทอร์เน็ตของธนาคารข้อมูล

(6) มีเครื่องตรวจค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) ทั้งแบบ POC และ/ หรือ standard Laboratory

(7) มีห้องสอนรวมทั้งมีสื่อทัศนูปกรณ์ต่างๆ สำหรับให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

(8) มีสื่อการสอนเช่น Flip Chart คู่มือในการรักษา และแนวทางปฏิบัติเมื่อได้รับยาและสมุดประจำตัวผู้ป่วย

2.2.3 แนวทางการดำเนินการพัฒนาเครือข่ายบริการกลุ่มโรคที่มีอัตราการตายสูง และกลุ่มโรคที่มีปัญหาในพื้นที่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเนื่องจาก พบว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีอัตราการตายสูง ยังมีปัญหาของระบบการส่งต่อบริการ ทั้งการส่งต่อไปรักษายังหน่วยบริการที่มีศักยภาพเหนือกว่า และส่งกลับไปยังหน่วยบริการใกล้บ้าน เพื่อการดูแลต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นของแต่ละโรค และ ขาดการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงให้การสนับสนุนการพัฒนาาระบบเครือข่ายบริการกลุ่มโรคที่มีอัตราการตายสูงและกลุ่มโรคที่มีปัญหาในพื้นที่ ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ในการบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานีได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ/หลังการผ่าตัดที่ได้รับยาแอสไพริน ในการดำเนินงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยใช้ยาแอสไพรินให้เกิดความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากที่สุด แม้อายุหลักคือ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ลูกข่าย คือ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน โครงการพัฒนาเครือข่ายบริการโรคที่มีอัตราการตายสูง ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เครือข่ายแอสไพริน เขตสุขภาพที่ 10

2.2.3.1 เกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจตาม Service Plan เขตสุขภาพที่ 10 ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน เครือข่ายแอสไพริน

- 1) ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดมากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 95
- 2) ผู้ป่วยขาดนัด น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5
- 3) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงการรักษามากกว่าร้อยละ 65
- 4) ร้อยละการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในคลินิกแอสไพรินลดลง น้อยกว่าร้อยละ 5
- 5) ร้อยละการเกิดภาวะเลือดออกที่รุนแรงในคลินิกแอสไพรินลดลง น้อยกว่าร้อยละ 5

2.2.3.2 เกณฑ์มาตรฐานคลินิกแอสไพริน หมายถึง องค์ประกอบของคลินิกแอสไพริน ประกอบด้วย

- 1) มีทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย และกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน โดยทีมประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และนักเทคนิคการแพทย์
- 2) มีเครื่องตรวจค่า INR ที่มีมาตรฐาน

3) มียาวาร์ฟารินอย่างน้อยควรมีขนาด 3 มิลลิกรัม 5 มิลลิกรัม และยาต้านฤทธิ์ยา วาร์ฟาริน (วิตามินเค ชนิดฉีด) การดำเนินงานคลินิกยาวาร์ฟาริน ได้ให้ความสำคัญกับมิติของความ ปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ดังนั้นตัวชี้วัดด้านความปลอดภัย (Safety Indicators) ต้องสามารถ สะท้อนภาพความเสี่ยงของระบบและเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ให้น้อยที่สุด (คณะกรรมการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพสาขาหัวใจ, สำนักงานบริหารการสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ตัวชี้วัดด้านความปลอดภัย มีดังนี้

(1) การประเมินประสิทธิผลจากยาวาร์ฟาริน (Achieving and Measuring Efficacy) การติดตามผลการรักษาด้วยยาวาร์ฟารินโดยทั่วไปใช้ค่าการแข็งตัวของเลือดหรือ Pro Thrombin Time (PT) หรือ INR (international Normalized Ratio) เพื่อดูการตอบสนองของการ ลดระดับ Vitamin K Dependent Coagulation Factors 3 ชนิด คือ Factor II, VII, และ X เพื่อให้ เกิดประสิทธิภาพที่ดีที่สุดต่อการรักษา จึงต้องมีระบบที่ควบคุมให้ผู้ป่วยมีค่านี้อยู่ในค่าเป้าหมายของ การรักษา ซึ่งต้องประเมินจากการที่ผู้ป่วยมีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายหรือไม่ (ส่วนใหญ่เป้าหมายคือ 2-3) โดยทั่วไปวัดในรูปของ Time In Therapeutic Range (TTR) การประเมินประสิทธิภาพในระยะยาว ค่า Time In Therapeutic Range หรือ TTR เป็นค่าที่เชื่อถือได้ ซึ่งค่านี้สัมพันธ์กับการมีประสิทธิผลที่ดี ของผู้ป่วยต่อยา และความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการใช้ยาวาร์ฟาริน นอกจากนี้การเพิ่มขึ้นของค่า TTR ยังสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการตาย อัตราการเกิด Myocardial Infarction และอัตราการเกิดลิ้ม เล็ดอุดตันโดยเฉพาะ Stroke เกณฑ์ที่บ่งถึงคุณภาพสูงของการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา ป้องกันการแข็งตัวของเลือด (High-Quality Anticoagulation Management; HQACM) ในผู้ป่วยที่ใช้ยา วาร์ฟาริน (Warfarin) ในระยะต่อเนื่องหรือในผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน การคำนวณค่า Time In Therapeutic Range หรือ TTR มีหลายวิธี และปัจจุบันยังไม่มีวิธีการระบุ ชัดเจน ถึงวิธีที่ดีที่สุดของการคำนวณค่านี้ วิธีการคำนวณ TTR ที่ใช้ในปัจจุบัน มี 3 วิธีได้แก่

(1.1) Rosendaal's Linear Interpolation Method ผู้คิดค้นคือ Prof. Dr. Frits R. Rosendaal, Lieden University ประเทศเนเธอร์แลนด์ โดยแนวคิดอยู่บนสมมติฐานที่ว่า การเปลี่ยนแปลงค่า INR จากค่าหนึ่งไปค่าหนึ่งอยู่บนสมการเส้นตรง สามารถคำนวณค่า TTR ของ ผู้ป่วยได้ทั้งในผู้ป่วยแต่ละคน และในภาพรวมของคลินิก

(1.2) Percent (fraction) of INR in Range เป็น Traditional Method ซึ่ง นับจำนวนครั้งของการมาที่ผู้ป่วยมีค่า INR in target ณ ช่วงเวลาที่กำหนด ตัวอย่างการคำนวณ เช่น มีคลินิก จำนวน 200 คน อยากรู้ว่าค่าเฉลี่ยการมีระดับ INR เข้าเป้าหมายในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเป็น เท่าไรให้คำนวณจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยแต่ละคนมีค่า INR in target ทหารด้วยจำนวนครั้งที่วัดใน ช่วงเวลานั้นแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย

(1.3) The Point-in-time or Cross-section of Records Methodology คือ นับจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า INR in Target ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง การประเมินอัตราการเข้าเป้าหมาย ด้วยวิธีนี้สามารถทำได้ง่าย แต่ยากที่จะบอกถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ตัวอย่างการคำนวณ เช่น โรงพยาบาล ก มีผู้ป่วยโรคคลินิก จำนวน 200 คน อยากรู้ว่ามีค่า INR เข้าเป้าหมายในขณะนี้เท่ากับเท่าไร (ใช้ INR ล่าสุดของทุกคน) ถ้าจากผู้ป่วยทั้งหมด 200 คน เข้าเป้าหมาย 100 คน ดังนั้น Percent INR in Target = ร้อยละ 50

ตาราง 1 ข้อดี และข้อเสียของวิธีการประเมินการมีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายในแบบต่างๆ

วิธีการคำนวณ	คำนิยาม	ข้อดี	ข้อเสีย
Rosendaal's Linear Interpolation	วิธีนี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่า การเคลื่อนที่ของ INR เป็นเส้นตรง ดังนั้น หากทราบเวลาระหว่าง INR ของจุด 2 จุดก็สามารถคำนวณหาค่า INR ในแต่ละวันได้	เป็นวิธีที่ทำให้ได้เวลาเพื่อใช้ในการคำนวณหาอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นจำนวนครั้งต่อเวลาที่ค่า INR หนึ่งๆ ได้	1. ระยะเวลาระหว่างค่า INR แต่ละค่าที่ห่างกันเกิน 8 สัปดาห์ไม่สามารถนำมาคิดได้ 2. การคำนวณยากกว่าวิธีอื่น 3. ค่า INR ที่ออกนอกเป้าไปมากๆ อาจมีผลกระทบต่อความแม่นยำของการคำนวณ
ร้อยละของ INR ที่อยู่ในเป้าหมาย	วิธีนี้เป็นการคิดสัดส่วนของค่า INR ที่อยู่ในเป้าหมายของผู้ป่วยทุกคนหารด้วยค่า INR ทั้งหมดที่มี	1. คำนวณได้ง่าย 2. ค่า INR ที่ออกนอกเป้าไปมากๆ ไม่ส่งผลกระทบต่อ การคำนวณ 3. ไม่ต้องใช้ค่า INR จำนวนมากในผู้ป่วยแต่ละราย	1. ความถี่ในการเจาะ INR อาจส่งผลกระทบต่อความแม่นยำของการคำนวณ 2. ไม่มีข้อมูลด้านเวลาว่า INR อยู่ในช่วงใดนานเท่าไร 3. ข้อมูลถูกรวมกันหมดไม่สามารถประเมินผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

ตาราง 1 (ต่อ)

วิธีการคำนวณ	คำนิยาม	ข้อดี	ข้อเสีย
Cross-section of Records	วิธีนี้เป็นวิธีการคิดสัดส่วนของค่า INR ที่อยู่ในเป้าหมาย ณ เวลาหนึ่ง หากด้วยค่า INR ทั้งหมดที่มีการตรวจในเวลาเดียวกัน	1. คำนวณได้ง่าย 2. ประเมินผู้ป่วยเป็นรายๆ 3. ค่า INR ที่ออกนอกเป้าไปมากๆ (Extreme INR) ไม่ส่งผลกระทบต่อผลการคำนวณ	1. ตั้งอยู่บนสมมุติฐานที่ว่าเวลาที่เลือกใช้จะให้ผลเหมือนกับเวลาอื่นๆ 2. ไม่มีข้อมูลด้านเวลากว่า INR อยู่ในช่วงใด นานเท่าไร 3. ไม่สามารถประเมินคุณภาพการรักษาในระยะยาวของผู้ป่วยแต่ละรายได้

ที่มา: : สุรกิจ นาทีสุวรรณ (2559)

(2) การประเมินความปลอดภัยในการใช้ยาตัวฟาริน (Achieving and Measuring of Safety) การจัดการระบบยาตัวฟารินที่ดีควบคู่กับการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วย ตามแนวทางการรักษารวมถึงทักษะประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงของยาตัวฟาริน ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากยา โดยที่ไม่พบภาวะแทรกซ้อน หรือพบภาวะแทรกซ้อนที่น้อยที่สุดจากยา ได้แก่ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาตัวฟารินลดลง

2.2.4 ภาวะแทรกซ้อนจากยาตัวฟาริน หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากยาตัวฟาริน แบ่งเป็น ภาวะการเกิดเลือดออก (Bleeding Complications) และภาวะการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (Thromboembolic Events) ควรมีการใช้ยาที่ตรงกัน หากต้องการการเปรียบเทียบ และต้องมีผลตรวจ Angiography หรือการผ่าตัด หรือการชันสูตรยืนยันว่าพบปัญหาของการเกิดลิ่มเลือดอุดตันจริง เกณฑ์ที่บ่งถึงคุณภาพสูงของการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (High-Quality Anticoagulation Management; HQACM) ระบุมาตรฐานที่บ่งถึงความปลอดภัยในผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟาริน ดังนี้

2.2.4.1 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการเกิดเลือดออกที่รุนแรงไม่เกิน 1-2% Per Patient-Year

2.2.4.2 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน ไม่เกิน 1-2% Per Patient-Year โดย Patient Year คำนวณจาก จำนวนผู้ป่วย คูณกับระยะเวลาของการติดตาม (Follow Up) ดังนั้น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็น % Per Patient-Year คำนวณจากจำนวนครั้งที่พบภาวะแทรกซ้อน (Event)หาร 100 Patient-Year ตัวอย่างผู้ป่วยทั้งหมดในโรงพยาบาล

250 ราย นัดติดตามทุก 6 เดือน (0.5 Year) คำนวณ Patient Year = $250 \times 0.25 = 125$ ช่วงเวลาที่ศึกษา พบภาวะแทรกซ้อนของการเกิดเลือดออกเท่ากับ 5 ครั้ง ดังนั้นอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการเกิดเลือดออก = $(5/125) \times 100 = 4\%$ Per Patient-Year

นอกจากนี้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟารินอาจคำนวณเป็นร้อยละของผู้ป่วยที่พบภาวะแทรกซ้อน จากจำนวนครั้งที่พบภาวะแทรกซ้อน $\times 100$ หาร จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ในผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน ควรน้อยกว่าร้อยละ 5

2.2 ความรู้เกี่ยวกับยารวาร์ฟาริน

การค้นพบ Warfarin เริ่มต้นเมื่อปี 1940 ที่อเมริกาเหนือ และแคนาดาพบว่าวัวที่สุขภาพแข็งแรงล้มตายจากเลือดออกภายในโดยไม่ทราบสาเหตุ ต่อมาภายหลังพบว่าเกิดจากการที่วัวบริโภคหญ้า Sweet Clover ที่ขึ้นรา โดยสาร Coumadin ที่อยู่ตามธรรมชาติจะถูก Oxidize เปลี่ยนเป็นสาร Dicoumarol ในหญ้าที่ขึ้นรา ในปี 1948 สารสังเคราะห์ของ Dicoumarol ได้นำมาใช้เป็นยาเบื่อหนูมีชื่อ เรียกว่า Warfarin ซึ่งชื่อนี้ตั้งตามผู้ถือสิทธิบัตร คือ Wisconsin Alumni Research Foundation (WAREF) หลังจากนั้นอีก 3 ปี มีนายทหารในประเทศสหรัฐอเมริกาพยายามจะฆ่าตัวตายโดยรับประทาน ยาเบื่อหนู แต่พบว่าไม่เสียชีวิต เหตุการณ์นี้ได้เป็นจุดเริ่มต้นของการค้นคว้า โดยมีการจดสิทธิบัตรใช้ในสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1952 ยารวาร์ฟารินจึงใช้มานานมากกว่า 50 ปี (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

2.2.1 กลไกการออกฤทธิ์ของยารวาร์ฟาริน ยารวาร์ฟาริน ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการสร้าง Vitamin K Dependent Clotting Factors ที่สำคัญ 4 ชนิดได้แก่ Factor II (Thrombin), Factor VII, Factor IX และ Factor X การออกฤทธิ์ดังกล่าวทำโดยการรบกวนการเติมหมู่ Carboxyl ไปในโครงสร้างของ Clotting Factors ซึ่งจำเป็นต่อการออกฤทธิ์ของ Clotting Factors เหล่านี้ กระบวนการเติมหมู่ carboxyl จำเป็นต้องอาศัยวิตามินเคเป็น Co - Factor ที่สำคัญ ยารวาร์ฟารินจะยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Vitamin K epoxide reductase complex 1 (VKORC1) ส่งผลรบกวน การทำงานของวิตามินเคในการเติมหมู่ Carboxyl เข้าไปในโครงสร้างของ Clotting Factors ทั้งสี่ชนิด และหลังจากที่ได้รับยารวาร์ฟารินแล้ว Clotting Factors ทั้งสี่ชนิดจะมีปริมาณลดลงร้อยละ 30-50 ส่วนที่สร้างได้มีฤทธิ์เพียงร้อยละ 10-40 และยังพบว่ายารวาร์ฟารินยังสามารถยับยั้งการสร้างสารต้านการแข็งตัวของเลือดตามธรรมชาติ ได้แก่ Protein C และ Protein S เหตุผลทำให้ยารวาร์ฟารินออกฤทธิ์ในการต้านการแข็งตัวของเลือดเข้าเป็นผล Clotting Factors ที่ถูกสร้างก่อนที่จะได้รับยารวาร์ฟารินยังทำงานอยู่จนกว่าจะถูกขจัดออกจากร่างกาย ตามค่าครึ่งชีวิตของ Clotting Factors โดยเฉพาะ Clotting

Factors ที่สำคัญได้แก่ Factor X และ Clotting Factors II ยาวนานมากถึง 40-50 ชั่วโมง มีผลในการต้านการแข็งตัวของเลือด ดังนั้นเมื่อเริ่มให้ยา หรือมีการปรับขนาดของยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ก่อนแล้ว จำเป็นต้องใช้เวลานานกว่า 7-10 วันจึงจะเห็นผลของยาได้อย่างเต็มที่และอยู่ที่ภาวะคงที่ (สุรกิจ นาทีสุวรรณ, 2559) เกล็ดขงลนศาสตร์วาร์ฟารินเป็นยาที่มีการดูดซึมได้รวดเร็วและสมบูรณ์ที่ทางเดินอาหารโดยอาหารไม่มีผลต่อปริมาณการดูดซึมยาเข้าสู่กระแสเลือด ในอาสาสมัครสุขภาพดีจะมีระดับยาในเลือดสูงสุดใน 90 นาที ยาวาร์ฟารินที่มีใช้ในทางคลินิกอยู่ในรูป Racemic Mixture มีค่าครึ่งชีวิต 36-42 ชั่วโมง (R-form 45 ชั่วโมง และ S – Form 29 ชั่วโมง) ในปริมาณเท่าๆ กัน และจับกับโปรตีนในเลือด ร้อยละ 99 การขจัดยาเกิดขึ้นที่ตับเป็นหลักโดย S – Form ถูกขจัดผ่าน Cytochrome P450 2C9 เป็นหลัก และ 3A4 เป็นรอง ส่วน R-form ขจัดผ่าน CYP 3A4 เป็นหลัก และ 1A2 เป็นรอง จึงอาจทำให้ยาวาร์ฟารินอาจเกิด อันตรกิริยากับยาที่มีการเปลี่ยนแปลงผ่านระบบเอนไซม์ดังกล่าว

2.2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาของยาวาร์ฟารินแบ่งเป็น 2 ปัจจัยคือ

2.2.2.1 ปัจจัยทางพันธุกรรมที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน คือ ความแปรผันทางพันธุกรรมของยีนที่สำคัญ 2 ชนิด ได้แก่ ยีนที่ควบคุมการทำงานของ CYP 2C9 ในการสร้างเอนไซม์ CYP 2C9 ที่มีบทบาทหลักในการทำลายยาวาร์ฟาริน ซึ่งเอนไซม์ที่สร้างขึ้นมานั้นจะมีสามารถในการทำงานที่แตกต่างของแต่ละบุคคล ยีนที่ควบคุมการสร้างเอนไซม์ Vitamin K Epoxide Reductase Complex 1 (VKORC 1) เป็นตำแหน่งในการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของยีนนี้ตั้งแต่กำเนิดจะมีภาวะเลือดออกผิดปกติ เนื่องจากมีปริมาณ Clotting Factors มาก

ตาราง 2 ช่วงค่าเป้าหมายตามเกณฑ์ The American College of Chest Physician

ข้อบ่งใช้	ช่วง INR ที่ต้องการ
1) ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ	2.00-3.00
2) การรักษาการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ	2.00-3.00
3) รักษาการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในปอด	2.00-3.00
4) ป้องกันและรักษาการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในร่างกายผู้ป่วยที่ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อ	2.00-3.00
6) หัวใจห้องบนเต้นแผ่วระรัว	2.00-3.00
7) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	2.00-3.00
8) ผู้ป่วยที่ใส่ลิ้นหัวใจเทียม	2.50-3.50

ที่มา: สุรกิจ นาทีสุวรรณ (2559)

2.2.2.2 ปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยา

1) อายุ ผู้ป่วยที่สูงอายุจะตอบสนองต่อยารวาร์ฟารินมากดั่งนั้นขนาดยาที่ใช้อาจน้อยกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวน้อยจะไวต่อยารวาร์ฟาริน ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการจะมีระดับอัลบูมินต่ำจะไวต่อยารวาร์ฟาริน

2) การเจ็บป่วย การมีประวัติเจ็บป่วยจากโรคและสภาวะร่างกายบางอย่างที่มีผลต่อการตอบสนองของยารวาร์ฟาริน เช่นผู้ป่วย Hypothyroidism ทำให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อยาน้อยลงจากการที่ร่างกายมี Metabolism Rate ที่ช้า ทำให้ค่าครึ่งชีวิตของ Clotting Factors ยาวขึ้น ผู้ป่วยโรคตับจะตอบสนองต่อยามากกว่าปกติเนื่องจากตับสร้าง Clotting Factors ได้น้อยลงกว่าปกติโรค และสภาวะที่พบบ่อยมีผลต่อการตอบสนองของยารวาร์ฟาริน ดังตาราง 3

3) การไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ (Non-Adherence) เช่น การลืมรับประทานยา การรับประทานยาผิดขนาดหรือผิดวิธี เป็นต้น ปัจจัยนี้เป็นปัญหาที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุที่ทำให้ผลการรักษาของยาไม่คงที่ในปี พ.ศ. 2550 Kommel SE. ได้ทำการศึกษาถึงอิทธิพลของการใช้ยาตามคำแนะนำต่อผลการต้านการแข็งตัวของเลือดจากการใช้ยารวาร์ฟารินพบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมีผลต่อการควบคุมฤทธิ์ต้านการแข็งตัวของเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 3 โรคและสภาวะที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองต่อยารวาร์ฟาริน

โรคหรือสภาวะอื่นๆ	ตอบสนองต่อยามากขึ้น	ตอบสนองต่อยาน้อยลง
Cancer	×	
Collagen vascular disease	×	
Diarrhea	×	
Fever	×	
Hyperthyroidism	×	
Hypothyroidism		×
Heart failure	×	
Hepatic disease	×	
Malnutrition	×	
Nephrotic syndrome		×
Steatorrhe	×	
High vitamin K intake		×
Vitamin K deficiency	×	

ที่มา: สุรกิจ นาทีสุวรรณ (2559)

4) พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งต่อการควบคุมระดับค่า INR ให้คงที่ โดยเฉพาะอาหารที่มีวิตามินเคซึ่งเกี่ยวข้องในกระบวนการแข็งตัวของเลือด โดยเป็น CoFactor ของ Vitamin K-dependent Clotting Factors ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน ควรควบคุมการบริโภคอาหารที่มีวิตามินเคเป็นส่วนประกอบในปริมาณใกล้เคียงกันทุกวัน อาหารที่เป็นแหล่งของวิตามินเค ผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟารินเป็นระยะเวลานานจะมีความไวเพิ่มขึ้นต่อการเปลี่ยนแปลงของ ระดับวิตามินเคจากอาหารที่ได้รับ ความต้องการวิตามินเค ในผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 19 ปีขึ้นไป จนถึงวัยสูงอายุ เพศชายต้องการวันละ 120 ไมโครกรัม ส่วนเพศหญิงต้องการวันละ 90 ไมโครกรัม ซึ่งปริมาณวิตามินเค มีอยู่ในอาหารที่รับประทาน การเปลี่ยนแปลงของระดับวิตามินเค สามารถเกิดได้ทั้ง ในคนปกติ หรือผู้ป่วยมักพบภาวะดังกล่าวในผู้ป่วยที่กำลังลดน้ำหนักซึ่งรับประทานพืชใบเขียวในปริมาณมาก และในผู้ป่วยที่ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำที่มีปริมาณวิตามินเคสูง นอกจากนี้ฤทธิ์ของยารวาร์ฟารินจะเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่รับประทานอาหารที่มีปริมาณวิตามินเคต่ำ อาหารที่เป็นแหล่งของวิตามินเค ได้แก่ ผักใบเขียว โดยเฉพาะผักที่มีสีเขียวเข้ม สำหรับผักพื้นบ้านไทยพบมากในตำลึง กวางตุ้ง ชะพลู กระถิน กระเฉด ผักบุ้ง ชะอม นอกจากนี้ยังพบปริมาณ วิตามินเคต่ำได้ในเนื้อสัตว์อย่างเนื้อหมู เนื้อวัว ตับวัว เนื้อไก่ เป็นต้น แม้ว่าผักพื้นบ้านไทยจะจัดว่ามีปริมาณ วิตามินเคไม่มาก แต่ถ้าผู้ป่วยบริโภคผักเหล่านั้นในจำนวนมากๆ อาจได้รับวิตามินเคในขนาดสูงซึ่งส่งผลต่อการออกฤทธิ์ของวาร์ฟารินได้

5) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Alcoholic Drink) ในปริมาณมากๆ ครั้งเดียว จะยับยั้งการเปลี่ยนสภาพของยารวาร์ฟารินทำให้เพิ่มฤทธิ์ในการต้านการแข็งตัวของเลือด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างสม่ำเสมอ เพิ่มการเปลี่ยนสภาพของยารวาร์ฟารินทำให้ลดฤทธิ์ในการต้านการแข็งตัวของเลือด จึงควรเพิ่มความระมัดระวังในการปรับขนาดยาของผู้ป่วยกลุ่มนี้

6) อันตรกิริยาระหว่างยารวาร์ฟารินกับยาอื่นที่เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงเภสัชพลศาสตร์ของยารวาร์ฟารินได้เนื่องจากยารวาร์ฟารินมีคุณสมบัติ 3 ประการที่ก่อให้เกิดอันตรกิริยากับยาอื่นๆ ได้แก่ การมีความสามารถในการจับกับโปรตีนในเลือดได้สูง การเมแทบอลิซึมของยาอาศัยเอนไซม์ Cytochrome P450 และมีช่วงของการรักษาค่อนข้างแคบ โดยอันตรกิริยาที่เกิดขึ้น อาจเกิดจากการยับยั้งการสังเคราะห์หรือเพิ่มการกำจัดของ Vitamin K-dependent Coagulation Factors และรบกวนกระบวนการต่างๆ ของระบบการห้ามเลือด

7) อันตรกิริยาระหว่างสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารกับยารวาร์ฟารินการใช้สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย เนื่องจากผู้ป่วยมักไม่ได้แจ้งให้แพทย์ทราบถึงการใช้ซึ่งอาจเกิดอันตรกิริยากับวาร์ฟารินได้ กลไกการเกิดอันตรกิริยาเหล่านี้ เกิดได้ในขั้นตอนทางเภสัชจลนศาสตร์ และพลศาสตร์เช่นเดียวกับยา โดยทั่วไปสมุนไพร มักมีส่วนประกอบของสารสำคัญหลายชนิด ก็อาจก่อให้เกิดผลแตกต่างกัน ทั้งนี้ก็ขึ้นกับขนาด ปริมาณที่ใช้ และระยะเวลาที่

รับประทานด้วยปัจจุบันยังมี ข้อจำกัดเรื่องการศึกษาอันตรกิริยาระหว่างสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารกับยารักษาโรค เช่น สมุนไพร เช่น กระเทียม ขิง โสม ใบแปะก๊วย (พบว่ามีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเกร็ดเลือด) อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของยาต้านการแข็งตัวของเลือดได้

2.2.3 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด แบ่งภาวะเลือดออกตามระดับความรุนแรงดังนี้

2.2.3.1 ภาวะเลือดออกที่ไม่รุนแรง (Minor Bleeding) พบได้บ่อยมากประมาณ ร้อยละ 15 ต่อปี จัดเป็นภาวะเลือดออกที่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษายาบาล ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล จ้ำเลือดบริเวณผิวหนัง เป็นต้น

2.2.3.2 ภาวะเลือดออกรุนแรง (Major Bleeding) มีอุบัติการณ์ตั้งแต่ ร้อยละ 1-10 ต่อปีจัดเป็น อาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรง ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือต้องมีการให้เลือดอย่างน้อย 2 ยูนิต ได้แก่ เลือดออกในทางเดินอาหาร (พบได้บ่อย) การพบเลือดในอุจจาระ ปัสสาวะเป็นเลือด ไอเป็นเลือด หรือมีเสมหะเป็นเลือด นอกจากนี้ ภาวะเลือดออกรุนแรงยังรวมถึงภาวะเลือดออกที่นำไปสู่ Cardiopulmonary Arrest การผ่าตัดหรืออาการเจ็บป่วยที่มีผลให้อวัยวะสูญเสียการทำงาน โดยไม่สามารถกลับคืนเหมือนเดิมได้ เช่น Myocardial Infarction Intracerebral Hemorrhage รวมทั้งภาวะเลือดออกใดๆ ที่มีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

2.2.4 การวัดผลการรักษาของยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ในประเทศไทยโดยทั่วไปใช้วิธีการตรวจวัดทางห้องปฏิบัติการเป็นหลัก ซึ่งกระทำได้เฉพาะในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ โดยวิธีการตรวจวัดดังกล่าวเป็นวิธีการมาตรฐานที่ดีที่สุด (Gold Standard) โดยใช้เครื่อง Automate ซึ่งมีราคาสูง และต้องใช้น้ำยาซึ่งมีอายุสั้น หลังจากเปิดใช้ร่วมในการทดสอบ ใช้เวลาในการรอผลการตรวจนาน อีกทั้งผู้ทำการตรวจวัดต้องมีความเชี่ยวชาญในการตรวจวัด ทำให้การตรวจวัดทางห้องปฏิบัติการไม่เหมาะสมที่จะกระทำในโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็ก มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจค่า INR น้อย ปัจจุบันการให้บริการตรวจวัดค่า INR ด้วยวิธีการทางห้องปฏิบัติการจึงมีเพียงในโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่และมีผู้ป่วยจำนวนมากเท่านั้น การตรวจติดตามผลการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดนั้นใช้การวัดค่า International Normalized Ratio (INR) โดยคำนวณได้จากค่าการเกาะเลือดของผู้ป่วยเพื่อหาระดับ Prothrombin Time (PT) แล้วนำมาเปรียบเทียบกับค่า PT ของ Thromboplastin ที่เป็นค่ามาตรฐาน ซึ่งจะช่วยให้ทราบอัตราส่วนระหว่างค่า PT ของผู้ป่วยต่อค่า PTมาตรฐาน อย่างไรก็ตามค่า INR ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันไปตามภาวะโรคที่ผู้ป่วยเป็นในการที่จะควบคุมค่า INR ให้อยู่ในช่วงที่เหมาะสม

การคำนวณหาตามสูตรหาค่า INR

$$\text{INR} = (\text{Patient PT} / \text{Mean Normal PT}) \text{ ISI}$$

INR หมายถึง International Normalized Ratio เป็นค่าที่ใช้เปรียบเทียบผลของยาตัวแปรต่อการแข็งตัวของเลือดจากค่า ProThrombin Time โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั่วโลก

Patient PT หมายถึง ค่า ProThrombin Time ของผู้ป่วยในหน่วยวินาที

Meannormal PT หมายถึง ค่า ProThrombin Time เฉลี่ยของพลาสมาควบคุม (คนปกติ) ในหน่วยวินาที

ISI หมายถึง International Sensitivity เป็นค่าของความไวการตอบสนองของ Thromboplastin ปัจจุบันบริษัทผู้ผลิต Thromboplastin จะทำการหาค่า ISI สำหรับ Thromboplastin ผลิตออกมาในแต่ละครั้ง

2.2.4.1 เครื่องตรวจวัดค่าการแข็งตัวของเลือด มี 2 ชนิด คือ

1) ในห้องปฏิบัติการนิยมใช้เครื่องวิเคราะห์การแข็งตัวของเลือดอัตโนมัติ (Automated Coagulometer) เนื่องจากมีความถูกต้องแม่นยำ มีระบบควบคุมคุณภาพ และระบบการจัดเก็บ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ สามารถทำการทดสอบได้รวดเร็ว นอกจากนี้ยังสามารถทำการทดสอบได้ครั้งละหลายการทดสอบ ในตัวอย่างส่งตรวจเดียวกัน ซึ่งมีหลายบริษัทที่ผลิตเครื่องวิเคราะห์การแข็งตัวของเลือดอัตโนมัติ และมีหลักการตรวจวัดที่แตกต่างกันออกไป รวมทั้งน้ำยาที่ผลิตออกมาเพื่อให้เหมาะสมกับการใช้งานเฉพาะกับเครื่องก็มีส่วนประกอบที่แตกต่างกันผลิตออกมาในแต่ละครั้ง ในการให้บริการตรวจค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) ของห้องชันสูตรโรงพยาบาลบุญชริก ได้ใช้เครื่องวิเคราะห์การแข็งตัวของเลือดอัตโนมัติ (Automated Coagulometer) คือ เครื่องตรวจอัตโนมัติ Automated Coagulation Analyzer (RAC-050) เช่นเดียวกับโรงพยาบาลสมเด็จพระราชเดชอุดม ส่วนโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ใช้เครื่องตรวจอัตโนมัติ Automated Coagulation Analyzer (CA-510& CA-520) โดยใช้หลักการทดสอบเช่นเดียวกันกับ เครื่องตรวจอัตโนมัติ Automated Coagulation Analyzer (RAC-050)

วิธีปฏิบัติงาน เรื่องการตรวจการตรวจวิเคราะห์กลไกการแข็งตัวของเลือดโดยใช้เครื่อง CoaguCheck XS (ฝ่ายเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลบุญชริก, 2559) การ Calibrate เครื่อง ทำโดยบริษัทผู้ผลิต และเก็บข้อมูลใน Microchip Code ทุกๆชุดการผลิตของแถบทดสอบแต่ละขวด วางเครื่องในแนวราบหรือถือไว้ในข้างที่ถนัด กดปุ่ม on/off เพื่อเปิดเครื่อง ตรวจสอบความถูกต้องของวันที่ และเวลา เมื่อหน้าจอแสดงสัญลักษณ์แถบทดสอบ หยิบแถบทดสอบออกจากขวดสอดแถบ

ทดสอบเข้าภายในตัวเครื่องตามแนวลูกศร หน้าจอจะปรากฏหมายเลขของ code chip ตรวจสอบหมายเลขให้ตรงกับหมายเลขข้างขวดแถบทดสอบ ยืนยันโดยกดปุ่ม M เครื่องจะทำการ Warm Up แถบทดสอบพร้อมแสดงเครื่องหมายนาฬิกาทรายบนหน้าจอเมื่อเครื่องพร้อมสำหรับการหยดเลือด จะปรากฏรูปหยดเลือด และทำการนับถอยหลัง 120 วินาที (ระหว่างนี้ถ้าไม่ทำการหยดเลือดที่แถบทดสอบเครื่องจะขึ้น Error) การเจาะเลือดจากหลอดเลือดฝอยปลายนิ้ว 1 หยดประมาณ 1 ไมโครลิตร โดยใช้เข็มเจาะอัตโนมัติ ให้หยดเลือดหยดแรกที่แถบทดสอบจนกระทั่งได้ยินเสียงสัญญาณ 1 ครั้ง จึงหยุดทำการหยดเลือดก่อนการทดสอบเครื่องจะทำการตรวจสอบคุณภาพของแถบทดสอบ (Quality Control) โดยอัตโนมัติ

2) เครื่อง Point-of-Care โรงพยาบาลชุมชนปัจจุบันมีเครื่อง Point-of-Care ซึ่งเป็นเครื่องตรวจวัดค่า INR ด้วยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้วด้วยชุดตรวจสำเร็จรูป เครื่อง POC นี้มีขนาดเล็ก ใช้งานง่ายกว่าการตรวจด้วยวิธีการตรวจวัดทางห้องปฏิบัติการซึ่ง ประกอบด้วยแถบตรวจซึ่งเคลือบน้ำยาที่ใช้ในการตรวจวัด และเครื่องตรวจวัดซึ่งมีขนาดเล็ก ใช้งานได้ง่ายกว่าวิธีทางห้องปฏิบัติการมาก ทำให้การตรวจวัดค่า INR เป็นไปได้โดยสะดวก สามารถกระทำได้ที่สถานพยาบาลที่มีขนาดเล็ก หรือแม้กระทั่งที่บ้านของผู้ป่วย หลักการของเครื่องตรวจใช้หลักการทางเคมี กระตุ้นกระบวนการการแข็งตัวของเลือด (Coagulation) โดยใช้ Human Recombinant Thromboplastin เป็นตัวกระตุ้น เมื่อเลือดแข็งตัวจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมี สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงนี้ได้เนื่องจากการแลกเปลี่ยน Electron เกิดขึ้น (Electrochemical) เวลาที่เลือดแข็งตัวตามกระบวนการดังกล่าวคือ ค่า PT ที่วัดได้ (ทัศนีย์ ยานัง และมณีมณฑล โคเบนทร์, 2555)

ผลการทดสอบจะแสดงในหน่วยที่เลือกไว้ จากการศึกษาของการเปรียบเทียบผลการตรวจวัด INR ระหว่างเครื่อง POC กับเครื่องตรวจวัดการแข็งตัวของเลือดแบบอัตโนมัติ พบเครื่อง Coagucheck@XS สามารถตรวจวัดค่า INR ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความน่าเชื่อถือและให้ค่า INR ที่ใกล้เคียงช่วงการรักษาที่ได้จากการตรวจวัดจากเครื่องที่ห้องปฏิบัติการ (ทัศนีย์ ยานัง และมณีมณฑล โคเบนทร์, 2555)

2.2.5 สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยได้แนะนำเกี่ยวกับการตรวจติดตามค่าความแข็งตัวของเลือด (INR monitoring) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) ไว้ดังนี้

2.2.5.1 ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจ INR หลังจากเริ่มกินยาได้ 2 หรือ 3 วัน

2.2.5.2 ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจ INR ซ้ำภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากมีการปรับขนาดยาทุกครั้ง

2.2.5.3 ผู้ป่วยที่ปรับได้ขนาดยาที่แน่นอนแล้ว และมีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายอย่างสม่ำเสมอ ควรได้รับการตรวจ INR อย่างน้อยทุก 4 สัปดาห์

2.2.5.4 ผู้ป่วยที่มีค่า INR ไม่คงที่อยู่เป็นประจำ ควรได้รับการตรวจ INR อย่างน้อยทุก 2 สัปดาห์

2.2.6 หลักการให้ยา วาร์ฟาริน

2.2.6.1 กรณีที่เป็นการรักษาภาวะไม่เรื้อรัง (เช่น Chronic Stable AF) เริ่มขนาด 3 มิลลิกรัม/ วัน ซึ่งจะได้อผลการรักษาใน 5-7 วัน หรือให้ในขนาดต่ำกว่านี้หรือให้ในขนาดต่ำกว่านี้

2.2.6.2 กรณีการรักษาที่ต้องการให้ผลเร็วให้ Heparin ตามข้อบ่งชี้อื่นๆ และให้ยา วาร์ฟารินรับประทาน 3 มิลลิกรัม และหยุด Heparin หลังจากที่ INR อยู่ในช่วงของการรักษาในระยะ 2 วันติดกัน

2.2.6.3 อาจต้องเจาะ ProThrombinTime (PT) ทุกวัน (วันละครึ่ง) จนกว่า INR จะอยู่ในช่วงของการรักษาหลังจากนั้นเจาะสัปดาห์ละ 3 ครั้ง อีก 1-2 สัปดาห์ หลังจากนั้นเจาะเป็นระยะห่างออกไปขึ้นกับผล INR วาดังที่หรือไมหากคงที่อาจเจาะทุก 4 สัปดาห์ และเมื่อมีการปรับแต่ละครั้ง จะเจาะบ่อยครั้งตั้งแนวทางข้างต้น ส่วนใหญ่หลังจากปรับระดับยาได้คงที่แล้ว จะไม่ต้องปรับขนาดยาใหม่ยกเว้นบางกรณีที่มีผลรบกวนทำให้ค่า INR แกว่งขึ้นลง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของลักษณะอาหาร การใช้ยาบางชนิดร่วมด้วย การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ต้มแอลกอฮอล์ การเจ็บป่วย หรือการเปลี่ยนแปลงชนิดของ Thromboplastin ที่ใช้ทดสอบ

2.2.6.4 การปรับขนาดวาร์ฟาริน ควรปรับขนาดขึ้นหรือลงครั้งละ 5 - 20% โดย คำนวณเป็นขนาดรวมที่ได้ต่อสัปดาห์ ดังแนวทางการปรับขนาดยาเพื่อให้ได้ INR เป้าหมาย

2.2.6.5 ผู้ป่วยที่มีค่า INR ต่ำกว่า 1.50 ให้ปรับเพิ่มขนาด INR ขึ้น 10-20% ของขนาดต่อสัปดาห์เดิม

2.2.6.6 หลีกเลี่ยงการใช้วิตามินเค ชนิดรับประทานหรือทางหลอดเลือดดำในขนาดสูงในการแก้อาหาร INR สูง โดยที่ไม่มีภาวะเลือดออกรุนแรง (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ใส่ลิ้นหัวใจเทียม) เนื่องจากอาจทำให้เกิด INR ต่ำมากและเกิดภาวะ Warfarin Resistance ต่อเนื่องไปเป็นสัปดาห์หรือนานกว่านั้นได้ นอกจากนี้การใช้ วิตามินเคทางหลอดเลือดดำยังเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ anaphylaxis

2.2.6.7 ในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกรุนแรง และมีค่า INR สูงกว่าช่วงรักษาให้แก้ไข โดยใช้ Vitamin K1 10 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำอย่างช้า ๆ และให้ Fresh Frozen Plasma หรือ Pro Thrombin Complex Concentrate หรือ Recombinant Factor VIIa ทั้งนี้ขึ้นกับความรุนแรงและความเร่งด่วนของสถานการณ์ อาจพิจารณาให้ Vitamin K1 รับประทานได้ทุก 12 ชั่วโมง

2.2.6.8 ในผู้ป่วยที่มีค่า INR สูงปานกลาง ที่ต้องการแก้ไขด้วย Vitamin K1 แนะนำให้บริหารยาโดยใช้วิธีการรับประทานไม่แนะนำให้ใช้วิธีการฉีดยาใต้ผิวหนัง

2.2.6.9 ผู้ป่วยที่มีค่า INR 1.50-1.90 ให้ปรับขนาด Warfarin เพิ่มขึ้น 5-10% ของขนาดต่อสัปดาห์ หรืออาจไม่ปรับยา แต่ใช้วิธีติดตามค่า INR บ่อยขึ้นเพื่อดูแนวโน้ม

2.2.6.10 ผู้ป่วยที่มีค่า INR ต่ำกว่าช่วงรักษาและกำลังได้รับการปรับยาควรตรวจค่า INR บ่อย ๆ อย่างน้อยทุก 2 สัปดาห์ ในช่วงปรับยาจนกว่าได้ค่า INR ที่ต้องการ ความถี่บ่อยขึ้นกับความเสี่ยงต่อการเกิด Thromboembolic ของผู้ป่วย

2.2.6.11 ในกรณีที่มีค่า INR อยู่นอกช่วงไม่มาก (1.50 - 2.00 หรือ 3.00 - 4.00) และไม่มีสาเหตุที่ชัดเจน อาจยังไม่ปรับขนาดยา แต่ใช้วิธีติดตามค่า INR บ่อย ๆ เพื่อดูแนวโน้มว่าจะกลับเข้าสู่ระดับช่วงรักษาหรือไม่ การรอโดยไม่แก้ไขนี้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อเลือดออกแล Thromboembolism ไม่สูง

2.2.6.12 ผู้ป่วยที่มีค่า INR เกินช่วงรักษาแต่ไม่เกิน 5.00 และไม่มีภาวะเลือดออกให้หยุดรับประทานยา 1 วัน และติดตามค่า INR จนเข้าสู่ช่วงรักษาและเริ่มใหม่ที่ขนาดต่ำลง (ลดลง 10% ของขนาดต่อสัปดาห์เดิม)

2.2.6.13 ผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ระหว่าง 5.00 ถึง 9.00 แต่ไม่มีภาวะเลือดออกให้หยุดรับประทานวาร์ฟาริน 2 วัน และติดตามค่า INR อย่างใกล้ชิดจนเข้าสู่ช่วงรักษา และเริ่มใหม่ที่ขนาดต่ำลง (ลดลง ประมาณ 20% ของขนาดต่อสัปดาห์เดิม) หากผู้ป่วยมีปัจจัยที่ส่งเสริมที่ทำให้เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายอาจพิจารณาให้ Vitamin K1 1-2.5 มิลลิกรัม และหากผู้ป่วยมีความแรงดาวน์ที่ตึงแก้ไขค่า INR เช่นต้องได้รับการผ่าตัด พิจารณาให้ Vitamin K1 2.5-5 มิลลิกรัม เพื่อหวังให้ INR กลับมาในช่วง รักษาใน 24 ชั่วโมง

2.2.6.14 ผู้ป่วยที่มีค่า INR มากกว่า 9.00 แต่ไม่มีภาวะเลือดออกให้หยุดยาวาร์ฟาริน และให้ Vitamin K1 ขนาด 2.5 - 5 มิลลิกรัม ชนิดรับประทาน และติดตามค่า INR อย่างใกล้ชิด โดยคาดว่าจะกลับมาอยู่ในช่วงรักษาใน 24-48 ชั่วโมง แต่หากค่า INR ยังสูงอยู่ อาจให้ Vitamin K1 ขนาด 1-2 มิลลิกรัม ชนิดรับประทานอีกครั้ง

2.2.6.15 ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกที่รุนแรง และค่า INR เท่าไหร่ก็ตาม ให้ Vitamin K1 ขนาด 10 mg ร่วมกับ Fresh Frozen Plasma และสามารถให้ Vitamin K1 ได้ทุก 12 ชั่วโมงตามความจำเป็น

2.3 การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรค

2.3.1 ระบบการจัดการยารักษาโรคในโรงพยาบาล มุ่งเน้นการดำเนินการในลักษณะสหวิชาชีพให้เกิดความเชื่อมโยงของการดำเนินการ ครอบคลุมกระบวนการจัดการทางยา ที่เกี่ยวข้อง กับยารักษาโรค แบ่งตามกรอบของระบบยา เพื่อให้สามารถนำมาประเมินตนเอง และนำไปใช้เป็น แนวทางในการพัฒนาโดยสามารถใช้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มดำเนินการ จนกระทั่งครอบคลุมทั้งระบบ โดย มุ่งหวังให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยารักษาโรคซึ่งโรงพยาบาลสามารถที่จะนำไปใช้เป็น แนวทางใน การพัฒนางาน ตามแนวในการจัดการยารักษาโรสดังตาราง 4 โดยสามารถใช้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่ม ดำเนินการจนกระทั่งครอบคลุมทั้งระบบ ทั้งนี้ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง โดยมุ่งหวังให้เกิดความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น

2.3.2 แนวทางการบริหารทางเภสัชกรรม (คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขา หัวใจ, สำนักงานบริหารการสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) การบริหาร จัดการคลินิกยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยเภสัชกร แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพสูงสุด จากการใช้ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยารักษาโรค) สามารถลดการเกิดความพิการ การนอนโรงพยาบาล จาก ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ทั้งจากการเกิดเลือดออกผิดปกติ และการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน กิจกรรม ของเภสัชกร มีความหลากหลายของกิจกรรม ได้แก่ การให้ความรู้ผู้ป่วย การทบทวนประวัติการใช้ยา ของผู้ป่วย การให้คำแนะนำกับแพทย์ในการปรับขนาดยา และการรายงานปัญหาเกี่ยวเนื่องจากการ ใช้ยา เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และจากมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล ได้มี การกำหนดมาตรฐานของเภสัชกร ในมาตรฐานที่ 2 เกี่ยวกับให้บริการเภสัชสนเทศ และการให้ การศึกษาด้านยา (Drug Information and Education) เภสัชกรควรมีส่วนร่วมในกิจกรรมการให้ การศึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยในเชิงรุก เพื่อให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เพียงพอ โดยควร ดำเนินการในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ (มนชยา ศิริอังคาวุธ, 2559)

ตาราง 4 แนวทางในการจัดการยารวาร์ฟาริน

ขั้นตอน/ วัตถุประสงค์	แนวทางการจัดการ
<p>ขั้นตอนการคัดเลือก/ การจัดหา</p> <p>- เพื่อให้ได้ยาที่มีความแรงของยาที่เหมาะสมตามความต้องการของ PCT</p> <p>- เพื่อให้ได้ยาที่มีคุณภาพ</p> <p>- เพื่อลดความเสี่ยงจากรูปแบบของยา</p>	<p>1) คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น PCT อายุรกรรม มีส่วนในการกำหนดขนาดยา ความแรงที่ควรมีในบัญชียาโรงพยาบาล</p> <p>2) หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนบริษัทในแต่ละปี หาไม่มีข้อมูลหรือความเสี่ยงอื่นๆ หากจำเป็นสี่ของเม็ดยาควรเหมือนกับของเดิม และเม็ดยาต้องมีขีดแบ่งให้ง่ายต่อการหักแบ่ง (หรือมีลักษณะที่ชัดเจนในการจำแนก เช่น ตัวเลขแสดงจำนวนมิลลิกรัมบนเม็ดยา)</p> <p>3) มีนโยบายในการจัดการกับยารวาร์ฟาริน ที่ผู้ป่วยและญาตินำติดตัวมาอย่างปลอดภัย เช่น การเก็บยารวาร์ฟารินคืนจากผู้ป่วย กรณีเปลี่ยนความแรง หรือผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล เพื่อไม่ให้มีการนำยามาใช้ซ้ำซ้อน</p>
<p>ขั้นตอนการเก็บรักษา</p> <p>- เพื่อคงคุณภาพยาทั้งระบบ</p> <p>เพื่อลดความเสี่ยงหรือความคลาดเคลื่อนจากการจัดยา</p>	<p>1) คลังยามีการจัดเก็บตามหลักวิชาการ เช่น ยาที่หมดอายุก่อน-ใช้ก่อนอุณหภูมิที่เหมาะสมในการเก็บรักษา</p> <p>2) หน่วยบริการมีการดำเนินการ เพื่อลดความเสี่ยงในการจัดยาที่มีความแรงหลากหลาย เช่น การใช้สีระบุความรุนแรง การวางแยกจากกัน</p> <p>3) ไม่ควรมีการจัดเก็บ และจ่ายยารวาร์ฟารินในหน่วยจ่ายย่อยและหอผู้ป่วย แต่ควรมีการกำหนดวิธีปฏิบัติหากมีความเร่งด่วนหรือจำเป็นต้องใช้ยา</p>
<p>ขั้นตอนการสั่งยาและการถ่ายทอดคำสั่ง</p> <p>- เพื่อความชัดเจนในการสื่อสารและความปลอดภัยของผู้ป่วย</p> <p>- เพื่อลดความแตกต่างในการสั่งใช้ยาหรือการปรับขนาดยา</p>	<p>1) ควรมีระบบการบ่งชี้ผู้ป่วยเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยใช้ยารวาร์ฟารินอยู่ เพื่อนำให้แพทย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องระวังในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น มีปก OPD Card ที่แตกต่างจากผู้ป่วยรายอื่น หรือกรณีแพทย์สั่งจ่ายยาทางคอมพิวเตอร์ควรมีระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ</p> <p>2) หลีกเลี่ยงการสั่งยาโดยวาจา แพทย์ควรเขียนคำสั่งใช้ยาด้วยตนเองเพื่อลดการคัดลอกคำสั่งโดยบุคลากรทางการแพทย์</p>

ตาราง 4 (ต่อ)

ขั้นตอน/ วัตถุประสงค์	แนวทางการจัดการ
<p>ขั้นตอนการเตรียมและการกระจายยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อช่วยทวนสอบความถูกต้องของการสั่งใช้ - เพื่อป้องกันปัญหาอันเนื่องจากการรักษาด้วยยา 	<ol style="list-style-type: none"> 3) การส่งจ่ายยาควรระบุชื่อยา ความแรง วิธีการใช้ยา และจำนวนยาซึ่งสอดคล้องกับวันที่นัดหมายครั้งต่อไปให้ชัดเจน หลีกเลี่ยงการใช้อักษรย่อ 4) PCT กำหนดมาตรฐาน หรือแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องตั้งแต่การสั่งใช้ การจ่าย การบริหาร การติดตาม 1) เกสซ์ต้องเป็นผู้เห็นและทบทวนคำสั่งใช้ยา 2) ระบบการทบทวนประวัติใช้ยาและค่า INR เพื่อตรวจสอบสอดคล้องของแผนการรักษาก่อนจ่ายยาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 3) ขั้นตอนของการจำหน่ายผู้ป่วย ควรมีกระบวนการทบทวนคำสั่งใช้ยาควบคู่กับกระบวนการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน (Discharge Counselling) 4) มีการตรวจสอบคู่ยาที่อาจเกิดอันตรกิริยากับยารพาริน (Drug Interaction) โดยเฉพาะคู่ยาที่เป็นข้อห้ามใช้ หรือคู่ยาที่มียาอื่นให้เลือกใช้แทนได้ 5) จัดทำฉลากยาให้ชัดเจน เข้าใจง่าย และมีรายละเอียดที่จำเป็นอย่างน้อย ดังนี้ ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความแรง ขนาดยาที่ให้ และคำแนะนำหากเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากยารพาริน 6) กรณีมีการปรับเปลี่ยนขนาดยาหรือหยุดยา ควรมีระบบป้องกันปัญหาจากการได้รับยาซ้ำซ้อนหรือยาที่ไม่สมควรได้รับ เช่น การเก็บยาเดิมคืนจากผู้ป่วย การนำยาคืนจากหอผู้ป่วย 7) แนวทางการให้คำปรึกษา หรือการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับยารพาริน

ตาราง 4 (ต่อ)

ขั้นตอน/ วัตถุประสงค์	แนวทางการจัดการ
<p>ขั้นตอนการบริหารยา</p> <p>-เพื่อช่วยทบทวนความถูกต้องของการสั่งใช้ที่เป็นไปตามข้อกำหนดร่วมกัน</p> <p>-เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) มีการทบทวนความถูกต้องตามกระบวนการ 5 R 2) ควรมีกระบวนการแจ้งแพทย์หรือเภสัชกร หากผู้ป่วยมียาเดิมหรือยาติดตัวมา เนื่องจากยามีความเสี่ยงสูงและดัชนีการรักษาแคบรวมทั้งมีโอกาสเกิดอันตรกริยากับยาที่ใช้ในการรักษาทั่วไป เช่น ยากลุ่ม NSAIDs ซึ่งอาจเกิดอันตราย หากผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อน หรือคลาดเคลื่อน 3) ไม่มีการบริหารยารักษาด้วยที่เภสัชกรยังไม่ได้รับคำสั่ง หลีกเลี่ยงการหยิบยืมจากยาที่เหลือ หรือยาของผู้ป่วยรายอื่น 4) กรณีพบว่าผู้ป่วยอาการบ่งบอกถึงภาวะเลือดออก หรือ ค่า INR มากกว่า 6 พยาบาลผู้ให้ยาควรแจ้งแพทย์ผู้ทำการรักษาทันที 5) ควรหลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ หากจำเป็นให้ฉีดอย่างระมัดระวังและเฝ้าระวังภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง
<p>ขั้นตอนการเฝ้าระวังและการติดตามผล</p> <p>-เพื่อให้มีระบบการเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยา</p> <p>-เพื่อให้มีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต้องได้รับการติดตามค่า INR ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล 2) ระหว่างการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ควรมีระบบการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยาโดยพยาบาล เช่น <ul style="list-style-type: none"> - มีการใช้แบบบันทึกติดตามการใช้ยารักษา (Warfarin Monitoring Sheet) ร่วมกับบันทึกทางการพยาบาล - เภสัชกรควรมีการติดตามผลการใช้ยา ค่า INR และเฝ้าระวังปัญหาอันเนื่องมาจากยา หากพบปัญหาความไม่สอดคล้องของการสั่งจ่ายยา ให้แจ้งแพทย์ทันที 3) มีการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาที่มีความเชื่อมโยงทั้งระบบ

ตาราง 4 (ต่อ)

ขั้นตอน/ วัตถุประสงค์	แนวทางการจัดการ
	<p>4) มีการให้คำแนะนำหรือเอกสารในการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และข้อควรปฏิบัติหากพบอาการข้างเคียงดังกล่าว กรณีผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยกลับบ้านที่เริ่มใช้ยาแอสไพริน ต้องได้รับคำแนะนำและคู่มือในการดูแลตนเองระหว่างใช้ยาโดยละเอียดจากเภสัชกร</p> <p>5) มีการติดตาม วิเคราะห์ และแก้ไขปัญหา จากการใช้ยาแอสไพริน ที่พบอย่างเป็นระบบ</p> <p>6) มีกระบวนการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับระบบ และกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาล</p> <p>7) ควรมีระบบในการประเมินคุณสมบัติของสาร Thromboplastin ในกระบวนการตรวจค่า INR เพื่อให้ได้ค่าที่ถูกต้องน่าเชื่อถือ</p>

ที่มา: ภูษวิญญ์ อรุณมานะกุล และสุรภิกษา นาทิสวรรณ (2559)

สิ่งที่ควรคำนึงถึงของการให้คำแนะนำและ/หรือการให้คำปรึกษา

1) ผู้ให้คำแนะนำและ/หรือการให้คำปรึกษาควรมีความรู้และทักษะการให้คำแนะนำและ/หรือการให้คำปรึกษา

2) สิ่งแวดล้อมของสถานที่ให้คำแนะนำและ/หรือการให้คำปรึกษา

3) ผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล

4) กระบวนการหรือขั้นตอนของการให้ความรู้และ/หรือคำแนะนำปรึกษา

2.3.2.1 รูปแบบการให้บริการบริหาร สามารถให้แบบเฉพาะราย และแบบกลุ่ม ซึ่งรวมถึงครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยโดยรูปแบบการให้บริการอาจจะเป็น ผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยในก็ได้ อาจให้คำแนะนำและ/หรือปรึกษาในระหว่างการจ่ายยา หรืออาจเป็นคลินิกเฉพาะก็ได้ขึ้นกับความเหมาะสมและสถานการณ์จำแนกตามขั้นตอนของระบบบริการเช่น ให้การบริหารทางเภสัชกรรมก่อน หรือหลังที่ผู้ป่วยพบแพทย์ หรือมีการจัดแยกหน่วยให้การดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน (Warfarin Clinic) กรณีผู้ป่วยใน เภสัชกรสามารถให้การบริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยทุกรายที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีความสำคัญเฉพาะเช่น ผู้ป่วยรายใหม่หรือเฉพาะผู้ป่วยที่จำหน่ายออก

2.3.2.2 ระดับของการบริหารทางเภสัชกรรม สามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 การให้ความรู้ ระดับที่ 2 การทบทวนประเมินผู้ป่วย และคำสั่งการใช้ยาซึ่งระดับที่ 1 และ 2 ถือว่าเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการจัดการ ส่วนระดับที่ 3 ได้แก่การเฝ้าระวัง และติดตามค่า INR ควรประเมินทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาโรงพยาบาล การที่แต่ละโรงพยาบาลจะดำเนินการ จัดตั้งระบบในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดในลักษณะไหน ควรพิจารณาจากข้อมูลพื้นฐานที่ชี้ให้เห็นถึงปัญหาทางคลินิกของผู้ป่วย โดยการวิเคราะห์ข้อมูลและตอบคำถามต่างๆ ดังนี้

- 1) จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีมากจนอาจเป็นปัญหาในการติดตามจากแพทย์หรือไม่
- 2) ช่วงระยะเวลาของการนัดตรวจรักษาของแพทย์แต่ละครั้งห่างเกินไปหรือไม่
- 3) ภาวะแทรกซ้อนจากยาต้านการแข็งตัวของเลือดเป็นปัญหาที่พบบ่อยหรือร้ายแรงหรือไม่
- 4) อัตราการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรงจากการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีสูงหรือไม่
- 5) ความผิดพลาดจากการสั่งใช้ยาและการจ่ายยา เป็นปัญหาหรือไม่ หากสามารถชี้ให้เห็นประเด็นปัญหาดังกล่าวได้ก็จะช่วยในการตัดสินใจว่าควรจัดตั้งระบบในการดูแลผู้ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างไร หรือควรแก้ไขระบบบริการในเรื่องการให้คำแนะนำเรื่องยา หรือแก้ไขกระบวนการจ่ายยาหรือไม่อย่างไร

2.3.2.2 ขั้นตอนในการบริหารทางเภสัชกรรม

- 1) การให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยการให้ความรู้
 - (1) คำแนะนำเกี่ยวกับยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีหลายหัวข้อที่จะต้องให้ความรู้คำแนะนำกับผู้ป่วย ความรู้ที่ต้องให้กับผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดตาม Consensus Guidelines for Coordinated out Patient Oral Anticoagulation Therapy Management ประกอบด้วย
 - (1.1) เหตุผลของการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด
 - (1.2) บอกรายชื่อยา (ชื่อการค้าหรือชื่อสามัญทางยา) จำแนกความแตกต่างของยาทั้งสีและขนาดความแรง
 - (1.3) อธิบายกลไกการออกฤทธิ์ของยา
 - (1.4) อธิบายอาการหรืออาการแสดงของขนาดยาที่มากหรือน้อยเกินไป
 - (1.5) อธิบายความสำคัญของการเจาะเลือดที่มีผลกับการรักษา
 - (1.6) อธิบายความสำคัญของการใช้ยาตามแพทย์สั่ง การติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด การมาพบแพทย์ตรงตามนัด

(1.7) อธิบายอาการหรืออาการแสดงของเลือดออกผิดปกติที่อาจเกิดระหว่างใช้ยา และวิธีป้องกัน หรือหลีกเลี่ยงกิจกรรมอันอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงของเลือดออกผิดปกติวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดเลือดออกผิดปกติต่างๆ

(1.8) อธิบายถึงข้อควรระวังและความจำเป็นในการหลีกเลี่ยงรับประทาน อาหาร การใช้ยา และแอลกอฮอล์ซึ่งอาจส่งผลต่อการรักษา

(1.9) บอกแพทย์ตามความเป็นจริงทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการใช้ชีวิต การรับประทาน อาหาร การดื่มแอลกอฮอล์ หรือการเปลี่ยนแปลงของโรค

(1.10) อธิบายความสำคัญของการรายงานแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ ทุกครั้ง เมื่อได้รับการรักษาอื่นๆ นอกเหนือจากการรักษาปกติ เช่น การพบทันตแพทย์ การผ่าตัด หรือ การนอนโรงพยาบาล

(1.11) สำหรับผู้หญิง อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสำคัญของการใช้ยา Warfarinกับการตั้งครรภ์ และควรปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับการวางแผนการมีบุตร

(2) ความรู้เรื่องอาหารเสริมที่ควรระวัง ข้อมูลอาหารเสริมที่ควรระวัง อาหารเสริมที่รบกวนการทำงานของเกร็ดเลือด Vitamin E Fish Oil เพิ่มฤทธิ์ยารวาร์ฟาริน ได้แก่ แปะก๊วย (Ginkgo Biloba) ต้านฤทธิ์ยารวาร์ฟาริน ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ที่มีวิตามินเค - Glakay® ยา หรือผลิตภัณฑ์ ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ASA (ห้ามใจ บुरา บวดหาย) ยาNSAIDs COX-2 Inhibitor Steroid รวมถึงยา ลูกกลอน ยาสมุนไพร (Herbal) แปะก๊วย (Ginkgo Biloba) และโสม (Ginseng) ผักสกัดอัดเม็ด คลอโรฟิลล์อัดเม็ด อัลฟาฟ่า ชาเขียว น้ำมันปลา วิตามินอี วิตามินเคในขนาดสูง โคเอนไซม์คิวเทน

(3) ข้อควรปฏิบัติของผู้ป่วยที่รับประทานยารวาร์ฟาริน

(3.1) หลีกเลี่ยงการเล่นกีฬาที่มีการกระทบกระแทก

(3.2) สวมถุงมือหากต้องใช้อุปกรณ์มีคม

(3.3) ลด ละ เลิก การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

(3.4) ระมัดระวังการลื่นล้ม โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ

(3.5) สวมหมวกกันน็อคทุกครั้งที่ใช้ขี่รถจักรยานยนต์

(3.6) หลีกเลี่ยงการนวดที่รุนแรง

(3.7) หลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ

(3.8) แจ้งแพทย์หรือทันตแพทย์ทุกครั้งว่ารับประทานยารวาร์ฟาริน

(3.9) การรับประทานอาหารควรรับประทานให้ครบ 5 หมู่ และควบคุมปริมาณอาหารชนิดพืชผักใบเขียวที่รับประทานให้สม่ำเสมอ

(3.10) หลีกเลี่ยงการใช้สมุนไพร อาหารเสริม แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่

(3.11) การเก็บรักษา ยา เก็บให้พ้นแสง ห่างไกลมือเด็ก

(3.12) ผู้หญิงที่ต้องการตั้งครรภ์ต้องปรึกษาแพทย์ ก่อนการตั้งครรภ์เพราะยา มีผลต่อการสร้างอวัยวะเด็กในอายุครรภ์ช่วง 3 เดือนแรก

(4) การปฏิบัติตัวเมื่อลืมนับประทานยา ผู้ป่วยควรรับประทานยาตามเวลาที่ แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด โดยรับประทานยาเวลาเดียวกันทุกวัน เพื่อให้ยาออกฤทธิ์คงที่ กรณีที่ลืมนิน ยาให้ปฏิบัติ ดังนี้

(4.1) กรณีลืมนับประทานยาไม่เกิน 12 ชั่วโมง ให้รับประทานยาทันที

(4.2) กรณีลืมนับประทานยาเกิน 12 ชั่วโมง ให้ข้ามยามื้อนั้นไป และรับประทาน ยาต่อไปในขนาดเท่าเดิม โดยไม่ต้องเพิ่มขนาดยา

(4.3) กรณีผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาไม่ว่าจากสาเหตุใด เช่น ลืมกินยา หรือยา หมดก่อนนัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใน 7 วันก่อนมาโรงพยาบาลต้องแจ้งให้แพทย์ทราบ เพราะมีผล ต่อการปรับขนาดยาของแพทย์

2) การทบทวนประเมินผู้ป่วยและคำสั่งการใช้ยาก่อนส่งมอบยาให้กับผู้ป่วย หรือ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย เภสัชกรควรมีบทบาทในการประเมินผู้ป่วย และคำสั่งใช้ยาเพื่อลดความ เสี่ยงทั้งจากกระบวนการส่งจ่ายยา กระบวนการจ่ายยารวมถึง ปัจจัยด้านความร่วมมือในการใช้ยาของ ผู้ป่วย (compliance) โดยสิ่งที่ควรได้รับการประเมินหรือทบทวน ได้แก่

(1) การทบทวนประวัติผู้ป่วย และประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย

(2) การประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย

(3) การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย (Compliance With Recommended dose)

(4) การทบทวน และประเมินความสอดคล้องของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (INR) กับขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับ

(5) การประเมินปัจจัยร่วมที่อาจมีผลต่อค่า INR ได้แก่ อันตรกิริยาระหว่างยา อาหารภาวะโรคร่วมอื่นๆ รวมถึงกระบวนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(6) การประเมินปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

(7) การประเมินอาการข้างเคียงจากยา

3) การเฝ้าระวังและการติดตามค่า INR กรณีที่มีการปรับขนาดยาหรือผู้ป่วยมีภาวะ เสี่ยงที่ควรได้รับการติดตามค่า INR เภสัชกรควรมีบทบาทในการประสานงานกับแพทย์ผู้รักษาหรือ มีบทบาทในการนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามค่า INR โดยในขั้นตอนของการบริหารทางเภสัชกรรม เภสัชกร ควรทำการทบทวนประเมินดังต่อไปนี้

(1) ประเมินการปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาวาร์ฟารินที่สูงหรือเนื่องจากช่วงที่เหมาะสม ในการปรับขนาดยาวาร์ฟาริน ควรเป็นร้อยละ 5-20 ของขนาดยาต่อสัปดาห์ที่ผู้ป่วยได้รับครั้งก่อน

(2) ประเมินระยะเวลาในการนัดครั้งต่อไปควบคู่กับภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาความสอดคล้องกับแผนการรักษาหรือไม่

(3) ทบทวนระบบนัดของผู้ป่วยว่ามีกระบวนการเพื่อตรวจวัด INR ครั้งต่อไปหรือไม่ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการตรวจค่า INR ก่อนพบแพทย์

(4) กรณีที่เภสัชกรสามารถนัดผู้ป่วยมาติดตามค่า INR เภสัชกรควรประเมินภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยควบคู่กับปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ เช่น ประวัติการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ความรู้ในการเฝ้าระวังอาการสำคัญของผู้ป่วย ความสามารถในการเดินทาง เป็นต้น เพื่อพิจารณาระยะเวลาของการนัดหมายโดยเภสัชกร

สรุป ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย จัดการคลินิกยารพาริน ได้นำการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยารพาริน โดยใช้แนวทางในการจัดการยารพารินในโรงพยาบาล ที่ครอบคลุมกระบวนการจัดการทางยาที่เกี่ยวข้องกับยารพาริน และนำแนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมมากำหนดกิจกรรมในคลินิกยารพาริน เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน และพัฒนาคุณภาพในการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบท เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประสิทธิภาพและความความปลอดภัยจากการใช้ยารพาริน

2.4 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ

2.4.1 ความหมายการพัฒนา

คำว่า การพัฒนา (Development) นั้นมีนักวิชาการ และผู้รู้หลายท่านให้ความหมายไว้หลายหลากดังนี้

สุภัศรารวรรณ สุขโกษา (บัวแก้ว โมฆรัตน์, 2557 อ้างอิงจาก สุภัศรารวรรณ สุขโกษา, 2547) การพัฒนา คือ การเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้มีคุณภาพดีขึ้น เป็นการสร้างความเจริญ ซึ่งเป็นผลผลิต (Output) โดยใช้ปัจจัยนำเข้า (Input) และกระบวนการ (Process) ที่จะก่อให้เกิดผลผลิต โดยการวางแผนและกำหนดทิศทางที่จะก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลง

สุนนา คาวีวงศ์ (วันเพ็ญ นิคมรักษ์, 2556 อ้างอิงจาก สุนนา คาวีวงศ์, 2545) การพัฒนา หมายถึง การปรับปรุง เปลี่ยนแปลง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลดีใกล้เคียงกับจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ เป็นการเปลี่ยนแปลง โดยมีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้าและการพัฒนาไม่เคยสำเร็จสมบูรณ์อย่างแท้จริงต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง

ลักษณะของการพัฒนามีหลายประการที่สำคัญ ดังนี้ (บัวแก้ว โมฆรัตน์, 2557 อ้างอิงจาก สนธยา พลศรี, 2545)

1) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ เช่น ด้านคุณภาพ ปริมาณ และสิ่งแวดล้อม ของสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้ดีขึ้น หรือให้มีความเหมาะสม อันเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างรอบด้าน ไม่ใช่เปลี่ยนแปลงในด้านหนึ่งเพียงด้านเดียวเท่านั้น หรือ เรียกได้ว่าต้องเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบ

2) มีลักษณะเป็นกระบวนการ คือ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามลำดับ ขั้นตอนและอย่างต่อเนื่องกัน โดยแต่ละขั้นตอนมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นลำดับ ไม่สามารถข้ามขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งได้

3) มีลักษณะเป็นพลวัต คือ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดเวลาไม่หยุดนิ่ง แต่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จะเป็นรวดเร็ว หรือ ช้า ๆ ปริมาณมากหรือน้อยก็ได้

4) เป็นแผน และโครงการ คือ เกิดขึ้นจากการเตรียมการไว้ล่วงหน้าว่าจะเปลี่ยนแปลงใคร ด้านใด ด้วยวิธีการใด เมื่อไร ใช้งบประมาณเท่าใด ใครรับผิดชอบ เป็นต้นไม่ใช่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยไม่มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้า

5) เป็นวิธีการ การพัฒนาเป็นมรรควิธีหรือกลวิธีที่นำมาใช้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เช่น การพัฒนาสังคม การพัฒนาชนบท การพัฒนาเมือง การพัฒนาเศรษฐกิจ การพัฒนาชุมชน ต่างก็เป็นวิธีการพัฒนาแบบหนึ่งที่มีลักษณะเฉพาะเป็นของตนเอง

