

## บทที่ 4

### บริบทของสถานที่ศึกษา

#### 1. สภาพพื้นที่

ในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น รายละเอียดของสภาพที่ตั้ง มีดังนี้

##### 1.1 สภาพทั่วไป

โรงพยาบาลขอนแก่นตั้งอยู่เลขที่ 54, 56 หมู่ที่ 4 ถนนศรีจันทร์ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น มีเนื้อที่ทั้งหมดประมาณ 49 ไร่ 2 งาน เริ่มก่อตั้งปี พ.ศ. 2490 โดยความร่วมมือของคณะกรรมการอำเภอ คณะกรรมการจังหวัด และบรรดาพ่อค้าประชาชนในจังหวัดขอนแก่น และได้เปิดให้บริการอย่างเป็นทางการในวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2549 มีเตียงรับผู้ป่วย 25 เตียง มีแพทย์ 2 คน และพยาบาลวิชาชีพ 2 คน โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนในจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดใกล้เคียง ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้สุขภาพอนามัยแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ และประชาชนทั่วไป นอกจากนี้การให้บริการด้านสุขภาพอนามัย โรงพยาบาลขอนแก่น ยังเป็นสถาบันที่ให้การศึกษาและฝึกอบรมแก่นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขากว่า 10 สถาบัน นอกจากนี้ยังได้สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาศักยภาพในการบริการอันจะเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน ผู้รับบริการ และเกิดความพึงพอใจในการรับบริการ

ในปัจจุบัน โรงพยาบาลขอนแก่น มีเตียงผู้ป่วย 867 เตียง มีหอผู้ป่วย 41 หอผู้ป่วย มีบุคลากรรวมทั้งสิ้น 2,097 คน จำแนกเป็น

ข้าราชการ	933	คน	คิดเป็นร้อยละ	47.35
ลูกจ้างประจำ	340	คน	คิดเป็นร้อยละ	16.21
ลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง	743	คน	คิดเป็นร้อยละ	35.43
ลูกจ้างชั่วคราวรายครบ	9	คน	คิดเป็นร้อยละ	0.43
พนักงานราชการ	12	คน	คิดเป็นร้อยละ	0.57

หน่วยงานสนับสนุนและหอผู้ป่วย รวมทั้งสิ้น 42 หน่วยงาน 41 หอผู้ป่วย

## 2. หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2

### 2.1 ที่มาของหอผู้ป่วย

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น เดิมคือ หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท/ตกแต่ง ซึ่งก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2545 และเปลี่ยนมาเป็นหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2547 เป้าหมายเพื่อร่วมกันพัฒนาคุณภาพบริการทางด้านศัลยกรรมให้ได้มาตรฐานวิชาชีพ ขอบเขตการให้บริการ โดยให้บริการดูแลรักษาพยาบาลทางด้านศัลยกรรม ที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร ทางเดินน้ำดี ตับ ตับอ่อน ต่อมธัยรอยด์ รวมทั้งโรคในช่องท้องที่ต้องได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยแผลติดเชื้อและบาดแผลเรื้อรัง ในกลุ่มผู้ป่วยเพศชายอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งให้ความรู้ และฝึกทักษะทางด้านปฏิบัติงานของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

### 2.2 ที่ตั้ง

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 แผนกศัลยกรรม ตั้งอยู่ชั้น 3 อาคาร 5 ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขอนแก่น ให้การดูแลผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 30 เตียง แบ่งเป็นเตียงสามัญ 26 เตียง ห้องพิเศษ 4 ห้อง (ในปัจจุบันมีเตียงเสริมมากกว่า 40 เตียง) อยู่ฝั่งตรงข้ามกับหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิงอาคาร 6

### 2.3 ลักษณะทางกายภาพ

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 มีการจัดสิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ให้เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพโดย

1. จัดโครงสร้างทางกายภาพของหน่วยงานให้เอื้ออำนวยต่อการให้บริการกับผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความสะดวก ปลอดภัย สวยงาม และสร้างความประทับใจให้กับผู้ใช้บริการ
2. จัดสภาพหอผู้ป่วยให้เหมือนบ้านดูแลให้สะอาดน่าอยู่อาศัย
3. ทำความสะอาดเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ โดยกำหนดแผนการทำมาความสะอาดไว้ประจำเดือน สัปดาห์ และประจำวัน
4. จัดทำแผนการพัฒนา และปรับปรุงหน่วยงานโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย และคณะกรรมการด้านการบริการของหน่วยงาน เพื่อเสนอแผนงานเข้างบประมาณประจำปีของโรงพยาบาล
5. ตรวจสอบบำรุงรักษา และซ่อมแซมอาคารสถานที่เป็นประจำโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวร



6. จัดระบบ 5 ส. ในหน่วยงาน โดยเจ้าหน้าที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม 5 ส. เดือนละ 1 ครั้ง

7. จัดแบ่งพื้นที่ให้เป็นสัดส่วนเหมาะสมกับการใช้งานพร้อมทั้งมีความเป็นระเบียบเรียบร้อย สวยงาม โดยแบ่งพื้นที่ของหน่วยงานให้เป็นสัดส่วนในเรื่องการให้บริการ และการสนับสนุนการบริการ ดังแผนภาพที่ 3

ห้องประชุม	ห้อง Treatment	ห้องพิเศษ 3	ห้องพิเศษ 2	ห้องพิเศษ 1
ระเบียบด้านนอก ตากเครื่องมือ	ห้องรับประทานอาหารเช้า เจ้าหน้าที่	ทางเดิน	ห้องล้างเครื่องมือ	ระเบียบด้านหน้าหอผู้ป่วย
ระเบียบด้านหลังหอผู้ป่วย	LOCK 3		ห้องเตรียมยา	
	LOCK 2		ห้องทำงานพยาบาล	
	LOCK 1		ห้องหัวหน้า	
ห้องนำผู้ป่วยสามัญ				

ภาพที่ 3 แสดงแผนผังหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2

### พื้นที่ในการบริการผู้ป่วย แบ่งเป็นสัดส่วนดังนี้

- |                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|
| - เตียงสำหรับผู้ป่วยสามัญ | จำนวน 26 เตียง            |
| - ห้องพิเศษ               | จำนวน 4 เตียง             |
|                           | รวม เตียงทั้งหมด 30 เตียง |
| - ห้องสำหรับทำ Treatment  | จำนวน 1 ห้อง              |
| - ห้องอาบน้ำ              | จำนวน 2 ห้อง              |
| - ห้องส้วม                | จำนวน 4 ห้อง              |

- อ่างล้างมือ

จำนวน 2 อ่าง

พื้นที่ในการสนับสนุนบริการให้หอผู้ป่วย แบ่งเป็นสัดส่วนดังนี้

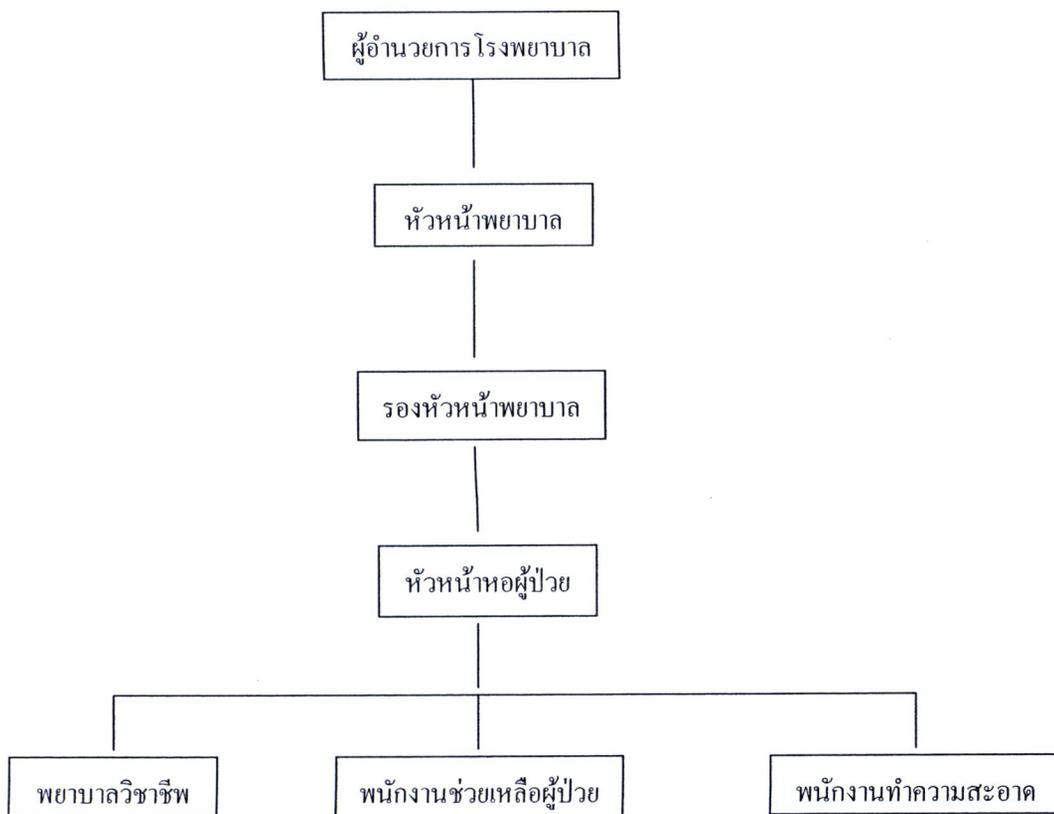
- ห้องทำงานพยาบาล / ห้องเตรียมยา / ห้องทำความสะอาดเครื่องมือ

