



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ.ที่ นร ๑๐๐๖/ว๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้ อ.ก.พ.กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไปกรณีเกษียณอายุราชการ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๑๒๓ ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ที่ อ.ก.พ.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๖ มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร จำนวน ๑๒ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑	นางภิษา พักศรี	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข
๒	นางสาวนฤมล ลิ้มตระกูล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
๓	นางสาวบุญช่วย จุลบุตร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
๔	นางชุณหิณีชภา ธัญธาดาสุขขจร	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	โรงพยาบาลโพทะเล กลุ่มงานการพยาบาล
๕	นางสิริรัตน์ เนียมเปรม	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	โรงพยาบาลบึงนาราง กลุ่มงานการพยาบาล
๖	นางสมพิศ แจ่มเงิน	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	โรงพยาบาลดงเจริญ กลุ่มงานการพยาบาล

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๗	นางเบญจมาศ เอมสวัสดิ์	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	โรงพยาบาลสากเหล็ก กลุ่มงานการพยาบาล
๘	นางสาวทัศนีย์ รอดภัย	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	โรงพยาบาลบางมูลนาก กลุ่มงานการพยาบาล
๙	นางสมพิศ วิริยม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	โรงพยาบาลบางมูลนาก กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๑๐	นางเสาวรี หวังประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๑๑	นายพัลลภ พลสว่าง	สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดพิจิตร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางมูลนาก
๑๒	นางสาวปิยรัตน์ รอดฤทธิ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดพิจิตร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะพานหิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลวังสำโรง

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนดภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายวิศิษฐ์ อภิสิทธิ์วิทยา)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนชั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมิน	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
1	นางภิษา พักศรี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	102986	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เภสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)	103103	เลื่อนระดับ 90%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน "การพัฒนาประสิทธิภาพระบบเติมยาในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิจิตร" ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การพัฒนาระบบข้อมูลดิจิทัล กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				
2	นางสาวนฤมล สัมตระกูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	103487	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	102774	เลื่อนระดับ 90%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน "การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร" ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การพัฒนาการระบบงานเฝ้าระวังโรคและการสอบสวนโรค จังหวัดพิจิตร" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				
3	นางสาวบุญช่วย จุลบุตร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	102909	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	102811	เลื่อนระดับ 90%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน "ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำบ้านจังหวัดพิจิตร" ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยทำงาน จังหวัดพิจิตร" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				
4	นางสุนทรีย์ชญา ธัญธาดาสุขขจร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โรงพยาบาลโพทะเล กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	103201	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โรงพยาบาลโพทะเล กลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	103197	เลื่อนระดับ 100%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน "การพยาบาลฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง : กรณีศึกษา " ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลหอผู้ป่วยในด้วยการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				

๑๗๓

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมิน	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
5	นางสิริรัตน์ เนียมเปรม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โรงพยาบาลโพทะเล กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	103205	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โรงพยาบาลบึงนาราง กลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	102862	เลื่อนระดับ 100%
ชื่อผลงานส่งประเมิน "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร (Factors influencing clinical risk management of registered nurses in a medium-sized community hospital Phichit Province)"						
ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การบริหารการเปลี่ยนแปลงโดยใช้การจัดการความรู้ เพื่อเปลี่ยนแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติของบุคลากรด้านการพยาบาล" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"						
6	นางสมพิศ แจ่มเงิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โรงพยาบาลบางมูลนาก กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	103133	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โรงพยาบาลคงเจริญ กลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	103114	เลื่อนระดับ 100%
ชื่อผลงานส่งประเมิน "การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 : กรณีศึกษา" ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การพัฒนาระบบติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วม" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"						
7	นางเบญจมาศ เอ็มสวัสดิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โรงพยาบาลสากเหล็ก กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	102860	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โรงพยาบาลสากเหล็ก กลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	103258	เลื่อนระดับ 100%
ชื่อผลงานส่งประเมิน "การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง : กรณีศึกษา" ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การพัฒนาคุณภาพการคัดกรองจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"						
8	นางสาวทัศนีย์ รอดภัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โรงพยาบาลบางมูลนาก กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	103124	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โรงพยาบาลบางมูลนาก กลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	103120	เลื่อนระดับ 100%
ชื่อผลงานส่งประเมิน "การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก" ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใส่น้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"						

19/5

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมิน	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
9	นางสมพิศ วิริยม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โรงพยาบาลวังทรายพูน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	102852	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โรงพยาบาลบางมูลนาก กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	103116	เลื่อนระดับ 100%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน "การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา" ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "อสม. บัดดี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				
10	นางเสาวรี หวังประเสริฐ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	103044	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	103010	เลื่อนระดับ 100%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน "การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ishemic stroke) ในระยะวางแผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน : กรณีศึกษา" ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (STORKE)" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				
11	นายพัลลภ พลสว่าง	จังหวัดพิจิตร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ประทับช้าง กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	103646	จังหวัดพิจิตร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางมูลนาก สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	90064	เลื่อนระดับ 90%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน "การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร" ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				
12	นางสาวปิยรัตน์ รอดฤทธิ์	จังหวัดพิจิตร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะพานหิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลวังสำโรง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ)	103541	จังหวัดพิจิตร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะพานหิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลวังสำโรง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	103541	เลื่อนระดับ 90%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร" ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				

๗๓

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพัฒนาประสิทธิภาพระบบเติมยาในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิจิตร

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ – กันยายน ๒๕๖๔

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในวัตถุประสงค์หลักของการดำเนินงานตามนโยบายตามโครงการลดภาระงานสนับสนุน ในรพ.สต. เขตสุขภาพที่ ๓ และสามารถนำมากำหนดเป็นตัวชี้วัด ค่าเป้าหมายที่ชัดเจน ในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบเติมยา ในจังหวัดพิจิตร ซึ่งต้องอาศัยองค์ความรู้ในระบบงานที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจนในภาพรวม เข้าใจถึงกระบวนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง และสามารถค้นหาปัจจัยสำเร็จ ทั้งนี้ต้องใช้การประสานงานในภาพเครือข่ายที่ดี เพื่อให้เกิดความร่วมมือ และสนับสนุนการทำงาน สร้างกลไกการกระตุ้นในเชิงบวกที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัดพิจิตร และสามารถนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ หาแนวทางการแก้ไขเพื่อพัฒนาต่อไปได้

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการสุขภาพฐานรากที่ใกล้ชิดประชาชนในส่วนภูมิภาคมากที่สุด มีบทบาทหลักในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และให้การรักษายาบาล ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีบุคลากรที่เพียงพอ มีศักยภาพ ต่อการให้บริการดังกล่าว พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับภาระงาน โดยเฉลี่ยแล้วบุคลากรสายวิชาชีพ ทั้งพยาบาลวิชาชีพ และวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน ใช้เวลาส่วนใหญ่เกือบ ๒ ใน ๓ ของเวลาทำงานไปกับการให้การรักษายาบาลซึ่งมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งยังต้องใช้เวลาอีกเกือบ ๑ ใน ๓ ไปกับงานบริหารงานเอกสาร บันทึกข้อมูล และการทำรายงาน และเห็นว่าควรมีการปรับปรุงเพื่อให้มีเวลาให้บริการประชาชนมากขึ้น ซึ่งหากบริหารจัดการลดภาระงานที่ไม่จำเป็น ก็อาจทำให้บุคลากรสายวิชาชีพมีเวลาให้บริการประชาชนมากขึ้น

ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ -๒๕๖๕ ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล แผนที่ ๑๔. การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ โครงการที่ ๑. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีการขับเคลื่อนประเด็นมุ่งเน้นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสถานพยาบาล ด้านระบบบริการก้าวหน้า มีเป้าหมายให้เขตสุขภาพมีนวัตกรรมจัดการบริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองนโยบายดังกล่าว เขตสุขภาพที่ ๓ จึงได้ดำเนินโครงการลดภาระงานสนับสนุน (Back office) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ ๓ ขึ้น เพื่อลดภาระงานและเพิ่มประสิทธิภาพในด้านดำเนินงานบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และนำเวลาที่ได้จากการลดภาระงานไปพัฒนางานเชิงคุณภาพต่อผู้ป่วยในพื้นที่ต่อไป จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้น กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เล็งเห็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพระบบเติมยาโดยการนำแนวคิดลิ้นมาปรับใช้ โดยดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ต่อระบบบริการสุขภาพและเพื่อตอบสนองการดำเนินงานตามนโยบาย ด้านสาธารณสุขของจังหวัดพิจิตรต่อไปวิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินงานซึ่งประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ดังนี้

๑. ขึ้นวางแผน (พฤศจิกายน ๒๕๖๓ – ธันวาคม ๒๕๖๓)

๑.๑ ดำเนินการจัดการประชุมผู้รับผิดชอบงานโครงการลดภาระงานสนับสนุน (Back office) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ ๓ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานตามนโยบาย และตัวชี้วัดค่าเป้าหมาย จากนั้นจัดประชุมสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดพิจิตร ตัวแทนเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละอำเภอ เพื่อร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน

๑.๒ ศึกษากระบวนการกระจายยาของโรงพยาบาล และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่งในจังหวัดพิจิตร
 ๑.๓ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์กิจกรรมการทำงาน, วิเคราะห์กิจกรรมความสูญเสียเปล่าของการทำงาน
 ปัจจุบัน และปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน

๑.๔ กำหนดแนวทางการแก้ปัญหาโดยเทคนิคการลดความสูญเสียเปล่า ECRS

๑.๕. ออกแบบขั้นตอน และกระบวนการทำงานใหม่ (หลังปรับปรุง)

๒. ขึ้นปฏิบัติการ (มกราคม ๒๕๖๔ - มิถุนายน ๒๕๖๔)

จัดประชุมผู้รับผิดชอบงาน เพื่อสื่อสารนโยบาย ทิศทางการดำเนินงาน ตลอดจนถึงวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้อง
 จากนั้นทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามแนวทางที่ตกลงร่วมกัน โดยใช้กระบวนการทำงาน (หลังปรับปรุง)
 เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบเดิมยา

จังหวัดพิจิตร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการประชุมเพื่อติดตามงานผ่านทางการประชุมคณะกรรมการพัฒนารับบริหาร
 จัดการเครือข่ายบริการสุขภาพด้านเภสัชกรรม (พปส.)