6) เป็นปฏิบัติการ คือ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ไม่เป็นเพียงแนวความคิด หรือเป็นเพียงรายละเอียดของแผน และโครงการเท่านั้น เพราะการพัฒนาเป็นวิธีการที่ต้องนำมาใช้ปฏิบัติจริง จึงจะเกิดผลตามที่ต้องการ

7) เป็นสิ่งที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ เพื่อประโยชน์ของมนุษย์เพราะมนุษย์ เป็นสัตว์โลกประเภทเดียวที่สามารถจัดทำแผนโครงการ และคิดค้นวิธีการพัฒนาตนเอง และสิ่งต่าง ๆ ได้ การเปลี่ยนแปลงใดก็ตามถ้าไม่ได้เกิดจากการกระทำของมนุษย์แล้ว จะไม่ใช่การพัฒนาแม้ว่าจะมีลักษณะอื่น ๆ เหมือนกับการพัฒนาก็ตาม

8) ผลที่เกิดขึ้นมีความเหมาะสม หรือพึงพอใจ ทำให้มนุษย์ และสังคมมีความสุข เพราะการพัฒนาเป็นสิ่งเดียวที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ และการอยู่ร่วมกันเป็นสิ่งคมของมนุษย์นั่นเอง

9) มีเกณฑ์ หรือเครื่องชี้วัด คือ สามารถบอกได้ว่าลักษณะที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงนั้น เป็นการพัฒนา หรือไม่ ซึ่งอาจดำเนินการได้หลายวิธี เช่น เปรียบเทียบกับสภาพเดิม ก่อนที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลง กำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการชี้วัดในด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านคุณภาพ ปริมาณ สิ่งแวดล้อม ความคงทนถาวรการประเมินผลจากผู้ที่เกี่ยวข้องพัฒนาบอกว่ามีความเหมาะสมหรือพึงพอใจหรือไม่ และระดับใด เป็นต้น

10) สามารถเปลี่ยนแปลงได้ การพัฒนานอกจากจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อมนุษย์ สังคม และสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์แล้ว รูปแบบ กระบวนการ และวิธีการพัฒนาเองสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากมนุษย์ และสังคม เกิดการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ และการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลของการพัฒนาจึงมีความจำเป็นต้องปรับปรุงเปลี่ยนแปลงกระบวนการพัฒนาให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ดังนั้นการพัฒนาใหม่ ๆ จึงเกิดขึ้นอยู่เสมอลักษณะทั้ง 10 ประการนี้ เป็นลักษณะรวมของการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงที่ขาดลักษณะใดลักษณะหนึ่ง จะไม่ใช่การพัฒนา เป็นเพียงการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบหนึ่ง ที่มีความหมายใกล้เคียงกับการพัฒนาเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงลักษณะนี้มีอยู่ทั่วไป และมีผู้นำมาใช้แทนการพัฒนาซึ่งไม่ถูกต้อง เพราะการพัฒนาต้องมีลักษณะรวมกันทั้ง 10 ประการ

กล่าวโดยสรุป การพัฒนาหมายถึง การปรับปรุง เปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้มีคุณภาพดีขึ้นกระทำอย่างต่อเนื่อง โดยการเปลี่ยนแปลงตามแผน หรือการเปลี่ยนแปลงที่มีการกำหนดทิศทางตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อเกิดผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ก่อให้เกิดประโยชน์และความเจริญก้าวหน้าเพิ่มขึ้น

2.4.2 ความหมายคุณภาพ

คุณภาพ (Quality) มีความหมายที่แตกต่างกันมากมาย มีผู้ให้ความหมายของคำว่าคุณภาพ ต่างกันในหลายมุมมองได้แก่

Juran (1992) ได้ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพ คือ ความเหมาะสมหรือคุณค่าของผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ตรงตามความต้องการของผู้ใช้

Donabedian (สร้อยญา ตาธวัณ, 2556 อ้างอิงจาก Donabedian, 1980) ให้ความหมายของการดูแลที่มีคุณภาพว่า “เป็นการดูแลที่คาดหวังได้ว่ามีมาตรการที่จะช่วยให้เกิดความอยู่ดีมีสุขและความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ทั้งนี้เป็นผลจากการประเมินอย่างละเอียดถึงผลได้และผลเสียอันเป็นผลติดตามมาจากการดูแลนั้น” อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (วันเพ็ญ นิคมรักษ์, 2556 อ้างอิงจาก อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543) คุณภาพ หมายถึง การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของลูกค้าโดยอยู่บนพื้นฐาน ของมาตรฐานวิชาชีพ ทั้งนี้ประกอบด้วย ความถูกต้องตามมาตรฐาน และความถูกต้องตรงตามความต้องการ และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (วันเพ็ญ นิคมรักษ์, 2556 อ้างอิงจาก จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543) คุณภาพ หมายถึง คุณลักษณะของบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจาก ข้อผิดพลาดทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิต และตอบสนองความต้องการเป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ

สรุปได้ว่า คุณภาพ หมายถึง การดำเนินงาน หรือการให้บริการเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานการรักษา ผลทำให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัย ตอบสนองต่อความต้องการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ

2.4.3 องค์ประกอบของคุณภาพบริการสุขภาพ

จินตนา บุญบงการ (จินตนา บุญบงการ, 2539 อ้างอิงจาก สรัญญา ตาธูวัน, 2556) ได้กล่าวถึงการบริการที่ดีโดยการใช้หลักคุณลักษณะ 7 ประการ โดยใช้คำว่าSERVICEมีความหมายเป็นการบริการที่สามารถยึดเป็นหลักในการปฏิบัติได้ คือ องค์ประกอบสำคัญของคุณภาพบริการสุขภาพ อาจมองได้หลายแง่มุมที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของบริการนั้น ๆ และบริบทของสังคม คือ

SERVICE

S = Smiling & Sympathy หมายถึง การแสดงออกด้วยความยิ้มแย้มแจ่มใส การนำเอาใจเค้ามามีใส่ใจของเรา โดยแสดงให้เห็นถึงความเห็นอกเห็นใจ ต่อความยากลำบากยุ่งยากของผู้รับบริการ

E = Early Response หมายถึง การตอบสนองตอบอย่างรวดเร็วทันใจในความต้องการ ความประสงค์ของผู้รับบริการโดยที่ผู้รับบริการไม่ได้ร้องขอ

R = Respectful หมายถึงแสดงออกถึงความนับถือและให้เกียรติผู้รับบริการ

V = Voluntariness Manner หมายถึงลักษณะการให้บริการเป็นแบบสมัครใจ และเต็มใจทำมิใช่แบบเสียมิได้

I = Image Enhancing หมายถึงแสดงออกซึ่งการรักษาภาพพจน์รวมถึงการเสริมภาพลักษณ์ของผู้ให้บริการและองค์การ

C = Courtesy หมายถึงการแสดงออกด้วยการมีกิริยาที่สุภาพ การมีมารยาทที่ดี รวมทั้งมีความอ่อนน้อมถ่อมตน

E = Enthusiasm การให้บริการที่มีความกระตือรือร้น มีความกระฉับกระฉ่ง ในการให้บริการต่อผู้รับบริการที่มากกว่าคาดหวังของผู้รับบริการที่ได้ตั้งเอาไว้

ถ้าได้พิจารณาอย่างถ่องแท้แล้วจะพบว่า คุณภาพบริการสุขภาพมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ ลักษณะกายภาพที่น่าพึงพอใจ มนุษย์สัมพันธ์ และเทคนิคบริการ ส่วนคุณสมบัติอื่นๆ ได้แก่ ความสอดคล้องกับความต้องการการยอมรับของผู้ใช้บริการความเป็นธรรม ประสิทธิภาพประสิทธิภาพความต่อเนื่อง และความปลอดภัยเกณฑ์ในการประเมินองค์ประกอบทั้ง 4 ประการดังกล่าว (สรัญญา ตาธูวัน, 2556 อ้างอิงจาก อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ, 2540) ในการพิจารณาคุณภาพตามองค์ประกอบ ควรพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบ แล้วใช้เกณฑ์การประเมินผลเป็นตัวตัดสินคุณภาพ

องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงบริการหมายถึง การเข้าถึงบริการทั้งในด้านภูมิศาสตร์ คือ สถานบริการตั้งอยู่ที่ในที่สะดวกเหมาะสมสอดคล้องกับ ความต้องการของผู้ใช้บริการด้าน เศรษฐกิจบริการจะต้องสอดคล้องกับสังคม และวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการไม่มีช่องว่าง ด้านการสื่อสาร ภาษา และการสื่อสารการจัดบริการอำนวยความสะดวก ให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการได้สะดวก เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 2 ของคุณภาพเห็นว่า ลักษณะกายภาพที่น่าพึงพอใจ หมายถึง บริการที่ไม่เกี่ยวกับสัมฤทธิ์ผลทางคลินิก แต่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น และยินดีที่จะ กลับมารับบริการในครั้งต่อไป เมื่อมีความจำเป็นเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในบริการ ที่จะได้รับเต็มใจที่จะจ่ายค่าบริการโดยจะต้องคำนึงถึงความสวยงามสะดวกสบายสะอาดมีความเป็น ส่วนตัวมี การให้ความรู้ และการหย่อนใจ เช่น สถานที่บริการบริการต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลซึ่งต้อง พิจารณาถึง ความสอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมเป็นที่ยอมรับให้ความเสมอภาคปลอดภัย และ เอื้ออำนวยความสะดวกต่อการบริการนั่นเอง

องค์ประกอบที่ 3 คุณภาพด้านมนุษยสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นตอบสนองความต้องการของผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพใน การดูแลทั้งนี้ต้องมีการให้ความเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์การรักษาความลับความสุภาพ อ่อนโยน การฟังและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพการตอบสนองอย่างเหมาะสม

องค์ประกอบที่ 4 คุณภาพในด้านเทคนิคการให้บริการหมายถึงการให้บริการทาง คลินิกที่มีความเกี่ยวข้อง สอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วยเพื่อจุดประสงค์ให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาวะที่ ปกติอย่างรวดเร็ว ความปลอดภัย และมีความต่อเนื่อง

2.4.4 การจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างต่อเนื่อง (Total Quality Management: TQM)

2.4.4.1 แนวคิด TQM โดย W.Edwards Deming เป็นแนวคิดที่มีจุดประสงค์ใน การปรับปรุงคุณภาพทั้งการผลิตสินค้าและการให้บริการ โดยประเทศญี่ปุ่นซึ่งเป็นหนึ่งในประเทศที่ แพ้สงครามโลกครั้งที่ 2 พบว่า หลังสงครามประเทศญี่ปุ่นได้ประสบปัญหาทางด้านคุณภาพของสินค้า ที่ผลิต ไม่ได้มาตรฐานเป็นอย่างมาก ทำให้มีการแนวคิด TQM มาใช้ปรับปรุงพัฒนา จนมีผลให้ธุรกิจ รวมทั้งอุตสาหกรรมภายในประเทศดีขึ้น โดยพบว่าสินค้าที่ผลิตในประเทศญี่ปุ่นล้วนเป็นสินค้าที่มี คุณภาพจนเป็นที่ต้องการของตลาดถือเป็นสินค้าชั้นหนึ่ง ในส่วนประเทศไทยเองนั้นเริ่มมีการพูดถึง หลักการดังกล่าวตั้งแต่ราวๆ ปี 1985 (ชนิชา ชันชัยภูมิ และอัญชลี มนูญเลิศกิจ, ม.ป.ป.)

T (Total) การยินยอมให้ทุกคนปฏิบัติงานอยู่ในองค์การได้เข้ามามีส่วนร่วมใน การจัดตั้ง และบริหารงานระบบคุณภาพซึ่งเกี่ยวกับทั้งลูกค้าภายนอก (External Customer) และ ลูกค้าภายใน (Internal Customer) โดยตรง

Q (Quality) การสร้างความพึงพอใจของลูกค้าต่อการใช้ประโยชน์จากสินค้าและบริการเป็นหลัก นอกจากนี้คุณภาพยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับแนวความคิดเชิงระบบของการจัดการ (Systematic Approach of Management) กล่าวคือ การกระทำสิ่งใด ๆ อย่างเป็นระบบที่ต่อเนื่องและตรงตามแนวความคิดดั้งเดิมของวงจรคุณภาพที่ โดย W.Edwards Deming เรียกว่า PDCA Cycle การหมุนวงจรคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เกิดขึ้นแต่ละหน่วยงานในองค์กรใดองค์กรหนึ่งนั้นย่อมจะก่อให้เกิดระบบคุณภาพโดยรวมทั้งหมด หรือเรียกว่า TQM ขึ้น

M (Management) เป็นระบบในการจัดการ หรือการบริหารคุณภาพขององค์กรที่มีการดำเนินการ มีการควบคุมภายใต้ผู้บริหารระดับสูงสุด ซึ่งมีการแสดงถึง วิสัยทัศน์ (Vision) การประกาศพันธกิจหลัก (Mission Statement) และกลยุทธ์ของการบริหาร (Strateship Management) รวมถึงการแสดงสถานะของความเป็นผู้นำ (Leadership) ที่จะมุ่งมั่นปรับปรุงและพัฒนา ระบบคุณภาพขององค์กรอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตลอดระยะเวลา (Continuous quality improvement)

2.4.4.2 หลักการที่สำคัญของ TQM มี 3 ประการ 1) การมุ่งเน้นที่คุณภาพ 2) การปรับปรุงกระบวนการ 3) ทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วม ซึ่งวัตถุประสงค์ที่สำคัญที่สุดของ TQM คือ การพัฒนาบุคลากรให้สามารถใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ ด้วยการมีส่วนร่วมใน การปรับปรุงคุณภาพของสินค้าหรือบริการ อันจะทำให้คุณภาพชีวิต ของพนักงานทุกคนดียิ่งขึ้นเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่อง

2.4.4.3 แนวความคิดเกี่ยวกับการปรับปรุงคุณภาพ 1) ความต้องการและความหวังของลูกค้า เพื่อจะได้รู้ว่าใคร คือ ผู้ที่เราต้องบริการ 2) กระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อให้ความสำคัญกับสิ่งที่เราทำเพื่อให้บรรลุถึงผลสำเร็จของงาน 3) ทีมงาน เพื่อให้พนักงานทุกคนที่ปฏิบัติงานในกระบวนการต่างๆ มีส่วนร่วม 4) ภาวะผู้นำ กระตุ้นให้กำลังใจ อำนาจความสะอาด แฉะนำ 5) การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทุกอย่างดีขึ้นเรื่อยๆอย่างต่อเนื่อง

2.4.4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Key Success Factor: KSF ของระบบ TQM) 1) ความยึดมั่นผูกพันอย่างจริงจังจากผู้บริหารทุกระดับ 2) การให้การศึกษา และการฝึกอบรมให้พนักงานทุกคนได้เรียนรู้ 3) โครงสร้างขององค์กรที่สนับสนุนวิธีคิดและวิธีทำงานอย่างเป็นกระบวนการ 4) การติดต่อสื่อสารจะต้องทั่วถึงทั้งแนวตั้งตามสายงาน และแนวนอนของการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ 5) การให้รางวัล และการยอมรับทีมงาน สมควรได้รับจากผลงานที่ปรากฏการส่งเสริม 6) การวัดผลงานอย่างเหมาะสม 7) การทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ

2.4.4.5 ขั้นตอนการสร้างความสำเร็จในการทำ TQM ไปปฏิบัติในการปรับปรุงการบริการภาครัฐนั้นประกอบด้วย 6 ประการคือ 1) การสำรวจว่าหน่วยงานที่ควรได้รับการปรับปรุงให้นำระบบการพัฒนาคุณภาพมาใช้ 2) การค้นหาจุดบกพร่องที่ควรแก้ไข 3) การวางแผนการปรับปรุงการปฏิบัติงานโดยใช้ TQM 4) การเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กร โดยปลูกฝังค่านิยม และการยอมรับใน

เรื่องคุณภาพ 5) การฝึกอบรมเพื่อให้ความรู้ในการปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อให้มีคุณภาพ
6) การติดตามและประเมินผลการนำ TQM ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบโดยใช้วิธีทางสถิติ

สรุป การปรับปรุงองค์การอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับการปรับเปลี่ยนทางด้านสังคม เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้องค์การมีความสามารถอยู่รอดในสภาพแวดล้อมที่มีการแข่งขัน การบริการของภาครัฐโดยความรับผิดชอบของส่วนราชการต่างๆ จำเป็นต้องมีการปรับปรุงเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนเช่นเดียวกันการปรับปรุงบริการภาครัฐนอกจากจะถือ ว่าเป็นผลงานของรัฐบาลแล้วประชาชนผู้รับบริการในส่วนต่างๆ ก็จะได้รับประโยชน์จากการ ปรับปรุงด้วย กล่าวคือ ได้รับความสะดวกรวดเร็ว เสียเวลาน้อยลง เสียค่าใช้จ่ายน้อยลง และ มีความ พึงพอใจในการบริการของภาครัฐมากขึ้น การนำ TQM ไปปฏิบัติใน การปรับปรุงการบริการภาครัฐนั้น สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลใน การปฏิรูประบบราชการ กล่าวคือ มีเป้าหมายของการเพิ่ม คุณภาพของการ ให้บริการ และความพึงพอใจของประชาชนเช่นเดียวกัน (เรวัตร์ ชาตรีวิศิษฐ์, ม.ป.ป.)

2.4.5 แนวคิดและทฤษฎีไคเซ็น

ไคเซ็น (Kaizen, 1986) ไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงทั้งหมด แต่เป็นการปรับปรุงเฉพาะบางจุด เท่านั้นเพื่อให้ทำงานได้ง่ายขึ้น และผู้รับบริการสะดวกขึ้นสามารถนำมาใช้ในการบริหารจัดการอย่างมี ประสิทธิภาพโดยมุ่งเน้นให้พนักงานทุกคนมีส่วนร่วมในการแสวงหาแนวทางใหม่ๆ เพื่อปรับปรุงวิธีการ ทำงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงานให้ดีขึ้นอยู่เสมอหัวใจสำคัญของหลักการไคเซ็นคือ การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุดโดยการใช้ความรู้ความสามารถของพนักงานมาคิดปรับปรุงงาน ด้วยการลงทุนเพียงเล็กน้อย และก่อให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงไปที่ละน้อยแต่ค่อยๆ เพิ่มพูนขึ้น อย่างต่อเนื่องโดยเริ่มจากตัวเองจากนั้นจึงค่อยเปลี่ยนแปลงสิ่งอื่นเพื่อให้การทำงานง่ายขึ้น และไคเซ็น เป็นแนวคิดที่ช่วยรักษามาตรฐานที่มีอยู่เดิม (Maintain) และปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น (Improvement) หากขาดแนวคิดนี้มาตรฐานที่มีอยู่เดิมจะค่อยๆ ลดลงไป (ธีทัต ตรีศิริโชติ, ม.ป.ป)

2.4.5.1 วัตถุประสงค์เพื่อทำงานให้น้อยลงด้วยการปรับปรุงงานด้วยตนเอง เพื่อ ตนเองเพื่อให้งานนั้นบรรลุเป้าหมายได้ดีกว่าเดิม จึงมุ่งเป้าไปที่การเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคลของ พนักงานทุกระดับชั้นทุกหน่วยงาน ในการรู้จักบริหารจัดการกับความแปรปรวนที่เกิดขึ้นในกระบวนการ ทำงานที่จุดคุณลักษณะของกิจกรรมไคเซ็น

2.4.5.2 หลักการทำKaizenแนวทางที่สามารถใช้ปรับปรุงงาน

1) ความคิดสร้างสรรค์เป็นประโยชน์มากสำหรับการแก้ไขปัญหา บางครั้งหากว่า เราแก้ไขปัญหา โดยใช้หลักเหตุผลธรรมดาซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาแบบตรงๆ แล้วหนทางแก้ไขอาจจะ มีราคาแพงไม่คุ้มค่า และอาจจะไม่ได้ผลก็เป็นได้

2) ใช้หลัก “เลิก-ลด-เปลี่ยน” การทำไคเซ็น เพื่อปรับปรุงงานวิธีหนึ่งคือ ใช้หลักการ “เลิก-ลด-เปลี่ยน” ดังต่อไปนี้

(1) การเลิกหมายถึง การวิเคราะห์ว่า ขั้นตอนการทำงาน หรือสิ่งที่เป็นอยู่ บางอย่างนั้นสามารถที่จะตัดออกไปได้ หรือไม่โดยพิจารณาจากความจำเป็น

(2) การลดหมายถึงการพิจารณาว่า ในการทำงานนั้นมีกิจกรรมใดบ้างที่ต้องกระทำซ้ำๆ กันไปมา หากว่าเราไม่สามารถยกเลิกกิจกรรมนั้นออกได้ ก็ต้องพยายามลดจำนวนครั้งในการกระทำเพื่อจะได้ไม่ต้องทำงานแบบซ้ำๆ กันโดยที่ไม่เกิดประโยชน์อันใด

(3) การเปลี่ยนหากว่าเราพิจารณาแล้วว่า ไม่สามารถเลิก และลดกิจกรรมใดได้แล้วเราก็อาจจะเปลี่ยนแปลงได้ โดยการเปลี่ยนวิธีการทำงาน เปลี่ยนวัสดุ เปลี่ยนทิศทาง หรือเปลี่ยนองค์ประกอบเป็นต้นการเปลี่ยนแปลงบางส่วนของงานนั้น หมายถึง การพิจารณาเปลี่ยนแปลงงานในบางเรื่องบางอย่างที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งผู้ปฏิบัติงานอาจพิจารณาใช้หลักการ E C R S เพื่อเริ่มต้นกระบวนการปรับปรุงระบบงานได้ โดยหลักการดังกล่าวมีองค์ประกอบกล่าวคือ คือตัดขั้นตอนการทำงานที่ไม่จำเป็นในกระบวนการออกไป (Eliminate; E) การรวมขั้นตอนการทำงานเข้าด้วยกัน (Combine; C) เพื่อประหยัดเวลา หรือแรงงานในการทำงานการจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม (Rearrange; R) และ การปรับปรุงวิธีการทำงานหรือสร้างอุปกรณ์ช่วยให้ทำงานได้ง่ายขึ้น (Simplify; S) (ธีทัต ตรีศิริโชติ, ม.ป.ป)

สรุปผู้วิจัยใช้ แนวคิดและทฤษฎีไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยหลักการ E C R S เพื่อเริ่มต้นนำมาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงบางส่วนของงานโดยพิจารณาเปลี่ยนแปลงงานในบางเรื่องบางอย่างที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ กระบวนการปรับปรุงระบบงานดังกล่าวมีองค์ประกอบกล่าวคือ การตัดขั้นตอนในการทำงาน การรวมขั้นตอนการทำงานเข้าด้วยกันเพื่อประหยัดเวลา การจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสมปรับปรุงวิธีการทำงาน หรือสร้างอุปกรณ์ช่วยให้ทำงานได้ง่ายขึ้นโดยหลักการมุ่งเน้นให้เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการแสวงหาแนวทางใหม่ๆ เพื่อการทำงานให้ทำงานได้ง่ายขึ้น งานบรรลุเป้าหมายได้ดีกว่า (พุทธิดา จันตอนแดง, 2556)

2.5 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

2.5.1 ความหมาย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

จากแนวคิดของ Kurt Lewin (อินทิรา เลิศล้ำ, 2557; อ้างอิงมาจาก Adelman, 1993) ได้ศึกษาปัญหาของชนกลุ่มน้อยในอเมริกากระยะเพียงยุดติสงความโลกครั้งที่สอง โดยใช้กระบวนการศึกษาในลักษณะกลุ่มร่วมกันทำงานและตัดสินใจอย่างมีพันธะต่อกันเพื่อมุ่งมั่นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

(A Group Activites...Group Decision and Commitment to Improvement) และใช้การปฏิบัติการ 3 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติและการสะท้อนผลการปฏิบัติ

Kemmis and McTaggart (สุวิมล ว่องวานิช, 2555 อ้างอิงจาก Kemmis, McTaggart and Deakin University (Vic.), 1982) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการรวบรวมปัญหา หรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติการของผู้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติในสังคม หรือเพื่อต้องการที่พัฒนาหลักการ และเหตุผล วิธีการปฏิบัติงานเพื่อได้รูปแบบ หรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพ การปฏิบัติงานนั้น และในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัตินั้นๆ ให้สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

Johnson and Kromann (สุวิมล ว่องวานิช, 2555 อ้างอิงจาก Johnson and Kromann, 1995) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึงการรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์และตีความหมายโดยมีแผนงานกำหนดและแลกเปลี่ยนผลกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ กระบวนการวิจัยปฏิบัติการต้องตอบคำถาม 5 ข้อ ดังต่อไปนี้ 1) คำถามที่ต้องการศึกษาคือ อะไร 2) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องมีอะไรบ้าง 3) ข้อมูลที่ต้องจัดเก็บคืออะไร 4) จะวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร และ 5) จะแปลความหมายนั้นว่าอย่างไร การตอบคำถามเหล่านี้ต้องใช้เวลาวางแผน และในทุกขั้นตอนต้องอภิปรายกับเพื่อนร่วมงาน

2.5.2 ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการดังนี้ (ชยต ขำนาญเนา, 2558 อ้างอิงจาก สุวิมล ว่องวานิช, 2544) ผู้วิจัย คือผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน สิ่งที่ถูกรวบรวม คือปฏิบัติการในหน่วยงาน วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ การพัฒนาและค้นคว้าแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นการพัฒนาวิชาชีพ วิธีการวิจัยคือกระบวนการค้นคว้าข้อความรู้ที่มีขั้นตอน หลักสำคัญคือการวิจัยและการปฏิบัติ โดยมีลักษณะสำคัญคือ

2.5.2.1 การสะท้อนผลกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของตนเองและผลที่เกิดขึ้น

2.5.2.2 การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานเพื่อนร่วมงานที่มีส่วนในการวิพากษ์วิจารณ์การปฏิบัติงานและผลที่ได้รับ

2.5.2.3 กระบวนการที่มีการดำเนินงานเป็นวงจรต่อเนื่องและทำเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงาน

2.5.2.4 ผลที่ได้จากการวิจัยนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติงานรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.5.3 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

สุวิมล ว่องวานิช (สุนีย์ ศรีเพชร, 2553 อ้างอิงจาก สุวิมล ว่องวานิช, 2544) ได้ทำการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวกับการวิจัยปฏิบัติการพบว่ามีการจัดประเภทของรูปแบบการทาวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้หลายรูปแบบ ดังนี้

2.5.3.1 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ (Formal and Informal Research)

1) การวิจัยแบบทางการ (Formal Research) เป็นงานวิจัยรูปแบบที่มีแบบแผนการวิจัยที่เคร่งครัด มีลักษณะการดำเนินงาน ซึ่งมีการนำเสนอที่เหมือนงานวิจัยเชิงวิชาการ (Academic Research) ได้แก่ นักวิจัยมืออาชีพ นักวิชาการที่อยู่ในมหาวิทยาลัย หรือนิสิตนักศึกษาที่ทำเป็นวิทยานิพนธ์มีการออกแบบการวิจัยที่รัดกุมเพื่อให้ตอบคำถามการวิจัยได้ชัดเจนและมีรูปแบบการนำเสนอรายงานผลการวิจัยที่กำหนดชัดเจน ส่วนใหญ่แยกเนื้อหาสาระออกเป็น 5 บท

2) การวิจัยแบบไม่เป็นทางการ (Informal Research) เป็นรูปแบบงานวิจัยที่ไม่ได้ยึดติดรูปแบบการวิจัยที่เคร่งครัดเหมือนกับการวิจัยแบบเป็นทางการ โดยจะมุ่งเน้นตอบคำถามการวิจัยมากกว่าการยึดรูปแบบการวิจัยแบบเป็นทางการ ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยก็พยายามใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้วจากการสอนตามปกติ การนำเสนอผลการวิจัยครอบคลุมเพียงประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยต้องการนำเสนอ งานวิจัยแบบนี้ บางครั้งพบว่ามีรายงานเพียง 1-2 หน้า

2.5.3.2 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1982) รูปแบบมีดังนี้

1) การวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) มีจุดประสงค์ของการวิจัยเพื่อใช้ปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ที่ให้บุคคลภายนอก (Outsider) มาช่วยวิจัยในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติจะอยู่ในการควบคุม กำกับ ดูแล จากนักวิจัยภายนอก โดยบุคคลภายนอกเป็นผู้วิจัยหลัก ผู้ปฏิบัติไม่ได้มีส่วนแสดงออกทางความคิดที่จะใช้ในการวิจัยโดยเทคนิคที่ใช้ในการทำวิจัย การตอบคำถามวิจัยเป็นคำตอบที่รัดกุม อาจใช้ไม่ได้ในการนำมาใช้จริง

2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Practical Action Research) การวิจัยนี้ นักวิจัยภายนอกจะเป็นที่ปรึกษาในเรื่องกระบวนการทำงาน (Process Consultancy Role) โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัย คือ เป็นการปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานมุ่งเน้นในการสร้างความเข้าใจมุ่งที่จะพัฒนาวิชาชีพให้กับแก่ผู้ปฏิบัติ โดยพบว่าในกระบวนการวิจัยจะเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติมีการสะท้อน การวิเคราะห์ปรับปรุง และพัฒนาในเรื่องการปฏิบัติงานของตนเอง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้มีโอกาสในการเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการวิจัย รวมถึงการมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นในประเด็นปัญหาการวิจัยที่ได้มีการปฏิบัติจริงจนได้มีการนำผลการวิจัยไปใช้ได้

3) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipatory Action Research) เป็นการวิจัยที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยภายนอกและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน วัตถุประสงค์ของการวิจัยที่เพิ่มเติมจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบที่ 1 แบบที่ 2 คือ มีการพัฒนาประสิทธิภาพในเรื่องของการทำงาน มีการส่งเสริม สนับสนุนให้มีความเข้าใจในเรื่องของ การพัฒนาปรับปรุงในการทำงาน สำหรับผู้ปฏิบัติแล้ว ยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานในส่วนขององค์กรให้ดีขึ้นอีกด้วย

ถึงแม้จะมีบุคคลภายนอกร่วมทำการวิจัยด้วยแต่ทุกคนที่อยู่ในองค์กรต่างมีสิทธิมีเสียง ต่อการแสดงความคิดเห็นที่มีความเท่าเทียมกัน โดยไม่มีที่ปรึกษาการวิจัยที่เหมือนกับแบบที่ 2 การวิจัยแบบนี้เป็นการเปิดโอกาสให้มีการพัฒนาซึ่งความสามารถ ด้านการวิจัยแก่ผู้ปฏิบัติและในส่วนของนักวิจัยจะเป็นอิสระจากความรู้ กฎเกณฑ์พันธนาการจากทางความคิดเดิม จึงเห็นได้ว่าแนวทางการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้ง 3 แบบ มีลักษณะในการเปลี่ยนแปลงแนวคิดในการทำงานจาก ผู้ปฏิบัติที่ถูกครอบงำทางความคิดที่เกิดจากนักวิจัยภายนอก (Cooption) ในแบบแรกมาเป็นแบบที่สองคือร่วมกัน ทำงาน (Cooperation) และในรูปแบบที่สามที่เป็นการทำงานแบบร่วมมือ (Collaboration) เป็นแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่นิยม และได้รับการยอมรับว่าจะมีการทำให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพของผู้ปฏิบัติการมากกว่าแบบอื่นๆ

2.5.3 กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การวิจัยแบบเข้าไปมีส่วนร่วมและร่วมมือกันเป็นหมู่คณะ ซึ่งตามปกติจะเกิดจากกลุ่มที่มีความคิดเห็นร่วมกัน บุคคลจะอธิบายส่วนที่ตนสนใจเกี่ยวข้อง สืบหาสิ่งที่คนอื่นคิดและหาทางแก้ไขที่เป็นไปได้ ในการอภิปรายจะช่วยกันตัดสินใจความเป็นไปได้ที่กลุ่มจะดำเนินการในรูปโครงการของกลุ่มต่อไปนั้นจะมีอะไรบ้าง กลุ่มจะต้องกำหนดแนวคิดร่วมกันของการดำเนินงานร่วมกันแล้วจัดวางแผนทางใหม่อย่างมีวิจารณ์ญาณ โดยอาศัยความเข้าใจและเหตุการณ์ในอดีตเป็นแนวทาง ดังนั้น ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงมีกระบวนการดำเนินการในลักษณะของการหมุนรอบตัวเป็นขั้นๆ แบบเกลียวสว่านซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Planning) เป็นการปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) อย่างรอบคอบเป็นระบบนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานต่อไป วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้เรียกย่อๆ ว่า วงจร PAOR (สุวิมล ว่องวานิช, 2555) ในวงจรการปฏิบัติงานโดยทั่วไปนั้นอาจจะไม่ปฏิบัติเช่นนี้เสมอไป แต่จะมีส่วนต่างๆ เหล่านี้เกิดขึ้นในระดับหนึ่ง ซึ่งในการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกต การสะท้อนผล อย่างรอบคอบเป็นระบบและเข้มงวดกวดขันในการดำเนินงานมากกว่าการปฏิบัติงานประจำวัน โดยนำความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมที่หมุนไปในกระบวนการเหล่านี้มาใช้เป็นเสมือนแหล่งให้เกิดการปรับปรุงและแหล่งความรู้ที่วิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้นด้วยความร่วมมือกันระหว่างกลุ่มตลอดกิจกรรมของการวิจัย โดยพิจารณาจุดสำคัญ ดังนี้ (ชยุต ชำนาญเนา, 2558 อ้างอิงจาก ประวิต เอรารวรรณ, 2545) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการวิจัยที่เชื่อมโยงว่างทฤษฎีการวิจัย และการปฏิบัติในตลอดกระบวนการ ตั้งแต่การกำหนดปัญหาการวิจัย การประสานงานร่วมมือกัน พัฒนารูปแบบปฏิบัติการแทรกแซง ตลอดจนการนำไปปฏิบัติในพื้นที่ การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็น การวิจัยให้เข้าไปถึงพื้นที่ที่วิจัยโดยตรง ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนั้นความรู้ที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยปฏิบัติ จึงเป็นความรู้ที่เป็นรากฐานในสถานการณ์ปฏิบัติจริง เป็นข้อค้นพบที่ได้มาจากกระบวนการสืบค้นที่เป็น

ระบบ และเชื่อถือได้ทำให้สามารถนำไปปรับปรุง และตัดแปลงความรู้พื้นฐานที่มีอยู่เดิมได้ และยังให้ ข้อมูลที่เกี่ยวกับขอบเขตของการใช้ความรู้ในการปฏิบัติด้วย การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็น วิธีการที่มี คุณค่าในการสร้างองค์ความรู้ใหม่ ที่จะนำไปสู่การปรับปรุงวิธีการปฏิบัติอย่างแท้จริง นอกจากนี้แล้ว ด้วยหลักการสำคัญของการวิจัยปฏิบัติการที่เน้นการสะท้อนผลทำให้การวิจัยแบบนี้ส่งเสริม บรรยากาศของการทำงานแบบประชาธิปไตยที่ทุกฝ่ายเกิดการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ และยอมรับ ในข้อค้นพบร่วมกัน (ชาญชัย ชัยสว่าง, 2552 อ้างอิงจาก สุวิมล ว่องวานิช, 2544)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งเป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา มุ่งเน้นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง วิธีการ ปฏิบัติการอย่างเป็นระบบ ระเบียบโดย บุคลากรในระบบร่วมกับนักวิจัยเข้ามามีบทบาท ในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคลากรในระบบ ในการพัฒนาตนเอง และผู้อื่นให้เหมาะสมกับการดำเนินการ โดยนำแนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and McTaggart (สุวิมล ว่องวานิช, 2555 อ้างอิงมา จาก Kemmis and McTaggart, 1982) ที่เกี่ยวข้องกัน และพัฒนาต่อเนื่องกันเป็นวงจรแบบเกลียว ส่วนในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยมีขั้นตอน การพัฒนาแผน (Plan) เป็นการปฏิบัติในการปรับปรุงสิ่งที่ เกิดขึ้นแล้วเพื่อให้ดีขึ้น ปฏิบัติการ (Act) การทำตามแผน (นำแผนไปใช้ปฏิบัติ) สังเกต (Observe) ผลการปฏิบัติสะท้อนผล (Reflect) ผลจากการปฏิบัตินี้ถือเป็นพื้นฐานในการวางแผนงานครั้งต่อไป อย่างต่อเนื่องตลอดวงจร การทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมซึ่งหมุนไปใน กระบวนการเหล่านี้นำมาใช้เสมือนเป็นแหล่งให้เกิดการปรับปรุงในลักษณะไม่มีวันสิ้นสุด

2.6 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

2.6.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

ยุพาพร รูปงาม (นันทนา สุจินพรม, 2558 อ้างอิงจาก ยุพาพร รูปงาม, 2545) การมี ส่วนร่วม (Participation) คือ เกิดขึ้นจากการมีความเห็นพ้องกันในส่วนของความต้องการ ทิศทางใน การเปลี่ยนแปลง โดยจะต้องมีมากจนเกิดทำให้เกิดความคิดริเริ่มโครงการในการปฏิบัติ เหตุผลของ การที่มีคนมารวมกันได้จะต้องมีการตระหนักต่อการปฏิบัติการ หรือการกระทำทั้งหมด ที่เกิดจากการ กระทำโดยกลุ่มหรือในนามก็ตามโดยกระทำผ่านองค์กร (Organization) ดังนั้นองค์กรจะต้องเป็น เสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงได้

จิรศักดิ์ เจริญพันธ์ (2551) ให้ความหมายการมีส่วนร่วมไว้ว่า ทรัพยากรในการจัดการที่ เป็นส่วนของบุคคลในแต่ละระดับการปฏิบัติมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการจัดองค์กร การสั่งการ และควบคุมการปฏิบัติในแต่ละส่วน อย่างเต็มความสามารถ ทั้งในทิศทางเพื่อการปฏิบัติด้านเดียว หรือการนำเสนอซึ่งความคิดในการดำเนินการตามกระบวนการนั้นอย่างใดอย่างหนึ่ง

สันติ ฝากทอง (2557) การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่นำประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้าร่วมในการหาวิธีแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืนร่วมกันหาทางออกสำหรับการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในทางสันติ เป็นที่ยอมรับหรือเป็นฉันทามติของประชาสังคม และมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ โดยนำความเห็นและข้อเสนอแนะของประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนมาเป็นองค์ประกอบสำคัญในการตัดสินใจ และกำหนดแนวทางหรือนโยบายสาธารณะที่ภาครัฐจะดำเนินการ เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจร่วมปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ ตั้งแต่ต้นจนเสร็จสิ้นกระบวนการงาน

โคเฮน และ อัฟฮอฟ (สันติ ฝากทอง, 2557 อ้างอิงจาก Cohen and Uphoff, 1981) ได้ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมของชุมชนว่า สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่

- 1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร
- 2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
- 3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน
- 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

โดยสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือและเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนา รวมถึงได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาค

2.6.2 รูปแบบการมีส่วนร่วม

2.6.2.1 รูปแบบการมีส่วนร่วม 3 ระดับ (จිරศักดิ์ เจริญพันธ์, 2551) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- 1) การมีส่วนร่วมแบบชายขอบ (Marginal Participation) การมีส่วนร่วมในลักษณะนี้เกิดจากความสัมพันธ์ในเชิงอำนาจที่มีความไม่เท่าเทียมกัน จึงทำให้ฝ่ายหนึ่งมีความรู้ดีกว่าฝ่ายอื่นกว่า หรือมีทรัพยากร และความรู้ดีกว่า เป็นต้น
- 2) การมีส่วนร่วมแบบบางส่วน (Partial Participation) ผู้กำหนดนโยบายโดยรัฐที่กำหนดลงไปว่ารัฐมีความต้องการอะไร โดยที่รัฐเองไม่รู้ว่าชาวบ้านต้องการอะไร ดังนั้นการมีส่วนร่วมเป็นแค่เพียงการแสดงข้อคิดเห็นต่อการทำกิจกรรมที่เกิดขึ้นเพียงบางส่วน
- 3) การมีส่วนร่วมแบบสมบูรณ์ (Full Participation) เป็นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ตั้งแต่การกำหนดปัญหา ความต้องการ การตัดสินใจในแนวทางแก้ปัญหา และความเท่าเทียมกันของทุกฝ่าย

2.6.2.2 รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมมี 4 รูปแบบ (สร้อยญา ตาธูวัน, 2556 อ้างอิงจาก สัมฤทธิ์ กางเพ็ง, 2551)

1) รูปแบบที่ 1 การปรึกษาหารือ (Consultive Management) เป็นการบริหารแบบเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในรูปของคณะกรรมการระบบการปรึกษาหารือนี้เหมาะสำหรับใช้กับผู้บริหารระดับต้นขึ้นไปโดยการมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าคณะทำงานหรือประธานโครงการประธานคณะกรรมการหรือกรรมการเป็นต้น

2) รูปแบบที่ 2 กลุ่มคุณภาพ (Q.C. circles) เป็นการบริหารแบบเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานในรูปของกลุ่มบุคคล 3-10 คนที่อยู่หน่วยงานเดียวกันรูปแบบกลุ่มคุณภาพนี้เหมาะสำหรับใช้กับผู้ปฏิบัติงานระดับปฏิบัติหรือระดับหัวหน้างานเพราะเป็นการฝึกฝนและเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสทำงานร่วมกันเพื่อค้นหาปัญหาวิเคราะห์ปัญหาหาสาเหตุของปัญหาตลอดจนคิดหาแนวทางแก้ปัญหาด้วยตนเองโดยมีกระบวนการ 4 ขั้นตอนคือ P (Plan) การวางแผน D (Do) การปฏิบัติ C (Check) การตรวจสอบและ A (Action) การปรับปรุงแก้ไขหรือ PDCA นั่นเอง

3) รูปแบบที่ 3 ระบบข้อเสนอแนะ (Suggestion System) ซึ่งนับเป็นรูปแบบหนึ่งในการบริหารแบบมีส่วนร่วมได้ผลมาในทางปฏิบัติ นั่นคือรูปแบบจะต้องมีแบบฟอร์มในการให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำการกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มที่ได้กำหนดขึ้น เช่นปัญหาที่พบคืออะไรสาเหตุของปัญหาที่ค้นพบมาจากสาเหตุอะไรบ้างและผลที่คาดว่าจะได้รับนั้นจะเป็นอย่างไร ในส่วนของแบบฟอร์มที่ได้กำหนดขึ้นนี้อาจมีลักษณะของแบบฟอร์มที่มีความแตกต่างกันออกไปตามความต้องการของแต่ละหน่วยงาน โดยรูปแบบนี้จะให้ผลลัพธ์ดีก็ต่อเมื่อมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

(1) องค์ประกอบที่ 1 นโยบายเป้าหมายขององค์กรต้องชัดเจน
 (2) องค์ประกอบที่ 2 ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานต้องอยู่ในระดับสูง
 (3) องค์ประกอบที่ 3 การกำหนดผลตอบแทนที่จะให้แก่ผู้เสนอความคิดเห็นซึ่งจะต้องสร้างความรู้สึกว่าคุ้มค่าและมีผลทางจิตใจระบบและขั้นตอนการพิจารณาแล้วจะต้องรวดเร็วมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาแน่นอนชัดเจนตลอดจนการแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้เสนอความคิดเห็นได้ทราบอย่างรวดเร็วพร้อมเหตุผล

(4) องค์ประกอบที่ 4 การประชาสัมพันธ์หรือให้ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาด้านความคิดสร้างสรรค์และการใช้แบบฟอร์มข้อเสนอแนะให้ผู้เกี่ยวข้องทราบดังนั้นวิธีแก้ที่ดีก็คือการเปิดโอกาสให้ผู้เสนอความคิดเห็นมานั่งคุยกันตัวต่อตัวหรือไปหาข้อมูลโดยการสอบถามหรือสัมภาษณ์โดยตรง

4) รูปแบบที่ 4 ระบบส่งเสริมให้มีส่วนร่วมเป็นเจ้าของกิจการ (Employee Ownership Plan) รูปแบบนี้พบมากในการบริหารกิจการของบริษัทหน่วยงานเอกชนหรือรัฐวิสาหกิจ และมีความรู้สึกผูกพันในการปฏิบัติงานเพื่อผลประโยชน์ร่วมกัน ดังนั้นในรูปแบบนี้ผู้บริหารอาจจะนำมาประยุกต์โดย

การสร้างบรรยากาศให้เกิดความรู้สึกการเป็นเจ้าของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายพึงพอใจที่จะมีส่วนร่วมให้มากที่สุด

2.6.3 ระดับของการมีส่วนร่วม

2.6.3.1 คณะกรรมการการพัฒนาการระบบข้าราชการ (ก.พ.ร.) ได้กำหนดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาการบริการออกเป็น 5 ระดับ (ศุภนิมิต หนองม่วง, 2555) ดังนี้

1) ระดับที่ 1 ถือว่าเป็นระดับการมีส่วนร่วมน้อย คือ การแจ้งข้อมูลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบ ระดับนี้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอาจร่วมให้ข้อมูลได้บ้างเท่านั้น

2) ระดับที่ 2 เป็นการมีส่วนร่วมระดับที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยการร่วมปรึกษาหรือเป็นการร่วมคิดร่วมให้ความเห็น

3) ระดับที่ 3 เป็นการมีส่วนร่วมระดับร่วมคิดร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ

4) ระดับที่ 4 เป็นระดับการมีส่วนร่วมโดยการร่วมลงมือปฏิบัติการหรือร่วมกัน

ดำเนินการ

5) ระดับที่ 5 เป็นการมีส่วนร่วมระดับสูงสุด คือ การร่วมตรวจสอบและประเมินผลของการปฏิบัติตามแผนในระดับที่ 4 ถือว่าเป็นระดับของการมอบอำนาจให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ตัดสินใจอย่างแท้จริง

2.6.3.2 ระดับของการมีส่วนร่วมจัดระดับของการมีส่วนร่วมได้ดังนี้ (สันติ ผาทอง, 2557 อ้างอิงจาก เฉลียว บุรีภักดี และคณะ, 2545)

1) ประเภทที่ 1 แบ่งระดับการมีส่วนร่วมไว้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

(1) การมีส่วนร่วมแบบชายขอบ (Marginal Participation) การมีส่วนร่วมในลักษณะนี้จะเกิดจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันจนมีผลทำให้ฝ่ายหนึ่งรู้สึกด้อยอำนาจกว่า หรือมีทรัพยากร และความรู้ด้อยกว่า เป็นต้น

(2) การมีส่วนร่วมแบบบางส่วน (Partial Participation) โดยพบว่าผู้กำหนดนโยบายคือ รัฐที่กำหนดลงมาให้ต้องการอะไร โดยที่รัฐเองก็ไม่รู้ความต้องการของประชาชน จึงพบว่าการมีส่วนร่วมเป็นเพียงการแสดงความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมบางส่วนเท่านั้น

(3) การมีส่วนร่วมแบบสมบูรณ์ (Full Participation) เป็นการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การกำหนดปัญหาความต้องการ การตัดสินใจในการแก้ปัญหา และความเท่าเทียมกันของทุกฝ่าย

2) ประเภทที่ 2 แบ่งระดับการมีส่วนร่วม เป็น 5 ระดับ ดังนี้

(1) การมีส่วนร่วมในระดับต่ำที่สุด คือ มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์แต่ไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินการ เป็นการร่วมมือแบบ (Passive)

(2) การมีส่วนร่วมในด้านแรงงาน (Participate in Programs Activities) ด้านการเงิน ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านทรัพยากรอื่น ๆ ที่ใช้ในการดำเนินงานหรือดำเนินโครงการต่างๆ ซึ่งเป็นการร่วมมือแบบ Active โดยการมีส่วนร่วมนี้จะอยู่ระดับสูงขึ้นไปจากระดับแรก

(3) การมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรม (Participate in Implementing Programs) ซึ่งการมีส่วนร่วมในลักษณะนี้มีระดับที่สูงขึ้น แต่ยังคงไม่มีการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือในกิจกรรมต่างๆ

(4) การมีส่วนร่วมในด้านการกำกับ การติดตามผล และการประเมินผลการดำเนินงาน (Participate in Monitoring and Evaluating Programs) นับเป็นการมีส่วนร่วมในลักษณะที่มีระดับที่สูงขึ้น

(5) การมีส่วนร่วมในการที่จะตัดสินใจกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ (Participate in Planning Programs) โดยการมีส่วนร่วมในลักษณะนี้จะมีระดับสูงสุด หากการดำเนินงานมีส่วนร่วมในระดับนี้พบว่าจะเกิดการพัฒนายที่ยั่งยืน เพราะว่าชุมชนมีความสามารถที่จะดำเนินการได้เองครบวงจร โดยที่บุคลากรจากรัฐเป็นเพียงผู้ที่ให้การสนับสนุนเท่านั้น

3) ประเภทที่ 3 แบ่งระดับการมีส่วนร่วมเป็น 7 ระดับ ดังนี้

(1) ระดับการมีส่วนร่วมจะมีผู้กำกับอยู่เบื้องหลัง (Manipulation) หมายถึงการมีส่วนร่วมที่ประชาชนจะไม่มีอิสรภาพ เพราะไม่มีการนำความคิดเห็นมาใช้ในการพิจารณาของตนเองอย่างจริงจัง แต่จะต้องมีผู้กำหนดบทบาทและจุดมุ่งหมาย ตลอดจนวิธีการในการดำเนินการ คนในท้องถิ่นเพียงแต่ดำเนินการตามที่มอบหมายกำหนดไว้

(2) ระดับการมีส่วนร่วมแบบปรึกษาหารือ (Consultation) หมายถึง จากการที่คนในท้องถิ่นได้ถูกให้เข้าร่วมประชุมเพื่อขอความคิดเห็นจากคนในท้องถิ่นซึ่งได้มีการกำหนดจุดมุ่งหมาย และประเด็นต่างๆ รวมทั้งมีการกำหนดข้อสรุปไว้ล่วงหน้า ประชาชนมีหน้าที่เพียงแคให้การรับรองตามความประสงค์ของผู้ดำเนินการเท่านั้น

(3) ระดับการมีส่วนร่วมเพื่อรับรอง (Consensus Building) โดยการที่ประชาชนได้ถูกเชิญให้เข้าร่วมประชุม ในการแสดงความคิดเห็นที่พ้องกับสิ่งที่ผู้จัดประชุมได้มีการสรุปไว้แล้ว โดยอาจจะเป็น ข้อสรุปที่เกิดผลประโยชน์ต่อประชาชนอย่างแท้จริงก็ได้ หรือข้อสรุปที่แฝงผลประโยชน์ของผู้จัดการประชุมก็ได้

(4) ระดับการมีส่วนร่วมเพื่อตัดสินใจ (Decision Making) หมายถึง การมีส่วนร่วมที่ประชาชนมีสิทธิมีเสียงในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยคำนึงถึงความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนเป็นสำคัญ จึงเป็นการมีส่วนร่วมที่ให้ความสำคัญต่อความเห็นและความต้องการของประชาชน

(5) ระดับการมีส่วนร่วมที่ประชาชนมีความรับผิดชอบในผลของการตัดสินใจ (Risk Sharing) เป็นการมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง รวมถึงมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อผลที่เกิดจากการตัดสินใจนั้นด้วย การมีส่วนร่วมในระดับนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการให้เกียรติและเชื่อมั่นในความคิดเห็นของประชาชนเป็นอย่างมาก

(6) ระดับการมีส่วนร่วมแบบคนที่เท่าเทียมกัน (Partnerships) หมายถึง การมีส่วนร่วมที่ประชาชนมีสิทธิ์ในการตัดสินใจอย่างเต็มที่ เป็นการเคารพภูมิปัญญาตลอดจนวัฒนธรรมของประชาชน โดยถือความคิดและวิถีชีวิตของประชาชนไม่ได้มีคุณค่าน้อยกว่าความคิดเห็นและวิถีชีวิตของใคร

(7) ระดับการมีส่วนร่วมที่ประชาชนพึ่งพาตนเอง (Self Reliance) หมายถึง การมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเป็นผู้ให้กำหนดทิศทางและแนวทางในการแก้ปัญหา และพัฒนาด้วยตนเองของประชาชนอย่างเต็มที่

4) ประเภทที่ 4 แบ่งระดับการมีส่วนร่วมไว้เป็น 8 ระดับ ดังนี้

- (1) ไม่มีการมีส่วนร่วม
- (2) การมีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
- (3) การมีส่วนร่วมปรึกษาหารือ
- (4) การมีส่วนร่วมสร้างประชาคมดี
- (5) การมีส่วนร่วมตัดสินใจ
- (6) การมีส่วนร่วมในระดับร่วมรับความเสี่ยง
- (7) มีส่วนร่วมในระดับของการเป็นหุ้นส่วน

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าไปมีส่วนในการร่วมตัดสินใจ ดำเนินการ ร่วมประเมินผล และรวมถึงร่วมรับผลที่เกิดจากการดำเนินการนั้นๆ ในการวิจัยครั้งนี้ คือ การมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการในการพัฒนาคุณภาพบริการ คลินิกควาร์ฟาริน โดยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ดำเนินการ ร่วมรับผล และรวมถึงประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนา

2.7 แนวคิด และทฤษฎีความรู้

2.7.1 ความหมายของความรู้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ฉบับปี พ.ศ. 2554 ให้นิยามความรู้ หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2554)

ความรู้ คือ ความจริง การพิสูจน์ความเชื่อที่เป็นจริง สิ่งที่สั่งสมมาได้จากการศึกษา ค้นคว้า ความสามารถในการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะ ความเข้าใจ ประสบการณ์ และ สารสนเทศต่างๆ ที่ได้จากการเปรียบเทียบ เชื่อมโยงกับความรู้อื่นๆ หรือได้จากการได้ยิน ฟัง คิด หรือ ปฏิบัติ อดวิชาในแต่ละสาขา ซึ่งสามารถสื่อสาร แลกเปลี่ยนแบ่งปันกันได้ และสามารถนำไปใช้ ประโยชน์ในการสรุป และตัดสินใจสถานการณ์ต่างๆ ได้โดยไม่จำกัด (บัณฑิตา สุขญาโณ, 2552)

ความรู้ คือ ความจำ ซึ่งเป็นความสามารถและทักษะทางสมองในการจดจำ หรือระลึกได้ จากเรื่องราวต่างๆ จากประสบการณ์ที่ได้รับรู้มารวมถึงการจำเนื้อเรื่องต่างๆ ทั้งที่ปรากฏอยู่ในแต่ละ เนื้อหาวิชา (Bloom et al., 1956)

2.7.2. ระดับของความรู้ตามแนวคิดของ บลูม และคณะ (สมรรถนตร เตริโย, 2559 อ้างอิงจาก Bloom et al., 1956) แบ่งเป็น 6 ระดับ ดังนี้

2.7.2.1 ความรู้ ความจำ (knowledge) เป็นความสามารถ และทักษะทางสมองใน การจดจำหรือระลึกได้จากเรื่องราวต่างๆ จากประสบการณ์ที่ได้รับรู้มา หรือระลึกได้เกี่ยวกับความหมาย ของคำสัญลักษณ์ต่างๆ วิธีการดำเนินการแบบแผนการปฏิบัติการจัดประเภทหมวดหมู่ การสรุปใจความ รวบรวมย่อในเนื้อเรื่องของหลักวิชาการซึ่งอยู่ในสกุลเดียวกันมาสัมพันธ์กันจนได้โครงสร้างของเนื้อความ ใหม่ในเรื่องเดียวกันและรู้ในด้านทฤษฎีต่าง

2.7.2.2 ความเข้าใจ (comprehension) เป็นความสามารถและทักษะในการแปลความ ตีความหมาย จับใจความสำคัญของเรื่อง มองภาพส่วนรวมมาเป็นใจความสั้นอย่างได้ใจความขยาย ความในเรื่องราวและเหตุการณ์ต่างๆ และสามารถถ่ายทอดเรื่องราวเดิมออกมาเป็นภาษาของตนเอง ได้โดยมี ความหมายเหมือนเดิมอยู่

2.7.2.3 การประยุกต์หรือการนำไปใช้ (application) เป็นความสามารถในการนำ ความรู้ ความ เข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้แล้วนำไปใช้แก้ไขปัญหาสถานการณ์ใหม่ ซึ่งอาจ ไกลเคียง หรือคล้ายคลึงกับ สถานการณ์ที่เคยพบเห็นมาก่อน

2.7.2.4 การวิเคราะห์ (analysis) เป็นความสามารถในการแยกแยะเรื่องต่างๆ ออกเป็น หน่วย ย่อยๆ แต่มีองค์ประกอบที่สำคัญเพื่อให้ลำดับความคิดมีความสัมพันธ์กัน โดยมุ่งที่จะให้การสื่อ ความหมายนี้มีความชัดเจน มีลักษณะสำคัญได้แก่ การวิเคราะห์ความสำคัญเพื่อค้นหาสาเหตุ ผลลัพธ์ และจุดมุ่งหมายของเรื่องนั้นๆ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพื่อค้นหาความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน และ การวิเคราะห์หลักการ

2.7.2.5 การสังเคราะห์ (synthesis) เป็นความสามารถในใช้สมองคิดผสมผสานส่วนย่อย ต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อสร้างสิ่งใหม่อีกรูปแบบหนึ่งมีคุณลักษณะ โครงสร้างหรือหน้าที่ใหม่ที่แปลกแตกต่าง ไป จากของเดิมโดยอาศัยความสามารถของตนเองแบ่งเป็น 3 ลักษณะคือ 1) การสังเคราะห์ข้อความ เป็น ความสามารถในการสังเคราะห์ข้อความหาข้อยุติบางประการ โดยการสื่อหรือโดยการพูด การเขียน

การวิพากษ์วิจารณ์ 2) การสังเคราะห์แผนงาน เป็นความสามารถเขียนโครงการต่างๆ ล่วงหน้า ตามจุดมุ่งหมายให้สอดคล้องกับข้อมูลที่กำหนดไว้ 3) การสังเคราะห์ความสัมพันธ์เป็นความสามารถในการนำเอานามธรรมย่อยๆ มาจัดระบบผสมผสานข้อเท็จจริงหรือส่วนประกอบให้เป็นสำเร็จรูปหน่วยใหม่ที่แปลกไปจากเดิม เกิดเป็นทฤษฎี กฎ สมมติฐานหรือสูตรขึ้น และเมื่อกำหนดข้อเท็จจริงหรือเงื่อนไขของเรื่องราว สามารถหาข้อยุติ หรือข้อสรุปของเรื่องนั้น ในแง่มุมต่างๆ ได้ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

2.7.2.5 การประเมินค่า (evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินคุณค่าของเนื้อหาวัสดุอุปกรณ์ และวิธีการ ทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพที่สอดคล้องกับ สถานการณ์โดยพิจารณาว่าสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่ามี ลักษณะที่ควรหรือไม่ควร ดี-เลวโดยอาศัยเกณฑ์ และมาตรฐานเนื้อหาสาระของเรื่องนั้นเป็นการประเมิน รวมทั้งใช้เกณฑ์ประเมินภายนอกซึ่งอาจเป็นเกณฑ์ตามหลักเหตุผล หรือเกณฑ์ที่สังคม ประเพณีกำหนดไว้

สรุปว่า ความรู้หมายถึง เป็นความสามารถ และทักษะทางสมองในการจดจำ การระลึกได้ในเรื่องราวต่างๆ ที่มีมาจากประสบการณ์ที่ได้รับรู้มาได้ ซึ่งสามารถสื่อสาร แลกเปลี่ยนแบ่งปันกันได้ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการสรุป และตัดสินใจสถานการณ์ต่างๆ ได้โดยไม่จำกัด

2.8 แนวคิด ทฤษฎีความพึงพอใจ

ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ (Maslow, 1970; รังสรรค์ ฤทธิ์ผาด, 2550) มาสโลว์ (Maslow) ได้เรียงลำดับสิ่งจูงใจ หรือความต้องการของมนุษย์ไว้ 5 ระดับ โดยเรียงลำดับขั้นของความต้อต้องการไว้ตามความสำคัญ ดังนี้

ระดับ 1 ความต้องการพื้นฐานทางสรีระ

ระดับ 2 ความต้องการความปลอดภัยรอดพ้นอันตรายและมั่นคง

ระดับ 3 ความต้องการความรัก ความเมตตา ความอบอุ่น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ระดับความต้องการเกียรติยศชื่อเสียง การยกย่อง และความเคารพตัวเอง และ

ระดับ 5 ความต้องการความสำเร็จด้วยตนเอง

2.8.1 ความหมายของความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกที่ดี หรือเจตคติที่ดีของบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้น ๆ เป็นประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ความพึงพอใจต่ออัธยาศัยความสนใจ ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการได้รับการบริการ ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการบริการ ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่รับบริการ (สร้อยญา ตาธวัน, 2556)

ความพึงพอใจในการบริการ หมายถึง ภาวะของการแสดงออกถึงความรู้สึกทางบวกของบุคคลอันเป็นผลมาจากการประเมินคุณภาพของการบริการจากการรับรู้สิ่งที่ได้รับการบริการ เปรียบเทียบกับความคาดหวังในการบริการนั้น โดยที่ยังแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ตามความเกี่ยวเนื่องของบุคคลในการบริการนั้น ได้แก่ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Customer Satisfaction) และความพึงพอใจในงานของผู้ให้บริการ (Job Satisfaction) (วชิรวิทย์ หอมบุญยงค์, 2560 อ้างอิงจาก อเนก สุวรรณบัณฑิต และภาสกร อดุลพัฒน์กิจ, 2554)

2.8.2 ลักษณะของความพึงพอใจ

ความพึงพอใจในการบริการมีความสำคัญในดำเนินงานบริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีลักษณะดังนี้ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2535 อ้างอิงจาก สรัญญา ตาธูวัน, 2556)

2.8.2.1 ความพึงพอใจเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ และความรู้สึกในทางบวกของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด บุคคลจำเป็นต้องปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวการตอบสนอง ความต้องการส่วนบุคคล ด้วยการโต้ตอบกับบุคคลอื่นและสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ทำให้แต่ละคนมีประสบการณ์การเรียนรู้ สิ่งที่จะได้รับตอบสนองแตกต่างกันไปในสถานการณ์การบริการก็เป็นเช่นเดียวกัน บุคคลรับรู้หลายสิ่งหลายอย่าง

2.8.2.2 ความพึงพอใจเกิดจากการประเมินความแตกต่างระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับสิ่งที่ได้รับจริงในสถานการณ์บริการ โดยบริการใดก็ตามมักจะมี ความคาดหวังในการที่จะ ได้รับจากบริการนั้น ๆ ก่อนเสมอจากลักษณะของความพึงพอใจ

ลักษณะพื้นฐาน 6 ประการที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การทางการแพทย์ และความรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้รับจากบริการ (สรัญญา ตาธูวัน, 2556) ดังนี้

1) ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience) แบ่งออกเป็น

- (1) การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ
- (2) การได้รับการดูแลเมื่อมีความต้องการ
- (3) ความสะดวกสบายที่ได้รับในบริการ

2) ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ แบ่งออกเป็น

(1) การที่ได้รับบริการทุกประเภท ณ สถานที่หนึ่ง คือผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย

(2) แพทย์มีความสนใจต่อสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วยซึ่งได้แก่ ทางด้านร่างกาย และทางด้านจิตใจ

(3) แพทย์ได้มีการติดตามผลรักษา

Penchansky และ Thomas (Penchansky & Thomas, 1988) ให้แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ (Medical Service Access) โดยสรุปแบ่งเป็น 5 ประเภท คือ

- 1) ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) คือ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่จริงกับความพอเพียงตามความต้องการของผู้ป่วยที่มารับบริการ
- 2) การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) คือ การที่ผู้ป่วยที่มารับบริการมีความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการแห่งนั้นได้อย่างสะดวกโดยคำนึงถึงลักษณะของที่ตั้งและการเดินทาง
- 3) สิ่งอำนวยความสะดวกและความสะดวกของแหล่งที่ให้บริการ (Accommodation) ได้แก่ แหล่งบริการซึ่งผู้ป่วยยอมรับว่าได้รับความสะดวก และมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย
- 4) ความสามารถของผู้ป่วยในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการหรือมีการประกันสุขภาพ (Affordability)
- 5) การยอมรับคุณภาพของการบริการ (Acceptability) ซึ่งในที่นี้รวมถึงการยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการด้วย

สรุป ความพึงพอใจ หมายถึง ภาวะของการแสดงออกทางอารมณ์ และความรู้สึกที่ดีหรือเจตคติที่ดีของบุคคลต่อสิ่งนั้นๆ ความพึงพอใจของผู้รับบริการจะประเมินจากข้อมูลที่ได้รับจากบริการ ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการบริการ ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ

2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิเศษศิลป์ ปันธน์คำ (2552) ได้ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการใช้ยารักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ก่อน และหลังการพัฒนาปรับปรุงงานคลินิกวาร์ฟาริน พบว่า หลังมีการปรับปรุงพัฒนางานในวาร์ฟารินคลินิก พบว่า ร้อยละจำนวนครั้งของค่า INR ที่เข้าเป้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.3 เป็น 48.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ความต่อเนื่องหลังจากการเข้าเป้า INR เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในเดือนที่ 2, 3, 4 เดือน เท่ากับร้อยละ 34.2, 15.7, 5.2 ตามลำดับ ในระยะที่ 1 มีความต่อเนื่องของ INR ในเดือนที่ 2, 3 เท่ากับร้อยละ 23.6, 2.6 ตามลำดับ ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะเลือดออกที่รุนแรงใน 2 ระยะ ส่วนภาวะเลือดออกที่ไม่รุนแรงที่พบในระยะที่ 1 กับ 2 ไม่แตกต่างกัน คือ ร้อยละ 3.9 และ 3.3 ตามลำดับ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของกสนปรับปรุงพัฒนางานในวาร์ฟารินคลินิกซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาและสามารถเข้าถึง INR เป็นเป้าหมายต่อเนื่องเพิ่มขึ้น

เกษร สังข์กฤต (2555) ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินในโรงพยาบาลสกลนคร ผู้ให้ข้อมูล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ให้บริการ ในคลินิกแอสไพริน จำนวน 15 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกแอสไพรินในปี 2553-2555 จำนวน 892 คน ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน ประกอบด้วย 1) การจัดระบบบริการในคลินิก 2) การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) การใช้รูปแบบพยาบาลนำทางคลินิก และการจัดการรายการหนี้ ภายใต้การดูแลของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงทำหน้าที่คัดกรองค้นหาภาวะแทรกซ้อน ค้นหาปัญหาด้านยาและปัจจัยที่มีผลต่อระดับยาในเลือด การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก คัดกรองภาวะเร่งด่วนในการดูแล 4) จัดตั้งจิตอาสาภาคประชาชนร่วมบริการผู้ป่วย 5) การจัดการตนเองในผู้ป่วย เพื่อจัดการภาวะเลือดออกผิดปกติ และภาวะลิ่มเลือดอุดตันจากการใช้ยาแอสไพริน 6) สนับสนุนการจัดการตนเอง เช่น คู่มือการจัดการตนเอง การใช้ไมเดเลยา และการสื่อสารผ่านคอมพิวเตอร์ เป็นต้น 7) การติดตามเยี่ยมบ้าน ติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดทางโทรศัพท์ และไปรษณียบัตรภายใน 7 วัน 8) บันทึกข้อมูลการรักษาในโปรแกรมคลินิกแอสไพริน 9) ขยายเครือข่ายการดูแลไปยังโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 โรงพยาบาล ผลการพัฒนารูปแบบพบว่า ผลลัพธ์ในการดูแลระดับค่า INR อยู่ในช่วงที่มีผลดีต่อการรักษาเพิ่มมากขึ้น อัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดลง อัตราการเกิดปัญหาด้านการใช้ยาลดลง และความพึงพอใจต่อการบริการเพิ่มสูงขึ้น ข้อเสนอแนะจากศึกษานี้ ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินในโรงพยาบาลอื่นๆ ต่อไป

พัทยา หวังสุข และสุนิดา แสงน้อย (2557) การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อประเมินผล การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยใช้ยาแอสไพรินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยทำการศึกษาในอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2554 ถึง กันยายน พ.ศ. 2555 วิธีการศึกษาคือ พัฒนารูปแบบคลินิกแอสไพรินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นลูกข่าย ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 21 ราย มีการรับยาตามนัดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 86.27 การติดตามค่า INR ของผู้ป่วยในแต่ละ รพ.สต. ในภาพรวม ร้อยละ 67.82 การติดตามอาการข้างเคียงจากการใช้ยาแอสไพริน พบอาการเลือดออกเล็กน้อย ร้อยละ 2.24 อาการที่พบคือ เลือดออกตามไรฟัน และไอมีเสมหะปนเลือด ไม่พบอาการเลือดออกรุนแรง จากการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยใช้ยาแอสไพรินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ช่วยให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยได้ใกล้ชิด และบ่อยครั้งขึ้น โดยการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยได้รับความรู้ และมีความตระหนักในเรื่องอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการใช้ยาแอสไพริน และการจัดการแก้ไขเบื้องต้นการอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ อาศัยชุมชนมีส่วนร่วมในการรักษาการเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความรู้เรื่องยา

วาร์ฟารินมากขึ้น ซึ่งงานวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ ที่ต้องการการดูแลแบบใกล้ชิด โดยแต่ละกลุ่มโรคจะมีจุดเน้นที่แตกต่างกันออกไป

จूरिพร ศรีเมือง (2556) ศึกษาวิจัยการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวาน โดยเครือข่ายสุขภาพในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระเทียม อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผลการวิจัยพบว่ามีขั้นตอนการดำเนินงานแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะการศึกษาสภาพการณ์ 2) ระยะวางแผน 3) ระยะการพัฒนา และ 4) ระยะการติดตามประเมินผล ภายหลังจากเข้าร่วมการพัฒนาบริการคลินิกเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ ระดับการมีส่วนร่วม และระดับความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพคลินิกเบาหวานโดยใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (Appreciation Influence Control : A-I-C) ก่อเกิดเป็นรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานในพื้นที่ดังนี้ 1.การจัดตั้งชมรมจิตอาสา อ.ส.ม ในการให้บริการเชิงรุกแก่ผู้ป่วยเบาหวาน 2.การจัดหาแนวทางในการดำเนินงานให้บริการผู้ป่วยเบาหวานในรพ.สต.และในชุมชน 3.การระดมทุนจัดหางบประมาณ และทรัพยากรภายในชุมชน ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานทำให้ได้มาซึ่งรูปแบบระบบบริการคลินิกเบาหวานแบบใหม่ สามารถสร้างแบบจำลองได้เป็น A-B-C DM MODEL ประกอบด้วย (A-Ability) การให้บริการตามเกณฑ์การประเมินศักยภาพความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (B-budge) การระดมทุนและทรัพยากรในชุมชน (C-Community participation) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย

พทุธิดา จันดอนแดง (2556) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอนวมราชู จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) และได้ประยุกต์แนวคิดของไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยใช้กระบวนการปรับปรุงระบบงาน (ECRS) ในการจัดการเปลี่ยนแปลงระบบบริการในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) แต่งตั้งคณะทำงาน 2) เก็บรวบรวมข้อมูล 3) วิเคราะห์ข้อมูล 4) วางแผนในการดำเนินงาน 5) ดำเนินการตามแผนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ 6) การสังเกต ติดตาม และสัมภาษณ์ 7) สังเคราะห์ข้อมูล และ 8) ประเมินผล ถอดบทเรียน ซึ่งได้ รูปแบบใหม่ คือ “NAWA Model” มี 4 องค์ประกอบ คือ (N = Network in the community A = Alternative care W = Well - Organization A = Attention to target Group) มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทโดยกระบวนการแบบมีส่วนร่วม การมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับสูง สามารถลดระยะเวลาในการให้บริการได้ถึง 50 นาที