- ตู้เก็บยา / ตู้เก็บของสะอาด / ห้องพักเจ้าหน้าที่ / ห้องประชุม

ในแต่ละล็อกจึงแบ่งตามความหนักเบาเพื่ออำนวยความสะดวกให้การดูแล โดยล็อกที่หนึ่ง (Lock1) ดูแลผู้ป่วย เพียง 1-8 จะเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีแผลหรือเป็นแผลผ่าตัดสะอาด ล็อกกลาง (Lock2) ดูแลผู้ป่วยเพียง 9-12 ซึ่งอยู่ใกล้ Nurse station มากที่สุด เพื่อความสะดวกในกรณีให้การดูแลเมื่อมีกรณีฉุกเฉิน ล็อกที่สาม (Lock3) ดูแลผู้ป่วย เพียง 13-24 และห้องพิเศษ 3 ห้องจะเป็นผู้ป่วยแผลติดเชื้อและบาดแผลเรื้อรัง

#### 2.4 การบริการ

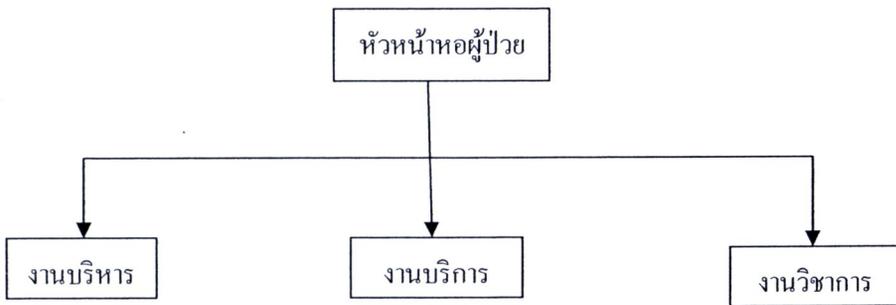
หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 ให้การดูแลรักษาพยาบาลทางด้านศัลยกรรม ที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร ทางเดินน้ำดี ตับ ตับอ่อน ต่อมธัยรอยด์ รวมทั้งโรคในช่องท้องที่ต้องได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยแผลติดเชื้อและบาดแผลเรื้อรัง นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งให้ความรู้ และฝึกทักษะในด้านปฏิบัติงานของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข โดยการจัดโครงสร้างของหน่วยงานมีสายบังคับบัญชาดังนี้



ระบบงานและกระบวนการให้บริการผู้ป่วยจะมีการทำงานเป็นแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้บริการที่มีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐานตามกระบวนการหลักให้การดูแลผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่กระบวนการเตรียมความพร้อมการประเมินและวินิจฉัยโรค การวางแผน การดูแลรักษา การประเมินผลการรักษา และกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปอยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุข

## 2.5 การบริหารภายในหน่วยงาน

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 มีการบริหารภายในหน่วยงาน ได้แก่ งานบริหาร งานบริการ และงานวิชาการ ซึ่งการจัดตั้งองค์การลักษณะนี้จะช่วยให้กลุ่มต่าง ๆ ทำงานของตน พัฒนางานในส่วนที่ตนเองรับผิดชอบ ดังนี้



**งานบริหาร** รับผิดชอบจัดทำแผนและสรุปผลงานประจำปี ตรวจสอบวัสดุ ครุภัณฑ์ และวัสดุเครื่องมือแพทย์ วางแผนงบประมาณประจำปี จัดทำแผนอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ ปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ ประชุมเพื่อแจ้งข่าวสาร และข้อมูลตลอดจนการวางแผน พัฒนางานบริการ ประเมินผลการปฏิบัติงาน

