

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

รุจิรา บุตรจันทร์*, สงครามชัย ลีทองดี*, รัชชวิญ เชื้อลี*

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

คลินิกวาร์ฟารินเป็นระบบบริการที่จัดขึ้นในสถานบริการเพื่อการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษอย่างมีคุณภาพ การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการในคลินิกวาร์ฟารินตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี สุ่มตัวอย่างจากจากกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง, ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล จำนวน 86 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามผู้วิจัย 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 ภายหลังจากดำเนินงาน พบว่า กลุ่มผู้ให้บริการมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการจัดบริการเพิ่มขึ้น สำหรับกลุ่มผู้ป่วยพบว่าการเปลี่ยนแปลงความรู้ พฤติกรรมและความพึงพอใจต่อบริการดีขึ้น และกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลพบว่าการเปลี่ยนแปลงความรู้และความพึงพอใจต่อบริการดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีวัดความแข็งตัวของเลือด หรือ INR อยู่ในช่วงปกติ (Therapeutic Range) เพิ่มมากขึ้นจาก ร้อยละ 41.67 เป็น 51.28 รวมทั้งทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรม ตามหลัก ECRS ได้แก่ การตัดขั้นตอน (Eliminate; E) การรวมขั้นตอน (Combine; C) การจัดลำดับ (Rearrange; R) และการทำให้ง่าย (Simplify; S)

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

คำสำคัญ: รูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรม, การปรับปรุงคุณภาพบริการ, คลินิกวาร์ฟาริน

Article info:

Received: Dec 27, 2018

Revised: Feb 18, 2019

Accepted: Mar 11, 2019

Original Article

The quality improvement model for warfarin clinic according to service plan criterion in Buntharik Hospital, Ubon Ratchathani Province

Rujira Budchan*, Songkramchai Leethongdee*, Rubkwan Chuealee*

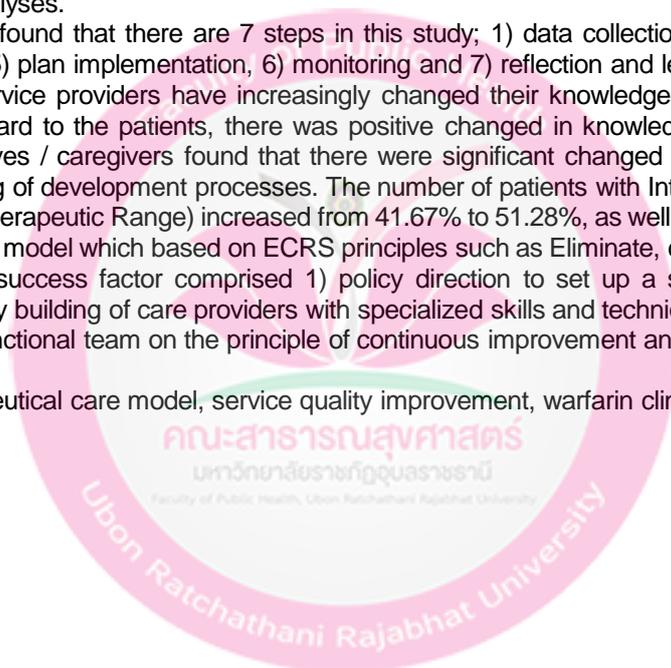
*Faculty of Public Health, Mahasarakham University

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.

Keywords: pharmaceutical care model, service quality improvement, warfarin clinic



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติในการไหลเวียนของเลือดภายในสมองซึ่งร้อยละ 85 เป็นภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน (Ischemic Stroke) ที่มีสาเหตุจากภาวะต่าง ๆ อาทิ การที่ผู้ป่วยมีภาวะโรคหัวใจรูมาติก โรคลิ้นหัวใจ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดในปอด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือดแดง หรือเส้นเลือดดำบริเวณแขนขาผู้ป่วยที่เคยมีประวัติภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เป็นต้น ซึ่งยารวาร์ฟารินเป็นตัวยาสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่ลิ้นหัวใจ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งส่งผลให้มีความจำเป็นต้องบริหารจัดการให้เกิดการเข้าถึงและการใช้ยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จากข้อมูลปริมาณการใช้และนำเข้ายา จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟารินทั้งหมดในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555 มีอยู่ราว 92,000 รายหรือคิดเป็นความชุก 0.14 ต่อหนึ่งร้อยประชากร และคาดว่าทุก ๆ ปีจะมีผู้ป่วยรายใหม่ที่ใช้ยารวาร์ฟารินเพิ่มขึ้น 5,750 ราย (เบญจรินทร์ สันตติวงศ์ไชย, ม.ป.ป.) การใช้ยานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องรับประทานยาติดต่อกันเป็นเวลานานหรือรับประทานไปตลอดชีวิต (สุรภิกช นาทีสุวรรณ, 2559) ดังนั้นจึงเป็นเหตุที่ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น ในพ.ศ. 2551 ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในส่วนผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 129,571 บาทต่อราย หากคนไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรวมห้าแสนคนต่อปี มารับบริการที่สถานพยาบาล จะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้นประมาณ 20,632 ล้านบาทต่อปี (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล และสัจชัย ชาติสมบัติ, 2560) ส่งผลกระทบต่อภาระทางเศรษฐกิจที่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาและยังรวมไปถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการขาดงาน ความพิการ การต้องเกษียณก่อนวัย ค่าใช้จ่ายด้านผู้ดูแลและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในเขตสุขภาพ (Service Plan) เพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศตามหลักการและกรอบความแนวทางการดูแลแบบเชื่อมโยงไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) การดูแลแบบเบ็ดเสร็จในเขต (Self-Contain) และระบบส่งต่อภายในเขต (Referral Hospital Cascade) โดยมีเป้าหมายในการดำเนินการคือ ลดอัตราป่วย ลดอัตราตายลดความแออัดและลดระยะเวลารอคอย (คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ และสำนักบริหารการสาธารณสุข, 2559) การจัดตั้งคลินิกวาร์ฟารินเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของ Service Plan สาขาโรคหัวใจที่กำหนดให้มีทุกโรงพยาบาลระดับ A – F2 มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในลักษณะเครือข่ายซึ่งทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยใช้ยารวาร์ฟารินได้มากขึ้น โดยรูปแบบเครือข่ายวาร์ฟารินจากโรงพยาบาลตติยภูมิไปยังโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งทำให้ระยะเวลาที่ค่า INR ของผู้ป่วยคงอยู่ในช่วงเป้าหมายไม่แตกต่างกัน ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยารวาร์ฟารินที่รุนแรง และเพิ่มการเข้าถึงบริการ (มรกต ภัทรพงศ์สินธุ์, 2558)