เจนจิรา ตันตวิชญวานิช และรังสิม ไชยาสุ (2556) ทำการศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ใช้อยาวาร์ฟารินซึ่งได้ทำการดำเนินการโดยเภสัชกร ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในกลุ่มผู้ป่วยนอก และกลุ่มผู้ป่วยในที่ใช้อยาวาร์ฟารินในโรงพยาบาลปัตตานี โดนทำการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา การประเมินอาการไม่พึงประสงค์ด้วย Naranjo's Algorithm การตรวจสอบปฏิกริยาระหว่างกัน รวมถึงการเก็บรักษายา ได้ดำเนินการแก้ไขและป้องกันปัญหาที่พบ ผลการวิจัยพบผู้ป่วยนอก 103 ราย ที่เข้ารับการรักษา รวม 626 ครั้ง ผลพบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 20.61 พบปัญหาจากการใช้ยาได้แก่ ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา ร้อยละ 46.51 (ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาในบางครั้งหรือหยุดยาเอง ร้อยละ 75 ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 25) การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 43.41 (ได้แก่รอยจ้ำเลือด เลือดออกตามไรฟัน) การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา และอาหาร หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผู้ป่วยใช้ร่วม ร้อยละ 9.30 และเก็บยาไม่ถูกต้อง ร้อยละ 0.78 นอกจากนี้ ยังพบความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยาอวาร์ฟารินของแพทย์ร้อยละ 11.02 ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการที่แพทย์ไม่ปรับขนาดยาตาม ค่า International Normalized Ratio (INR) ร้อยละ 36.23 แพทย์ยอมรับข้อเสนอนะของเภสัชกรร้อยละ 79.71 ในการปรับเปลี่ยนการรักษา การเก็บข้อมูลในผู้ป่วยใน 114 รายซึ่งได้รับการติดตาม 168 ครั้ง พบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 8.33 มีปัญหาจาก การใช้อยาวาร์ฟาริน ส่วนใหญ่ คือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ร้อยละ 71.43 (เช่น ไอ อาเจียน ปัสสาวะ ถ่ายเป็น เลือด เลือดออกตามไรฟัน และมีจ้ำเลือด) การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาที่ผู้ป่วยใช้ร่วมร้อยละ 21.43 นอกจากนี้พบความคลาดเคลื่อนจาก การสั่งยาอวาร์ฟารินของแพทย์ ร้อยละ 7.74 ซึ่งส่วนใหญ่แพทย์ปรับขนาดยาไม่เหมาะสม ร้อยละ 76.92 และ แพทย์ไม่สั่งยาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับ ร้อยละ 23.08 แพทย์ยอมรับข้อเสนอนะของเภสัชกร ร้อยละ 83.33 สรุป: การบริหาร ทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ใช้อยาวาร์ฟารินโดยเภสัชกรร่วมกับการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้อง และเกิดความปลอดภัยในการใช้ยา

ทิพารัตน์ คงนาวัง และจุฬารัตน์ โสตะ (2556) ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนและเปรียบเทียบผลก่อนและหลังดำเนินการในเรื่องความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และผู้นำชุมชน การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวานของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และผู้นำชุมชน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานต่อการพัฒนารูปแบบพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ มีการปฏิบัติตัวได้รับการสนับสนุน และมีความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.05$) ผลเลือดผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.05$) ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้และให้การสนับสนุนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.05$)

และผู้นำชุมชน มีความรู้ และให้การสนับสนุนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.05$)

มรกต ภัทรพงศ์สินธุ์ (2558) ทำการศึกษาเปรียบเทียบ ผลการรักษาผู้ป่วยที่รับประทานยา วาร์ฟารินในโรงพยาบาลชัชวามิกับโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัชวามิซึ่งพบว่า กลุ่มที่ได้รับประทานยา วาร์ฟารินในโรงพยาบาลชุมชนมีการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันสมอง รวมถึงการขาดนัดน้อยกว่าใน โรงพยาบาลชัชวามิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า การดูแลผู้ป่วยที่รับประทานยา วาร์ฟารินในรูปแบบคลินิกเฉพาะโรคและการดูแลเป็นเครือข่ายมีประสิทธิภาพ เพิ่มการเข้าถึงบริการและ ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้ยา วาร์ฟาริน

ปฐวี โลหะรัตนกร, พลอยไพลิน ฤทธิบุญ, ยูธิดา หงส์ สิริบุญญา และมณีพิมาย ไชยชุน (2559) ศึกษาความรู้ในการใช้ยา วาร์ฟารินและการควบคุมค่า International Normalized Ratio เป้าหมายของผู้ป่วยนอกศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 206 ราย พบค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยในการใช้ยา วาร์ฟารินของผู้ป่วยคือ 13.6 ± 2.4 คะแนนจาก 18 คะแนน โดยมีผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมินความรู้ ร้อยละ 72.8 มีมิติคำถามที่ผู้ป่วยตอบได้น้อย ที่สุดคือ มิติข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและมิติความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญ ของเป้าหมายค่า INR พบว่า ปัจจัยอายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับค่าคะแนนความรู้ อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผู้ป่วยมี %TTR เฉลี่ย ร้อยละ 40.2 โดยคะแนนความรู้มีความสัมพันธ์ กับการผ่านเกณฑ์ %TTR อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.882$) สรุปผู้ป่วยส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ ประเมินความรู้ในการใช้ยา วาร์ฟารินแต่มีความรู้ต่ำในบางมิติจึงควรหาแนวทางในการเพิ่มความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยา วาร์ฟารินในผู้ป่วย

Witt, et al (2005) ทำการศึกษาผลทางคลินิกจากการให้บริการของ Clinical Pharmacy Anticoagulant Service (CPAS) เปรียบเทียบผลของการให้บริการไม่ใช่ CPAS ทำการศึกษาแบบ Retrospective Observation Cohort Study นาน 6 เดือน ผู้ป่วย 6,646 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มให้ Intervention กลุ่มละ 3,323 คน การให้ Intervention ผ่านทางการโทรศัพท์ พบว่า ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 39 (Hazar Ratio 0.61; 95%CI, 0.42-0.88) และ ค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 63.5 ($p < 0.001$)

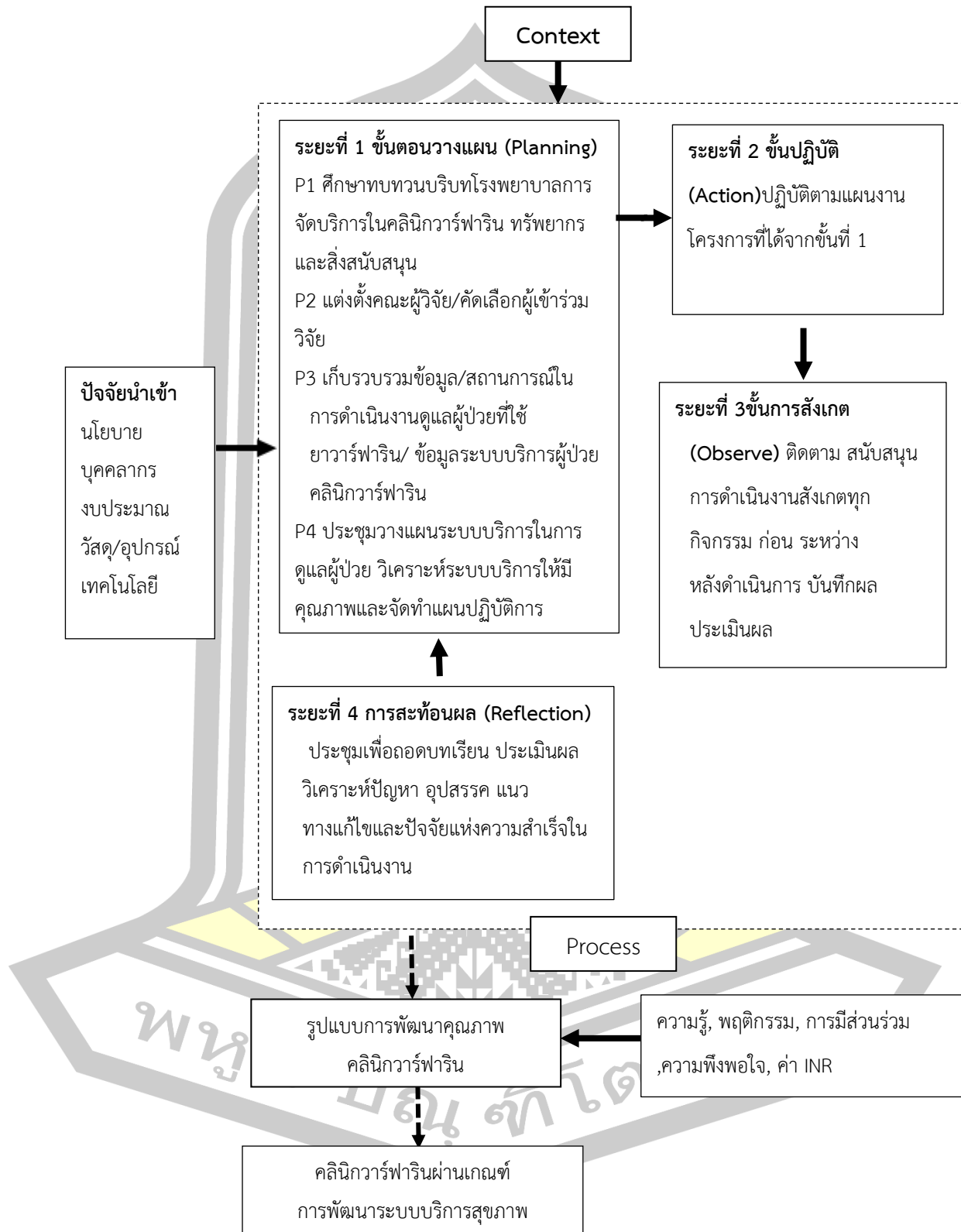
Rudd & Dier (2010) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการบริหารจัดการคลินิก ด้านการแข็งตัวของเลือดและการดูแลทางการแพทย์ตามปกติเพื่อประเมินความปลอดภัยและ ผลกระทบทางเศรษฐกิจของบริการจัดการยาต้านการแข็งตัวของเลือดในสามรูปแบบ ได้แก่ การดูแล ทางทางการแพทย์ตามปกติ บริการที่ได้รับการจัดการจากพยาบาลและบริการที่ได้รับการจัดการจาก เภสัชกร เป็นการศึกษาจากเวชระเบียนย้อนหลังในสถานบริการสุขภาพ 8 แห่งใน central New York State. พบว่าการบริการจัดการยาต้านการแข็งตัวโดยเภสัชกรลดอัตราการนอนโรงพยาบาล

ลดลง 56% เทียบกับการบริหารจัดการโดยพยาบาลและลดลง 61% เทียบกับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินพบว่าลดลง 78% เทียบกับทั้งการบริหารจัดการโดยพยาบาลและการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.002$) การบริการจัดการยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยเภสัชกรลดค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาล 141,277.34 ดอลลาร์สหรัฐ ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน 10,183.76 ดอลลาร์สหรัฐ เทียบกับการบริหารจัดการโดยพยาบาล และเทียบกับการดูแลปกติลดค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาล 95,579.08 ดอลลาร์สหรัฐ ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน 5511.21 ดอลลาร์สหรัฐ สรุปว่าการบริการจัดการยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยเภสัชกรลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าคลินิกที่มีความร่วมมือระหว่างเภสัชกร พยาบาล และแพทย์ อาจเป็นโครงสร้างที่ดีที่สุดในการบริการจัดการยาต้านการแข็งตัวของเลือด

Manzoor, et al (2017) ได้ศึกษาคุณภาพของการบริหารจัดการของเภสัชกรในคลินิกต้านการแข็งตัวของเลือดผู้ป่วยนอก ในระยะยาวทบทวนระบบประเมินคุณภาพในการควบคุมค่าการแข็งตัวของเลือดในกลุ่มที่มีการบริหารจัดการโดยเภสัชกรจะดีกว่ากลุ่มที่มีการรักษาแบบปกติส่วนใหญ่ ($N = 23$ of 25 , 92.0%) ผลลัพธ์ทางคลินิกพบอุบัติการณ์ต่ำ หรือเท่ากันในการเกิดภาวะเลือดออกที่รุนแรง ($N = 10$ of 12 , 83.3%) หรือเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ($N = 9$ of 10 , 90.0%) และลดการนอนโรงพยาบาลหรือมาที่ห้องฉุกเฉิน ($N = 9$ of 9 , 100%) การบริหารจัดการโดยเภสัชกรในคลินิกยาต้านการแข็งตัวของเลือดช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษา ($N = 6$ of 6 , 100%) สรุปว่าการบริหารจัดการโดยเภสัชกรในงานบริการผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดทำเพิ่มคุณภาพในการควบคุมค่าการแข็งตัวของเลือดลดการเกิดภาวะเลือดออกที่รุนแรง และเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันและการมาใช้บริการด้านการดูแลสุขภาพลดลง



2.10 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุณทรภัก จังหวัดอุบลราชธานี ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นไปภายใต้กรอบการศึกษาค้นคว้าวิจัยตามแนวคิด P-A-O-R Spiral Cycle ของเคมมิส และแมคแท็กการท (Kemmis et al., 1988) ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) มีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
- 3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.7 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Action Research) ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผล และร่วมสะท้อนผล ตามแนวคิด P-A-O-R Spiral Cycle ของ เคมมิส และแมคแท็กการท (Kemmis et al., 1988) ที่ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) การสะท้อนผล (Reflection) โดยใช้การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน แนวคิดของไคเซ็น (Kaizen, 1986) เป็นกระบวนการปรับปรุงระบบบริการ (ECRS) ร่วมกับนำและแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกวาร์ฟารินตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยมีขั้นตอนการศึกษาค้นคว้าวิจัยตามกรอบแนวคิด P-A-O-R Spiral Cycle

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

3.2.1 ประชากรคือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 167 คน จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม

3.2.1.1 กลุ่มที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัย บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 29 คน ประกอบด้วย

- 1) คณะกรรมการที่มนำคลินิกบริการ (Pateint Care Team; PTC) จำนวน 25 คน
- 2) คณะกรรมการคลินิกวาร์ฟาริน จำนวน 4 คน

3.2.1.2 กลุ่มที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนาบริการคลินิก วาร์ฟารินคลินิกวาร์ฟาริน จำนวน 114 คน ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยที่ใชยวาร์ฟารินที่ขึ้นทะเบียนรับบริการที่คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาล บุณฑริกทั้งหมด 57 คน
- 2) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใชยวาร์ฟาริน จำนวน 57 คน

3.2.2 กลุ่มเป้าหมาย ในการศึกษาครั้งนี้สามารถจำแนกกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

3.2.2.1 กลุ่มเข้ามามีส่วนร่วม ในกระบวนการศึกษาวิจัย ใช้วิธีการสุ่มคัดเลือก กลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) จำนวน 18 คน ประกอบด้วย

1) คณะกรรมการที่มนำคลินิกบริการ (Pateint Care Team; PCT) ได้แก่

- | | |
|--|------|
| (1) แพทย์ประธานทีมคลินิกบริการ | 1 คน |
| (2) ทันตแพทย์ | 1 คน |
| (3) เภสัชกร | 1 คน |
| (4) นักเทคนิคการแพทย์ | 1 คน |
| (5) พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน | 1 คน |
| (6) พยาบาลวิชาชีพงานบริการผู้ป่วยนอก | 1 คน |
| (7) พยาบาลวิชาชีพงานบริการผู้ป่วยในตึกหญิง | 1 คน |
| (8) พยาบาลวิชาชีพงานบริการผู้ป่วยในตึกชาย | 1 คน |
| (9) พยาบาลวิชาชีพคลินิกโรคเรื้อรัง | 1 คน |
| (10) พยาบาลวิชาชีพศูนย์ดูแลต่อเนื่อง | 1 คน |
| (11) นักกายภาพบำบัด | 1 คน |

- | | |
|-----------------------------|------|
| (12) แพทย์แผนไทย | 1 คน |
| (13) นักโภชนาการ | 1 คน |
| (14) เลขาที่มนำคลินิกบริการ | 1 คน |

2) คณะกรรมการคลินิกกัวร์ฟาริน ได้แก่

- | | |
|---|------|
| (1) แพทย์ผู้รับผิดชอบคลินิก | 1 คน |
| (2) พยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิก | 1 คน |
| (3) นักเทคนิคการแพทย์ผู้รับผิดชอบคลินิก | 1 คน |
| (4) เภสัชกรผู้รับผิดชอบคลินิก | 1 คน |

รวมผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 18 คน

3) เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

(1) คณะกรรมการในทีมนำคลินิกบริการ ได้แก่ แพทย์ประธานทีมคลินิกบริการ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพงานบริการผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพงานบริการผู้ป่วยในหญิง พยาบาลวิชาชีพงานบริการผู้ป่วยในชาย พยาบาลวิชาชีพคลินิกโรคเรื้อรัง พยาบาลวิชาชีพศูนย์ดูแลต่อเนื่อง นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักโภชนาการ และเลขาที่มนำคลินิกบริการ

(2) คณะกรรมการคลินิกกัวร์ฟาริน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ และเภสัชกรผู้รับผิดชอบคลินิก

(3) เจ้าหน้าที่ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาของการดำเนินการวิจัยหรือเข้าร่วมการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 75.0 (กิตติวรรณ จรรยาสุทธิวงศ์, 2558)

(4) ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลพุทธนครินทร์ตลอดระยะเวลาทำการศึกษารวบรวมข้อมูล

4) เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

(1) ผู้ร่วมวิจัยถอนตัวออกจากการศึกษารวบรวมข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติหน้าที่

3.2.2.2 กลุ่มประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกกัวร์ฟาริน ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่เข้าวารสารฟาริน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้าวารสารฟารินใช้วิธีการสุ่มคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) รวมทั้งสิ้นจำนวน 72 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วย 36 คน และญาติผู้ดูแล 36 คน ดังนี้

1) ผู้ป่วยที่ใช่ยารวาร์ฟาริน เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

(1) ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนการรักษาในคลินิกยารวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุณยพิทักษ์ จังหวัดอุบลราชธานี จนถึง เดือน กันยายน 2560

(2) ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากยารวาร์ฟารินและโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย

(3) ผู้ป่วยสื่อสารรู้เรื่อง รับรู้ปกติ อ่านออกเขียนได้

(4) ผู้ป่วยมีญาติผู้ดูแล

(5) ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในวิจัย

2) เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

(1) ผู้ป่วยขาดนัด

(2) ผู้ป่วยย้ายที่อยู่ระหว่างการศึกษ

(3) ผู้ป่วยอยู่ในระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล

(4) ผู้ป่วยเสียชีวิต

(5) ผู้ป่วยถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัย

(6) ผู้ป่วยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรับการรักษาของผู้ป่วย

3) เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช่ยารวาร์ฟาริน ได้แก่

(1) ญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยที่ใช่ยารวาร์ฟารินที่

(2) ญาติผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย

(3) ญาติผู้ดูแลสื่อสารรู้เรื่อง รับรู้ปกติ อ่านออกเขียนได้

(4) ญาติผู้ดูแลยินดีให้ความร่วมมือในวิจัย

4) เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

(1) ญาติผู้ดูแลขาดนัด

(2) ญาติผู้ดูแลที่มาในนัดถัดไปไม่ใช่ญาติหรือผู้ดูแลคนเดียวกัน

(3) ญาติผู้ดูแลถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัย

(4) ญาติผู้ดูแลสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งต่อการรับการรักษาของผู้ป่วย

สรุปการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาวิจัยประกอบด้วย กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 14 คน และกลุ่มที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการ 72 คน รวมทั้งสิ้น 86 คน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาประยุกต์สร้างเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย และรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่

3.3.1.1 แบบประเมินตนเองแนวทางการจัดการยารวาร์ฟาริน มีทั้งหมด 23 ข้อ และกำหนดให้โรงพยาบาลจะต้องมีการดำเนินงาน 14 ข้อ คำตอบเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) คือ มี/ มีบางส่วน/ ไม่มี และเติมค่าลงในช่องว่าง

3.3.1.2 แบบเก็บข้อมูลที่สืบค้นจากโปรแกรมให้บริการผู้ป่วย(Hospital Information; HI) และ ข้อมูลจากสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้วัดเชิงปริมาณ ได้แก่

3.3.2.1 แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับบุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลบุษตริก จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย

1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะภาพสมรส ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการทำงาน การฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมค่าลงในช่องว่าง ทำการเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการครั้งเดียว การแปลผลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ด้านยารวาร์ฟารินและแนวทางในการจัดการยารวาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุษตริก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายปิด ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามให้เลือกตอบ 2 คำตอบ คือ ตอบใช่/ ตอบไม่ใช่ คำถามประกอบด้วย ข้อความเชิงบวก และลบ การกำหนดค่าคะแนนเชิงบวก คือตอบใช่ (1 คะแนน) ตอบไม่ใช่ (0 คะแนน) และข้อความเชิงลบกำหนดให้ค่าคะแนน ในทิศทางตรงกันข้าม ข้อคำถามแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ความรู้ด้านยารวาร์ฟาริน (ข้อ 8-ข้อ 20) และด้านแนวทางในการจัดการยารวาร์ฟาริน (ข้อ 1 - 7)

การแปลความหมายคะแนน ระดับความรู้ แบ่งคะแนนอิงเกณฑ์ 3 ระดับ ดังนี้ (สุ่มทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

ความรู้ระดับสูง	หมายถึง ให้	คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป
ความรู้ระดับปานกลาง	หมายถึง ให้	คะแนนร้อยละ 60.0 - 79.9
ความรู้ระดับต่ำ	หมายถึง ให้	คะแนนร้อยละ 60.0 ลงมา

3) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ
คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุษราคัม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถาม มี
ให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ

มากที่สุด	หมายถึง	มีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกครั้ง	เท่ากับ	5 คะแนน
มาก	หมายถึง	มีส่วนร่วมในกิจกรรมเกือบทุกครั้ง	เท่ากับ	4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	มีส่วนร่วมในกิจกรรมบ่อยครั้ง	เท่ากับ	3 คะแนน
น้อย	หมายถึง	มีส่วนร่วมในกิจกรรมบางครั้ง	เท่ากับ	2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง	ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรม	เท่ากับ	1 คะแนน

และกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนา
คุณภาพระบบบริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุษราคัม จังหวัดอุบลราชธานี พิจารณาคะแนนที่ได้
จากแบบสอบถาม โดยคิดคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการ (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/ จำนวนชั้น (กิตติวรรณ
จรรยาสุทธิวงศ์, 2558) สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ใช้เกณฑ์ช่วงค่าเฉลี่ย เกณฑ์
การมีส่วนร่วม ดังนี้

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}} = \frac{5 - 1}{3}$$

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = 1.33$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนา
คุณภาพระบบบริการคลินิกวาร์ฟาริน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับน้อย

4) ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิก
วาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุษราคัม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามมีให้
เลือกตอบ 5 ระดับ คือ

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจมากที่สุด	เท่ากับ	5 คะแนน
มาก	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจมาก	เท่ากับ	4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจปานกลาง	เท่ากับ	3 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจน้อย	เท่ากับ	2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน และกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมาย โดยพิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบประเมินความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกวาร์ฟาริน โดยคิดคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น (พุทธิดา จันดอนแดง, 2556 อ้างอิงจาก สุ่ม ثنا กลางคร และวรวพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}} = \frac{5 - 1}{3}$$

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = 1.33$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่ง ระดับความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกวาร์ฟาริน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	3.68 – 5.00	หมายถึง	ความพึงพอใจระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย	2.34 – 3.67	หมายถึง	ความพึงพอใจระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 2.33	หมายถึง	ความพึงพอใจระดับน้อย

3.3.2.2 แบบสอบถามชุดที่ 2 กลุ่มประเมินผลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกวาร์ฟาริน

1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สัทธิในการรักษาพยาบาล ระดับ INR ครั้งสุดท้าย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย การมารับบริการแต่ละครั้งเสียค่าใช้จ่ายอะไรบ้าง การเดินทางมารับบริการแต่ละครั้งโดยวิธีใด โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมคำลงในช่องว่าง มีจำนวน 11 ข้อ

2) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านยารวาร์ฟารินและด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟาริน และญาติดูแล จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายปิด ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามให้เลือกตอบ 2 คำตอบ คือ ตอบใช่ ตอบไม่ใช่ คำถามประกอบด้วยข้อความเชิงบวก และลบ การกำหนดค่าคะแนนเชิงบวก คือ ตอบ ใช่ (1 คะแนน) ตอบไม่ใช่ (0 คะแนน) และข้อความเชิงลบกำหนดให้ค่าคะแนนในทิศทางตรงกันข้าม ข้อคำถามแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ความรู้ด้านยารวาร์ฟาริน (ข้อ 1, ข้อ 2, ข้อ 3, ข้อ 6, ข้อ 8, ข้อ 9, ข้อ 11, ข้อ 12, ข้อ 13, ข้อ 14 และข้อ 16) และด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟาริน (ข้อ 4, ข้อ 5, ข้อ 7, ข้อ 10, ข้อ 15, ข้อ 17, ข้อ 18, ข้อ 19 และข้อ 20)

และกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมาย คะแนนระดับความรู้ แบ่งคะแนน
 อิงเกณฑ์ 3 ระดับดังนี้ (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

ความรู้ระดับสูง	หมายถึง	ให้คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป
ความรู้ระดับปานกลาง	หมายถึง	ให้คะแนนร้อยละ 60.0 – 79.9
ความรู้ระดับต่ำ	หมายถึง	ให้คะแนนร้อยละ 60.0 ลงมา

3) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยไข้ยวาร์ฟาริน จำนวน
 17 ข้อ ประกอบด้วยข้อความเชิงบวก และลบและกำหนดค่าคะแนนเชิงบวก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ
 (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) และข้อความเชิงลบกำหนดให้
 ค่าคะแนน ในทิศทางตรงกันข้าม

และกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายโดยพิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบ
 ประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยไข้ยวาร์ฟาริน แบ่งการปฏิบัติออกเป็น 3 ระดับ (พุทธิดา
 นดอนแดง, 2556 อ้างอิงจาก สุมัทนา กลางคาร และ วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) คิดคะแนนจาก

$$\begin{aligned} \text{พิสัยของช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}} = \frac{3-1}{3} \\ &= 0.66 \end{aligned}$$

ดังนี้

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับพฤติกรรมของผู้ป่วยไข้ยวาร์ฟาริน

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00	หมายถึง	มีพฤติกรรม ระดับสูง
ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33	หมายถึง	มีพฤติกรรม ระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66	หมายถึง	มีพฤติกรรม ระดับต่ำ

4) ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ไข้ยวาร์ฟาริน และญาติดูแล
 ต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุรณขริก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน
 20 ข้อลักษณะเป็นข้อคำถามมีให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจมากที่สุด	เท่ากับ 5 คะแนน
มาก	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจมาก	เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจน้อย	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจน้อยที่สุด	เท่ากับ 1 คะแนน

และกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายโดยพิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบประเมินความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกวาร์ฟาริน โดยคิดคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น (พุทธิดา จันดอนแดง, 2556 อ้างอิงจาก สุ่มัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

$$\begin{aligned} \text{พิสัยของช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}} = \frac{5-1}{3} \\ \text{พิสัยของช่วงคะแนน} &= 1.33 \end{aligned}$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกวาร์ฟาริน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00	หมายถึง	ความพึงพอใจระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67	หมายถึง	ความพึงพอใจระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33	หมายถึง	ความพึงพอใจระดับน้อย

3.3.2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.3.2.1 การบันทึก (Record) ผู้วิจัยจะทำการบันทึกการดำเนินการได้แก่ การจดบันทึก และการบันทึกภาพ

3.3.2.2 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บอกเล่าประสบการณ์ ความต้องการ การออกแบบระบบ รวมถึงการแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นที่กำลังศึกษาวิจัย แล้วบันทึกแนวทางการสนทนากลุ่ม

3.4 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.4.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัย แนวทางการดำเนินงาน และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดและสร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัย

3.4.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาดำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยทำการตรวจสอบโดยนำแบบสอบถามให้อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม พิจารณาข้อคำถาม และให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบ ดังนี้

3.4.2.1 แพทย์หญิงรพีพรรณ รัตนวงศันรา มอร์ด ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

3.4.2.2 แพทย์หญิงอิชฐาน ถึงแสง ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ

3.4.2.3 เกณฑ์การหญิงทิพย์กาญจน์ ศรีโพนทอง เกณฑ์การชำนาญการ

เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indx of Consistency: IOC) เมื่อได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว จึงนำมาปรับปรุงให้มีความถูกต้องสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในลำดับต่อไปการตรวจสอบเพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indx of Consistency: IOC) ของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยพิจารณาใช้สูตรการคำนวณของ Rowinelli และHambleton (จุรีพร ศรีเมือง, 2556 อ้างอิงจาก วรธนะ ชูศรีชาว, 2553)

$$\text{จากสูตร } IOC = \frac{[\sum R]}{N}$$

เมื่อ IOC = ดัชนีความสอดคล้องของข้อความ คำตอบกับเนื้อหาตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

R = คะแนนความคิดเห็นรวมของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

ซึ่งสูตรของ Rowinelli and Hambleton (1977) กำหนดให้ค่า IOC (Indx of Consistency) มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป จึงจะถือว่าวัดได้สอดคล้องกัน ดังนั้นผู้วิจัย กำหนดให้ค่า IOC ที่สามารถยอมรับได้ในการศึกษานี้ มีค่าไม่น้อยกว่า 0.5 ถือว่าข้อความนั้นความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา หากข้อความที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยจะการพิจารณาสร้างปรับแก้ไขหรือสร้างข้อความใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา ทั้งนี้ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 2 ใน 3 ถือว่าเครื่องมือมีความถูกต้องและมีความตรงตามเนื้อหาพบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาที่มีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไปทุกข้อความ ดังนี้

1) กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย แบบสอบถามสำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาตัวพารินคลินิกวารพารินโรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานีประกอบด้วย

(1) แบบทดสอบความรู้ด้านยาตัวพารินและแนวทางในการจัดการยาตัวพารินคลินิกวารพาริน โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานีค่า IOC เท่ากับ 0.92

(2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวารพารินโรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานีค่า IOC เท่ากับ 0.84

(3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวารพารินโรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานีค่า IOC เท่ากับ 1.00

2) กลุ่มประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลบุญชริก จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย

(1) แบบทดสอบความรู้ด้านยารวาร์ฟารินและด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟาริน และญาติดูแลค่า IOC เท่ากับ 1.00

(2) แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยใช้ยารวาร์ฟารินค่า IOC เท่ากับ 0.92

(3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟาริน และญาติดูแล ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุญชริก จังหวัดอุบลราชธานีค่า IOC เท่ากับ 1.0

3.4.3 การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขไปปรับปรุง ทดลองใช้ (Try Out) กับพื้นที่ของโรงพยาบาลน้ำยืน อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงและมีลักษณะของชุมชนที่คล้ายคลึงกัน การวัดความรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder-Richardson (KR-20) ในส่วนของการประเมินการมีส่วนร่วม การประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัว และการประเมินความพึงพอใจ ที่มีมาตรวัดแบบ Rating Scale ตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยใช้ สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ต้องมากกว่า 0.75 ดังนี้

1) กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย แบบสอบถามสำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลบุญชริก จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย

(1) แบบทดสอบความรู้ด้านยารวาร์ฟารินและแนวทางในการจัดการยารวาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุญชริก จังหวัดอุบลราชธานี ค่า Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.83

(2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุญชริก จังหวัดอุบลราชธานี ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.99

(3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุญชริก จังหวัดอุบลราชธานี ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.98

2) กลุ่มประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลบุญชริก จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย

(1) แบบทดสอบความรู้ด้านยารวาร์ฟาริน และด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟารินค่า Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.82

(2) แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยใช้ยารวาร์ฟารินค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86

(3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้อยาชาวจีนต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกยาชาวจีน โรงพยาบาลบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90

(4) แบบสอบถามความรู้ด้านยาชาวจีนและด้านการปฏิบัติตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้อยาชาวจีน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81

(5) แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้อยาชาวจีนต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกยาชาวจีน โรงพยาบาลบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82

3.4.4 การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการประชุมการสนทนากลุ่ม โดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แยกตามประเด็นปัญหาและทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้จัดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกยาชาวจีน โรงพยาบาลบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งประยุกต์แนวคิด Kemmis and McTaggard (Kemmis et al., 1982) ประกอบด้วยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

3.5.1 ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning)

3.5.1.1 กิจกรรมที่ 1 การศึกษาข้อมูลศึกษาทบทวนบริบทโรงพยาบาล การจัดการบริการในคลินิกยาชาวจีนทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1.2 กิจกรรมที่ 2 แต่งตั้งคณะทำงานวิจัยและคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องข้องในการประเมินผล ดังนี้ กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้อยาชาวจีน และญาติผู้ดูแล

3.5.1.3 กิจกรรมที่ 3 เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยที่ใช้อยาชาวจีน/ ข้อมูลระบบบริการผู้ป่วยคลินิกยาชาวจีนวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหาในการให้บริการผู้ป่วยที่ใช้อยาชาวจีน

1) วิเคราะห์ระบบบริการโดยประยุกต์แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) หลักการ ECRS ในการพัฒนาคุณภาพบริการบริการผู้ป่วย 4 ประการ

(1) การตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น

(2) การรวมขั้นตอนเพื่อประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย

(3) การจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม

(4) การปรับปรุงวิธีการทำงานเพื่อช่วยให้ทำงานง่าย

2) วิเคราะห์คุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยโดยประยุกต์ใช้การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยใช้ยารพาริน

(1) แนวทางในการจัดการยารพาริน

(1.1) กระบวนการคัดเลือก/การจัดหา

(1.2) กระบวนการสั่งจ่ายและการถ่ายทอดคำสั่ง

(1.3) ขั้นตอนการเก็บรักษา

(1.4) กระบวนการเตรียมและการกระจายยา

(1.5) กระบวนการบริหารยา

(1.6) กระบวนการเฝ้าระวังและติดตามผล

(2) แนวทางการบริหารทางเภสัชกรรม

(2.1) การให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยการให้ความรู้

(2.2) การทบทวนประเมินผู้ป่วยและคำสั่งการใช้ยา

(2.3) การเฝ้าระวังและการติดตามค่า INR

3.5.1.4 กิจกรรมที่ 4 การวางแผนการดำเนินงานการประชุมกลุ่ม (Focus Group Discussion) ประชุมผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานให้บริการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารพารินเพื่อสรุปปัญหาในการพัฒนาคุณภาพบริการที่เปลี่ยนแปลงโดยใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) และการนำการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยใช้ยารพารินมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ

3.5.2 ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)

3.5.2.1 กิจกรรมที่ 5 การดำเนินการตามแผนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ

1) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่ได้จากขั้นที่ 1

2) ติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ

3.5.3 ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกตผล (Observation)

3.5.3.1 กิจกรรมที่ 6 การติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน ให้คำแนะนำโดยรายงานและบันทึกผลทุกขั้นตอน

2) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการศึกษาวิจัยระดับการมีส่วนร่วมในศึกษาวิจัย ความรู้การปฏิบัติตัวในการใช้ยารพาริน ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบ

3) ประเมินผลก่อนและหลังการศึกษาวิจัย

4) สังเกตผลการดำเนินงาน ผู้วิจัยทำการสังเกตในทุกกิจกรรม ก่อนการดำเนินการ ระหว่างการดำเนินการ และหลังการดำเนินการ และทำการบันทึกผลทุกขั้นตอน

5) ประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

3.5.4 ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

3.5.4.1 กิจกรรมที่ 7 ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อถอดบทเรียน และสรุปผล

- 1) สรุปผลที่ได้จากการปฏิบัติ
- 2) สรุปผลการดำเนินงาน สะท้อนปัญหาอุปสรรค และข้อจำกัดในการดำเนินงาน
- 3) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ถอดบทเรียนและหาแนวทางการแก้ไข
- 4) คืบข้อมูลผลการดำเนินงานแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
- 5) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกำหนดแนวทางการแก้ไขและการดำเนินงานครั้งต่อไป

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

3.6.1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยมีวิธีการเก็บข้อมูล ดังนี้

3.6.1.1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แหล่งข้อมูลประกอบด้วย 2 แหล่ง คือเอกสารและบุคคลรายละเอียดของวิธีการเก็บดังนี้

- 1) ข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ทะเบียนผู้ป่วย แบบติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยที่ใช้นาวัลาร์ฟาริน ฐานข้อมูลในโปรแกรม Hospital Information (HI) ของโรงพยาบาล สมุดประจำตัวของผู้ป่วย
- 2) แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกนาลาร์ฟาริน
- 3) แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัว และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้นาวัลาร์ฟาริน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้นาวัลาร์ฟาริน

3.6.1.2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

- 1) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)
- 2) การบันทึก (Record)

3.6.2 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ การประเมิน การสังเกต ซึ่งผ่านการตรวจสอบข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและทำการวิเคราะห์โดยแยกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.6.2.1 ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ข้อมูลดังนี้

- 1) สร้างคู่มือลกรหัสและป้อนข้อมูลเชิงปริมาณ
- 2) ตรวจสอบความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้
- 3) วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากร

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) Wilcoxon Signed Rank Test เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ

3.6.2.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลการบันทึกการประชุม การสังเกต การสนทนา จากการดำเนินกิจกรรมโดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา พิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

3.7 จริยธรรมในการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการอนุญาตทำการศึกษาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม รวมทั้งผู้วิจัยคำนึงถึงควมมีคุณค่า และศักดิ์ศรีของผู้ร่วมวิจัยใน ทุกขั้นตอนกระบวนการวิจัย โดยให้ความสำคัญใน 3 ด้าน ดังนี้

3.7.1 ด้านความเคารพในบุคคล ใช้หลักเอกลสิทธิ์ คำนึงถึงความเป็นส่วนตัว สิทธิส่วนบุคคล รวมถึงการเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยมีอิสระในการตัดสินใจการให้ข้อมูล

3.7.2 ด้านการป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดกับผู้ร่วมวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการทำหนังสือ ขออนุญาตทำการศึกษาจาก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียหายแก่ผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยมีการขออนุญาตดำเนินการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินงาน การนำข้อมูลไปศึกษาวิจัยเท่านั้นโดยไม่มีการเปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล

3.7.3 ด้านความยุติธรรม โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์จะปฏิเสธ หรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย หรือการเข้าร่วมกระบวนการได้ตลอดระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อทุกกรณีใน สิทธิประโยชน์ในการรับบริการรักษาตามสิทธิ์ในสถานบริการสาธารณสุข

คณะอนุกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ใบรับรองอนุมัติ เลขที่การรับรอง: PH 044/ 2561 สถานที่ทำการวิจัย จังหวัดอุบลราชธานี วันที่รับรอง
27 กุมภาพันธ์ 2561 วันหมดอายุ 26 กุมภาพันธ์ 2562

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปราย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกยวาร์ฟารินตามเกณฑ์การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งใช้เทคนิคการประชุมแบบมีส่วนร่วมโดยประยุกต์ใช้แนวคิดโคเซ็น ร่วมกับการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ใช้ยวาร์ฟารินในขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูล การวางแผน การดำเนินการ การประเมินผลการดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้นำเสนอในประเด็นดังต่อไปนี้

- 4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคในการดำเนินงาน

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง
\bar{X}	แทนค่าเฉลี่ย (Mean)
SD	แทนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
p- value	แทน ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
Z	แทน ค่าสถิติที่ใช้ทดสอบ ใน Wilcoxon signed rank test

4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.2.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

4.2.1.1 บริบททั่วไปโรงพยาบาล และสถานการณ์การจัดบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยวาร์ฟารินคลินิกยวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี

4.2.1.2 ขั้นตอนและกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยไข้วาร์ฟาริน
คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุณชริก จังหวัดอุบลราชธานี

4.2.1.3 ผลของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการ ในการดูแลผู้ป่วยที่ไข้วาร์ฟาริน
คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุณชริก จังหวัดอุบลราชธานี

4.2.1.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคในการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพ
บริการผู้ป่วยไข้วาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุณชริก จังหวัดอุบลราชธานี

4.2.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

4.2.2.1 กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

- 1) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 2) เปรียบเทียบระดับความรู้ด้านยาร์ฟารินและแนวทางในการจัดการยาร์ฟาริน
ของผู้บุคลากรทางการ ก่อนและหลังการพัฒนา
- 3) เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ก่อนและ
หลังการพัฒนา
- 4) เปรียบเทียบความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ก่อน
และหลังการพัฒนา

4.2.2.2 กลุ่มผู้ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน

ผู้ป่วยที่ไข้วาร์ฟารินและญาติผู้ดูแล

- 1) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้ประเมินผล
- 2) เปรียบเทียบระดับความรู้ด้านยาร์ฟารินและด้านการปฏิบัติตัว ก่อนและ
หลังการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน
- 3) การเปรียบเทียบด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ไข้วาร์ฟาริน ก่อนและหลังการ
พัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน
- 4) การเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน
ก่อน และหลังการพัฒนา

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.3.1 บริบททั่วไปโรงพยาบาล และสถานการณ์การให้บริการเพื่อดูแลผู้ป่วยที่ไข้วาร์ฟาริน
คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุณชริก จังหวัดอุบลราชธานี

4.3.1.1 บริบททั่วไปโรงพยาบาล

1) บริบทด้านพื้นที่ในการวิจัย อำเภอบุญทริก ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ของจังหวัดอุบลราชธานี เป็นอำเภอติดชายแดนมีระยะทางห่างจากตัวจังหวัด 92 กิโลเมตร และระยะทางห่างจากกรุงเทพมหานคร 620 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับเขตการปกครองข้างเคียงดังต่อไปนี้

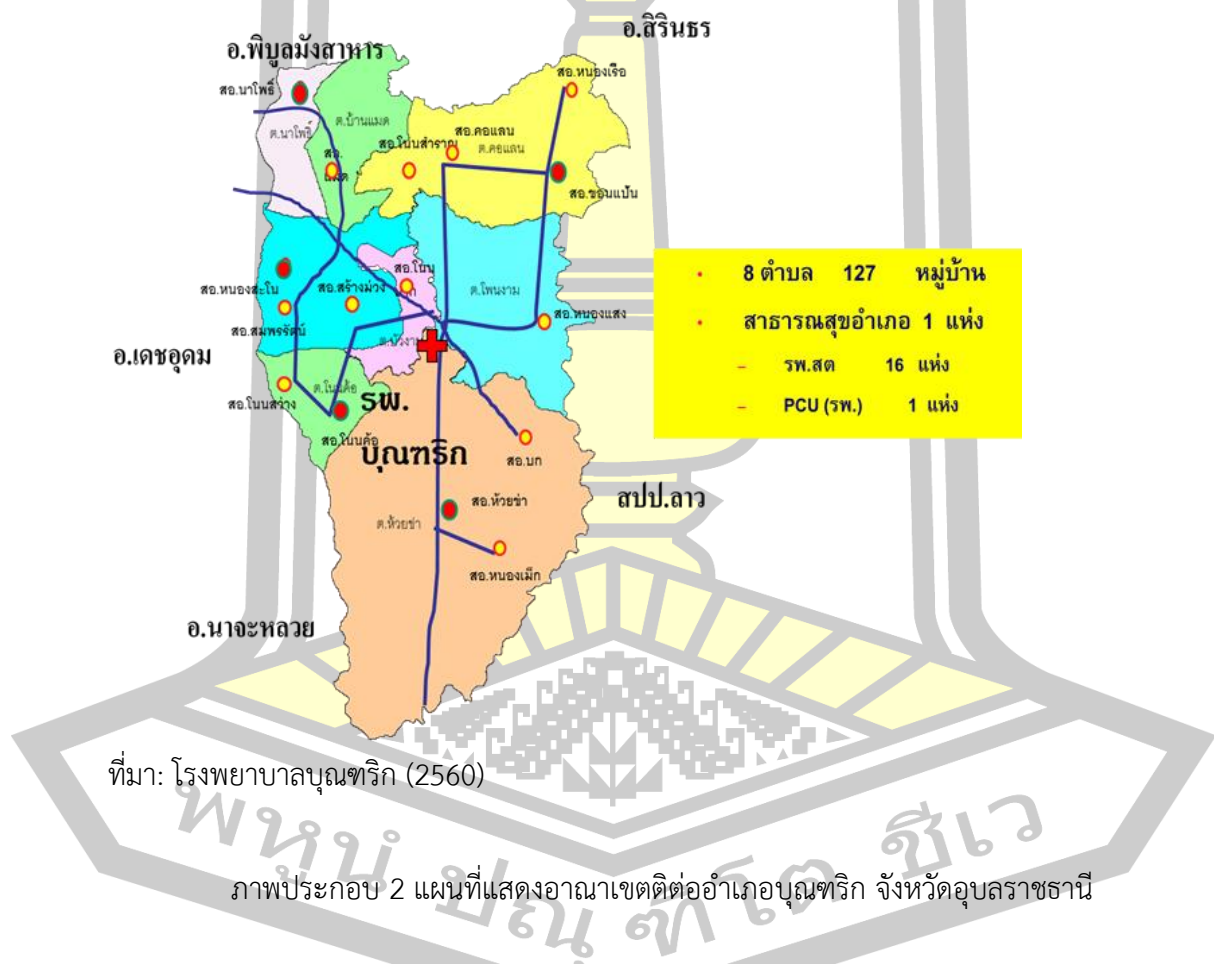
ทิศเหนือ ติดกับอำเภอพิบูลมังสาหาร และอำเภอสิรินธร

ทิศตะวันออก ติดกับเป็นเทือกเขาพนมดงรักที่เป็นเขตชั้นพรมแดนกับแขวง

จำปาศักดิ์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ทิศใต้ ติดกับแขวงจำปาศักดิ์ (ประเทศลาว)

ทิศตะวันตก ติดกับอำเภอนาจะหลวย และอำเภอเดชอุดม



โรงพยาบาลบุญทริกเป็นโรงพยาบาลอำเภอชายแดนอยู่ห่างจากโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นระยะทาง 98 กิโลเมตร ห่างจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานีเป็นระยะทาง 45

กิโลเมตร ที่ตั้งโรงพยาบาลทิสเหนือติดกับศาลหลักเมือง ทิศตะวันออกติดกับที่ว่าการอำเภอบุญทริก ทิศใต้กับพื้นที่เกษตรของประชาชนในพื้นที่ และทิศตะวันตกติดกับลำโดมน้อย

2) ขอบเขตการให้บริการ โรงพยาบาลบุญทริกให้บริการตรวจโรคในระดับทุติยภูมิ ระดับ F2 โดยไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีการรับส่งต่อจาก PCU 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตรับผิดชอบ 16 แห่งครอบคลุมการให้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมและโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ การให้บริการผู้ป่วยในแบ่งเป็น 2 ตึก โดย ตึกผู้ป่วยชายและตึกผู้ป่วยหญิง การให้บริการห้องคลอดโดยให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ขึ้นไปรวมทั้งมารดาและทารกหลังคลอดจนกระทั่งจำหน่าย การให้บริการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังโดยเปิดให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 9 Unit และการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง การให้บริการผู้ป่วยนอกทั่วไปวันจันทร์ – ศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.00 น. - 20.00 น. วันเสาร์ – อาทิตย์ตั้งแต่เวลา 08.00 - 12.00 น. และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ตั้งแต่เวลา 08.00 น. - 16.00 น. ส่วนคลินิกพิเศษ ให้บริการแยกจากบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการเฉลี่ยต่อวันในแต่ละปีประมาณดังตาราง 5

วิสัยทัศน์เป็นที่พึ่งยามเจ็บไข้ ใส่ใจทุกชีวิต ด้วยจิตบริการ ภายในปี 2564

ค่านิยม (Values): MOPH BTR

M - Mastery (เป็นนายตนเอง)

O - Originality (เร่งสร้างสิ่งใหม่)

P - People Centered Approach (ใส่ใจประชาชน)

H - Humility (ถ่อมตนอ่อนน้อม)

B - Best Service Behavior (พฤติกรรมบริการที่ดี)

T - Teamwork (ทีมงานที่ดี)

R - Responsibility (ความรับผิดชอบร่วมกัน)

พันธกิจ (Mission):

- 1) จัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพ
- 2) ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพในชุมชน
- 3) ส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่พึ่งพาตัวเองได้ด้านสุขภาพ
- 4) พัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งความสุข

3) ประชากรในเขตพื้นที่โรงพยาบาลบุณฑริกรับผิดชอบประชากรที่ 8 ตำบล 127 หมู่บ้าน 19,490 หลังคาเรือน เทศบาลตำบล 3 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 6 แห่ง ชุมชนในเขตเทศบาล 7 แห่ง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 16 แห่ง โรงพยาบาลรับผิดชอบ 1 ศูนย์สุขภาพชุมชน ประชากรตามทะเบียนราษฎรทั้งหมด 90,789 คน โดยมีประชากรจริง 74,067 คน เป็นเพศชาย 36,799 คน เป็นเพศหญิง 37,268 คน คิดเป็นสัดส่วน ชาย ต่อ หญิง = 1 : 1 (โรงพยาบาลบุณฑริก, 2560)

ตาราง 5 จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการเฉลี่ยต่อวัน โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

ปีงบประมาณ	ผู้ป่วยใน		ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน/365	
	จำนวนครั้งที่นอน รพ.	จำนวนวันนอน	จำนวนคน	จำนวนครั้ง	จำนวนคน	จำนวนครั้ง
2557	5,504	17,013	40,484	121,994	110.92	334.23
2558	5,149	17,151	38,089	115,229	104.35	315.70
2559	4,968	16,875	37,727	114,411	103.36	313.45
2560	5,594	17,897	38,153	120,599	104.53	330.41

ที่มา: สรุปผลงานโรงพยาบาลบุณฑริก (2560)

4) ลักษณะของบุคลากรมีบุคลากรในโรงพยาบาลทั้งหมด 215 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 6 คน (ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง) ทันตแพทย์ 5 คน เภสัชกร 7 คน พยาบาลวิชาชีพ 58 คน นักเทคนิคการแพทย์ 2 คน นักกายภาพบำบัด 3 คน นักวิชาการสาธารณสุข 7 คน แพทย์แผนไทย 3 คน นักโภชนาการ 1 คน เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ 1 คน เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์ 2 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 13 คน เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม 4 คน เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข 3 คน นักสถิติ 2 คน เวชกิจ 7 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 15 คน พนักงานบริการ 36 คน และพนักงานฝ่ายสนับสนุนบริการ 40 คน ให้บริการตรวจโรคในระดับทุติยภูมิ ระดับระดับ F2 โดยเน้นบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ตรวจรักษาโรคทั่วไป ฟันฟูสุขภาพและบริการคุ้มครองผู้บริโภคให้แก่ประชาชนในเขตอำเภอบุณฑริก อำเภอใกล้เคียง และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พร้อมทั้งมีระบบการ รับ-ส่ง ต่อไปยังสถานบริการสุขภาพที่สูงขึ้นไปคือโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง

โรงพยาบาลบุษตริก มีโครงสร้างการบริหารโรงพยาบาลแบ่งออกเป็นกลุ่มงาน คือกลุ่มงานการแพทย์ กลุ่มงานการพยาบาล กลุ่มงานบริหารทั่วไป กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานทันตกรรม กลุ่มเทคนิคการแพทย์ กลุ่มงานบริการปฐมภูมิ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู กลุ่มงานแพทย์แผนไทย กลุ่มงานยุทธศาสตร์ ประกันสุขภาพและสารสนเทศ กลุ่มงานโภชนาการ และกลุ่มงานรังสีวิทยา บุคลากรในโรงพยาบาลแยกตามกลุ่มอายุส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 82 ทีมบริหารโรงพยาบาลและทีมบริหารทรัพยากรบุคคลได้มีการกำหนดนโยบายในการนิเทศติดตามงานอย่างต่อเนื่อง ปัญหาการขาดแคลนวิชาชีพพยาบาลส่งผลให้มีภาระงานหนัก ความสุขในการทำงานลดลง องค์กรจึงมีมาตรการในการสร้างสมดุลชีวิตกับการทำงาน โดยจัดหาสวัสดิการ ค่าตอบแทน ความก้าวหน้าทางการงาน อีกทั้งรับสมัครพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อลดภาระงานที่มากเกินไป เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกรายจะได้รับการตรวจสอบสุขภาพขั้นพื้นฐาน ส่วนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ทั้งหมดจะได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี พร้อมทั้งตรวจหาภาวะเสี่ยงจากโรคต่าง ๆ หากไม่มีภูมิคุ้มกัน จะดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันให้ เช่น วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น

5) อาคาร สถานที่ เทคโนโลยี และอุปกรณ์

(1) อาคารโรงพยาบาลอยู่บนถนนสายรอง มีป้ายบอกชัดเจน มีรถโดยสารส่งผู้ป่วยได้สะดวกในกลุ่มผู้ป่วยบุษตริก - เดชอุดม บุษตริก - พิบูลมังสาหาร บุษตริก - พลาญชัย ยกเว้น บุษตริก - นาจะหลวย เส้นทางจราจรภายในโรงพยาบาลไม่ซับซ้อน หน้าโรงพยาบาลมีที่จอดรถบริการให้ผู้ป่วย อาคารตึกผู้ป่วยนอก โซนด้านหน้ามีห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินอยู่ทางขึ้นของโรงพยาบาล ห้องตรวจโรคทั่วไปจำนวน 3 ห้อง ห้องจ่ายยาและห้องการเงิน โซนกลางเป็น ห้องตรวจโรคของคลินิก โรคเรื้อรัง ห้องอัลตราซาวด์ ห้องชันสูตร ห้องฟอกไต โซนด้านหลังมีห้องสูติกรรม ห้องผ่าตัดเล็ก ห้องทันตกรรม ห้อง X-ray ตึกผู้ป่วยหญิง ตึกผู้ป่วยชาย ตึกบริหาร ตึก PCU และเวชปฏิบัติ ในปัจจุบันมีอาคารผู้ป่วยนอกตึกที่ 2 ที่วางแผนเปิดให้บริการในระยะเวลาอันใกล้ โดยจะย้ายและเปิดบริการห้องตรวจโรคเรื้อรัง ห้องจ่ายยาโรคเรื้อรัง ห้องห้องชันสูตร ห้อง X-ray ห้องสูติกรรม ห้องผ่าตัดเล็ก ห้องกายภาพ และห้องแพทย์แผนไทย โดยมีทางเชื่อมติดต่อกันได้สะดวกมีป้ายบอกทางชัดเจน

(2) เทคโนโลยีและอุปกรณ์สำคัญ

(2.1) มีระบบ Intranet มีบริการแบบไร้สาร (Wireless) ในโรงพยาบาล สามารถใช้เป็นแหล่งในการสื่อสารข้อมูลตลอดจนความรู้ให้แก่หน่วยงานต่าง ๆ

(2.2) มีการใช้ระบบคอมพิวเตอร์โปรแกรมโรงพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วย (ระบบ LAN) โปรแกรม HI มีการพัฒนาระบบให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้งาน เช่น การดึงข้อมูลรายงาน 43 แฟ้ม โดยทีมสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(2.3) ทุกหน่วยงานและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีคอมพิวเตอร์ในจำนวนที่เพียงพอในการให้บริการ และสามารถเข้าสู่ระบบ Internet ให้ทุกหน่วยงานสามารถใช้งานในการค้นหาข้อมูล และส่งต่อข้อมูล

(2.4) มีระบบสำรองข้อมูล (Network Storage Attached) ระบบสำรองไฟ (UPS)

(2.5) เครื่องมือช่วยชีวิต รถฉุกเฉิน (Emergency) ระบบออกซิเจน pipeline เครื่อง Suction Laryngoscope และ Defibrillator

(2.6) เครื่องมือตรวจวินิจฉัย เครื่องอัลตราซาวด์ เครื่อง X-ray เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าและหัวใจเครื่อง Fetal monitoring

(2.7) เครื่องมือรักษา เครื่องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม Infusion Pump เครื่อง Short Wave เครื่อง Ultrasound Therapy และเครื่อง Ultrasound Combine

4.3.1.2 สถานการณ์การจัดระบบบริการผู้ป่วยที่ไ้ยวาร์ฟารินในปัจจุบัน คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี

การจัดระบบบริการผู้ป่วยที่ไ้ยวาร์ฟารินในปัจจุบันของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ไ้ยวาร์ฟารินโรงพยาบาลบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี จากนโยบายการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคหัวใจเป็น 1 ใน 21 สาขา คลินิกวาร์ฟาริน เป็น เป้าหมาย Service Plan ด้านระบบบริการทำให้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในลักษณะเครือข่ายซึ่งทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยไ้ยวาร์ฟารินได้มากขึ้นโดยรูปแบบเครือข่ายวาร์ฟารินได้กระจายไปยังโรงพยาบาลทั่วไป และศูนย์แพทย์ชุมชนซึ่งทำให้ระยะเวลาที่ INR ของผู้ป่วยคงอยู่ในช่วงเป้าหมายไม่แตกต่างกันและไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการไ้ยวาร์ฟารินที่รุนแรง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ/หลังการผ่าตัดที่ได้รับยวาร์ฟารินในการดำเนินงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยไ้ยวาร์ฟารินให้เกิดความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากที่สุด โรงพยาบาลบุณทริก อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จัดเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับ F2 เมื่อวิเคราะห์บริบทโรงพยาบาลในการจัดระบบบริหารจัดการเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ไ้ยวาร์ฟารินเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพพบว่า

1) ระบบบริการสุขภาพการให้บริการผู้ป่วยที่ไ้ยวาร์ฟารินของโรงพยาบาลบุณทริกเปิดให้บริการตั้งแต่พ.ศ. 2556 ให้บริการในผู้ป่วยที่ได้รับยวาร์ฟารินต้องเป็นผู้ป่วยที่มีสถานะคงที่ของโรคเท่านั้นที่ส่งตัวมารับการรักษาต่อจากโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชอำเภอกะซอคมให้มารับยวาร์ฟารินต่อที่โรงพยาบาลบุณทริก ซึ่งมี

จำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยปีงบประมาณ 2556 – 2560 มีจำนวนผู้ป่วย 28, 33, 45, 48 และ 58 คนตามลำดับ

การให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่ไชยวาร์พารินโดยจัดบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานบริการผู้ป่วยนอก โดยแยกเอากลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกันหรือคล้ายกันมาไว้ด้วยกัน เพื่อลดขั้นตอนการรับบริการที่งานบริการผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้มารับบริการได้รับความรวดเร็ว ไม่รอนาน และมีความพึงพอใจ โดยจะให้บริการในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจหลอดเลือด โรคไตโรคเรื้อรัง โรคไทรอยด์และโรคหอบหืด โดยให้บริการ คัดกรอง ซักประวัติ ตรวจวินิจฉัยโรค ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย บริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพเฉพาะโรคให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม การจัดการบริการผู้ป่วยที่ไชยวาร์พารินให้บริการร่วมกับคลินิกโรคความดันโลหิตสูงช่วงเวลาให้บริการ เวลา 08.00 – 12.00 น. การตรวจรักษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป โดยแพทย์หมุนเวียนมาให้บริการตรวจรักษา โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2558 ให้บริการผู้ป่วยที่ไชยวาร์พารินทุกวันจันทร์ และรับยาที่ห้องจ่ายยารวมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2559 – 2560 ได้กำหนดให้บริการเป็นวันจันทร์ สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 3 ของทุกเดือน ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

(1) จุดคัดกรองโดยพยาบาลวิชาชีพเป็นการสอบถามและประเมินอาการผู้ป่วยเบื้องต้นตามเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย ให้บัตรคิวในการให้บริการตามจุดบริการต่างๆ ของโรงพยาบาลปัญหาที่พบคำถามที่ใช้คัดกรองผู้ป่วยเป็นคำถามทั่วไปไม่เฉพาะในผู้ป่วยที่ไชยวาร์พาริน และพยาบาลจุดคัดกรองไม่ทราบว่าเป็นผู้ป่วยที่ไชยวาร์พารินมารับบริการ

(2) จุดบริการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตโดยผู้ช่วยพยาบาลให้บริการโดยใช้เครื่องวัดความดันอัตโนมัติและลงข้อมูลในแบบการให้บริการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ปัญหาที่พบจำนวนผู้ป่วยปริมาณมากทำให้ระยะเวลาารรับบริการนาน

(3) จุดบริการห้องบัตรการลงทะเบียนเป็นการบันทึกข้อมูลการมารับบริการการตรวจสอบสิทธิในการรักษาโดยเจ้าหน้าที่ห้องบัตร

(4) จุดบริการเทคนิคการแพทย์ เจาะเลือดเพื่อตรวจหาค่าการแข็งตัวของเลือด โดยเจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ ที่หมุนเวียนมาให้บริการพบว่าบริการมีความล่าช้าจากต้องรอคิวตรวจร่วมกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นด้วย และเนื่องจากเครื่องตรวจค่าการแข็งตัวของเลือดสามารถตรวจเลือดผู้ป่วยได้ครั้งละ 10 รายเนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้มารับบริการพร้อมกัน เจ้าหน้าที่จะรอผู้ป่วยจนครบหรือมากที่สุดจึงจะนำเข้าเครื่องตรวจ ทำให้ต้องบริการหลายรอบ ทำให้ระยะเวลาารผลเลือดนาน

(5) จุดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง โดยผู้ช่วยพยาบาลให้บริการลงข้อมูลผู้ป่วยจากแบบการให้บริการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตลงในระบบให้บริการผู้ป่วยโปรแกรม HI และในสมุดประจำตัวผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยมีวัดความดันโลหิตสูงในการวัดครั้งแรกจะให้บริการวัดซ้ำอีกครั้ง

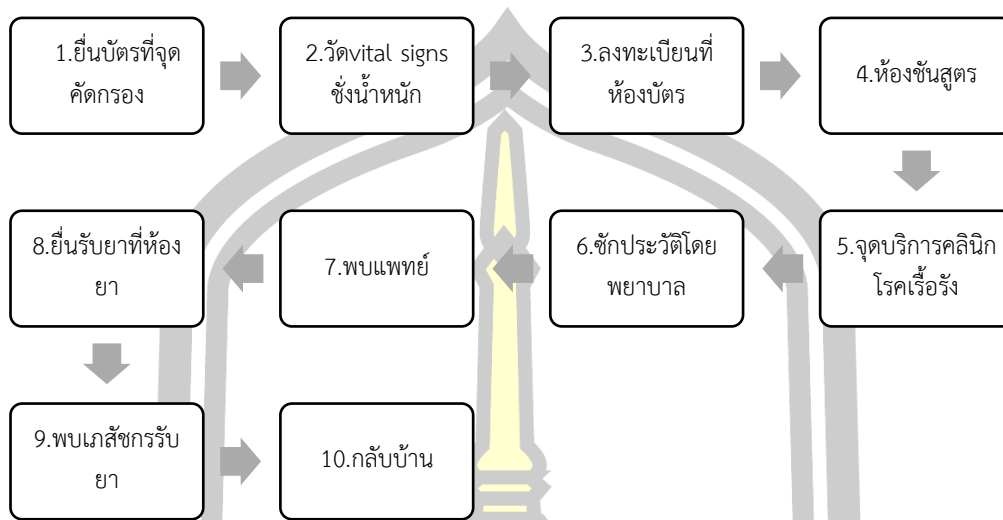
(6) จุดซึ่กประวัติผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพ พบว่าการให้บริการค่อนข้างช้าเนื่องจากอัตรากำลังไม่เพียงพอ และการจากการลงบันทึกข้อมูลหลายขั้นตอน การซึ่กประวัติที่ครอบคลุมทั้งข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว ประวัติพฤติกรรมสุขภาพและสังคม ประวัติการแพ้ยา และการประเมินโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยทุกราย การจัดลำดับคิวการเข้ารับการรักษาจากแพทย์ การเฝ้าระวังสังเกตอาการผู้ป่วยจะทรุดลงขณะรอพบแพทย์ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขณะรอรับการตรวจรักษารวมทั้งรวบรวมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนพบแพทย์

(7) จุดตรวจรักษาโดยแพทย์ พบว่าระยะเวลาการรอตรวจนานจากภาระกิจแพทย์ที่ต้องไปตรวจรักษาผู้ป่วยในก่อนที่จะออกมาให้บริการที่คลินิก จำนวนผู้ป่วยที่มีมารับบริการมากโดยผู้ป่วยทุกรายต้องรอพบแพทย์ทุกคน และการขาดอัตรากำลัง แพทย์ และการตรวจรักษาผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาใช้เวลานานเนื่องจากจะต้องมีการคำนวณปรับเปลี่ยนขนาดยาตามผลเลือด และวิธีบริหารยาในผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน แพทย์ต้องสั่งใช้ยาในระบบบริการผู้ป่วยโปรแกรม HI และในสมุดประจำตัวผู้ป่วย รวมทั้งทำความเข้าใจกับผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงวิธีการใช้ยา

(8) จุดบริการห้องยา พบปัญหาระยะเวลาการรอคอยนาน จากการมีจุดบริการห้องยาเพียงจุดเดียวทำให้บริการล่าช้า ขาดอัตรากำลังในการให้บริการ กระบวนการจัดยาที่จัดยาไม่เป็นตามลำดับคิว

(9) พบเภสัชกรรับยาและการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาเป็นการบริหารหลังจากพบแพทย์เรียบร้อยแล้ว เมื่อพบปัญหาเภสัชกรต้องปรึกษาแพทย์เพื่อเปลี่ยนแปลงการรักษา แพทย์แก้ไขข้อมูลการรักษาในระบบบริการผู้ป่วยโปรแกรม HI และในสมุดประจำตัวผู้ป่วย นำเข้าสู่กระบวนการจัดเตรียมยา และเภสัชกรตรวจสอบความถูกต้องก่อนจ่ายยาให้ ความรู้ อธิบายวิธีการใช้ยาเพื่อผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้อง

พญ. ปณ. ทิ. โตะ ชี. เว



ภาพประกอบ 3 แผนภูมิกระบวนการหลัก (Value Stream Mapping) ก่อนการพัฒนาในกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคเรื้อรังในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง

2) ด้านบุคลากร กำหนดให้เภสัชกรประจำคลินิกยารักษาโรคเรื้อรังเป็นผู้รับผิดชอบระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคเรื้อรังร่วมกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งแพทย์จะหมุนเวียนกันให้บริการและพยาบาลวิชาชีพ มีเภสัชกรประจำคลินิกยารักษาโรคเรื้อรังผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้น 2 สัปดาห์ การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ภาควิชาเภสัชกรรมเป็นเวลารวม 2 อาทิตย์ จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2559 และสามารถดำเนินงานดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

3) ด้านยา การจัดให้มียารักษาโรคเรื้อรังอยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาลซึ่งมียารักษาโรคเรื้อรัง 3 ขนาดความแรง คือ 2 มิลลิกรัม (เม็ดยาสีส้ม) 3 มิลลิกรัม (เม็ดยาสีฟ้า) และ 5 มิลลิกรัม (เม็ดยาสีชมพู) กำหนดให้สีของเม็ดยาแต่ละความแรง และสีของบรรจุภัณฑ์ที่มีความแตกต่างกันเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา และยาต้องมีคุณภาพพร้อมใช้และเป็นมาตรฐานมีระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่ได้มาตรฐานโดยใช้ระบบเข้าก่อนออกก่อน (First Expire date First Out; FEFO) หมายถึง ยาที่จะหมดอายุก่อน นำออกมาใช้ก่อน เพื่อลดความเสียหายจากยาหมดอายุและไม่เกิดการสูญเสีย มีการจัดเก็บที่เหมาะสมในอุณหภูมิห้องไม่เกิน 25 องศาเซลเซียส และมียาพร้อมใช้ตลอดเวลาจากการไม่พบรายงานอุบัติเหตุยารักษาโรคเรื้อรังขาดคลังและการค้างจ่ายยาในผู้ป่วย

4) ด้านเครื่องมือ มีเครื่องตรวจวัดค่าการแข็งตัวของเลือด laboratory System ที่ได้มาตรฐานในการให้บริการตรวจค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) ของห้องชั้นสูงตร โดยใช้เครื่องวิเคราะห์การแข็งตัวของเลือดอัตโนมัติ (Automated Coagulometer) คือ เครื่องตรวจอัตโนมัติ Automated Coagulation Analyzer (RAC-050) ใช้ร่วมกับน้ำยาที่ใช้ตรวจหาค่า INR (ฝ่ายเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลบุณทรภิก, 2559) และรายงานผลการตรวจผ่านโปรแกรมให้บริการ HI บุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าถึงผลตรวจค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) ก่อนจ่ายยาว่าฟารินในผู้ป่วยทุกราย ซึ่งจากการทบทวนอุบัติการณ์พบว่าในช่วงเดือนตุลาคม ปี2560 มีการขาดคลังของน้ำยาที่ใช้ตรวจหาค่า INR ทำให้ผู้ป่วยที่มารับบริการไม่ได้รับการตรวจหาค่า INR จึงจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยรับประทานยาในขนาดเท่าเดิม

5) ด้านระบบข้อมูล - สปสช. เขต10 จังหวัดอุบลราชธานี กำหนดให้เครือข่ายการดำเนินงานคลินิกว่าฟารินลงข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยที่ใช้ยาว่าฟารินในแต่ละครั้งในโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยว่าฟารินเขตสุขภาพที่ 10 (Warfarin Registry) พยาบาลประจำคลินิกมีหน้าที่ในการลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเดือนละครั้งก่อนวันที่ 5 ของทุกเดือน ผู้ป่วยที่ใช้ยาว่าฟารินจะมีบัตรประจำตัวผู้ป่วยที่ใช้ยาว่าฟารินซึ่งได้ติดไว้กับบัตรโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมารับบริการ จึงเป็นการบ่งชี้ว่าผู้ป่วยใช้ยาว่าฟารินอยู่ และในโปรแกรมให้บริการ HI ผู้ป่วยที่ใช้ยาว่าฟารินจะมีระบบแจ้งเตือน pop up ในโปรแกรมHI ว่า ON-Warfarinผลการดำเนินงานที่ผ่านมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 10 อุบลราชธานี ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ/หลังการผ่าตัดที่ได้รับยาว่าฟาริน และกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน ตาม Service Plan คือ

1. ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด \geq ร้อยละ 95
 2. ผู้ป่วยขาดนัด \leq ร้อยละ 5
 3. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงการรักษา $>$ ร้อยละ65
 4. ร้อยละการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในคลินิกว่าฟารินลดลง $<$ ร้อยละ 5
 5. ร้อยละการเกิดภาวะเลือดออกที่รุนแรง ในคลินิกว่าฟารินลดลง $<$ ร้อยละ 5
- ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ดังตาราง 6

พูน ปณ ทั โด ชีเว

ตาราง 6 ผลตัวชี้วัดการดำเนินงาน ตาม Service Plan

ผลการดำเนินงาน	ปีงบประมาณ				
	2556	2557	2558	2559	2560
1. ผู้ป่วยมาตามนัด ร้อยละ	88.86	91.59	95.53	96.13	98.01
2. ผู้ป่วยไม่มาตามนัดหมาย ร้อยละ	11.14	8.46	4.47	3.87	2.63
3. ผู้ป่วยมีค่า INR อยู่ในช่วงการรักษา ร้อยละ	54	52.35	43.24	38.40	57.27
4. การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ	0	0	0	0	0
5. การเกิดภาวะเลือดออกที่รุนแรง ร้อยละ	1.86	0	0	0	1.17
จำนวนผู้ป่วย (ราย)	28	33	45	48	58

ที่มา: โรงพยาบาลบุณทรภิก (2560)

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าการดำเนินงานที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือ ผู้ป่วยมีค่า INR อยู่ในช่วงการรักษา น้อยกว่า ร้อยละ 65 (ผ่านเกณฑ์ คือ มากกว่าร้อยละ 65)