**งานบริการ** รับผิดชอบ งานดูแลสุขภาพต่อเนื่อง (CHC) งานทบทวน 12 กิจกรรม Quality Round / Peer Review งานประกันคุณภาพทางการแพทย์ (Quality assurance / QA)/ ตัวชี้วัด (Indicator) งานบริหารความเสี่ยง (Risk Management) งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infectious Control / IC)

**งานวิชาการ** รับผิดชอบ จัดเสริมความรู้ทางวิชาการจัดบอร์ดสุขภาพ ปรับปรุงคู่มือต่างๆ สนับสนุนการเรียนการสอนภาคปฏิบัติของนักศึกษา และเจ้าหน้าที่ที่มาดูงาน วิจัยหรือร่วมในการทำวิจัยทางการแพทย์ Nursing Round เดือนละ 1 ครั้ง Nursing Conference ปีละ 2 ครั้ง Care map / UR (Uterization Review)

## 2.6 บุคลากรที่ให้บริการในตึกศัลยกรรมชาย 2

บุคลากรที่ให้บริการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 แห่งนี้มีสองกลุ่มใหญ่คือ กลุ่มที่ 1 บุคลากรที่อยู่ประจำที่หอผู้ป่วยซึ่งมีสองกลุ่มย่อย คือ กลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 15 คน และผู้ช่วยพยาบาล 5 คน และคณงาน 5 คน รวม 26 คน โดยทำหน้าที่ร่วมกันในการให้บริการสุขภาพในหอผู้ป่วย กลุ่มที่ 2 เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมในการให้การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ประจำหอผู้ป่วย 11 คน แบ่งการให้การดูแลผู้ป่วยเป็น 5 สาย โดยแบ่งตามสี คือ สีเหลือง สีเขียว สีฟ้า สีขาว และสีชมพู ในแต่ละสายจะมีแพทย์ใช้ทุน และนักศึกษาแพทย์ หมุนเวียนการให้การดูแลทุกเดือน เนื่องจากเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ นักศึกษาแพทย์ นักศึกษากายภาพบำบัด และนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี เป็นต้น ในส่วนของนักกายภาพบำบัด เภสัชกรและนักสังคมสงเคราะห์ บุคคลเหล่านี้ขึ้นปฏิบัติงานตามความต้องการของผู้ป่วย

## 2.7 อัตรากำลังของบุคลากร

ปัจจุบันหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 มีอัตรากำลังทั้งหมดเป็นพยาบาล 15 คน ผู้ช่วยพยาบาล 5 คน เสมียน 1 คน พนักงานทำความสะอาด 5 คน รวมทั้งหมด 26 คน คิดเป็นอัตราบุคลากรพยาบาล : ผู้ป่วย 1:8 ในการปฏิบัติงานของบุคลากรในหอผู้ป่วยมีลักษณะการจัดเป็นเวรผลัดหมุนเวียนตลอด 24 ชั่วโมง อัตรากำลังดังกล่าวจัดสรรตามช่วงเวลาการทำงาน (เวร) ต่างๆ ได้ดังนี้

### 2.7.1 การจัดการอัตรากำลังของบุคลากร

เวลาการทำงาน(เวร)	อัตรากำลัง (คน)		
	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	พนักงานทำความสะอาด
เวรเช้า (8.00-16.00 น.)	5	2	2
เวรบ่าย (16.00-24.00 น.)	4	1	1
เวรดึก (24.00-8.00 น.)	4	1	1

### 2.7.2 อัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยแต่ละเวร

อัตรากำลัง	เวรเช้า	เวรบ่าย	เวรดึก
พยาบาล in-charge	1	1	1
พยาบาล leader	2	1	1
พยาบาล member	2	2	2

อัตรากำลังที่เพียงพอ และเหมาะสมกับงานที่ปฏิบัติอยู่จะช่วยให้ การทำงานของพยาบาลมีประสิทธิภาพผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย และพยาบาลไม่เหนื่อยล้ามากเกินไป หอผู้ป่วยที่ทำการศึกษา นี้ ด้วยภาระงานที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยถึงวิกฤติและจำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนมากขึ้นทุกวัน อัตรากำลังมีไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย ซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วอัตราส่วนของเจ้าหน้าที่พยาบาล : จำนวนผู้ป่วย คือ 1: 8-10 ซึ่งสภาการพยาบาลกำหนดให้พยาบาลคัดสรรคน อัตราส่วนของเจ้าหน้าที่พยาบาล: จำนวนผู้ป่วย คือ 1: 5 จะเห็นได้ว่า อัตรากำลังของพยาบาลไม่เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจะต้องทำงานหนักเป็นสองเท่า ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าในการทำงาน จึงเป็นเรื่องยากที่พยาบาลจะมีเวลาเพียงพอในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มประสิทธิภาพ ดังนั้นการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบโดยการพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายน่าจะเป็นอีกทางเลือกที่จะช่วยลดภาระงาน และส่งเสริมการดูแลอย่างเป็นระบบ และครอบคลุม