โรงพยาบาลนูนตริก อำเภอหนองตริก จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จัดเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับ F2 ให้บริการรักษาโรคทั่วไปและโรคเรื้อรัง เปิดให้บริการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟารินตั้งแต่ พ.ศ. 2556 ให้บริการในผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟารินที่ส่งตัวมารับการรักษาต่อจากโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชอำเภอเดชอุดม ซึ่งแนวโน้มมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลเพิ่มขึ้น โดยปีงบประมาณ 2556-2560 มีจำนวนผู้ป่วย 23, 28, 38, 44 และ 57 คน ตามลำดับ การให้บริการผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟารินให้บริการทุกวันจันทร์ที่ 1 และ 3 ของทุกเดือนช่วงเวลา 08.00-12.00 น. จัดบริการตรวจรักษาร่วมในคลินิกโรคความดันโลหิต โดยมีแพทย์

หมุนเวียนมาให้การตรวจรักษา โดยมีขั้นตอนในการบริการ ดังนี้คือ (1) คัดกรองเบื้องต้น (2) ยืนยันบัตรที่ห้องบัตร (3) วัดความดันโลหิต (4) ตรวจเลือดที่ห้องชันสูตร (5) พยาบาลคลินิกซักประวัติ (6) พบแพทย์ (7) ยืนยันรื้อยา (8) รื้อยา กับเภสัชกรที่ช่องจ่ายยาคลินิกความดันโลหิตสูง (9) กลับบ้าน ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2560 พบว่าผู้ป่วยที่มีค่า INR (2.00-3.00) อยู่ในช่วงการรักษาร้อยละ 57.27 เกิดภาวะเลือดออกที่รุนแรงร้อยละ 1.17 ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงการรักษามากกว่าร้อยละ 65

จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาผู้ป่วยมีค่า INR อยู่นอกช่วงการรักษาจากการประชุมกลุ่มของสหวิชาชีพ พบสาเหตุดังนี้ (1) ผู้ป่วยขาดความรู้ ขาดความร่วมมือในการใช้ยาและไม่มีญาติผู้ดูแล (2) ญาติผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย (3) ผู้ให้บริการ (บุคลากรทางการแพทย์) ขาดทักษะการมีส่วนร่วม และขาดผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (4) นโยบายของโรงพยาบาลไม่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาแวนาร์ฟาริน และ (5) ระบบการดำเนินงาน ไม่มีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ขาดการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ทำให้ผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพคลินิกแวนาร์ฟารินในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สรุปประเด็นสาเหตุของปัญหา คือ (1) นโยบาย (2) ระบบบริการในการดูแลผู้ป่วย (3) ความรู้ ทักษะของผู้ให้บริการความรู้ของผู้ป่วยผู้ดูแล รวมถึงความร่วมมือทั้งจากผู้ให้บริการ ระบบบริการ และผู้รับบริการเป็น ปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกแวนาร์ฟาริน ให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพคลินิกแวนาร์ฟารินตามการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี โดยนำแนวคิดการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนาร์ฟารินร่วมกับประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการคุณภาพตามหลักการของไคเซ็น (Kaizen, 1986) มาเป็นกระบวนการปรับปรุงระบบบริการ (ECRS) เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพระบบหรือรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

คำถามงานวิจัย

รูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพบริการ สำหรับผู้ใช้ยาแวนาร์ฟารินในคลินิกแวนาร์ฟารินเพื่อให้ผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ของโรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการในคลินิกแวนาร์ฟาริน ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Action Research) ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผล และร่วมสะท้อนผล ตามแนวคิด P-A-O-R Spiral Cycle ของ เคมมิส และแมคแท็ก (Kemmis and Mc taggard, 1988) ที่ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) การสะท้อนผล (Reflection) โดยใช้การบริหารจัดการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนาร์ฟาริน แนวคิดของ ไคเซ็น (Kaizen, 1986) เป็นกระบวนการปรับปรุงระบบบริการ (ECRS) ร่วมกับนำและแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกแวนาร์ฟารินตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยมีขั้นตอนการศึกษาวิจัยตามกรอบแนวคิด P-A-O-R Spiral Cycle

ประชากรเป้าหมาย ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 14 คน และกลุ่มที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการ 72 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สุ่มเข้ากลุ่มโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับสลาก (Lottery) ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) รวมทั้งสิ้น 86 คน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตามหนังสือรับรองเลขที่ PH 044/2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการในคลินิกวาร์ฟาริน ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 4 ขั้นตอน (PAOR) ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย

2.1.1 แบบประเมินตนเองแนวทางการจัดการยา วาร์ฟาริน มีทั้งหมด 23 ข้อ และกำหนดให้โรงพยาบาลจะต้องมีการดำเนินงาน 14 ข้อ คำตอบเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) คือ มี/ มีบางส่วน/ ไม่มี และเติมคำลงในช่องว่าง

2.1.2 ข้อมูลที่สืบค้นจากโปรแกรมให้บริการผู้ป่วย (Hospital Information; HI)

2.2 เครื่องมือที่ใช้วัดเชิงปริมาณ ได้แก่

2.2.1 แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับบุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยที่เข้าวาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย

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

2) ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ด้านยา วาร์ฟารินและแนวทางในการจัดการยา วาร์ฟารินคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ การแปลความหมายคะแนน ระดับความรู้ แบ่งคะแนนอิงเกณฑ์ 3 ระดับดังนี้ (สุมัทนา กลางคาร และวรวพจน์ พรหมสัถยพรต, 2553) ความรู้ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป) ความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.00 – 79.90) และความรู้ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.00)

3) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถาม มีให้เลือกตอบ 5 ระดับคือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยคิดคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการ (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/ จำนวนชั้น (กิตติวรรณ จรรยาสุทริวงศ์, 2558) สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ใช้เกณฑ์ช่วงค่าเฉลี่ย ดังนี้ มีส่วนร่วมระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00) มีส่วนร่วมระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67) มีส่วนร่วมระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

4) ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามมีให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือมากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมาย โดยพิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบประเมินความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ประยุกต์ตามแนวคิดของเบสท์ (สุมัทนา กลางคาร และวรวพจน์ พรหมสัถยพรต, 2553) อ้างอิงจาก Best, (1977) ดังนี้ พึงพอใจระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00) พึงพอใจระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67) และพึงพอใจระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