4.3.2 ขั้นตอนและกระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยไข้ยวาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลบุณทรภิก จังหวัดอุบลราชธานี

4.3.2.1 ขั้นการวางแผน (Planning)

ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมในการประชุม ประกอบด้วย

1) เตรียมความพร้อมผู้เข้าร่วมประชุม ผู้วิจัยได้ทำหนังสือเวียนเชิญกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยประกอบด้วย คณะกรรมการที่นำคลินิกบริการ (Patient Care Team; PCT) และคณะกรรมการคลินิกวาร์ฟาริน

2) การเตรียมความพร้อมด้านสถานที่ ผู้วิจัยประสานขอความช่วยเหลือจากงาน IT ฝ่ายยุทธศาสตร์ในการจัดห้องประชุมรวมทั้งอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์ที่ใช้ห้องประชุมชั้นสอง ตึก OPD ใหม่ ซึ่งเป็นห้องประชุมภายในโรงพยาบาลบุณทรภิก อำเภอบุณทรภิก จังหวัดอุบลราชธานี เป็นสถานที่ที่สะดวกในการเข้าร่วมประชุม

3) ด้านข้อมูล ผู้วิจัยได้จัดเตรียมข้อมูลผลการดำเนินงานในคลินิกวาร์ฟารินและนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของ Power Point มีเอกสารประกอบการประชุม

กิจกรรมที่ 1 การศึกษาข้อมูลศึกษาทบทวนบริบทโรงพยาบาล การจัดบริการในคลินิกวาร์ฟาริน ทรัพยากรและสิ่งสนับสนุน การประชุมครั้งนี้จัดการประชุมในวันที่ 5 มีนาคม 2561 โดยเริ่มประชุมตั้งแต่เวลา 13.00 – 16.00 น. โดยมีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น 14 คน ประกอบด้วย

แพทย์ 2 คน เกสซ์กร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน โภชนากร 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 7 คน แพทย์แผนไทย 1 คน และนักเทคนิคการแพทย์ 1 คน ในการประชุมกลุ่ม เริ่มต้นด้วยการเปิดการประชุม โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลชี้แจงนโยบายถึงที่มาและความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการต่างๆ ในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้อยู่ที่โรงพยาบาล โดยมอบหมายให้ผู้วิจัยร่วมกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยให้ดำเนินงานพัฒนาระบบบริการคลินิกยารพาริน โรงพยาบาล บุณชริก จังหวัดอุบลราชธานีตามเกณฑ์พัฒนาระบบบริการจากนั้นผู้วิจัยได้นำเสนอความสำคัญและที่มาในการดูแลผู้ป่วยและการติดตั้งคลินิกยารพารินตาม แผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

กิจกรรมที่ 2 แต่งตั้งคณะทำงาน และคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยได้พิจารณาแยกผู้เข้าร่วมวิจัยเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย ได้แก่การแต่งตั้งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 29 คน แต่พบว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอยู่ในเกณฑ์คัดเลือกเป็นบุคคลเดียวกัน 3 ตำแหน่ง และขาดประชุมอยู่สองครั้ง 1 คน จึงมีจำนวนผู้มีส่วนร่วม 14 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มที่ 2 กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนาคือผู้ป่วยที่ใช้อยู่ที่โรงพยาบาลอยู่ในเกณฑ์คัดเลือกจำนวน 36 คน และญาติผู้ดูแลอยู่ในเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 36 คน ผู้วิจัยประเมินความรู้ด้านยารพาริน และแนวทางในการจัดการยารพาริน การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยที่ใช้อยู่ที่โรงพยาบาลคลินิกยารพารินก่อนการพัฒนาในบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ และประเมินความรู้ด้านยารพาริน และการปฏิบัติตัว พฤติกรรมของผู้ป่วย ความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยที่ใช้อยู่ที่โรงพยาบาลคลินิกยารพารินในผู้ป่วยที่ใช้อยู่ที่โรงพยาบาล และญาติผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 3 การวิเคราะห์สถานการณ์ในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยที่ใช้อยู่ที่โรงพยาบาลข้อมูลระบบบริการผู้ป่วยคลินิกยารพาริน นำเสนอเข้าสู่การประชุมผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้นำเสนอข้อมูลสภาพการณ์การจัดระบบบริการผู้ป่วยที่ใช้อยู่ที่โรงพยาบาล ผลการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้อยู่ที่โรงพยาบาลที่ผ่านมา ซึ่งปัญหาที่พบคือ ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน ตาม Service Plan ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์คือ ผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงการรักษามากกว่า ร้อยละ 65 ดังตาราง 7

ตาราง 7 ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน ตาม Service Plan ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์

ปีงบประมาณ	2556	2557	2558	2559	2560
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงการรักษา	54	52.35	43.24	40.9	57.27

ที่มา: โรงพยาบาลบุญทริก (2560)

จากการทบทวนเวชระเบียนจากโปรแกรมให้บริการผู้ป่วย HI และแบบติดตามผู้ป่วยที่ใช้ ยาวาร์ฟาริน ปีงบประมาณ 2560 พบว่าค่า INR อยู่นอกช่วงการรักษา ร้อยละ 42.73 โดยค่า INR ส่วนใหญ่มีค่าต่ำกว่า 2.00 ร้อยละ 26.76 และมีค่ามากกว่า 3.00 ร้อยละ 15.97 ส่วนภาวะแทรกซ้อนจาก ยาวาร์ฟาริน 10 ราย (ร้อยละ 4.10) คือ อาการเลือดออกที่ไม่รุนแรง 8 ราย (ร้อยละ 3.28) อาการ เลือดออกที่รุนแรง 2 ราย (ร้อยละ 0.82) มีผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล 8 ราย ค่าใช้จ่ายในการรักษารวม มูลค่า 27,938 บาท (ปี 2558 – 2559 ค่าใช้จ่ายในการรักษา 9,452 บาท และ 27,705 บาท ตามลำดับ) และมีผู้ป่วย 2 ราย ได้ส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย เมื่อติดตามผลการรักษาพบว่าผู้ป่วย 1 ราย ต้องให้เลือดและแพทย์ให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยาวาร์ฟาริน 1 ราย เนื่องจากมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะ เลือดออกที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต

ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยพบสาเหตุที่ทำให้ค่า INR ของผู้ป่วย อยู่นอกช่วงการรักษา ร้อยละ 22.58 คือ

- 1) แพทย์สั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง 12 ครั้ง (ร้อยละ 4.92)
- 2) ความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 4.51
- 3) พฤติกรรมการบริโภคทำให้เกิดอันตรกิริยากับยาวาร์ฟาริน ร้อยละ 10.25
- 4) สภาวะของผู้ป่วยทำให้เกิดอันตรกิริยากับยาวาร์ฟาริน ร้อยละ 2.90

ในการประชุมสนทนากลุ่ม (Group Discussion) ผู้ร่วมวิจัยได้มีการนำเสนอ และระดมความคิดเห็นร่วมกัน เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาผลการดำเนินงานที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์คุณตามแผน การพัฒนาระบบบริการในประเด็น ดังตาราง 8

พูน ปณ ทิโต ชเว

ตาราง 8 วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาผลการดำเนินงานที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพตามประเด็นต่างๆ

ประเด็นการวิเคราะห์	สาเหตุ
1) นโยบาย	(1) นโยบายที่ไม่ชัดเจนในการให้บริการการดูแลผู้ป่วย (2) ขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน
2) ระบบบริการ	(1) ไม่มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนในสาขาวิชาชีพ (2) การหมุนเวียนแพทย์ในการรักษา (3) ภาระงานของแพทย์เยอะเร่งรีบในการตรวจ (4) แพทย์ใช้เวลาในการคำนวณยาและออกแบบวิธีการยาในผู้ป่วยกิน (5) ขาดการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย (6) ไม่มีรูปแบบการให้บริการที่ชัดเจนโดยการให้บริการร่วมกับคลินิกโรคความดันโลหิต (7) ระยะเวลารอคอยนาน (รอแพทย์ รอผล INR รอรับยา) (8) ขาดการเชื่อมต่อในการดูแลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำ
3) ผู้ให้บริการ	(1) ไม่ทราบนโยบายในการดูแล (2) ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารักษา (3) ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารักษา (4) ขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารักษา
4) ผู้ป่วย	(1) ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง (2) ไม่มีญาติหรือผู้ดูแล (3) ขาดความร่วมมือในการใช้ยา (ลืมกินยา กินยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง)
5) ญาติหรือผู้ดูแล	(1) ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

ที่มา: การประชุมกลุ่มวันที่ 5 มีนาคม 2561

หลังจากนั้นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้สรุปประเด็น ดังนี้

- 1) นโยบาย
- 2) ระบบบริการ
- 3) ความรู้

ก่อนปิดการประชุมผู้วิจัยได้นัดหมาย วัน เวลา ในการประชุมวางแผนการดำเนินงานในวันที่ 12 มีนาคม 2561 เวลา 09.00 น. ณ ห้องประชุมชั้น 2 ตึก OPD ใหม่ โดยผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยให้มาตรงเวลานัดหมาย และแจ้งผู้วิจัยล่วงหน้า

กิจกรรมที่ 4 วางแผนในการดำเนินงานการจัดทำแผนได้เริ่มดำเนินการในวันที่ 12 มีนาคม 2561 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เริ่มเข้ามาในห้องประชุมตามเวลาที่นัดหมายไว้ ผู้วิจัยสังเกตว่าบรรยากาศในที่ประชุมเป็นกันเอง ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความยิ้มแย้มแจ่มใส ให้ความสนใจ ตั้งใจในการเข้าร่วมการพัฒนาในครั้งนี้ ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยได้กันสร้างความคาดหวังและเป้าหมายร่วมในการประชุมโดยผู้วิจัยได้สอบถามถึงความคาดหวังในผลที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งผลของความคาดหวังของผู้เข้าร่วมประชุม สรุปได้ดังนี้แพทย์แผนไทยกล่าวว่า “อยากได้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ไขยวาร์ฟาริน” พยาบาลห้องฉุกเฉินกล่าวว่า “อยากได้แนวทางในการให้การรักษาผู้ป่วยที่ไขยวาร์ฟารินที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา” นักกายภาพบำบัดกล่าวว่า “อยากได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมารับบริการทางกายภาพบำบัด” ผู้วิจัยได้ทบทวน และนำเสนอประเด็นการพัฒนาที่ได้จากการประชุมในครั้งนี้แล้วเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2561 ในการประชุมครั้งนี้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้ร่วมคิด ร่วมวางแผน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสามารถหาข้อสรุปแผนงานในครั้งนี้คือการพัฒนาคุณภาพบริการ คลินิกวาร์ฟาริน รายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

- 1) นโยบายในการดูแลผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยผู้ร่วมวิจัยในครั้งนี้เป็นบุคลากรที่เป็นตัวแทนจากทีมสหวิชาชีพได้ลงมติให้มีการจัดตั้งคลินิกวาร์ฟารินอย่างเป็นทางการโดยกำหนดผู้รับผิดชอบคลินิกวาร์ฟาริน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร และสหสาขาวิชาชีพให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จากที่ประชุมสรุปการจัดบริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุณทริก การให้บริการคลินิกวาร์ฟารินกำหนดให้บริการทุกวันจันทร์ของเดือน โดยการให้บริการเป็นคู่ขนานกับคลินิกโรคความดันโลหิตสูง เวลาในการให้บริการตั้งแต่เวลา 08.00– 12.00 น. โดยกำหนดให้ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ประจำคลินิกวาร์ฟารินให้บริการ และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้ร่วมกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ไขยวาร์ฟารินโรงพยาบาลบุณทริกนำแนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ พ.ศ. 2554 มาใช้การกำหนดแนวทางในการดูแล ผู้มีส่วนร่วมได้ร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติในแต่ละวิชาชีพ ดังนี้

แนวทางปฏิบัติการปรับขนาดยารัวร์ฟาริน

แนวปฏิบัติการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากยารัวร์ฟาริน

แนวทางปฏิบัติในการให้บริการทางทันตกรรมผู้ป่วยที่ไ้ยารัวร์ฟาริน

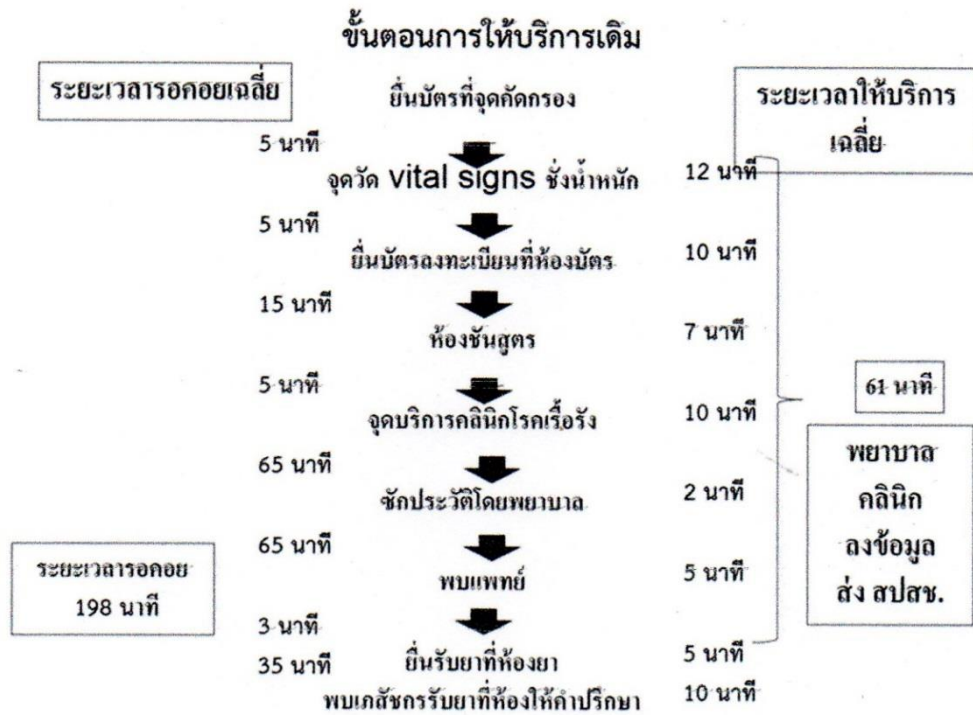
แนวทางปฏิบัติการนวดแผนไทย

แนวทางปฏิบัติการทำกายภาพบำบัด

2) การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ การปรับระบบบริการ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้ร่วมคิดร่วมวางแผนในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยในคลินิกยารัวร์ฟาริน โดยผู้วิจัยได้เสนอการพัฒนาคลินิกเป็น 2 แนวทาง คือ

แนวทางที่ 1 การปรับปรุงระบบบริการ การวิเคราะห์ขั้นตอนในการบริการผู้ป่วยที่ไ้ยารัวร์ฟารินที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของโรงพยาบาลบุณทริก ผู้วิจัยและทีมได้ติดตามระยะเวลารอคอยในการรับบริการในกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการคือ ผู้ป่วยที่ไ้ยารัวร์ฟาริน จำนวน 20 คน ที่รับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบุณทริกผลการติดตามดังภาพประกอบ 3 แผนภูมิกระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วยที่ไ้ยารัวร์ฟารินก่อนการพัฒนาโดยพบความสูญเปล่าในการรอคอย (Waiting) ของผู้ป่วยมากที่สุด ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย 198 นาที (3 ชั่วโมง 18 นาที) โดยพบเวลานานที่สุดในการรอคอย คือ รอคอยซักประวัติโดยพยาบาลเฉลี่ย 65 นาที และช่วงเวลารอคอยพบแพทย์เฉลี่ย 65 นาที และช่วงเวลารอรับยาเฉลี่ย 35 นาที (กรณีพบปัญหาในการสั่งใช้ยาเภสัชกรจะ Consult แพทย์เกี่ยวกับปัญหาที่พบใช้เวลาเพิ่มประมาณ 10 นาที)

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว



ภาพประกอบ 4 แผนภูมิกระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วยที่ไ้ยวารัฟาริน ก่อนการพัฒนา

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทำการวิเคราะห์ขั้นตอนในการบริการผู้ป่วยตามแนวคิดของไคเซ็น (Kaizen, 1986) ซึ่งเป็นกระบวนการปรับปรุงบริการ (ECRS) ดังนี้

ตาราง 9 วิเคราะห์ขั้นตอนในการบริการผู้ป่วยตามแนวคิดของไคเซ็น (Kaizen, 1986)

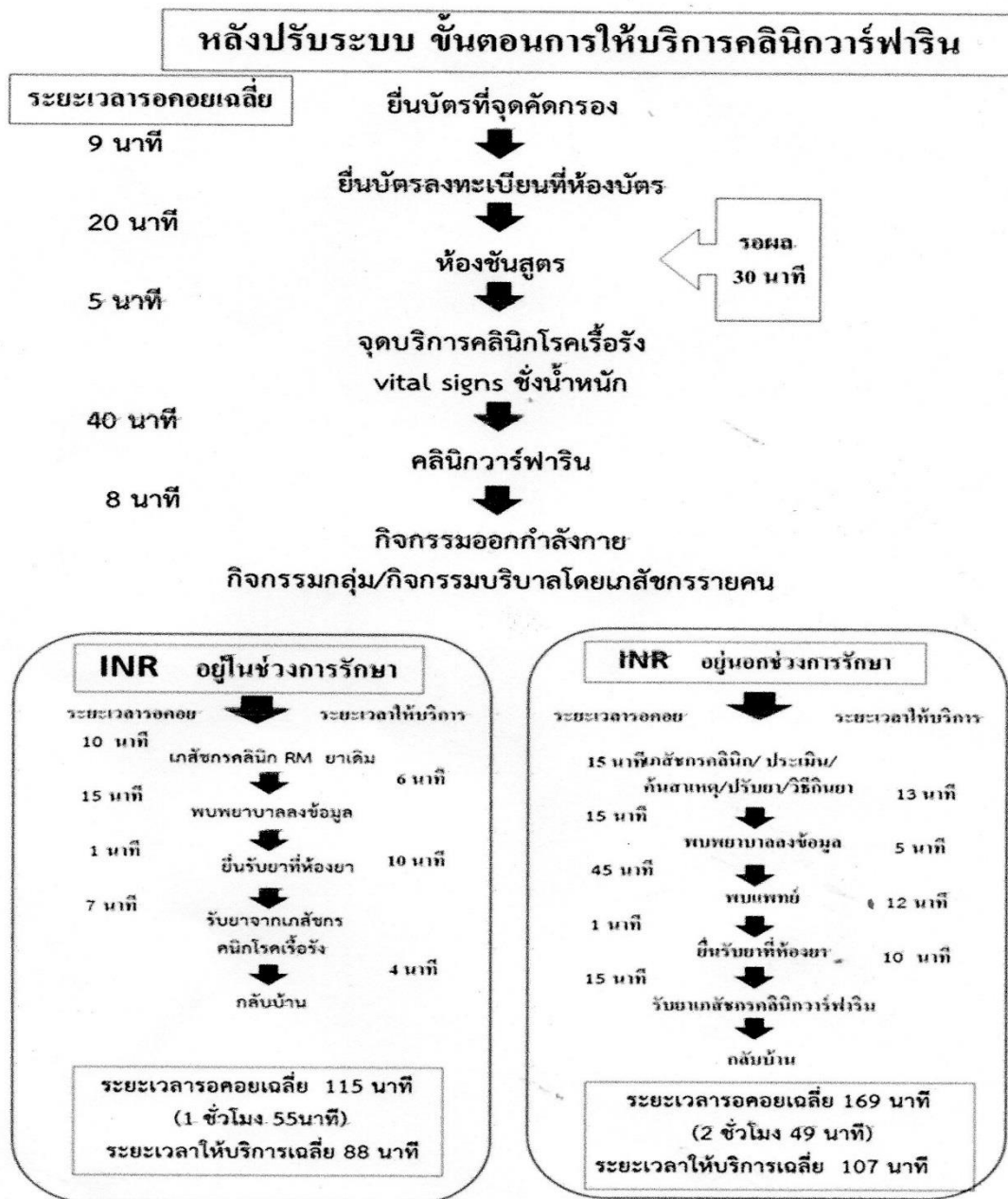
กระบวนการ	ก่อนการปรับปรุงระบบบริการ	หลังการปรับปรุงระบบบริการ
1. การตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น (Elimination)	วัด Vital Signs ชั่งน้ำหนัก ในจุดคัดกรอง	ตัดออกไปและให้ผู้ป่วยไปรับบริการที่จุดบริการคลินิกพิเศษ
2. การรวมขั้นตอนเพื่อประหยัดเวลาหรือแรงงานในการทำงาน (Combine)	ห้องชั้นสูตร - ผู้ป่วยมาไม่ตรงนัดต้องมีค่าใช้จ่ายในการทำ QC เครื่องตรวจ	จัดระบบบริการเจาะเลือดคลินิกวารัฟาริน โดยกำหนดเวลาผู้ป่วยให้มาเจาะเลือดพร้อมกัน กำหนดช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องมารับบริการเจาะเลือดไม่เกิน 08.00 น. เจ้าหน้าที่จะนำเลือดเข้าเครื่องตรวจ

ตาราง 9 (ต่อ)

กระบวนการ	ก่อนการปรับปรุงระบบบริการ	หลังการปรับปรุงระบบบริการ
	<p>- ผู้ป่วยมารับบริการตรวจเลือดไม่พร้อมกันทำให้ต้องตรวจเลือดหลายรอบ</p> <p>- การซักประวัติซ้ำซ้อนโดยพยาบาลแพทย์ และเภสัชกร</p>	<p>PT/INR ได้ครั้งละ 10 คน และผลเลือดออกใน 30 นาที</p> <p>เภสัชกรซักประวัติและส่งต่อข้อมูลในแบบเสนอการปรับเปลี่ยนขนาดยา</p>
3.การจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม (Rearrange)	<p>การบริหารทางเภสัชกรรมโดยเภสัชกรประจำคลินิกจะให้บริการหลังผู้ป่วยพบแพทย์เสร็จ เมื่อพบปัญหาจากพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยหรือจากการใช้ยา เภสัชกรจะส่งข้อมูลปัญหาและผู้ป่วยกลับไปพบแพทย์อีกครั้ง</p>	<p>ผู้ป่วยที่มีค่า INR นอกช่วงการรักษาเภสัชกรประจำคลินิกจะให้การบริหารทางเภสัชกรรมก่อนพบแพทย์ นำเสนอปัญหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยแต่ละรายลดระยะเวลาในการตรวจรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยที่มีค่า INR ในช่วงการรักษาจะได้รับยาเดิมกลับบ้าน</p>
4.การปรับปรุงวิธีการทำงานเพื่อช่วยให้ทำงานง่ายขึ้น (Simplify)	<p>แพทย์จะคำนวณขนาดยาผู้ป่วยและออกแบบวิธีรับประทานยาให้ผู้ป่วยแต่ละรายโดยใช้การคำนวณมือซึ่งต้องใช้เวลานาน</p>	<p>เภสัชกรทำแบบนำเสนอในการปรับขนาดยาคำนวณยา และออกแบบวิธีรับประทานยาโดยใช้ Application Warfarin Dosing Calculator บนมือถือการใช้สัญลักษณ์สัญญาณไฟจราจรในการสื่อสารกับผู้ป่วย</p>

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

จากนั้นผู้ส่วนร่วมในการวิจัยได้ร่วมกันกำหนดกระบวนการหลัก (Value Stream Mapping) ในการดูแลผู้ป่วยที่ไข้หวัดฟารินในคลินิกฟาริน หลังการประยุกต์แนวคิดการจัดการคุณภาพตามหลักการของไคเซ็น (Kaizen, 1986) มาเป็นกระบวนการปรับปรุงระบบบริการ (ECRS) เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพระบบดังกล่าวประกอบ 5 แผนภูมิกระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วยที่ไข้หวัดฟารินในคลินิกฟารินหลังการพัฒนา



ภาพประกอบ 5 แผนภูมิกระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วยที่ในคลินิกฟาริน หลังการพัฒนา

แนวทางที่ 2 คุณภาพบริการ การวิเคราะห์คุณภาพระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้อยาวาร์ฟารินโดยใช้การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยที่ใช้อยาวาร์ฟาริน ผู้วิจัยได้นำเสนอแบบประเมินตนเองของโรงพยาบาลตามแนวทางการจัดการยา-warfarin เพื่อการประเมินคุณภาพในขั้นตอนการให้บริการในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้อยาวาร์ฟารินในปัจจุบัน ผู้ส่วนร่วมในการวิจัยร่วมกันประเมินตนเองตามแนวทางการจัดการยา-warfarin โดยแบบประเมินมีทั้งหมด 23 ข้อ ผลการประเมินพบว่าการดำเนินการตามแนวทางการจัดการยา-warfarin แล้ว 17 ข้อ มีการดำเนินการตามแนวทางบางส่วน 3 ข้อ และไม่มีการดำเนินการ 3 ข้อ โดยผู้ส่วนร่วมในการวิจัยได้มีส่วนร่วมในการเสนอกิจกรรมเพื่อบรรลุตามแนวทางการจัดการยา-warfarin ใน 6 หัวข้อ ดังนี้

ตาราง 10 ผลการประเมินตนเองในดำเนินการตามแนวทางการจัดการยา-warfarin

แนวทางการจัดการ	การดำเนินงานในปัจจุบัน	ความเสี่ยงที่พบ	กิจกรรมเพื่อบรรลุตามแนวทางการจัดการ
1.ระบบบ่งชี้ตัวผู้ป่วยเพื่อให้ทราบว่าคุณป่วยใช้อยาวาร์ฟารินอยู่	มีการแจ้งเตือนอัตโนมัติในโปรแกรม เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาแต่ใช้คำว่า ON WARFARIN	จุดคัดกรองไม่ใช้การคัดกรองผ่านโปรแกรมให้บริการจึงระบุไม่ได้ว่าผู้ป่วยใช้อยาวาร์ฟาริน	-ผู้ป่วยทุกรายที่ใช้อยาวาร์ฟารินจะมีบัตรผู้ป่วยใช้อยาวาร์ฟารินแนบติดบัตรโรงพยาบาลและติดสติ๊กเกอร์ “คนใช้อยาวาร์ฟารินหน้าสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2.มีการจัดทำแฟ้มประวัติผู้ป่วยในสามารถบ่งบอกให้ทราบว่าผู้ป่วยกำลังใช้อยาวาร์ฟารินอยู่ อย่างชัดเจน	มีการแจ้งเตือนอัตโนมัติในโปรแกรม เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาแต่ใช้คำว่า ON WARFARIN	ระบบข้อมูลการรักษาผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลใช้เวชระเบียนไม่ได้ผ่านโปรแกรมให้บริการผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพจะไม่ทราบว่าผู้ป่วยใช้อยาวาร์ฟาริน	-ใช้ตราประทับว่า “Warfarin” ประทับที่ใบ Doctor order sheet -เป็นการสื่อสารให้สหวิชาชีพทราบเพื่อให้การรักษาแนวทางการรักษาในแต่ละวิชาชีพ

ตาราง 10 (ต่อ)

แนวทางการจัดการ	การดำเนินงานในปัจจุบัน		กิจกรรม เพื่อบรรลุตามแนวทางการจัดการ
		ความเสี่ยงที่พบ	
3.การจัดทำฉลากยาให้ชัดเจนเข้าใจง่ายและมีรายละเอียดที่จำเป็น	แพทย์ระบุวิธีใช้ยาในโปรแกรมให้บริการผู้ป่วยโดยการพิมพ์วิธีรับประทานยาเป็นคำย่อบนฉลากยาโดยเภสัชกรจะเขียนรายละเอียดวิธีใช้ยาบนฉลากยา	-การเขียนวิธีใช้ยาบนฉลากยาเดิมซึ่งมีพื้นที่จำกัดอาจทำให้ผู้ป่วยสับสนในวิธีการรับประทานยา -เกิดความคลาดเคลื่อนในการคัดลอก	-เพิ่มตารางการกินยาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง -การทำฉลากยาเพิ่มแนะนำภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้ยารักษา
4.ระบบประเมินและเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยารักษาในกระบวนการให้การพยาบาลผู้ป่วยใน	ไม่มีการกำหนดการเฝ้าระวังที่ชัดเจน รอยาติหรือผู้ดูแลมาแจ้ง หรือเกิดอาการที่รุนแรงแล้ว	ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือเกิดอาการมาระยะหนึ่งแล้วแต่ไม่ได้แจ้งบุคลากรทางการแพทย์	กำหนดให้เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากยารักษาทุกเวชภัณฑ์ร่วมกันในกิจกรรมวัดใช้ผู้ป่วย
5.การจัดทำหรือจัดให้มีเอกสารความรู้การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและข้อควรปฏิบัติหากพบอาการข้างเคียง	กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสมุดมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานซึ่งไม่มีผลการปฏิบัติตัว	ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลขาดความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาและข้อควรปฏิบัติหากพบอาการข้างเคียงดังกล่าว	-ทำคู่มือผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโดยติดไว้สมุดประจำตัวกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้กับผู้ป่วยทุกรายที่ใช้ยารักษา แจ้งช่องทางการสื่อสารทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถขอคำปรึกษาได้

ตาราง 10 (ต่อ)

แนวทางการจัดการ	การดำเนินงานในปัจจุบัน	ความเสี่ยงที่พบ	กิจกรรมเพื่อบรรลุตามแนวทางการจัดการ
6.กระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟารินแก่บุคลากรสาธารณสุข	ยังไม่ดำเนินงาน	บุคลากรสาธารณสุขขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย	จัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล

4.3.2.2 ชั้นปฏิบัติการ (Action)

กิจกรรมที่ 5 การดำเนินการตามแผนการพัฒนาคุณภาพบริการในการบริการตามกระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วยในคลินิกวาร์ฟารินแบบใหม่ ดังนี้ กลุ่มที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ได้แก่ผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินและญาติผู้ดูแลที่มารับบริการตามนัดหมายโดยเริ่มให้บริการในรูปแบบใหม่ในเดือนเมษายน ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจะได้รับเอกสารแจ้งให้ทราบจากทีมผู้วิจัยตั้งแต่เดือนมีนาคมโดยแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลทราบว่าคลินิกวาร์ฟารินให้บริการทุกจันทร์ของทุกเดือน การนัดหมายเวลาผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้มารับบริการจะเลื่อนในช่วงเวลา 06.00 – 08.00 น. ณ ห้องชั้นสูตที่อยู่ในบริเวณใกล้กันกับจุดบริการคลินิกโรคเรื้อรังตีผู้ป่วยนอกใหม่ซึ่งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจะได้รับการดูแลตามระบบบริการใหม่ในคลินิกวาร์ฟารินและผู้วิจัยและทีมวิจัยได้ทำการสังเกตและบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการเข้ารับบริการคลินิกวาร์ฟารินของผู้ป่วย ดังนี้

1) ที่จุดคัดกรองผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินยื่นบัตรประจำตัวผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินที่ติดแนบบัตรโรงพยาบาล หรือสมุดประจำตัวที่ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วยใช้ยาวาร์ฟารินพยาบาลที่จุดคัดกรองพยาบาลซักประวัติเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือในการซักประวัติภาวะแทรกซ้อน มี Keyword Marker มีเลือดออกผิดปกติ มีแขนขาอ่อนแรง ปวดหัวมาก หรือไม่กรณิพบอาการข้างต้น ส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและให้การรักษาดูแลตามแนวทางการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เกิดจากยาวาร์ฟาริน เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมาโรงพยาบาลแต่เข้าตู่ก่อนที่พยาบาลจุดคัดกรองมาให้บริการ

2) จุดบริการห้องบัตร ผู้ป่วยยื่นบัตรโรงพยาบาล และสอบถามข้อมูลผู้ป่วยลงบันทึกลงในโปรแกรม HI เพื่อให้เกิดความถูกต้อง มีเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ช่วยให้ข้อมูลในการรับบริการ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการล้มเสี่ยงจากการส่งผู้ป่วยไปผิวดูด และให้บริการในกรณีมีการติดต่อสอบถามจากผู้ป่วยอื่น และการเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับระบบโปรแกรม HI เพิ่มทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ให้แก่เจ้าหน้าที่ห้องบัตร เพื่อให้บริการผู้ป่วยที่รวดเร็ว

3) จุดบริการห้องชันสูตร ได้กำหนดเวลาในการรับผู้ป่วยตรวจค่า INR ไม่เกินเวลา 08.00 น. เพื่อจะได้นำเลือดผู้ป่วยไปเข้าเครื่องตรวจพร้อมกันครั้งละ 10 ราย โดยใช้เวลาในการตรวจเลือดประมาณ 30 นาที ผู้ป่วยยื่นบัตรโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลและบันทึกข้อมูลการให้บริการลงในโปรแกรม HI นักเทคนิคการแพทย์ให้บริการเจาะเลือดตรวจหาค่าได้แก่การแข็งตัวของเลือดค่า PT/INR การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ตามโรคร่วม และการตรวจประเมินผู้ป่วยโรคเรื้อรังประจำปี ได้แก่ FBS, Creatinine, LDL, Tg และ Protine Sugar ในกระแสเลือด และประเมินภาวะแทรกซ้อน Heart, Lung , EKG, CXR ตามมาตรฐานการรักษาการตรวจประเมินประจำปีของผู้ป่วยคลินิกวารฟารินประจำปี ได้แก่ Echo ตรวจหัวใจจากภาพการสัณนิษฐานผู้ป่วยหญิงในการบริการห้องชันสูตร กล่าวว่า “ได้รับบริการที่สะดวกขึ้น ไม่ต้องรอคิวนาน” และสัมภาษณ์นักเทคนิคการแพทย์ “การกำหนดช่วงเวลาผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาหัวใจทำให้สามารถนำเลือดเข้าเครื่องตรวจในครั้งเดียว 10 ราย เป็นการประหยัดค่าน้ำยาตรวจมาตรฐานเครื่องตรวจค่า INR และทำให้ผลเลือดออกเร็วภายในระยะเวลา 30 นาที”

4) จุดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยยื่นบัตรพร้อมสมุดประจำตัวผู้ป่วยรับบัตรคิวรับบริการ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต วัดการเต้นของชีพจรด้วยเครื่องวัดอัตโนมัติและนำผลการตรวจที่ได้ให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ลงข้อมูลในสมุดประจำตัวผู้ป่วย ตรวจสอบให้ข้อมูลขั้นตอนการรับบริการ เจ้าหน้าที่แจ้งให้ผู้ป่วยไปรับประทานอาหาร และให้กลับมาคลินิกวารฟาริน เวลา 08.00 น.

5) จุดบริการคลินิกวารฟาริน

เวลา 08.00 น. ผู้ป่วยและญาติกลับมา ณ คลินิกวารฟารินได้เริ่มทำกิจกรรมกลุ่ม โดยเริ่มจาก กิจกรรมที่ 1 การออกกำลังกายโดยนักกายภาพบำบัด 20 นาที

เวลา-08.20 น. กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องยารักษาหัวใจ อาหาร ยา สมุนไพร และการปฏิบัติตัวโดยชมสื่อวีดิทัศน์

เวลา 08.30 น. กิจกรรมที่ 3 เกสซ์กรประจำคลินิกวารฟารินทบทวนสรุปความรู้เรื่องยารักษาหัวใจ และการปฏิบัติตัวเวลา

เวลา 08.45 น. กิจกรรมที่ 4 การสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

เวลา 09.00 น. กิจกรรมที่ 5 การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมโดยเภสัชกรประจำคลินิก การให้ข้อมูลเรื่องเป้าหมายในการรักษาด้วยยารวาร์ฟารินของผู้ป่วยแต่ละรายมีกิจกรรมคือเภสัชกรจะทำความเข้าใจในเรื่องเป้าหมายในการรักษาด้วยยารวาร์ฟารินในผู้ป่วยแต่ละรายโดยดูจากผลเลือดค่า INR และ แจ้งผลเลือดค่า INR ให้แก่ผู้ป่วยทราบโดยกำหนดให้ผลเลือดต่ำกว่าเป้าหมายในการรักษาให้สัญลักษณ์ไฟจราจรสีเขียว ผลเลือดในเป้าหมายในการรักษา หรือค่าปกติให้สัญลักษณ์ไฟจราจรสีเหลือง และผลเลือดสูงกว่าเป้าหมายในการรักษาให้สัญลักษณ์ไฟจราจรสีแดง แนวทางในการดำเนินงานตามผลเลือดค่า INR ดังนี้

(1) กรณีค่าการแข็งตัวของเลือด INR ของผู้ป่วยอยู่ในช่วงการรักษาสัญลักษณ์ไฟจราจรสีเขียว และผู้ป่วยมีอาการปกติเภสัชกรจะพิจารณาให้ยาเดิมผู้ป่วย จากนั้นพยาบาลคลินิก ลงข้อมูลผู้ป่วย และผู้ป่วยจะไปรับยาที่ห้องจ่ายยาคลินิกโรคเรื้อรัง

(2) กรณีค่าการแข็งตัวของเลือด INR ของผู้ป่วยอยู่ในนอกช่วงการรักษาสัญลักษณ์ไฟจราจรสีเหลืองหรือสีแดง หรือผู้ป่วยมีอาการผิดปกติจากโรคร่วม เภสัชกรจะประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย และซักประวัติ ค้นหา สาเหตุปัญหาของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากยา ขนาดยาที่รับประทาน วิธีรับประทานยา การรับประทานยา พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ยา และการเจ็บป่วยลงแบบฟอร์มการเสนอปรับเปลี่ยนขนาดยารวาร์ฟาริน และเภสัชกรจะเสนอการปรับเปลี่ยนขนาดยารวาร์ฟารินตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ในแบบฟอร์มเสนอการปรับเปลี่ยนขนาดยารวาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุนนทริก จังหวัดอุบลราชธานี และเสนอรูปแบบการรับประทานยาของผู้ป่วยแต่ละรายผ่านแอปพลิเคชันบนถือ WDC (Wafarin Dosing Calculator) ที่พัฒนาโดย คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพระปกเกล้าชลบุรี พยาบาลคลินิกลงข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรมให้บริการ HI จัดคิวให้ผู้ป่วยพบแพทย์แพทย์พิจารณาข้อมูลในแบบเสนอการปรับเปลี่ยนขนาดยารวาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุนนทริก จังหวัดอุบลราชธานี

6) จุดบริการห้องยา ผู้ป่วยยื่นรับยาที่ห้องจ่ายยาคลินิกพิเศษ

กรณีผู้ป่วยที่มีผลเลือดอยู่ในช่วงการรักษา หรือสัญลักษณ์ไฟจราจรสีเขียวผู้ป่วยจะยื่นสมุดประจำตัวผู้ป่วยเรื้อรัง ก่อนพิมพ์สติกเกอร์ยาเจ้าพนักงานเภสัชกรรมกรมจะตรวจสอบความถูกต้องในคำสั่งใช้ยาเปรียบเทียบกับข้อมูลในสมุดประจำตัว และในโปรแกรมบริการผู้ป่วย จำนวนยาตามวันนัด เภสัชกรตรวจสอบหลังจัดยาเสร็จเพื่อความถูกต้องตามใบสั่งยาไม่ผิดชนิด/จำนวน/ความแรง/วิธีใช้ยา และคัดกรองปัญหาจากการใช้ยาบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาและเภสัชกรส่งมอบยา ทบพทวนการรับประทานยารวาร์ฟาริน สีของเม็ดยาที่ผู้ป่วยได้รับ และให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน กรณีค่าการแข็งตัวของเลือด INR ของผู้ป่วยอยู่ในนอกช่วงการรักษาสัญลักษณ์ไฟจราจรสีเหลืองหรือสีแดง หรือผู้ป่วยมีอาการผิดปกติจากโรคร่วม หลังจากพบแพทย์แล้วไปรับยาที่ห้องจ่ายยาคลินิกพิเศษ

กระบวนการบริการเช่นเดียวกัน แต่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้รับยาจากเภสัชกรประจำคลินิกอาร์ทวาริน โดยมีกิจกรรมประเมินการยอมรับการปรับยาของแพทย์ตามใบเสนอแบบเสนอการปรับเปลี่ยนขนาดยา อาร์ทวาริน ตรวจสอบความถูกต้องของใบสั่งยาจากแพทย์ การทำตารางการรับประทานยาให้ผู้ป่วย อธิบายวิธีการรับประทานยาเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้องผู้ป่วยที่ใช้อาร์ทวารินและญาติผู้ดูแล ที่มารับบริการตามนัดหมายครั้งที่ 1 ในเดือนเมษายน และนัดครั้งที่ 2 เดือนพฤษภาคม หลังรับบริการ ครั้งที่ 2 แล้วผู้ป่วยที่ใช้อาร์ทวาริน และญาติผู้ดูแล จะต้องทำการตอบแบบสอบถามประเมินผลการ พัฒนาคุณภาพบริการคลินิกอาร์ทวาริน

4.3.2.3 ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation)

กิจกรรมที่ 6 ระยะเวลาติดตามผลและประเมินผลจากการตอบแบบสอบถามของผู้มีส่วนร่วมภายหลังกระบวนการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณของกลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัยดังนี้

1) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัย ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบในปัจจุบันประสบการณ์ทำงาน และการฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคเรื้อรังได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ตาราง 11 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n =14)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	3	21.40
หญิง	11	78.60
2. อายุ (ปี)		
21-30	5	35.70
31-40	3	21.40
41-50	6	42.90

ตาราง 11 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n =14)	ร้อยละ
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	0	0.00
ปริญญาตรี	12	85.70
ปริญญาโท	2	14.30
4. ตำแหน่งปัจจุบัน		
แพทย์	2	14.30
เภสัชกร	1	7.1
พยาบาลวิชาชีพ	7	50.0
นักเทคนิคการแพทย์	1	7.10
นักกายภาพบำบัด	1	7.10
แพทย์แผนไทย	1	7.10
นักโภชนาการ	1	7.10
5. ประสบการณ์ทำงาน		
น้อยกว่า 5 ปี	2	14.3
5 – 10 ปี	5	35.7
มากกว่า 10 ปี	7	50.0
6. การฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง		
โรคเบาหวาน	9	64.30
โรคความดันโลหิตสูง	7	50.00
โรคหลอดเลือดสมอง	6	42.90
โรคหัวใจขาดเลือด	6	42.90
เครื่องช่วยคลินิกวาร์ฟาริน	1	7.10
การดูแลผู้ป่วยติดเตียง	1	7.10

จากตาราง 11 พบว่า ข้อมูลลักษณะทางประชากรกลุ่มบุคลากรที่มีส่วนร่วมในการวิจัย จำนวน 14 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุระหว่าง 41-50 ปี อายุเฉลี่ย 35 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.7 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 50 มีประสบการณ์ใน

การทำงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50 การฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ได้แก่โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 64.3 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50 ตามลำดับ

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ ด้านยารักษาโรคเบาหวานและแนวทางในการจัดการยารักษาโรคเบาหวานได้ถูกต้อง ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยารักษาโรคเบาหวาน

ความรู้	ก่อนการพัฒนา (n = 14)		หลังการพัฒนา (n = 14)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ตัวชี้วัดการประเมินประสิทธิภาพของการใช้ ยารักษาโรคเบาหวานในระยะยาว คือ ร้อยละของผู้ป่วย ที่มีค่า INR อยู่ในช่วงการรักษา > 65	10	71.43	12	85.71
2. ตัวชี้วัดการประเมินความปลอดภัยในการใช้ยา ยารักษาโรคเบาหวานคือ ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ รุนแรง <10	11	78.57	12	85.71
3. ขนาดความแรงยารักษาโรคเบาหวานที่ใช้ในโรงพยาบาล แห่งนี้ มี 2 ความแรง คือ ขนาด 3, และ 4 มิลลิกรัม	4	28.57	11	78.57
4. การส่งจ่ายยาโดยวจาควรระบุชื่อยา ความแรง วิธีการใช้ยา และจำนวนยาซึ่งสอดคล้อง กับวันที่นัด	11	78.57	12	85.71
5. การจัดการกับยารักษาโรคเบาหวานที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา เมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล เพื่อให้เกิด ความประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษา	4	28.57	12	85.71
6. หน่วยบริการต่าง ๆ เช่น หอผู้ป่วย หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ต้องมีการสำรอง ยารักษาโรคเบาหวาน เพื่อความพร้อมใช้ในการรักษา	5	35.71	12	85.71
7. ระบบบ่งชี้ผู้ป่วยเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยใช้ ยารักษาโรคเบาหวาน ได้แก่บัตรประจำตัวผู้ป่วยที่ใช้ ยารักษาโรคเบาหวาน	5	35.71	13	92.86

ตาราง 12 (ต่อ)

ความรู้	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	(n = 14)		(n = 14)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
8. ยาวาร์ฟารินเป็นยาละลายลิ่มเลือด ออกฤทธิ์ต้านการทำงานของเกร็ดเลือด	3	21.43	11	78.57
9. ค่า INR (ไอเอ็นอาร์) เป็นค่าการแข็งตัวของเลือด ที่บอกผลการรักษาด้วยยาวาร์ฟาริน	12	85.71	13	92.86
10. การปรับขนาดยาวาร์ฟารินในผู้ป่วยแต่ละรายดูจากค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) และการบริโภคอาหารของผู้ป่วย	12	85.71	12	85.71
11. ค่า ไอเอ็นอาร์ ในผู้ป่วยที่เปลี่ยนลิ้นหัวใจชนิดโลหะ อยู่ในช่วง 2.0-3.0	7	50.00	10	71.43
12. ภาวะเลือดออกที่รุนแรง เช่น เลือดกำเดาไหล ปัสสาวะมีเลือดปน ไอเป็นเลือด มีจ้ำเลือด และเลือดออกตามไรฟัน	12	85.71	11	78.57
13. ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน เช่น ปวดศีรษะ เจ็บพลงัน เวียนศีรษะ หน้ามืด ขามือหรือเท้า แขนขาอ่อนแรง ปากเปี้ยว พุดไม่ชัด วูบหมดสติ	7	50.00	12	85.71
14. การลึ่มรับประทานยา เกิน 12 ชั่วโมง ให้รับประทานทันทีที่นึกได้ในขนาดเท่าเดิม	5	35.71	10	71.43
15. ยาวาร์ฟารินออกฤทธิ์เพิ่มขึ้นจากการรับประทานอาหาร เช่น กระเทียม ขิง ขมิ้นชัน มะม่วงสุก มะละกอสุก แก้วมังกร ส้มโอ มะขาม น้ำมันปลา ตับ เครื่องในสัตว์	7	50.00	11	78.57
16. อาหารที่มีผลให้ยาวาร์ฟารินออกฤทธิ์ลดลง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด ได้แก่ ผักที่มีสีเขียว ชาเขียว ถั่วเหลือง แกงหน่อไม้ เป็นต้น	4	28.57	13	92.86

ตาราง 12 (ต่อ)

ความรู้	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	(n = 14)		(n = 14)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
17. ผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาสามารถรับประทานยา แก้ปวด พาราเซตามอล ยาพาราเซตามอล ยาไอบูโพรเฟน ซึ่งมีผลต่อยารักษา 18. เมื่อผู้ป่วยที่ต้องทำหัตถการในช่องปาก จำเป็นต้องหยุดยารักษาอย่างน้อย 5 -7 วันก่อนไปพบ ทันตแพทย์ เพื่อป้องกัน การเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ	9	64.29	12	85.71
19. วิตามินเค ชนิดฉีดสามารถให้โดยการ รับประทาน เพื่อลดการออกฤทธิ์ของยา	7	50.00	11	78.57
20. ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเจาะเลือดตรวจ ค่า INR ทุกครั้งที่นัด นอกจากมีอาการผิดปกติ	12	85.71	13	92.86

จากตาราง 12 หลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกการักษา ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้ด้านยารักษาและแนวทางในการจัดการยารักษา มากที่สุด คือ 1) ระบบบ่งชี้ผู้ป่วยเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยใช้ยารักษา ได้แก่ บัตรประจำตัวผู้ป่วยที่ใช้ยารักษา 2) ค่า INR (ไอเอ็นอาร์) เป็นค่าการแข็งตัวของเลือด ที่บอกผลการรักษาด้วยยารักษา 3) ค่า INR (ไอเอ็นอาร์) เป็นค่าการแข็งตัวของเลือด ที่บอกผลการรักษาด้วยยารักษา 4) อาหารที่มีผลให้ยารักษาออกฤทธิ์ลดลง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด ได้แก่ ผักที่มีสีเขียว ชาเขียว ถั่วเหลือง แกงหน่อไม้ เป็นต้น และ 5) ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเจาะเลือดตรวจ ค่า INR ทุกครั้งที่นัด นอกจากมีอาการผิดปกติ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 92.86 ส่วนข้อที่ตอบผิดมากที่สุดคือ ค่า ไอเอ็นอาร์ ในผู้ป่วยที่เปลี่ยนลิ้นหัวใจชนิดโลหะ อยู่ในช่วง 2.0-3.0 จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 71.43

ตาราง 13 ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้ด้านยวาร์ฟาริน และแนวทางในการจัดการยวาร์ฟาริน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยวาร์ฟาริน จำแนกรายด้าน

ความรู้	ก่อนการพัฒนา (n =14)			หลังการพัฒนา (n =14)		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านยวาร์ฟาริน	7.29	2.81	ต่ำ	10.86	1.67	สูง
	(ร้อยละ 56.08)			(ร้อยละ 83.52)		
ด้านแนวทางในการจัดการยวาร์ฟาริน	4.14	1.17	ต่ำ	6.07	0.92	สูง
	(ร้อยละ 59.14)			(ร้อยละ 86.73)		
รวม	11.43	2.85	ต่ำ	16.93	1.33	สูง
	(ร้อยละ 57.15)			(ร้อยละ 84.65)		

จากตาราง 13 พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยวาร์ฟาริน ผู้มีส่วนร่วมในวิจัยมีความรู้ด้านยวาร์ฟารินโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} =11.43, SD = 2.85, ร้อยละ 57.15) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีความรู้ด้านยวาร์ฟาริน (\bar{X} 7.29, $S.D.$ = 2.81, ร้อยละ 56.08) และด้านแนวทางในการจัดการยวาร์ฟาริน (\bar{X} = 4.14, SD = 1.17, ร้อยละ 59.14) อยู่ในระดับต่ำ ส่วนหลังการพัฒนา ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 16.93, SD = 1.33, ร้อยละ 84.65) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามีระดับความรู้สูงทั้งสองด้าน (\bar{X} = 10.86, SD = 1.67, ร้อยละ 83.52) และ (\bar{X} = 6.07, SD = 0.92, ร้อยละ 86.73 ตามลำดับ)

ตาราง 14 จำนวนและร้อยละ ของผู้มีส่วนร่วมในวิจัย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยวาร์ฟาริน จำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา (n= 14)		หลังการพัฒนา (n= 14)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ต่ำ (ตอบถูก 0-11 ข้อ)	7	50.00	0	0
ความรู้ปานกลาง (ตอบถูก 12-15 ข้อ)	6	42.86	2	14.29
ความรู้สูง (ตอบถูก 16 ข้อขึ้นไป)	1	7.14	12	85.71

จากตาราง 14 พบว่า ก่อนการพัฒนา รูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีความรู้ด้านยวาร์ฟาริน และแนวทางในการจัดการยวาร์ฟารินอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมา มีระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 42.86 และมีระดับความรู้สูง คิดเป็นร้อยละ 7.14 หลังการพัฒนา ผู้มีส่วนร่วมในวิจัยส่วนใหญ่ มีระดับความรู้สูง เป็นร้อยละ 85.71 และมีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 14.29

ตาราง 15 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังพัฒนา รูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน

ความรู้	\bar{x}	SD	n	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)	Wilcoxon Prob (p)
ก่อนการพัฒนา	7.28	2.81	14	105.00	3.30	0.00*
หลังการพัฒนา	16.93	1.33	14			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านยวาร์ฟารินและด้านแนวทางในการจัดการยวาร์ฟารินของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ภายหลังจากการพัฒนา ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 3.30, p=0.00$)

3) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในการพัฒนา รูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาล บุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี แบ่งเป็นรายด้านดังนี้

1. ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
2. ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
3. ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
4. ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล

ตาราง 16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน

การมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา (n =14)			หลังการพัฒนา (n =14)		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
ด้านการตัดสินใจ						
1. การมีส่วนร่วมนำเสนอให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่ไข้ยวาร์ฟาริน	2.21	0.58	น้อย	3.64	0.74	ปาน กลาง
2.การมีส่วนร่วมในการคัดเลือกปัญหา และ วิเคราะห์หาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหา ด้านระบบบริการผู้ป่วยที่ไข้ยวาร์ฟาริน	2.57	0.85	ปาน กลาง	3.71	0.83	มาก
3. การเข้าร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการ พัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	2.50	0.65	น้อย	3.57	0.85	ปาน กลาง
4.การเข้าร่วมประชุมในกระบวนการวางแผน พัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	2.64	0.84	ปาน กลาง	4.00	0.96	มาก
5. การมีส่วนร่วมในการคัดเลือกแผนงาน กิจกรรมในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ คลินิกวาร์ฟาริน	2.86	0.86	ปาน กลาง	3.93	0.73	สูง
รวมรายด้าน	2.50	0.59	ปาน กลาง	3.74	0.54	มาก
ด้านการดำเนินงาน						
6. การมีส่วนร่วมกำหนดเสนอแนวทางการ วางแผนในการแก้ไขปัญหาดำเนินการพัฒนา รูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	2.57	0.76	ปาน กลาง	3.64	0.84	ปาน กลาง
7. การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกิจกรรม ดำเนินการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิก	2.71	0.72	ปาน กลาง	3.79	0.80	มาก

ตาราง 16 (ต่อ)

การมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	(n =14)			(n =14)		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
8. การเข้าร่วมในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารต่างๆ ในการดำเนินการในการพัฒนารูปแบบคุณภาพ บริการคลินิกวาร์ฟาริน	3.00	0.96	ปาน กลาง	3.86	0.77	มาก
9. การเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมตามแผนงานโครงการ พัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	2.71	0.83	ปาน กลาง	3.79	0.89	มาก
10.การมีส่วนร่วมในการกำหนดผู้รับผิดชอบใน การปฏิบัติตามแผนงานโครงการพัฒนาคุณภาพ รวมรายด้าน	2.86	0.86	ปาน กลาง	3.93	0.73	มาก
ด้านการรับผลประโยชน์	2.77	0.62	ปาน กลาง	3.80	0.69	มาก
11. การมีส่วนร่วมรับทราบเกี่ยวกับสรุปผล การดำเนินงานการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ คลินิกวาร์ฟาริน	2.93	0.62	ปาน กลาง	4.21	0.80	มาก
12. การได้มีส่วนร่วมในการนำปัญหา และ อุปสรรคที่เกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินงานตาม กิจกรรม ที่กำหนดไว้ในดำเนินการพัฒนา รูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ปรับปรุงแก้ไขให้สำเร็จตามเป้าหมาย	2.86	0.77	ปาน กลาง	3.64	0.93	ปาน กลาง
13. การมีส่วนร่วมในการพิจารณาทบทวนวิธีการ ดำเนินงาน/กิจกรรมในการพัฒนารูปแบบ คุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	2.57	0.76	ปาน กลาง	3.71	0.61	มาก
14. การมีส่วนร่วมในการกำหนดผลสำเร็จ แผนงาน โครงการในการพัฒนารูปแบบ คุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	2.50	0.76	ปาน กลาง	3.57	0.76	ปาน กลาง

ตาราง 16 (ต่อ)

การมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา (n =14)			หลังการพัฒนา (n =14)		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
15. การมีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ การทบทวนและปรับปรุงแก้ไขแผนการพัฒนา รูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน รวมรายด้าน	2.93	0.73	ปาน กลาง	3.43	0.65	ปาน กลาง
16. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพัฒนา รูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	2.71	0.73	ปาน กลาง	3.50	0.94	ปาน กลาง
17. การมีส่วนร่วมในการติดตาม ทบทวน แผนงาน/โครงการกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ	2.79	0.70	ปาน กลาง	3.93	0.83	มาก
18. การมีส่วนร่วมนำปัญหา อุปสรรคเปรียบเทียบผล การปฏิบัติงานตามกิจกรรมต่างๆ ในการพัฒนารูปแบบ คุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	2.71	0.73	ปาน กลาง	3.93	0.83	มาก
19. การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ผลสำเร็จของงาน โดยการ เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้	2.93	0.73	ปาน กลาง	3.71	0.91	มาก

ตาราง 16 (ต่อ)

การมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา (n =14)			หลังการพัฒนา (n =14)		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
20.การมีส่วนร่วมในการกำกับ ดูแล แนะนำ ติดตาม ความก้าวหน้าในการการพัฒนารูปแบบคุณภาพ บริการคลินิกวาร์ฟาริน	3.00	0.88	ปาน กลาง	3.79	0.80	มาก
รวมรายด้าน	2.84	0.70	ปาน กลาง	3.77	0.54	มาก
รวมทุกด้าน	2.71	0.77	ปาน กลาง	3.76	0.45	มาก

จากตาราง 16 พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.71$, $SD= 0.77$) หลังการพัฒนาพบมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.76$, $SD= 0.45$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ($\bar{X}= 3.80$, $SD= 0.69$) รองลงมาคือการติดตามประเมินผล ($\bar{X}= 3.77$, $S.D.= 0.54$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ($\bar{X}= 3.71$, $SD= 0.44$) โดยรายละเอียดแต่ละด้านมีดังนี้

ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหลังการพัฒนาพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมประชุมในกระบวนการวางแผนพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ($\bar{X}=4.00$, $SD=0.96$) รองลงมาคือการมีส่วนร่วมในการคัดเลือกแผนงาน กิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกวาร์ฟาริน ($\bar{X}=3.79$, $SD=0.70$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือท่านได้เข้าร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกวาร์ฟาริน ($\bar{X}=3.57$, $SD=0.85$)

ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหลังการพัฒนา พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการมีส่วนร่วมในการกำหนดผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติตามแผนงานโครงการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ($\bar{X}=3.93$, $SD=0.73$) รองลงมาคือการมีส่วนร่วมในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารต่างๆ ในการดำเนินการในการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ($\bar{X}=3.86$, $SD=0.77$) ส่วนข้อที่มี

ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือท่านมีส่วนร่วมกำหนดเสนอแนวทางการวางแผนในการแก้ไขปัญหาดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ($\bar{X}=3.64, SD=0.84$)

ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์หลังการพัฒนาพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการมีส่วนร่วมรับทราบเกี่ยวกับสรุปผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพบริการ ($\bar{X}=4.21, SD=0.80$) รองลงมาคือการมีส่วนร่วมในการพิจารณาทบทวนวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ($\bar{X}=3.71, SD=0.61$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือท่านได้มีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการทบทวนและปรับปรุงแก้ไขแผนการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ($\bar{X}=3.43, SD=0.65$)

ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลหลังการพัฒนาพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การมีส่วนร่วมในการติดตาม ทบทวน แผนงาน/โครงการกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกวาร์ฟาริน และการมีส่วนร่วมนำปัญหา อุปสรรคเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานตามกิจกรรมต่างๆ ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกวาร์ฟาริน ($\bar{X}=3.93, SD=0.83$) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการกำกับ ดูแล แนะนำ ติดตาม ความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ($\bar{X}=3.79, SD=0.80$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ($\bar{X}=3.50, SD=0.94$)

ตาราง 17 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน

การมีส่วนร่วม	\bar{X}	SD	n	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)	Wilcoxon Prob (p)
ก่อนการพัฒนา	2.71	0.77	14	105.00	3.30	0.00*
หลังการพัฒนา	3.76	0.45	14			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 ผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ภายหลังจากการพัฒนา ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 3.30, p=0.00$)

4) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาล บุณตริก จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนา

ตาราง 18 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน

ความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา (n =14)			หลังการพัฒนา (n =14)		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
	ด้านนโยบายและแผนงาน					
1. ความพึงพอใจต่อแผนงานในการดำเนินงาน การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	3.43	0.51	ปาน กลาง	3.93	0.73	มาก
2. ความพึงพอใจต่อกระบวนการเผยแพร่ความรู้ เรื่องแนวทางการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบ คุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	3.36	0.63	ปาน กลาง	4.14	0.66	มาก
3. ความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินงานการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ คลินิกวาร์ฟาริน	3.29	0.73	ปาน กลาง	4.07	0.73	มาก
4. ความพึงพอใจในกิจกรรมการดำเนินงานการ พัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	3.14	0.53	ปาน กลาง	3.93	0.73	มาก
รวมรายด้าน	3.30	0.53	ปาน กลาง	4.02	0.66	มาก
ด้านกระบวนการพัฒนา						
5. ความพึงพอใจ กับการตัดสินใจขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ออกไป เช่น การถามข้อมูลเดิมซ้ำๆ เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วยิ่งขึ้น	3.57	0.76	มาก	3.86	0.83	มาก
6. ความพึงพอใจ กับการรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เช่น การจัดบริการให้ผู้ป่วยได้รับบริการเบ็ดเสร็จในจุด เดียว เพื่อประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย	3.64	0.84	มาก	3.93	0.83	มาก

ตาราง 18 (ต่อ)

ความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	(n =14)			(n =14)		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
7. ความพึงพอใจ ในการจัดลำดับงานใหม่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ โดยไม่ต้องรอนาน	3.50	0.65	ปานกลาง	3.93	0.83	มาก
8. ความพึงพอใจในรูปแบบการดำเนินงานบริการในคลินิกวาร์ฟาริน	3.21	0.80	ปานกลาง	4.14	0.86	มาก
รวมรายด้าน	3.43	0.55	ปานกลาง	3.94	0.57	มาก
ด้านการให้บริการ						
9. ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการให้บริการภายในคลินิก	3.21	0.70	ปานกลาง	4.14	0.86	มาก
10.ความพึงพอใจต่อขั้นตอน ความสะดวกรวดเร็ว วัน เวลา และระยะเวลาการรอในการตรวจรักษาของคลินิกวาร์ฟาริน	2.93	0.62	ปานกลาง	3.79	0.90	ปานกลาง
11. ความพึงพอใจในด้านความสนใจ ความเอาใจใส่ และความพร้อมในการให้บริการของบุคลากรสาธารณสุขในคลินิก	3.14	0.77	ปานกลาง	3.64	0.75	ปานกลาง
12. ความพึงพอใจด้านความพร้อมในการให้บริการของบุคลากรสาธารณสุขในคลินิก	2.93	0.62	ปานกลาง	3.79	0.70	มาก
รวมรายด้าน	3.05	0.51	ปานกลาง	3.73	0.60	มาก
ด้านบุคลากร						
13. ความพึงพอใจในการทำงานเป็นทีม เพื่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ	3.14	0.80	ปานกลาง	3.71	0.73	มาก

ตาราง 18 (ต่อ)

ความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา (n =14)			หลังการพัฒนา (n =14)		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
14. ความพึงพอใจต่อการจัดสรรอัตรากำลังเพื่อการพัฒนา พัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ	3.07	0.70	ปาน กลาง	3.71	0.73	มาก
15. ความพึงพอใจต่อการพัฒนาความรู้ของผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้องกับการพัฒนา	3.07	0.70	ปาน กลาง	3.43	0.76	ปาน กลาง
16. ความพึงพอใจเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถให้ คำแนะนำ ตอบข้อซักถาม รูปแบบการดำเนินงานได้อย่าง ชัดเจน ถูกต้อง	3.07	0.73	ปาน กลาง	3.43	0.65	ปาน กลาง
รวมรายด้าน	3.10	0.51	ปาน กลาง	3.52	0.53	ปาน กลาง
ด้านผลการดำเนินงาน						
17. ความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานตามแผนงาน ในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	3.21	0.70	ปาน กลาง	3.57	0.65	ปาน กลาง
18. ความพึงพอใจต่อการแก้ไขปัญหาของการ ดำเนินการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ	3.21	0.70	ปาน กลาง	3.57	0.65	ปาน กลาง
19 .ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วม ในการดำเนินการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ คลินิกวาร์ฟาริน	3.36	0.63	ปาน กลาง	3.64	0.63	ปาน กลาง
20. ความพึงพอใจต่อการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก สะดวกของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการ	3.43	0.65	ปาน กลาง	3.64	0.63	ปาน กลาง
รวมรายด้าน	3.33	0.62	ปาน กลาง	3.61	0.63	ปาน กลาง
รวมทุกด้าน	3.23	0.43	ปาน กลาง	3.76	0.40	มาก

จากตาราง 18 พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกกัวร์ฟารินโดยรวมรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.76$, $SD= 0.40$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านนโยบายและแผนงาน ($\bar{X}=4.02$, $SD= 0.66$) รองลงมาคือด้านกระบวนการพัฒนา ($\bar{X}=3.94$, $SD= 0.57$) และด้านการให้บริการ ($\bar{X}=3.73$, $SD= 0.60$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางคือด้านบุคลากร ($\bar{X}= 3.52$, $SD= 0.53$) และ ด้านผลการดำเนินงาน ($\bar{X}=3.61$, $SD= 0.63$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ความพึงพอใจต่อกระบวนการเผยแพร่ความรู้เรื่องแนวทางการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกกัวร์ฟาริน ($\bar{X} =4.14$, $SD= 0.66$) รองลงมาคือความพึงพอใจต่อกิจกรรมการให้บริการภายในคลินิก ($\bar{X}=4.14$, $SD= 0.86$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือความพึงพอใจต่อการพัฒนาความรู้ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนา ($\bar{X} =3.43$, $SD= 0.76$) และความพึงพอใจเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถให้คำแนะนำตอบข้อซักถาม รูปแบบการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน ถูกต้อง ($\bar{X}=3.43$, $SD= 0.65$)

ตาราง 19 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ

ความพึงพอใจ	\bar{X}	SD	n	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)	Wilcoxon Prob (p)
ก่อนการพัฒนา	3.23	0.43	14	55.00	2.80	0.01*
หลังการพัฒนา	3.76	0.40	14			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ ด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ภายหลังจากพัฒนาคุณภาพบริการผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 2.80$, $p=0.01$)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณของกลุ่มที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินให้แก่ผู้ป่วยที่ใชยวาร์ฟาริน และญาติผู้ดูแล ดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยที่ใชยวาร์ฟาริน

1) ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยที่ใชยวาร์ฟาริน สามารถจำแนกข้อมูลทั่วไป ตามลักษณะทางประชากร

ตาราง 20 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้ป่วยที่ใชยวาร์ฟาริน

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n =36)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	21	58.33
หญิง	15	41.67
2. อายุ (ปี)		
31-40	4	11.11
41-50	3	8.33
51-60	9	25.00
61-70	11	30.56
71 -80	9	25.00
3. สถานภาพสมรส		
โสด	4	11.11
คู่	26	72.22
หม้าย	5	13.79
แยกกันอยู่	1	2.78
4. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	33	91.67
มัธยมศึกษา	3	8.33

ตาราง 20 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n =36)	ร้อยละ
5. อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	3	8.33
เกษตรกรกรรม	25	69.44
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	16.67
อื่นๆ	2	5.56
6. สัทธิในการรักษาพยาบาล		
เบิกได้ (ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ)	1	2.8
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	32	88.9
ประกันสังคม	3	25
7. ระดับ INR ครั้งล่าสุด		
น้อยกว่าเป้าหมายการรักษา	19	52.78
อยู่ในเป้าหมายการรักษา	8	22.22
มากกว่าเป้าหมายการรักษา	9	25.00
8. โรคที่เป็นสาเหตุให้ต้องใช้ยาแวนาร์ฟาริน		
AF	5	13.89
VHD	16	44.44
AF+VHD	5	13.89
Old CVA	8	22.22
Old MI	2	5.56
9. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย		
1 – 5 ปี	14	38.89
6 – 10 ปี	12	33.33
15 – 20 ปี	10	27.78

ตาราง 20 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n =36)	ร้อยละ
10. ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย		
คู่สมรส	16	44.44
บิดา/มารดา	1	2.78
พี่/น้อง	2	5.56
บุตรหลาน	14	38.89
ญาติ	3	8.33
11. ในการเดินทางมารับบริการแต่ละครั้ง		
รถจักรยานยนต์	21	58.33
รถยนต์	12	33.33
รถโดยสารประจำทาง	1	2.78
อื่น ๆ (รถโดยสารรับส่งนักเรียน)	2	5.56

จากตาราง 20 พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้ยาฟาร์วาร์รินส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 58.33 อายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 30.56 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 72.22 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 91.67 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 69.44 สิทธิในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่มีการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 88.89 ค่าการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยครั้งล่าสุด อยู่ในช่วงน้อยกว่าช่วงเป้าหมายการรักษา (INR น้อยกว่า 2.00) ร้อยละ 52.78 โรคที่เป็นสาเหตุให้ต้องใช้ยาฟาร์วาร์ริน มากที่สุด คือ โรคเกี่ยวกับลิ้นหัวใจ ร้อยละ 44.44 ระยะเวลาของการเจ็บป่วย มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 1 – 5 ปี ร้อยละ 38.89 ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นคู่สมรส ร้อยละ 44.44 และในการเดินทางมารับบริการแต่ละครั้งผู้ป่วยใช้ยานพาหนะ คิดเป็นร้อยละ 58.33

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

ตาราง 21 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาฟาริน ที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ด้าน ยารักษาฟารินและการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ

ความรู้	ก่อนการพัฒนา (n = 14)		หลังการพัฒนา (n = 14)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านยารักษาฟาริน				
1. ยารักษาฟารินเป็นด้านการแข็งตัวของเลือด	29	80.56	32	88.89
2. ค่า INR (ค่าไอเอ็นอาร์) เป็นค่าที่บอกผลการรักษา ด้วยยารักษาฟารินว่าเลือดหนืดหรือเลือดเหลว	15	41.67	24	66.67
3. ผู้ป่วยรู้ช่วงค่าปกติของผลเลือดตนเอง (ค่าไอเอ็นอาร์)	6	16.67	23	63.89
6. ยารักษาฟารินออกฤทธิ์มากเกินไป ผู้ป่วยจะมีภาวะ เลือดออกได้แก่ จ้ำเลือด เลือดออกตามไรฟัน เลือด กำเดาไหล ปัสสาวะมีเลือดปน ไอเป็นเลือด	28	77.78	29	80.56
8. ยารักษาฟารินออกฤทธิ์น้อยเกินไป ผู้ป่วยจะอาการ ปวดศีรษะเฉียบพลัน เวียนศีรษะ หน้ามืด แขนขา อ่อนแรง ปากเปื่อย พุดไม่ซัด วูบ หมดสติ เกิดก่อนเลือดอุดตันในหลอดเลือด	16	44.44	31	86.11
9. การลึ่มรับประทานยาไม่เกิน 12 ชั่วโมง ให้ข้ามยาในมือที่ลึ่มไป และรับประทานยามือต่อไป ในขนาดยาเดิม	6	16.67	26	72.22
11. ผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาฟารินห้ามรับประทาน ผักที่มีสีเขียวทุกชนิด	9	25.00	29	80.56
12. ผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาฟารินสามารถ รับประทานยาแก้ปวดได้ทุกชนิด	16	72.22	29	80.56
13. อาหารที่มีผลให้ยารักษาฟารินออกฤทธิ์เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก ได้แก่ มะม่วงสุก มะละกอสุก มะขามหวาน ขนุน แก้วมังกร ผลไม้	8	22.22	31	86.11

ตาราง 21 (ต่อ)