### 2.8 การมอบหมายงานประจำวัน

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 ที่ทำการศึกษา นี้ หัวหน้าหอผู้ป่วยทำหน้าที่บริหารงาน และมอบหมายงานของพยาบาลในแต่ละวัน นอกเวลาจะเป็นหัวหน้าเวรทำหน้าที่แทน การมอบหมายงานแบ่งเป็น 2 ทีม โดยทีม I รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย เตียงแทรก 1-12 และเตียงรอบระเบียบทั้งหมด มีการมอบหมายการดูแลเป็นราย (Case assignment) ในแต่ละเวรสมาชิกในทีมจะได้รับการมอบหมายผู้ป่วย ดังนี้ ทีม I พยาบาลหัวหน้าเวร (Incharge nurse) รับผิดชอบผู้ป่วยเตียงแทรก 1-3 พยาบาลหัวหน้าทีม (Team leaders) รับผิดชอบเตียง 9-12 สมาชิกทีม (Team member) รับผิดชอบเตียง 4-8 ทีม I หัวหน้าทีม (Team leaders) รับผิดชอบผู้ป่วยเตียง 13-16 สมาชิกทีม (Team member) รับผิดชอบเตียง 17-24 และห้องพิเศษสามห้อง แต่ละทีมการพยาบาลจะมีผู้ช่วยพยาบาลและคนงานทำหน้าที่ช่วยพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และจะมีการหมุนเวียนทุกเวร

## 2.9 บทบาทหน้าที่ของบุคลากรพยาบาล

สำหรับบทบาทของพยาบาลแล้วมีหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละราย กิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลในแต่ละเวรมีดังนี้

พยาบาลหัวหน้าเวร (Incharge nurse) ทำหน้าที่รับคำสั่งการรักษาของแพทย์ ติดตามประสานงาน ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ วัคซีนภูมิคุ้มกัน สารป้องกันเชื้อพิษของสัตว์ และส่งเวรพยาบาลหัวหน้าทีม (Team leaders) ทำหน้าที่คล้ายกัน คือ คัดกรองไข้ประวัติผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีกิจกรรมเร่งด่วน ที่ต้องส่งปรึกษาทั้งภายนอกและภายในแผนก การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด หรือเตรียมตรวจพิเศษเป็นต้น บันทึกสารน้ำ และคัดแยกกิจกรรมการรักษา, การให้สารน้ำตามคำสั่งของแพทย์ การเจาะเลือด เตรียมยาฉีด และฉีดยา ดูแลเสมหะ ให้การพยาบาลตามอาการและบันทึกทางการพยาบาล ข้อแตกต่างคือ พยาบาลหัวหน้าทีม 1 ทำหน้าที่ย้ายผู้ป่วยไปหผู้ป่วยอื่น เช่น หอผู้ป่วยหนัก ส่วนพยาบาลหัวหน้าทีม 2 ทำหน้าที่ ฉีดยา ตรวจสอบยาฉีดและ Medication error

สมาชิกทีม (Team member) ทำหน้าที่ให้ยารับประทานแก่ผู้ป่วย และทำกิจกรรมการรักษา (Treatment) เช่น เจาะ Hct ช่วยแพทย์ทำหัตถการต่างๆ ให้การดูแลผู้ป่วย เช่น ดูแลเสมหะ ทำแผล อาบน้ำเปลี่ยนผ้า ให้อาหารและน้ำแก่ผู้ป่วย

นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ได้แก่ งานควบคุมความเสี่ยง กิจกรรม 5 ส แผลกดทับ งานดูแลสุขภาพต่อเนื่อง และงานควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และกิจกรรมการตรวจเยี่ยมทางการพยาบาล (Nursing round) การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing Conference) จากบทบาทหน้าที่ดังที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทหน้าที่หลายบทบาทซึ่งมีความสำคัญไม่แพ้กัน โดยกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ล้วนเพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