๓. ขึ้นสังเกตการณ์ (ก.ค. ๖๔ - ก.ย. ๖๔)

นิเทศ ตรวจสอบติดตาม สนับสนุน ประเมินผลตามแบบเก็บข้อมูลการดำเนินงาน จากนั้นวิเคราะห์
 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังปรับปรุง ได้แก่ จำนวนขั้นตอน ระยะเวลาของรอบการเบิกยา อัตรา
 การสำรองคงคลัง รพ.สต. ร้อยละของเวชภัณฑ์ยาขาดที่เกิดจากระบบ refillยา จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการ
 ดำเนินงานมาวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

๔. ขึ้นสะท้อนกลับ (ก.ย. ๖๔)

ดำเนินการสะท้อนข้อมูลการดำเนินงาน และปัญหาที่พบให้แต่ละเครือข่ายทราบ เพื่อนำปัญหาที่พบไป
 ปรับปรุงพัฒนาต่อไป และรายงานผู้บริหารเพื่อทราบ

เป้าหมายการดำเนินงาน

๑. เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพระบบเดิมยาในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิจิตร

๒. เพื่อศึกษาผลของการปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบเดิมยาในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดพิจิตร

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๑. เกิดระบบเดิมยาแบบใหม่ (หลังการดำเนินงานพัฒนา)

๒. เกิดผลจากการปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบเดิมยา ดังนี้คือ จำนวนกิจกรรมในการดำเนินงาน, เวลา
 ที่ใช้ในการดำเนินงานต่อรอบ, อัตราการสำรองคงคลังหน่วยบริการปฐมภูมิ, มูลค่าการสำรองคงคลังภาพรวมทุก
 เครือข่าย, รายงานยาไม่เพียงพอจ่ายในหน่วยบริการปฐมภูมิที่เกิดจากระบบเดิมยาต่อรอบการดำเนินงาน หลัง
 ปรับปรุงที่ดีขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการปรับปรุงระบบ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพระบบเดิมยา จังหวัดพิจิตร เพื่อประโยชน์ต่อระบบบริการสุขภาพและเพื่อ
 ตอบสนองการดำเนินงานตามนโยบายด้านสาธารณสุขของจังหวัดพิจิตร และนำผลจากการลดภาระงานและการ
 เพิ่มประสิทธิภาพในด้านดำเนินงานบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำเวลาที่ได้จากการลด
 ภาระงานไปพัฒนางานเชิงคุณภาพต่อผู้ป่วยในพื้นที่จังหวัดพิจิตรต่อไป

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การดำเนินงานด้านงานบริหารเวชภัณฑ์มีรายละเอียดความซับซ้อนของกระบวนการทั้งในด้านระบบการ
 ดำเนินงาน เทคโนโลยีที่ใช้ ระเบียบงานพัสดุที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการดำเนินงานในภาพจังหวัดจำเป็นต้องมีการ
 ประสานงาน มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ กำกับติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การดำเนินงานสามารถบรรลุตาม
 วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ปัญหาและอุปสรรคที่พบคือ ระบบการบริหารเวชภัณฑ์โปรแกรมเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ในเครือข่ายบริการ มีความหลากหลาย และยังไม่สามารถเชื่อมโยงกันระหว่าง รพ. และ รพ.สต. ครอบคลุมทุกเครือข่ายบริการ

๙. ข้อเสนอแนะ

ควรให้โรงพยาบาลที่ได้ดำเนินการสำเร็จแล้ว แลกเปลี่ยนร่วมกัน และเป็นທີ່ปรึกษาให้กับโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้ดำเนินการครบถ้วน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

กำลังเสนอตีพิมพ์วารสารวิจัยและวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑ มกราคม - มิถุนายน ๒๕๖๖

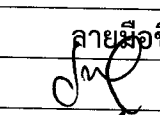
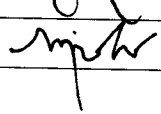
๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- ๑) นางภิษา พักศรี สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๙๐
๒) นายณพงศ์ธัช คำสอน สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
(นางภิษา พักศรี)
(ตำแหน่ง) เกษตรกรชำนาญการ
(วันที่) 10 / 11 / 66
ผู้ขอประเมิน-

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางภิษา พักศรี	
นายณพงศ์ธัช คำสอน	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
(นายสมจินต์ มากพ้า)
(ตำแหน่ง) เกษตรกรชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งเกษตรเชี่ยวชาญ (ด้านเมล็ดพันธุ์สัตว์น้ำ)
(วันที่) 10 / 11 / 66
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)
(นายวิศิษฐ์ อภิสิทธิ์วิทยา)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
(วันที่) 10 / 11 / 66
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับ ข้าราชการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบข้อมูลดิจิทัล กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

๒. หลักการและเหตุผล

แผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐ มีเป้าหมายหลักให้หน่วยงานภาครัฐ นำนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในการยกระดับการบริหารจัดการและการดำเนินงานภาครัฐให้มีความยืดหยุ่นคล่องตัว มีการบูรณาการแบบไร้รอยต่อ เปิดเผย โปร่งใสตรวจสอบได้ และสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยมุ่งยกระดับภาครัฐไทยสู่เป้าหมายการให้บริการที่ตอบสนองประชาชน และลดความเหลื่อมล้ำ การเพิ่มความสามารถและศักยภาพในการแข่งขันของภาคธุรกิจ การสร้างความโปร่งใส ที่เน้นการเปิดเผยข้อมูลแก่ประชาชน โดยไม่ต้องร้องขอและการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน และการเป็นภาครัฐที่ปรับตัวทันการณื อันจะเป็นพื้นฐานสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ^(๑)

สำหรับกระทรวงสาธารณสุขนั้นก็ได้มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการกิจต่าง ๆ เพื่อตอบสนองแผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลดังกล่าวด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) โดยกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะและกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ก็ได้มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการกิจการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ในฐานะหน่วยงานส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่รับภารกิจจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพมาปฏิบัติในส่วนภูมิภาค ซึ่งกรอบภารกิจประกอบด้วย ๒ งานหลัก คือ (๑) งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ได้แก่ การควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพก่อนออกสู่ตลาด (Pre-marketing control) โดย การควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพหลังออกสู่ตลาด (Post-marketing control) การพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคและเครือข่าย (Consumer and Network empowerment) การพัฒนาผู้ประกอบการ (Entrepreneur empowerment) และด้านอาหารและยา (เฉพาะจังหวัดที่มีการประกาศฯ) และ (๒) งานเภสัชสาธารณสุข ได้แก่ การพัฒนาระบบยาและเวชภัณฑ์ไม่ใชยา ระดับจังหวัด การพัฒนาคุณภาพการบริการทางเภสัชกรรมและการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพและเครือข่ายบริการ (Service Plan) ซึ่งปฏิบัติตามภารกิจของหน่วยงานดังกล่าวข้างต้นได้รับมอบอำนาจให้ดำเนินการในเขตจังหวัดที่รับผิดชอบ โดยข้อมูลการดำเนินการตามภารกิจส่วนใหญ่ถูกจัดอยู่ในรูปแบบเอกสาร เมื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาระบบข้อมูลที่ผ่านมา พบว่า ฐานข้อมูลของกลุ่มงานฯ กระจัดกระจายไปตามผู้รับผิดชอบแต่ละงาน บุคลากรที่เกี่ยวข้อง หรือผู้รับบริการ ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เป็นปัจจุบันได้ ขาดระบบจัดเก็บข้อมูลที่เชื่อมต่อกันระหว่างเจ้าหน้าที่ การสืบค้นต้องใช้เวลาาน การสอบถามย้อนหลังของข้อมูลทำได้ยาก ทำให้การดำเนินงานไม่คล่องตัว เกิดความล่าช้า ส่งผลให้ความเข้าใจในสถานการณ์ของงานไม่เป็นปัจจุบัน ดังนั้นเพื่อให้เกิดความสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงานในการดำเนินงาน ตลอดจนเกิดประโยชน์ต่อประชาชนผู้มาติดต่อรับบริการ จึงได้กำหนดให้มีแผนการพัฒนาระบบข้อมูลดิจิทัล กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เข้าสู่ระบบข้อมูลดิจิทัล และมีระบบความสอดคล้องตามความต้องการของผู้ใช้งาน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรได้จัดให้มีศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ หรือ One stop service center มาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๙ เพื่อการดำเนินงานด้านการควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพก่อนออกสู่ตลาด (Pre-marketing control) ให้บริการรับคำขออนุญาตที่จุดเดียว ลดความยุ่งยากของผู้ประกอบการในการยื่นคำขออนุญาตตามนโยบายของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประกอบกับในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ได้กำหนดนโยบายมุ่งเน้นด้าน “พิจิตร มั่งคั่ง” (ส่งเสริมและพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข จึงได้ขับเคลื่อนดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผ่านการพัฒนาการให้บริการประชาชนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรสู่มาตรฐานศูนย์ราชการสะดวก (GECC) ซึ่งตามมาตราฐานศูนย์ราชการสะดวก มีประเด็นมุ่งเน้นให้ศูนย์ราชการมีการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบริการหลักหรือบริการที่เกี่ยวข้องในรูปแบบดิจิทัล (Digitization) การพัฒนาระบบข้อมูลดิจิทัล กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร จึงถือเป็นการอำนวยความสะดวกด้านการจัดการข้อมูลให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนเกิดประโยชน์ต่อประชาชนผู้มารับบริการตามมา