ความรู้	ก่อนการพัฒนา (n = 14)		หลังการพัฒนา (n = 14)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
14. อาหารที่มีผลให้ยาวาร์ฟารินออกฤทธิ์ลดลง ผู้ป่วย เสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด ได้แก่ ผักที่มีสีเขียว ชาเขียว ถั่วเหลือง แกงหน่อไม้ ตับ ไข่แดง เป็นต้น	12	33.33	29	80.56
16. การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อ การออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน ด้านการปฏิบัติตัว	18	50.00	27	75.00
4. ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาลตามนัด ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้อง เจาะเลือดทุกครั้ง	28	77.78	34	80.56
5. ผู้ป่วยมียาวาร์ฟารินเหลืออยู่ เมื่อถึงวันนัดผู้ป่วย ต้องมาตามนัดทุกครั้ง	31	86.11	34	94.44
7. ผู้ป่วยสามารถปรับลด หรือปรับเพิ่ม หรือหยุดยา วาร์ฟารินได้ด้วยตนเอง	32	88.89	34	94.44
10. ในช่วง 7 วันก่อนมาโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยลืมกิน ยาไม่จำเป็นต้องบอกให้แพทย์หรือเภสัชกรทราบ	29	80.56	31	86.11
15. ผู้ป่วยสามารถซื้อยา ยาสมุนไพร หรืออาหารเสริม ชนิดต่างๆมารับประทานเองได้โดยไม่ต้องปรึกษา แพทย์ หรือเภสัชกร	29	80.56	31	86.11
17. เมื่อเกิดบาดแผลให้ทำการห้ามเลือดโดยกดแผล ด้วยผ้าสะอาด	28	77.78	29	80.56
18. ผู้ป่วยต้องแสดงบัตรประจำตัวผู้ป่วยที่เข้า วาร์ฟารินทุกครั้งไป โรงพยาบาล/คลินิก/ ร้านขายยา	29	80.56	33	91.67
19. ผู้ป่วยสามารถเล่นกีฬา และออกกำลังกายได้ทุกชนิด	15	41.67	28	77.78
20. ยาวาร์ฟารินต้องเก็บในซองยาที่ระบุวิธีใช้ยา ป้องกันการกินยาไม่ถูกต้อง	25	69.44	29	80.56

จากตาราง 21 พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ ผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาฟาริน ตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้ด้านยารักษาฟารินและการปฏิบัติตัวมากที่สุด คือ ผู้ป่วยสามารถปรับลด หรือปรับเพิ่ม หรือหยุดยารักษาฟารินได้ด้วยตนเอง (ข้อคำถามเชิงลบ) จำนวน 32 คน (ร้อยละ 88.89) รองลงมาคือ ผู้ป่วยมียารักษาฟารินเหลืออยู่ เมื่อถึงวันนัดผู้ป่วยต้องมาตามนัดทุกครั้ง จำนวน 31 คน (ร้อยละ 81.11) หลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ ผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาฟาริน ตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้ด้านยารักษาฟารินและการปฏิบัติตัว มากที่สุด คือ 1) ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาลตามนัด ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเจาะเลือดทุกครั้ง 2) ผู้ป่วยมียารักษาฟารินเหลืออยู่ เมื่อถึงวันนัดผู้ป่วยต้องมาตามนัดทุกครั้ง และ 3) ผู้ป่วยสามารถปรับลด หรือปรับเพิ่ม หรือหยุดยารักษาฟารินได้ด้วยตนเอง (ข้อคำถามเชิงลบ) จำนวน 34 คน (ร้อยละ 94.44) เท่ากัน ส่วนข้อที่ตอบผิดมากที่สุดคือ ค่า INR (ค่าไอเอ็นเออาร์) เป็นค่าที่บอกผลการรักษาด้วยยารักษาฟารินว่าเลือดหนืดหรือเลือดเหลว จำนวน 23 คน (ร้อยละ 63.69) รองลงมาคือผู้ป่วยรู้ช่วงค่าปกติของผลเลือดตนเอง (ค่าไอเอ็นเออาร์) จำนวน 24 คน (ร้อยละ 66.67)

ตาราง 22 ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้เรื่องยารักษาฟาริน และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาฟาริน ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ

ความรู้	ก่อนการพัฒนา (n=36)			หลังการพัฒนา (n=36)		
	\bar{x}	SD		\bar{x}	SD	
ด้านยารักษาฟาริน	4.81	2.28	ต่ำ	4.81	2.28	ปานกลาง
	(ร้อยละ 43.73)			(ร้อยละ 78.28)		
ด้านการปฏิบัติตัว	6.83	2.83	ปานกลาง	6.83	2.83	สูง
	(ร้อยละ 56.08)			(ร้อยละ 87.35)		
รวม	11.63	3.51	ต่ำ	16.47	2.36	สูง
	(ร้อยละ 58.20)			(ร้อยละ 82.36)		

จากตาราง พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ ผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาฟาริน มีความรู้เรื่องยารักษาฟาริน และการปฏิบัติตัวโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (\bar{x} 11.63, $SD=$ 3.51, ร้อยละ 58.20) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีความรู้ด้านยารักษาฟาริน อยู่ในระดับต่ำ (\bar{x} 4.81, $SD=$ 2.81, ร้อยละ 43.73) และด้านการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} 6.83, $SD=$ 2.83, ร้อยละ 56.08)

ส่วนหลังการพัฒนา มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} 16.47, $SD= 2.36$, ร้อยละ 82.36) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความรู้ด้านยวาร์ฟารินอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 8.61, $SD= 1.61$, ร้อยละ 78.28) ส่วนด้านการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 7.86, $SD= 1.15$, ร้อยละ 87.35)

ตาราง 23 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยวาร์ฟาริน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ จำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้	ก่อน (n= 36คน)		หลัง (n= 36 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (ตอบถูก 0-11 ข้อ)	14	38.89	1	2.78
ปานกลาง (ตอบถูก 12-15 ข้อ)	13	36.11	12	33.33
สูง (ตอบถูก 16 ข้อขึ้นไป)	9	25.00	23	63.89

จากตาราง 23 พบว่าก่อนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ ผู้ป่วยที่ใช้ยวาร์ฟารินมีคะแนนความรู้เรื่องยวาร์ฟารินอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 38.89 มีความรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 36.11 และมีความรู้ในระดับสูง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 หลังการพัฒนามีความรู้อยู่ในระดับสูงมากที่สุด จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 68.89 รองลงมามีความรู้ในปานกลาง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความรู้ระดับต่ำ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.78

ตาราง 24 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านยวาร์ฟารินและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ใช้ยวาร์ฟาริน ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ

ความรู้	\bar{X}	SD	n	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)	Wilcoxon Prob (p)
ก่อนการพัฒนา	11.63	3.51	36	555.50	4.42	0.00*
หลังการพัฒนา	16.47	2.36	36			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 24 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านยารพารินและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ใช้ยารพาริน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ ด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ภายหลังจากพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยที่ใช้ยารพาริน มีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 4.42, p=0.00$)

3) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ใช้ยารพาริน ก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกยารพาริน

ตาราง 25 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ใช้ยารพาริน ก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพบริการ

กิจกรรม	ก่อนการพัฒนา (n = 36)			หลังการพัฒนา (n = 36)		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ข้าวปั้นขาว เป็นอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน	2.44	0.56	สูง	2.92	0.28	สูง
2. ผลไม้ที่รับประทาน ได้แก่ มะละกอสุก มะม่วงสุก แก้วมังกร มะขามหวาน ขนุน	2.03	0.51	ปานกลาง	2.39	0.49	สูง
3. ในงานบุญตี๋มเครื่องตี๋มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ยาตองเหล้า สาโท	2.61	0.49	ปานกลาง	2.75	0.44	สูง
4. เมื่อมีความเครียดจะสูบบุหรี่	2.75	0.65	สูง	2.97	0.17	สูง
5. เวลาไม่สบาย ปวดหัว ตัวร้อนจะหาซื้อยามารับประทานเอง	2.50	0.56	สูง	2.72	0.45	สูง
6. รับประทานยาสมุนไพร อาหารเสริม	2.61	0.55	สูง	2.83	0.38	สูง
7. การลืมนรับประทานยา	2.67	0.53	สูง	2.78	0.42	สูง
8. การรับประทานยาในช่วงเวลาเดียวกันทุกวัน เช่น เวลาสองทุ่มทุกวัน	1.92	0.73	ต่ำ	2.72	0.45	สูง
9. สังเกตสีของเม็ดยารพาริน จำนวนเม็ดยา ก่อนที่จะรับประทาน	2.28	0.70	ปานกลาง	2.69	0.47	สูง

ตาราง 25 (ต่อ)

กิจกรรม	ก่อนการพัฒนา (n = 36)			หลังการพัฒนา (n = 36)		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
10. หากยาหมดก่อนถึงวันนัดจะต้องมาโรงพยาบาลเพื่อขอรับยาเพิ่ม	2.53	0.77	สูง	2.81	0.52	สูง
11. เมื่อมีอาการปวดศีรษะเฉียบพลัน เวียนศีรษะ หน้ามืด ซามือหรือเท้า แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด จะต้องรีบมาโรงพยาบาล	2.78	0.48	สูง	2.81	0.47	สูง
12. เมื่อรับประทานยาแล้วเก็บยาไว้ในซองยาเดิมของโรงพยาบาล	2.81	0.47	สูง	2.86	0.35	สูง
13. เมื่อเจ็บป่วยได้รับการรักษาด้วยกรยาฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ (สะโพก)	2.64	0.59	สูง	2.81	0.47	สูง
14. กรณีเป็นไข้ หวัด อาเจียน ท้องเสีย ต้องแจ้งแพทย์ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล	2.36	0.68	สูง	2.78	0.42	สูง
15. เมื่อมีรอยจำเลือด เลือดออกตามไรฟัน ต้องมาโรงพยาบาลทันที	2.19	0.75	ปานกลาง	2.78	0.42	สูง
16. อ่านฉลากวิธีรับประทานยาทุกครั้งก่อนรับประทานยา	2.56	0.65	สูง	2.72	0.45	สูง
17. กรณีต้องทำฟันหรือเข้ารับการรักษาอื่นๆต้องแจ้งให้ผู้รักษาทราบว่าใช้ยารักษาฟัน	2.69	0.52	สูง	2.89	0.32	สูง
รวม	2.49	0.20	สูง	2.78	0.14	สูง

จากตาราง 25 พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารสารฟัน พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาฟัน อยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 2.78, SD = 0.14) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือเมื่อมีความเครียดจะสงบหรือ (ข้อคำถามเชิงลบ) (\bar{X} = 2.97, SD = 0.17) รองลงมาคือข้าวปั้นขาว เป็นอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน (ข้อคำถามเชิงลบ) (\bar{X} = 2.92, $S.D$ = 0.28) และข้อที่

มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ผลไม้ที่รับประทาน ได้แก่ มะละกอสุก มะม่วงสุก แก้วมังกร มะขามหวาน ขนุน (ข้อความเชิงลบ) ($\bar{X} = 2.39, SD = 0.49$)

ตาราง 26 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้อาหารฟาริน จำแนกตามระดับพฤติกรรม ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับพฤติกรรม	ก่อน (n= 36)		หลัง (n= 36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66)	0	0.00	0	0.00
ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33)	9	25.00	0	0.00
สูง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.00)	27	75.00	36	100.00

จากตาราง 26 พบว่า ก่อนการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกอาหารฟาริน พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ใช้อาหารฟาริน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.0 หลังการพัฒนามีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100

ตาราง 27 เปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ใช้อาหารฟาริน ก่อนและหลังพัฒนาคุณภาพบริการ

พฤติกรรม	\bar{x}	SD	n	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)	Wilcoxon Prob (p)
ก่อนการพัฒนา	2.49	0.20	36	528.00	4.94	0.00*
หลังการพัฒนา	2.78	0.14	36			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 27 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ใช้อาหารฟาริน ก่อนและหลังพัฒนาคุณภาพบริการด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ภายหลังจากพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยที่ใช้อาหารฟาริน มีพฤติกรรมดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 4.94, p=0.00$)

4) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้อยาชาวจีนต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกการแพทย์จีนตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุณทรภิก จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา

ตาราง 28 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้อยาชาวจีน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ

ความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา (n =36)			หลังการพัฒนา (n =36)		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
ด้านการดำเนินงาน						
1. ความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการดูแลผู้ป่วยมีใช้ยาชาวจีนคลินิกการแพทย์จีน	3.19	0.82	ปานกลาง	4.36	0.87	มาก
2. ความพึงพอใจการสนับสนุนการให้คำแนะนำ การดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย และญาติ	3.36	0.96	ปานกลาง	4.44	0.88	มาก
3. ความพึงพอใจกระบวนการทำงานร่วมกันของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและญาติในการจัดกิจกรรม ออกกำลังกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับยาชาวจีน	2.78	0.90	ปานกลาง	3.44	0.91	ปานกลาง
4. ความพึงพอใจในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วย และญาติในการเข้ารับการรักษา การนัด การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มรวมรายด้าน	2.69	0.79	ปานกลาง	3.81	0.89	มาก
รวมรายด้าน	3.01	0.54	ปานกลาง	4.01	0.43	มาก
ด้านกระบวนการ						
5. ความพึงพอใจกับการลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกไป เช่น การถามข้อมูลเดิมซ้ำๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น	2.69	0.58	ปานกลาง	3.33	0.99	ปานกลาง

ตาราง 28 (ต่อ)

ความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	(n =36)			(n =36)		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
6. ความพึงพอใจ ต่อการรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เช่นการจัดบริการให้ผู้ป่วยได้รับบริการรวดเร็ว	2.81	0.92	ปานกลาง	3.69	0.98	มาก
7. ความพึงพอใจในการจัดลำดับงานใหม่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ โดยไม่ต้องรอนาน	2.94	0.86	ปานกลาง	3.86	0.99	มาก
8. ความพึงพอใจในการจัดรูปแบบการบริการของคลินิกใหม่เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ	2.86	0.87	ปานกลาง	4.00	0.99	มาก
รวมรายด้าน	2.83	0.52	ปานกลาง	3.72	0.73	มาก
ด้านการบริการ						
9. ความพึงพอใจต่อกิจกรรมภายในคลินิก วาร์ฟาริน	3.08	0.84	ปานกลาง	3.61	0.99	มาก
10. ความพึงพอใจ ระยะเวลารอรับยาของคลินิก	3.00	0.59	ปานกลาง	3.64	0.96	มาก
11.ความพึงพอใจกับการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วยและญาติ	3.39	0.90	ปานกลาง	4.06	0.96	มาก
12.ความพึงพอใจต่อการแสดงออกถึงความสนใจ ความเอาใจใส่ ในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในคลินิก	3.25	0.77	ปานกลาง	3.83	0.94	มาก
รวมรายด้าน	3.18	0.51	ปานกลาง	3.78	0.63	มาก
ด้านบุคคล						
13. ความพึงพอใจต่อจำนวนเจ้าหน้าที่ที่มาให้บริการอย่างเพียงพอกับความต้องการ	3.25	0.77	ปานกลาง	3.61	0.87	มาก

ตาราง 28 (ต่อ)

ความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	(n =36)			(n =36)		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
14. ความพึงพอใจต่อการแสดงออกถึง ความเต็มใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่	3.19	0.58	ปานกลาง	3.64	0.83	ปานกลาง
15. ความพึงพอใจต่อทักษะและความรู้ ของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ	3.25	0.65	ปานกลาง	3.86	0.99	ปานกลาง
16. ความพึงพอใจต่อเภสัชกรประจำคลินิก วาร์ฟารินให้ความรู้และช่วยแก้ปัญหาของ ผู้ป่วย	3.03	0.70	ปานกลาง	3.62	0.84	ปานกลาง
รวมรายด้าน	3.18	0.46	ปานกลาง	3.68	0.66	มาก
ด้านผลการดำเนินงาน						
17. ความพึงพอใจในสถานที่ให้บริการคลินิก วาร์ฟาริน เหมาะสม สะดวก สะอาด	2.92	0.73	ปานกลาง	3.06	0.63	ปานกลาง
18. ความพึงพอใจกับความรู้เรื่องการใช้ยาที่ได้รับ และสามารถนำไปปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ	3.06	0.75	ปานกลาง	3.50	0.85	ปานกลาง
19. การให้บริการ คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาล บุญทริกอำเภอบุณทริก สามารถตอบสนอง ความต้องการของท่าน	2.89	0.71	ปานกลาง	3.50	0.91	ปานกลาง
20. ความพึงพอใจต่อการให้การให้บริการโดยรวม ของคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุญทริก อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี	3.06	0.63	ปานกลาง	3.42	0.97	ปานกลาง
รวมรายด้าน	3.03	0.34	ปานกลาง	3.71	0.42	มาก
รวมทุกด้าน	3.03	0.34	ปานกลาง	3.71	0.42	มาก

จากตาราง 28 พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ผู้ป่วยที่ใช่วาร์ฟารินมีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.71, SD= 0.42$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านระบบการดำเนินงาน ($\bar{X}=4.01, SD= 0.43$) รองลงมาคือด้านการให้บริการ ($\bar{X}=3.78, SD= 0.63$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในระดับปานกลางคือ ด้านผลการดำเนินงาน ($\bar{X}=3.37, SD= 0.57$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการพบว่า

ด้านการดำเนินงานพบหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการความพึงพอใจด้านการดำเนินงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.01, SD= 0.43$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือความพึงพอใจการสนับสนุนการให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ ($\bar{X}=4.44, SD= 0.87$) รองลงมาคือความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยมีไข้วาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน ($\bar{X}=4.36, SD= 0.87$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลางคือ ความพึงพอใจกระบวนการทำงานร่วมกันของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและญาติในการจัดกิจกรรม ออกกำลังกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับวาร์ฟาริน ($\bar{X}=3.44, SD= 0.91$)

ด้านการบริการ พบว่า หลังการพัฒนามีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.78, SD= 0.63$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือท่านพึงพอใจกับการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วยและญาติ ($\bar{X}=4.06, SD= 0.96$) รองลงมาคือความพึงพอใจต่อการแสดงออกถึงความสนใจ ความเอาใจใส่ ในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในคลินิก ($\bar{X}=3.83, SD= 0.94$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือความพึงพอใจต่อกิจกรรมภายในคลินิกวาร์ฟาริน ($\bar{X}=3.61, SD= 0.99$) โดยมีความพึงพอใจในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากการพัฒนา

ด้านบุคคลพบว่า หลังการพัฒนามีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.68, SD= 0.66$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือความพึงพอใจต่อทักษะ และความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ ($\bar{X}=3.86, SD= 0.99$) รองลงมาคือท่านพึงพอใจต่อการแสดงออกถึงความเต็มใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ($\bar{X}=3.64, SD=0.83$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือท่านมีความพึงพอใจต่อจำนวนเจ้าหน้าที่มาให้บริการอย่างเพียงพอกับความต้องการ ($\bar{X}=3.61, SD= 0.87$)

และด้านผลการดำเนินงานพบว่า หลังการพัฒนามีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.37, SD= 0.57$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือความพึงพอใจกับความรู้เรื่องการไข้ยาที่ได้รับและสามารถนำไปปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ ($\bar{X}=3.50, SD= 0.85$) รองลงมาคือการให้บริการ คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุนทริกอำเภอบุนทริก สามารถตอบสนอง

ความต้องการของผู้ป่วยได้ ($\bar{X}=3.50$, $SD= 0.91$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความพึงพอใจในสถานที่ให้บริการคลินิกวารสารพาริน เหมาะสม สะดวก สะอาด ($\bar{X}=3.06$, $SD= 0.63$)

ตาราง 29 เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารสารพารินของผู้ป่วยที่ไขยวารสารพาริน ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารสารพาริน

ความพึงพอใจ	\bar{X}	SD	n	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)	Wilcoxon Prob (p)
ก่อนการพัฒนา	3.03	0.34	36	666.00	5.23	0.00*
หลังการพัฒนา	3.71	0.42	36			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 29 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารสารพารินของผู้ป่วยที่ไขยวารสารพาริน ด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ภายหลังจากพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยที่ไขยวารสารพาริน มีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารสารพาริน เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 5.23$, $p=0.00$)

กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไขยวารสารพาริน

1) ข้อมูลลักษณะทางประชากรของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไขยวารสารพาริน สามารถจำแนกข้อมูลทั่วไปตามลักษณะทางประชากร

ตาราง 30 คุณลักษณะทางประชากรของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไขยวารสารพาริน

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n =36)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	12	33.30
หญิง	24	66.70
2. อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 40	7	19.44
40 – 59	27	75.00
≥ 60	15	41.70

ตาราง 30 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n =36)	ร้อยละ
3. สถานภาพสมรส		
โสด	5	13.90
คู่	31	86.10
4. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	28	77.80
มัธยมศึกษา	7	19.40
ไม่ได้เรียน	1	2.80
5. อาชีพ		
รับราชการ	1	2.80
เกษตรกรรวม	32	88.90
6. สิทธิในการรักษาพยาบาล		
เบิกได้	3	8.30
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	31	86.10
ประกันสังคม	2	5.60
7. ในการเดินทางมารับบริการแต่ละครั้ง		
รถจักรยานยนต์	21	58.30
รถยนต์	12	33.30
รถโดยสารประจำทาง	3	8.40

จากตาราง 30 พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.70 มีอายุระหว่าง 40 – 59 ปี ร้อยละ 75.00 มีสถานภาพการครองคู่ ร้อยละ 86.10 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 77.80 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรวมร้อยละ 88.90 มีการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 86.10 และยานพาหนะที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 58.30

2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านยารพารินและด้านการปฏิบัติตัวของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารพาริน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยารพาริน ตามเกณฑ์ระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุณยพิทักษ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ตาราง 31 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยารพาริน ที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ด้านยา ยารพาริน และการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพบริการ

ความรู้	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	(n = 14)		(n = 14)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านยารพาริน				
1. ยารพารินเป็นต้นการแข็งตัวของเลือด	27	75.00	30	83.33
2. ค่า INR (ค่าไอเอ็นอาร์) เป็นค่าที่บอกผลการรักษา	16	44.44	28	77.78
ด้วยยารพารินว่าเลือดหนืดหรือเลือดเหลว				
3. ผู้ป่วยรู้ช่วงค่าปกติของผลเลือดตนเอง	4	11.11	28	77.78
(ค่าไอเอ็นอาร์)				
4. ยารพารินออกฤทธิ์มากเกินไป ผู้ป่วยจะมีภาวะ	28	77.78	33	91.67
เลือดออกได้แก่ จ้ำเลือด เลือดออกตามไรฟัน เลือด				
กำเดาไหล ปัสสาวะมีเลือดปน ไอเป็นเลือด				
5. ยารพารินออกฤทธิ์น้อยเกินไป ผู้ป่วยจะอาการ	25	69.44	35	94.44
ปวดศีรษะเฉียบพลัน เวียนศีรษะ หน้ามืด แขนขา				
อ่อนแรง ปากเปื่อย พูดไม้ซัด วูบ หมดสติ เกิดก้อน				
เลือดอุดตันในหลอดเลือด				
6. การลึ่มรับประทานยาไม่เกิน 12 ชั่วโมง ให้ข้ามยา	17	47.22	32	88.89
ในมือที่ลึ่มไป และรับประทานยามือต่อไปใน				
ขนาดยาเดิม				
7. ผู้ป่วยที่รับประทานยารพารินห้ามรับประทาน	13	36.11	32	88.89
ผักที่มีสีเขียวทุกชนิด				

ตาราง 31 (ต่อ)

ความรู้	ก่อนการพัฒนา (n = 14)		หลังการพัฒนา (n = 14)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
8. ผู้ป่วยที่รับประทานยาวาร์ฟารินสามารถ รับประทานยาแก้ปวดได้ทุกชนิด	25	69.44	34	94.44
9. อาหารที่มีผลให้ยาวาร์ฟารินออกฤทธิ์เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก ได้แก่ มะม่วง สุก มะละกอสุก มะขามหวาน ขนุน แก้วมังกร ผลไม้ กระเทียม ขมิ้นชัน เป็นต้น	10	27.78	31	86.11
10. อาหารที่มีผลให้ยาวาร์ฟารินออกฤทธิ์ลดลง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด ได้แก่ ผักที่มีสีเขียว ชาเขียว ถั่วเหลือง แกงหน่อไม้ ต้บ ไช้แดง เป็นต้น	24	66.67	34	94.44
11. การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อ การออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน ด้านการปฏิบัติตัว	27	75.00	34	94.44
12. ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาลตามนัด ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเจาะเลือดทุกครั้ง	24	66.67	33	91.67
13. ผู้ป่วยมียาวาร์ฟารินเหลืออยู่ เมื่อถึงวันนัดผู้ป่วย ต้องมาตามนัดทุกครั้ง	31	86.11	35	97.22
14. ผู้ป่วยสามารถปรับลด หรือปรับเพิ่ม หรือหยุดยา วาร์ฟารินได้ด้วยตนเอง	32	88.9	33	91.67
15. ในช่วง 7 วันก่อนมาโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยลืม กินยาไม่จำเป็นต้องบอกให้แพทย์หรือเภสัชกรทราบ	24	66.67	33	91.67
16. ผู้ป่วยสามารถซื้อยา ยาสมุนไพร หรืออาหาร เสริมชนิดต่างๆ มารับประทานเองได้โดยไม่ต้อง ปรึกษาแพทย์ หรือเภสัชกร	31	86.11	34	94.44

ตาราง 31 (ต่อ)

ความรู้	ก่อนการพัฒนา (n = 14)		หลังการพัฒนา (n = 14)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
17. เมื่อเกิดบาดแผลให้ทำการห้ามเลือดโดยกดแผลด้วยผ้าสะอาด	31	86.11	33	91.67
18. ผู้ป่วยต้องแสดงบัตรประจำตัวผู้ป่วยที่ไ้ยยาวาร์ฟารินทุกครั้งไป โรงพยาบาล/คลินิก/ร้านขายยา	31	86.11	34	94.44
19. ผู้ป่วยสามารถเล่นกีฬา และออกกำลังกายได้ทุกชนิด	12	33.33	28	77.78
20. ยาวาร์ฟารินต้องเก็บในชงยาที่ระบุนิธีใช้ยา ป้องกันการกินยาไม่ถูกต้อง	32	88.89	35	97.22

จากตาราง 31 พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไ้ยยาวาร์ฟาริน ตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้ด้านยาวาร์ฟารินและการปฏิบัติตัวมากที่สุด คือ ผู้ป่วยสามารถปรับลด หรือปรับเพิ่ม หรือหยุดยาวาร์ฟารินได้ด้วยตนเอง (ข้อคำถามเชิงลบ) และยาวาร์ฟารินต้องเก็บในชงยาที่ระบุนิธีใช้ยา ป้องกันการกินยาไม่ถูกต้อง จำนวน 32 คน (ร้อยละ 88.89) หลังการพัฒนา ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไ้ยยาวาร์ฟาริน ตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้ด้านยาวาร์ฟารินและการปฏิบัติตัว มากที่สุด คือ ผู้ป่วยมียาวาร์ฟารินเหลืออยู่ เมื่อถึงวันนัดผู้ป่วยต้องมาตามนัดทุกครั้ง และยาวาร์ฟารินต้องเก็บในชงยาที่ระบุนิธีใช้ยา ป้องกันการกินยาไม่ถูกต้อง จำนวน 35 คน (ร้อยละ 97.22) เท่ากัน ส่วนข้อที่ตอบผิดมากที่สุดคือ ค่า INR (ค่าไอเอ็นอาร์) เป็นค่าที่บอกผลการรักษาด้วยยาวาร์ฟารินว่าเลือดหนืดหรือเลือดเหลว และผู้ป่วยรู้ช่วงค่าปกติของผลเลือดตนเอง (ค่าไอเอ็นอาร์) จำนวน 28 คน (ร้อยละ 66.67) เท่ากัน

ตาราง 32 ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้เรื่องยารวาร์ฟาริน และการปฏิบัติตัว
ของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟาริน ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนารูปแบบ
คุณภาพบริการ จำแนกรายด้าน

ความรู้	ก่อนการพัฒนา (n=36)			หลังการพัฒนา (n=36)		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านยารวาร์ฟาริน	5.72 (ร้อยละ 52.00)	1.95	ต่ำ	9.81 (ร้อยละ 89.18)	2.20	สูง
ด้านการปฏิบัติตัว	6.27 (ร้อยละ 60.00)	1.54	ปาน กลาง	8.39 (ร้อยละ 93.22)	1.27	สูง
รวม	12.89 (ร้อยละ 64.45)	3.12	ปาน กลาง	18.19 (ร้อยละ 90.95)	3.36	สูง

จากตาราง 32 พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยารวาร์ฟาริน ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟาริน มีความรู้เรื่องยารวาร์ฟาริน และการปฏิบัติตัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 12.89, SD = 3.12, ร้อยละ 64.45) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีความรู้ด้านยารวาร์ฟารินอยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} = 5.72, SD = 1.95, ร้อยละ 52.00) และด้านการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 6.27, SD = 1.54, ร้อยละ 56.08) ส่วนหลังการพัฒนา มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 18.19, SD = 3.36, ร้อยละ 90.95) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าความรู้ด้านยารวาร์ฟารินอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 9.81, SD = 2.20, ร้อยละ 78.28) และด้านการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 8.39, SD = 1.27, ร้อยละ 93.22)

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตาราง 33 จำนวนและร้อยละของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาพาริน จำแนกตามระดับความรู้ ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบคุณภาพบริการคลินิกพาริน

ระดับความรู้	ก่อน (n= 36)		หลัง (n= 36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (ตอบถูก 0-11 ข้อ)	9	25.00	3	8.33
ปานกลาง (ตอบถูก 12-15 ข้อ)	19	52.78	5	13.89
สูง (ตอบถูก 16 ข้อขึ้นไป)	8	22.22	28	77.78

จากตาราง 33 พบว่า ก่อนการพัฒนา รูปแบบคุณภาพบริการคลินิกพาริน ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาพาริน มีระดับความรู้ปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 52.78 รองลงมา มีระดับความรู้ต่ำ ร้อยละ 25.00 และมีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 22.22 หลังการพัฒนาญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาพาริน มีระดับความรู้สูงมากที่สุด ร้อยละ 77.78 รองลงมา มีระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 13.89 และมีความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 8.33

ตาราง 34 เปรียบเทียบความรู้เรื่องยารักษาพาริน และการปฏิบัติตัวของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาพาริน ก่อนและหลังพัฒนา รูปแบบคุณภาพบริการคลินิกพาริน

ความรู้	\bar{x}	SD	n	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)	Wilcoxon Prob (p)
ก่อนการพัฒนา	12.89	3.12	36	523.00	4.85	0.00*
หลังการพัฒนา	18.19	3.36	36			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 34 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องยารักษาพาริน และการปฏิบัติตัวของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาพาริน ด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ภายหลังจากพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาพาริน ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาพาริน มีความรู้เรื่องยารักษาพาริน และการปฏิบัติตัว เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 4.85, p=0.00$)

1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไข้วารพารินต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์พาริน โรงพยาบาลบุษราคัม จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนา

ตาราง 35 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์พาริน

ความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา (n =36)			หลังการพัฒนา (n =36)		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
	ด้านการดำเนินงาน					
1. ความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ ดูแลผู้ป่วยมีไข้วารพาริน คลินิกวาร์พาริน	3.42	0.77	ปาน กลาง	3.75	0.65	มาก
2. ความพึงพอใจการสนับสนุนการให้คำแนะนำ การดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย และญาติ	3.67	0.72	ปาน กลาง	3.75	0.60	มาก
3. ความพึงพอใจกระบวนการทำงานร่วมกันของ เจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและญาติใน การจัดกิจกรรม ออกกำลังกาย ให้ความรู้	3.06	0.86	ปาน กลาง	3.53	0.97	ปาน กลาง
4. ความพึงพอใจในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมใน การตัดสินใจของผู้ป่วย และญาติในการเข้ารับการ รักษา การนัด การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม	3.03	0.74	ปาน กลาง	3.50	0.77	ปาน กลาง
รวมรายด้าน	3.29	0.55	ปาน กลาง	3.72	0.48	มา กลาง
ด้านกระบวนการ						
5. ความพึงพอใจกับการลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ออกไป เช่น การถามข้อมูลเดิมซ้ำๆ ทำให้ผู้ป่วย ได้รับบริการที่รวดเร็วยิ่งขึ้น	2.92	0.91	ปาน กลาง	3.50	0.88	ปาน กลาง

ตาราง 35 (ต่อ)

ความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา (n =36)			หลังการพัฒนา (n =36)		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
6. ความพึงพอใจ ต่อการรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เช่นการจัดบริการให้ผู้ป่วยได้รับบริการในจุดเดียว เพื่อประหยัดเวลา	3.00	0.83	ปานกลาง	3.61	0.87	ปานกลาง
7. ความพึงพอใจในการจัดลำดับงานใหม่ เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ โดยไม่ต้องรอนาน	3.11	0.78	ปานกลาง	3.42	0.81	ปานกลาง
8. ความพึงพอใจในการจัดรูปแบบการบริการของคลินิกใหม่เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ	3.14	0.90	ปานกลาง	3.61	0.93	ปานกลาง
รวมรายด้าน	3.04	0.68	ปานกลาง	3.53	0.69	ปานกลาง
ด้านการบริการ						
9. ความพึงพอใจต่อกิจกรรมภายในคลินิก วาร์ฟาริน	3.22	0.57	ปานกลาง	3.69	0.82	มาก
10. ความพึงพอใจ ระยะเวลารอรับยาของคลินิก	3.08	0.84	ปานกลาง	3.83	0.74	มาก
11. ความพึงพอใจกับการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วยและญาติ	3.06	0.92	ปานกลาง	3.92	0.94	มาก
12. ความพึงพอใจต่อการแสดงออกถึงความสนใจ ความเอาใจใส่ ให้บริการของเจ้าหน้าที่ในคลินิก	3.42	0.92	ปานกลาง	3.72	0.74	มาก
รวม	3.20	0.76	ปานกลาง	3.79	0.81	มาก
ด้านบุคคล						
13. ความพึงพอใจต่อจำนวนเจ้าหน้าที่ที่มาให้บริการอย่างเพียงพอกับความต้องการ	3.17	0.77	ปานกลาง	3.72	0.74	มาก

ตาราง 35 (ต่อ)

ความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	(n =36)			(n =36)		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
14. ความพึงพอใจต่อการแสดงออกถึงความเต็มใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่	3.26	0.82	ปานกลาง	3.58	0.81	ปานกลาง
15. ความพึงพอใจต่อทักษะและความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ	3.25	0.81	ปานกลาง	3.72	0.91	มาก
16. ความพึงพอใจต่อเภสัชกรประจำคลินิก วาร์ฟารินในการให้ความรู้และช่วยแก้ปัญหาของผู้ป่วยและญาติ	3.47	0.74	ปานกลาง	3.94	0.67	มาก
รวม	3.29	0.79	ปานกลาง	3.74	0.78	มาก
ด้านผลการดำเนินงาน						
17. ความพึงพอใจในสถานที่ให้บริการคลินิก วาร์ฟาริน เหมาะสม สะดวก สะอาด	3.36	0.68	ปานกลาง	3.67	0.68	มาก
18. ความพึงพอใจกับความรู้เรื่องการใช้ยาที่ได้รับ และสามารถนำไปปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ	3.50	0.61	ปานกลาง	3.78	0.54	มาก
19. การให้บริการ คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาล บุณทริกอำเภอบุณทริก สามารถตอบสนองความต้องการในระดับใด	3.39	0.87	ปานกลาง	3.83	0.66	มาก
20. ความพึงพอใจต่อการให้บริการโดยรวมของ คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี	3.31	0.82	ปานกลาง	3.78	0.54	มาก
รวมรายด้าน	3.39	0.75	ปานกลาง	3.77	0.61	มาก
ภาพรวม	3.24	0.39	ปานกลาง	3.71	0.42	มาก

จากตาราง 35 พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไซยวาร์ฟารินมีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.71$, $SD= 0.42$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการให้บริการ ($\bar{X}=3.79$, $SD= 0.81$) รองลงมาคือด้านผลการดำเนินงาน ($\bar{X}=3.77$, $SD= 0.61$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่ำสุดในระดับปานกลางคือ ด้านกระบวนการพัฒนา ($\bar{X}=3.53$, $SD= 0.69$) โดยมีรายละเอียดแต่ละด้านมีดังนี้

ด้านการดำเนินงานพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไซยวาร์ฟารินมีความพึงพอใจด้านการดำเนินงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.72$, $SD= 0.48$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือความพึงพอใจการสนับสนุนการให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย และญาติ ($\bar{X}=3.75$, $SD= 0.60$) รองลงมาคือ ความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพบริการดูแลผู้ป่วยมีไซยวาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน ($\bar{X}=3.75$, $SD= 0.65$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในระดับปานกลาง คือความพึงพอใจในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วย และญาติในการเข้ารับการรักษา การนัด การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ($\bar{X}=3.03$, $SD= 0.77$) โดยมีความพึงพอใจในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา

ด้านกระบวนการพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไซยวาร์ฟารินมีความพึงพอใจด้านกระบวนการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.53$, $SD= 0.69$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ความพึงพอใจ ต่อการรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เช่นการจัดบริการให้ผู้ป่วยให้ได้รับบริการในจุดเดียว เพื่อประหยัดเวลา ($\bar{X}=3.61$, $SD= 0.87$) รองลงมาคือความพึงพอใจในการจัดรูปแบบการบริการของคลินิกใหม่เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ ($\bar{X}=3.83$, $SD= 0.93$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือความพึงพอใจในการจัดลำดับงานใหม่เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ โดยไม่ต้องรอนาน ($\bar{X}=3.42$, $SD= 0.81$) โดยมีความพึงพอใจในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา

ด้านการบริการ พบว่าก่อนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไซยวาร์ฟารินมีความพึงพอใจด้านการบริการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.20$, $SD= 0.76$) หลังการพัฒนามีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.79$, $SD= 0.81$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือความพึงพอใจกับการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วย และญาติ ($\bar{X}=3.92$, $SD= 0.94$) รองลงมาคือความพึงพอใจ ระยะเวลารอรับยาของคลินิก ($\bar{X}=3.82$, $SD= 0.74$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความพึงพอใจต่อกิจกรรมภายในคลินิกวาร์ฟาริน ($\bar{X}=3.69$, $SD= 0.82$)

ด้านบุคคลพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใชยวาร์ฟารินมีความพึงพอใจด้านบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.74$, $SD= 0.78$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือความพึงพอใจต่อเภสัชกรประจำคลินิกวาร์ฟาริน ในการให้ความรู้และช่วยแก้ปัญหาของผู้ป่วยและญาติ ($\bar{X}=3.94$, $SD=0.67$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือความพึงพอใจต่อการแสดงออกถึงความเต็มใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ($\bar{X}=3.58$, $SD= 0.81$)

ด้านผลการดำเนินงาน พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใชยวาร์ฟารินมีความพึงพอใจด้านผลการดำเนินงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.77$, $SD= 0.61$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการให้บริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุนนทริก สามารถตอบสนองความต้องการในระดับใด ($\bar{X}=3.83$, $SD= 0.66$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความพึงพอใจในสถานที่ให้บริการคลินิกวาร์ฟาริน เหมาะสม สะดวก สะอาด ($\bar{X}=3.67$, $SD= 0.68$) โดยมีความพึงพอใจในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากการพัฒนา

ตาราง 36 เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใชยวาร์ฟาริน ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน

ความพึงพอใจ	\bar{X}	SD	n	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)	Wilcoxon Prob (p)
ก่อนการพัฒนา	3.24	0.39	36	449.50	4.47	0.00*
หลังการพัฒนา	3.77	0.42	36			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 36 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินของผู้ป่วยที่ใชยวาร์ฟาริน ด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ภายหลังจากพัฒนาคุณภาพบริการญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใชยวาร์ฟาริน มีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 4.47$, $p=0.00$)

จากการให้ข้อมูลผู้ป่วยใช้ยารพารินและญาติผู้ดูแลพบว่ามี ความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารพารินในการบริการไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การมีกิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมการให้ความรู้แบบรายกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การให้การดูแลเป็นรายคนจาก แพทย์ พยาบาล เภสัชกรประจำคลินิก การรับบริการในแต่ละจุดของโรงพยาบาล มีความเหมาะสม ไม่ซับซ้อน สถานที่ให้บริการเป็นตึกใหม่ เงียบสงบ ไม้ร่วนวาย ห้องตรวจโรค ห้องชันสูตร และห้องจ่ายยาอยู่ในบริเวณเดียวกัน ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า “รู้สึกพึงพอใจกับการมารับบริการที่โรงพยาบาลมากกว่าแต่ก่อน เพราะคุณหมอให้บริการดี ให้บริการแต่เช้ามีกิจกรรมดีให้ทำระหว่างรอตรวจ ได้รับยาเร็วทำให้ได้กลับบ้านเร็วขึ้น

ผู้วิจัยและทีมวิจัยได้นำเสนอผลการดำเนินการหลังการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกยารพาริน ได้มีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารพาริน คลินิกยารพารินโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) เพื่อปรับเปลี่ยนการทำงาน และใช้การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยารพาริน และได้ให้บริการผู้ป่วยที่ใช้ยารพารินและญาติผู้ดูแล ตั้งแต่เดือนเมษายน 2561 เป็นต้นมา ดังตาราง 37

ตาราง 37 เปรียบเทียบการจัดบริการคลินิกยารพาริน โรงพยาบาลบุณทวี

แบบเดิม	แบบใหม่
1. จุดบริการคัดกรอง	1. จุดบริการคัดกรอง
2. จุดบริการ vital signs ชั่งน้ำหนัก	2. จุดบริการลงทะเบียนที่ห้องบัตร
3. จุดบริการลงทะเบียนที่ห้องบัตร	3. จุดบริการห้องชันสูตร
4. จุดบริการห้องชันสูตร	4. จุดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง
5. จุดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง	5. จุดบริการคลินิกยารพาริน
6. จุดซักประวัติโดยพยาบาล	กิจกรรมกลุ่ม
7. จุดรับบริการพบแพทย์	1. กิจกรรมออกกำลังกาย
8. จุดรับบริการห้องยา	2. กิจกรรมให้ความรู้เรื่องยารพาริน และ
8.1 รับยาจากเภสัชกร	ความรู้เรื่อง การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ
9. กลับบ้าน	3. กิจกรรมสนทนากลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้
	กิจกรรมรายบุคคลการให้บริหารทาง
	เภสัชกรรมโดยเภสัชกรประจำคลินิก

ตาราง 37 (ต่อ)

แบบเดิม	แบบใหม่
	<p>3.1 ให้ข้อมูลเรื่องเป้าหมายในการรักษา</p> <p>3.2 แจ้งผลการรักษาค่า INR ที่ตรวจได้</p> <p>3.3 ประเมินการใช้ยา และซักประวัติเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากยา พฤติกรรมการบริโภค ยา อาหาร สมุนไพร การเจ็บป่วย ความร่วมมือในการใช้ยา</p> <p>ผลเลือด ค่า INR</p> <p>1. อยู่ในช่วงการรักษา (สัญญาณไฟเขียว) เภสัชกรให้ยาตามคำสั่งเดิมของแพทย์ พิจารณาตามแบบเสนอทางการปรับเปลี่ยนขนาดยาวาร์ฟาริน และพยาบาลลงข้อมูลในระบบ จัดคิวผู้ป่วยส่งพบแพทย์</p> <p>6. จุดรับบริการห้องยา</p> <p>1. ตรวจสอบความถูกต้องใบสั่งยา</p> <p>2. กระบวนการจัดยา</p> <p>3. ตรวจสอบความถูกต้อง</p> <p>6.1 การรับยาผู้ป่วยผลเลือด (สัญญาณไฟเขียว) จากเภสัชกรประจำห้องยา</p> <p>6.2 การรับยาผู้ป่วยผลเลือด (สัญญาณไฟสีเหลือง หรือ สีแดง จากเภสัชกรประจำคลินิกวาร์ฟาริน</p> <p>7. กลับบ้าน</p>

จากการดำเนินการดูแลผู้ป่วยที่ใชยวาร์ฟารินคลินิกวาร์ฟารินในการบริการแบบใหม่สามารถลดระยะรอคอยเฉลี่ย ดังตาราง 38

ตาราง 38 เปรียบเทียบระยะเวลารอคอยเฉลี่ย ก่อนและหลังการพัฒนา

การบริการในคลินิกโรคความดันโลหิต (ก่อนการพัฒนา)	การบริการในคลินิกวาร์ฟาริน (หลังการพัฒนา)	
	INR อยู่ในช่วงการรักษา	INR อยู่นอกช่วงการรักษา
ระยะเวลาารอคอยเฉลี่ย 198 นาที	111 นาที	169 นาที
ระยะเวลาเฉลี่ยรับบริการ 61 นาที	88 นาที	107 นาที

จากตาราง 38 พบระยะเวลาารอคอยเฉลี่ยลดลงจาก 3 ชั่วโมง 18 นาที เป็น 1 ชั่วโมง 55 นาที ในผู้ป่วยผลเลือดค่า INR ปกติ และ 2 ชั่วโมง 49 นาที ในผู้ป่วยผลเลือดค่า INR นอกช่วงการรักษาที่ต้องพบแพทย์ ซึ่งมีผลทำให้การให้บริการในคลินิกวาร์ฟารินเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้อย่างชัดเจนคือใน 4 จุดบริการ ได้แก่ 1) จุดบริการคลินิกวาร์ฟาริน ลดระยะเวลาารอคอยเฉลี่ยที่คลินิก (เวลาที่ผู้ป่วยมาที่คลินิกจนถึงเวลาที่ได้พบแพทย์) จาก 133 นาที เหลือ 48 นาที ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงการรักษาและระยะเวลาารอคอยเฉลี่ยในการพบแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่นอกช่วงการรักษาเหลือ 45 นาที 2. จุดบริการห้องยาลดระยะเวลาารอคอยเฉลี่ยลงจาก 35 นาที เหลือ 7 นาที ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงการรักษา และ 15 นาที ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่นอกช่วงการรักษา มีผลจากการแยกการให้บริการห้องยาเป็นห้องยาบริการผู้ป่วยโรคทั่วไป และห้องยาบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำให้มีเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมารับบริการ และห้องยาได้จัดบริการจัดยาในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยา วาร์ฟารินก่อน 3. การตัดจุดวัด vital signs ชั่งน้ำหนัก หลังการคัดกรองโดยพยาบาลออกจนถึงทำให้ระยะเวลาารอคอยลดลง 15 นาที และ 4. จุดบริการห้องชันสูตรได้จัดระบบบริการเจาะเลือดคลินิกวาร์ฟารินโดยกำหนดเวลาผู้ป่วยให้มาเจาะเลือดพร้อมกัน กำหนดช่วงเวลาผู้ป่วยต้องมารับบริการเจาะเลือดไม่เกิน 08.00 น. เจ้าหน้าที่จะนำเลือดเข้าเครื่องตรวจ PT/INR ได้ครั้งละ 10 คน และผลเลือดออกใน 30 นาที ลดระยะรอผลเลือด และลดการทำงานที่ซ้ำซ้อนไม่ต้องตรวจเลือดหลายรอบ

“ได้รับบริการสะดวกดี มาเจาะเลือดบได้ถ้าโดน ยีนบัตรคราวเดียวเผินกะเอ็นใจเจาะเลือดแล้ว” (ผู้ป่วยคนที่ 1, 2561: สัมภาษณ์)

“แต่ก่อนบเคยมีความรู้สึกว่ากินบักมวงหลายบได้ กะหาแต่บักมวงมาให้ยายกิน บัดนี้คุดมหมอบเฝ้าบอกแล้วสิได้ลดลง” (ญาติผู้ป่วยคนที่ 1, 2561: บริบาลรายบุคคล)

“แม่ใหญ่เลิกกินแต่ส้มผัก เลามักหลาย สิได้เบิ่งแล้ว บ่ให้กินหลาย ผลเลือดสิได้ดีแทน”

(ญาติผู้ป่วยคนที่ 2, 2561: บริบาลรายบุคคล)

ตาราง 39 กิจกรรมตามแนวทางในการจัดการยารวาร์ฟาริน

คุณภาพ	กิจกรรม
1. ระบบบ่งชี้ตัวผู้ป่วยเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยใช้ยารวาร์ฟารินอยู่	บัตรผู้ป่วยใช้ยารวาร์ฟารินและติดสติ๊กเกอร์คนไข้ยารวาร์ฟารินหน้าสมุด
2. มีการจัดทำแฟ้มประวัติผู้ป่วยในสามารถบ่งบอกให้ทราบว่าผู้ป่วยกำลังใช้ยารวาร์ฟารินอยู่ อย่างชัดเจน	ตราประทับว่า “ Warfarin ” ประทับที่ใบ Doctor order sheet ป้ายหน้าเวชระเบียน “คนไข้ Warfarin”
3. การจัดทำฉลากยาให้ชัดเจนเข้าใจง่ายและมีรายละเอียดที่จำเป็น	
4. ระบบประเมินและเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยารวาร์ฟาริน ในกระบวนการให้การพยาบาลผู้ป่วยใน	ตารางการกินยา ฉลากยาเพิ่มแนะนำภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้ยารวาร์ฟาริน
5. การจัดทำหรือจัดให้มีเอกสารความรู้การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และข้อควรปฏิบัติหากพบอาการข้างเคียงดังกล่าว	กำหนดให้เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากยารวาร์ฟารินทุกเวร ชั่วโมง พร้อมกันในกิจกรรมวัดไข้ผู้ป่วย
6. กระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟารินแก่บุคลากรทางการแพทย์	โครงการให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ทั้งในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2561

ผลการตรวจค่า INR ในผู้ป่วยที่มาตามนัดในแต่ละครั้งหลังจากการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกยารวาร์ฟาริน ดังตาราง 40 พบว่า ผลการประเมินตัวชี้วัดคลินิกยารวาร์ฟารินตามแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพการดำเนินงานคลินิกยารวาร์ฟารินโรงพยาบาลบุณฑริกยังไม่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการแต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (เดือนเมษายน ผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษา ร้อยละ 41.67 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 51.28 ใน เดือนมิถุนายน) ควรประเมินทุกเดือนจนครบ 1 ปี และประเมินการดำเนินงานคลินิกยารวาร์ฟารินโรงพยาบาลบุณฑริกกว่าผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอีกครั้ง

ตาราง 40 ผลการดำเนินงาน ตาม Service Plan

รายการ	ผลการดำเนินงาน (ร้อยละ)		
	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.
1.การเข้ารับการตรวจตามนัด	100	100	100
2.การขาดนัด	0	0	0
3. ค่า INR อยู่ในช่วงการรักษา	41.67	42.86	51.28
4. การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	0	0	0
5. การเกิดภาวะเลือดออกที่รุนแรง	0	0	0

ตาราง 41 จำนวนครั้งในการปรึกษาแพทย์ในการเสนอปรับขนาดยาในผู้ป่วยโดยเภสัชกร
หลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน

เดือน	จำนวนปัญหา (ครั้ง)	เภสัชกรเสนอปรับยา (ครั้ง)	แพทย์ยอมรับ (ร้อยละ)
เมษายน	21	21	94.12
พฤษภาคม	21	21	100
มิถุนายน	19	19	100

จากตาราง 41 พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน เภสัชกรค้นหาปัญหาของผู้ป่วยนำเสนอการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยให้แพทย์พิจารณาในการรักษาซึ่งแพทย์ยอมรับในการแก้ไขปัญหามิใช่ทุกครั้ง

4.3.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้อาวาร์ฟารินซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การสังเกต (Observation) และการจัดบันทึก (Record) โดยมีผู้ให้ข้อมูล คือกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่ใช้อาวาร์ฟาริน และญาติผู้ดูแลตั้งประเด็นต่อไปนี้

4.3.2.1 การบริการ

“สังเกตเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟารินมีจำนวนมากขึ้น น่าจะแยกคลินิกออกจากคลินิกโรคความดัน” (พยาบาลคลินิกวาร์ฟาริน, 2561: ประชุมกลุ่ม)

“ตอนนี้คลินิกพิเศษมีครบทั้งห้าวันทำการแล้วไม่ทราบว่าจะจัดลงอย่างไร” (พยาบาลคลินิกโรคเรื้อรัง, 2561: การประชุมกลุ่ม)

“เห็นด้วยว่าควรมีการแยกคลินิกวาร์ฟาริน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการให้การรักษาที่ต้องเวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟาริน แพทย์มีเวลาจำกัดเนื่องจากผู้ป่วยคลินิกโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนมาก” (แพทย์ประธานที่มนำคลินิกบริการ, 2561: ประชุมกลุ่ม)

“คลินิกควรแยกให้บริการเป็นภาคบ่ายวันพุธ และนัดเฉพาะคนไข้กลุ่มนี้มาตรวจเหมือนโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์” (แพทย์ประธานที่มนำคลินิกบริการ, 2561: ประชุมกลุ่ม)

“ในความคิดของผม ผมว่าการจัดบริการคลินิกควรดูที่บริบทของโรงพยาบาล การเดินทางผู้ป่วย และผู้ป่วยที่มารับบริการบางรายมีโรคร่วม เช่น เบาหวานจะต้องมีการงดน้ำงดอาหารก่อนมาตรวจจึงไม่เห็นด้วยกับกับคลินิกบ่ายวันพุธ” (แพทย์ประจำคลินิกวาร์ฟาริน, 2561: ประชุมกลุ่ม)

“อยากให้หมอมาตรวจให้บริการวันเสาร์เหมือนโรงพยาบาลเดช แต่คุณหมอกะลียากน้อ มันเป็นวันหยุดคุณหมอ” (ผู้ป่วยคนที่ 2, 2561: สัมภาษณ์)

“อยากให้แยกให้บริการเฉพาะคนไข้กลุ่มนี้ เพราะมีแต่ผู้เฒ่า บางคนกะนั่งรถเข็น” (ญาติผู้ป่วยคนที่ 3, 2561: สัมภาษณ์)

“คุณหมอนัดมายามได้ ยายกะลียา ตามนัด” (ผู้ป่วยคนที่ 3, 2561: สัมภาษณ์)

“นัดมายามเช้าแบบนี้ละดีแล้วครับคุณหมอ ผมบ่มีรถต้องอาศัยรถรับส่งของนักเรียนมาตอนเช้าแล้วถ้ากลับพร้อม” (ผู้ป่วยคนที่ 4, 2561: สัมภาษณ์)

“หลังคุณหมอให้บริการใหม่ ได้รับบริการเร็วขึ้น บ่ต้องถ่าโดนคือแต่ก็” (ผู้ป่วยคนที่ 5, 2561: สัมภาษณ์)

“แต่ก็พาพ่อไปรับยาอยู่โรงบาลใหญ่ เหมารถไปเบ็ดมือพอได้ยาแล้วกว่าลีสอดบ้านกะค่า มารับอยู่เดชะกะไปแต่เข้ากลับบ้านค่าคือกัน แต่ตอนนี่มารับอยู่บ้านเรา เติมน้ำมันรถมา 50 บาทกะมาได้ กลับบ้านแต่เว่น” (ญาติคนป่วยที่ 4, 2561: สัมภาษณ์)

สรุปประเด็นการบริการ เมื่อผู้รับบริการมากขึ้นจึงต้องมีการจัดบริการคลินิกวาร์ฟารินให้เหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาล โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การแยกกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟารินมาดูแลอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวกในการรับบริการ กำหนดกิจกรรมในการดูแลที่เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน และในกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟาริน ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ

4.3.2.2 การคุณภาพบริการ

“การให้บริการผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคให้สุขศึกษารวมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่ได้แยกเฉพาะกลุ่ม” (พยาบาลคลินิกโรคความดันโลหิตสูง, 2561: ประชุมกลุ่ม)

“การซักประวัติในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีคำถามที่เกี่ยวกับอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากยารักษาโรคไม่ใช้คำถามทั่วไป” (พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, 2561: ประชุมกลุ่ม)

“ที่ผลการตรวจเลือดผู้ป่วยออกช้า สาเหตุจากที่ผู้ป่วยทยอยมารับบริการทีละคนโดยในแต่ละครั้งใช้เวลาในการตรวจ 30 นาที ในแต่ละนัดเจ้าหน้าที่ต้องตรวจเลือดอยู่หลายรอบ” (นักเทคนิคการแพทย์, 2561: ประชุมกลุ่ม)

“เวลาออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็เคยเห็นยาตัวนี้อยู่แต่ก็ไม่รู้ว่าเป็นยาอะไรและทางทีมนี้กายภาพบำบัดยังไม่ได้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้” (นักกายภาพบำบัด, 2561: ประชุมกลุ่ม)

“ผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคเคยได้เรียนมาอยู่บ้างว่ามีข้อห้ามในการให้บริการแพทย์แผนไทยและมีการสอนไพเราะตัวใดที่มีผลต่อยา แต่ก็ไม่ได้กำหนดแนวทางในการดูแลเช่นกันจึงอยากให้แพทย์ช่วยกำหนดแนวทางการดูแลด้วย” (แพทย์แผนไทย, 2561: ประชุมกลุ่ม)

“ไม่เคยทราบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องควบคุมปริมาณอาหารอะไรบ้าง และไม่ทราบว่าผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคมานอนโรงพยาบาล” (นักโภชนาการ, 2561: ประชุมกลุ่ม)

“การตรวจมีเวลาจำกัดในการคำนวณ และออกแบบวิธีการรับประทานยาผู้ป่วยแต่ละราย จึงเห็นด้วยที่เภสัชกรเข้ามาปรับขนาดยาให้ก่อน” (แพทย์ประจำคลินิก, 2561: ประชุมกลุ่ม)

“ผู้ป่วยที่มีค่า INR ปกติไม่จำเป็นต้องรอแพทย์มาตรวจให้พบเภสัชกร ให้ยากลับบ้านเลยเพราะถ้าพบหมอก็จะให้ยาเดิมกลับบ้านเหมือนกันแต่ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมให้รอพบแพทย์เหมือนเดิม” (แพทย์ประธานทีมนำคลินิกบริการ, 2561: ประชุมกลุ่ม)

“เราควรกำหนดการมาตรฐานการดูแลในผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคในแต่ละปี เพื่อให้กลุ่มที่ไม่ได้พบแพทย์ ได้พบแพทย์อย่างน้อยปีละครั้ง” (พยาบาลเลขานุการทีมนำคลินิกบริการ, 2561: ประชุมกลุ่ม)

สรุปประเด็น การคุณภาพบริการ ผู้ให้บริการ ในแต่ละจุดบริการ หรือ ทีมสหวิชาชีพ จะต้องมียุทธศาสตร์ความรู้และทักษะที่เฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคตามแนวทางของแต่ละวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรค เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัยจากการใช้ยารักษาโรค การจัดการกิจกรรม การกำหนดรูปแบบในการให้บริการ และกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ส่งผลให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาล บุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

4.4.1 ขั้นตอนการสะท้อนผลการดำเนินการ (Reflection)

กิจกรรมที่ 7 ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อถอดบทเรียน และสรุปผล

4.4.1.1 สรุปผลการถอดบทเรียนตามแผนปฏิบัติการวิจัยจากผลการดำเนินงานตามกิจกรรม การพัฒนาคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยที่ไซยวาร์ฟาริน มีการประชุมถอดบทเรียน สรุปผลในวันที่ 25 มิถุนายน 2561 เวลา 13.00 – 16.00 น ณ ห้องประชุมตึก OPD ใหม่ ชั้น 2 โดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ไซยวาร์ฟาริน คลินิก วาร์ฟารินสรุปผลการถอดบทเรียนตามแผนปฏิบัติการวิจัยจากผลการดำเนินงานตามกิจกรรม การพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ไซยวาร์ฟาริน ดังนี้

1) นโยบายกระทรวงสาธารณสุขให้มีการพัฒนาระบบบริการได้ดำเนินการจัดทำ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาหัวใจ 5 ปี ระหว่างปี 2556-2560 ได้ กำหนดให้ 1 ใน 5 ภารกิจหลัก ทางโรคหัวใจ และหลอดเลือดที่ต้องการพัฒนา คืองานจัดตั้งคลินิก การให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Warfarin Clinic) และพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน (รพ.ช) ระดับ F2 - M1 สามารถให้การรักษาด้วยยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด ทั้งการให้ยา การตรวจวัดค่าการ แข็งตัวของเลือดมีระบบส่งต่อผู้ป่วยในรายที่ซับซ้อนหรือมีภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม และมี ระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่าย

2) การมีส่วนร่วมในการบูรณาการร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ในการให้ การดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานการรักษาในแต่ละวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสมการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ เพื่อให้เกิดการทำงานที่ราบรื่นและ เกิดการเชื่อมโยงทุกหน่วยบริการ การทำงานโดยการประชุมร่วมกัน และการเชื่อมโยงข้อมูลและ สะท้อนกลับข้อมูลการพัฒนาคุณภาพสู่หน่วยบริการ เพื่อให้กิจกรรมการดำเนินงานเป็นไปอย่าง ต่อเนื่อง และถาหากพบปัญหาสามารถปรับปรุงแก้ไขได้ทันเวลา

3) การเสริมสร้างทักษะและเทคนิคเฉพาะทางองค์ความรู้ของบุคลากรทาง การแพทย์ผู้ป่วยไซยวาร์ฟาริน ญาติหรือผู้ดูแลโดย ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้ และมีการปฏิบัติตัวที่ ถูกต้องและมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองขณะไซยวาร์ฟารินญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีญาติหรือ ผู้ดูแลคอยช่วยเหลือเอาใจใส่จะทำให้การปฏิบัติตัวได้ตามที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ

4.4.1.2 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) ด้านสถานที่ไม่มีสถานที่หรือห้องในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยและญาติ
- 2) ผู้ป่วยที่ใชยวาร์ฟารินได้ผลการตรวจค่า INR ช้า เนื่องจากเกิดอุบัติเหตุการสำรองน้ำยาตรวจไม่พอ ทำให้ต้องยืมน้ำยาตรวจจากโรงพยาบาลใกล้เคียงผู้จึงทำให้ผู้ป่วยต้องรอนาน
- 3) อัตรากำลังพบว่า กรณีพยาบาลประจำคลินิกติตราชการจะไม่มีอัตรากำลังทดแทน แต่จะใช้อัตรากำลังพยาบาลร่วมกับคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการผู้ป่วย และกรณีเภสัชกรประจำคลินิกไม่อยู่การให้บริการจะปรับมาใช้ในการบริการรูปแบบเดิม

4) ผู้ป่วยและญาติบางรายมีที่พักอาศัยอยู่ห่างไกล และการเดินทางมายังโรงพยาบาลลำบาก ต้องใช้รถโดยสารสาธารณะเนื่องจากไม่มีรถส่วนตัวมาโรงพยาบาล ทำให้มาโรงพยาบาลสายจึงไม่ได้ร่วมกิจกรรมในคลินิกวาร์ฟาริน

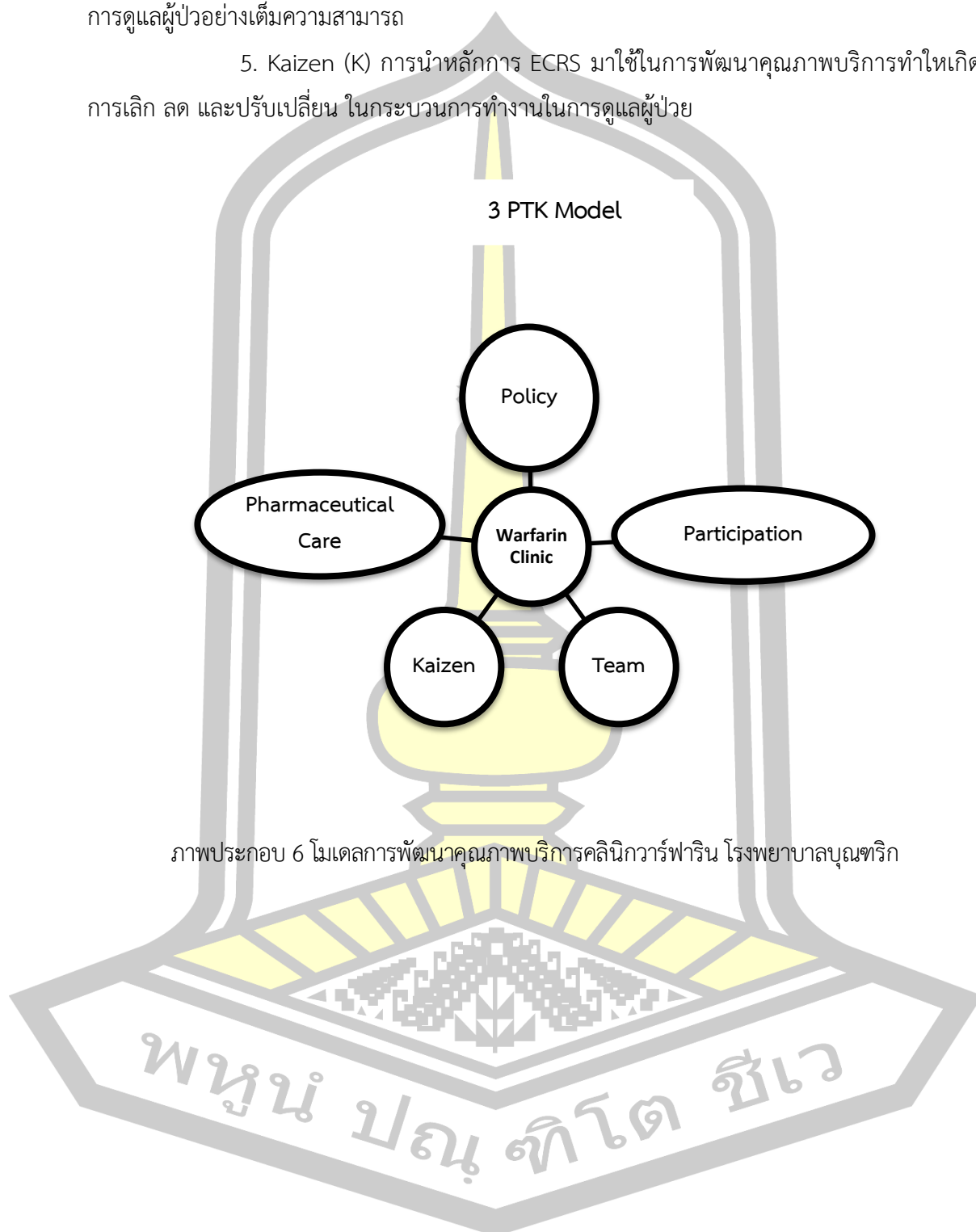
ดังนั้น ในการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการพัฒนาคุณภาพบริการโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยที่ใชยวาร์ฟารินผู้ป่วยที่ใชยวาร์ฟาริน และญาติผู้ดูแลจากการดำเนินงานตามกระบวนการ ผู้วิจัยสรุปขั้นตอนของกระบวนการในการพัฒนาคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยใชยวาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลบุษทริก จังหวัดอุบลราชธานีโดยกาประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) เพื่อเปลี่ยนแปลงปรับปรุงระบบบริการใหม่ร่วมกับการนำการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยวาร์ฟารินได้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินดังภาพประกอบ 6

สรุปคำสำคัญที่ได้จากการพัฒนาตามกรอบแนวคิดใน ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาในรูปแบบคุณภาพบริการ คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุษทริก ซึ่งได้รูปแบบเบื้องต้นในการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน คือ 3PTK Model ดังภาพประกอบ 5 คือ

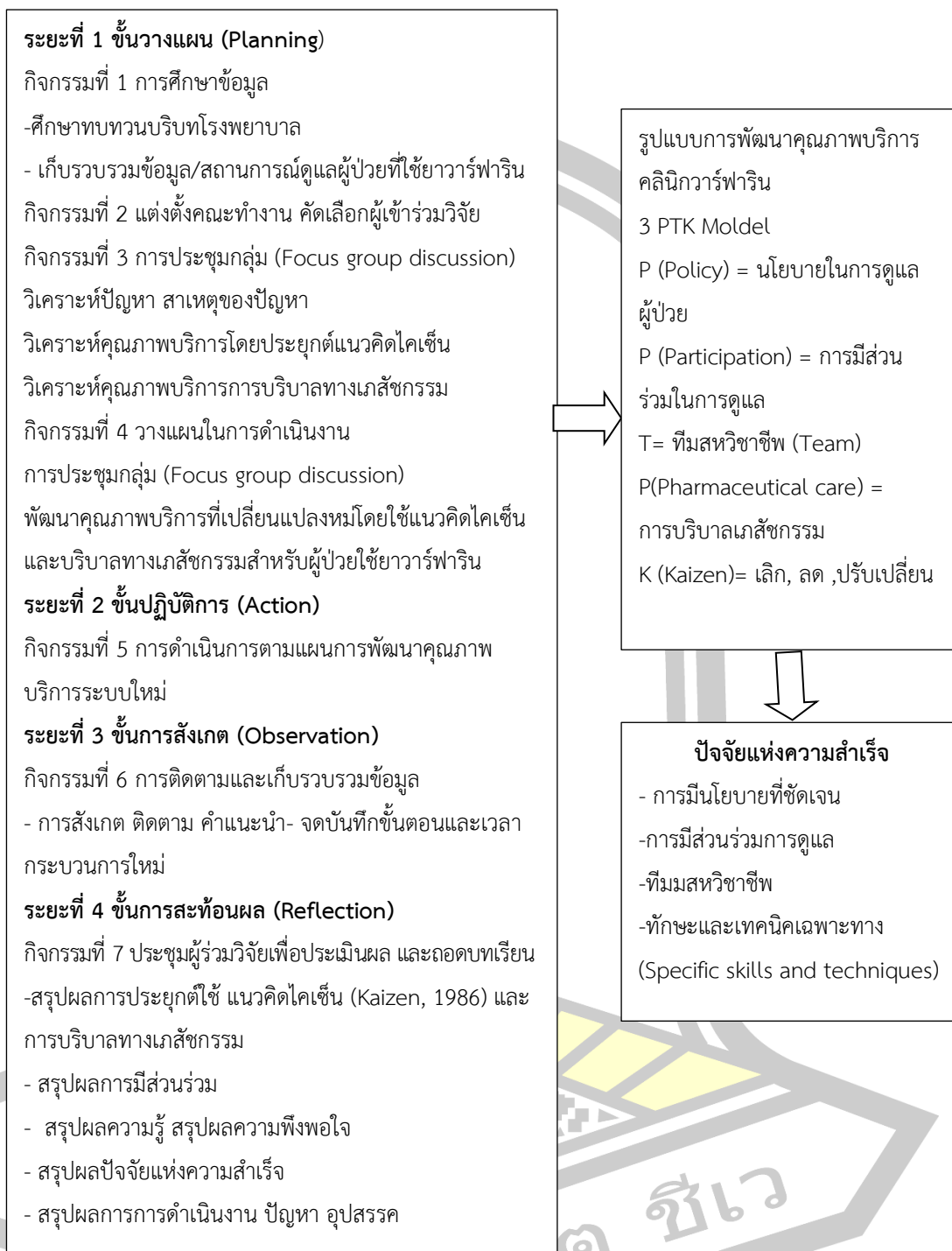
1. Policy (P) นโยบายที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยที่ใชยวาร์ฟารินตั้งแต่ระดับกระทรวง ลงสู่ผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชน ทำให้ได้รับการสนับสนุนในด้านงบประมาณในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้มีการดำเนินงานในการจัดตั้งคลินิกวาร์ฟารินสำเร็จ
2. Participation (P) การมีส่วนร่วมในการดูแลจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมในการดูแลจากบุคลากรทางสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยตามทักษะ ความชำนาญของแต่ละวิชาชีพ
3. Pharmaceutical care (P) การนำการบริหารทางเภสัชกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ใชยวาร์ฟารินมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งเภสัชกรต้องผ่านการอบรมระยะสั้น เป็นทักษะและความเชี่ยวชาญที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

4. Team (T) การทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เกิดควาร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ

5. Kaizen (K) การนำหลักการ ECRS มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการทำให้เกิดการเลิก ลด และปรับเปลี่ยน ในกระบวนการทำงานในการดูแลผู้ป่วย



ภาพประกอบ 6 โมเดลการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุญทริก



ภาพประกอบ 7 ขั้นตอน และกระบวนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยารักษา
ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุณยศิริ จังหวัดอุบลราชธานี

รูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพุทธศรี

<p>1. ยื่นบัตรที่จุดคัดกรอง</p> <p>การซักถามโรคประจำตัว และยาที่รับประทานประจำ</p> <p>- ผู้ป่วยรายเก่ามีบัตรประจำตัวผู้ป่วยที่ใช้ยา วาร์ฟาริน</p> <p>Keyword marke</p> <p>1. มีเลือดออกผิดปกติ มีไอเป็นเลือด ปัสสาวะเป็นเลือด มีถ่ายดำหรือไม่มี</p> <p>2. มี ปวดหัวมาก วิงเวียน เดินเซ แขนขาอ่อนแรง ปากเปื่อย พุดไม่ชัด หรือไม่มี</p>			
<p>2. จุดบริการลงทะเบียนที่ห้องบัตร</p>			
<p>3. จุดบริการห้องชันสูตร</p> <p>กำหนดช่วงเวลา que ผู้ป่วยต้องมารับบริการเจาะเลือดไม่เกิน 08.00 น เครื่องตรวจสามารถตรวจหา INR ได้ครั้งละ 10 ราย ผลเลือดออกใน 30 นาที มีมาตรฐานการเก็บตัวอย่างเลือดในการตรวจหาค่า INR</p>			
<p>4. จุดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง</p> <p>กิจกรรมกลุ่ม</p> <p>1. กิจกรรมออกกำลังกาย</p> <p>2. กิจกรรมให้ความรู้เรื่องยา วาร์ฟาริน และความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ</p> <p>3. กิจกรรมสนทนากลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติ</p> <p>กิจกรรมรายบุคคล การให้บริบาลทางเภสัชกรรม โดยเภสัชกรประจำคลินิก</p> <p>1. ให้ข้อมูลเรื่องเป้าหมายในการรักษาของผู้ป่วย</p> <p>2. แจ้งผลการรักษา ค่า INR ที่ตรวจได้</p> <p>3. ประเมินการใช้ยา และซักประวัติเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากยา พฤติกรรมการบริโภค ยา อาหาร สมุนไพร การเจ็บป่วย ความร่วมมือในการใช้ยา</p> <p>แยกกลุ่มผู้ป่วยจาก ค่า INR</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;"> <p>(สัญญาณไฟเขียว)</p> <p>ค่า INR อยู่ในช่วง</p> <p>การรักษา</p> <p>(2.00 -3.00)</p> </td> <td style="width: 33%;"> <p>(สัญญาณไฟเหลือง)</p> <p>ค่า INR ต่ำกว่าช่วง</p> <p>การรักษา</p> <p>< 2.00</p> </td> <td style="width: 33%;"> <p>(สัญญาณไฟแดง)</p> <p>ค่า INR สูงกว่าช่วง</p> <p>การรักษา</p> <p>> 3.00</p> </td> </tr> </table>	<p>(สัญญาณไฟเขียว)</p> <p>ค่า INR อยู่ในช่วง</p> <p>การรักษา</p> <p>(2.00 -3.00)</p>	<p>(สัญญาณไฟเหลือง)</p> <p>ค่า INR ต่ำกว่าช่วง</p> <p>การรักษา</p> <p>< 2.00</p>	<p>(สัญญาณไฟแดง)</p> <p>ค่า INR สูงกว่าช่วง</p> <p>การรักษา</p> <p>> 3.00</p>
<p>(สัญญาณไฟเขียว)</p> <p>ค่า INR อยู่ในช่วง</p> <p>การรักษา</p> <p>(2.00 -3.00)</p>	<p>(สัญญาณไฟเหลือง)</p> <p>ค่า INR ต่ำกว่าช่วง</p> <p>การรักษา</p> <p>< 2.00</p>	<p>(สัญญาณไฟแดง)</p> <p>ค่า INR สูงกว่าช่วง</p> <p>การรักษา</p> <p>> 3.00</p>	

แยกกลุ่มผู้ป่วยจาก ค่า INR		
<p>(สัญญาณไฟเขียว) ค่า INR อยู่ในช่วง การรักษา (2.00 -3.00)</p> <p>- เกสซ์กรให้ยาตามคำสั่ง เดิมของแพทย์ - พยาบาลลงข้อมูลใน โปรแกรมบริการ</p>	<p>(สัญญาณไฟเหลือง) ค่า INR ต่ำกว่าช่วง การรักษา < 2.00</p> <p>- เกสซ์กรเสนอแนวทางการปรับขนาดยาและวิธีการ บริหารยาในผู้ป่วยแต่ละราย - พยาบาลลงข้อมูลในโปรแกรมบริการ - พบแพทย์</p>	<p>(สัญญาณไฟแดง) ค่า INR สูงกว่าช่วง การรักษา > 3.00</p>
5. จุดบริการห้องยา		
<p>- ตรวจสอบความถูกต้อง ใบสั่งยา - กระบวนการจัดยา - ตรวจสอบความถูกต้อง - รับยาจากเภสัชกร ประจำห้องยาจาก จุดจ่ายยา</p>	<p>- ตรวจสอบความถูกต้องใบสั่งยา - กระบวนการจัดยา - ตรวจสอบความถูกต้อง - รับยาจากเภสัชกรประจำคลินิกวารสารฟารินใน ห้องให้คำปรึกษา มอบตารางการกินยาแบบใหม่ แนะนำวิธีการรับประทานยาให้แก่ผู้ป่วยและญาติ</p>	
6. กลับบ้าน	6. กลับบ้าน	

ภาพประกอบ 8 รูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารสารฟาริน โรงพยาบาลบุญทริก

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยการพัฒนาารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยในลักษณะวงรอบ 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ผู้วิจัยนำเสนอตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

- 5.1 สรุปผลการวิจัย
- 5.2 อภิปรายผล
- 5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยการพัฒนาารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี สรุปผลดังนี้

5.1.1 บริบทโรงพยาบาลและสถานการณ์การจัดบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยวาร์ฟารินคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

โรงพยาบาลบุญทริกเป็นโรงพยาบาลอำเภอชายแดนอยู่ห่างจากโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นระยะทาง 98 กิโลเมตร ห่างจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นระยะทาง 45 กิโลเมตรให้บริการตรวจโรคในระดับทุติยภูมิ ระดับ F2 โดยไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีการรับส่งต่อจาก PCU 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตรับผิดชอบ 16 แห่ง ครอบคลุมการให้บริการผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในและการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าการให้บริการผู้ป่วยนอกทั่วไปวันจันทร์-ศุกร์ ตั้งแต่ เวลา 08.00 น. - 20.00 น. วันเสาร์ - อาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 08.00 - 12.00 น. และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ตั้งแต่เวลา 08.00 น. - 16.00 น.