2.2.2 แบบสอบถามชุดที่ 2 กลุ่มประเมินผลการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน

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

2) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านยา วาร์ฟารินและด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เข้าวาร์ฟาริน และญาติดูแล จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามมี

ลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบ ใช่ (1 คะแนน) ตอบไม่ใช่ (0 คะแนน) และกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมาย คะแนนระดับความรู้ แบ่งคะแนนอิงเกณฑ์ 3 ระดับดังนี้ (สุมัทนา กลางคาร และวรวพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) ความรู้ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป) ความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.00 – 79.90) และความรู้ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.00)

3) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยใช้ยารวาร์ฟาริน จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วยข้อความเชิงบวก และลบและกำหนดค่าคะแนนเชิงบวก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) และข้อความเชิงลบ กำหนดให้ค่าคะแนน ในทิศทางตรงกันข้าม แบ่งการปฏิบัติ ออกเป็น 3 ระดับ (วิไลลักษณ์ เตชะสุข, 2553, อ้างอิงจาก ยาวลักษณ์ วงศ์ชาญศรี, 2550 และบุญชม ศรีสะอาด, 2545) ดังนี้ พฤติกรรม ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00) พฤติกรรม ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33) และพฤติกรรมระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66)

4) ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟาริน และญาติดูแล ต่อการพัฒนา รูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยารวาร์ฟาริน จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามมีให้เลือกตอบ 5 ระดับคือมากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) ประยุกต์ตามแนวคิดของเบสท์ (สุมัทนา กลางคาร และวรวพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) อ้างอิงจาก Best, 1977) ดังนี้ พึงพอใจระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00) พึงพอใจระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67) พึงพอใจระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

2.3 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.3.1 การบันทึก (Record) ผู้วิจัยจะทำการบันทึก การดำเนินการได้แก่ การจดบันทึก และการบันทึกภาพ

2.3.2 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยน เรียนรู้ บอกเล่าประสบการณ์ ความต้องการ การออกแบบ ระบบ รวมถึงการแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นที่กำลัง สนทนา

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัย แนวทางการดำเนินงาน และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง สร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมตาม วัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัย

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ในการตรวจสอบ ด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถาม ให้อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม พิจารณาข้อ คำถาม และให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบ ความ ตรงของเนื้อหา (Content Validity) เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้อง ของเนื้อหา มีค่ามากกว่า 0.50 ขึ้นไปทุกข้อคำถาม

3. การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล โดยการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำ แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขไปปรับปรุง ทดลอง ใช้ (Try Out) กับพื้นที่ของโรงพยาบาลน้ำเย็น ซึ่งเป็นพื้นที่ ไกลเคียงและมีลักษณะของชุมชนที่คล้ายคลึงกัน การวัด ความรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วย วิธี Kuder-Richardson (KR-20) ในส่วนของการประเมินการ มีส่วนร่วม การประเมินพฤติกรรมปฏิบัติตัว และการประเมิน ความพึงพอใจ ที่มีมาตรวัดแบบ Rating Scale ตรวจสอบ ความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ต้องมากกว่า 0.75 ดังนี้

3.1 กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย แบบสอบถาม สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยา รวาร์ฟาริน คลินิกยารวาร์ฟารินโรงพยาบาลนุชทริก จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 1) แบบทดสอบความรู้ด้านยารวาร์ฟารินและ แนวทางในการจัดการยารวาร์ฟาริน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.99 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบ คุณภาพบริการคลินิกยารวาร์ฟาริน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

3.2 กลุ่มประเมินผลการพัฒนารูปแบบคุณภาพ บริการคลินิกยารวาร์ฟาริน โรงพยาบาลนุชทริก ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความรู้ด้านยารวาร์ฟารินและด้านการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟาริน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 2) แบบสอบถามพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟาริน

มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.863) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาต่อการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกยารักษา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ เท่ากับ 0.864) แบบสอบถามความรู้ด้านยารักษาและด้านการปฏิบัติตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารักษา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.815) แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาต่อการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกยารักษา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

4. การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการประชุม การสนทนากลุ่ม โดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แยกตามประเด็นปัญหา และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการตามขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพบริการในคลินิกยารักษา ตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดอุบลราชธานี ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 4 ขั้นตอน (PAOR) ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) มีขั้นตอนดังนี้

1.1 ระยะเวลาที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning)

1.1.1 กิจกรรมที่ 1 การศึกษาข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารักษา ข้อมูลระบบบริการผู้ป่วยคลินิกยารักษา

1.1.2 กิจกรรมที่ 2 แต่งตั้งคณะทำงานและคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย แยกผู้เข้าร่วมวิจัยเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย จำนวนผู้มีส่วนร่วม 14 คน และกลุ่มที่ 2 กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนาคือ ผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาอยู่ในเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 36 คนและญาติ/ผู้ดูแลอยู่ในเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 36 คน ประเมินความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อการจัดระบบบริการผู้ป่วยที่ใช้ยารักษา คลินิกยารักษา ก่อนการพัฒนาคุณภาพบริการ ในบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบบริการ และประเมินความรู้ด้าน

ยารักษา และการปฏิบัติตัว พฤติกรรมของผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อการจัดระบบบริการในผู้ป่วยที่ใช้ยารักษา และญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย

1.1.3 กิจกรรมที่ 3 การประชุมกลุ่ม (Focus Group Discussion) 1) วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหาในการให้บริการผู้ป่วยที่ใช้ยารักษา 2) วิเคราะห์คุณภาพบริการโดยประยุกต์แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) หลักการ ECRS ในการพัฒนาคุณภาพบริการบริการผู้ป่วย 3) วิเคราะห์คุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยโดยประยุกต์ใช้การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยใช้ยารักษา

1.1.4 กิจกรรมที่ 4 วางแผนในการดำเนินงาน โดยการประชุมกลุ่ม การพัฒนาคุณภาพบริการที่เปลี่ยนแปลงใหม่โดยใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) และการพัฒนาคุณภาพบริการโดยใช้การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยใช้ยารักษา

1.2 ระยะเวลาที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)

1.2.1 กิจกรรมที่ 5 การดำเนินการตามแผนการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกยารักษา ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่ได้จากขั้นที่ 1 และติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ

1.3 ระยะเวลาที่ 3 ขั้นการสังเกตผล (Observation)