## 2.10 การสื่อสารในหอผู้ป่วย

ภายในหน่วยงาน ต้องใช้การสื่อสารทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ที่พบในหอผู้ป่วยมี 2 รูปแบบ คือ การรับส่งเวรของพยาบาลในแต่ละเวรพบว่า ข้อมูลที่ส่งเวรมีลักษณะรูปแบบทางการแพทย์ (Medical Model) ส่วนใหญ่เน้นไปที่ข้อมูลที่ใช้ในการรักษา เช่น ยาที่ให้, กิจกรรมการรักษา, ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งเวรมีลักษณะรูปแบบทางการแพทย์ (Medical Model) ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและวางแผนจำหน่ายน้อยมาก และเครื่องมือในการสื่อสารระหว่างทีม เช่น บันทึกทางการพยาบาลและบันทึกทางการแพทย์ เช่น Kardex แผนการพยาบาลผู้ป่วย (Nursing care plan) บันทึกทางการพยาบาล

(Nurse note) บันทึกความก้าวหน้าของโรค (Progress note) ของแพทย์ บันทึกเหล่านี้ช่วยในการสื่อสารระหว่างแพทย์และพยาบาลเป็นอย่างดี ในส่วนของแบบฟอร์มวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่จะช่วยสื่อสารกันระหว่างแพทย์และพยาบาล เพื่อจะนำไปสู่การวางแผนจำหน่ายนั้นยังไม่มี การนำมาใช้ มีเพียงคำสั่งจำหน่ายผู้ป่วยในวันสุดท้ายเท่านั้น และเป็นบุคคลสุดท้ายที่จะเป็นผู้วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลผู้ป่วยไว้ในใบบันทึกทางการแพทย์

แต่เนื่องจากพยาบาลไม่มีแบบฟอร์มในกรสื่อสารกันในทีม ทำให้การวางแผนจำหน่ายไม่มีความครอบคลุมและต่อเนื่อง และไม่สามารถประเมินได้ว่าตรงกับความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่ มีเพียงการทำ Quality round ที่เป็นสื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเท่านั้น โดยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 ทำอย่างน้อยเดือนละครั้ง ขึ้นอยู่กับภาระงานของพยาบาล

### 3. อัตราการเข้ารับการรักษาตัวของผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น

จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในแผนกศัลยกรรม พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาพบว่า อันดับหนึ่ง คือ ผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น รองลงมาคือ ไข้ดั่งอักเสบ ไข้เลือดออก ภาวะพะทะลุ และลำไส้อุดตันตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารพบว่า มีแนวโน้มมากขึ้น สัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลผู้ป่วย UGIB แผนกศัลยกรรมทั่วไป (หอผู้ป่วยศัลยกรรม ชาย 1, 2 ศัลยกรรมหญิง 1, 2) โรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ. 2548-2552

ลำดับ	หัวข้อ/ปีงบประมาณ	2548	2549	2550	2551	2552	รวม
1	ผู้ป่วย UGIB	789	842	942	973	1,114	4,660
2	ผู้ป่วย UGIB ที่รับการส่องกล้อง	167	189	173	165	165	859
3	ผู้ป่วยที่เสียชีวิต	114	125	118	157	173	687
4	ผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วย UGIB	34	39	49	65	112	229

ที่มา: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, ร.พ.ขอนแก่น, ม.ป.ป.

จากตารางแสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งสัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยที่มีเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องยังเท่าเดิม เนื่องจากแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญยังมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่มีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ไม่สามารถที่จะเข้ารับการส่องกล้อง (Endoscopy) ได้ตามแนวทางที่กำหนดคือ ภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากรับการรักษา ประกอบกับโรคซึ่งมีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น จากสถิติศึกษาศัลยกรรมชาย 2 พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 70 มีโรคประจำตัวอยู่ก่อนแล้ว ดังนั้นการให้การดูแลจึงต้องอาศัยความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ แผนกศัลยกรรมจึงได้กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ภายใน 24 ชั่วโมงแรก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด โดยกำหนดเป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นใน 24 แรก

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลผู้ป่วย UGIB ตีกศัลยกรรมศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลขอนแก่น  
ปีงบประมาณ 2552

ข้อมูล (ราย)	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	รวม เฉลี่ย
	51			52									
1. จำนวน ผู้ป่วย UGIB	35	59	52	46	46	39	33	51	46	54	38	45	544
2. จำนวน ผู้ป่วยตาย	8	7	8	3	6	2	10	6	4	5	8	3	70
3. จำนวน ผู้ป่วย UGIB ตาย	2	1	2	0	1	2	3	5	3	3	1	3	26
4. อัตรา ผู้ป่วย UGIB ตาย (ร้อยละ)	5.71	1.39	3.84	0	2.17	5.13	9.09	9.8	6.52	5.55	2.63	6.66	4.78

ในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมาตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2551-กันยายน พ.ศ. 2552 ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาจากทะเบียนรับใหม่ของผู้ป่วยที่ศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น มีจำนวน 544 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน

26 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.78 จากตารางจะเห็นว่า จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ขึ้นกับช่วงเวลา โดยในช่วงเทศกาลเฉลี่ยแล้วประมาณ 45 รายต่อเดือน และจากสถิติการตายที่พบในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 ปี พ.ศ.2552 พบว่าผู้ป่วยที่ตายทั้งหมด 70 ราย เป็นผู้ป่วย UGIB ทั้งหมด 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.14 โดยเฉลี่ยในแต่ละเดือนจะพบผู้ป่วยที่ตายจาก UGIB 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.78 ของผู้ป่วย UGIB ทั้งหมด จากเกณฑ์ที่ตั้งไว้ไม่เกินร้อยละ 2 ดังนั้นจึงพบว่าผู้ป่วย UGIB ที่ตายมีจำนวนสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้มาก ดังนั้นนอกจากการรักษาแล้ว ตัวชี้วัดคุณภาพอีกอย่างที่จะช่วยลดภาระเรื่องการรักษา ก็คือ การวางแผนการจำหน่ายที่มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย จึงจะเป็นการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตรงกับปัญหา และความต้องการมากที่สุด

3.1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นของโรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานศัลยกรรมได้ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารซึ่งมีอุบัติการณ์เป็นอันดับที่ 1 ของผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมทั้งหมด กลุ่มงานศัลยกรรมจึงได้พัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อปรับปรุงการบริการรักษาผู้ป่วย มีการจัดประชุมปรึกษารื้อหรือในทีมผู้ดูแลรักษาในรูปแบบต่างๆ เช่น Quality round, เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดูแลและพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและถูกต้องจากการส่องกล้องมากที่สุด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ถูกต้องและเหมาะสมโดยการส่องกล้อง
3. เพื่อลดปัญหาระบบบริการลงให้มากที่สุด

สรุปแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นแบ่งเป็นดังนี้

1. การดูแลก่อนส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหาร (Pre-endoscopy) ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการตรวจและประเมินจากแพทย์ โดยใช้แบบประเมิน Rockall score ซึ่งการประเมินจะเป็นรูปแบบและแนวทางปฏิบัติเดียวกัน ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ง่ายและเข้าใจตรงกัน สามารถประเมินอาการผู้ป่วยต่อเนื่อง ได้ว่ามีความรุนแรงระดับใดเมื่อผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการจ้องเลือดเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน สามารถตามเลือดมาให้ผู้ป่วยได้ทันที ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการประเมินอาการเสียเลือด เจาะความเข้มข้นของเลือด ประเมินสัญญาณชีพ ใส่สายสวนล้างกระเพาะอาหาร สังเกตลักษณะสีจากสายสวนล้างกระเพาะอาหาร ถ้า Active bleeding ต้องดูแลล้างกระเพาะอาหารเพื่อหยุดเลือด และเตรียมส่องกล้องตรวจระบบ

ทางเดินอาหาร ให้ออกซิเจนที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ให้สารน้ำตามแผนการรักษา บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก ถ้าผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 45 ปีต้องมี Chest X-ray และ EKG ทุกราย ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ซึ่งเป็นกลุ่ม PPIS, H<sub>2</sub>-antagonist, Octreotide, Vitamin K ตามความเหมาะสม ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับข้อมูลการรักษาเกี่ยวกับการเตรียมส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหาร โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังการส่องกล้อง ลงนามยินยอมรับการส่องกล้องทุกราย ผู้ป่วยควรได้รับการส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมง หากไม่มีข้อห้ามในการส่องกล้อง

2. การดูแลผู้ป่วยหลังส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหาร (Post-endoscopy) การดูแลผู้ป่วยหลังส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะการเกิดเลือดออกซ้ำ เช่น การให้ออกซิเจน งดน้ำงดอาหาร ยกเว้น ในรายที่มีคำสั่งแพทย์ให้รับประทานอาหารและยาได้ ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ดังนี้

2.1 ในรายที่มี Ulcer จะให้ยาในกลุ่ม Proton pump inhibitor (PPIS) ถ้าเป็น Low risk ให้ Losec 40 mg (v) OD หรือ 40 mg (v) ทุก 12 ชั่วโมง ถ้าเป็น High risk ให้ Controloc 8mg/hr (v) drip ให้ต่อเนื่อง