การจัดระบบบริการผู้ป่วยที่ใช้ยวาร์ฟารินในปัจจุบัน มีการจัดบริการรวมอยู่ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงช่วงเวลาให้บริการ เวลา 08.00 - 12.00 น. ให้บริการเป็นวันจันทร์ สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 3 ของทุกเดือนการตรวจรักษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หมุนเวียนมาให้

การตรวจรักษาและรับยาที่ห้องจ่ายยาที่มีบริการเพียงจุดเดียวในโรงพยาบาล โดยประกอบด้วย ขั้นตอนการให้บริการคือ 1) จุดคัดกรอง 2) จุดบริการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต 3) จุดบริการห้องบัตร 4) จุดบริการชั้นสูตร 5) จุดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง 6) จุดซักประวัติ 7) จุดตรวจรักษาโดยแพทย์ 8) จุดบริการห้องยา 9) พบเภสัชกรรับยา 10) กลับบ้าน ผู้วิจัยและทีมได้ติดตามระยะเวลาการรับบริการในกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการคือ ผู้ป่วยที่ใช้ยาแอสไพริน จำนวน 20 คน ที่รับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังความดันโลหิตสูง พบความสูญเปล่าในการรอคอย (Waiting) ของผู้ป่วยมากที่สุด โดยพบว่า ระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ย 198 นาที (3 ชั่วโมง 18 นาที) โดยพบเวลานานที่สุดในการรอคอย คือ รอซักประวัติโดยพยาบาลเฉลี่ย 65 นาที และช่วงเวลารอคอยพบแพทย์เฉลี่ย 65 นาที และช่วงเวลารอรับยาเฉลี่ย 35 นาที (กรณีพบปัญหาในการสั่งจ่ายยาเภสัชกรจะ Consult แพทย์เกี่ยวกับปัญหาที่พบใช้เวลาเพิ่มประมาณ 10 นาที) และจากผลจากการดำเนินงาน 4 ปีย้อนหลัง พบการดำเนินงานที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือ ผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงการรักษาน้อยกว่าร้อยละ 65 และจากติดตามผู้ป่วยที่ใช้ยาแอสไพริน ปี 2560 พบว่า การใช้ยาของผู้ป่วยพบสาเหตุที่ทำให้ค่า INR ของผู้ป่วยอยู่นอกช่วงการรักษา ร้อยละ 22.58 คือ แพทย์สั่งจ่ายไม่ถูกต้อง 12 ครั้ง (ร้อยละ 4.92) ความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 4.51 พฤติกรรมการบริโภคทำให้เกิดอันตรายกับยาแอสไพริน ร้อยละ 10.25 สภาวะของผู้ป่วยทำให้เกิดอันตรายกับยาแอสไพริน ร้อยละ 2.90 ส่วนภาวะแทรกซ้อนจากยาแอสไพริน 10 ราย (ร้อยละ 4.10) คือ อาการเลือดออกที่ไม่รุนแรง 8 ราย (ร้อยละ 3.27) อาการเลือดออกที่รุนแรง 2 ราย (ร้อยละ 0.82) มีผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล 8 รายค่าใช้จ่ายในการรักษารวมมูลค่า 27,938 บาท และมีผู้ป่วย 2 ราย ได้ส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย เมื่อติดตามผลการรักษาพบว่าผู้ป่วย 1 ราย ได้ให้เลือดและอีก 1 รายให้ยาดิจิทัล และจากข้อมูลการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยที่ใช้ยาแอสไพรินผู้ป่วย จำนวน 20 ราย พบว่ามีผู้ป่วยความรู้ระดับต่ำ (ร้อยละ 32.0) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ

5.1.2 ขั้นตอนและกระบวนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยใช้ยาแอสไพริน คลินิกแอสไพรินโรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพครั้งนี้ มี 7 ขั้นตอน ได้แก่

5.1.2.1 ขั้นตอน การศึกษารวบรวมข้อมูล การศึกษาสถานการณ์ในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาแอสไพริน ข้อมูลระบบบริการผู้ป่วยคลินิกแอสไพรินให้ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยรับทราบสถานการณ์ของปัญหา ปีงบประมาณ 2560 และผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลบุณฑริก

5.1.2.2 ขั้นตอน การแต่งตั้งคณะทำงาน และการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยได้พิจารณาแยกผู้เข้าร่วมวิจัยเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย ได้แก่การแต่งตั้งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 29 คน แต่พบว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นบุคคลเดียวกัน 3 ตำแหน่ง และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเข้าร่วมการวิจัยน้อย

กว่าร้อยละ 75 จำนวน 1 คน สรุปรวมจำนวนผู้มีส่วนร่วม 14 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มที่ 2 กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนาคือ ผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาผ่านเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 36 คน และญาติผู้ดูแลผ่านเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 36 คน

5.1.2.3 ขั้นตอน การวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน การประชุมกลุ่ม (Focus Group Discussion) วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหาในการให้บริการผู้ป่วยที่ใช้ยารักษา วิเคราะห์คุณภาพบริการโดยประยุกต์แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) และคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยโดยประยุกต์ใช้การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยใช้ยารักษา

5.1.2.4 การวางแผนดำเนินงาน การพัฒนาคุณภาพบริการที่เปลี่ยนแปลงโดยใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) และการพัฒนาคุณภาพบริการโดยใช้การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยใช้ยารักษา

5.1.2.5 ดำเนินการตามแผน การดำเนินการตามแผนการพัฒนาคุณภาพบริการดำเนินการตามกิจกรรมเพื่อคุณภาพในการบริการ และการให้บริการตามกระบวนการหลัก (Value Stream Mapping) ในการดูแลผู้ป่วย คลินิกยารักษาแบบใหม่

5.1.2.6 การสังเกต ติดตาม เก็บรวบรวมข้อมูลจุดบันทึกขั้นตอน และเวลาในกระบวนการจัดบริการตามกระบวนการใหม่ ทำการประเมินความรู้ พฤติกรรม ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้ยารักษา และญาติผู้ดูแล หลังการมารับบริการที่คลินิกยารักษาในครั้งที่ 3

5.1.2.7 การประเมินผล และถอดบทเรียน ประชุมผู้ร่วมวิจัยสรุปผลการประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) และการบริหารทางเภสัชกรรม ผลการมีส่วนร่วม ความรู้ ความพึงพอใจ และสรุปผลการดำเนินงาน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค

5.1.3 สรุปการพัฒนา รูปแบบคุณภาพบริการตามระบบบริการใหม่ คลินิกยารักษา โรงพยาบาลบุษราคัม จังหวัดอุบลราชธานี

สรุปได้ว่าผู้มีส่วนร่วมในวิจัยได้นำแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) ร่วมกับหลักการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยใช้ยารักษา มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการเกิดระบบบริการใหม่ที่มีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลบุษราคัมคือ

5.1.3.1 ผลการพัฒนาคุณภาพบริการโดยแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) นำหลักการ ECRS ในการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงการทำงานสรุป ดังนี้

1) การเลิก

โดยการตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น (Elimination) ได้แก่ การยกเลิกจุดวัด vital signs ชั่งน้ำหนักออกไปที่จุดคัดกรองและให้ผู้ป่วยไปรับบริการที่จุดบริการคลินิกพิเศษ

2) การลด

(1) การรวมขั้นตอนเพื่อประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย (Combine) ได้แก่ การที่ห้องชั้นสูตรจัดระบบบริการเจาะเลือดคลินิกวาร์ฟารินโดยกำหนดเวลาผู้ป่วยให้มาเจาะเลือดพร้อมกัน ซึ่งกำหนดช่วงเวลาผู้ป่วยต้องมารับบริการเจาะเลือดไม่เกิน 08.00 น. เจ้าหน้าที่จะนำเลือดเข้าเครื่องตรวจ PT/INR ได้ครั้งละ 10 คน และผลเลือดออกใน 30 นาที ลดระยะเวลารอคอยผลเลือด

(2) ลดระยะเวลารอคอยแพทย์

(3) ลดการซ้ำซ้อนในการซักประวัติ ซึ่งเภสัชกรเป็นผู้ค้นหาปัญหาประเมินปัญหา เสนอแนวทางแก้ไข และส่งต่อข้อมูลให้กับสหวิชาชีพ

(4) ลดระยะเวลารอคอยรับยา

3) ปรับเปลี่ยน

(1) การจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม (Rearrange) โดยเภสัชกรประจำคลินิกจะให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยก่อน และหลังพบแพทย์ เพื่อหาปัญหาผู้ป่วยหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยแต่ละราย การมีกิจกรรมออกกำลังกายโดยนักกายภาพ กิจกรรมการชมวิดีโอเรื่องยา และการปฏิบัติตัว กิจกรรมการสนทนากลุ่มผู้ป่วย ญาติ พยาบาล และเภสัชกร ผลจากการดำเนินงานพบว่าสามารถลดระยะเวลาในการตรวจรักษาของแพทย์ และลดระยะเวลาในการมารับบริการที่โรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลเลือดอยู่ในช่วงการรักษา

(2) การปรับปรุงวิธีการทำงานเพื่อช่วยให้ทำงานง่ายขึ้น (Simplify, S) โดยเภสัชกรทำแบบนำเสนอในการปรับขนาดยา คำนวณยา และออกแบบวิธีรับประทานยาโดยใช้ Application Warfarin Dosing Calculator บนมือถือ และนำเสนอให้แพทย์พิจารณาในการรักษาผู้ป่วยการให้สัญลักษณ์เป็นสัญญาณไฟจราจรในการบอกผลเลือดให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลทราบ คู่มือการใช้วาร์ฟารินการออกแบบตารางการกินยาให้ผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง

ผลการพัฒนาคุณภาพบริการพบว่าระยะเวลารอคอยเฉลี่ยลดลงจาก 3 ชั่วโมง 18 นาที เป็น 1 ชั่วโมง 55 นาที ในผู้ป่วยผลเลือดค่า INR ปกติ และ 2 ชั่วโมง 49 นาที ในผู้ป่วยผลเลือดค่า INR นอกช่วงการรักษาที่ต้องพบแพทย์ ซึ่งมีผลทำให้การให้บริการในคลินิกวาร์ฟารินเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้อย่างชัดเจน คือใน 4 จุดบริการ ได้แก่ 1) จุดบริการคลินิกวาร์ฟารินลดระยะเวลารอคอยเฉลี่ยที่คลินิก (เวลาที่ผู้ป่วยมาที่คลินิกจนถึงเวลาที่ได้พบแพทย์) จาก 133 นาที เหลือ 48 นาที ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงการรักษา และระยะเวลารอคอยเฉลี่ยในการพบแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่นอกช่วงการรักษาเหลือ 45 นาที 2) จุดบริการห้องยาลดระยะเวลารอคอยเฉลี่ยลงจาก 35 นาที เหลือ 7 นาที ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงการรักษา และ 15 นาที

ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่นอกช่วงการรักษา มีผลจากการแยกการให้บริการห้องยาเป็นห้องยาบริการผู้ป่วยโรคทั่วไป ห้องยาบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำให้มีเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมารับบริการ ซึ่งห้องยาบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้จัดบริการโดยการจัดยาในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินก่อน

3) การตัดจุดวัดสัญญาณชีพ (Vital Signs) ซึ่งน้ำหนัก หลังการคัดกรองโดยพยาบาลออกจนถึงทำให้ระยะเวลารอคอยลดลง 15 นาที และ 4) จุดบริการห้องชั้นสูตรได้จัดระบบบริการเจาะเลือดคลินิก วาร์ฟารินโดยกำหนดเวลาผู้ป่วยให้มาเจาะเลือดพร้อมกัน กำหนดเวลาที่ผู้ป่วยต้องมารับบริการเจาะเลือดไม่เกิน 08.00 น.เจ้าหน้าที่จะนำเลือดเข้าเครื่องตรวจ PT/INR ได้ครั้งละ 10 คน และผลเลือดออกใน 30 นาทีลดระยะเวลารอผลเลือด และลดการทำงานที่ซ้ำซ้อนไม่ต้องตรวจเลือดหลายรอบ

5.1.3.2 ผลการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินโดยใช้การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยใช้ยาวาร์ฟาริน

1) การบริหารทางเภสัชกรรม

(1) การให้ความรู้การชมวิดิทัศน์เรื่องยาและการปฏิบัติตัวการสนทนากลุ่มผู้ป่วย ญาติ พยาบาล และเภสัชกร

(2) ทบทวนประเมินผู้ป่วย การร่วมมือในการรับประทานยา การปฏิบัติตัว และพฤติกรรมของผู้ป่วย

(3) การเฝ้าระวังและการติดตามค่า INR

2) กิจกรรมในการจัดการตามแนวทางจัดการยาวาร์ฟาริน

(1) ระบบบ่งชี้ตัวผู้ป่วยเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยใช้ยาวาร์ฟารินอยู่กิจกรรมเพื่อบรรลุตามแนวทางการจัดการคือ ผู้ป่วยทุกรายที่มีบัตรผู้ป่วยใช้ยาวาร์ฟารินแนบติดบัตรโรงพยาบาล และติดหน้าสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีการแจ้งเตือนในระบบให้บริการ

(2) การจัดทำแฟ้มประวัติผู้ป่วยในสามารถบ่งบอกให้ทราบว่าผู้ป่วยกำลังใช้ยาวาร์ฟารินอยู่ อย่างชัดเจนแนวทางการจัดการ คือ ใช้ตราประทับว่า “Warfarin” ประทับที่ใบ Doctor Order Sheet ทุกใบและป้ายติดหน้าเวชระเบียน “ผู้ป่วยใช้ยาวาร์ฟาริน” เป็นการสื่อสารให้สหวิชาชีพทราบเพื่อให้การรักษาแนวทางในแต่ละวิชาชีพ

(3) การจัดทำฉลากยาให้ชัดเจนเข้าใจง่ายและมีรายละเอียดที่จำเป็นแนวทางการจัดการ คือตารางการกินยาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างถูกต้องและการทำฉลากยาเพิ่มแนะนำภาวะแทรกซ้อน

(4) ระบบประเมิน และเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยาวาร์ฟารินในกระบวนการให้การพยาบาลผู้ป่วยในแนวทางการจัดการ คือกำหนดให้เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากยาวาร์ฟาริน พร้อมกับในกิจกรรมวัดไข้ผู้ป่วย

(5) การจัดทำหรือจัดให้มีเอกสารความรู้การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และข้อควรปฏิบัติหากพบอาการข้างเคียงดังกล่าวแนวทางการจัดการ คือทำคู่มือผู้ป่วยที่ใช้ยา วาร์ฟารินโดยติดไว้สมุดประจำตัวกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังแจ้งช่องทางการสื่อสารทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถขอคำปรึกษาได้

(6) กระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟารินแก่บุคลากรทางการแพทย์แนวทางการจัดการ คือ คู่มือในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยา วาร์ฟาริน และให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

5.1.3.3 สรุปผลของการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิก วาร์ฟารินตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ผลการประเมินหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิก วาร์ฟาริน มีดังนี้

1) กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(1) ด้านความรู้เรื่องยา วาร์ฟาริน และด้านแนวทางในการจัดการ ยา วาร์ฟาริน พบว่า ก่อนการพัฒนาคุณภาพบริการผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความรู้เรื่องยา วาร์ฟาริน และแนวทางในการจัดการยา วาร์ฟารินโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} 11.43, SD = 2.85, ร้อยละ 57.15) แต่หลังการพัฒนามีความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (\bar{X} 16.93, SD = 1.33, ร้อยละ 84.65) โดยสรุปหลังการพัฒนาคุณภาพบริการผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 3.30, p=0.00$)

(2) ด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิก วาร์ฟาริน พบว่า ก่อนการพัฒนาคุณภาพบริการผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.71, $S.D.$ = 0.77) แต่หลังการพัฒนาคุณภาพบริการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 3.76, SD = 0.45) โดยสรุป หลังการพัฒนาคุณภาพบริการ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 3.30, p=0.00$)

(3) ด้านความพึงพอใจ พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิก วาร์ฟาริน ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความพึงพอใจต่อพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิก วาร์ฟาริน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =3.23, SD = 0.43) หลังการพัฒนา มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} =3.76, SD = 0.43) โดยสรุปหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิก วาร์ฟาริน ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 2.80, p=0.01$)

2) กลุ่มผู้ประเมินผลการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินจากการดำเนินงาน พบว่า

กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน

(1) ด้านความรู้เรื่องยาวาร์ฟารินและการปฏิบัติตัว พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินมีความรู้ด้านยาวาร์ฟาริน และความรู้ด้านการปฏิบัติตัว โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} = 11.63, SD = 3.51, ร้อยละ 58.20) หลังการพัฒนามีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 16.47, SD = 2.36, ร้อยละ 82.3.6) โดยสรุปภายหลังการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน มีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 4.42, p = 0.00)

(2) ด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินมีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 2.49, SD = 0.20) หลังการพัฒนายู่ในระดับสูง (\bar{X} = 2.78, SD = 0.14) โดยสรุปภายหลังการพัฒนาผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน มีพฤติกรรมดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 4.94, p =0.00) โดยมีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100

(3) ด้านความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินมีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =3.03, SD = 0.34) หลังการพัฒนามีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} =3.71, $S.D.$ = 0.42) โดยสรุปภายหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน มีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 5.23, p =0.00)

กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน

(1) ด้านความรู้เรื่องยาวาร์ฟารินและและการปฏิบัติตัวพบก่อนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน มีความรู้เรื่องยาวาร์ฟาริน และการปฏิบัติตัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} 12.89, SD = 3.12, ร้อยละ 64.45) หลังการพัฒนามีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} 18.19, SD = 3.36, ร้อยละ 90.95) โดยสรุปภายหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน มีความรู้เรื่องยาวาร์ฟาริน และการปฏิบัติตัว เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 4.85, p =0.00)

(2) ด้านความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช่วาร์ฟาริน พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช่วาร์ฟารินมีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.24$, $SD= 0.39$) หลังการพัฒนามีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.71$, $SD= 42$) โดยสรุปภายหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช่วาร์ฟาริน มีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 4.47$, $p=0.00$)

การวัดผลการรักษาโดยการตรวจค่า INR ในผู้ป่วยที่มาตามนัดในครั้ง หลังจากการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน พบว่าแนวโน้มค่า INR อยู่ในช่วงการรักษาเพิ่มมากขึ้น จากเดือนเมษายน ร้อยละ 41.67 เดือนพฤษภาคม ร้อยละ 47.22 และเดือนมิถุนายน ร้อยละ 51.28 ตามลำดับ และผลการยอมรับของแพทย์ต่อการนำเสนอการปรับขนาดยาของผู้ป่วยแต่ละรายโดยเภสัชกร พบว่าแพทย์ยอมรับและปฏิบัติตามการนำเสนอ ร้อยละ 100

5.1.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และอุปสรรคในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลบุณชกร จังหวัดอุบลราชธานี มีดังนี้

5.1.4.1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1) การมีนโยบายที่ชัดเจนมีการกำหนดแผนงานและมีเป้าหมายในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาหัวใจ ทำให้ต้องมีพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน (รพ.ช) ระดับ F2 - M1 สามารถให้การรักษาด้วยยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด ทั้งการให้ยา การตรวจวัดค่าการแข็งตัวของเลือด

2) การมีส่วนร่วมในการบูรณาการร่วมระหว่างทีมสหวิชาชีพตามมาตรฐานการรักษารวมถึงการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ

3) การเสริมสร้างทักษะและเทคนิคเฉพาะทางของบุคลากรทางการแพทย์มีกระบวนการทำงานควรเน้นการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ และควรมีคณะกรรมการที่รับผิดชอบคลินิกที่ชัดเจน

4) การให้ความรู้ผู้ป่วยที่ใช่วาร์ฟาริน ญาติและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นกิจกรรมสร้างความรู้ที่ผู้ป่วยที่ใช่วาร์ฟาริน สามารถดูแลตนเอง และญาติ ผู้ดูแลมีความรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

5.1.4.2 อุปสรรคในการพัฒนา

1) ผู้ป่วยที่ใช่วาร์ฟาริน และญาติผู้ดูแลไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในคลินิกในช่วงเช้าสาเหตุจากการที่บ้านอยู่ไกล และมีความลำบากในการเดินทางมาโรงพยาบาล

- 2) เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องของสถานที่ในการทำกิจกรรมกลุ่ม เกิดความอัดไม่สะดวกในการทำกิจกรรม
- 3) นัยาที่ใช้ตรวจค่า INR ขาดคลัง ทำให้ผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟารินไม่ได้รับการตรวจเลือดนัดนั้น และต้องนัดผู้ป่วยเข้ามารับบริการอีกครั้งในสัปดาห์ต่อไป
- 4) กรณีที่เภสัชกรผู้รับผิดชอบคลินิก หรือพยาบาลไม่อยู่ทำให้ไม่มีกิจกรรมในคลินิกวาร์ฟาริน
- 5) การใช้เครื่องมือในการวิจัยในผู้ป่วย ที่เป็นผู้สูงอายุจะดำเนินไปด้วยความล่าช้า เนื่องจากบางคนมีปัญหาเรื่องสายตาและการได้ยิน

5.2 อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการ โรงพยาบาลบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี มีประเด็นสำคัญที่ควรนำมาอภิปราย ดังต่อไปนี้

5.2.1 การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุณทริก มีขั้นตอนและกระบวนการพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย 1) การศึกษารวบรวมข้อมูล 2) การแต่งตั้งคณะทำงาน 3) การวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน 4) การวางแผนดำเนินงาน 5) ดำเนินการตามแผน 6) การสังเกตติดตาม และ 7) ประเมินผล และถอดบทเรียน เป็นการปรับปรุงงานโดยมุ่งเน้นที่จะลดขั้นตอนในการทำงานลง เพื่อให้ได้ทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่สูงขึ้น สอดคล้องกับศึกษาของเกสรสังข์กฤต (2555) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟารินในโรงพยาบาลสกลนคร ผลการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผลลัพธ์ในการดูแลระดับค่า INR อยู่ในช่วงที่มีผลดีต่อการรักษาเพิ่มมากขึ้น อัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดลง อัตราการเกิดปัญหาด้านการใช้ยาลดลง และความพึงพอใจต่อการบริการและการดำเนินการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องผสมผสาน สอดคล้องกับแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) ที่ว่าการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิธีการคิด วิธีการทำงาน แบบที่ทำต่อเนื่องโดยไม่มีวันสิ้นสุด เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ต้องใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยี และไม่ใช้การเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดด หรือปรับโครงสร้าง แต่เป็นการให้พนักงานคิดหาวิธีปรับปรุงงานของตนเอง โดยไม่ใช้การเสนอแนะ (Suggestion) ให้บุคคลหรือหน่วยงานอื่นทำ ไม่ใช้การเปลี่ยนใหม่ทั้งหมด แต่เป็นการปรับปรุงเฉพาะบางจุดเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทำงานง่ายขึ้น ผู้รับบริการสะดวกขึ้น โดยมุ่งเน้นให้ทุกคน มีส่วนร่วมในการแสวงหาแนวทางใหม่ ๆ เพื่อปรับปรุงวิธีการทำงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงานให้ดีขึ้นอยู่เสมอ สอดคล้องกับผลการวิจัยของพุทธิดา จันตอนแดง (2556) ที่ศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอนวม จังหวัด

อุบลราชธานี โดยการประยุกต์แนวคิดของไคเซ็น (Kaizen, 1986) ใช้กระบวนการปรับปรุงระบบงาน (ECRS) ในการจัดการเปลี่ยนแปลงระบบบริการในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า สามารถลดระยะเวลาในการให้บริการได้ และผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมในทุก ๆ ด้าน อยู่ระดับมาก

5.2.2 ผลการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารสาร ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลบุนนาค จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวารสาร ที่มีผู้มีส่วนร่วมในวิจัยได้นำแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) ร่วมกับแนวคิดหลักการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยที่ใชยวารสารมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการเกิดระบบบริการใหม่โดยการเลิกโดยการตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น (Elimination) การลดโดยการรวมขั้นตอนเพื่อประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย (Combine) การปรับเปลี่ยนโดยการจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม (Rearrange) และการปรับปรุงวิธีการทำงานเพื่อช่วยให้ทำงานง่ายขึ้น (Simplify, S) ร่วมกับการใช้แนวคิดการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ใชยวารสารได้แก่ การบริหารทางเภสัชกรรมโดยให้ความรู้ ทบทวนประเมินผู้ป่วย การเฝ้าระวังการติดตามค่า INR และแนวทางจัดการยวารสาร ได้แก่ ระบบบ่งชี้ตัวผู้ป่วย การจัดทำแฟ้มประวัติผู้ป่วย การจัดทำฉลากยาให้ชัดเจนระบบประเมินและเฝ้าระวังปัญหาจากการใชยวารสารสำหรับผู้ป่วยในการจัดทำเอกสารความรู้การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใชยา และการให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวารสาร สอดคล้องกับศึกษาของ สรัญญา ตาธวัน (2556) ได้นำแนวคิดด้านคุณภาพ (Quality) มาใช้โดยนำแนวคิดแบบลีนมาใช้ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพปรับปรุงระบบการให้บริการการรอคอย (Waiting)

5.2.3 ผลของการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารสาร ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพพบว่า กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความรู้เรื่องยวารสารเพิ่มขึ้น ($Z = 3.30, p=0.00$) มีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 3.30, p=0.00$) และมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวารสารเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาคุณภาพบริการ ($Z = 2.80, p=0.01$) ผู้ป่วยที่ใชยวารสารมีความรู้เรื่องยวารสารเพิ่มขึ้น ($Z = 4.42, p=0.00$) พฤติกรรมดีขึ้น ($Z = 4.94, p=0.00$) และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวารสาร เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา ($Z = 5.23, p=0.00$) และญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใชยวารสารมีความรู้เรื่องยวารสาร และการปฏิบัติตัว เพิ่มขึ้น ($Z = 4.85, p=0.00$) ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวารสาร เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 4.47, p=0.00$) นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มค่า INR อยู่ในช่วงการรักษาเพิ่มมากขึ้น แพทย์ยอมรับและปฏิบัติตามการนำเสนอ ร้อยละ 100 อธิบายได้ว่า การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารสารในรูปแบบใหม่ โรงพยาบาลบุนนาค ที่เกิดจากการประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) ร่วมกับการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยใชยวารสารเกิดการเปลี่ยนแปลงการให้บริการในคลินิก

วาร์ฟารินคือระยะเวลารอคอยเฉลี่ยลดลงจาก 3 ชั่วโมง 18 นาที เหลือเวลา 1 ชั่วโมง 55 นาที ในผู้ป่วยผลเลือดค่า INR ปกติ และ 2 ชั่วโมง 49 นาที ในผู้ป่วยผลเลือดค่า INR นอกช่วงการรักษาที่ต้องพบแพทย์ ซึ่งมีผลทำให้การให้บริการในคลินิกวาร์ฟารินเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้อย่างชัดเจน คือใน 4 จุดบริการ ได้แก่ 1) จุดบริการคลินิกวาร์ฟาริน ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยที่คลินิก (เวลาที่ผู้ป่วยมาที่คลินิกจนถึงเวลาที่ได้พบแพทย์) จาก 133 นาที เหลือเวลา 48 นาที ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงการรักษา และระยะเวลารอคอยเฉลี่ยในการพบแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า INR นอกช่วงการรักษาเหลือเวลา 45 นาที 2) จุดบริการห้องยาลดระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ยลงจาก 35 นาที เหลือเวลา 7 นาที ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงการรักษา และเหลือเวลา 15 นาทีในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่นอกช่วงการรักษา มีผลจากการแยกการให้บริการห้องยาเป็นห้องยาบริการผู้ป่วยโรคทั่วไป และห้องยาบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำให้มีเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมารับบริการ และห้องยาได้จัดบริการจัดยาในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินก่อน 3) การตัดจุดวัด Vital Signs ซึ่งนำหนัก หลังการคัดกรองโดยพยาบาลออกจนถึงทำให้ระยะเวลารอคอยลดลง 15 นาที และ 4) จุดบริการห้องชั้นสูตรได้จัดระบบบริการเจาะเลือดคลินิกวาร์ฟารินโดยกำหนดเวลาผู้ป่วยให้มาเจาะเลือดพร้อมกัน กำหนดช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องมารับบริการเจาะเลือดไม่เกิน 08.00 น.เจ้าหน้าที่จะนำเลือดเข้าเครื่องตรวจ PT/INR ได้ครั้งละ 10 คน และผลเลือดออกใน 30 นาทีลดระยะเวลาผลเลือด และลดการทำงานที่ซ้ำซ้อนไม่ต้องตรวจเลือดหลายรอบทำให้ความพึงพอใจในการบริการหลังการพัฒนายู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สรัญญา ตาธูวัน (2556) ได้นำแนวคิดด้านคุณภาพ (Quality) โดยการนำแนวคิดคุณภาพแบบสลินในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพปรับปรุงระบบการให้บริการการรอคอย (Waiting) พบว่าหลังการดำเนินงานระยะเวลารอคอยเฉลี่ย 3 ชั่วโมง 29 นาทีเหลือ 2 ชั่วโมง 38 นาทีและความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ โดยรวมอยู่ในระดับมาก มาก (\bar{X} =2.34, SD =0.19) และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ พุทธิดา จันดอนแดง (2556) ได้ประยุกต์แนวคิดของไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยใช้กระบวนการปรับปรุงระบบงาน (ECRS) ในการจัดการเปลี่ยนแปลงระบบบริการในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า สามารถลดระยะเวลาในการให้บริการได้ถึง 50 นาที ซึ่งผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมในทุก ๆ ด้านอยู่ระดับมาก (\bar{X} =2.96, SD =0.10) เนื่องจากการ เลิก ลด และปรับเปลี่ยนขั้นตอนการบริการมีผลให้ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยลดลงเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการจึงทำให้ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากหลังการพัฒนาคุณภาพบริการในคลินิกวาร์ฟาริน

5.2.4 การจัดกิจกรรมในคลินิกวาร์ฟารินโดยให้เภสัชกรประจำคลินิกนำการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินพบว่า

5.2.4.1 กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ จากการประเมินผู้ป่วยหลังการรับบริการคลินิกเป็นครั้งที่ 2 พบว่าก่อนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน มีความรู้เรื่องยาวาร์ฟารินและแนวทางในการจัดการยาวาร์ฟารินในระดับต่ำ (\bar{X} =11.63, SD= 3.51, ร้อยละ 58.20) หลังการพัฒนา มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} =16.47, SD= 2.36, ร้อยละ 82.3.6) มีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 4.42, P=0.00$) โดยข้อคำถามที่ผู้ป่วยตอบได้น้อยที่สุดคือ ค่า INR (ค่าไอเอ็นอาร์) เป็นค่าที่บอกผลการรักษาด้วยยาวาร์ฟารินว่าเลือดหนืดหรือเลือดเหลว (ร้อยละ 63.69) และผู้ป่วยรู้ช่วงค่าปกติของผลเลือดตนเอง INR (ค่าไอเอ็นอาร์) (ร้อยละ 66.67) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ปฐวิ โลหะรัตนกร, พลอยไพลิน ฤทธิบุญ, ยุวธิดา หงส์ศรีธัญญา และมณีนีพิมาย ไชยชุน (2559) ที่ศึกษาความรู้ในการใช้ยาวาร์ฟาริน และการควบคุมค่า INR เป้าหมายของผู้ป่วยนอกศูนย์หัวใจสิริกิติ์ พบว่าข้อคำถามที่ผู้ป่วยตอบได้น้อยที่สุดคือ ข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและมิติความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของเป้าหมายค่า INR เนื่องจากปัจจัยของผู้ป่วยทั้งทางด้านอายุ ระดับการศึกษาส่งผลให้ความเข้าใจเรื่องผลเลือดค่า INR เพิ่มสร้างความเข้าใจ ง่ายต่อการสื่อสารกับผู้ป่วยจึงได้แจ้งผลเลือดตามสัญญาณไฟจราจร คือ สัญญาณไฟสีเขียว หมายถึง ผลเลือด ค่า INR อยู่ในช่วงการรักษา เป็นผลเลือดดีและปกติสัญญาณไฟสีเหลืองหมายถึง ผลเลือด ค่า INR อยู่นอกช่วงการรักษา เป็นผลเลือดที่มีค่า INR ต่ำกว่า 2.00 เลือดหนืดมีแนวโน้มจับตัวเป็นก้อนอุดตัน ให้สังเกตอาการ วิงเวียน ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ปากเปื่อย แขนขาอ่อนแรง และ สัญญาณไฟสีแดง หมายถึง ผลเลือด ค่า INR อยู่นอกช่วงการรักษา เป็นผลเลือดที่มีค่า INR สูงกว่า 3.00 เลือดเหลว แนวโน้มมีเลือดออกให้สังเกต รอยจ้ำเลือดตามร่างกาย อาเจียน ปัสสาวะ อุจจาระมีเลือด และการมีเลือดออกผิดปกติ ทั้งสัญญาณไฟสีเหลือง สัญญาณไฟสีแดง เมื่อมีอาการผิดปกติดังกล่าวให้รีบมาโรงพยาบาล

นอกจากนี้ยังพบว่า หลังจากการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน แนวโน้มค่า INR อยู่ในช่วงการรักษาเพิ่มมากขึ้น จากเดือนเมษายน ร้อยละ 41.67 เดือนพฤษภาคม ร้อยละ 42.86 และเดือนมิถุนายน ร้อยละ 51.28 ตามลำดับ แพทย์ยอมรับและปฏิบัติตามการนำเสนอ ร้อยละ 100 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ และพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น ส่งผลให้ค่า INR ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของ เกษรสังข์กฤต (2555) ที่ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินในโรงพยาบาลสกลนคร พบว่า ผลลัพธ์ในการดูแลระดับค่า INR อยู่ในช่วงที่มีผลดีต่อการรักษาเพิ่มมากขึ้นอัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดลง อัตราการเกิดปัญหาด้านการใช้ยาลดลง

เกิดความพึงพอใจต่อการบริการและสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Witt et al (2005) ทำการศึกษาผลทางคลินิกจากการให้บริการของคลินิกวาร์ฟารินที่ให้บริการโดยเภสัชกร (Clinical Pharmacy Anticoagulant Service ; CPAS) เปรียบเทียบผลของการให้บริการไม่ใช่ CPAS พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 39 (Hazard Ratio 0.61; 95%CI, 0.42-0.88) และค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 63.5 ($p < 0.001$)

5.2.4.2 กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการโดยประเมินผู้ป่วยหลังการรับบริการคลินิกเป็นครั้งที่ 2 พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน มีความรู้เรื่องยาวาร์ฟาริน และการปฏิบัติตัว เพิ่มขึ้น ($Z = 4.85, p = 0.00$) ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 4.47, p = 0.00$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า การพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ที่ประยุกต์แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) ร่วมกับหลักการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยใช้ยาวาร์ฟาริน ทำให้เกิดระบบบริการใหม่ที่มีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลบุนนาค สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และญาติ มีการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ความรู้และการมีส่วนร่วมในการดูแลของญาติผู้ดูแลส่งผลต่อการรักษาที่ดี ส่งผลให้มีความรู้มากขึ้น เกิดความพึงพอใจต่อคลินิกบริการ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ วิเศษศิลป์ ปันธน์นาคำ (2552) การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการใช้ยาวาร์ฟารินรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินก่อน และหลังการพัฒนาปรับปรุงงานคลินิกวาร์ฟาริน พบว่า หลังมีการปรับปรุงพัฒนางานในวาร์ฟารินคลินิก พบว่า ร้อยละจำนวนครั้งของค่า INR ที่เข้าเป้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.3 เป็น 48.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการปรับปรุงพัฒนางานในวาร์ฟารินคลินิกซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา และสามารถเข้าถึง INR เป็นเป้าหมายต่อเนื่องเพิ่มขึ้น

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

5.4.2.1 ผู้ให้บริการ

1) เนื่องจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานไม่เพียงพอในการให้บริการ ดังนั้นควรเพิ่มศักยภาพโดยการฝึกอบรมบุคลากร อย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มพูนทักษะ ให้การบริการมีคุณภาพดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2) การทบทวนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินอย่างสม่ำเสมอเน้นการติดตามประเมินผลและสะท้อนข้อมูลในบุคลากรสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

3) กระบวนการทำงานควรเน้นการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ควรดำเนินงานคลินิก วาร์ฟารินตามกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง และมีการประเมินผลการดำเนินงาน เป็นระยะเปรียบเทียบกับผลการดำเนินงานทุกปี เพื่อพัฒนา ปรับปรุงแก้ไขอย่าง เพื่อให้การพัฒนา คุณภาพบริการให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

4) ควรสำรวจความพึงพอใจของผู้ให้บริการเป็นระยะๆ เพื่อทราบถึงความต้องการของ ผู้ให้บริการ โดยนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาหรือปรับปรุงการให้บริการให้สอดคล้องกับ ความจำเป็นและความต้องการของผู้ให้บริการ

5) เชื่อมโยงความปลอดภัยในรูปแบบเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินแก่ บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว

6) ควรปรับปรุงสถานที่ในการจัดกิจกรรมกลุ่ม ให้เหมาะสมตามกิจกรรมเพื่อ เสริมสร้างความรู้ การมีส่วนร่วมจากผู้รับบริการ และญาติ

7) การประเมินผล ควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานได้

5.4.2.2 ผู้รับบริการ

1) จัดบริการในแต่ละจุดบริการให้มีคุณภาพ เหมาะสม สะดวกในการเข้ารับบริการ รวดเร็ว ตอบสนองความต้องการและสร้างความพึงพอใจต่อผู้รับบริการ

2) การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย และครอบครัว ให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินให้ครบ 100% โดยเน้นประเด็นที่ยังมีความเข้าใจไม่ ถูกต้อง เช่น ความรู้เกี่ยวกับค่า INR การเลือกรับประทานอาหารและผลไม้ที่เหมาะสมกับภาวะโรค ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3) การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นระยะๆ เพื่อทราบถึงความต้องการ ของผู้รับบริการโดยนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาหรือปรับปรุงการให้บริการให้ สอดคล้องกับความจำเป็น และความต้องการของผู้รับบริการ

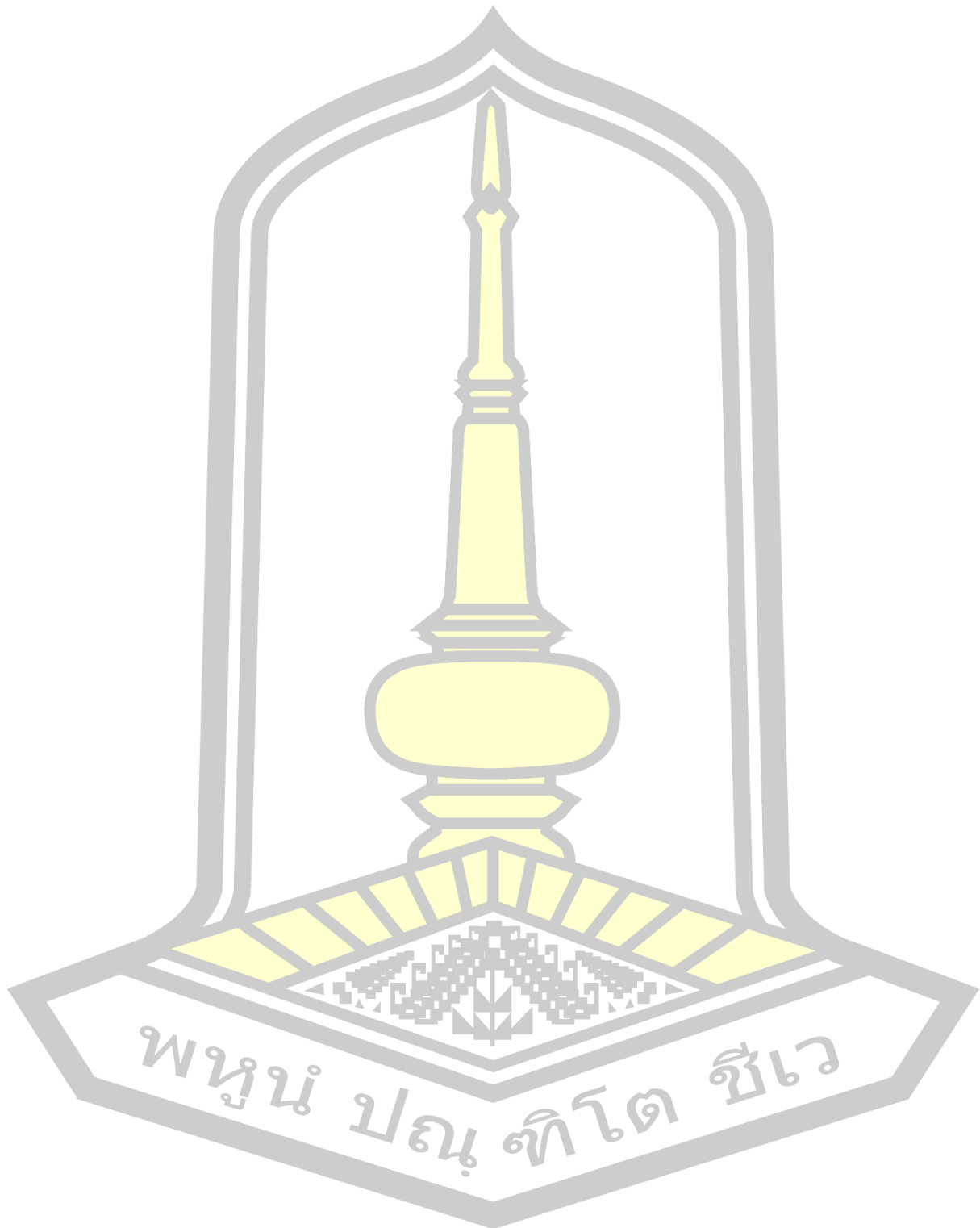
5.4.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรวิจัยและประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน อย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นแนวทางในการที่จะใช้ในรูปแบบของการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกอื่น ๆ ต่อไป

2) ควรศึกษาเปรียบเทียบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน ที่รับยาที่โรงพยาบาล ชุมชนที่ใกล้เคียง หรือสถานบริการอื่น ๆ

3) ควรพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินในรูปแบบเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่เข้าใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล และสัญญาชัย ชาสมบัติ. (2560). การศึกษาสถานการณ์การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประเทศไทย (Situation report of premature death in Thailand). Retrieved June 21, 2018, from <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/รายงานการศึกษาภาวะการณตายนก่อนวัยอันควร.pdf>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. Retrieved June 29, 2017, from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- กิตติวรรณ จรรยาสุทธิวงศ์. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอในศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเทศบาลเมืองศรีสะเกษจังหวัดศรีสะเกษ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอในศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเทศบาลเมืองศรีสะเกษจังหวัดศ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 34(6), 551–559. <https://doi.org/10.14456/jscitech.2015.65>
- เกษร สังข์กฤตทัศนีย์ แดงขุนทด และอุไรวรรณ ศรีตามา. (2555). การพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาฟาริน โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 30(4), 96–108.
- คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาหัวใจ, สำนักงานบริหารการสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข. (2559). คู่มือการดำเนินการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ เรื่อง การบริหารจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Warfarin Clinic Management). กรุงเทพมหานคร: บริษัท โอ-วิทย์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- จินตนา บุญบงการ. (2539). การสร้างจิตสำนึก การให้บริการกับการรับบริการภาครัฐ. กรุงเทพฯ: บริษัท กราฟิค ฟอรัมแมท (ไทยแลนด์) จำกัด.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2543). เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล. นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. Retrieved from <http://clm.up.ac.th/BibDetail.aspx?bibno=253513>
- จีระศักดิ์ เจริญพันธ์. (2551). การจัดการสาธารณสุขในชุมชน. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- จूरืพร ศรีเมือง. (2556). การพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานโดยเครือข่ายสุขภาพในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระเทียม อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขานนุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เจนจิรา ต้นตวิชญาวิช และรังสิม ไชยาสุ. (2556). ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่เข้าวารสารฟารินของโรงพยาบาลปัตตานี. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 2(5), 108–119. Retrieved from <http://tjpp.pharmacy.psu.ac.th/>
- ชนิชา ชันชัยภูมิ และอัญชลี มนูญเลิศกิจ. (ม.ป.ป.). *TQM*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- ชยุต ชำนาญเนาว์. (2558). รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหัวถนน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิทยาลัยทักษิณ*, 18(2), 5–18. Retrieved from www.rbl.rbru.ac.th:8000/multim/journal/02457.pdf%0A
- ชาญชัย ชัยสว่าง. (2552). การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขานนุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. Retrieved from <http://khoon.msu.ac.th/full163/chanchai134517/titlepage.pdf>
- ทัศนีย์ ยานัน และมณีนมธ โคเบนทร์. (2555). การเปรียบเทียบผลการตรวจวัด INR ระหว่างเครื่อง POCT กับเครื่องตรวจวัดการแข็งตัวของเลือดแบบอัตโนมัติ. ภาคนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทิพารัตน์ คงนางัว และจุฬารณณ์ โสตะ. (2556). ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขานนุศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น. <https://doi.org/10.15713/ins.mmj.3>
- ธีทัต ตรีศิริโชติ. (ม.ป.ป.). *ไคเซ็น*. Retrieved August 24, 2018, from <https://www.jobpub.com/articles/showarticle.asp?id=2309>
- นันทนา สุจินพรม. (2558). การพัฒนาระบบการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในโรงเรียนบ้านแกใหญ่ ตำบลแกใหญ่ อำเภอมือง จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขานนุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- บัณฑิตา สุขญาโณ. (2552). การศึกษาปัจจัยด้านกิจกรรมด้านการจัดการความรู้ที่มีผลต่อการเรียนรู้เทคโนโลยี กรณีศึกษา เฟิร์สลोजิก จำกัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารเทคโนโลยี วิทยาลัยนวัตกรรม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- บัวแก้ว โมฆรัตน์. (2557). *การพัฒนาคุณภาพการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจนถึงโรงพยาบาล ของ หน่วยงานซึ่งกองการบริหารสวนตำบลเจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ปฐวี โลหะรัตนกร, พลอยไพลิน ฤทธิบุญ, ยุวธิดา หงส์ศรีบุญญา, มณีพิมาย ไชยขุนสุเทพ พักขิณาเจนนิจ และวีรวรรณ อุซายภิชาติ. (2559). ความรู้ในการใช้วารสารแฟรลินแลการควบคุมค่าInternationalnormalizedratio เป้าหมายของผู้ป่วยนอกศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 31(3), 257–265. Retrieved from www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_preview=T&art_id=2034
- ประวีต เอรารธรรม์. (2545). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ*. กรุงเทพฯ: บริษัท สำนักพิมพ์ดอกหญ้าวิชาการ จำกัด.
- ฝ่ายเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลบุญชริก. (2559). *วิธีปฏิบัติงานเรื่องการตรวจวิเคราะห์กลไกการแข็งตัวของเลือด โดยใช้เครื่องตรวจอัตโนมัติ Automated Coagulation Analyzer (RAC-050) โรงพยาบาลบุญชริก จังหวัดอุบลราชธานี*. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลบุญชริก.
- พทยา หวังสุข. (2557). *การประเมินโครงการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยใช้วารสารแฟรลิน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญโดย CIPP Model*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พทยา หวังสุข และสุนิดา แสงน้อย. (2557). *การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยที่ใช้วารสารแฟรลินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(1), 45–51.
- พุทธิดา จันดอนแดง. (2556). *การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐจังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- มนชยา ศิริอังกาฐ. (2559). *หลักการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาต้านการแข็งตัวของเลือด*. In ภูษวิญ อรุณมานะกุลสุรกิจ นาทีสุวรรณ (Ed.), *แนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด*. (1st ed., pp. 25–35). กรุงเทพฯ: บริษัทประชาชน.

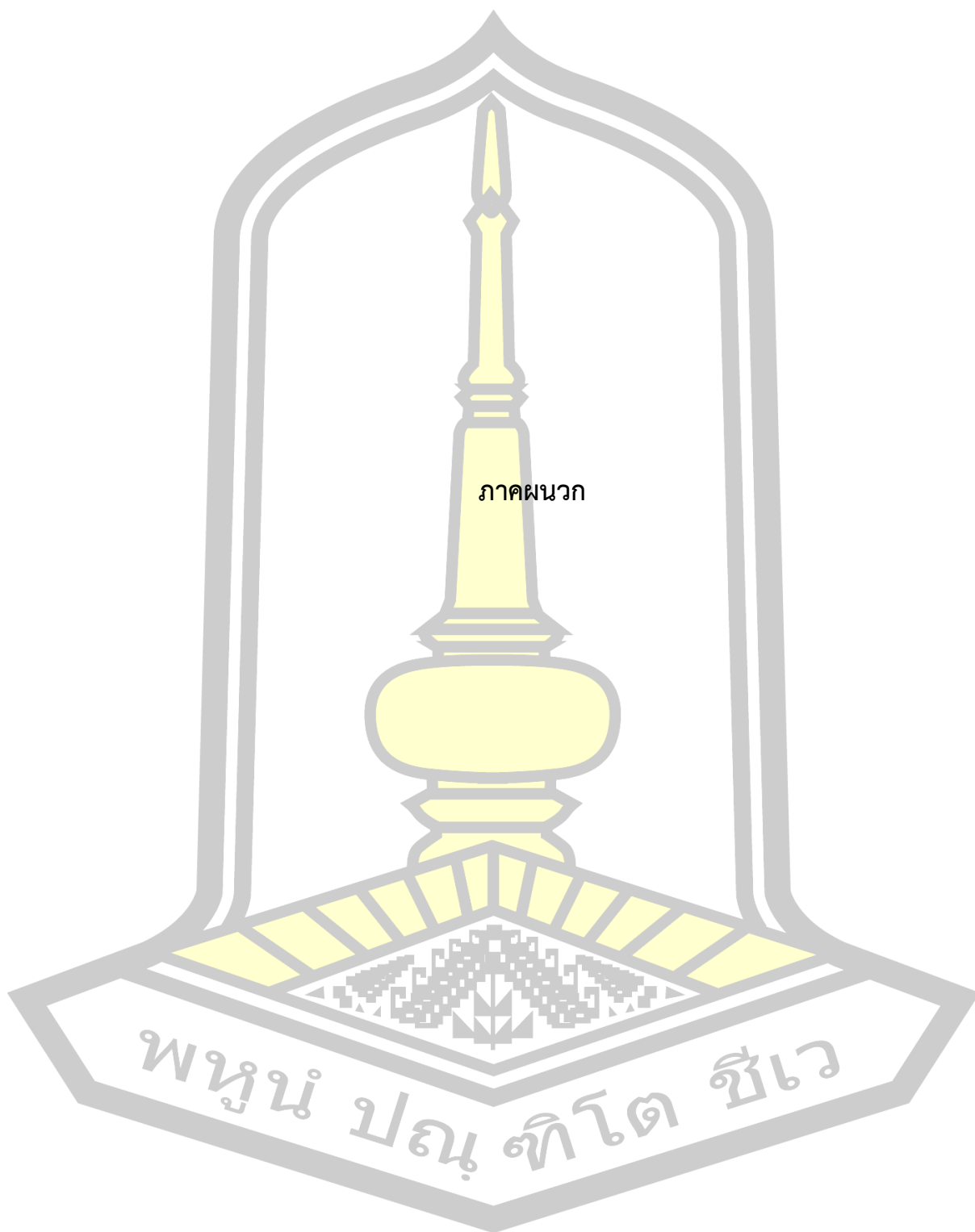
- มรกต ภัทรพงศ์สินธุ์. (2558). การเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยที่รับประทานยาอาร์ฟารินใน
โรงพยาบาลชัยภูมิ และโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกัน
แห่งประเทศไทย*, 5(2), 112–119. Retrieved from
[http://www.ayhosp.go.th/ayh/images/Knowledge/JOMAT/jomat-
y05v02s02.pdf](http://www.ayhosp.go.th/ayh/images/Knowledge/JOMAT/jomat-y05v02s02.pdf)
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2535). *เอกสารการสอนชุดวิชาของคณาจารย์และการจัดการ งานบุคคล*.
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ยุพาพร รุ่งงาม. (2545). *การมีส่วนร่วมของข้าราชการสำนักงานงบประมาณในการปฏิรูประบบราชการ*.
Retrieved August 25, 2018, from <https://doi.org/10.14457/NIDA.the.2002.168>
- รังสรรค์ ฤทธิ์ผาด. (2550). *ความพึงพอใจของประชาชนต่อการจัดการมูลฝอยของเทศบาล ตำบลแสง
สว่าง อําเภอนองแสง จังหวัดอุดรธานี*. การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2554). *ความรู้ - วิกีพีเดีย*. Retrieved August 25, 2018, from
<https://th.wikipedia.org/wiki/ความรู้>.
- เรวัตร์ ชาตรีวิชัญญ์. (n.d.). TOTAL QUALITY MANAGEMENT. Retrieved December 27, 2018,
from <https://www.rmuti.ac.th/faculty/production/ie/html/TQM.htm>
- โรงพยาบาลบุญทริก. (2560). *สรุปผลงานโรงพยาบาลบุญทริก*. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลบุญทริก.
- วชิรวิทย์ หอมบุญยงค์. (2560). *การศึกษาคความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ Coffee Shop ต่อ การฝึก
ทักษะของนักศึกษาสาขาวิชาการจัดการครัวและ ศิลปะการประกอบอาหาร วิทยาลัยดุสิต
ธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการโรงแรมและ
ภัตตาคาร วิทยาลัยดุสิตธานี.
- วรรณะ ชูศรีขาว. (2553). *การประยุกต์ใช้โปรแกรมแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการสร้าง
พลังของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก
ตำบลเพี้ยราม อําเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. Retrieved from
[http://202.28.199.103/tdc/browse.php?option=show&browse_type=title&title
id=300499&query=Array&s_mode=Array&date_field=date_create&date_start=
2560&date_end=2561&limit_lang=&limited_lang_code=tha&order=&order_by
=title&order_type=ASC&result_id=1&maxid=1](http://202.28.199.103/tdc/browse.php?option=show&browse_type=title&title
id=300499&query=Array&s_mode=Array&date_field=date_create&date_start=
2560&date_end=2561&limit_lang=&limited_lang_code=tha&order=&order_by
=title&order_type=ASC&result_id=1&maxid=1).

- วันเพ็ญ นิคมรักษ์. (2556). *การพัฒนาระบบบริการ การดูแลต่อเนื่องในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
<https://doi.org/10.15713/ins.mmj.3>
- วิระพล ภิมาลย์. (2555). *เภสัชกรรมบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. Retrieved from [http://kpi.msu.ac.th/upload/ag_tor_ref_byval/ag_16_in_1.2.4_606\(2555\).pdf](http://kpi.msu.ac.th/upload/ag_tor_ref_byval/ag_16_in_1.2.4_606(2555).pdf)
- วิเศษศิลป์ ปันธน์คำ. (2552). ผลลัพธ์ทางคลินิกของการพัฒนาปรับปรุงงานในคลินิกการฟารินโรงพยาบาลพยุพราชมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์. *วารสารอายุรศาสตร์อีสาน*, 8(2), 42-50. Retrieved from http://dcms.thailis.or.th/dcms/dccheck.php?Int_code=92&Reclid=38360&obj_id=477173.
- ศุภนิมิต หนองม่วง. (2555). *การพัฒนาระบบบริการเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเลื่องข้าวอำเภอสรีร์ตะนะจังหวัดศรีสะเกษ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *การทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. (คุณิณีเนติมา, Ed.) (1st ed.). นนทบุรี: อาร์ต ควอลิไฟท์. Retrieved from <https://www.slideshare.net/UtaiSukwivatsirikul/2557-56372362>
- สนธยา พลศรี. (2545). *ทฤษฎีและหลักการพัฒนาชุมชน*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- สมรรถเนตร ตะริโย. (2559). *ความรู้ ทักษะ ทักษะ การปฏิบัติในการทำความสะอาดมือของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและภาวะควบคุมการติดเชื้อ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สร้อยญา ตาธวัน. (2556). *การพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อลดความสูญเสียผู้ป่วยในกระบวนการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลนัยน์อำเภอนัยน์จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สันติ ฝากทอง. (2557). *การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมบริหารจัดการในการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอภูพานจังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- สัมพันธ์ กางเพ็ง. (2551). *ปัจจัยทางการบริหารที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของโรงเรียน : การพัฒนาและการตรวจสอบความตรงของตัวแบบ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2559). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559. Retrieved October 19, 2018, from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic2558.pdf
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2561 – 2565*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สุนีย์ ศรีเพชร. (2553). *ผลการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ตำบลแกใหญ่ อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุภัคธารวรรณ สุขโกษา. (2547). *การพัฒนาคุณภาพบริการของอาสาสมัครในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- สุมนา คาวีวงศ์. (2545). *การพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกมลลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุ่มัทนา กลางคาร และวราพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (6th ed.)*. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์สาคามเปเปอร์.
- สุรกิจ นาทีสุวรรณ. (2559). การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน. In นาทีสุวรรณ ภูขวัญ อรุณมานะกุล และ สุรกิจ (Ed.), *แนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด* (1st ed., pp. 2-22). กรุงเทพฯ: บริษัทประชาชน.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2544). *การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน (3rd ed.)*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2555a). *การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2555b). *การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน (6th ed.)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

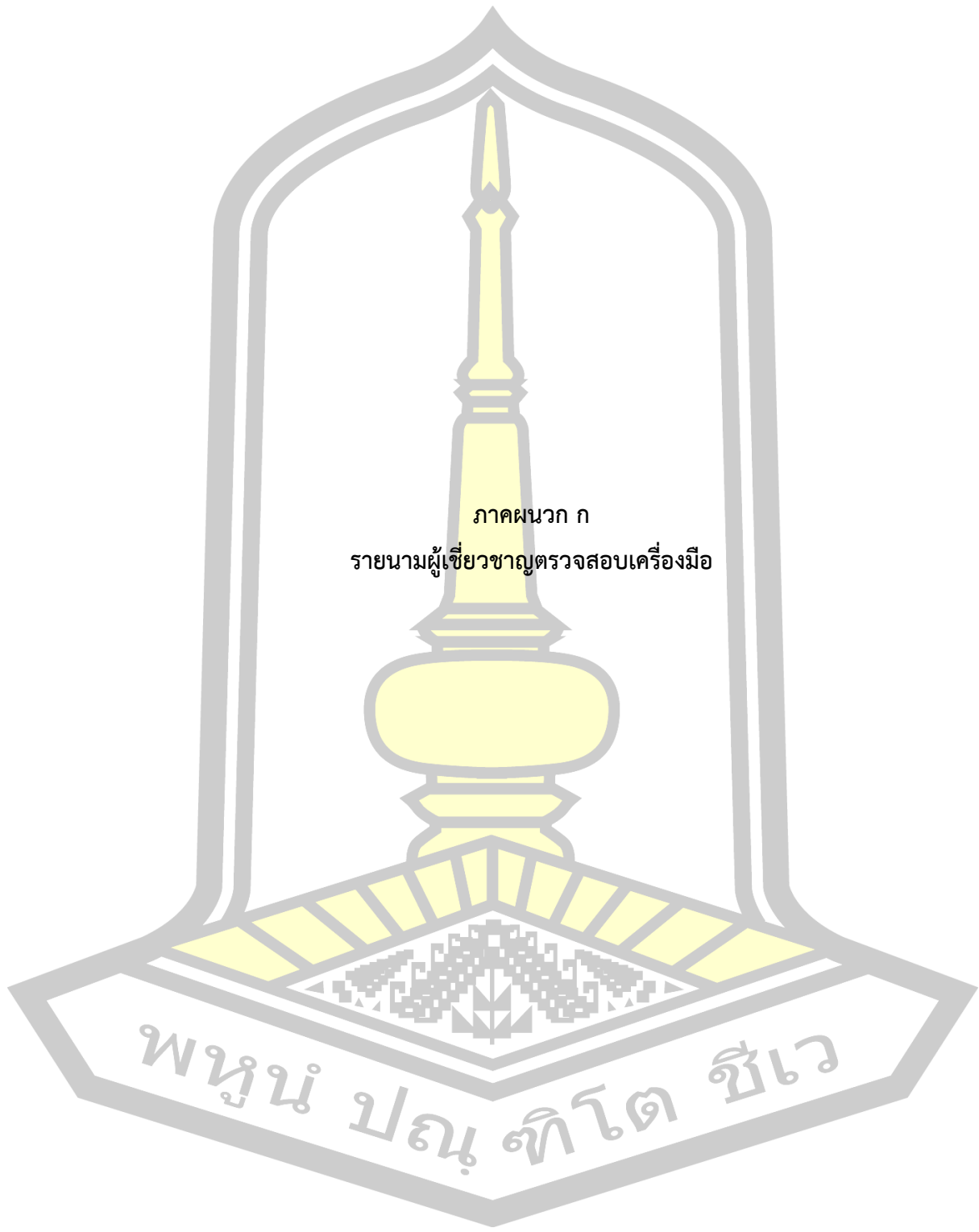
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2543). *เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ*. นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาล. Retrieved from [http://opac.psu.ac.th/BibDetail.aspx?
bibno=340561](http://opac.psu.ac.th/BibDetail.aspx?bibno=340561).
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ. (2540). *ก้าวแรกของTQM CQI ในโรงพยาบาล สถาบันพัฒนาและ
รับรองคุณภาพโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์ จำกัด.
- อนเนก สุวรรณบัณฑิต และภาสกร อุดุลพัฒนกิจ. (2554). *จิตวิทยาบริการ Service Psychology*.
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อดุลพัฒนกิจ.
- อินทิรา เลิศล้ำ. (2557). การพัฒนาคุณภาพระบบบริหารคลังยาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน
งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลเขาวงและโรงพยาบาลเครือข่าย จังหวัดกาฬสินธุ์.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. Retrieved from [http://khoon.msu.ac.th/fulltextman/
full4/intira9207/titlepage.pdf](http://khoon.msu.ac.th/fulltextman/full4/intira9207/titlepage.pdf).
- Adelman, C. (1993). To cite this article: Clem Adelman (1993) Kurt Lewin and the
Origins of Action Research. *Educational Action Research*, 1(1), 7–24.
<https://doi.org/10.1080/0965079930010102org/10.1080/0965079930010102>
- Bloom Benjamin S., Engelhart, M. D., Furst, E. J. & Krathwohl, D. R. (1956).
*TAXONOMY OF EDUCATIONAL OBJECTIVES The Classification of Educational
Goals HANDBOOK1 COGNITIVE DOMAIN LONGMANS*. Retrieved from
[http://www.univpgri-palembang.ac.id/perpus-fkip/Perpustakaan/Pendidikan &
Pengajaran/Taxonomy_of_Educational_Objectives__Handbook_1__Cognitive
_Domain.pdf](http://www.univpgri-palembang.ac.id/perpus-fkip/Perpustakaan/Pendidikan & Pengajaran/Taxonomy_of_Educational_Objectives__Handbook_1__Cognitive__Domain.pdf)
- Cohen, J.M. & Uphoff, N. (1981). Rural Development Participation: Concept and
Measure For Project Design Implementation and Evaluation. In *Rural
Development Committee Center for international Studies*. New York:
Cornell University Press.
- Donabedian, A. (1980). Explorations in Quality Assessment and Monitoring. In
The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor,
MI: Health Administration Press.