1.3.1 กิจกรรมที่ 6 การติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน ให้คำแนะนำโดยรายงานและบันทึกผลทุกขั้นตอน 2) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ 3) ประเมินผลก่อนและหลังการศึกษารวบรวม 4) สังเกตผลการดำเนินงาน ก่อนการดำเนินการ ระหว่างการดำเนินการ และหลังการดำเนินการทำการบันทึกผลทุกขั้นตอน 5) ประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

1.4 ระยะเวลาที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

1.4.1 กิจกรรมที่ 7 ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อถอดบทเรียน และสรุปผล 1) สรุปผลที่ได้จากการปฏิบัติ 2) สรุปผลการดำเนินงาน สะท้อนปัญหาอุปสรรค และข้อจำกัดในการดำเนินงาน 3) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ถอดบทเรียนและหาแนวทางการแก้ไข 4) คืบข้อมูลผลการดำเนินงานแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 5) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกำหนดแนวทางแก้ไขการดำเนินงานครั้งต่อไป

2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีวิธีการเก็บข้อมูล ดังนี้

2.1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แหล่งข้อมูลประกอบด้วย 2 แหล่ง คือเอกสารและบุคคลรายละเอียดของวิธีการเก็บ ดังนี้

2.1.1 ข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ทะเบียนผู้ป่วยแบบติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยที่เข้ายวาร์ฟาริน ฐานข้อมูลในโปรแกรม Hospital Information (HI) ของโรงพยาบาลสมุดประจำตัวของผู้ป่วย

2.1.2 แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วม ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

2.1.3 แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามพฤติกรรมปฏิบัติตัว และความพึงพอใจ ของผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย

2.2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม และการบันทึก (Record)

การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากรวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ พฤติกรรม การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน คือ Wilcoxon Matched-pairs Signed rank test

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลการบันทึกการประชุม การสังเกต การสนทนา จากการดำเนินกิจกรรมโดยนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา พิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) เพื่อเปลี่ยนแปลงปรับปรุงระบบบริการใหม่ร่วมกับการนำการ

บริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยวาร์ฟารินได้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกยวาร์ฟาริน ดังภาพที่ 1

2. ผลการประเมินหลังการพัฒนาคุณภาพบริการ มีดังนี้

2.1 กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการจัดบริการเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 1-3

2.1.1 ด้านความรู้เรื่องยวาร์ฟารินและด้านแนวทางในการจัดการยวาร์ฟาริน ดังตารางที่ 1

พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยวาร์ฟาริน ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความรู้เรื่องยวาร์ฟารินและแนวทางในการจัดการยวาร์ฟารินโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} 11.43, S.D.= 2.85, ร้อยละ 57.15) แต่หลังการพัฒนามีความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (\bar{X} 16.93, S.D.= 1.33, ร้อยละ 84.65) โดยสรุปหลังการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกยวาร์ฟาริน ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 3.30, P=0.00$)

2.1.2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยวาร์ฟาริน ดังตารางที่ 2

พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยวาร์ฟาริน ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.71, S.D.= 0.77) แต่หลังการพัฒนาคุณภาพบริการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 3.76, S.D.= 0.45) โดยสรุป หลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยวาร์ฟาริน ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 3.30, P=0.00$)

2.1.3 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยวาร์ฟาริน ดังตารางที่ 3

พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยวาร์ฟาริน ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยวาร์ฟารินโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 3.23, S.D = 0.43$) หลังการพัฒนา มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 3.76, S.D= 0.43) โดยสรุปหลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยวาร์ฟาริน ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมี

ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 2.80, P=0.01$)

2.2 กลุ่มผู้ประเมินผลการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน จากการดำเนินงาน พบว่า

2.2.1 กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน

1) ด้านความรู้เรื่องยาวาร์ฟารินและการปฏิบัติตัว ดังตารางที่ 4

พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินมีความรู้ด้านยาวาร์ฟารินและรู้ด้านการปฏิบัติตัวโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} 11.63, S.D= 3.51$, ร้อยละ 58.20) หลังการพัฒนา มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} 16.47, S.D= 2.36$, ร้อยละ 82.36) โดยสรุปภายหลังการพัฒนา ผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน มีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 4.42, P=0.00$)

2) ด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน ดังตารางที่ 5

จากตารางที่ 5 พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}= 2.49, S.D.= 0.20$) หลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.78, S.D.= 0.14$) โดยสรุปภายหลังการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน มีพฤติกรรมดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 4.94, P=0.00$)

3) ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ดังตารางที่ 6

จากตารางที่ 6 พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินมีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.03, S.D.= 0.34$) หลังการพัฒนา มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.71, S.D.= 0.42$) โดยสรุปภายหลังการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน มีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 5.23, P=0.00$)

2.2.2 กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน

1) ความรู้เรื่องยาวาร์ฟารินและการปฏิบัติตัว ดังตารางที่ 7 พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน มีความรู้เรื่องยาวาร์ฟาริน และการปฏิบัติตัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} 12.89, S.D= 3.12$, ร้อยละ 64.45) หลังการพัฒนา มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} 18.19, S.D= 3.36$, ร้อยละ 90.95) โดยสรุปภายหลังการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน มีความรู้เรื่องยาวาร์ฟาริน และการปฏิบัติตัว เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 4.85, P=0.00$)

2) ความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน ดังตารางที่ 8 พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินมีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.24, S.D.= 0.39$) หลังการพัฒนา มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.71, S.D.= 0.42$) โดยสรุปภายหลังการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน มีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 4.47, P=0.00$)

2.3 ผลการรักษาโดยการตรวจค่า INR ในผู้ป่วยที่มาตามนัดในครั้ง พบว่า หลังจากการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน พบว่าแนวโน้มค่า INR อยู่ในช่วงการรักษาเพิ่มมากขึ้น จากเดือนเมษายน ร้อยละ 41.67 เดือนพฤษภาคม ร้อยละ 47.22 และเดือนมิถุนายน ร้อยละ 51.28 ตามลำดับ จากค่า INR อยู่นอกช่วงการรักษาของผู้ป่วยที่ทราบสาเหตุเกิดจากพฤติกรรมในการบริโภคของผู้ป่วยถึงแม้ว่าจะได้รับความรู้ไปในครั้งแรกแล้วแต่ยังพบพฤติกรรมซ้ำเดิมอยู่โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ

และผลการยอมรับของแพทย์ต่อการนำเสนอการปรับขนาดยาของผู้ป่วยแต่ละรายโดยเภสัชกร พบว่าแพทย์ยอมรับและปฏิบัติตามการนำเสนอ ร้อยละ 100

3. จากการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การมีนโยบายที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมในการการบูรณาการร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและการเสริมสร้างทักษะและเทคนิคเฉพาะทางของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่เข้ายารวาร์ฟาริน และญาติหรือผู้ดูแล

4. รูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยารวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ดังภาพที่ 2

บทสรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ายารวาร์ฟารินคลินิกยารวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุญทริก มี 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษารวบรวมข้อมูล 2) การแต่งตั้งคณะทำงาน 3) การวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน 4) การวางแผนดำเนินงาน 5) ดำเนินการตามแผน 6) การสังเกตติดตาม และ 7) ประเมินผล และถอดบทเรียน

2. ภายหลังจากดำเนินงานพบว่ากลุ่มผู้ให้บริการมีการเปลี่ยนแปลงความรู้การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการจัดบริการเพิ่มขึ้น สำหรับกลุ่มผู้ป่วยพบว่าการเปลี่ยนแปลงความรู้ พฤติกรรมและความพึงพอใจต่อบริการดีขึ้น และกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลพบว่าการเปลี่ยนแปลงความรู้และความพึงพอใจต่อบริการดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีวัดความแข็งตัวของเลือดหรือ INR อยู่ในช่วงปกติ (Therapeutic Range) เพิ่มมากขึ้นจาก ร้อยละ 41.67 เป็น 51.28 รวมทั้งทำให้เกิดการพัฒนาแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรม ตามหลัก ECRS ได้แก่ การตัดขั้นตอน (Eliminate; E) การรวมขั้นตอน (Combine; C) การจัดลำดับ (Rearrange; R) และการทำให้ง่าย (Simplify; S)

3. ปัจจัยด้านความสำเร็จที่สำคัญประกอบด้วย 1) ทิศทางนโยบายในการจัดตั้งคลินิกพิเศษสำหรับการดูแล warfarin 2) การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ให้บริการที่มีทักษะและเทคนิคพิเศษในทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 3) รักษาทีมปฏิบัติงานตามหลักการ การพัฒนาและการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ายารวาร์ฟารินคลินิกยารวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุญทริก มีขั้นตอนและกระบวนการพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย 1) การศึกษารวบรวมข้อมูล 2) การแต่งตั้งคณะทำงาน 3) การวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน 4) การวางแผนดำเนินงาน 5) ดำเนินการตามแผน 6) การสังเกตติดตาม และ 7) ประเมินผล และถอดบทเรียน เป็นการปรับปรุงงานโดยมุ่งเน้นที่จะลดขั้นตอนในการทำงานลง เพื่อให้ได้ทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่สูงขึ้น เป็นการดำเนินการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องผสมผสาน สอดคล้องกับแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) ที่ว่าการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิธีการคิดวิธีการทำงาน แบบที่ทำต่อเนื่องโดยไม่มีวันสิ้นสุด เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ต้องใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยี และไม่ใช้การเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดด หรือปรับโครงสร้าง แต่เป็นการให้พนักงานคิดหาวิธีปรับปรุงงานของตนเอง โดยไม่ใช้การเสนอแนะ (Suggestion) ให้นำบุคคลหรือหน่วยงานอื่นทำ ไม่ใช่การเปลี่ยนใหม่ทั้งหมด แต่เป็นการปรับปรุงเฉพาะบางจุดเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทำงานง่ายขึ้น ผู้รับบริการสะดวกขึ้น โดยมุ่งเน้นให้ทุกคน มีส่วนร่วมในการแสวงหาแนวทางใหม่ ๆ เพื่อปรับปรุงวิธีการทำงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงานให้ดีขึ้นอยู่เสมอ สอดคล้องกับผลการวิจัยของพุทธิดา จันทร์ดอนแดง (2556) ที่ศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการประยุกต์แนวคิดของไคเซ็น (Kaizen, 1986) ใช้กระบวนการปรับปรุงระบบงาน (ECRS) ในการจัดการเปลี่ยนแปลงระบบบริการในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า สามารถลดระยะเวลาในการให้บริการได้ และผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมในทุก ๆ ด้านอยู่ระดับมาก

2. ผลการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยารวาร์ฟารินตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกยารวาร์ฟาริน ที่ผู้มีส่วนร่วมในวิจัยได้นำแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) ร่วมกับแนวคิดหลักการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยที่เข้ายารวาร์ฟารินมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการเกิดระบบบริการใหม่ ด้วยการเลิกโดยการตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น (Elimination) การลด รวม

ขั้นตอนเพื่อประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย (Combine) การปรับเปลี่ยน จัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม (Rearrange) และการปรับปรุงวิธีการทำงานเพื่อช่วยให้ทำงานง่ายขึ้น (Simplify, S) ร่วมกับการใช้แนวคิดการบริหารทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคได้แก่ การบริหารทางเภสัชกรรมโดยการให้ความรู้ ทบทวนประเมินผู้ป่วย การเฝ้าระวังการติดตามค่า INR และแนวทางจัดการยารักษาโรคได้แก่ ระบบบ่งชี้ตัวผู้ป่วย การจัดทำแฟ้มประวัติผู้ป่วย การจัดทำฉลากยาให้ชัดเจนระบบประเมินและเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยารักษาโรคสำหรับผู้ป่วยในการจัดทำเอกสารความรู้การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และการให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกยารักษาโรค สอดคล้องกับศึกษาของ สรัญญา ตาจรูญ (2556) ได้นำแนวคิดด้านคุณภาพ (Quality) มาใช้ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพปรับปรุงระบบการให้บริการการรอคอย (Waiting)

3. ผลของการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยารักษาโรคตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพพบว่า กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความรู้เรื่องยารักษาโรคเพิ่มขึ้นมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยารักษาโรคเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา รูปแบบคุณภาพบริการ ผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคมีความรู้เรื่องยารักษาโรคเพิ่มขึ้น พฤติกรรมดีขึ้น และมีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยารักษาโรคเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา และญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคมีความรู้เรื่องยารักษาโรค และการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกยารักษาโรค เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มค่า INR อยู่ในช่วงการรักษาเพิ่มมากขึ้น แพทย์ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำ ร้อยละ 100 อธิบายได้ว่า การพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกยารักษาโรคในรูปแบบใหม่ โรงพยาบาลนุชนทริกที่เกิดจากการประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) ร่วมกับการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยใช้ยารักษาโรค เกิดการเปลี่ยนแปลงการให้บริการในคลินิกยารักษาโรคคือระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ยลดลงจาก 3 ชั่วโมง 18 นาที เหลือเวลา 1 ชั่วโมง 22 นาที ในผู้ป่วยผลเลือดค่า INR