บทวิเคราะห์

เพื่อตอบสนองแผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐ และนโยบายมุ่งเน้นด้าน “พิจิตร มั่งคั่ง” (ส่งเสริมและพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ประกอบกับเพื่อให้การดำเนินงานตามภารกิจหลักของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เป็นไปอย่างราบรื่น มีฐานข้อมูลของกลุ่มงานฯ ที่จัดเก็บข้อมูลที่เชื่อมต่อถึงกันระหว่างเจ้าหน้าที่ได้ สามารถสืบค้นและสอบถามย้อนหลังได้ง่ายและรวดเร็ว ทำให้การดำเนินงานคล่องตัว กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร จึงมีแผนการนำระบบเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาประยุกต์ใช้กับระบบข้อมูลของกลุ่มงานฯ ให้ครอบคลุมทุกภารกิจการของกลุ่มงานฯ

ข้อเสนอ

แผนการพัฒนาระบบข้อมูลดิจิทัล กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร มีการดำเนินงานหลักรวม ๔ ขั้นตอน ดังนี้

๑. ศึกษาดูงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับใช้ในการจัดการข้อมูลของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เพื่อหาแนวคิดที่สามารถนำมาปรับใช้กับบริบทที่เหมาะสมกับพื้นที่ของจังหวัดพิจิตร

๒. แต่งตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการวางแผนทบทวนข้อมูลกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ให้ครอบคลุมทุกงานในกลุ่มงานตามภารกิจและออกแบบระบบข้อมูลดิจิทัล

๓. การดำเนินงานตามแผนและการติดตามกำกับผล

๔. การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งาน

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

ด้านเทคโนโลยี บุคลากรขาดทักษะ ประสบการณ์ เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาระบบข้อมูลดิจิทัล

แนวทางแก้ไข

จัดทำแผนในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการศึกษาดูงานเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาต่อไป

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เมษายน - สิงหาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

๑. ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

โรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี (dengue virus) โดยมีุงลายเป็นพาหะนำโรค มักพบในประเทศเขตร้อน และระบาดในช่วงฤดูฝนของทุกปี อาการของโรคไข้เลือดออกมีตั้งแต่ไม่มีอาการผิดปกติไปจนถึงเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่

๒. แนวคิดเกี่ยวกับผู้นำชุมชน

บุคคลที่ได้รับการยกย่องให้เป็นหัวหน้าหรือผู้นำของกลุ่ม อาจได้มาจากการเลือกตั้ง แต่งตั้ง หรือการได้รับการยอมรับจากกลุ่ม เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ชี้แนะ นำพา และช่วยเหลือกลุ่มให้สามารถดำเนินงานหรือปฏิบัติการกิจตามที่ได้รับมอบหมายจนบรรลุผลสำเร็จ ตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ บุคคลที่ได้รับการยอมรับจากประชาชนในชุมชน/ท้องถิ่นและเป็นผู้นำทางการปกครอง ซึ่งประกอบด้วย สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล กำนัน/สรวัดรกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน/รองประธานชุมชน เป็นตำแหน่งที่ได้มาจากการ เลือกตั้ง หรือแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร

๓. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร ๔ ด้าน ได้แก่ ๑)การมีส่วนร่วมตัดสินใจของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (Decision making) หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการค้นหาสาเหตุของปัญหา กำหนดความต้องการและวิธีการเพื่อนำมาตัดสินใจวางแผนงาน/โครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ๒.)การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก(Implementation) หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการ การสนับสนุนและการประสานงานต่างๆในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ๓)การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการรับผลประโยชน์จากการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (Benefits) หมายถึง ผลที่เกิดจากการที่ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีทั้งผลประโยชน์ทางสังคมและผลประโยชน์ส่วนบุคคล และ ๔)การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการประเมินผลการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก(Evaluation) หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการควบคุมและการตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

๔. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

๔.๑ ปัจจัยส่วนบุคคล

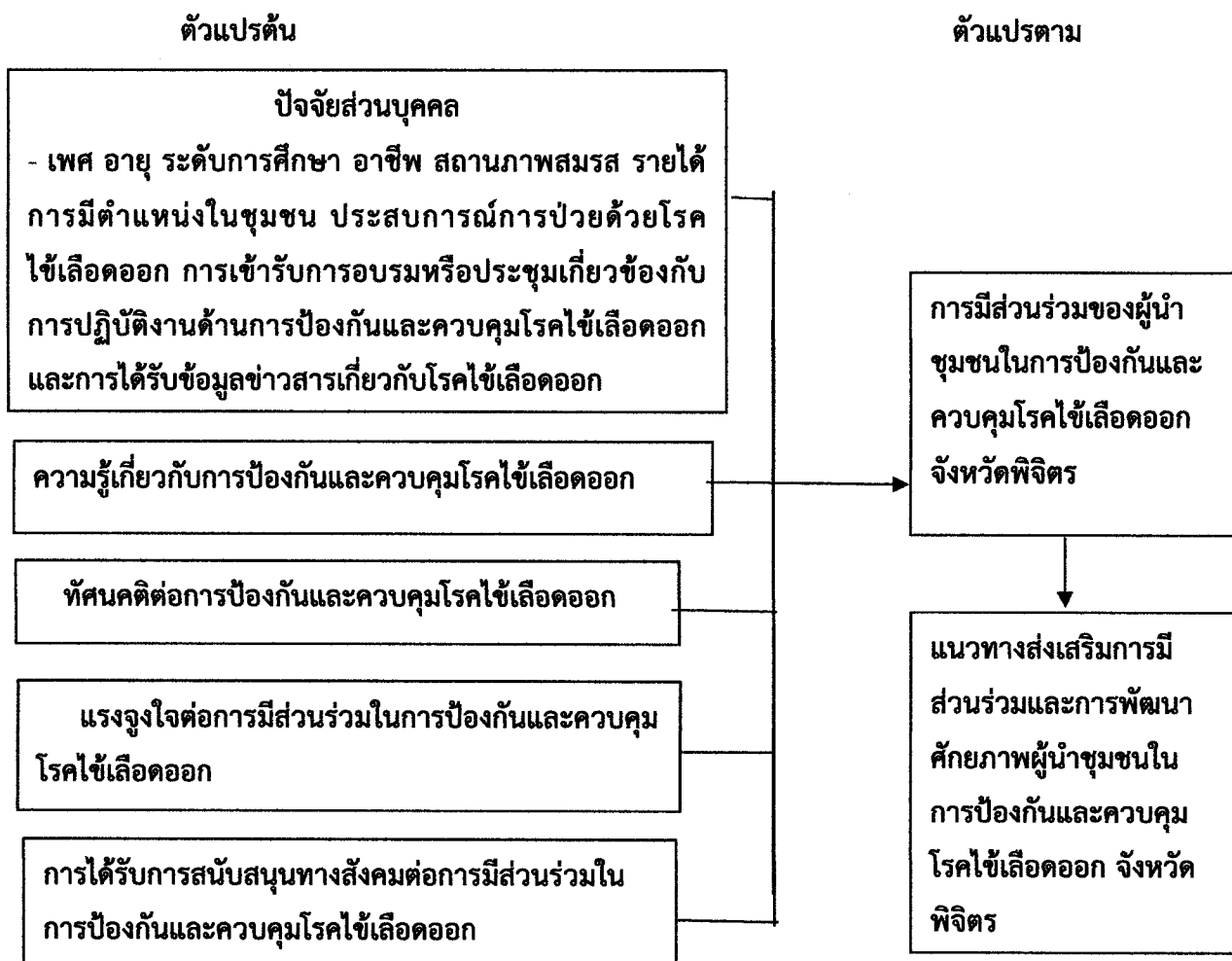
๔.๒ ความรู้

๔.๓ ทักษะ

๔.๔ แรงจูงใจ

๔.๕ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน
เค้าโครงเรื่องโดยย่อ

ประเทศไทยพบรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อนำโดยยุงเพิ่มขึ้น ได้แก่ โรคไข้เลือดออกและ โรคมาลาเรีย ข้อมูลจากรายงานในปี ๒๕๖๕ ที่ผ่านมา พบผู้ป่วยไข้เลือดออกสะสม ๔๕,๑๔๕ ราย ซึ่งมากกว่าปี ๒๕๖๔ ถึง ๔.๕ เท่า ทั้งยังพบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกยืนยันถึง ๓๑ ราย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖) และจากข้อมูลจากระบบรายงานเฝ้าระวังโรค สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ในปี ๒๕๖๖ (ระหว่างวันที่ ๑ ม.ค.- ๑ มี.ค.๖๖) พบผู้ป่วยจำนวน ๖,๑๕๖ ราย เสียชีวิต ๔ ราย กลุ่มอายุที่อัตราป่วยพบมากที่สุด ๓ อันดับ คือ ๕-๑๔ ปี, ๑๕-๒๔ ปี และ ๐-๔ ปี คิดเป็น ร้อยละ ๒๗.๘๑, ๑๖.๓๙ และ ๑๒.๗๖ ตามลำดับ อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเป็น ๑:๑.๑๐ พื้นที่ที่พบอัตราป่วยสูงสุด คือ กรุงเทพฯ, ภาคใต้, ภาคกลาง, ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๘๔, ๑๖.๓๓, ๑๔.๐๗, ๔.๖๐ และ ๑.๕๑ ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกรายเดือนในปี ๒๕๖๖ เมื่อเทียบกับปี ๒๕๖๕ พบว่า ในเดือนมกราคมมีผู้ป่วยมากกว่าปีที่แล้ว ๖.๖ เท่า (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖)

สำหรับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในเขตสุขภาพที่ ๓ ย้อนหลังพ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๖ (มกราคม ๒๕๖๖ ถึง พฤษภาคม ๒๕๖๖) มีอัตราป่วย ๑๙๗.๔๒, ๑๐๘.๐๔, ๙๗.๒๕, ๑๘.๔๗, ๔๔.๑๘ และ ๑๙.๑๓ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และในปี ๒๕๖๑ มีอัตราตาย ๐.๑๕ ต่อแสนประชากร ในปี ๒๕๖๒ มีอัตราตาย ๐.๐๖ ต่อแสนประชากรและในปี ๒๕๖๕ มีอัตราตาย ๐.๑๕ ต่อแสนประชากร ในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ ไม่พบอัตราตาย (สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์, ๒๕๖๖)

เค้าโครงเรื่องโดยย่อ(ต่อ)