- Juran, J. M. (1992). *Juran on quality by design : the new steps for planning quality into goods and services*. Free Press. Retrieved from https://books.google.co.th/books?id=KPUXbZ2Hw1EC&printsec=frontcover&hl=th&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=false
- Kaizen. (1986). *The Key To Japan's Competitive Success*. New York: McGraw-Hill Education. Retrieved from Masaaki Imai] on Amazon.com
- Kemmis, S., McTaggart, R. & Deakin University (Vic.). (1982). *The action research planner*. Deakin Univ. Retrieved from https://books.google.co.th/books/about/The_Action_Research_Planner.html?id=PvXFAAAACAAJ&redir_esc=y
- Manzoor, B. S., Cheng, W.-H., Lee, J. C., Uppuluri, E. M. & Nutescu, E. A. (2017). Quality of Pharmacist-Managed Anticoagulation Therapy in Long-Term Ambulatory Settings: A Systematic Review. *Annals of Pharmacotherapy*, 51(12), 1122–1137. <https://doi.org/10.1177/1060028017721241>
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row.
- Penchansky, R. & Thomas, J. W. (1988). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7206846>
- Rudd, K. M. & Dier, J. G. (2010). Comparison of Two Different Models of Anticoagulation Management Services with Usual Medical Care. *Pharmacotherapy*, 30(4), 330–338. <https://doi.org/10.1592/phco.30.4.330>
- Schulte Johnson, C. & Kromann-Kelly, I. (1995). *Using Action Research To Assess Instruction* (Vol. 35). Retrieved from https://scholarworks.wmich.edu/reading_horizons.
- Witt, D. M., Sadler, M. A., Shanahan, R. L., Mazzoli, G. & Tillman, D. J. (2005). Effect of a Centralized Clinical Pharmacy Anticoagulation Service on the Outcomes of Anticoagulation Therapy. *Chest*, 127(5), 1515–1522. <https://doi.org/10.1378/chest.127.5.1515>.
- World Health Organization. (2017). Cardiovascular diseases. Retrieved June 20, 2018, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>



ภาคผนวก

พหุบัณฑิตยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



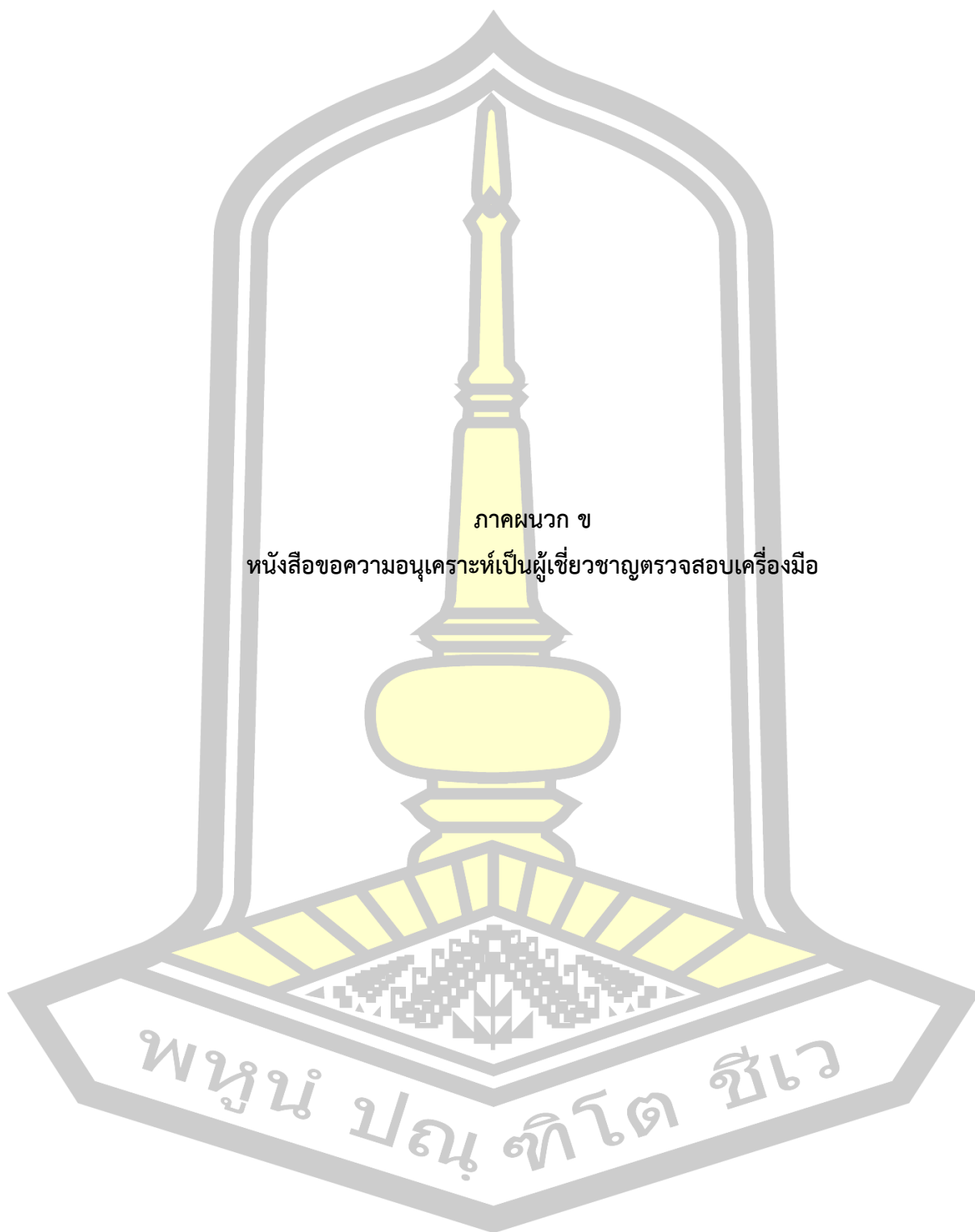
ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

พหุ ประจักษ์ ไชยวงษ์

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. แพทย์หญิงรพีพรรณ รัตนวงศ์นรา มอร์ด
ตำแหน่งนายแพทย์ ระดับเชี่ยวชาญพิเศษ
โรงพยาบาลมหาชัย จังหวัดสมุทรสาคร
2. แพทย์หญิงอริษฐาน ถึงแสง
ตำแหน่งนายแพทย์ ระดับปฏิบัติการ
โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี
3. เกสัชกรหญิงทิพย์กานัน ศรีโพนทอง
ตำแหน่งนายแพทย์ ระดับชำนาญการ
โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา





ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

พหุบัน ปณ ทิโต ชีเว



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘๘(๑.๕๓)/๗๔๕๐๐

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน นางสาวพรรณรัตน์ วงศ์นรา มอรัตน์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ เล่ม
๓. แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) จำนวน ๑ เล่ม

ด้วย นางสาวรุจิรา บุตรจันทร์ นิสิตระดับปริญญาโทสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่องรูปแบบการปรับปรุงคุณภาพบริการคลินิกวารังงาน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุณทรภัก จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมีรศ.ดร.สงครามชัย สีทองดี และอ.ดร.รับขวัญ เชื้อลี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตดจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโปล)

รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/๘๖๕๕

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน นางสาวอิฐฐาน ถึงแสง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ เล่ม
๓. แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) จำนวน ๑ เล่ม

ด้วย นางสาวรุจิรา บุตรจันทร์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่องรูปแบบการปรับปรุงคุณภาพบริการคลินิกการ ฟาริน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนุชนคร จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.ดร.สงครามชัย สิทธิวงศ์ และ อ.ดร.รับขวัญ เชื้อลี เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตดจะได้นำผลการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุตตรณ เทรินโบล์)

รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/๓๓๕๕

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน นางทิพย์กาญจน์ ศรีโทหนอง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ เล่ม
๓. แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) จำนวน ๑ เล่ม

ด้วย นางสาวรุจิรา บุตรจันทร์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและ ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง รูปแบบการปรับปรุงคุณภาพบริการคลินิกวารฟาริน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุญชริก จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.ดร.สงครามชัย สิทธิทองดี และอ.ดร.รับขวัญ เชื้อสี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิตารมย์ เทรินโบล์)

รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

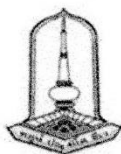
ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒



ภาคผนวก ค

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

พหุพันธ์ ปณฺ ทิโต ชีเว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : PH 044 / 2561

ชื่อโครงการวิจัย : รูปแบบการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกการฟารินตามเกณฑ์การพัฒนา
ระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุณทรภัก จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัย : นางสาวรุจิรา บุตรจันทร์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดอุบลราชธานี

วันที่รับรอง : 27 กุมภาพันธ์ 2561

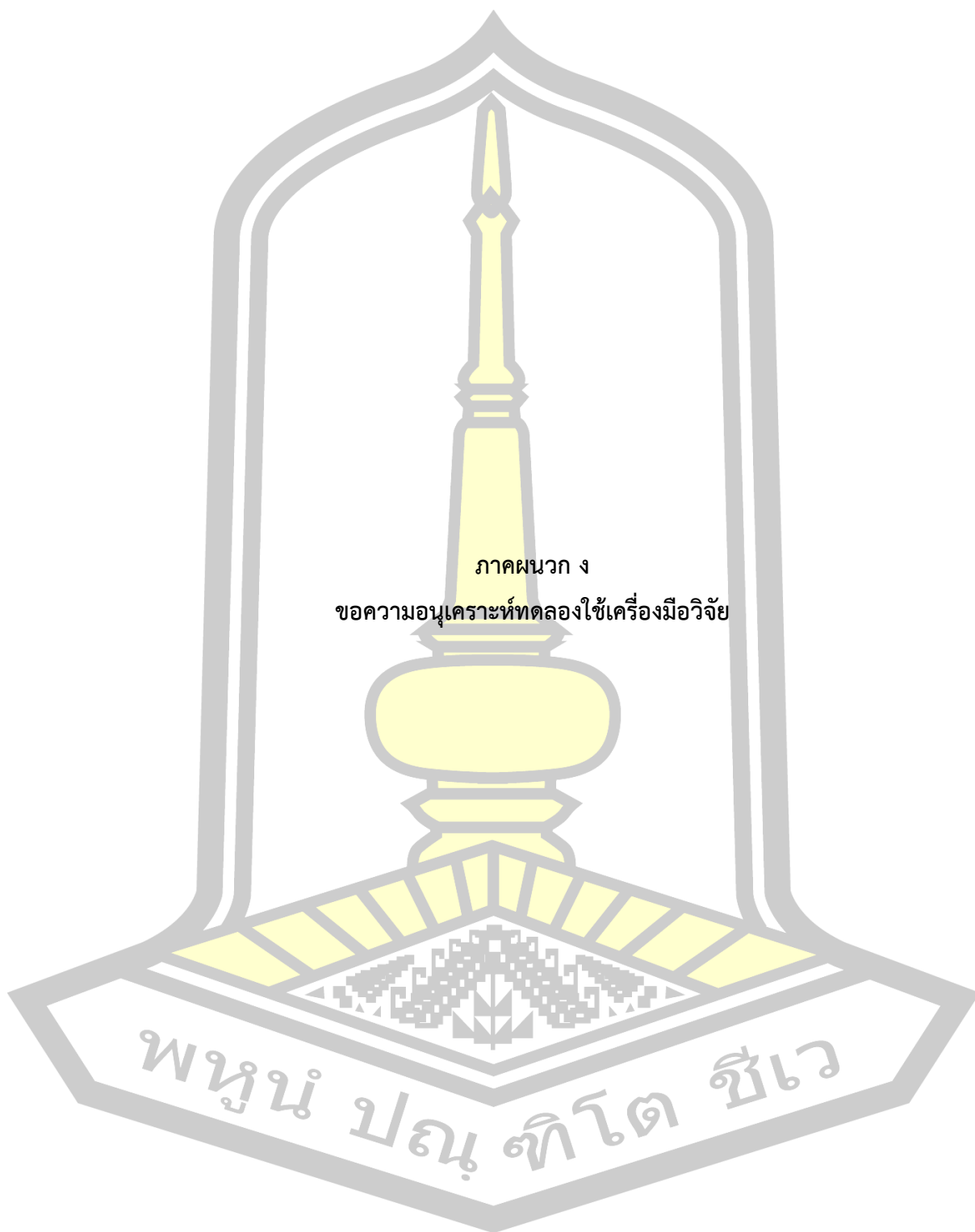
วันหมดอายุ : 26 กุมภาพันธ์ 2562

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย ลิทองดี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

พูน ปรณ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ง

ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

พหุบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/๓๔๐๘

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำยืน

ด้วย นางสาวรุจิรา บุตรจันทร์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่องรูปแบบการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุษราคัม จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.ดร. สงครามชัย สีทองดี และ อ.ดร.รับขวัญ เชื้อสี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าบุคลากรและหน่วยงานในกำกับดูแลของท่าน มีความเหมาะสม ในการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้ นางสาวรุจิรา บุตรจันทร์ ทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัย เพื่อที่นิสิตจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

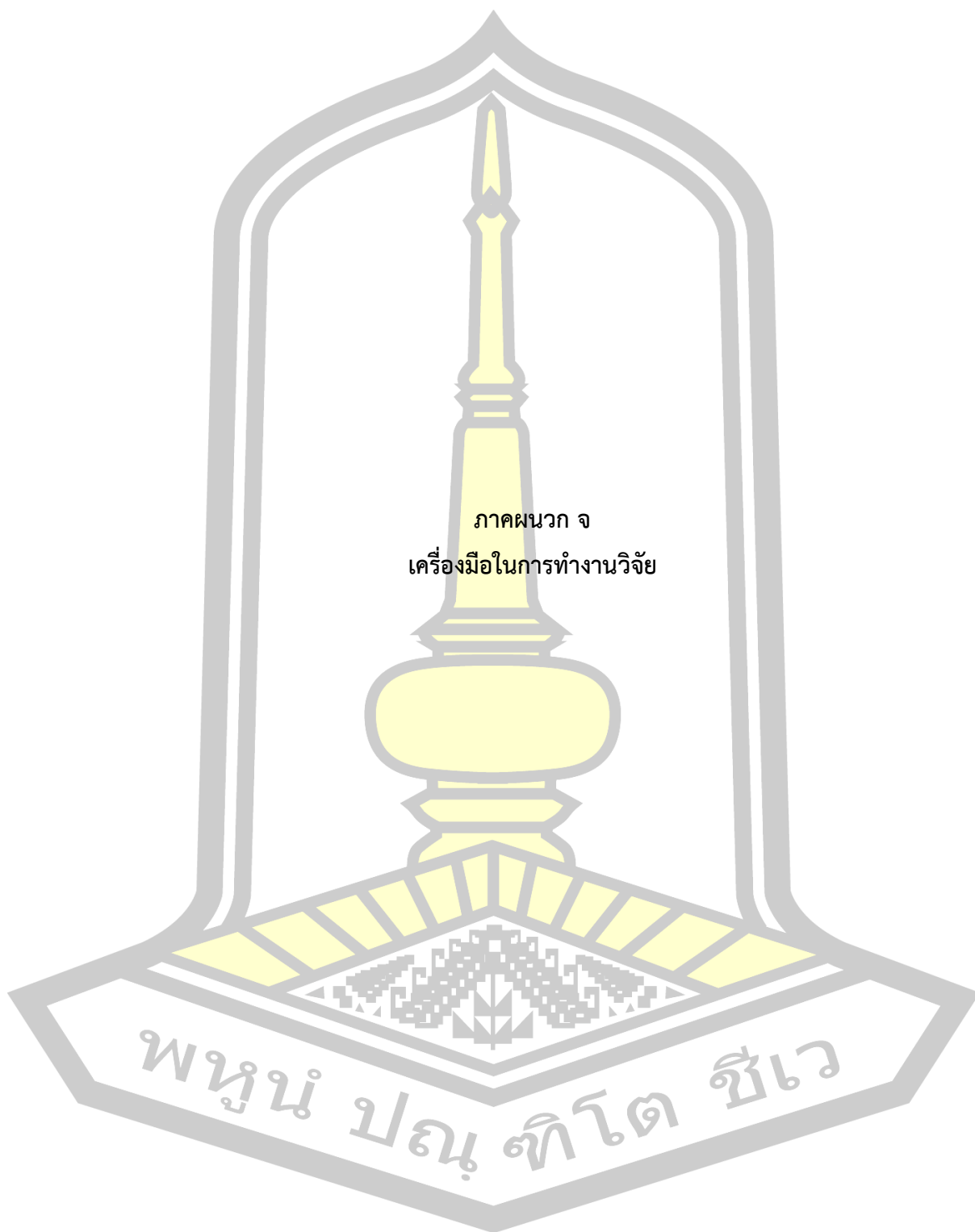
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศกสอ) วิชาจารย์ ดร.นฤวรรณ เจริญโปล์
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒

ศูนย์ ปณ. ที.โต. ข.



ภาคผนวก จ
เครื่องมือในการทำงานวิจัย

พหุบัณฑิต โท ชีวะ

แบบสอบถามการวิจัย

บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารักษา

เรื่อง การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยารักษาตามเกณฑ์กาพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ระดับปริญญาโท หลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์
เพื่อเป็นการเก็บข้อมูลประกอบการศึกษาวิจัย การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยารักษาตาม
เกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี คำตอบของท่านมี
คุณค่าอย่างยิ่งต่องานวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้จากท่านไว้เป็นความลับ โดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้
ในการสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเพียงเท่านั้น ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง และสมบูรณ์ครบถ้วนจะ
ทำให้การวิจัยในครั้งนี้มีคุณค่า เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และดำเนินไปด้วยความถูกต้อง ผู้วิจัยใคร่
ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงตามความคิดเห็นของท่านอย่าง
รอบคอบให้ครบทุกข้อ

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน จำนวน 10 หน้า ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ด้านยารักษาและแนวทางในการจัดการยารักษา
คลินิกยารักษา จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยารักษา
จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยารักษา
จำนวน 20 ข้อ

ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในครั้งนี้มา ณ โอกาสนี้

พูน ปรณ ทิโต ชีเว
นางสาวรุจิรา บุตรจันทร์

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทร. 097 - 1936452

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 6 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาเติมคำลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย / ลงใน () ตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ () 1 ชาย () 2 หญิง
2. อายุ.....ปี (อายุเต็ม)
3. ระดับการศึกษา

() 1. ต่ำกว่าปริญญาตรี	() 2. ปริญญาตรี
() 3. ปริญญาโท	() 4. อื่น ๆ (ระบุ).....
4. ตำแหน่ง

() 1. แพทย์	() 2. ทันตแพทย์
() 3. เกษัชกร	() 4. พยาบาลวิชาชีพ หน่วยงาน.....
() 5. นักเทคนิคการแพทย์	() 6. แพทย์แผนไทย
() 7. นักโภชนาการ	() 8. นักกายภาพบำบัด
() 9. อื่นๆ.....	
5. ประสบการณ์ในการทำงาน.....ปี
6. การฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 1. โรคเบาหวาน	() 2. โรคความดันโลหิตสูง
() 3. โรคหลอดเลือดสมอง	() 4. โรคหัวใจขาดเลือด
() 5. เครือข่ายคลินิกวาร์ฟาริน	() 6. Palliative care

พูน ปณ ทัโต ชีเว

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ด้านยารักษาโรค และแนวทางในการจัดการยารักษาโรค

คลินิกยารักษาโรค จำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเข้าใจของท่าน

แบบสอบถามความรู้ด้านยารักษาโรค และแนวทางในการจัดการยารักษาโรคคลินิกยารักษาโรค

ลำดับ	รายละเอียด	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
1	ตัวชี้วัดการประเมินประสิทธิภาพของการใช้ยารักษาโรคในระยะยาว (มากกว่า 1 เดือน) (Achieving and measuring efficacy) คือ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงการรักษา > 65		
2	ตัวชี้วัดการประเมินความปลอดภัยในการใช้ยารักษาโรค (Achieving and measuring of safety) คือ ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง < 10		
3	ขนาดความแรงยารักษาโรคที่ใช้ในโรงพยาบาลแห่งนี้ มี 2 ความแรง คือ ขนาด 3, และ 4 มิลลิกรัม		
4	การสั่งจ่ายยาโดยวาจาควรระบุชื่อยา ความแรง วิธีการใช้ยา และจำนวนยา ซึ่งสอดคล้องกับวันที่นัด		
5	การจัดการกับยารักษาโรคที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา เมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษา		
6	หน่วยบริการต่าง ๆ เช่น หอผู้ป่วย หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ต้องมีการสำรองยารักษาโรค เพื่อความพร้อมใช้ในการรักษา		
7	ระบบบ่งชี้ผู้ป่วยเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยใช้ยารักษาโรค ได้แก่บัตรประจำตัวผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคแนบติดบัตรโรงพยาบาล และการแจ้งเตือนระบบบริการ		
8	ยารักษาโรคเป็นยาละลายลิ่มเลือด ออกฤทธิ์ต้านการทำงานของเกร็ดเลือด		
9	ค่า INR (ไอเอ็นอาร์) เป็นค่าการแข็งตัวของเลือด ที่บอกผลการรักษาด้วยยารักษาโรค		
10	การปรับขนาดยารักษาโรคในผู้ป่วยแต่ละรายดูจากค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) และการบริโภคอาหารของผู้ป่วย		
11	ค่า ไอเอ็นอาร์ ในผู้ป่วยที่เปลี่ยนลิ้นหัวใจชนิดโลหะ อยู่ในช่วง 2.0-3.0		
12	ภาวะเลือดออกที่รุนแรง เช่น เลือดกำเดาไหล ปัสสาวะมีเลือดปน ไอเป็นเลือด มีจ้ำเลือด และเลือดออกตามไรฟัน		

แบบทดสอบความรู้ด้านยารักษาฟันและแนวทางในการจัดการยารักษาฟันคลินิกยารักษาฟัน (ต่อ)

ลำดับ	รายละเอียด	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
13	ภาวะลิ้มเลือดอุดตัน เช่น ปวดศีรษะเฉียบพลัน เวียนศีรษะ หน้ามืด ชามือหรือเท้า แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด วูบ หหมดสติ		
14	การลิ้มรับประทานยา เกิน 12 ชั่วโมงให้รับประทานทันทีที่นึก ได้ในขนาดเท่าเดิม		
15	ยารักษาฟันออกฤทธิ์เพิ่มขึ้นจากการรับประทานยา เช่น กระทบ ขิง ขมิ้นชัน มะม่วงสุก มะละกอสุก แก้วมังกร ส้มโอ มะขาม น้ำมันปลา ตับ เครื่องในสัตว์		
16	อาหารที่มีผลให้ยารักษาฟันออกฤทธิ์ลดลง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดลิ้มเลือด อุดตันในหลอดเลือด ได้แก่ ผักที่มีสีเขียว ชาเขียว ถั่วเหลือง แกงหน่อไม้ ไข่แดง เป็นต้น		
17	ผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาฟันสามารถรับประทานยาแก้ปวด พาราเซตามอล ยาพาราเซตามอล ยาไอบูโพรเฟน ซึ่งมีผลต่อยารักษาฟันน้อย		
18	เมื่อผู้ป่วยที่ต้องทำหัตถการในช่องปากจำเป็นต้องหยุดยารักษาฟันก่อนอย่าง น้อย 5 - 7 วันก่อนไปพบ ทันตแพทย์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออก ผิดปกติ		
19	วิตามินเค ชนิดฉีดสามารถให้โดยการรับประทาน เพื่อลดการออกฤทธิ์ของ ยารักษาฟัน		
20	ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเจาะเลือดตรวจ ค่า INR ทุกครั้งทีนัด นอกจากมีอาการผิดปกติ		

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน

จำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง ในระดับการมีส่วนร่วมของท่าน ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ มีให้เลือกตอบ 5 ระดับคือ

มากที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกครั้ง	เท่ากับ 5 คะแนน
มาก	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมเกือบทุกครั้ง	เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมบ่อยครั้ง	เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมบางครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรม	เท่ากับ 1 คะแนน

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน จำนวน 20 ข้อ

ข้อ	กิจกรรม	ระดับการมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกวาร์ฟาริน						
1	ท่านได้มีส่วนร่วมนำเสนอให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟาริน					
2	ท่านได้มีส่วนร่วมในการคัดเลือกปัญหา และวิเคราะห์หาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาด้านระบบบริการผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟาริน					
3	ท่านได้เข้าร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกวาร์ฟาริน					
4	ท่านได้เข้าร่วมประชุมในกระบวนการวางแผนพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกวาร์ฟาริน					
5	ท่านได้มีส่วนร่วมในการคัดเลือกแผนงาน กิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกวาร์ฟาริน					

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน (ต่อ)

ข้อ	กิจกรรม	ระดับการมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน						
6	ท่านมีส่วนร่วมกำหนดเสนอแนวทางการวางแผนในการแก้ไขปัญหาดำเนินการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน					
7	ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกิจกรรม ดำเนินการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน					
8	ท่านได้เข้าร่วมในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารต่างๆ ในการดำเนินการในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน					
9	ท่านได้เข้าร่วมดำเนินกิจกรรมตามแผนงานโครงการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน					
10	ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำหนดผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติตามแผนงานโครงการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน					
ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน						
11	ท่านมีส่วนรับทราบเกี่ยวกับสรุปผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน					
12	ท่านได้มีส่วนร่วมในการนำปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานตามแผนงาน /โครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในดำเนินการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินมาปรับปรุงแก้ไขให้สำเร็จตามเป้าหมาย					
13	ท่านได้มีส่วนร่วมในการพิจารณาทบทวนวิธีการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรมในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน					

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน (ต่อ)

ข้อ	กิจกรรม	ระดับการมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
14	ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำหนดผลสำเร็จแผนงาน โครงการในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ คลินิกวาร์ฟาริน					
15	ท่านได้มีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ การทบทวนและปรับปรุงแก้ไขแผนการพัฒนารูปแบบ คุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน					
การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล						
16	ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ คุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน					
17	ท่านได้มีส่วนร่วมในการติดตาม ทบทวน แผนงาน/ โครงการกิจกรรมการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิก วาร์ฟาริน					
18	ท่านมีส่วนร่วมนำปัญหา อุปสรรคเปรียบเทียบผล การปฏิบัติงานตามกิจกรรมต่างๆ ในการพัฒนารูปแบบ คุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน					
19	ท่านได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ผลสำเร็จของงาน โดยการ เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้					
20	ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำกับ ดูแล แนะนำ ติดตาม ความก้าวหน้าในการการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ คลินิกวาร์ฟาริน					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน

จำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ ตรงกับความพึงพอใจของท่านมากที่สุด โดยเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจมากที่สุด	เท่ากับ 5 คะแนน
มาก	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจมาก	เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจน้อย	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจน้อยที่สุด	เท่ากับ 1 คะแนน

แบบสอบถามความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน 20 ข้อ

กิจกรรม	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านนโยบายและแผนงาน					
1. ท่านมีความพึงพอใจต่อแผนงานในการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน					
2. ท่านมีความพึงพอใจต่อกระบวนการเผยแพร่ความรู้เรื่องแนวทางการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน					
3. ท่านมีความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงานการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน					
4. ท่านมีความพึงพอใจในกิจกรรมการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน					
ด้านกระบวนการพัฒนา					
1.ท่านพึงพอใจ กับการตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกไป เช่น การถามข้อมูลเดิมซ้ำๆ และกรอกข้อมูล เดิมที่ซ้ำๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น					

แบบสอบถามพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน 20 ข้อ (ต่อ)

กิจกรรม	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
2.ท่านพึงพอใจ กับการรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เช่น การจัดบริการให้ผู้ป่วยได้รับบริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว เพื่อประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย					
3.ท่านพึงพอใจ ในการจัดลำดับงานใหม่เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ โดยไม่ต้องรอนานรอนาน					
4.ท่านมีความพึงพอใจรูปแบบการดำเนินงานในคลินิก วาร์ฟาริน					
5.ท่านพึงพอใจ กับการรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เช่น การจัดบริการให้ผู้ป่วยได้รับบริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว เพื่อประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย					
ด้านการให้บริการ					
1. ท่านมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการให้บริการภายในคลินิก					
2. ท่านพึงพอใจต่อขั้นตอน ความสะดวกรวดเร็ว วัน เวลา และระยะเวลาการรอในการตรวจรักษาของคลินิกวาร์ฟาริน					
3. ท่านพึงพอใจในด้านความสนใจ ความเอาใจใส่ และความพร้อมในการให้บริการของบุคลากรสาธารณสุขในคลินิก					
4. ท่านมีความพึงพอใจด้านความพร้อมในการให้บริการของบุคลากรสาธารณสุขในคลินิก					
ด้านบุคลากรในการพัฒนา					
1. ท่านพึงพอใจในการทำงานเป็นทีมเพื่อการการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกวาร์ฟาริน					
2. ท่านพึงพอใจต่อการจัดสรรอัตรากำลังที่มีอย่างเพียงพอในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกวาร์ฟาริน					

แบบสอบถามพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน 20 ข้อ (ต่อ)

ข้อ	กิจกรรม	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
	3. ท่านมีความพึงพอใจต่อวิธีการพัฒนาความรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพัฒนา					
	4. เจ้าหน้าที่สามารถให้คำแนะนำปฏิบัติตามแนวทางในการดำเนินงานได้ถูกต้อง					
ด้านผลการดำเนินการ						
	1. ท่านมีความความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานตามแผนงานในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน					
	2. ท่านพึงพอใจต่อการแก้ไขปัญหาของการดำเนินการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน					
	3. ท่านมีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน					
	4. ท่านมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการ					

ขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่านมา ณ โอกาสนี้

พูน ปณ ทิโต ชีเว

แบบสอบถามการวิจัย ชุดที่ 2

2.1 ผู้ป่วยที่ใช้ยารักษา

เรื่อง การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยารักษาตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ระดับปริญญาโท หลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาวิทาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์
เพื่อเป็นการเก็บข้อมูลประกอบการศึกษาวิจัย การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยารักษาตาม
เกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี คำตอบของท่านมี
คุณค่าอย่างยิ่งต่องานวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้จากท่านไว้เป็นความลับ โดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้
ในการสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเพียงเท่านั้น ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและสมบูรณ์ครบถ้วนจะ
ทำให้การวิจัยในครั้งนี้มีคุณค่า เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และดำเนินไปด้วยความถูกต้องผู้วิจัยใคร่
ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงตามความคิดเห็นของท่านอย่าง
รอบคอบให้ครบทุกข้อ

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน จำนวน 8 หน้า ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 11 ข้อ
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านยารักษาและด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
ที่ใช้ยารักษา จำนวน 20 ข้อ
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมผู้ป่วยที่ใช้ยารักษา จำนวน 17 ข้อ
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้ยารักษา จำนวน 20 ข้อ

ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ในครั้งนี้มา ณ โอกาสนี้

นางสาวจุริรา บุตรจันทร์

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทร. 097 - 1936452

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 11 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาเติมคำลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าคำตอบที่ตรงกับคำถามความเป็นจริงและกรอกรายละเอียดลงในช่องว่างที่กำหนดให้

1. เพศ () 1 ชาย () 2 หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส

() 1. โสด	() 2. คู่
() 3. หม้าย	() 4. หย่า
() 5. แยกกันอยู่	
4. ระดับการศึกษา

() 1. ประถมศึกษา	() 2. มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	() 3. ปริญญาตรี
() 4. สูงกว่าปริญญาตรี	() 5. ไม่ได้เรียน	
5. อาชีพ

() 1. รับราชการ/พนักงานของรัฐ	() 2. รัฐวิสาหกิจ
() 3. ประกอบธุรกิจส่วนตัว	() 4. รับจ้างทั่วไป
() 5. เกษตรกร	() 6. ค้าขาย
() 7. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	() 8. อื่น ๆ ระบุ.....
6. สิทธิในการรักษาพยาบาล

() 1. เบิกได้ (ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ)	() 2. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
() 3. ประกันสังคม	() อื่น ๆ ระบุ
7. ระดับ INR ครั้งล่าสุด.....
8. โรคที่เป็นสาเหตุให้ต้องใช้อายวาร์ฟาริน.....
9. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย.....ปี
10. ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย เลือกได้ 1 ตอบ

() คู่สมรส	() บิดา/มารดา	() พี่/น้อง	() บุตร หลาน
() ญาติ	() เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	() ไม่มีผู้ดูแล	() อื่น ๆ ระบุ.....
11. ในการเดินทางมารับบริการแต่ละครั้งโดยวิธีใด

() 1 รถจักรยานยนต์	() 2 รถยนต์
() 3 รถโดยสารประจำทาง	() อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ด้านยารักษาโรคและด้านการปฏิบัติ จำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับ

ความเข้าใจของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอบ ใช่ หมายถึง 1 คะแนน

ตอบ ไม่ใช่ หมายถึง 0 คะแนน

แบบทดสอบความรู้ด้านยารักษาโรคและด้านการปฏิบัติ จำนวน 20 ข้อ

ลำดับ	รายละเอียด	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
1	ยารักษาโรคเป็นอันตรายแก่ตัวของเลือด		
2	ค่า INR (ค่าไอเอ็นอาร์) เป็นค่าที่บอกผลการรักษาด้วยยารักษาโรคว่าเลือดหนืดหรือเลือดเหลว		
3	ท่านรู้ช่วงค่าปกติของผลเลือดของผู้ป่วยที่ท่านดูแล (ค่าไอเอ็นอาร์).		
4	ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาลตามนัด ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเจาะเลือดทุกครั้ง		
5	ผู้ป่วยมียารักษาโรคเหลืออยู่ เมื่อถึงวันนัดผู้ป่วยต้องมาตามนัดทุกครั้ง		
6	ยารักษาโรคออกฤทธิ์มากเกินไป ผู้ป่วยจะมีภาวะเลือดออกได้แก่ จ้ำเลือด เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล ปัสสาวะมีเลือดปน ไอเป็นเลือด		
7	ผู้ป่วยสามารถปรับลด หรือปรับเพิ่ม หรือหยุดยารักษาโรคได้ด้วยตนเอง		
8	ยารักษาโรคออกฤทธิ์น้อยเกินไป ผู้ป่วยจะอาการปวดศีรษะเฉียบพลัน เวียนศีรษะ หน้ามืด แขนขาอ่อนแรง ปากเปื่อย พุดไม่ซัด วูบ หมดสติ เกิดก้อนเลือดอุดตันในหลอดเลือด		
8	ยารักษาโรคออกฤทธิ์น้อยเกินไป ผู้ป่วยจะอาการปวดศีรษะเฉียบพลัน เวียนศีรษะ หน้ามืด แขนขาอ่อนแรง ปากเปื่อย พุดไม่ซัด วูบ หมดสติ เกิดก้อนเลือดอุดตันในหลอดเลือด		
9	การลิ้มรับประทานยาไม่เกิน 12 ชั่วโมง ให้ข้ามยาในมือที่ลิ้มไป และรับประทานยาเมื่อต่อไปในขนาดยาเดิม		
10	ในช่วง 7 วันก่อนมาโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยลิ้มกินยาไม่จำเป็นต้องบอกให้แพทย์หรือเภสัชกรทราบ		
11	ผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาโรคห้ามรับประทานผักที่มีสีเขียวทุกชนิด		
12	ผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาโรคสามารถรับประทานยาแก้ปวดได้ทุกชนิด		
13	อาหารที่มีผลให้ยารักษาโรคออกฤทธิ์เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกได้แก่ มะม่วงสุก มะละกอสุก มะขามหวาน ขนุน แก้วมังกร ผลไม้ กระเทียม ขมิ้นชัน เป็นต้น		

แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารพาริน จำนวน 20 ข้อ (ต่อ)

ลำดับ	รายละเอียด	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
15	ผู้ป่วยสามารถซื้อยา ยาสมุนไพร หรืออาหารเสริมชนิดต่างๆมารับประทานเองได้ โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์ หรือเภสัชกร		
16	การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยารพาริน		
17	เมื่อเกิดบาดแผลให้ทำการห้ามเลือดโดยกดแผลด้วยผ้าสะอาด		
18	ผู้ป่วยต้องแสดงบัตรประจำตัวผู้ป่วยที่ใช้ยารพารินทุกครั้งไป โรงพยาบาล/ คลินิก/ ร้านขายยา		
19	ผู้ป่วยสามารถเล่นกีฬา และออกกำลังกายได้ทุกชนิด		
20	ยารพารินต้องเก็บในซองยาที่ระบุวิธีใช้ยา ป้องกันการกินยาไม่ถูกต้อง		



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมผู้ป่วยใช้ยารักษาจำนวน 17 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับการปฏิบัติตัวของผู้ตอบแบบสอบถามในแต่ละข้อเพียงข้อเดียวเท่านั้นระดับคำตอบมี 3 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติประจำ	หมายถึง กิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำทุกวันหรือทำทุกครั้ง
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง กิจกรรมที่ท่านทำเป็นบางครั้งบางคราว ไม่ประจำ
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง กิจกรรมที่ท่านไม่ได้ทำเลย

แบบสอบถามพฤติกรรมผู้ป่วยใช้ยารักษาจำนวน 17 ข้อ

ข้อ	กิจกรรม	ระดับการปฏิบัติ		
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
1	ข้าวปุ้นขาว เป็นอาหารที่ท่านรับประทานในแต่ละวัน			
2	ผลไม้ที่ท่านรับประทาน ได้แก่ มะละกอสุก มะม่วงสุก แก้วมังกร มะขามหวาน ขนุน			
3	ในงานเทศกาลงานบุญท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ยาตองเหล้า สาโท			
4	เมื่อมีความเครียดท่านสูบบุหรี่			
5	เวลาท่านไม่สบาย ปวดหัว ตัวร้อน ท่านจะหาซื้อยามารับประทานเอง			
6	ท่านรับประทานยาสมุนไพร อาหารเสริมต่างๆ			
7	ท่านลืมนับรับประทานยา			
8	ท่านรับประทานยาในช่วงเวลาเดียวกันทุกวัน เช่น เวลาสองทุ่มทุกวัน			
9	ท่านสังเกตสีของเม็ดยารักษาจำนวนเม็ดยา ก่อนที่จะรับประทาน			
10	หากยาหมดก่อนถึงวันนัด ท่านจะรีบมาโรงพยาบาลเพื่อขอรับยาเพิ่ม			
11	หากมีอาการปวดศีรษะเฉียบพลัน เวียนศีรษะ หน้ามืด ซามือหรือเท้า แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ท่านจะรีบมาโรงพยาบาล			
12	ท่านรับประทานยาแล้วเก็บยาไว้ในซองยาเดิมของโรงพยาบาล			
13	ท่านได้รับการรักษาด้วยยาที่ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (สะโพก)			
14	เมื่อท่านเป็นไข้ หวัด อาเจียน ท้องเสียจะแจ้งแพทย์ทุกครั้งที่มา โรงพยาบาล			
15	ท่านมีรอยจำเลือด เลือดออกตามไรฟัน ท่านจะมาโรงพยาบาลทันที			
16	ท่านอ่านฉลากวิธีรับประทานยาทุกครั้งที่จะรับประทานยา			
17	เมื่อท่านต้องทำฟันหรือเข้ารับการรักษาอื่นๆ ต้องแจ้งให้ผู้รักษาทราบ ว่าใช้ยา			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินต่อการพัฒนารูปแบบ

คุณภาพบริการคลินิกแอสไพริน จำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับ ความพึงพอใจของท่านมากที่สุด โดยเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจมากที่สุด	เท่ากับ 5 คะแนน
มาก	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจมาก	เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจน้อย	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจน้อยที่สุด	เท่ากับ 1 คะแนน

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการของผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน จำนวน 20 ข้อ

ข้อ	กิจกรรม	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านการดำเนินงาน						
	1. ท่านพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยมีใช้ยาแอสไพริน คลินิกแอสไพริน					
	2. ท่านพึงพอใจการสนับสนุนการให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย และญาติ					
	3. ท่านพึงพอใจกระบวนการทำงานร่วมกันของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและญาติในการจัดกิจกรรม ออกกำลังกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับยาแอสไพริน					
	4. ท่านพึงพอใจในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วย และญาติในการเข้ารับการรักษา การนัด การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม					
ด้านกระบวนการ						
5	1. ท่านพึงพอใจกับการลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกไป เช่น การถามข้อมูลเดิมซ้ำๆ จากเจ้าหน้าที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น					

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการของผู้ป่วยที่ได้รับยาแวกซ์ฟาริน
จำนวน 20 ข้อ (ต่อ)

ข้อ	กิจกรรม	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
	2.ท่านพึงพอใจต่อการรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เช่น การจัดบริการให้ผู้ป่วยได้รับบริการในจุดเดียว เพื่อประหยัดเวลา					
	3.ท่านพึงพอใจในการจัดลำดับงานใหม่เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ โดยไม่ต้องรอนาน					
	4. ท่านพึงพอใจในการจัดรูปแบบการบริการของคลินิกใหม่ เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ					
ด้านการบริการ						
	1.ท่านพึงพอใจต่อกิจกรรมภายในคลินิกแวกซ์ฟาริน					
	2.ท่านพึงพอใจ ระยะเวลาการรับยาของคลินิก					
	3.ท่านพึงพอใจกับการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วยและญาติ					
	4.ท่านมีพึงพอใจต่อการแสดงออกถึงความสนใจ ความเอาใจใส่ ในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในคลินิก					
ด้านบุคคล						
	1.ท่านมีความพึงพอใจต่อจำนวนเจ้าหน้าที่ที่มาให้บริการ อย่างเพียงพอกับความต้องการ					
	2.ท่านพึงพอใจต่อการแสดงออกถึงความเต็มใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่					
	3.ท่านมีความพึงพอใจต่อทักษะและความรู้ ของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ					
	4.ท่านมีความพึงพอใจต่อเภสัชกรประจำคลินิกแวกซ์ฟารินในการให้ความรู้และช่วยแก้ปัญหาของผู้ป่วย และญาติ					

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการของผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน
จำนวน 20 ข้อ (ต่อ)

ข้อ	กิจกรรม	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านผลการดำเนินงาน						
	1.ท่านพึงพอใจในสถานที่ให้บริการคลินิกวาร์ฟาริน เหมาะสม สะดวก สะอาด					
	2.ท่านพึงพอใจกับความรู้เรื่องการใช้ยาที่ได้รับและ สามารถนำไปปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ					
	3.การให้บริการ คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุญทริก อำเภอบุณฑริก สามารถตอบสนองความต้องการของท่าน ระดับใด					
	4.ท่านพึงพอใจต่อการให้การให้บริการโดยรวมของคลินิก วาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุญทริก อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี					

ขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่านมา ณ โอกาสนี้

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

แบบสอบถามการวิจัย ชุดที่ 2

2.2 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไ้ยวาร์ฟาริน

**เรื่อง การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการ
สุขภาพ โรงพยาบาลบุณทรภิก จังหวัดอุบลราชธานี**

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ระดับปริญญาโท หลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาวิทาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์
เพื่อเป็นการเก็บข้อมูลประกอบการศึกษาวิจัย การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินตาม
เกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุณทรภิก จังหวัดอุบลราชธานี คำตอบของท่านมี
คุณค่าอย่างยิ่งต่องานวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้จากท่านไว้เป็นความลับ โดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้
ในการสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเพียงเท่านั้น ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและสมบูรณ์ครบถ้วนจะ
ทำให้การวิจัยในครั้งนี้มีคุณค่า เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และดำเนินไปด้วยความถูกต้องผู้วิจัยใคร่
ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงตามความคิดเห็นของท่านอย่าง
รอบคอบให้ครบทุกข้อ

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน จำนวน 7 หน้า ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ด้านยวาร์ฟารินและด้านการปฏิบัติตัวของญาติ
ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยวาร์ฟาริน จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยวาร์ฟาริน
จำนวน 20 ข้อ

ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ในครั้งนี้มา ณ โอกาสนี้

นางสาวรุจิรา บุตรจันทร์

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทร. 097 – 1936452

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 11 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาเติมคำลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าคำตอบที่ตรงกับคำถามความเป็นจริงและกรอกรายละเอียดลงในช่องว่างที่กำหนดให้

1. เพศ () 1 ชาย () 2 หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. คู่
() 3. หม้าย () 4. หย่า
() 5. แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา () 1. ประถมศึกษา () 2. มัธยมศึกษา/อนุปริญญา () 3. ปริญญาตรี
() 4. สูงกว่าปริญญาตรี () 5. ไม่ได้เรียน
5. อาชีพ () 1. รับราชการ/พนักงานของรัฐ () 2. รัฐวิสาหกิจ
() 3. ประกอบธุรกิจส่วนตัว () 4. รับจ้างทั่วไป
() 5. เกษตรกร () 6. ค้าขาย
() 7. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 8. อื่น ๆ ระบุ.....
6. สิทธิในการรักษาพยาบาล () เบิกได้ (ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ) () บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
() ประกันสังคม
7. ในการเดินทางมารับบริการแต่ละครั้งโดยวิธีใด () 1 รถจักรยานยนต์ () 2 รถยนต์ () 3 รถโดยสารประจำทาง
() อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ด้านยวาร์ฟารินและด้านการปฏิบัติตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ
ยวาร์ฟาริน จำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับ
ความเข้าใจของผู้ตอบแบบสอบถาม

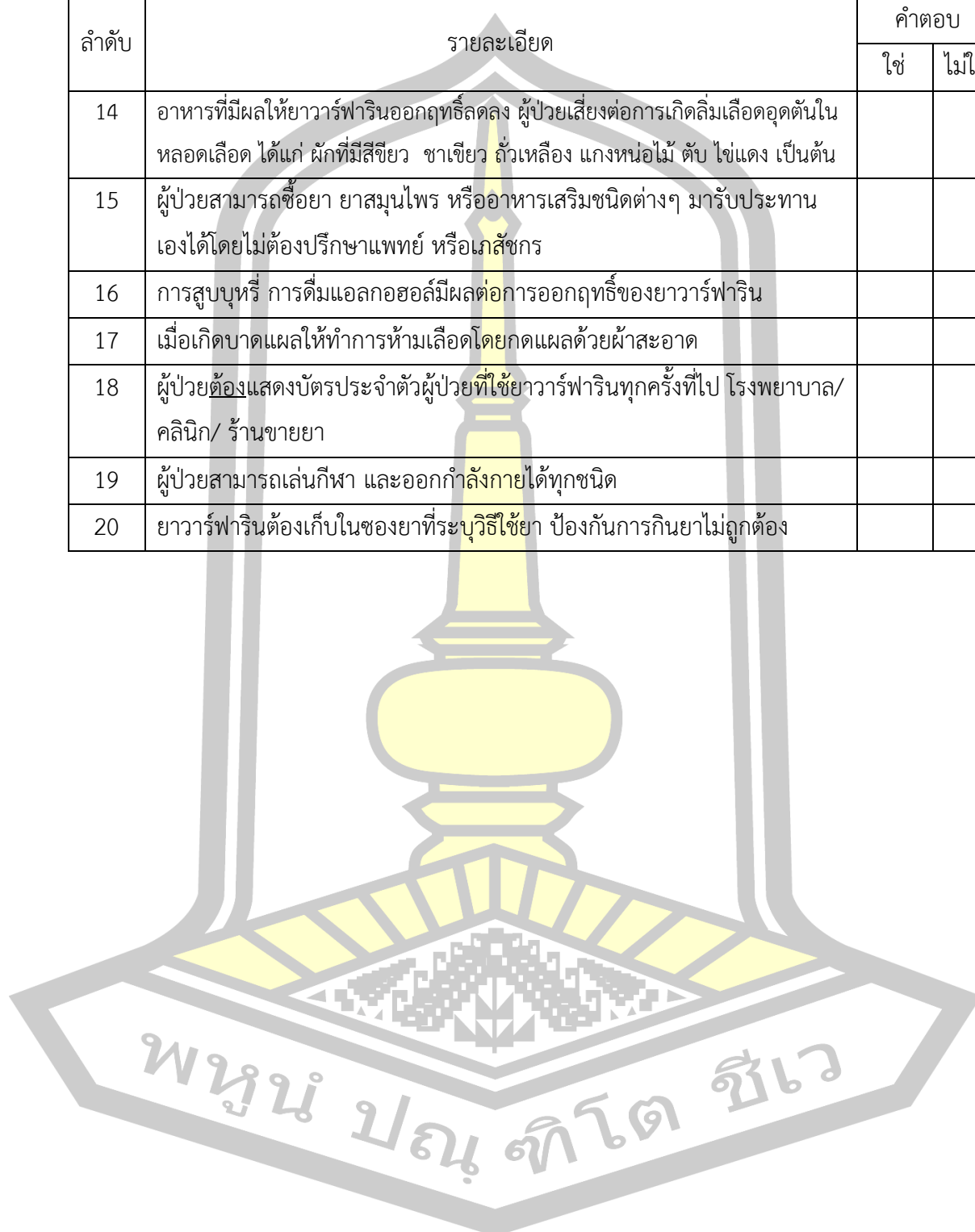
ตอบ ใช่ หมายถึง 1 คะแนน
ตอบ ไม่ใช่ หมายถึง 0 คะแนน

แบบทดสอบความรู้ด้านยวาร์ฟารินและด้านการปฏิบัติตัวของญาติผู้ดูแล จำนวน 20 ข้อ

ลำดับ	รายละเอียด	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
1	ยวาร์ฟารินเป็นด้านการแข็งตัวของเลือด		
2	ค่า INR (ค่าไอเอ็นอาร์) เป็นค่าที่บอกผลการรักษาด้วยยวาร์ฟารินว่าเลือดหนืดหรือเลือดเหลว		
3	ท่านรู้ช่วงค่าปกติของผลเลือดของผู้ป่วยที่ท่านดูแล (ค่าไอเอ็นอาร์).		
4	ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาลตามนัด ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเจาะเลือดทุกครั้ง		
5	ผู้ป่วยมียวาร์ฟารินเหลืออยู่ เมื่อถึงวันนัดผู้ป่วยต้องมาตามนัดทุกครั้ง		
6	ยวาร์ฟารินออกฤทธิ์มากเกินไป ผู้ป่วยจะมีภาวะเลือดออกได้แก่ จ้ำเลือด เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล ปัสสาวะมีเลือดปน ไอเป็นเลือด		
7	ผู้ป่วยสามารถปรับลด หรือปรับเพิ่ม หรือหยุดยวาร์ฟารินได้ด้วยตนเอง		
8	ยวาร์ฟารินออกฤทธิ์น้อยเกินไป ผู้ป่วยจะอาการปวดศีรษะเฉียบพลัน เวียนศีรษะ หน้ามืด แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด วูบ หมดสติ เกิดก้อนเลือดอุดตันในหลอดเลือด		
9	การลิ้มรับประทานยาไม่เกิน 12 ชั่วโมง ให้ข้ามยาในมือที่ลิ้มไป และรับประทานยาเมื่อต่อไปในขนาดยาเดิม		
10	ในช่วง 7 วันก่อนมาโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยลิ้มกินยาไม่จำเป็นต้องบอกให้แพทย์หรือเภสัชกรทราบ		
11	ผู้ป่วยที่รับประทานยวาร์ฟารินห้ามรับประทานผักที่มีสีเขียวทุกชนิด		
12	ผู้ป่วยที่รับประทานยวาร์ฟารินสามารถรับประทานยาแก้ปวดได้ทุกชนิด		
13	อาหารที่มีผลให้ยวาร์ฟารินออกฤทธิ์เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก ได้แก่ มะม่วงสุก มะละกอสุก มะขามหวาน ขนุน แก้วมังกร ผลไม้ กระเทียม ขมิ้นชัน เป็นต้น		

แบบทดสอบความรู้ด้านยวาร์พารินและด้านการปฏิบัติตัวของญาติผู้ดูแล จำนวน 20 ข้อ (ต่อ)

ลำดับ	รายละเอียด	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
14	อาหารที่มีผลให้ยวาร์พารินออกฤทธิ์ลดลง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือด ได้แก่ ผักที่มีสีเขียว ชาเขียว ถั่วเหลือง แกงหน่อไม้ ตับ ไข่แดง เป็นต้น		
15	ผู้ป่วยสามารถซื้อยา ยาสมุนไพร หรืออาหารเสริมชนิดต่างๆ มารับประทานเองได้โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์ หรือเภสัชกร		
16	การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยวาร์พาริน		
17	เมื่อเกิดบาดแผลให้ทำการห้ามเลือดโดยกดแผลด้วยผ้าสะอาด		
18	ผู้ป่วยต้องแสดงบัตรประจำตัวผู้ป่วยที่ใช้อยวาร์พารินทุกครั้งไป โรงพยาบาล/ คลินิก/ ร้านขายยา		
19	ผู้ป่วยสามารถเล่นกีฬา และออกกำลังกายได้ทุกชนิด		
20	ยวาร์พารินต้องเก็บในซองยาที่ระบุวิธีใช้ยา ป้องกันการกินยาไม่ถูกต้อง		



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาพัฒนา
รูปแบบคุณภาพบริการ คลินิกยารักษาจำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับ
ความพึงพอใจของท่านมากที่สุด โดยเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจมากที่สุด	เท่ากับ 5 คะแนน
มาก	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจมาก	เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจน้อย	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจน้อยที่สุด	เท่ากับ 1 คะแนน

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการของผู้ป่วยที่ได้รับยารักษา
จำนวน 20 ข้อ

ข้อ	กิจกรรม	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านการดำเนินงาน						
	1. ท่านพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยารักษา ดูแลผู้ป่วยมีไข้ยารักษา คลินิกยารักษา					
	2. ท่านพึงพอใจการสนับสนุนการให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย และญาติ					
	3. ท่านพึงพอใจกระบวนการทำงานร่วมกันของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและญาติในการจัดกิจกรรม ออกกำลังกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับยารักษา					
	4. ท่านพึงพอใจในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วย และญาติในการเข้ารับการรักษา การนัด การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม					
ด้านกระบวนการ						
5	1. ท่านพึงพอใจกับการลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกไป เช่น การถามข้อมูลเดิมซ้ำๆจากเจ้าหน้าที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น					

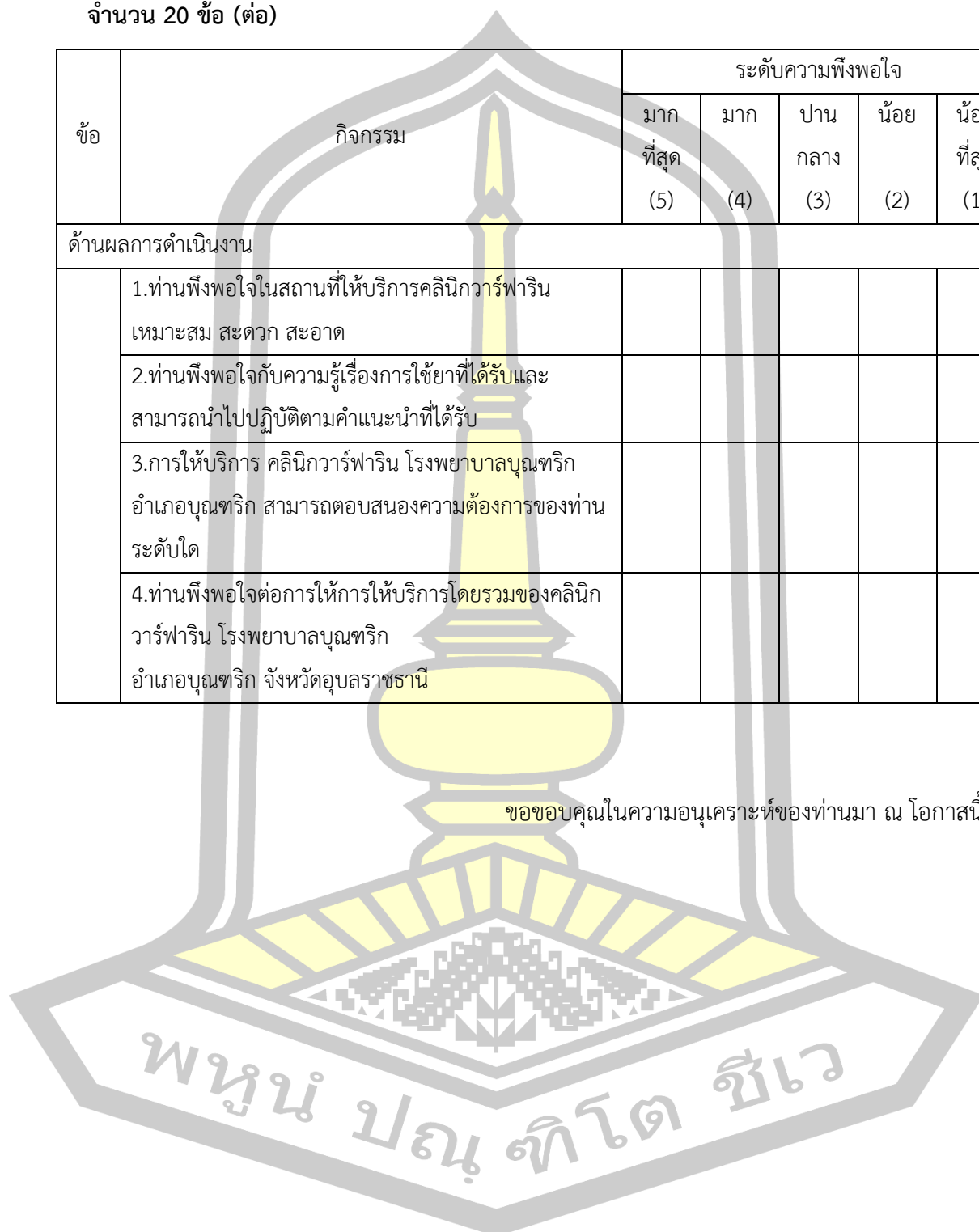
แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการของผู้ป่วยที่ได้รับยาแวกซ์พาริน
จำนวน 20 ข้อ (ต่อ)

ข้อ	กิจกรรม	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
	2.ท่านพึงพอใจต่อการรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เช่นการจัดบริการให้ผู้ป่วยให้ได้รับบริการในจุดเดียว เพื่อประหยัดเวลา					
	3.ท่านพึงพอใจในการจัดลำดับงานใหม่.เพื่อให้ ผู้ป่วย ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ โดยไม่ต้องรอนาน					
	4. ท่านพึงพอใจในการจัดรูปแบบการบริการของคลินิก ใหม่.เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ					
ด้านการบริการ						
	1.ท่านพึงพอใจต่อกิจกรรมภายในคลินิกแวกซ์พาริน					
	2.ท่านพึงพอใจ ระยะเวลาารรับยาของคลินิก					
	3.ท่านพึงพอใจกับการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีของเจ้าหน้าที่ ต่อผู้ป่วยและญาติ					
	4.ท่านมีพึงพอใจต่อการแสดงออกถึงความสนใจ ความเอาใจใส่ ในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในคลินิก					
ด้านบุคคล						
	1.ท่านมีความพึงพอใจต่อจำนวนเจ้าหน้าที่มาให้บริการอย่าง เพียงพอกับความต้องการ					
	2.ท่านพึงพอใจต่อการแสดงออกถึงความเต็มใจใน การให้บริการของเจ้าหน้าที่					
	3.ท่านมีความพึงพอใจต่อทักษะและความรู้ ของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ					
	4.ท่านมีความพึงพอใจต่อเภสัชกรประจำคลินิกแวกซ์พาริน ในการให้ความรู้และช่วยแก้ปัญหาของ ผู้ป่วยและญาติ					

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการของผู้ป่วยที่ได้รับยารักษา
จำนวน 20 ข้อ (ต่อ)

ข้อ	กิจกรรม	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านผลการดำเนินงาน						
	1.ท่านพึงพอใจในสถานที่ให้บริการคลินิกวาร์ฟาริน เหมาะสม สะดวก สะอาด					
	2.ท่านพึงพอใจกับความรู้เรื่องการใช้ยาที่ได้รับและ สามารถนำไปปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ					
	3.การให้บริการ คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุนทรริก อำเภอบุนทรริก สามารถตอบสนองความต้องการของท่าน ระดับใด					
	4.ท่านพึงพอใจต่อการให้การให้บริการโดยรวมของคลินิก วาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุนทรริก อำเภอบุนทรริก จังหวัดอุบลราชธานี					

ขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่านมา ณ โอกาสนี้



แบบประเมินตนเองตามแนวทางการจัดการยารพาริน

หัวข้อประเมิน	การดำเนินการ			กิจกรรม
	มี	มีบางส่วน	ไม่มี	
กระบวนการคัดเลือก/การจัดการ				
1. มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะของยารพารินที่สอดคล้องกับแนวทางการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (เช่น ในเรื่องการบ่งชี้คุณลักษณะของยาโดยเฉพาะ สีของเม็ดยาและบรรจุภัณฑ์) *				
2. คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง หรือทีมแพทย์ผู้สั่งยา มีส่วนร่วมในการกำหนดขนาดยา ความแรงที่ควรมีในบัญชียาโรงพยาบาล *				
3. มีนโยบายในการจัดการกับยารพารินที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำติดตัวมาอย่างปลอดภัย				
กระบวนการเก็บรักษา				
4. คลังยามีการจัดเก็บตามระบบ เช่น ยา ที่หมดอายุ ก่อน - ใ้ก่อน *				
5. หน่วยบริการมีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงในการจัดยาที่มีความแรงหลากหลาย เช่น การใช้สีระบุ ความแรง การวางแยกจากกัน *				
6. มีการกำหนดข้อจำกัดหรือข้อห้ามในการจัดเก็บยาในหน่วยบริการต่างๆ ที่อาจมีความเสี่ยงสูง เช่น หน่วยจ่ายย่อย หน่วยบริการปฐมภูมิ หอผู้ป่วย หน่วยบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน หน่วยจ่ายยาเด็ก เป็นต้น *				
กระบวนการสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่ง				
7. มีระบบบ่งชี้ผู้ป่วยเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยใช้ยารพารินอยู่ เช่น มีปกที่ OPD Card ที่แตกต่างจากรายอื่น หรือมีระบบเตือนอัตโนมัติที่สามารถบ่งบอกให้แพทย์ทราบว่าผู้ป่วยใช้ยารพาริน อยู่ *				

แบบประเมินตนเองตามแนวทางการจัดการยารักษา (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	การดำเนินการ			กิจกรรม
	มี	มีบางส่วน	ไม่มี	
8. มีการจัดทำแฟ้มประวัติผู้ป่วยใน สามารถบ่งบอกให้ทราบว่าผู้ป่วยกำลังใช้ยารักษาอยู่ อย่างชัดเจน หรือมีระบบเตือนอัตโนมัติที่สามารถบ่งบอกให้แพทย์ทราบว่าผู้ป่วยใช้ยารักษาอยู่				
9. มีแนวทางในการรับคำสั่ง หรือคัดลอกคำสั่งยาสั่งใช้ยารักษา				
การเตรียมและการกระจายยา				
10. มีกระบวนการทบทวนประวัติการรักษาและคำสั่งใช้ยาก่อนส่งมอบยาในผู้ป่วยนอก *				
11. มีกระบวนการทบทวนคำสั่งใช้ยาก่อนส่งมอบยาในผู้ป่วยใน				
12. มีกระบวนการทบทวนคำสั่งใช้ยาก่อนส่งมอบยาในขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วย *				
13. มีการจัดทำลากลยาให้ชัดเจน เข้าใจง่าย และมีรายละเอียดที่จำเป็น *				
การบริหารยา				
14. มีการทบทวนความถูกต้องของการบริหารยาตามกระบวนการ 5R *				
15. มีระบบการประเมินและเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยา รักษา (monitoring sheet) ในกระบวนการให้การพยาบาลผู้ป่วยใน				
16. มีกระบวนการแจ้งแพทย์ หรือเภสัชกร หากผู้ป่วยมียาเดิม หรือมียาติดตัวมา เพื่อป้องกันปัญหาการเกิดอันตรกิริยา และการได้รับยาซ้ำซ้อนหรือคลาดเคลื่อน				

แบบประเมินตนเองตามแนวทางการจัดการยารพาริน (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	การดำเนินการ			กิจกรรม
	มี	มีบางส่วน	ไม่มี	
การเฝ้าระวังและติดตามผล				
17. มีการจัดทำหรือจัดให้มีเอกสารความรู้การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และข้อควรปฏิบัติ หากพบอาการข้างเคียงดังกล่าว *				
18. บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยารพารินสามารถทราบผลของค่า INR *				
19. กรณีผู้ป่วยนอกที่เพิ่งเริ่มใช้ยารพาริน มีการให้คำแนะนำและคู่มือในการดูแลตนเองระหว่างใช้ยา *				
20. กรณีผู้ป่วยในที่ใช้ยา วาร์พาริน รายใหม่มีการให้คำแนะนำและคู่มือในการดูแลตนเองในกระบวนการดูแลผู้ป่วยหรือจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน *				
กระบวนการสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่ง				
21. มีกระบวนการในการติดตามอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยาที่รุนแรงที่เกิดจากยารพาริน				
22. มีกระบวนการในการจัดการข้อมูล วิเคราะห์ และแก้ไขปัญหาเชิงระบบ				
23. มีกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยารพาริน แก่บุคลากรทางการแพทย์				

หมายเหตุ : โรงพยาบาลควรมีการดำเนินการในหัวข้อที่มีเครื่องหมาย *

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

แนวทางการสนทนากลุ่ม

เรื่อง การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการ
สุขภาพ โรงพยาบาลบุณทรภิก จังหวัดอุบลราชธานี

การประชุมสนทนากลุ่มเพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะครั้งนี้มีการพิจารณาประเด็นต่างๆ ดังนี้

คำถามที่ 1 สถานการณ์การจัดบริการผู้ป่วยที่ไซยวาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุณทรภิก
จังหวัดอุบลราชธานีเป็นอย่างไร

.....

.....

คำถามที่ 2 นโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ไซยวาร์ฟาริน ในโรงพยาบาลเป็นอย่างไร

.....

.....

คำถามที่ 3 ปัจจุบันผลการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยที่ไซยวาร์ฟารินเป็นอย่างไร

.....

.....

คำถามที่ 4 ปัญหาการบริการในการดูแลผู้ป่วยที่ไซยวาร์ฟาริน ผลกระทบต่อการดูแลเป็นอย่างไร

.....

.....

คำถามที่ 5 แนวทางการแก้ไขปัญหามีอย่างไร

.....

.....

คำถามที่ 6 คุณภาพการบริการในการดูแลผู้ป่วยที่ไซยวาร์ฟารินเป็นอย่างไร

.....

.....

คำถามที่ 7 รูปแบบและแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน

.....

.....

แนวทางการสนทนากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้อยาวาร์ฟาริน และญาติผู้ดูแล

ประเด็นคำถาม	แนวคำถาม
1. ความรู้เรื่องยอวาร์ฟาริน	1. ท่านเคยได้ความรู้เรื่องยอวาร์ฟารินหรือไม่ 2. บอกชื่อยาจำแนกความแตกต่างของยาทั้งสีและขนาด ความแรงได้หรือไม่ 3. ท่านทราบสาเหตุที่ได้รับประทานยอวาร์ฟาริน หรือไม่ 4. อธิบายอาการหรืออาการแสดงของขนาดยาที่มากหรือน้อยเกินไป 5. ทราบความสำคัญของการเจาะเลือดที่มีผลกับการรักษา
2. การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย	6. ท่านมีวิธีปฏิบัติตัวอย่างไร 6.1 การรับประทานยา 6.1 การรับประทานอาหาร 6.2 การออกกำลังกาย 6.3 การรับประทานยา การใช้ยาสมุนไพร 6.4 การจัดการกับความเครียด
3. การได้รับบริการเมื่อมาโรงพยาบาล	7. บริการที่ได้รับในการมารับบริการที่คลินิกความดันโลหิต มิอะไรบ้าง 8. ขั้นตอนในการรับบริการมีความสะดวกสบายยุ่งยากหรือไม่ อย่างไร 9. ระยะเวลารอคอยในการมารับบริการตั้งแต่จุดคัดกรองจนได้กลับบ้าน 10. ท่านมาตรวจตามนัดทุกครั้งหรือไม่
4. ความคาดหวังในการมารับบริการและข้อเสนอแนะในการมารับบริการ	11. ท่านมีความคาดหวังและมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับบริการสุขภาพผู้ป่วยที่ใช้อยาวาร์ฟารินจากคลินิก

แบบบันทึกสรุปการประชุม

โครงการ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ครั้งที่.....

ณ.....

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

.....

มติที่ประชุม.....

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม ครั้งที่.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....

มติที่ประชุม.....

วาระที่ 3 เรื่องเพื่อทราบ

3.1).....

มติที่ประชุม.....

3.2).....

มติที่ประชุม.....

วาระที่ 4 เรื่องเพื่อพิจารณา

4.1).....

มติที่ประชุม.....

วาระที่ 5 เรื่องอื่น ๆ (ถ้ามี)

5.1).....

มติที่ประชุม.....

(ลงชื่อ).....

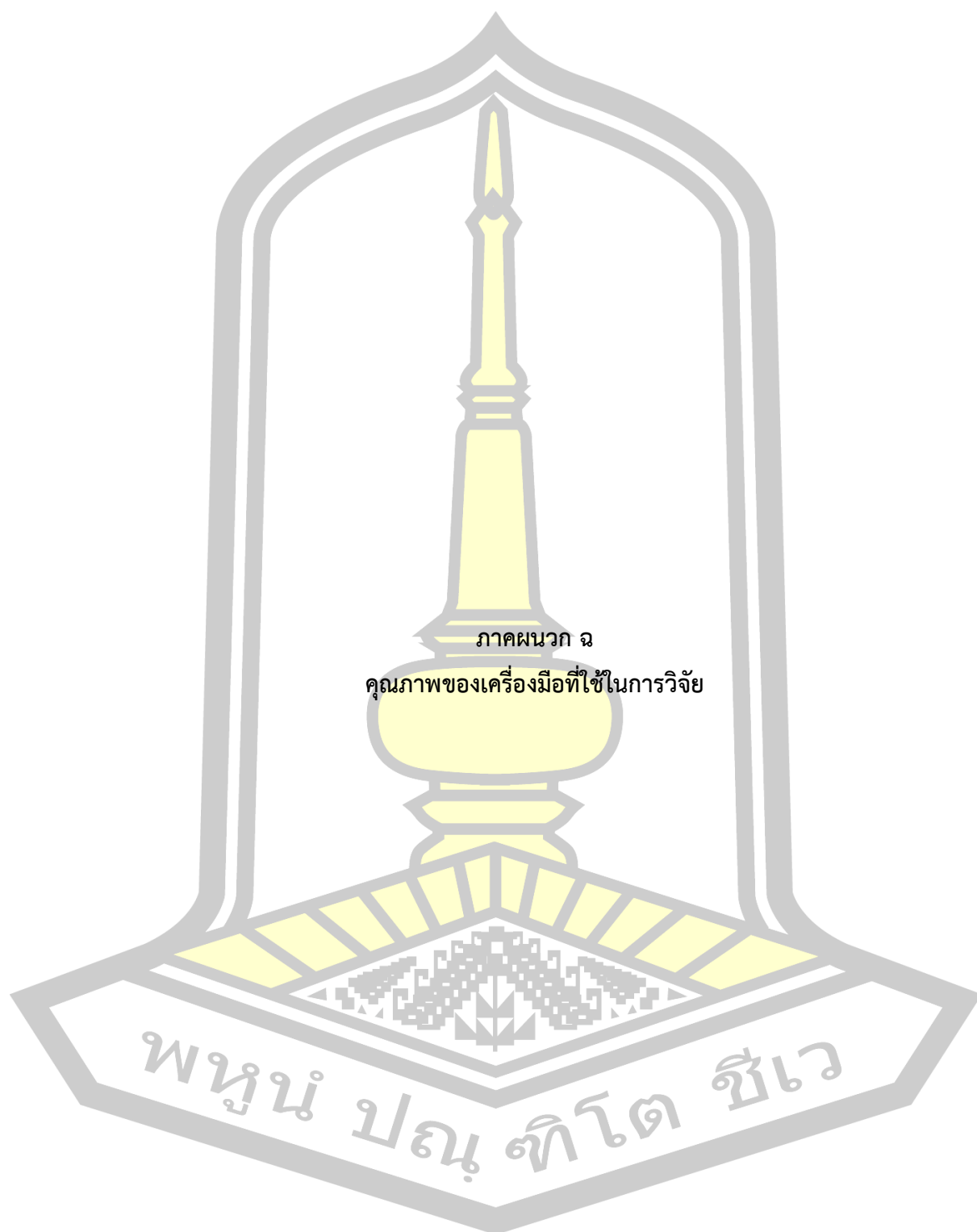
ผู้จัดบันทึก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม
 การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน
 โรงพยาบาลนุชนทริก จังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ	บันทึกการสังเกต	การตีความ/สรุป	วิธีการใช้
1	ผู้เข้าร่วมประชุม		
2	วัน/เวลา /สถานที่		
3	เหตุการณ์		
4	การให้ข้อมูล		
5	การเสนอความคิดเห็น		
6	การอภิปราย		

ผู้บันทึก.....