ปกติ และ 2 ชั่วโมง 49 นาที ในผู้ป่วยผลเลือดค่า INR นอกช่วงการรักษาที่ต้องพบแพทย์ ซึ่งมีผลทำให้การให้บริการในคลินิกยารักษาโรคเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้อย่างชัดเจน คือ ใน 4 จุดบริการ ได้แก่ 1.จุดบริการคลินิกยารักษาโรค ระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ยที่คลินิก (เวลาที่ผู้ป่วยมาที่คลินิกจนถึงเวลาที่ได้พบแพทย์) จาก 133 นาที เหลือเวลา 48 นาที ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงการรักษา และระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ยในการพบแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ นอกช่วงการรักษาเหลือเวลา 45 นาที 2. จุดบริการห้องยาลดระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ยลงจาก 35 นาที เหลือเวลา 7 นาที ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงการรักษา และเหลือเวลา 15 นาที ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่นอกช่วงการรักษา มีผลจากการแยกการให้บริการห้องยาเป็นห้องยาบริการผู้ป่วยโรคทั่วไป และห้องยาบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำให้มีเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมารับบริการ และห้องยาได้จัดบริการจัดยาในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคก่อน 3.การตัดจุดวัด vital signs ซึ่งนำหนัก หลังการคัดกรองโดยพยาบาลออกจนถึงทำให้ระยะเวลาการรอคอยลดลง 15 นาที และ 4. จุดบริการห้องชันสูตรได้จัดระบบบริการเจาะเลือดคลินิกยารักษาโรคโดยกำหนดเวลาผู้ป่วยให้มาเจาะเลือดพร้อมกัน กำหนดช่วงเวลา ผู้ป่วยต้องมารับบริการเจาะเลือดไม่เกิน 08.00 น.เจ้าหน้าที่จะนำเลือดเข้าเครื่องตรวจ PT/INR ได้ครั้งละ 10 คน และผลเลือดออกใน 30 นาทีลดระยะเวลาการรอคอย และลดการทำงานที่ซ้ำซ้อนไม่ต้องตรวจเลือดหลายรอบทำให้ความพึงพอใจในการบริการหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการวิจัยของพุทธิดา จันทรคอนแดง (2556) ได้ประยุกต์แนวคิดของไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยใช้กระบวนการปรับปรุงระบบงาน (ECRS) ในการจัดการเปลี่ยนแปลงระบบบริการในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า สามารถลดระยะเวลาในการให้บริการได้ถึง 50 นาทีซึ่งผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมในทุก ๆ ด้านอยู่ระดับมาก (\bar{X} =2.96, S.D.=0.10) เนื่องจากการ เลิก ลด และปรับเปลี่ยนขั้นตอนการบริการมีผลให้ระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ยลดลงเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการจึงทำให้ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากหลังการพัฒนาคุณภาพบริการในคลินิกยารักษาโรค

4. การจัดการกิจกรรมในคลินิกวารฟารินโดยให้เภสัชกรประจำคลินิกนำการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ใช้ยา วารฟาริน พบว่า

4.1 กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการจากกรมประมง ผู้ป่วยหลังการรับบริการคลินิกเป็นครั้งที่ 2 พบว่าก่อนการพัฒนาคุณภาพรูปแบบบริการผู้ป่วยที่ใช้ยา วารฟาริน มีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา ($Z = 4.42, P=0.00$) โดยข้อความที่ผู้ป่วยตอบได้น้อยที่สุดคือ ค่า INR (ค่าไอเอ็นอาร์) เป็นค่าที่บอกผลการรักษาด้วยยา วารฟารินว่าเลือดหนืดหรือเลือดเหลว (ร้อยละ 63.69) และผู้ป่วยรู้ช่วงค่าปกติของผลเลือดตนเอง (ค่าไอเอ็นอาร์) (ร้อยละ 66.67) ซึ่งสอดคล้องกับ ปฐวี โดหารัตนากรและคณะ (2559) ที่ศึกษาความรู้ในการใช้ยา วารฟารินและการควบคุมค่า INR เป้าหมายของผู้ป่วยนอก ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ พบว่าข้อความที่ผู้ป่วยตอบได้น้อยที่สุดคือ ข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและมิตินใจ และความตระหนักถึงความสำคัญของเป้าหมายค่า INR เนื่องจากปัจจัยของผู้ป่วยทั้งทางด้านอายุ ระดับการศึกษาส่งผลให้ความเข้าใจเรื่องผลเลือดค่า INR เพื่อสร้างความเข้าใจง่ายต่อการสื่อสารกับผู้ป่วยจึงได้แจ้งผลเลือดตามสัญญาณไฟจราจร คือ สัญญาณไฟสีเขียว หมายถึง ผลเลือด ค่า INR อยู่ในช่วงการรักษา เป็นผลเลือดดีและปกติสัญญาณไฟสีเหลือง หมายถึง ผลเลือดค่า INR อยู่นอกช่วงการรักษา เป็นผลเลือดที่มีค่า INR ต่ำกว่า 2 เลือดหนืดมีแนวโน้มจับตัวเป็นก้อนอุดตันให้สังเกตอาการ วิงเวียน ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ปากเปื่อย แขนขาอ่อนแรง และ สัญญาณไฟสีแดง หมายถึง ผลเลือดค่า INR อยู่นอกช่วงการรักษา เป็นผลเลือดที่มีค่า INR สูงกว่า 3 เลือดเหลว แนวโน้มมีเลือดออกให้สังเกตรอยจ้ำเลือดตามร่างกาย อาเจียน ปัสสาวะ อุจจาระมีเลือด และการมีเลือดออกผิดปกติ ทั้งสัญญาณไฟสีเหลือง สัญญาณไฟสีแดง เมื่อมีอาการผิดปกติดังกล่าวให้รีบมาโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่า หลังจากการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารฟาริน แนวโน้มค่า INR อยู่ในช่วงการรักษาเพิ่มมากขึ้น จากเดือน เมษายน ร้อยละ 41.67 เดือนพฤษภาคม ร้อยละ 42.86 และ

เดือนมิถุนายน ร้อยละ 51.28 ตามลำดับ แพทย์ยอมรับและปฏิบัติตามการนำเสนอ ร้อยละ 100 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารฟารินทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ และพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น ส่งผลให้ค่า INR ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของเกษร สังข์กฤษ และคณะ (2555) ที่ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา วารฟารินในโรงพยาบาล สกลนคร พบว่า ผลลัพธ์ในการดูแลระดับค่า INR อยู่ในช่วงที่มีผลดีต่อการรักษาเพิ่มมากขึ้น อัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดลง อัตราการเกิดปัญหาด้านการใช้ยาลดลง เกิดความพึงพอใจต่อการบริการ