จังหวัดพิจิตรเป็นจังหวัดหนึ่งในเขตสุขภาพที่ ๓ สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของจังหวัดพิจิตร ตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๖ (มกราคม ๒๕๖๖ ถึง พฤษภาคม ๒๕๖๖) พบว่า มีอัตราป่วย ๒๓๔.๙๕, ๕๙.๓๑, ๗๑.๖๘, ๒๓.๗๔, ๒๔.๙๓ และ ๑๑.๒๒ ต่อแสนประชากร ตามลำดับและในปี ๒๕๖๑ มีอัตราตาย ๐.๑๖ ต่อแสนประชากร และปี ๒๕๖๕ มีอัตราตาย ๐.๗๖ ต่อแสนประชากร ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ และในปี ๒๕๖๖ (เดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม) ไม่พบอัตราตาย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, ๒๕๖๖) จะเห็นได้ว่าจากสถานการณ์โรคไข้เลือดออกยังพบมีผู้ป่วยและตายอยู่ทำให้โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสำคัญของเขตสุขภาพที่ ๓ และจังหวัดพิจิตร ซึ่งต้องมีการป้องกันและควบคุมอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

ในจังหวัดพิจิตร พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้น พบว่า ผู้นำชุมชนบางส่วนยังไม่เห็นความจำเป็นของการป้องกันป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเข้าใจว่าเป็นเรื่องของอสม.กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและมีส่วนร่วมเฉพาะในช่วงที่มีกิจกรรมณรงค์หรือการประชุมหมู่บ้านเพื่อแจ้งข่าวเรื่องโรคไข้เลือดออกเท่านั้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร มีหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินงาน ควบคุมกำกับ ติดตามประเมินการควบคุมโรคติดต่อจังหวัดพิจิตร จึงสนใจที่จะศึกษา เรื่อง การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร โดยศึกษาในกลุ่มผู้นำชุมชนในจังหวัดพิจิตร และผู้วิจัยได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, ๑๙๘๑) มากำหนดเป็นกรอบในการศึกษา ซึ่งได้เสนอรูปแบบหรือขั้นตอนการมีส่วนร่วมไว้ ๔ รูปแบบ/ขั้นตอน ได้แก่ ๑) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) ๒) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ๓) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) และ ๔) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) การศึกษาครั้งนี้จะได้นำผลการศึกษาไปวางแผนสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร ต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ ๑) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร ๒) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร และ ๓) เพื่อศึกษาแนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้นำชุมชนในจังหวัดพิจิตร ประกอบด้วย สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน เป็นตำแหน่งที่ได้มาจากการเลือกตั้ง หรือแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร จำนวน ๓๘๐ คน กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่มเลือกแบบเจาะจง จำนวน ๒๐ คน ได้แก่ ผู้แทนสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล จำนวน ๔ คน ผู้แทนกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน ๔ คน ผู้แทนประธานชุมชน จำนวน ๔ คน ผู้แทนประชาชน จำนวน ๔ คน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคระดับอำเภอ/ตำบล จำนวน ๒ คน ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนระดับอำเภอ/ตำบล จำนวน ๒ คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test และ One-way ANOVA และ Multiple Regression ในการพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสรุปแนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร โดยการบรรยายสรุปความ

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ ทักษะ ทักษะ แรงจูงใจ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม แนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร เสนอให้มีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตามส่วนขาดและสนับสนุนส่งเสริมแรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคม ต่อไป

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ผลการศึกษาทำให้ทราบการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร และแนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร

๒. นำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจังหวัดพิจิตรโดยการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องรวมทั้งพัฒนาศักยภาพของผู้นำชุมชนให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ต้องมีการศึกษาค้นคว้าเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องค่อนข้างมาก ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก แนวคิดเกี่ยวกับผู้นำชุมชน แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ แนวคิดเกี่ยวกับทักษะ ทักษะ แรงจูงใจ และแนวคิดเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

๒. สถิติที่ใช้ในการวิจัยค่อนข้างสูงต้องปรึกษานักสถิติ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

สถานการณ์โควิด -๑๙ การเก็บข้อมูลต้องใช้ความระมัดระวังค่อนข้างมาก อีกทั้งผู้นำชุมชนมีภารกิจค่อนข้างมาก ไม่ค่อยมีเวลาว่าง

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. กำหนดการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร เป็นนโยบายของจังหวัดพิจิตร

๒. ประสานงานความมือกับหน่วยที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนให้ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร

๓. พัฒนาพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนโดยอบรม/ประชุมให้ความรู้ความเข้าใจ สร้างเสริมทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

๔. สร้างแรงจูงใจเชิงบวก เช่น ประกาศเกียรติคุณเชิดชูเกียรติและสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้นำชุมชน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างดำเนินการ

๑๑. ผู้มีส่วนเข้าร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑.นางสาวนฤมล ลิ้มตระกูล สัดส่วนผลงาน ๙๐. %

๒.นายธนเดช วัฒนธานินทร์ สัดส่วนผลงาน ๕. %

๓.นางต้นหยง เอี่ยมพร สัดส่วนผลงาน ๕. %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

๙๑๒. ลิ้ม -

(นางสาวนฤมล ลิ้มตระกูล)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑.นางสาวนฤมล ลิ้มตระกูล	๙๑๒. ลิ้ม.
๒.นายธนเดช วัฒนธานินทร์	ต้นเดช
๓.นางต้นหยง เอี่ยมพร	ต้นหยง

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายประพันธ์ เข้มแก้ว)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายวิศิษฐ์ อภิสิริวิทยา)

ตำแหน่ง (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร)

วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องราว ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบงานเฝ้าระวังโรคและการสอบสวนโรคจังหวัดพิจิตร

๒. หลักการและเหตุผล.

โรคและภัยสุขภาพเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นประจำในแต่ละพื้นที่ และมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อพิจารณาจะพบว่าหลายๆ ครั้ง จะมีรูปแบบ ลักษณะการเกิด ทั้งช่วงเวลา สถานที่ บุคคล และปัจจัยเสี่ยงที่เป็นลักษณะจำเพาะแตกต่างกัน ทำให้เชื้อโรคสามารถแพร่กระจาย ไปยังพื้นที่ต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้น การรับมือกับภัยทางสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องมีความพร้อมอยู่ตลอดเวลา จากสถานการณ์โรคในปัจจุบันโรคติดต่อยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย รวมไปถึงโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต หน่วยงานต่างๆ มีการพัฒนาศักยภาพในการเตรียมพร้อมรับมือและตอบสนองต่อภัยคุกคามอันเกิดจากโรคติดต่อ มีการมุ่งเน้นเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบเฝ้าระวังและตอบสนองต่อภัยคุกคามโดยการดำเนินงานร่วมกันในหลายภาคส่วนระหว่างสาธารณสุข ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่าย เพื่อสามารถตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติของการระบาดของโรคติดต่อได้อย่างทัน่วงที และสามารถจัดการป้องกันควบคุมโรคมิให้แพร่ระบาดออกไป โดยดำเนินการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคเชิงรุกในทุกจังหวัดทั่วประเทศตามแนวทางของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข แต่อย่างไรก็ตาม การนำแนวทางไปใช้ในการปฏิบัติจริงนั้นยังไม่ประสบความสำเร็จตามที่ตั้งไว้ เนื่องจากปัญหาช่องว่างของการติดต่อสื่อสารทำความเข้าใจในแนวทางดำเนินงานให้เป็นเอกภาพเดียวกัน ตลอดจนปัญหาเรื่องของการรายงาน ตัวแปรการเก็บข้อมูลต่างๆ นั้น มีความแตกต่างกันในระบบโครงสร้างรูปแบบและช่องทางการส่งข้อมูลและเครือข่ายบางส่วนยังขาดความพร้อมในการดำเนินงานต่างๆ ในระบบเฝ้าระวังและสอบสวนโรค จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนา ประสานงานให้มีความร่วมมือกันด้านการเฝ้าระวังโรคติดต่อแบบบูรณาการ รวมทั้งเพื่อให้หน่วยงานในภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องมีศักยภาพการเฝ้าระวังโรคติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อที่มีผลกระทบในวงกว้างต่อสุขภาพของประชาชนทุกเพศทุกวัย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕)

จังหวัดพิจิตรโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรได้ดำเนินงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรคตามแนวทางของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบปัญหาดังกล่าวเช่นกันอีกทั้งในปัจจุบัน มีรพ.สต. ถ่ายโอนไปสังกัดท้องถิ่นคือ องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตรกว่าร้อยละ ๖๐ ทำให้ระบบมีความจำเพาะขึ้น การเข้าถึงข้อมูลรายบุคคลมีข้อจำกัด การประสานงานระหว่าง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในพื้นที่ถ่ายโอนค่อนข้างยาก นอกจากนี้มีการเปลี่ยนแปลง เจ้าหน้าที่รับผิดชอบบ่อยครั้ง ดังนั้นผู้ขอประเมินในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรจึงขอเสนอการพัฒนาเรื่อง การพัฒนาระบบงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรค จังหวัดพิจิตร เพื่อพัฒนาปรับปรุงและจัดระบบระบบงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรค จังหวัดพิจิตรให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากปัญหาในการดำเนินงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรค จังหวัดพิจิตร พบขาดการสื่อสารทำความเข้าใจ ปัญหาเรื่องของการระบบการรายงาน การเก็บข้อมูลต่างๆ มีช่องว่างในการส่งข้อมูลและเครือข่ายมีการเปลี่ยนแปลงทำให้อาจจะมีปัญหาในการดำเนินงาน การเข้าถึงข้อมูลรายบุคคลมีข้อจำกัด การประสานงานระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในพื้นที่ถ่ายโอนค่อนข้างยุ่งยากขึ้น นอกจากนี้มีการเปลี่ยนแปลงจนท.รับผิดชอบบ่อยครั้ง ผู้ขอประเมินขอเสนอแนวทางแก้ไขและการพัฒนาระบบงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรค จังหวัดพิจิตร ดังนี้