2.2 ในรายที่มี varices ให้ยาในกลุ่ม sandostatin (Octreotide) 2 amp (v) ต่อเนื่องใน 4 ชั่วโมง เป็นเวลา 48-72 ชั่วโมง

2.3 ในรายที่จะมีโอกาสเกิดการติดเชื้อ เช่น ดับแฉัง จะให้ Antibiotic (ATB) เช่น Ceftriaxone 2 gm (v) OD

2.4 ในรายที่มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ให้ยา Vitamin K 10 mg (v) OD หรือให้ Plasma และจำนวนที่ให้ขึ้นอยู่กับ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (PT, PTT, INR)

2.5 ในรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับความดันในระบบ Porta สูงจะได้รับยา Propanolol 40 mg/day oral เพิ่มขนาดขึ้นเรื่อยๆ จนกว่าอัตราการเต้นของหัวใจจะลดลงร้อยละ 25

3. ผู้ป่วยหลังส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารจะต้องได้รับการ สังเกตภาวะเลือดออก เช่น ตรวจความเข้มข้นของเลือดทุก 4-6 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์ keep Hct. > 30 % ในรายปกติ ยกเว้น ในรายที่เป็นเลือดจาง ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์

ดำเนินการตามแนวทางโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ตามมาตรฐานวิชาชีพ Care Map, Clinical Practice Guideline และดำเนินการตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในระยะ 48 ชั่วโมงแรก ซึ่งครอบคลุมประเด็นสำคัญ คือ

3.1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hypovolemic shock

3.2 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

เหมาะสมกับสภาพของแต่ละหอผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 บริบทของหอผู้ป่วยมีทั้งผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 30 เตียง ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลร่วมกัน การทำงานของพยาบาลในลักษณะของการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยที่รับผิดชอบโดยแบ่งเป็นทีมการพยาบาล 2 ทีม

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการให้ความรู้ เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยที่ศึกษาได้สร้างแบบประเมินการให้ความรู้โดยใช้หลักของ DMETHOD ตามกองการพยาบาลเนื่องจากง่ายต่อการเข้าใจและสะดวกในการนำไปใช้ โดยได้นำมาทดลองใช้เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยโดยรวม แต่เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ขาดความต่อเนื่องและขาดการจัดเก็บข้อมูลเพื่อนำไปใช้ ส่งผลให้การวางแผนจำหน่ายไม่ได้รับการพัฒนาและขาดความต่อเนื่อง การวางแผนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพควรจะเป็นความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ แต่เนื่องภาระงานและขาดการประสานความร่วมมือ ทำให้เป็นการยากที่ผู้ป่วยจะได้รับการวางแผนการจำหน่ายจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นแนวทางการให้ข้อมูลจึงไม่ได้นำมาใช้อีก เป็นเพียงการวางแผนจำหน่ายตามความเข้าใจของแต่ละบุคคลโดยส่วนใหญ่เข้าใจว่าเป็นเพียงการให้ข้อมูลก่อนกลับบ้านเท่านั้น

## 5. สรุปจุดเด่นจุดด้อยในพื้นที่ที่ทำการศึกษา

เนื่องจากผู้วิจัยเป็นบุคคลในพื้นที่ทำให้เข้าใจสภาพปัญหา และเจ้าหน้าที่ทุกคนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีเพื่อให้เกิดการพัฒนาแก่หน่วยงาน ทำให้ผู้วิจัยมองเห็นจุดเด่นจุดด้อยในหน่วยงานที่ศึกษาชัดเจนมากยิ่งขึ้น ดังนี้

จุดเด่นของหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษา	จุดด้อยของหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษา
1. พยาบาลมีประสบการณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น	1. ไม่มีรูปแบบ/แบบฟอร์ม/สื่อในการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน
2. พยาบาลทุกท่านยอมรับการเปลี่ยนแปลงและให้ความร่วมมือในการพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายเป็นอย่างดี	2. ขาดประสบการณ์ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ
3. มีมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น 24 ชั่วโมงแรก	3. ขาดความต่อเนื่องและไม่เห็นผลสัมฤทธิ์ชัดเจน
	4. ขาดการประสานความร่วมมือ/กระตุ้นในทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
	5. อัตรากำลังไม่เพียงพอ
	6. โรคที่ศึกษา มีระยะวันนอนสั้น ทำให้วางแผนการจำหน่ายไม่ครอบคลุม (LOS = 3-5 วัน)