4.2 กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ โดยประเมินผู้ป่วยหลังการรับบริการคลินิกเป็นครั้งที่ 2 พบว่า หลังการพัฒนาคุณภาพบริการ ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยา วารฟาริน มีความรู้ และความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารฟาริน เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา ($Z = 4.47, P=0.00, Z = 4.85, P=0.00$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารฟาริน ที่ประยุกต์แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) ร่วมกับหลักการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยา วารฟาริน ทำให้เกิดระบบบริการใหม่ที่มีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลนุชทริก สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และญาติ มีการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ส่งผลให้มีความรู้มากขึ้น เกิดความพึงพอใจต่อคลินิกบริการ สอดคล้องกับผลการวิจัยของวิเศษศิลป์ ปันธินาคำ (2552) การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการใช้ยา วารฟารินรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินก่อน และหลังการพัฒนาปรับปรุงงานคลินิกวารฟาริน พบว่า หลังมีการปรับปรุงพัฒนางานในวารฟาริน คลินิก พบว่า ร้อยละจำนวนครั้งของค่า INR ที่เข้าเป้าเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 24.3 เป็น 48.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 ผู้ให้บริการ

1.1.1 ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มพูนทักษะ ให้การบริการมีคุณภาพดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

1.1.2 กระบวนการทำงานควรเน้นการมีติดตาม ประเมินผลทั้งด้านผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ และการเชื่อมต่อ ข้อมูลไปสู่ชุมชน

1.1.3 ควรสำรวจความพึงพอใจของผู้ให้บริการเป็น ระยะเวลา ๆ เพื่อทราบถึงความต้องการของผู้ให้บริการ โดยนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาหรือปรับปรุงการ ให้บริการให้สอดคล้องกับความจำเป็นและความต้องการของ ผู้ให้บริการ

1.1.4 ควรดำเนินการตามกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะเปรียบเทียบ ผลการดำเนินงานทุกปี พัฒนา ปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพบริการให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

1.1.5 เชื่อมโยงความปลอดภัยในรูปแบบ เครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่ไซยวาร์ฟารินแก่บุคลากรใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามเกณฑ์ รพ.สต. ติดดาว

1.1.6 ควรปรับปรุงสถานที่ในการจัดกิจกรรมกลุ่ม ให้เหมาะสมตามกิจกรรม เพื่อเสริมสร้างความรู้ การมีส่วนร่วม จากผู้รับบริการและญาติ

1.1.7 การประเมินผล ควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานได้

1.2 ผู้รับบริการ

1.2.1 ควรจัดบริการในแต่ละจุดบริการให้มีคุณภาพ เหมาะสม สะดวกในการเข้ารับบริการรวดเร็ว ตอบสนองความต้องการและสร้างความพึงพอใจต่อผู้รับบริการ

1.2.2 ควรเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย และควรการอบรมให้ความรู้แก่ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไซยวาร์ฟารินให้ครบ 100% โดยเน้นประเด็น ที่ยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง เช่น ความรู้เกี่ยวกับค่า INR (ค่า ไอเอ็นอาร์) การเลือกรับประทานอาหารและผลไม้ที่เหมาะสม กับภาวะโรคของผู้ป่วย

1.2.3 ควรสำรวจความพึงพอใจของผู้รับ บริการ เป็นระยะ ๆ เพื่อทราบถึงความต้องการของผู้รับบริการโดยนำ ผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาหรือปรับปรุงการ ให้บริการให้สอดคล้องกับความจำเป็น และความต้องการ ของผู้รับบริการ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรวิจัยและประเมินผลการดำเนินงานใน การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินอย่าง ต่อเนื่องเพื่อเป็นแนวทางในการที่จะใช้เป็นรูปแบบของการ พัฒนาคุณภาพบริการคลินิกอื่น ๆ ต่อไป

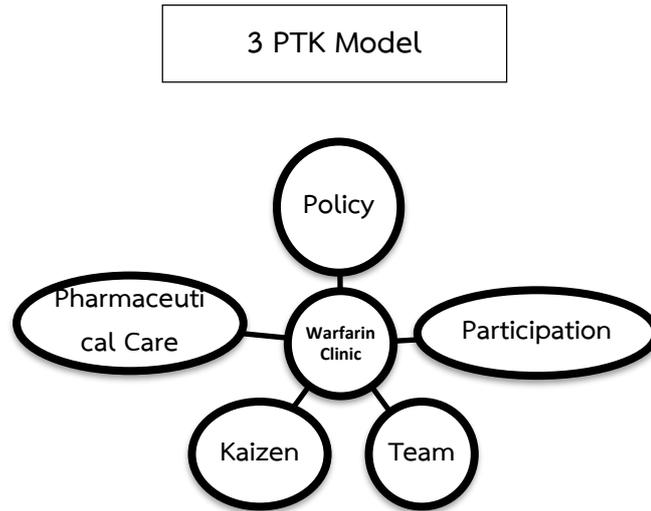
2.2 ควรศึกษาเปรียบเทียบการจัดบริการดูแล ผู้ป่วยที่ไซยวาร์ฟาริน ที่รับยาที่โรงพยาบาลชุมชนที่ใกล้เคียง หรือสถานบริการอื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย ลีทองดี และอาจารย์ ดร.รับขวัญ เชื้อดี คณะกรรมการที่ ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือให้ คำปรึกษาแนะนำแก้ไขปรับปรุงจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ สมบูรณ์ ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงรพีพรรณ รัตนวงศันรา มอร์ด แพทย์หญิงอริษฐาน ถึงแสง และเภสัชกรหญิง ทิพย์กานัน ศรีโพนทอง ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญ ในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทุกท่านที่ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล และสัญญา ชาสมบัติ. (2560). รายงานการศึกษาสถานการณ์การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประเทศไทย. [ออนไลน์]. ได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=12501&tid=32&gid=1-020> [สืบค้นเมื่อ 21 มิถุนายน 2560].
- เกษร สังข์กฤษ, ทศนีย์ แดขุนทด และอุไรวรรณ ศรีดามา. (2555). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน โรงพยาบาลสกลนคร. **วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**, 30(4): 96-108.
- คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ และสำนักบริหารการสาธารณสุข. (2559). **คู่มือการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบสุขภาพสาขาหัวใจ เรื่อง การบริหารจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Warfarin Clinic Management)**. ม.ป.ท. โอ-วิทย์ (ประเทศไทย).
- เบญจรินทร์ สันตติวงศ์ไชย, วันทนีย์ กุลเพ็ง, อุบลวรรณ สะพู, บัญชา สุขอนันต์ชัย และยศ ตีระวัฒนานนท์. (ม.ป.ป). **การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ของการตรวจติดตาม PT-INR ด้วยระบบ Point of Care เพื่อปรับยา และเฝ้าระวังยาในผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือด (วอร์ฟาริน)**. [ออนไลน์]. ได้จาก: http://www.hitap.net/wp-content/uploads/2016/11/Full_Report-Wafarin.pdf [สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2560].
- ปฐวี โลหะรัตน์และคณะ. (2559). ความรู้ในการใช้ยาแอสไพรินและการควบคุมค่า international normalized ratio เป้าหมาย ของผู้ป่วยนอก ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. **ศรีนครินทร์เวชสาร**. 31(3): 257-265.
- พุดิตา จันทร์ดอนแดง. (2556). **การพัฒนาคุณภาพบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- มรกต ภัทรพงศ์สินธุ์. (2558). การเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยที่รับประทานยาแอสไพรินในโรงพยาบาลชัยภูมิ และโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ. **วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย**. 5(2): 112-119.
- วิเศษศิลป์ ปันธน์าคำ. (2552). ผลลัพธ์ทางคลินิกของการพัฒนาปรับปรุงงานในคลินิกวอร์ฟาริน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. **วารสารอายุรศาสตร์อีสาน**. 8(2): 42-50.
- สรัญญา ตาภูวัน. (2556). **การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อลดความสูญเสียเปล่าในกระบวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลน้ำยืน อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี**. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุมัทนา กลางคาร และวรวจน์ พรหมสัจด์ยพต. (2553). **หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ = Principle of Health Science Research**. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์, 2553.
- สุรกิจ นาทีสุวรรณ. (2559). **การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน**. กรุงเทพฯ: บริษัทประชาชน.
- Kaizen. (1986). *The Key To Japan's Competitive Success*. Publisher: McGraw-Hill Education.