วัตถุประสงค์ของการพัฒนาระบบงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรค จังหวัดพิจิตร ได้แก่

๑. เพื่อพัฒนาความพร้อมของภาคีเครือข่ายในการระวังโรคและภัยสุขภาพให้ทันสมัยมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

๒. เพื่อพัฒนาและประสานความร่วมมือด้านการป้องกันให้สามารถทำงานด้านการป้องกันควบคุมโรคแบบบูรณาการและเป็นไปตามข้อกำหนดและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๓. เพื่อพัฒนากลไกทุกภาคส่วนและภาคีเครือข่ายให้การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเป็นไปอย่างมีเอกภาพ

ข้อเสนอในการพัฒนาระบบงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรค จังหวัดพิจิตร ได้แก่

๑. กำหนดนโยบายและกลยุทธ์ในพัฒนาระบบงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรค คือ

๑.๑ พัฒนาขีดความสามารถขององค์กรและผู้เกี่ยวข้องทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนในการรายงานโรคติดต่อและนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังไปใช้ประโยชน์ในการตรวจจับโรคติดต่อได้รวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและสามารถเสนอแนะเชิงนโยบาย โดยประสานความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตรและท้องถิ่นทุกอำเภอ

๑.๒ พัฒนาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและบุคลากรทั่วไปให้มีความรู้ความเข้าใจในงานเฝ้าระวังโรค การรายงานโรค ตลอดจนมีการเตรียมความพร้อมตอบสนองต่อการเกิดโรคติดต่อ

๑.๓ สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุขในการเฝ้าระวังโรคติดต่อและเชื้อจุลชีพดื้อยา เพื่อให้สามารถตรวจจับการเกิดโรคได้อย่างทันท่วงทีนำไปสู่การดำเนินงานเฝ้าระวังและสอบสวนควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. พัฒนาเครื่องมือและระบบสนับสนุนในการเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชนและสถานประกอบการ เอกชน

๓. บูรณาการฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรคติดต่อของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและภาคเอกชนให้เชื่อมโยงกับระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อจังหวัดพิจิตร

๔. ปรับปรุงระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อทางห้องปฏิบัติการสาธารณสุขได้อย่างครอบคลุมและทันเวลา

๕. เสริมสร้างศักยภาพบุคลากรและองค์กรในการเตรียมพร้อมและตอบสนองต่อการเกิด โรคติดต่อ

๖. สร้างเสริมการสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพให้เข้าถึงประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย
ทุกระดับ

๗. ส่งเสริมการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๘. สร้างกลไกการประสานงานความร่วมมือทางวิชาการในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระหว่างหน่วยงานทุกภาคส่วน

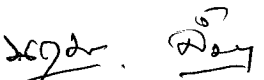
๙. พัฒนาและปรับปรุงระบบการบริหารแผนปฏิบัติการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีการพัฒนาระบบงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรค จังหวัดพิจิตร ทำให้มีการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคจังหวัดพิจิตร มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
๒. มีฐานข้อมูลโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาครบถ้วน ถูกต้องและทันเวลา
๓. บุคลากรของหน่วยเฝ้าระวังมีความพร้อมและสามารถตอบสนองต่อโรคติดต่อได้โดยสามารถจัดการและควบคุมการระบาดที่เกิดขึ้นในพื้นที่

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของจังหวัดพิจิตรและทุกอำเภอมีการพัฒนาระบบงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรค
๒. ร้อยละ ๘๐ ของสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนรายงานโรคได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
๓. ร้อยละ ๘๐ ของห้องปฏิบัติการในสถานบริการสาธารณสุขมีการรายงานผลการตรวจพบจุลชีพก่อโรคติดต่อได้ครบถ้วน ถูกต้องและทันเวลา
๔. ร้อยละ ๘๐ ของบุคลากรในหน่วยเฝ้าระวังผ่านการอบรมและมีความรู้ในการตอบสนองต่อโรคติดต่อ
๕. ร้อยละ ๘๐ ของหน่วยเฝ้าระวังมีการนำข้อมูลทางระบาดวิทยามาใช้เพื่อกำหนดเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายของโรคสำคัญที่พบบ่อยในพื้นที่ในช่วงก่อนและฤดูกาลการระบาด
๖. ร้อยละ ๘๐ ของประชาชนมีความพึงพอใจต่อช่องทางการสื่อสารของหน่วยงาน
๗. หน่วยเฝ้าระวังสามารถรายงานโรคผ่าน Application หรือ โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

(ลงชื่อ) 

(นางสาวนฤมล ลิ้มตระกูล)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) หมอประจำบ้าน
จังหวัดพิจิตร

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ

มีนาคม ๒๕๖๖ - สิงหาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานศึกษาวิจัยครั้งนี้
ได้แก่

๑. แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำบ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำบ้าน คือประชาชนที่มีจิตอาสา เข้ามาทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และได้รับการยอมรับและคัดเลือก เข้ารับการอบรมเพิ่มศักยภาพในหลักสูตร อสม.หมอประจำบ้าน ทำหน้าที่เป็นผู้นำจัดการปัญหาสุขภาพของประชาชนร่วมกับ อสม.,อสค.ทีมหมอครอบครัว เครือข่ายสุขภาพและประชาชนในพื้นที่เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดค่าใช้จ่ายของประชาชน ลดการพึ่งพาโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ลดความแออัด ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและให้พึ่งตนเองด้านสุขภาพมากขึ้น ซึ่งจะคัดจากประธาน อสม.ระดับหมู่บ้าน และประธาน อสม.ระดับตำบล ตลอดจนแกนนำหรือหัวหน้ากลุ่ม อสม.ให้เป็นผู้แทน อสม.เข้ารับการอบรมเป็นลำดับแรก

๒.แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับ PRECEDE-PROCEED Modelและปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำบ้าน

PRECEDE Model เป็นทฤษฎีด้านพฤติกรรม พัฒนาโดย ลอเรนซ์ กรีน (Lawrence W.Green อ่างในวินัย พันธอนันต์,๒๕๖๐) ในปี ค.ศ. ๑๙๖๘-๑๙๗๔ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำมาใช้ ในการประเมินผลโครงสร้างงาน สุขศึกษาต่าง ๆ เนื่องจากในระยะนี้ งานด้านสุขศึกษาได้รับการพัฒนาให้เจริญก้าวหน้ามาก แต่ยังขาดความชัดเจนในเรื่องขอบเขตของงาน วิธีการ ขั้นตอนในการดำเนินการวางแผน และการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ต่อมา กรีน และผู้ร่วมงานในมหาวิทยาลัยจอห์นฮอปกินส์ (JohnHopkins Univercity) ได้พัฒนา PRECEDE สำหรับนำมาใช้ในการวินิจฉัย และประเมินผลโครงการสุขภาพและโครงการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ซึ่งแนวคิดนี้ได้ให้ความสำคัญต่อปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ๓ ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม และได้เสนอกระบวนการวิเคราะห์โดยเริ่มจากเป้าหมายและสภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ย้อนกลับไปยังสาเหตุว่าเป็นเพราะปัจจัยใดบ้าง หลังจากนั้นในปี ค.ศ. ๑๙๘๐ กรีน ได้ร่วมกับมาร์เชลล์ครูเตอร์ (Marshall Krueter) พัฒนา PROCEED เพิ่มขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพที่เพิ่มไปจากงาน สุขศึกษาดั้งเดิมที่จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์การวินิจฉัยด้านการบริหารเป็นขั้นตอนท้ายสุดของ PRECEDE ช่วยให้ปฏิบัติงานมีวิสัยทัศน์กว้างไกล นอกจากกิจกรรมทางด้านการศึกษาหรือสุขศึกษาแล้วยังจะสามารถก้าวไปถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติการทางการเมือง การจัดการและเศรษฐกิจซึ่งมีผลต่อระบบสังคม สิ่งแวดล้อม จนถึงครรลองการดำเนินชีวิตที่มีสุข (Healthful Lifestyles) และจะทำให้มีความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสังคมมากยิ่งขึ้น หลังจากนั้นได้มีการพัฒนาปรับปรุง PRECEED - PROCEDE Model ต่อมาเป็นระยะ ๆอย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะสามารถอธิบายพฤติกรรมทางสุขภาพได้อย่างกระชับและสมบูรณ์มากขึ้น

การวิจัย ครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะในส่วนที่ ๑ ระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnostic Phase) หรือทฤษฎีการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลแบบสหปัจจัย ที่เรียกว่า PRECEDE Model (Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) เพื่อนำไปใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) หมอประจำบ้าน จังหวัดพิจิตร ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และ ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพหรือการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) หมอประจำบ้าน

จังหวัดพิจิตร กล่าวคือ พฤติกรรมหรือการปฏิบัติงานของบุคคลมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล ดังนั้นการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติงาน จะต้องมีการดำเนินการหลายๆด้าน ประกอบกันโดยจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมหรือการปฏิบัติงานนั้นก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือพัฒนาการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

๓. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ

ความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้ ผ่านสื่อต่าง ๆ ทำให้เกิดการจูงใจในการตัดสินใจเลือกดูแลและจัดการสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันและคงการรักษาสุขภาพที่ดี รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยสนใจนำองค์ประกอบของความรู้ทางสุขภาพ ๖ องค์ประกอบ ตามแนวคิดของ Nutbeam (๒๐๐๘) และกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๑) ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเองการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ

๔. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สัททยา ถึงรัตน์ (๒๕๕๖) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตเทศบาลเมืองอ่างศิลาอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

พนม นพพันธ์และธรรมศักดิ์ สายแก้ว (๒๕๕๙) ศึกษาเรื่อง การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลบางปรอกอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

กุลชญา ลอยหาและคณะ (๒๕๖๐) ศึกษาเรื่อง การเสริมสร้างศักยภาพบทบาทของนักจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลบุเปือย อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

ปรารค์ จักรไชย, อภิชัย คุณิพงษ์และวรเดช ช้างแก้ว (๒๕๖๐) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี

ไพบุลย์ อินทมาส (๒๕๖๑) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอำเภอขามเฒ่าลักษ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร

นลินภัทร์ เอกสุภาพันท์ (๒๕๖๓) ศึกษาเรื่อง การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเป็นต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในพื้นที่ตำบลจัดการ

คุณภาพชีวิต จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

ศรายุทธ คชพงศ์ และธนัสถา โรจนตระกูล(๒๕๖๓) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

พทท์สัทธยา บุญลบ, นวพรรณ ดิประเสริฐวรกร, อนุรักษ มีอิม, เจริญ ทุนชัยและพระครูโอภาสกาจนธรรม (๒๕๖๓) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตเทศบาลเมืองชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

ทรรศนีย์ บุญมัน (๒๕๖๔) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย

วิชัย ศิริวรวัจน์ชัย(๒๕๖๔) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด ๑๙ อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน

สัทธญา จันทร์อ้วน (๒๕๖๔) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานของ อสม. หมอประจำบ้าน เขตสุขภาพที่๔

สรุปได้ว่า การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำบ้าน จังหวัดพิจิตร ซึ่งเป็นตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และความสะดวกในการปฏิบัติงานและปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำบ้าน จังหวัดพิจิตร สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำบ้าน จังหวัดพิจิตร

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

เค้าโครงเรื่องโดยย่อ

จังหวัดพิจิตรมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน ๑๓,๓๕๔ คน เกณฑ์ โดยได้ดำเนินการอบรมอสม.หมอประจำบ้านในปี ๒๕๖๓ -๒๕๖๕ จำนวน ๙๔๘ คน, ๘๘๙ คน และ ๙๖๖ คน รวม ๒,๘๐๓ คน ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน โดยคัดเลือกจากอสม.ที่เป็นประธานชมรมอสม.หมู่บ้าน/ตำบลในปีแรก ในปีต่อมาคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้ความสามารถเป็นผู้นำกลุ่มและทีมงาน อสม.ในหมู่บ้าน/ชุมชนได้หรือตามที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เห็นเหมาะสมที่จะสามารถพัฒนาความรู้เป็นอบรม อสม.หมอประจำบ้านและมีความสมัครใจเข้ารับการศึกษาฝึกอบรม จากการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานของอสม.หมอประจำบ้านจังหวัดพิจิตรพบว่า ในช่วงที่ผ่านมา อสม.หมอประจำบ้านมีผลการปฏิบัติงาน

เป็นที่น่าพอใจโดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๑๙ ซึ่งอสม.หมอประจำบ้านปฏิบัติงานส่วนใหญ่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, ๒๕๖๕) แต่ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการศึกษาถึงการปฏิบัติงานของอสม.หมอประจำบ้านในจังหวัดพิจิตรตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายมากนักโดยเฉพาะมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอสม.หมอประจำบ้าน ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในฐานะผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรตระหนักและเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสนับสนุนให้ อสม.มีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม.หมอประจำบ้านอย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสม จึงสนใจที่จะศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำบ้าน จังหวัดพิจิตร โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter (Green & Kreuter, ๒๐๐๕ อ้างใน โกเมน ครุฑา, พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ศรีสุริยเวศน์, ๒๕๕๓ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ และ ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, ๒๕๖๒) ในส่วนของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnostic Phase) หรือทฤษฎีการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลแบบสหปัจจัย ที่เรียกว่า PRECEDE Model ดังกล่าว มาศึกษา ได้แก่ การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อประกอบด้วย การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ความสะดวกในการทำงาน และปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมการปฏิบัติงานของอสม. หมอประจำบ้านจังหวัดพิจิตร ให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์มีความสามารถในการดำเนินงานดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทและปัญหาของพื้นที่ต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) หมอประจำบ้าน จังหวัดพิจิตร

๒. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำบ้าน จังหวัดพิจิตร

๓. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำบ้าน จังหวัดพิจิตร

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อสม.หมอประจำบ้านทุกอำเภอในจังหวัดพิจิตร จำนวน ๓๘๐ คนกลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่มเลือกแบบเจาะจง จำนวน ๑๖ คน ได้แก่ ประธาน/รองประธานและคณะกรรมการชมรมอสม.ระดับจังหวัด/อำเภอ จำนวน ๔ คน ผู้แทนอสม.หมอประจำบ้าน จำนวน ๔ คน ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนระดับอำเภอ/ตำบล จำนวน ๔ คน ผู้แทนประชาชน จำนวน ๔ คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดพิจิตร ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ t-test และ One-way ANOVA และ Multiple Regression ในการพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำบ้าน จังหวัดพิจิตร และ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสรุปปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) หมอประจำบ้าน จังหวัดพิจิตร โดยการบรรยายสรุปความ

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลการศึกษา พบว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) หมอประจำบ้าน จังหวัดพิจิตร ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และความสะดวกในการปฏิบัติงาน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำบ้าน อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดพิจิตร ได้แก่ ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้

ด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และความสะดวกในการปฏิบัติงาน และปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจ ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญคือ อสม. หมอประจำบ้าน บางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติหน้าที่ อสม. หมอประจำบ้าน มีการสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจในบางเรื่องยังอยู่ในระดับน้อย เสนอให้มีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำบ้าน และสนับสนุน ตามส่วนขาดต่อไป

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

นำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการวางแผนดำเนินการพัฒนาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำบ้าน จังหวัดพิจิตร ทั้งเรื่องการพัฒนาศักยภาพความรู้ ความสามารถ ทักษะ ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจช่วยเหลือประชาชนในความดูแลได้อย่างถูกต้อง, การสนับสนุนทางด้านสังคม แรงจูงใจเชิงบวก เสริมสร้างสวัสดิการทางเศรษฐกิจและสังคม ให้เกิดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มใจ เต็มกำลัง

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ การสร้างความเข้าใจแก่กลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายกลุ่มวัย การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาศึกษาวิจัยมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น

๗.๒ ต้องมีการศึกษาค้นคว้าเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องค่อนข้างมาก ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) หมอประจำบ้าน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับ PRECEDE - Model และปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)

๗.๓ สถิติที่ใช้ในการวิจัยค่อนข้างสูงต้องปรึกษานักสถิติ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

สถานการณ์โควิด -๑๙ การเก็บข้อมูลต้องใช้ความระมัดระวังค่อนข้างมาก อีกทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำบ้าน จังหวัดพิจิตร ส่วนใหญ่อายุมาก มีข้อด้อยด้านวิชาการและการอ่านเขียน ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ซึ่งต้องคัดออกและเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ประกาศการสนับสนุนส่งเสริมการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำบ้าน จังหวัดพิจิตรเป็นนโยบายระดับจังหวัด โดยประสานงานความมือกับหน่วยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อบจ. และท้องถิ่นทุกอำเภอ

๒. ปรับปรุงระบบการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่มีความหลากหลายทั้งวัย และประสบการณ์การทำงาน

๓. ปรับปรุงระบบสวัสดิการ การสร้างแรงจูงใจเชิงบวก ประกาศเกียรติคุณเชิดชูเกียรติแก่ อสม. ที่มีความตั้งใจใส่ใจการปฏิบัติงานอย่างเต็มกำลังความสามารถ เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างดำเนินการ

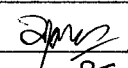


๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นางสาวบุญช่วย จุลบุตร สัดส่วนของผลงาน ๙๐%
๒) นางสาวพิพัฒน์สัทยา มากงาม สัดส่วนของผลงาน ๕%
๓) นางสาวกัลยา เทียมศร สัดส่วนของผลงาน ๕%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
(นางสาวบุญช่วย จุลบุตร)
(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
(วันที่) ..๑๑.../ กรกฎาคม /๒๕๖๖
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวบุญช่วย จุลบุตร	
นางสาวพิพัฒน์สัทยา มากงาม	
นางสาวกัลยา เทียมศร	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....
(นางมยุรี เข็มทอง)
(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
(วันที่) ..๑๑.../ กรกฎาคม / ๒๕๖๖
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....
(นางสาวผกามาศ เพชรพงศ์)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
(วันที่) ..12.../ ๗.๑ / ๖๖.....
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และ
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มี
คำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ ข้าราชการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยทำงาน จังหวัดพิจิตร

๒. หลักการและเหตุผล

ประชากรวัยทำงาน อายุ ๑๕ - ๕๙ ปี เป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาครอบครัว สังคม และประเทศชาติ มีบทบาทเป็นผู้ขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศเป็นผู้นำครอบครัว และต้องดูแล ประชากรกลุ่มวัยต่าง ๆ อีกด้วย (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๙) ในปัจจุบัน ประเทศไทยมีประชากรวัยทำงานอายุ ๑๕-๕๙ ปี ประมาณ ๕๖ ล้านคน หรือ ๒ ใน ๓ ของประชากรทั่วประเทศ และในเขตสุขภาพที่ ๓ มีประชากรวัยทำงาน ๒ ใน ๓ ของประชากรทั้งหมดเช่นกัน คือ ประมาณ ๑.๙ ล้านคน ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีภาวะอ้วนลงพุง โดยพบว่า ในปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒ พบว่า ประชากรวัยทำงานอายุ ๓๐ - ๔๔ ปี มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ ๓๒.๕๒ , ๓๒.๘๔ , ๓๒.๙๔ และ ๓๓.๖๐ ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และปี ๒๕๖๒ พบว่ากลุ่มนี้ มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ร้อยละ ๕๙.๑๐ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการกิน (ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์ ,๒๕๖๒)