ผลการวิเคราะห์ IOC

ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) จากการประเมินแบบสอบถามงานวิจัยการพัฒนารูปแบบคุณภาพ
บริการคลินิกยารพาริน โรงพยาบาลบุณทรภิก จังหวัดอุบลราชธานี

ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC)

$$\text{จากสูตร } \text{IOC} = \frac{[\sum R]}{N} \quad ?$$

เมื่อ I.O.C. แทน ความสอดคล้องระหว่างข้อความกับจุดประสงค์
 $\sum R$ แทน ผลรวมระหว่างคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

หมายเหตุ

- +1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อความมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์
 - 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อความมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์
 - 1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อความไม่มีความสอดคล้องกับจุดประสงค์
- ค่า IOC ต้องมีค่ามากกว่า 0.5

แบบสอบถาม บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยที่ไ้ยยาวาร์พาริน

ตาราง 42 แสดงค่า IOC ของผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของแบบทดสอบความรู้
ด้านยยาวาร์พาริน และแนวทางในการจัดการยยาวาร์พารินคลินิกยยาวาร์พาริน

ข้อความ	ความเห็นของ			ค่า IOC	แปลผล
	ผู้	ผู้เชี่ยวชาญ	คนที่		
ข้อความ	1	2	3		
1.ตัวชี้วัดการประเมินประสิทธิภาพการไ้ยยาวาร์พารินในระยะยาว (มากกว่า 1 เดือน) (Achieving and measuring efficacy) คือ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงการรักษา >65	+1	+1	0	0.67	ใช้ได้
2. ตัวชี้วัดการประเมินความปลอดภัยในการไ้ยยาวาร์พาริน (Achieving and measuring of safety) คือ ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง <10	+1	+1	0	0.67	ใช้ได้

ตาราง 42 (ต่อ)

ลำดับ	ข้อความ	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญคนที่			ค่า IOC	แปลผล
		1	2	3		
3	ขนาดความแรงยารวาร์ฟารินที่ใช้ในโรงพยาบาลแห่งนี้ มี 2 ความแรง คือ ขนาด 3, และ 4 มิลลิกรัม	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
4	การส่งจ่ายยาโดยวาคอร์ระบุชื่อยา ความแรง วิธีการใช้ยา และจำนวนยาซึ่งสอดคล้องกับวันที่นัด	-1	+1	+1	0.67	ใช้ได้
5	การจัดการกับยารวาร์ฟารินที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา เมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษา	+1	+1	-1	0.67	ใช้ได้
6	หน่วยบริการต่าง ๆ เช่น หอผู้ป่วย หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ต้องมีการสำรองยารวาร์ฟาริน เพื่อความพร้อมใช้ในการรักษา	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
7	ระบบบ่งชี้ผู้ป่วยเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยใช้ยารวาร์ฟารินได้แก่บัตรประจำตัวผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟาริน บัตรโรงพยาบาล และการแจ้งเตือนระบบบริการ	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
8	ยารวาร์ฟารินเป็นยาละลายลิ่มเลือด ออกฤทธิ์ต้านการทำงานของเกร็ดเลือด	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
9	ค่า INR (ไอเอ็นอาร์) เป็นค่าการแข็งตัวของเลือด ที่บอกรผลการรักษาด้วยยารวาร์ฟาริน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
10	การปรับขนาดยารวาร์ฟารินในผู้ป่วยแต่ละรายดูจากค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) และการบริโภคอาหารของผู้ป่วย	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
11	ค่า ไอเอ็นอาร์ ในผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงหัวใจชนิดโลหะอยู่ในช่วง 2.0-3.0	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
12	ภาวะเลือดออกที่รุนแรง เช่น เลือดกำเดาไหล ปัสสาวะมีเลือดปน ไอเป็นเลือด มีจ้ำเลือด และเลือดออกตามไรฟัน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้

ตาราง 42 (ต่อ)

ลำดับ	ข้อความ	ความเห็นของ			ค่า IOC	แปลผล
		ผู้เชี่ยวชาญคนที่				
	ข้อคำถาม	1	2	3		
13	ภาวะลิ้มเลือดอุดตัน เช่น ปวดศีรษะเฉียบพลัน เวียนศีรษะ หน้ามืด ซามือหรือเท้า แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด วูบ หมดสติ	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
14	การลิ้มรับประทานยา เกิน 12 ชั่วโมงให้รับประทานทันทีที่นึกได้ในขนาดเท่าเดิม	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
15	ยารักษาอาการปวดที่เพิ่มขึ้นจากการรับประทาน อาหาร เช่น กระเทียม ชিং ขมิ้นชัน มะม่วงสุก มะละกอสุก แก้วมังกร ส้มโอ มะขาม น้ำมันปลา ตับ เครื่องในสัตว์	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
16	อาหารที่มีผลให้ยารักษาอาการปวดลดลง ผู้ป่วย เสี่ยงต่อการเกิดลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือด ได้แก่ ผักที่มีสีเขียว ชาเขียว ถั่วเหลือง แกงหน่อไม้ ไข่แดง เป็นต้น	+1	+1	+1	1.00	
17	ผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาอาการปวดสามารถรับประทานยาแก้ปวด พาราเซตามอล ยาพาราเซตามอล ยาไอบูโพรเฟน ซึ่งมีผลต่อยารักษาอาการปวดน้อย	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
18	เมื่อผู้ป่วยที่ต้องทำหัตถการในช่องปากจำเป็นต้องหยุดยารักษาอาการปวดก่อนอย่างน้อย 5 -7 วันก่อนไปพบทันตแพทย์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้

ตาราง 42 (ต่อ)

ลำดับ	ข้อความ	ความเห็นของ			ค่า IOC	แปลผล
		ผู้เชี่ยวชาญคนที่				
	ข้อความ	1	2	3		
19	วิตามินเคชนิดฉีดสามารถให้โดยการรับประทาน เพื่อลดการออกฤทธิ์ของยารวาร์ฟาริน	0	+1	+1	0.67	ใช้ได้
20	ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเจาะเลือดตรวจ ค่า INR ทุกครั้งที่นัด นอกจากมีอาการผิดปกติ	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้

สรุปผล แบบประเมินความรู้ในการดำเนินงานปรับปรุงคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน จำนวน 20 ข้อ พบว่า ผ่านทุกข้อ ซึ่งผลรวม IOC มีค่า เท่ากับ 18.35 ค่า IOC = 0.92



ตาราง 43 แสดงค่า IOC ของผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการมีส่วนร่วม
ในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารังฟาริน 20 ข้อ

ข้อคำถาม	ความเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญคนที่			ค่า IOC	แปลผล
	1	2	3		
ด้านการตัดสินใจ					
1. ท่านได้มีส่วนร่วมนำเสนอให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารังฟาริน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
2. ท่านได้มีส่วนร่วมในการคัดเลือกปัญหา และวิเคราะห์หาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาด้านระบบบริการผู้ป่วยที่ใช้ยารังฟาริน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
3. ท่านได้เข้าร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกวารังฟาริน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
4. ท่านได้เข้าร่วมประชุมในกระบวนการวางแผนพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารังฟาริน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
5. ท่านได้มีส่วนร่วมในการคัดเลือกแผนงาน กิจกรรมในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารังฟารินด้านการดำเนินงาน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
1. ท่านมีส่วนร่วมกำหนดเสนอแนวทางการวางแผนในการแก้ไขปัญหาดำเนินการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารังฟาริน	0	+1	+1	0.67	ใช้ได้
2. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกิจกรรม ดำเนินการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารังฟาริน	0	+1	+1	0.67	ใช้ได้
3. ท่านได้เข้าร่วมในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารต่างๆ ในการดำเนินการในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกวารังฟาริน	0	+1	+1	0.67	ใช้ได้
4. ท่านได้เข้าร่วมดำเนินกิจกรรมตามแผนงานโครงการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารังฟาริน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
5. ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำหนดผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติตามแผนงานโครงการพัฒนาคุณภาพรูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารังฟาริน	0	+1	+1	0.67	ใช้ได้

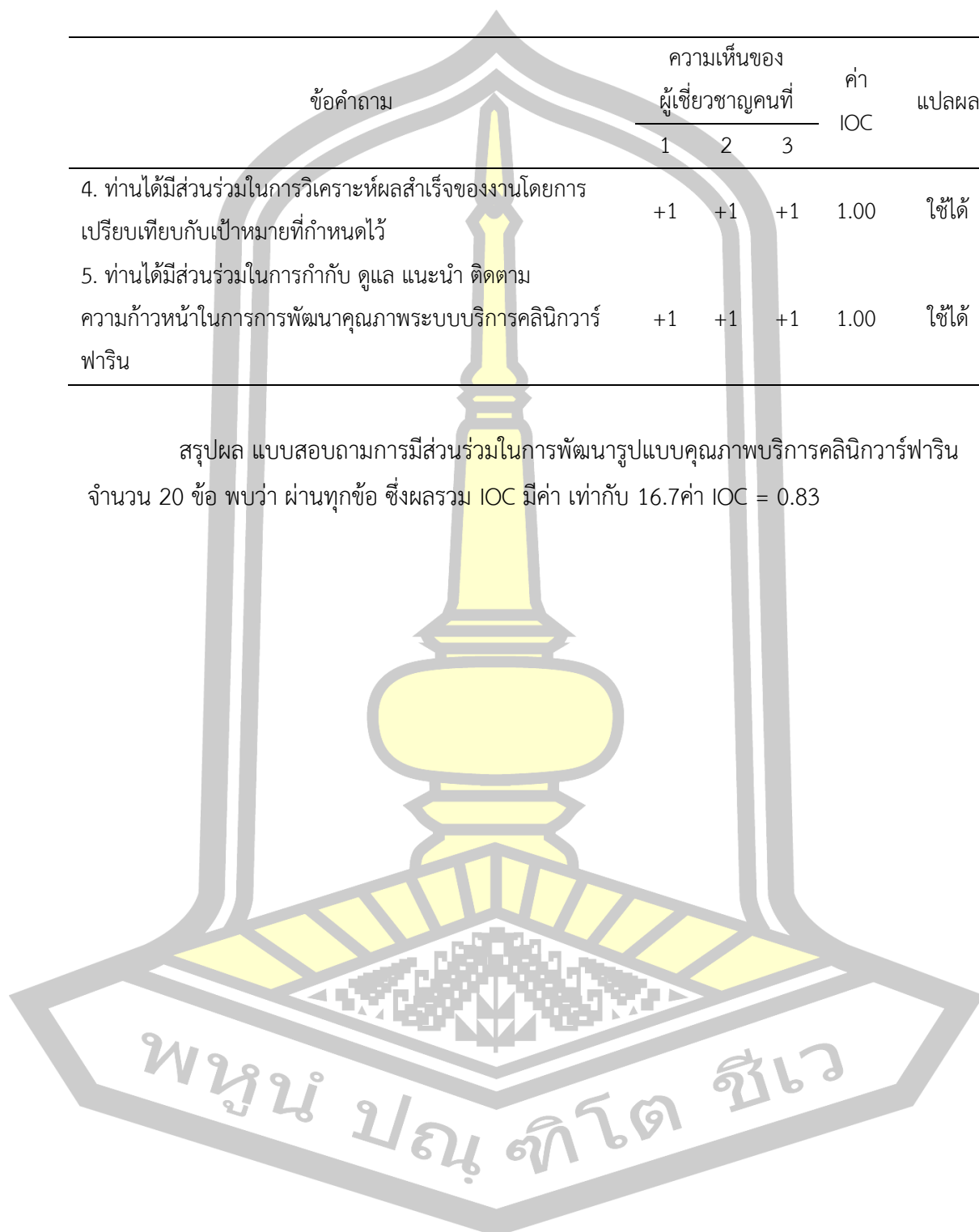
ตาราง 43 (ต่อ)

ข้อความ	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญคนที่			ค่า IOC	แปลผล
	1	2	3		
ด้านการรับผลประโยชน์					
1. ท่านมีส่วนรับทราบเกี่ยวกับสรุปผลการดำเนินงานการพัฒนา รูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
2. ท่านได้มีส่วนร่วมในการนำปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินงานรูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ตาม กิจกรรม ที่กำหนดไว้ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบ บริการคลินิกวาร์ฟารินมาปรับปรุงแก้ไขให้สำเร็จตามเป้าหมาย	0	+1	+1	0.67	ใช้ได้
3.ท่านได้มีส่วนร่วมในการพิจารณาทบทวนวิธีการดำเนินงาน/ กิจกรรมในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	0	+1	+1	0.67	ใช้ได้
4. ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำหนดผลสำเร็จแผนงาน โครงการในการพัฒนาคุณภาพรูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
5.ท่านได้มีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการทบทวน และปรับปรุงแก้ไขแผนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ คลินิกวาร์ฟาริน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
ด้านการติดตามประเมินผล					
1. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบคุณภาพ บริการคลินิกวาร์ฟาริน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
2. ท่านได้มีส่วนร่วมในการติดตาม ทบทวน แผนงาน/โครงการ กิจกรรมการพัฒนาพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
3 ท่านมีส่วนร่วมนำปัญหา อุปสรรคเปรียบเทียบผลการ ปฏิบัติงานตามกิจกรรมต่างๆในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ คลินิกวาร์ฟาริน	0	+1	+1	0.67	ใช้ได้

ตาราง 43 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ความเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญคนที่			ค่า IOC	แปลผล
	1	2	3		
4. ท่านได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ผลสำเร็จของงานโดยการเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
5. ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำกับ ดูแล แนะนำ ติดตาม ความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกวาร์ฟาริน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้

สรุปผล แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน
จำนวน 20 ข้อ พบว่า ผ่านทุกข้อ ซึ่งผลรวม IOC มีค่า เท่ากับ 16.7ค่า IOC = 0.83



ตาราง 44 แสดงค่า IOC ของผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามความพึงพอใจ
ต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน จำนวน 20 ข้อ

ข้อคำถาม	ความเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญคนที่			ค่า IOC	แปลผล
	1	2	3		
ด้านนโยบายและแผนงาน					
1. ท่านมีความพึงพอใจต่อแผนงานในการดำเนินงาน การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
2. ท่านมีความพึงพอใจต่อกระบวนการเผยแพร่ความรู้เรื่อง แนวทางการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ คลินิกวาร์ฟาริน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
3. ท่านมีความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินงานการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
4. ท่านมีความพึงพอใจในกิจกรรมการดำเนินงานการพัฒนา รูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
ด้านกระบวนการพัฒนา					
1.ท่านพึงพอใจ กับการตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกไป เช่น การถามข้อมูลเดิมซ้ำๆ และกรอกข้อมูล เดิมที่ซ้ำ ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
2.ท่านพึงพอใจ กับการรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เช่น การจัดบริการให้ผู้ป่วยได้รับบริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว เพื่อประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
3. ท่านพึงพอใจ ในการจัดลำดับงานใหม่ เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับ ความสะดวกในการเข้ารับบริการ โดยไม่ต้องรอนาน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
4 ท่านมีความพึงพอใจรูปแบบการดำเนินงานในคลินิก วาร์ฟาริน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้

ตาราง 44 (ต่อ)

ข้อความถาม	ความเห็นของ			ค่า IOC	แปลผล
	ผู้เชี่ยวชาญคนที่				
	1	2	3		
ด้านการให้บริการ					
1.ท่านมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการให้บริการภายในคลินิก	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
2.ท่านพึงพอใจต่อขั้นตอน ความสะดวกรวดเร็ว วัน เวลา และระยะเวลาการรอในการตรวจรักษา ของคลินิกวาร์ฟาริน	0	+1	+1	0.67	ใช้ได้
3.ท่านพึงพอใจในด้านความสนใจ ความเอาใจใส่ และความพร้อมในการให้บริการของบุคลากรสาธารณสุขในคลินิก	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
4. ท่านมีความพึงพอใจด้านความพร้อมในการให้บริการของบุคลากรสาธารณสุขในคลินิก	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
ด้านบุคลากร					
1.ท่านมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการให้บริการภายในคลินิก	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
2.ท่านพึงพอใจต่อขั้นตอน ความสะดวกรวดเร็ว วัน เวลา และระยะเวลาการรอในการตรวจรักษา ของคลินิกวาร์ฟาริน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
3.ท่านพึงพอใจในด้านความสนใจ ความเอาใจใส่ และความพร้อมในการให้บริการของบุคลากรสาธารณสุขในคลินิก	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
4. ท่านมีความพึงพอใจด้านความพร้อมในการให้บริการของบุคลากรสาธารณสุขในคลินิก	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
ด้านผลการดำเนินงาน					
1. ท่านมีความความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานตามแผนงานในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
2.ท่านพึงพอใจต่อการแก้ไขปัญหาของการดำเนินการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
3.ท่านมีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้

ตาราง 44 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ความเห็นของ			ค่า IOC	แปลผล
	ผู้เชี่ยวชาญคนที่				
	1	2	3		
4.ท่านมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการ	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้

สรุปผลแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพระบบบริการคลินิก
วาร์ฟาริน จำนวน 20 ข้อ พบว่า ผ่านทุกข้อ ซึ่งผลรวม IOC มีค่าเท่ากับ 20 ค่า IOC = 1.0



แบบสอบถาม ผู้ป่วยที่ใช้ยารักษา/ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารักษา

ตาราง 45 แสดงค่า IOC ของผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามรู้ด้านยา
ยารักษาและความรู้ด้านการปฏิบัติตัวจำนวน 20 ข้อ

ข้อคำถาม	ความเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญคนที่			ค่า IOC	แปลผล
	1	2	3		
1. ยารักษาเป็นต้นการแข็งตัวของเลือด	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
2. ค่า INR (ค่าไอเอ็นอาร์) เป็นค่าที่บอกผลการรักษา ด้วยยารักษาว่าเลือดหนืดหรือเลือดเหลว	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
3. ผู้ป่วยรู้ช่วงค่าปกติของผลเลือดตนเอง (ค่าไอเอ็นอาร์).	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
4. ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาลตามนัด ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเจาะเลือด ทุกครั้ง	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
5. ผู้ป่วยมียารักษาเหลืออยู่ เมื่อถึงวันนัดผู้ป่วยต้องมาตามนัด ทุกครั้ง	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
6. ยารักษาออกฤทธิ์มากเกินไป ผู้ป่วยจะมีภาวะเลือดออก ได้แก่ จ้ำเลือด เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล ปัสสาวะมีเลือดปน ไอเป็นเลือด	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
7. ผู้ป่วยสามารถปรับลด หรือปรับเพิ่ม หรือหยุดยารักษาได้ ด้วยตนเอง	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
8. ยารักษาออกฤทธิ์น้อยเกินไป ผู้ป่วยจะอาการปวดศีรษะ เฉียบพลัน เวียนศีรษะ หน้ามืด แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด วูบ หมดสติ เกิดก้อนเลือดอุดตันในหลอดเลือด	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
9. การลืมนับประทานยาไม่เกิน 12 ชั่วโมง ให้ข้ามยาในมื้อที่ลืมนับไป และรับประทานยามื้อต่อไปในขนาดยาเดิม	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
10. ในช่วง 7 วันก่อนมาโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยลืมนับยาไม่ จำเป็นต้องบอกให้แพทย์หรือเภสัชกรทราบ	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
11. ผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาห้ามรับประทานผักที่มีสีเขียว ทุกชนิด	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้

ตาราง 45 (ต่อ)

ข้อความ	ความเห็นของ			ค่า IOC	แปลผล
	ผู้เชี่ยวชาญคนที่				
	1	2	3		
12. ผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาสามารถรับประทานยาแก้ปวดได้ทุกชนิด	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
13. อาหารที่มีผลให้ยารักษาออกฤทธิ์เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก ได้แก่ มะม่วงสุก มะละกอสุก มะขามหวาน ขนุน แก้วมังกร ผลไม้ กระเทียม ขมิ้นชัน เป็นต้น	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
14. อาหารที่มีผลให้ยารักษาออกฤทธิ์ลดลง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดลมเลือดอุดตันในหลอดเลือด ได้แก่ ผักที่มีสีเขียว ชาเขียว ถั่วเหลือง แกงหน่อไม้ ตับ ไข่แดง เป็นต้น	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
15. ผู้ป่วยสามารถซื้อยา ยาสมุนไพร หรืออาหารเสริมชนิดต่างๆ มารับประทานเองได้โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์ หรือเภสัชกร	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
16. การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยารักษา	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
17. เมื่อเกิดบาดแผลทำให้การห้ามเลือดโดยกดแผลด้วยผ้าสะอาด	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
18. ผู้ป่วยต้องแสดงบัตรประจำตัวผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาทุกครั้ง ที่ไป โรงพยาบาล/คลินิก/ ร้านขายยา	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
19. ผู้ป่วยสามารถเล่นกีฬา และออกกำลังกายได้ทุกชนิด	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
20. ยารักษาต้องเก็บในซองยาที่ระบุวิธีใช้ยา ป้องกันการกินยาไม่ถูกต้อง	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้

สรุปผล แบบสอบถามความรู้ด้านยารักษาและความรู้ด้านการปฏิบัติตัว จำนวน 20 ข้อ พบว่า ผ่านทุกข้อ ซึ่งผลรวม IOC มีค่าเท่ากับ 20 ค่า IOC = 1.0

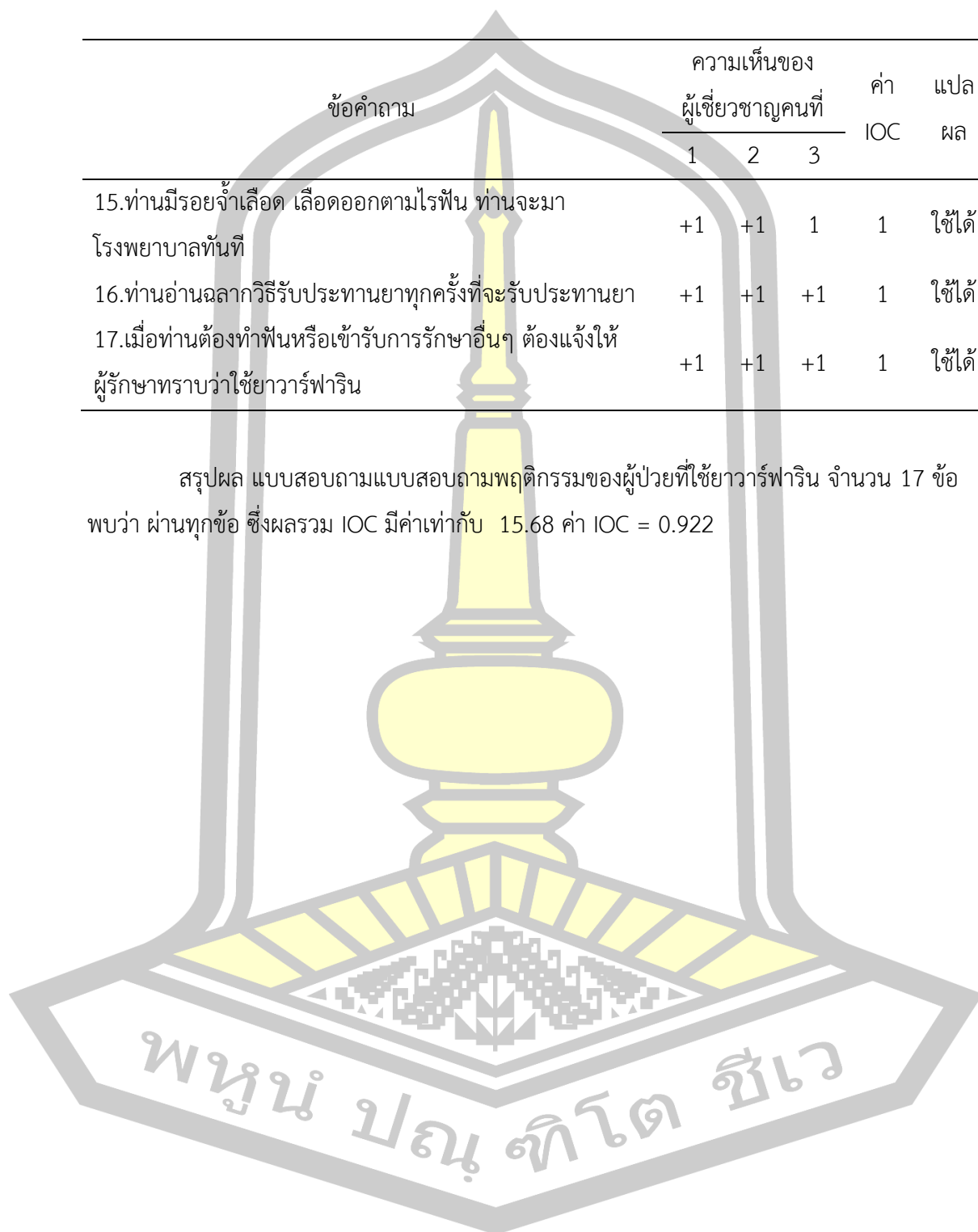
ตาราง 46 แสดงค่า IOC ของผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามพฤติกรรมของ
ผู้ป่วยที่ใช้ยารักษา

ข้อคำถาม	ความเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญคนที่			ค่า IOC	แปล ผล
	1	2	3		
1. ข้าวปั้นขาว เป็นอาหารที่ท่านรับประทานในแต่ละวัน	+1	+1	0	0.67	ใช้ได้
2. ผลไม้ที่ท่านรับประทาน ได้แก่ มะละกอสุก มะม่วงสุก แก้วมังกร มะขามหวาน ขนุน	0	+1	+1	0.67	ใช้ได้
3. ในงานเทศกาลงานบุญท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ยาตองเหล้า สาโท	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
4. เมื่อมีความเครียดท่านสูบบุหรี่	+1	0	+1	0.67	ใช้ได้
5. เวลาท่านไม่สบาย ปวดหัว ตัวร้อน ท่านจะหาซื้อยามา รับประทานเอง	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
6. ท่านรับประทานยาสมุนไพร อาหารเสริมต่างๆ	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
7. ท่านลืมนรับประทานยา	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
8. ท่านรับประทานยาในช่วงเวลาเดียวกันทุกวัน เช่น เวลาสองทุ่ม ทุกวัน	0	+1	+1	0.67	ใช้ได้
9. ท่านสังเกตสีของเม็ดยารักษา จำนวนเม็ดยา ก่อนที่จะ รับประทาน	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
10. หากยาหมดก่อนถึงวันนัด ท่านจะรีบมาโรงพยาบาลเพื่อขอรับ ยาเพิ่ม	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
11. หากมีอาการปวดศีรษะเฉียบพลัน เวียนศีรษะ หน้ามืด ชามือหรือเท้า แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ท่านจะรีบมา โรงพยาบาล	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
12. ท่านรับประทานยาแล้วเก็บยาไว้ในซองยาเดิมของโรงพยาบาล	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
13. ท่านได้รับการรักษาด้วยยาที่ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (สะโพก)	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
14. เมื่อท่านเป็นไข้ หวัด อาเจียน ท้องเสียจะแจ้งแพทย์ ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล	+1	+1	+1	1	ใช้ได้

ตาราง 46 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ความเห็นของ			ค่า IOC	แปล ผล
	ผู้เชี่ยวชาญคนที่				
	1	2	3		
15.ท่านมีรอยจำเลือด เลือดออกตามไรฟัน ท่านจะมา โรงพยาบาลทันที	+1	+1	1	1	ใช้ได้
16.ท่านอ่านฉลากวิธีรับประทานยาทุกครั้งที่จะรับประทานยา	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
17.เมื่อท่านต้องทำฟันหรือเข้ารับการรักษาอื่นๆ ต้องแจ้งให้ ผู้รักษาทราบว่าใช้ยาแวนิวฟาริน	+1	+1	+1	1	ใช้ได้

สรุปผล แบบสอบถามแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ใช้ยาแวนิวฟาริน จำนวน 17 ข้อ พบว่า ผ่านทุกข้อ ซึ่งผลรวม IOC มีค่าเท่ากับ 15.68 ค่า IOC = 0.922



ตาราง 47 แสดงค่า IOC ของผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามความพึงพอใจ
ต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ จำนวน 20 ข้อ

ข้อคำถาม	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญคนที่			ค่า IOC	แปลผล
	1	2	3		
ด้านการดำเนินงาน					
1. ท่านพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยมี ใช้ยา วาร์ ฟาริน คลินิก วาร์ ฟาริน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
2. ท่านพึงพอใจการสนับสนุนการให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย และญาติ	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
3. ท่านพึงพอใจกระบวนการทำงานร่วมกันของเจ้าหน้าที่ใน การดูแลผู้ป่วยและญาติในการจัดกิจกรรม ออกกำลังกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับยา วาร์ ฟาริน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
4. ท่านพึงพอใจในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ของผู้ป่วย และญาติในการเข้ารับการรักษา การนัด การเข้า ร่วมกิจกรรมกลุ่ม	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
ด้านกระบวนการ					
1. ท่านพึงพอใจกับการลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกไป เช่น การถามข้อมูลเดิมซ้ำๆ จากเจ้าหน้าที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ บริการที่รวดเร็วขึ้น	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
2. ท่านพึงพอใจ ต่อการรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เช่นการจัดบริการ ให้ผู้ป่วยให้ได้รับบริการในจุดเดียว เพื่อประหยัดเวลา	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
3. ท่านพึงพอใจในการจัดลำดับงานใหม่. เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับ ความสะดวกในการเข้ารับบริการ โดยไม่ต้องรอนาน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
4. ท่านพึงพอใจในการจัดรูปแบบการบริการของคลินิกใหม่. เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
ด้านการบริการ					
1. ท่านพึงพอใจต่อกิจกรรมภายในคลินิก วาร์ ฟาริน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
2. ท่านพึงพอใจ ระยะเวลารอรับยาของคลินิก	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้

ตาราง 47 (ต่อ)

ข้อความ	ความเห็นของ			ค่า IOC	แปล ผล
	ผู้เชี่ยวชาญคนที่				
	1	2	3		
3.ท่านพึงพอใจกับการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วยและญาติ	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
4.ท่านมีพึงพอใจต่อการแสดงออกถึงความสนใจ ความเอาใจใส่ในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในคลินิก	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
ด้านบุคคล					
1.ท่านมีความพึงพอใจต่อจำนวนเจ้าหน้าที่มาให้บริการอย่างเพียงพอกับความต้องการ	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
2.ท่านพึงพอใจต่อการแสดงออกถึงความเต็มใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
3.ท่านมีความพึงพอใจต่อทักษะและความรู้ ของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
4.ท่านมีความพึงพอใจต่อเภสัชกรประจำคลินิกวารสารพารินในการให้ความรู้และช่วยแก้ปัญหาของผู้ป่วยและญาติ	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
ด้านผลการดำเนินงาน					
1.ท่านพึงพอใจในสถานที่ให้บริการคลินิกวารสารพารินเหมาะสม สะดวก สะอาด	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
2.ท่านพึงพอใจกับความรู้เรื่องการไ้ยาที่ได้รับและสามารถนำไปปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
3.การให้บริการ คลินิกวารสารพาริน โรงพยาบาลบุญทริก อำเภอบุณฑริก สามารถตอบสนองความต้องการของท่านระดับใด	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
4.ท่านพึงพอใจต่อการให้การให้บริการโดยรวมของคลินิกวารสารพาริน โรงพยาบาลบุญทริกอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้

สรุปผล แบบสอบถามความพึงพอใจการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกวารสารพาริน จำนวน 20 ข้อ พบว่า ผ่านทุกข้อ ซึ่งผลรวม IOC มีค่าเท่ากับ 20 ค่า IOC = 1.0

ผลการวิเคราะห์ ค่า Reliability

ความเชื่อมั่นการวัดความรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Reliability) ด้วยวิธี Kuder-Richardson (KR-20) ในส่วนของการประเมินการมีส่วนร่วม การประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัว และการประเมินความพึงพอใจ ที่มีมาตราวัดแบบ Rating Scale ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ต้องมากกว่า 0.75 ดังนี้

กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารพาริน) แบบทดสอบความรู้ด้านยารพารินและแนวทางในการจัดการยารพารินคลินิก ยารพารินโรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ค่า Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.83

Reliability

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ข้อ1	9.87	16.809	.223	.832
ข้อ2	10.27	15.857	.458	.820
ข้อ6	10.40	16.731	.282	.829
ข้อ8	10.53	17.292	.227	.830
ข้อ9	9.60	17.834	.000	.833
ข้อ11	9.80	15.959	.526	.818
ข้อ12	10.10	15.403	.544	.815
ข้อ13	9.97	15.895	.435	.822
ข้อ14	9.80	16.441	.372	.825
ข้อ16	10.40	15.559	.658	.811
ข้อ18	10.13	16.533	.253	.832
ข้อ19	10.13	15.016	.651	.809
ข้อ22	9.80	15.959	.526	.818
ข้อ23	10.27	16.340	.326	.827
ข้อ24	10.07	15.926	.408	.823
ข้อ25	9.80	16.441	.372	.825
ข้อ27	10.40	15.559	.658	.811
ข้อ29	10.27	15.651	.515	.817
ข้อ30	10.07	15.375	.553	.815
ข้อ7	9.73	18.202	-.185	.844

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.831	20

ภาพประกอบ 9 แสดงค่า Reliability ของแบบทดสอบความรู้ด้านยารพารินและแนวทางในการจัดการยารพารินคลินิก ยารพารินโรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาล
บุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.99

Reliability

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.996	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ส่วนรวมข้อ1	43.60	466.731	.952	.996
ข้อ2	43.40	459.834	.961	.996
ข้อ3	43.47	462.051	.970	.996
ข้อ4	43.60	465.628	.975	.996
ข้อ5	43.53	462.740	.968	.996
ข้อ6	43.53	467.154	.926	.996
ข้อ7	43.40	462.455	.953	.996
ข้อ8	43.53	465.361	.963	.996
ข้อ9	43.53	464.947	.972	.996
ข้อ10	43.53	473.499	.959	.996
ข้อ11	43.33	463.402	.974	.996
ข้อ12	43.40	466.731	.962	.996
ข้อ13	43.40	464.110	.966	.996
ข้อ14	43.33	466.023	.970	.996
ข้อ15	43.33	463.816	.966	.996
ข้อ16	43.53	473.637	.955	.996
ข้อ17	43.47	472.947	.954	.996
ข้อ18	43.40	466.731	.962	.996
ข้อ19	43.33	466.023	.970	.996
ข้อ20	43.27	463.099	.977	.996

ภาพประกอบ 10 แสดงค่า Reliability ของแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ
บริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาล
บุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.98

Reliability

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.980	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ความพึงพอใจข้อ1	59.47	356.947	.746	.979
ข้อ2	59.53	357.085	.783	.979
ข้อ3	59.47	356.947	.746	.979
ข้อ4	59.40	355.007	.761	.979
ข้อ5	59.47	348.533	.819	.979
ข้อ6	59.40	352.938	.730	.980
ข้อ7	59.07	344.754	.816	.979
ข้อ8	58.80	353.683	.693	.980
ข้อ9	59.00	352.276	.784	.979
ข้อ10	58.93	353.030	.905	.978
ข้อ11	59.00	349.379	.901	.978
ข้อ12	58.87	352.533	.906	.978
ข้อ13	58.93	348.478	.820	.979
ข้อ14	58.93	346.961	.855	.978
ข้อ15	58.93	350.823	.904	.978
ข้อ16	58.80	352.579	.897	.978
ข้อ17	59.00	346.759	.915	.978
ข้อ18	58.93	346.685	.904	.978
ข้อ19	58.87	349.223	.934	.978
ข้อ20	59.00	346.759	.915	.978

ภาพประกอบ 11 แสดงค่า Reliability ของแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพ
บริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน (ผู้ป่วยที่ใช้อยาวาร์ฟาริน/ญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้อยาวาร์ฟาริน)

แบบทดสอบความรู้ด้านยาวาร์ฟาริน และด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ใช้อยาวาร์ฟาริน
ค่า Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.82

Reliability

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.816	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
K1	14.2667	13.444	.736	.792
K3	14.5333	14.051	.303	.813
K4	14.6667	14.575	.154	.822
K5	14.2667	14.685	.236	.814
K6	14.2667	14.685	.236	.814
K7	14.2000	14.648	.369	.810
K8	14.2667	13.444	.736	.792
K9	14.4667	13.499	.483	.802
K13	14.2667	13.444	.736	.792
K14	14.4667	13.499	.483	.802
K15	14.4667	14.740	.125	.823
K16	14.4667	13.499	.483	.802
K17	14.2667	13.444	.736	.792
K18	14.5333	13.913	.341	.811
K19	14.2667	14.685	.236	.814
K20	14.3333	14.023	.407	.806
K21	14.4000	14.317	.267	.814
K23	14.2667	13.444	.736	.792
K24	14.3333	14.989	.088	.822
K25	14.5333	14.189	.265	.815

ภาพประกอบ 12 แสดงค่า Reliability ของแบบทดสอบความรู้ด้านยาวาร์ฟาริน และด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ใช้อยาวาร์ฟาริน

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้นายแพทย์พารินต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ
คลินิกนารีพาริน โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค
เท่ากับ 0.90

Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.902	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ความพึงพอใจข้อ1	75.0667	94.685	.335	.903
ข้อ2	75.0000	94.483	.416	.901
ข้อ3	75.2667	88.064	.722	.892
ข้อ4	75.0000	88.552	.675	.894
ข้อ5	74.8667	91.154	.668	.895
ข้อ6	75.2000	100.028	.016	.914
ข้อ7	75.2000	100.166	.100	.906
ข้อ8	75.4000	95.697	.287	.904
ข้อ9	75.2000	90.372	.547	.897
ข้อ10	75.3333	91.954	.680	.895
ข้อ11	75.4000	90.455	.607	.896
ข้อ12	75.3333	89.471	.529	.898
ข้อ13	75.2667	91.926	.612	.896
ข้อ14	74.6667	90.299	.678	.894
ข้อ15	75.0667	89.444	.594	.896
ข้อ16	74.8000	91.338	.633	.895
ข้อ17	75.0667	88.064	.735	.892
ข้อ18	75.0667	91.789	.640	.895
ข้อ19	75.1333	89.361	.773	.892
ข้อ20	74.9333	93.168	.649	.896

ภาพประกอบ 13 แสดงค่า Reliability ของแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้นายแพทย์พาริน
ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกนารีพาริน โรงพยาบาลบุญทริก
จังหวัดอุบลราชธานี

แบบสอบถามความรู้ด้านยารักษาโรค และด้านการปฏิบัติตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้
ยารักษาโรค ค่า Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.81

Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.807	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
K1	12.4667	15.154	.304	.802
K2	12.7333	14.133	.457	.793
K4	12.8667	15.430	.101	.816
K5	12.7333	15.651	.049	.819
K6	12.7333	13.306	.698	.777
K7	12.3333	16.092	.000	.809
K9	12.4667	14.740	.464	.795
K10	12.6000	15.007	.253	.805
K11	12.8667	13.637	.586	.784
K12	12.3333	16.092	.000	.809
K13	12.6667	13.609	.637	.782
K14	12.7333	13.306	.698	.777
K15	12.9333	13.857	.535	.788
K17	13.0000	14.483	.378	.798
K18	12.9333	15.926	-.021	.823
K19	12.6000	13.076	.865	.768
K21	12.5333	14.878	.334	.800
K22	12.8667	15.292	.137	.814
K23	12.4000	15.007	.519	.796
K24	12.5333	14.740	.380	.798

ภาพประกอบ 14 แสดงค่า Reliability ของแบบสอบถามความรู้ด้านยารักษาโรค และด้านการปฏิบัติตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรค

แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารพารินต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกยารพาริน โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81

Reliability

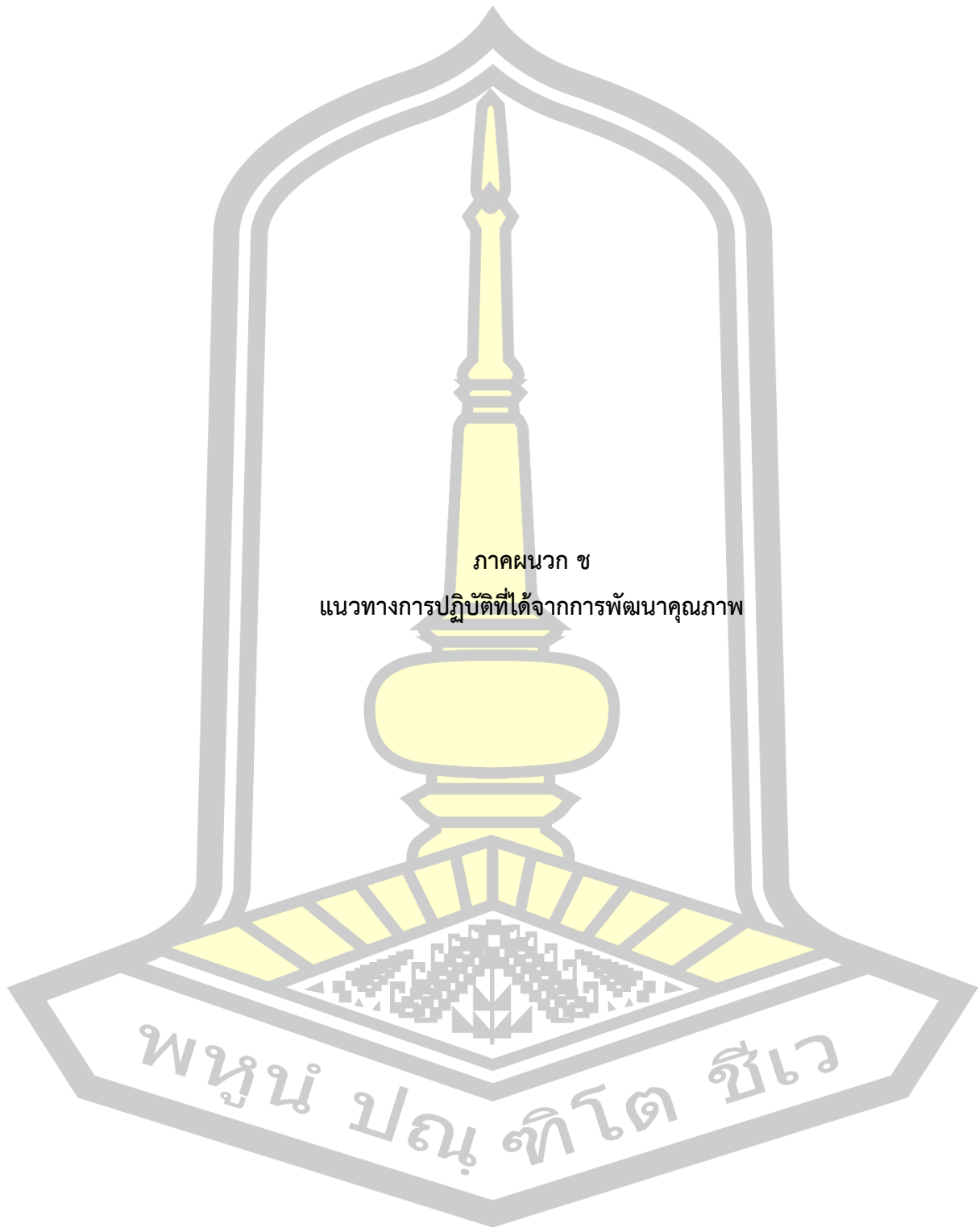
Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.813	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
พึงพอใจข้อ 1	60.2759	49.350	.426	.802
พึงพอใจข้อ 2	60.0690	51.567	.257	.811
พึงพอใจข้อ 3	60.7586	50.975	.284	.810
พึงพอใจข้อ 4	60.7586	49.118	.483	.800
พึงพอใจข้อ 5	60.8966	48.810	.434	.802
พึงพอใจข้อ 6	60.7241	49.278	.421	.803
พึงพอใจข้อ 7	60.6897	48.293	.563	.795
พึงพอใจข้อ 8	60.5862	48.966	.405	.804
พึงพอใจข้อ 9	60.4828	47.544	.556	.794
พึงพอใจข้อ 10	60.6207	49.244	.415	.803
พึงพอใจข้อ 11	60.6897	46.579	.614	.790
พึงพอใจข้อ 12	60.2759	50.635	.398	.804
พึงพอใจข้อ 13	60.4828	52.616	.190	.814
พึงพอใจข้อ 14	60.6552	51.591	.262	.811
พึงพอใจข้อ 15	60.6207	51.101	.299	.809
พึงพอใจข้อ 16	60.3103	51.150	.315	.808
พึงพอใจข้อ 17	60.5172	51.259	.377	.806
พึงพอใจข้อ 18	60.3103	51.222	.424	.804
พึงพอใจข้อ 19	60.5172	52.401	.162	.817
พึงพอใจข้อ 20	60.5172	50.687	.312	.809

ภาพประกอบ 15 แสดงค่า Reliability ของแบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารพารินต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกยารพาริน โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี



ภาคผนวก ช

แนวทางการปฏิบัติที่ได้จากการพัฒนาคุณภาพ

พหุ ประ โท ชี เว

ผู้ป่วย			
	ผู้ป่วยรายเก่ามีบัตร ประจำตัวผู้ป่วยที่ไชยวาร์ ฟารินติดกับบัตร โรงพยาบาล	ผู้ป่วยรายใหม่มีใบส่งตัว หรือสมุด ประจำตัวไชยวาร์ฟาริน	
1.จุดบริการคัดกรองโดย พยาบาลคัดกรอง			
Keyword marker มีเลือดออกผิดปกติ มีแขนขาอ่อนแรง ปวดหัวมาก หรือไม่			
อาการผิดปกติ ส่ง ER			
	ภาวะเลือดออกรุนแรง	ภาวะลิ่มเลือดอุดตันชนิดรุนแรง	อาการผิดปกติทางสมอง
	1.มีถ่ายดำ 2.มีปัสสาวะเป็นเลือด 3.มีอาเจียนเป็นเลือด 4. มีเลือดออกผิดปกติ	1.มีแขนขาอ่อนแรง 2.มีปากเบี้ยว 3.มีพูดไม่ชัด พูดลำบาก 4.มีวิงเวียน เดินเซ มองภาพซ้อน	1.มีปวดศีรษะรุนแรง 2.มีแขนขาอ่อนแรง 3. มีPupil ผิดปกติ 4.มี Neuro sign
	Notify แพทย์/ ส่งตรวจ INR	- Notify แพทย์	Notify แพทย์/ - ส่งตรวจ INR
	แนวทางในการจัดการกรณี INR $\geq 5 \pm$ Bleeding จาก ยา warfarin	Consult CVT /OPD CVT หรือ Fast Track : 045-240084 หรือ 045-244973 ต่อ 1655	INR ≥ 4 หยุดยวาร์ฟาริน การรักษา vit. K 30 mg /FFP -consult ICU Neuro 1 045-244973*ต่อ -1311
2.จุดบริการห้องบัตร			
3.จุดบริการห้องชันสูตร			
4.จุดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง			
4.1 ชั่งน้ำหนัก			
4.2 วัดความดันโลหิต			
5.จุดบริการคลินิกวาร์ฟาริน			
	กิจกรรมกลุ่ม		
	1. กิจกรรมออกกำลังกาย		
	2. กิจกรรมให้ความรู้เรื่องยวาร์ฟาริน และความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว		
	3.กิจกรรมสนทนากลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติ		
	กิจกรรมรายบุคคลโดยเภสัชกรประจำคลินิก		
	การให้บริบาลทางเภสัชกรรมโดยเภสัชกรประจำคลินิก		
	1.ให้ข้อมูลเรื่องเป้าหมายในการรักษาของผู้ป่วย		
	2. แจ้งผลการรักษา ค่า INR ที่ตรวจได้		
	3.ประเมินการใช้ยา และช้กประวัติเกี่ยวกับ		

ภาพประกอบ 16 ขั้นตอนการให้บริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุษราคัม

5.จุดบริการคลินิกวาร์ฟาริน (ต่อ)			
	3.1 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากยา		
	3.2 ขนาดยาที่รับประทาน วิธีรับประทาน การลืมรับประทาน		
	3.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ยา และการเจ็บป่วย		
	ค่า INR ของผู้ป่วย		
	ค่า INR อยู่ในช่วงการรักษา	ค่า INR อยู่นอกช่วงการรักษา	
ค่า INR	(2-3) / (2.5-3.5)	น้อยกว่า 2 / น้อยกว่า 2.5	มากกว่า 3 / มากกว่า 3.5
สัญญาณไฟ	สีเขียว	สีเหลือง	สีแดง
	เภสัชกรพิจารณาให้ยาตาม คำสั่งเดิมของแพทย์	เภสัชกรเสนอแนวทางการปรับขนาดยาและวิธีการบริหารยาในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อเสนอแพทย์พิจารณาตามแนวทางการปรับเปลี่ยนขนาดยาวาร์ฟาริน (แบบเสนอทางการปรับเปลี่ยนขนาดยาวาร์ฟาริน)	
	พยาบาลคลินิก	พยาบาลคลินิก	
	ลงข้อมูลการให้บริการและ RMYAเดิมในระบบ	ลงข้อมูลการให้การซักประวัติจากแบบเสนอทางการปรับเปลี่ยนขนาดยาวาร์ฟาริน) ในระบบบริการ	
		พบแพทย์	
6. จุดบริการห้องยา		6. จุดบริการห้องยา	
	6.1 ตรวจสอบความถูกต้องใบสั่งยา	6.1 ตรวจสอบความถูกต้องใบสั่งยา	
	6.2 กระบวนการจัดยา	6.2 กระบวนการจัดยา ตะกร้าแดงจัดก่อน	
	ตะกร้าแดงจัดก่อน	6.3.ตรวจสอบความถูกต้อง	
	6.3.ตรวจสอบความถูกต้อง	6.4 จุดให้คำปรึกษาจ่ายยาโดยเภสัชกรประจำคลินิกวาร์ฟาริน	
	...6.4 จ่ายยาโดยเภสัชกร	- ทบทวนและประเมินความถูกต้องของใบสั่งยาจากแพทย์	
	ประจำคลินิกพิเศษ	- ออกตารางการรับประทานยาให้ผู้ป่วย	
		- อธิบายวิธีการรับประทานยา	
7.กลับบ้าน			

ภาพประกอบ 16 ขั้นตอนการให้บริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพุทธทศกิติเวช (ต่อ)

พูนุ ปรณ ทิโต ชีเว

แนวปฏิบัติการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากยาวาร์ฟาริน

แนวทางในการจัดการกรณี INR >5 ± Bleeding จากยา warfarin

จุดคัดกรอง

คลินิกวาร์ฟาริน

ชื่อ -สกุล.....

HN..... BP..... PR.....

RR.....

ผลINR/PT.....

อาการและอาการแสดง.....

Major bleeding

มีเลือดออกผิดปกติ

อาเจียนเป็นเลือด

การรักษา

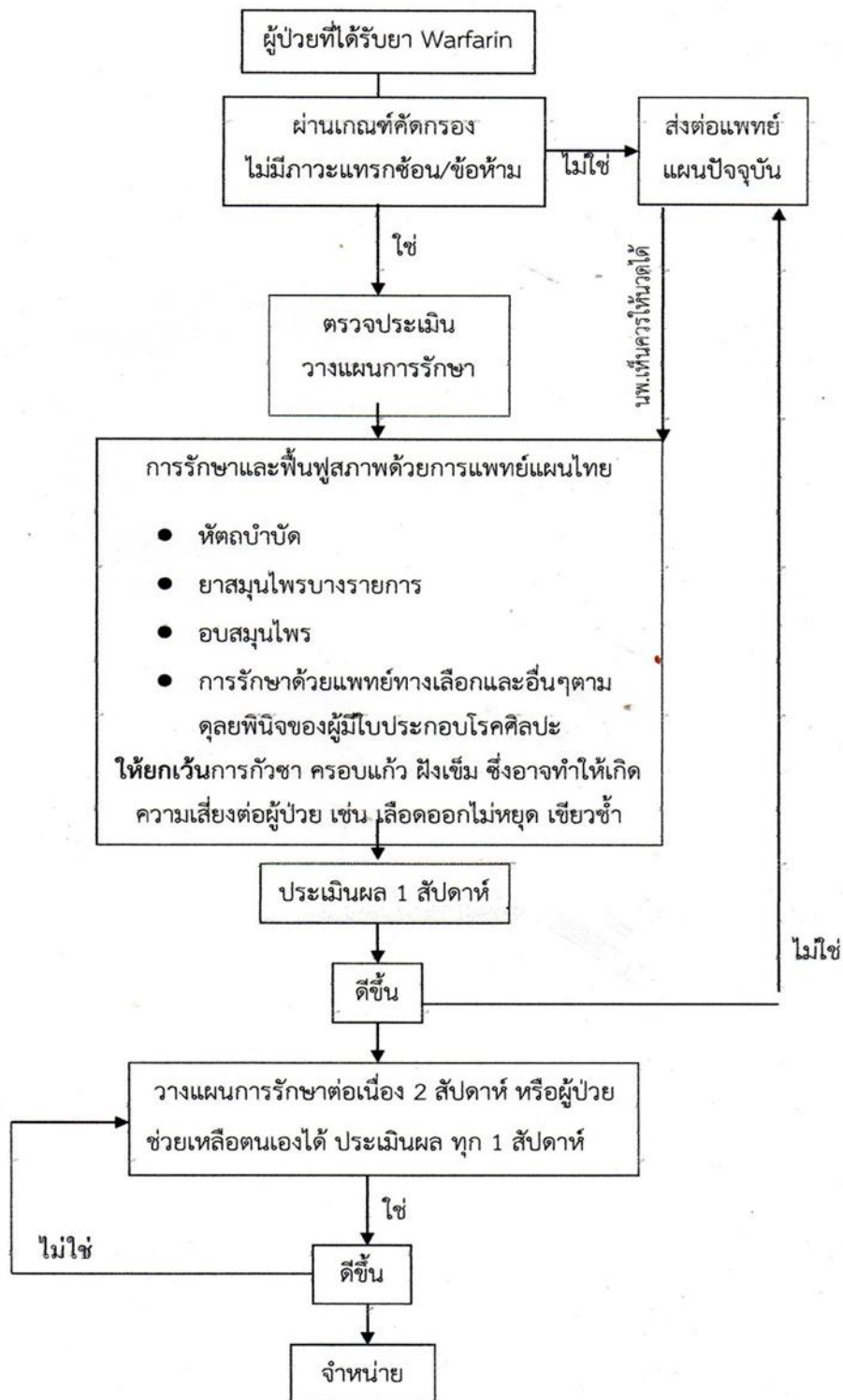
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INR 5.0 - 8.9 no bleeding	≥ 9.0 no bleeding	Major bleeding with any INR
หยุดยา	หยุดยา	หยุดยา
ให้ Vit. K ₁ 1-2.5mg orally 1dose	ให้ Vit K ₁ 2.5-5 mg orally 1 dose	ให้ Vit K ₁ 10 mg iv slow :Nss 10ml
พิจารณา Admit เป็นรายๆตามความเสี่ยง	Admit	Consult NODE
F/U for INR 48 hr	INR 48 hr	Refer
ปรับลดขนาดยา 20 %	ปรับลดขนาดยาตาม ความเหมาะสม	

ผู้รายงานแพทย์.....เวลา.....วปด.....

แพทย์ ผู้รับ Consult.....เวลา.....วปด.....

ภาพประกอบ 17 แนวทางปฏิบัติการจัดการภาวะแทรกซ้อนจากยาวาร์ฟาริน

แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin ด้วยการแพทย์แผนไทย



ภาพประกอบ 18 แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟาริน ด้วยการแพทย์ไทย

เกณฑ์การคัดกรองงานแพทย์แผนไทย

- 1) ผู้ป่วยที่รับประทานยา Wafarin จะต้องไม่มีรอยฟกช้ำ ภาวะเลือดออกตามไรฟันถ่ายเป็นเลือด
- 2) ค่า INR ผู้ป่วยอยู่ในช่วง 2.0 – 3.0
- 3) ไม่มีอาการแทรกซ้อนหรือข้อห้าม ดังนี้
 - (1) กรณีมีไข้สูงเกินกว่า 37.5 องศาเซลเซียส หรือโรคติดเชื้อเฉียบพลัน
 - (2) บริเวณที่มีกระดูกแตกหัก ปริ ร้าวที่ยังไม่ติดดี
 - (3) โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ที่ยังควบคุมอาการให้เป็นปกติไม่ได้ ความดันโลหิตสูงที่มีค่า systolic pressure (ตัวบน) สูงกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg และหรือ diastolic pressure (ตัวล่าง) สูงกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg ที่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น ปวดศีรษะ หรือคลื่นไส้อาเจียน
 - (4) ชีพจร มากกว่า 100 ครั้ง/นาที หรือ น้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที
 - (5) บริเวณที่เป็นแผลเปิด หรือแผลเรื้อรัง หรือบริเวณที่มีรอยโรคผิวหนังที่สามารถติดต่อกับ
 - (6) โรคติดต่อในระยะแพร่เชื้อ
 - (7) บริเวณที่มีการบาดเจ็บภายใน 48 ชั่วโมง
 - (8) บริเวณที่เป็นมะเร็ง
 - (9) บริเวณที่ผ่าตัดภายในระยะเวลา 1 เดือน
 - (10) บริเวณหลอดเลือดดำอักเสบ (Deep Vein Thombosis (DVT))
 - (11) กระดูกพรุนรุนแรง
 - (12) โรคติดเชื้อเฉียบพลัน

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

แนวทางในการทำกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่รับประทานยา Warfarin

ซักประวัติ/คัดกรองอาการเลือดออกผิดปกติ

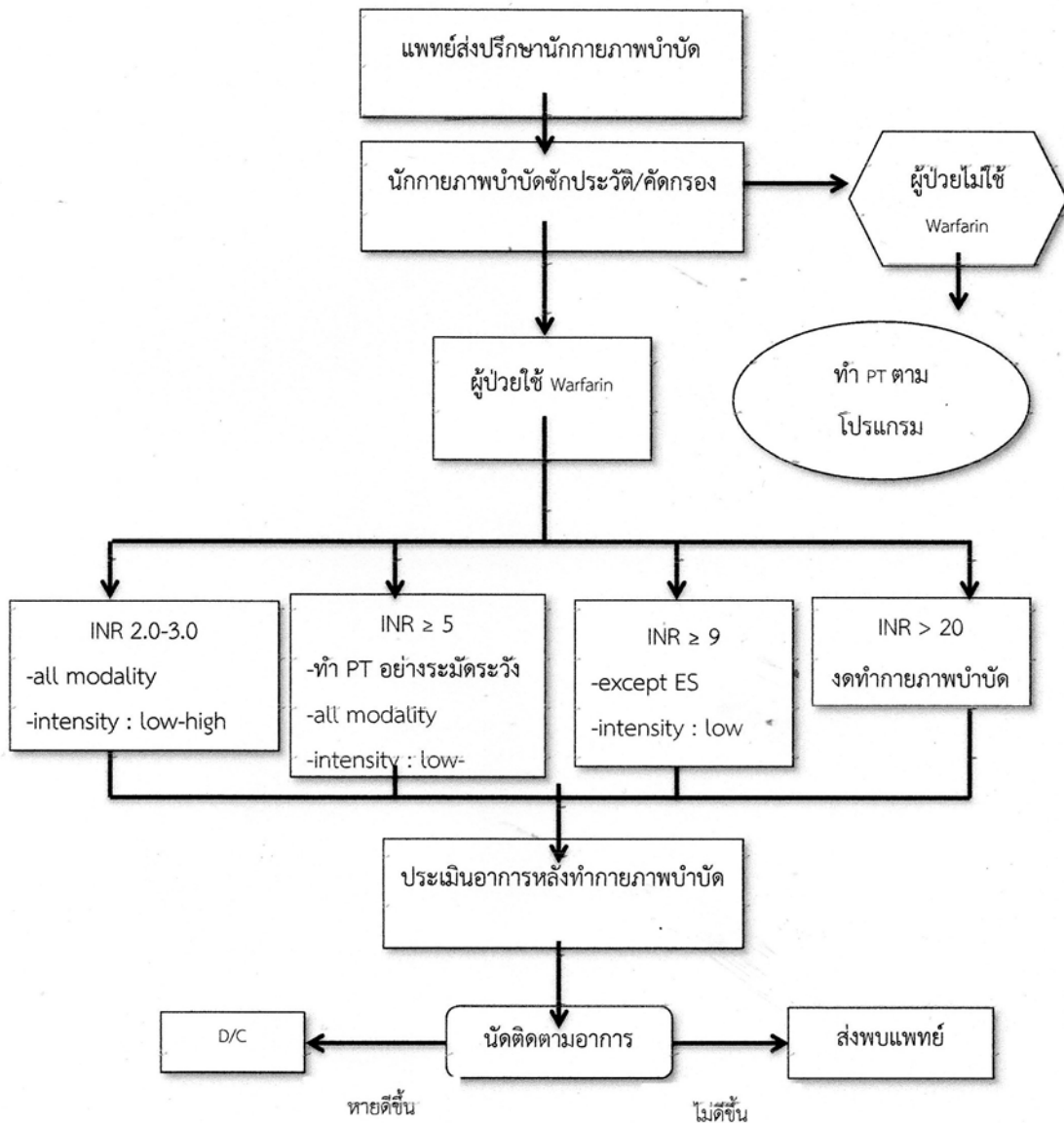
- 1) เลือดออกตามไรฟัน
- 2) มีรอยช้ำจำนวนมากตามตัว
- 3) เลือดกำเดาไหล
- 4) ไอเป็นเลือด อาเจียนเป็นเลือด
- 5) มีประจำเดือนออกมากผิดปกติ
- 6) ปัสสาวะ อุจจาระเป็นเลือด หรือมีสีดำ
- 7) มีบาดแผลแล้วเลือดออกมาก
- 8) เป็นจ้ำเลือดตามตัว

ซักประวัติ/คัดกรองอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งแพทย์หรือเภสัชกรให้ทราบ

- 1) ปวดศีรษะเฉียบพลัน
- 2) แขนขาบวม
- 3) เวียนศีรษะ หน้ามืด
- 4) หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก
- 5) รู้สึกเพลียหรือเหนื่อยผิดปกติ
- 6) ท้องเสีย
- 7) ไข้หลายวัน/เบื่ออาหาร

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

Flow chart



ภาพประกอบ 19 ขั้นตอนในการให้บริการกายภาพบำบัดในผู้ป่วยที่ใช้ยาตัวฟาร์วารี



แนวทางปฏิบัติในการให้บริการทางทันตกรรม สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin

คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin ก่อนทำหัตถการในช่องปากและฟัน
ในกรณีที่ค่า INR ของผู้ป่วยยังไม่คงที่ ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจค่า INR ก่อนนัดทำหัตถการ 24 ชม.
ในกรณีที่ค่า INR ของผู้ป่วยค่อนข้างคงที่ตรวจค่า INR ล่วงหน้าได้อย่างน้อย 72 ชั่วโมง

- 1) กรณีที่ได้รับการทำหัตถการในช่องปากและฟันชนิดไม่รุกราน ไม่จำเป็นต้องหยุดยา
- 2) กรณีที่ได้รับการทำหัตถการในช่องปากและฟันที่เป็น Minor dental procedure

American College of Chest Physicians (ACCP) 2012 แนะนำแนวทางปฏิบัติ 2 แนวทาง คือ

(1) ให้ใช้ยา Warfarin ต่อไป โดยให้ร่วมกับ Oral Hemostatic Agent เช่น 5% Tranexamic Acid Mouthwash (เตรียมโดย นำ Tranexamic Capsule 250 mg จำนวน 2 เม็ด ละลายในน้ำ 10 มิลลิลิตร หรือ Tranexamic Acid Injection 250 mg/5 ml จำนวน 2 amp) อมกลั้วปากนาน 2 นาทีแล้วบ้วนทิ้ง วันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 2 วันหลังทำหัตถการ และในขณะที่ทำหัตถการ ให้ใช้มาตรการห้ามเลือดเฉพาะที่ เช่น ใช้ Oxidized Cellulose หรือ Collagen Sponge หรือ Resorbable Gelatinsponge แล้วเย็บแผลกักก๊อช 15-30 นาที (ในขั้นตอนการเย็บแผล หากใช้ไหมละลายขนาดเล็กจะมี plaque เกาะที่บริเวณแผลน้อยกว่า)

(2) พิจารณาหยุดใช้ยา Warfarin ก่อนทำหัตถการ 2-3 วัน

3) กรณีที่ได้รับการทำหัตถการในช่องปากที่เป็น Moderate and Major Dental Procedure ควรหยุดใช้ Warfarin เป็นเวลา 5 วันก่อนทำหัตถการ และประเมินความเสี่ยงในการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน ดังตารางที่ 2 เพื่อประเมินความจำเป็นของการให้ Bridging Anticoagulant ต่อไป

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

แบบเสนอปรับเปลี่ยนขนาดยารวาร์ฟาริน
คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุญศรี

Warfarin NO.....

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....HN.....วปด.....

ผล PT/INRTraget INR.....

วินิจฉัยโรค.....โรคร่วม.....

อาการ/อาการแสดง.....

.....

ผลเลือด

INR อยู่ในช่วงการรักษา - RM ยาเดิม - นัด 1 เดือน 2 เดือน (INR ปกติ 3 นัดต่อกัน)

INR นอกช่วงเป้าหมาย						
สาเหตุ	การจัดการ (INR2-3)			การจัดการ (INR2.5-3.5)		
	RM	ปรับเพิ่ม ขนาดยา	ปรับลด ขนาดยา	RM	ปรับเพิ่ม ขนาดยา	ปรับลด ขนาดยา
<input type="radio"/> ใช้		$0 < 1.5 / (10-20\%)$	$03.1-3.9 / (5-10\%)$		$0 < 1.5 / (10-20\%)$	$03.6-4.4 / (5-10\%)$
<input type="radio"/> โรคร่วม		$01.5-1.9 / (5-10\%)$	$04.0-4.9 / (10-20\%)$		$01.5-2.4 / (5-10\%)$	$04.5-4.9 / (10-20\%)$
<input type="radio"/>						
<input type="radio"/> พฤติกรรมบริโภค						
<input type="radio"/> ไม่พบสาเหตุ						
INR นอกช่วงเป้าหมาย $INR \geq 5$ ให้การรักษาตามแนวทางในการจัดการกรณี $INR \geq 5 \pm$ Bleeding						
<input type="radio"/> 5.0 - 8.9 no bleeding						
1.Vit. K ₁ 1-2.5mg orally 1dose 2. หยุดยา 2 วัน 3. Admitตามความเสี่ยง 4. F/U for INR 48 hr 5.ปรับลดยาลง 20 %						
<input type="radio"/> ≥ 9.0 no bleeding						
1.Vit K ₁ 2.5-5 mg orally 1 dose 2.หยุดยา 3. Admit 4. INR 48 hr 5.ปรับลดขนาดยาลงตามความเหมาะสม						
<input type="radio"/> Major bleeding with any INR						
1.Vit K ₁ 10 mg iv slow :Nss 10ml 2. หยุดยา 3. Consult NODE 4. Refer						

สรุป

.....

.....

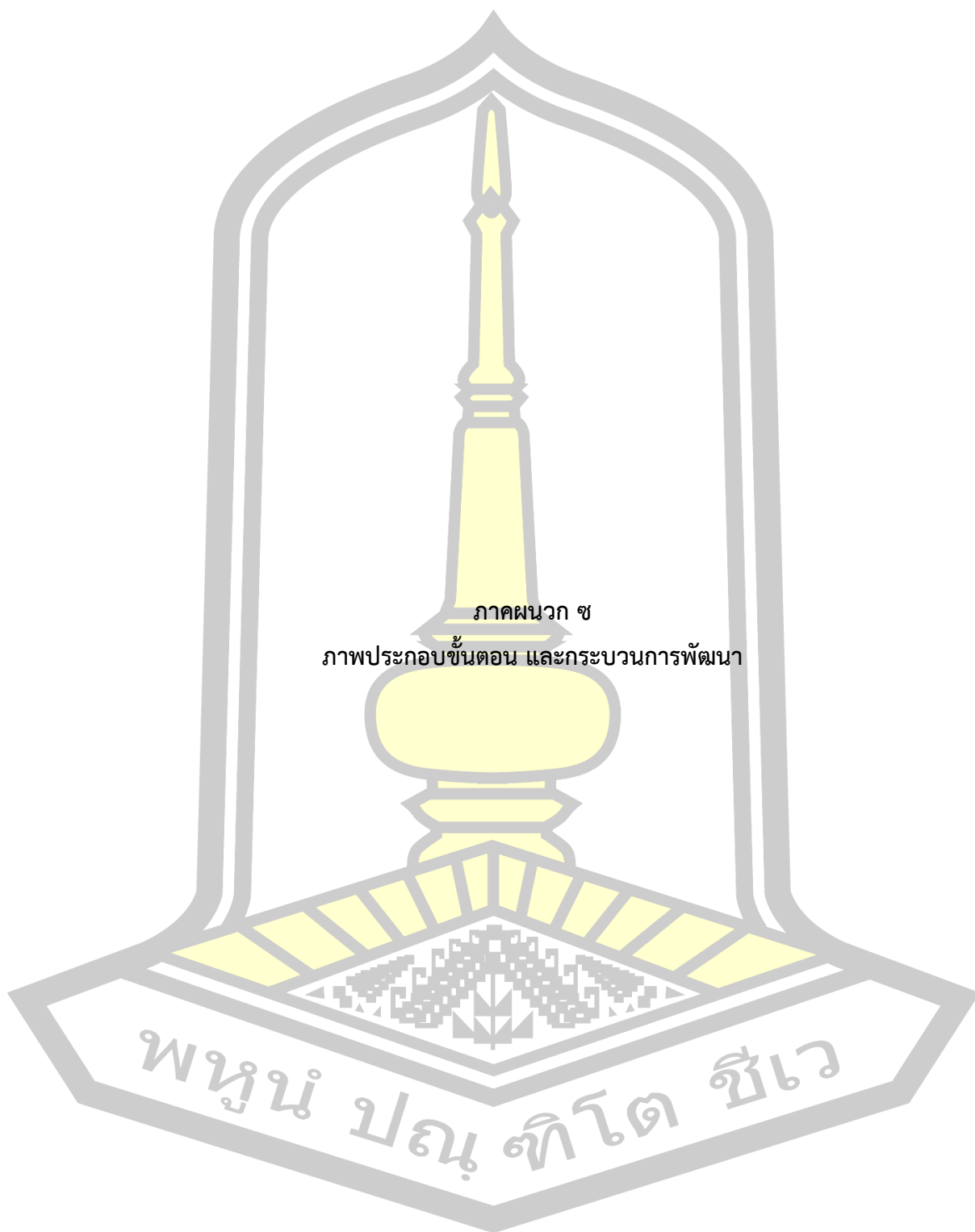
Intervention.....

.....

ความเห็นแพทย์.....

.....

แพทย์.....



ภาคผนวก ซ

ภาพประกอบขั้นตอน และกระบวนการพัฒนา

พหุ ประทีป ชีวะ

ขั้นที่ 1 วางแผน (Planning)



1 การศึกษารวบรวมข้อมูล



2 แต่งตั้งคณะทำงาน/คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย



3 การวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน



4 วางแผนในการดำเนินงาน

ภาพประกอบ 21 ขั้นที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action)

5. การดำเนินงานตามระบบบริการใหม่



1. จุดคัดกรอง



2. จุดบริการห้องบัตร



3. จุดบริการห้องชันสูตร



4. จุดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง



กิจกรรมออกกำลังกาย



5. จุดบริการคลินิกการฟาริน

ภาพประกอบ 22 ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) การดำเนินงานตามระบบบริการใหม่



ภาพประกอบ 22 (ต่อ) ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) การดำเนินงานตามระบบบริการใหม่



ภาพประกอบ 22 (ต่อ) ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) การให้ความรู้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล

ขั้นที่ 3 ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation)

6. การสังเกต และติดตาม



สังเกตจากแบบสอบถามในงานวิจัย
สังเกตในขั้นตอนก่อน ระหว่าง หลังการดำเนินงาน

ภาพประกอบ 23 ขั้นที่ 3 ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation) การติดตาม และสังเกต

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

7. ร่วมประเมินผล และถอดบทเรียน



ภาพประกอบ 24 ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) การประเมิน และถอดบทเรียน

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวรุจิรา บุตรจันทร์
วันเกิด	วันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2520
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ประเทศไทย
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 399/92 ถนนอุบลตระการ ตำบลไรร้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	เภสัชกรชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลบุณฑริก อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34230
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2536 มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนนารีนุกูล อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2559 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราช อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2544 ปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต (ภ.บ.) มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2561 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปรุ ทิโต ชีเว