ภาพที่ 1 โมเดลการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุณทรภิก จังหวัดอุบลราชธานี

1. ยีนบัตรที่จุดคัดกรอง การซักถามโรคประจำตัว และยาที่รับประทานประจำ ผู้ป่วยรายเก่ามีบัตรประจำตัวผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน Keyword marke		
1) มีเลือดออกผิดปกติ มีไอเป็นเลือด ปัสสาวะเป็นเลือด มีถ่ายดำหรือไม่ 2) มีปวดหัวมาก วิงเวียน เดินเซ แขนขาอ่อนแรง ปากเขียว ฟูดไม่ชัด หรือไม่		
2. จุดบริการลงทะเบียนที่ห้องบัตร		
3. จุดบริการห้องชั้นสูตร กำหนดช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องมารับบริการเจาะเลือดไม่เกิน 08.00 น. เครื่องตรวจสามารถตรวจหา INR ได้ครั้งละ 10 ราย ผลเลือดออกใน 30 นาที มีมาตรฐานการเก็บตัวอย่างเลือดในการตรวจหาค่า INR		
4. จุดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง		
กิจกรรมกลุ่ม 1) กิจกรรมออกกำลังกาย 2) กิจกรรมให้ความรู้เรื่องยาวาร์ฟาริน และความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ 3) กิจกรรมสนทนากลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติ		
กิจกรรมรายบุคคล การให้บริบาลทางเภสัชกรรม โดยเภสัชกรประจำคลินิก ประกอบด้วย 1) ให้ข้อมูลเรื่องเป้าหมายในการรักษาของผู้ป่วย 2) แจ้งผลการรักษาค่า INR ที่ตรวจได้ 3) ประเมินการใช้ยา และซักประวัติเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากยา พฤติกรรมการบริโภค ยา อาหาร สมุนไพร การเจ็บป่วย ความร่วมมือในการใช้ยา		
แยกกลุ่มผู้ป่วยจาก ค่า INR		
(สัญญาณไฟเขียว) ค่า INR อยู่ในช่วงการรักษา (2.00 -3.00)	(สัญญาณไฟเหลือง) ค่า INR ต่ำกว่าช่วง การรักษา < 2.00	(สัญญาณไฟแดง) ค่า INR สูงกว่าช่วง การรักษา > 3.00
- เภสัชกรให้ยาตามคำสั่งเดิมของแพทย์ - พยาบาลลงข้อมูลในโปรแกรมบริการ	- เภสัชกรเสนอแนวทางการปรับขนาดยาและวิธีการบริหารยา - พยาบาลลงข้อมูลในโปรแกรมบริการ - พบแพทย์	
5. จุดบริการห้องยา		
- ตรวจสอบความถูกต้องใบสั่งยา/กระบวนการจัดยา รับยาจากเภสัชกรประจำห้องยาจากจุดจ่ายยา	- ตรวจสอบความถูกต้องใบสั่งยา/ กระบวนการจัดยา รับยาจากเภสัชกรประจำคลินิก วาร์ฟารินในห้องให้คำปรึกษา มอบตารางการกินยาแบบใหม่ และแนะนำวิธีการ รับประทานยาให้แก่ผู้ป่วยและญาติ	
6. กลับบ้าน		
6. กลับบ้าน		

ภาพที่ 2 รูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบุณทรภิก

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารังฟาริน

ความรู้	\bar{X}	S.D.	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			

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังพัฒนาคุณภาพบริการ

การมีส่วนร่วม	\bar{X}	S.D.	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			

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารังฟาริน ก่อนและหลังพัฒนาคุณภาพบริการ

ความพึงพอใจ	\bar{X}	S.D.	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			

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านยารังฟารินและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ใช้ยารังฟาริน ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารังฟาริน

ความรู้	\bar{X}	S.D.	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			

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ใช้ยารังฟาริน ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารังฟาริน

พฤติกรรม	\bar{X}	S.D.	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			

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารังฟารินของผู้ป่วยที่ใช้ยารังฟาริน ก่อนและหลังพัฒนาคุณภาพบริการ

ความพึงพอใจ	\bar{X}	S.D.	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			

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องยารพาริน และการปฏิบัติตัวของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารพาริน ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยารพาริน

ความรู้	\bar{X}	S.D.	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			

ตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกยารพาริน ของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารพาริน ก่อนและหลังพัฒนาคุณภาพบริการ

ความพึงพอใจ	\bar{X}	S.D.	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			