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่า คนไทยวัยทำงานอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมกินผักผลไม้ต่อวันเพียงพอตามข้อเสนอแนะเพียงร้อยละ ๒๕.๙๐ และจากการสำรวจสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพระดับประเทศ พบว่า ประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๒๐ มีกิจกรรมทางกายต่ำ และมีเพียงร้อยละ ๑๐ เท่านั้นที่ออกกำลังกายเพียงพอต่อการป้องกัน และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ,๒๕๖๒) และเมื่อสำรวจสถานการณ์ พฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ ๓ พบว่าส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ค่อนข้างน้อย โดยมีพฤติกรรมไม่กินหวานเพียง ร้อยละ ๑๗.๗๐ ไม่กินเค็ม ร้อยละ ๒๓.๘๐ และกินผักระดับที่แนะนำ (๕ ทัพพี/วัน) ร้อยละ ๓๓.๐๐ (ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์,๒๕๖๒) สอดคล้องกับสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (สืบค้น เมื่อวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๖ จาก : <https://www.hfocus.org/node/๔๖๕๕>) ที่พบว่า ประชาชนในวัยทำงาน มีปัญหาสุขภาพเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยมีสาเหตุสำคัญ จาก ๓ สาเหตุ ได้แก่ ๑) การขาดการออกกำลังกาย ทำให้น้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและก่อให้เกิดโรคอ้วนและโรคเรื้อรัง ๒) การรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ซึ่งผักและผลไม้เป็นอาหารที่ให้กากใย ช่วยในการขับถ่าย ขับไขมัน คอเลสเตอรอล ออกจากร่างกาย และ๓) การบริโภคสารทำลายสุขภาพ ได้แก่ สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สืบค้น เมื่อวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๖ จาก : <https://www.hfocus.org/node/๔๖๕๕>)

จากสถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดพิจิตร ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ ๗.๙๕ , ๘.๒๘ และ ๘.๖๙ ตามลำดับ ส่วนอัตราตาย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นกัน กล่าวคือจากปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ พบผู้อัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๒.๐๘, ๒.๑๕ และ ๒.๑๖ ตามลำดับ สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ พบอัตราป่วยและตายมีแนวโน้มสูงขึ้น กล่าวคือ มีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๑๙.๓๙, ๒๐.๑๘ และ ๒๐.๙๙ ตามลำดับ ตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ ๒.๐๓, ๒.๐๑ และ ๒.๐๙ ตามลำดับ โดยพบว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรคกลุ่มนี้เป็นกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, ๒๕๖๕) การแก้ไขปัญหาดังกล่าวและการเกิดโรคภัยไข้เจ็บให้ลดลงนั้น จำเป็นอย่างยิ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่

ถูกต้อง โดยการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้ขอประเมินจึงได้จัดทำข้อเสนอ เรื่อง การพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยทำงาน จังหวัดพิจิตร เพื่อส่งเสริมและพัฒนาให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน จังหวัดพิจิตรมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จังหวัดพิจิตรมีประชาชนกลุ่มวัยทำงาน (อายุ ๑๕-๕๙ ปี) จำนวน ๓๔๖,๑๗๙ คน เป็นเพศชาย จำนวน ๑๗๒,๐๖๓ คน เป็นเพศหญิง จำนวน ๑๗๔,๑๑๖ คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, ๒๕๖๖) จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชนกลุ่มวัยทำงานจังหวัดพิจิตรในปี ๒๕๖๓ ของศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์ (๒๕๖๔) พบว่า ประชาชนกลุ่มวัยทำงานรับประทานผัก ๕ ทัพพีต่อวันรับประทาน ๔-๕ วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๓๓.๘๑ รับประทานทุกวัน ร้อยละ ๓๓.๐๕ รับประทาน ๑-๓ วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๓๑.๘๗ และไม่รับประทานเลย ร้อยละ ๑.๒๗ เติมเครื่องปรุงรสเค็มบางครั้ง ร้อยละ ๖๕.๐๙ ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็มเลย ร้อยละ ๒๓.๖๗ เติมเครื่องปรุงรสเค็มทุกครั้ง ร้อยละ ๑๑.๒๔ ต้มเครื่องดื่มรสหวาน ประมาณ ๑-๓ วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๕๖.๘๐ ต้มเครื่องดื่มรสหวาน ประมาณ ๔-๕ วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๑๗.๕๘ ไม่ดื่มเลย ร้อยละ ๑๖.๙๑ และดื่มทุกวัน ร้อยละ ๘.๗๑ ออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๕๐ นาทีต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๖๔.๐๗ ออกกำลังกายน้อยกว่า ๑๕๐ นาทีต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๓๕.๙๓ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ ๘๘.๗๐ สูบมวนแรกหลัง ๑ ชั่วโมงขึ้นไป หลังตื่นนอน ร้อยละ ๖.๔๐ และสูบมวนแรกใน ๓๐ นาทีถึง ๑ ชั่วโมงหลังตื่นนอน ร้อยละ ๔.๙๐ ไม่เคยดื่มเบียร์/ดื่มสุราเลย ร้อยละ ๗๓.๓๐ ดื่มเบียร์/ดื่มสุราเดือนละ ๑-๔ ครั้ง ร้อยละ ๒๒.๙๐ ดื่มเบียร์/ดื่มสุราทุกวันหรือเกือบทุกวัน ร้อยละ ๓.๘๐ มีความรู้สึกเศร้า หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง ร้อยละ ๔.๗๓ และ มีความรู้สึกเบื่อ ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน ร้อยละ ๖.๕๑ และจากผลการวิจัยเรื่อง การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตรของประพันธ์ เข็มแก้ว (๒๕๖๔) พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตรที่มีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง ได้แก่ เมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพจะซื้อยามารับประทานเอง การออกกำลังกายน้อยไม่สม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำจืดและน้ำอัดลม การพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพ การทำกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพจิตและการจัดการกับความเครียด และพบว่ามี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด

ผู้ขอประเมินจึงมีข้อเสนอแนะทางพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยทำงาน จังหวัดพิจิตร ดังนี้

๑. หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมประชาชนกลุ่มวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกๆด้านตามลำดับ ได้แก่ ด้านการตัดสินใจ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านความรู้ ความเข้าใจและด้านทักษะการสื่อสารโดยส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ง่าย สะดวกและหลากหลายแหล่ง มีทักษะการสื่อสาร สามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการพัฒนาข้อมูลด้านสุขภาพให้ทันสมัย น่าเชื่อถือ และน่าสนใจ ให้ความรู้ข่าวสารที่ถูกต้อง ชัดเจนแก่ประชาชนกลุ่มวัยทำงานในการดูแลสุขภาพตนเอง

๒. หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความรู้ข่าวสารที่ถูกต้องชัดเจนแก่ประชาชนกลุ่มวัยทำงานในการดูแลสุขภาพตนเอง และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทุก ๆ ด้านตามลำดับ ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการความเครียด ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ด้านออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

๓. ส่งเสริมให้หน่วยงาน องค์กรทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีบทบาทในการจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแสและสนับสนุนงบประมาณในจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร

๔. สร้างแรงจูงใจในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชน กลุ่มวัยทำงาน ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ให้การสนับสนุนส่งเสริม เช่น จัดกิจกรรมประกวดให้รางวัลบุคคล ครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานตัวอย่าง

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพิจิตร ทำให้หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพิจิตรมากขึ้น

๒. เกิดนโยบายเร่งรัดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในทุกอำเภอ ตำบล จัดทำแผนงานหรือโครงการการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

๓. หน่วยงาน องค์กรทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีบทบาทในการจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแสและสนับสนุนงบประมาณในจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตรมากขึ้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ประชาชนกลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพิจิตรมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมเพิ่มขึ้น

๒. ประชาชนกลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพิจิตรป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีภาวะอ้วนลงพุงลดลง

(ลงชื่อ)

(นางสาวบุญช่วย จุลบุตร)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่)/กรกฎาคม/๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง : กรณีศึกษา
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ผู้ป่วยรายที่ ๑ วันที่ ๖-๑๐ มีนาคม ๒๕๖๕
ผู้ป่วยรายที่ ๒ วันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๔-๔ มกราคม ๒๕๖๕
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย นำความรู้ ความชำนาญงานมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง หลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลักการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง ตลอดจนนำประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านพ้นระยะวิกฤตและมีภาวะคงที่ เพื่อนำสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง

๔. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน

สาระสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคมีความผิดปกติของระบบประสาทสืบเนื่องจากสมองขาดเลือด ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายหลายส่วนและจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพ ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขนำแนวทางการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางมาใช้ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกายจิตใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการ การพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกรณีศึกษา ๒ ราย จึงเป็นการศึกษาเปรียบเทียบวิธีการบำบัดรักษาและการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ โดยผู้ป่วยรายที่ ๑ ชายไทยอายุ ๖๑ ปี เป็นโรคหลอดเลือดสมองประเภทหลอดเลือดสมองแตกได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลพิจิตร เมื่อพ้นระยะเฉียบพลันส่งกลับมาดูแลฟื้นฟูสภาพระยะกลางที่โรงพยาบาลโพทะเล ซึ่งปัญหาสุขภาพที่คงอยู่ คือ แขนขาซีกขวาอ่อนแรง พูดไม้ขีด motor power Rt gr ๐, Lt gr iv กล้ามเนื้อไบหน้าซีกซ้ายผิดปกติ และตาซ้ายมีการมองเห็นบกพร่อง ADL barthel = ๐ ส่วนผู้ป่วยรายที่ ๒ หญิงไทยอายุ ๖๘ ปี เป็นโรคหลอดเลือดสมองประเภทหลอดเลือดสมองอุดตันสืบเนื่องจากหัวใจบิบบตัวไม่มีประสิทธิภาพเป็นผลให้เลือดจับตัวเป็นลิ่มอุดตันในหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโพทะเลเมื่อพ้นระยะเฉียบพลัน แพทย์วางแผนการรักษาเพื่อการฟื้นฟูสภาพระยะกลาง โดยปัญหาสุขภาพที่คงอยู่คือ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง พูดไม้ขีด ลิ้นแข็ง มุมปากซ้ายตก motor power Lt gr ๑, Rt gr IV, ADL barthel=๐ การพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย นอกจากการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่พบจากการประเมินแล้วได้นำแนวปฏิบัติสำหรับการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใน (Intensive IPD rehability program) มาใช้ในการดูแล กล่าวคือผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพวันละ ๓ ชั่วโมงติดต่อกัน ๕ วันต่อสัปดาห์ ประกอบด้วย กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การส่งเสริมโภชนาการ การดูแลทางจิตใจ ส่วนกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหา จากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การบริหารยาตามแผนการรักษา และการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่การป้องกันสำลักอาหาร แผลกดทับ พลัดตกเตียงและหกล้ม การดูแลการขับถ่าย การเตรียมผู้ดูแลต่อเมื่อที่บ้าน และการประสานทีมพยาบาลชุมชนเพื่อดูแลต่อเนื่อง ผลลัพธ์จากการพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มของการฟื้นฟูสภาพที่ดี โดยประเมิน ADL Barthel รายที่ ๑ = ๖/๒๐ รายที่ ๒ = ๘/๒๐ สรุปบทเรียนจากการศึกษาได้แนวทางการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่บูรณาการความรู้โรค หลักการพยาบาล และแนวทางการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางมาใช้ในการดูแลจึงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเดิม

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

- ๑) เลือกผู้ป่วยที่จะนำมาศึกษาเฉพาะกรณี โดยเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อนและเป็นตัวชี้วัดผลงานในการตรวจราชการสาธารณสุข
- ๒) ศึกษาความรู้จากตำรา เอกสารวิชาการ และผลงานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องจากแหล่งข้อมูลต่างๆ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย
- ๓) รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน การประเมินสภาพ และซักประวัติเพิ่มเติมจากผู้ป่วยและญาติ
- ๔) นำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหา วินิจฉัยและวางแผนทางการพยาบาล
- ๕) ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ ติดตาม และประเมินผล
- ๖) สรุปผลกรณีศึกษา จัดทำเอกสารนำเสนอผลงาน
- ๗) จัดทำบทความวิชาการ เผยแพร่ผลงานในวารสารโรงพยาบาลพิจิตร

เป้าหมายของงาน

- ๑) เพื่อศึกษาผลของการนำแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อการฟื้นฟูสภาพระยะกลางมาใช้ในการจัดบริการในหอผู้ป่วย
- ๒) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในหอผู้ป่วยนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและได้มาตรฐาน

๕. ผลสำเร็จของงาน

เชิงปริมาณ

ทำกรณีศึกษา เรื่องการพยาบาลฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำนวน ๑ เรื่อง โดยเป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๒ ราย

เชิงคุณภาพ

จากการประเมินผลทางการพยาบาล พบว่า สามารถปฏิบัติตามแผนการพยาบาลได้อย่างครบถ้วน ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลและแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพระยะกลางทุกประการ รวมทั้งครอบคลุมตามแผนการรักษา จึงช่วยให้ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย อาการทุเลาและร่างกายฟื้นฟูสภาพได้ตามเป้าหมายการรักษา โดยสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันดีขึ้น โดยผลประเมิน ADL Barthel ผู้ป่วยรายที่ ๑ = ๖/๒๐ ผู้ป่วยรายที่ ๒ = ๘/๒๐ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง = ๐ การประเมินความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและญาติ ระดับมาก

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ผลงานกรณีศึกษานำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

๖.๒ สามารถนำผลงานไปใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดระยะกลาง

๖.๓ เป็นประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าของทีมการพยาบาลและผู้สนใจ

ผลกระทบ

ผู้ป่วยกรณีศึกษา ได้รับการดูแลเพื่อการปรับสภาพฟื้นฟูระยะกลางและดูแลต่อเนื่อง โดยบรรลุผลตามเป้าหมายแผนงานการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ (Service plan) ซึ่งจากการประเมินผล

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

งานการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ ๑/๒๕๖๕ สามารถผ่านเกณฑ์การให้บริการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การประเมินสภาพผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย นอกจากการประเมินผู้ป่วยตามหลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้ว เป็นการนำเครื่องมือและแบบประเมินตามแนวทางการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง มาใช้ในการประเมินและวิเคราะห์ปัญหาพร้อมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ได้ข้อมูลคุณภาพในการวางแผนการดูแล และการจัดบริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพวันละ ๓ ชั่วโมงติดต่อกัน ๕ วันต่อสัปดาห์ ดังนั้นพยาบาลจึงนำบทบาท Care manager มาใช้ในการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกันจัดบริการครอบคลุมกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย กิจกรรมกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด กิจกรรมส่งเสริมภาวะโภชนาการ และกิจกรรมการดูแลทางสังคมจิตใจ ขณะเดียวกันได้ทำกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพควบคู่กันไป ประกอบด้วย การป้องกันสำลักอาหาร การป้องกันแผลกดทับ การป้องกันผลัดตกเตียงหกถ่ม การดูแลระบบขับถ่าย ตลอดจนการเตรียมผู้ดูแลต่อที่บ้านและการประสานทีมการพยาบาลชุมชนเพื่อติดตามดูแลจนครบ ๖ เดือน ตามเป้าหมายตัวชี้วัดคุณภาพบริการ

นอกจากนั้นผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย ได้รับการรักษาด้วยยาที่มีความเสี่ยงสูง โดยผู้ป่วยรายที่ ๑ มีประวัติความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง การรักษาด้วยยาคควบคุมความดันโลหิตที่ต้องได้รับการติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านยาพร้อมกับการติดตามระดับความดันโลหิตอย่างใกล้ชิด ส่วนผู้ป่วยรายที่ ๒ เป็นโรคหลอดเลือดสมอง สืบเนื่องจากการที่หัวใจบิ๊ตตัวไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพื่อป้องกันการอุดตันในหลอดเลือดสมองซ้ำ ดังนั้นในระยะที่ผู้ป่วยได้รับยาดังกล่าวจึงนำความรู้ด้านยาและหลักการพยาบาลมาใช้ในการติดตาม เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา ร่วมกับการติดตามภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรคอย่างใกล้ชิด เมื่อประเมินหลังสิ้นสุดโปรแกรมฟื้นฟูสภาพพบว่าการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย สามารถปฏิบัติได้ตามแผนและเป้าหมายการพยาบาลทุกประการ รวมไปถึงการสอนทักษะการดูแลผู้ป่วยและสาธิตการปฏิบัติให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากการจัดบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางในโรงพยาบาลชุมชนจัดว่าเป็นเรื่องใหม่ของระบบการพยาบาลผู้ป่วยใน ที่ต้องมีการจัดระบบบริการแบบ Intermediate ward เพื่อให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการเฉพาะ ในขณะเดียวกันการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยตามแผนงานปกติด้วย ระบบการพยาบาลในหอผู้ป่วยจึงมีความสับสนในช่วงแรก ประกอบกับยังอยู่ในช่วงของการป้องกันการแพร่กระจายโรคไข้หวัดโควิด-๑๙ อย่างเคร่งครัด การแก้ไขปัญหาด้วยการประเมินและนิเทศทางการพยาบาล ตลอดจนการทวนซ้ำแนวปฏิบัติการพยาบาลช่วงรับ-ส่งเวรทุกวัน จึงช่วยให้งานเป็นไปอย่างราบรื่นและบรรลุเป้าหมาย

๙. ข้อเสนอแนะ

จากประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา จะเห็นว่าการบริหารเพื่อฟื้นฟูสภาพระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มของการฟื้นฟูสภาพที่ดี แต่กิจกรรมการดูแลต้องมีความร่วมมือกันของทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างใกล้ชิด ประกอบกับแผนการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ (ต่อ)


ตามโปรแกรมต้องใช้เวลา ดังนั้นจึงควรมีการเชื่อมประสานที่ดีด้วยการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ ทบทวนระบบการดูแลเป็นประจำเพื่อสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

วารสารโรงพยาบาลพิจิตร ปีที่ ๓๗ ฉบับที่ ๑ (ตุลาคม ๒๕๖๔-กันยายน ๒๕๖๕)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน นางชุณหิษาภา ธัญธาดาสุขขจร สัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

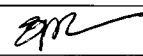
(ลงชื่อ)..........ผู้ขอประเมิน

(นางชุณหิษาภา ธัญธาดาสุขขจร)


(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๖ / ๓๐.๓ / ๖๖

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางชุณหิษาภา ธัญธาดาสุขขจร	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..........

(นายพนม ปทุมสูติ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพทะเล

(วันที่) 7 / กรกฎาคม / 25๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(.....)

(ตำแหน่ง).....

(วันที่)...../...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลหอผู้ป่วยในด้วยการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์

๒. หลักการและเหตุผล

บันทึกทางการพยาบาล เป็นการบันทึกข้อความที่มีเนื้อหาแสดงถึงกิจกรรมต่างๆ ที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยและผู้รับบริการ เป็นการบันทึกเหตุการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยและผู้รับบริการ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติหรือให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรงหรือโดยอ้อมไว้เป็นหลักฐาน โดยทั่วไปบันทึกทางการพยาบาลใช้เพื่อการสื่อสารให้ทีมที่ดูแลผู้ป่วยมีความเข้าใจตรงกันอย่างชัดเจนและใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและครบถ้วนตามแผนการรักษาและเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้บันทึกทางการพยาบาลเป็นเอกสารที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้แนวทางการดูแลผู้ป่วย การค้นหาปัญหาของผู้ป่วย เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ เป็นเครื่องมือในการติดตามประเมินผล และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายอีกด้วย บันทึกทางการพยาบาลจึงเป็นภารกิจหลักที่พยาบาลทุกคนต้องปฏิบัติในทุกขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย ดังเช่นที่มาตรฐานการพยาบาลกล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาลต้องมีความครอบคลุมการพยาบาลทุกระยะอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยมีความชัดเจนในกระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอนและมีการสรุปรายงานด้านการพยาบาลที่ให้กับผู้รับบริการทุกรายเพื่อใช้เป็นหลักฐานการปฏิบัติงานของพยาบาลและแสดงถึงคุณภาพการดูแลผู้รับบริการ (สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย;๒๕๖๒)

สำหรับระบบบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลโพทะเลมีการพัฒนาวิธีการบันทึกมาตลอด โดยพัฒนาการจากการบันทึกด้วยการเขียน ตามลำดับเหตุการณ์และขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลาจนครบ ๒๔ ชั่วโมง หรือตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลและต่อเนื่องไปจนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการบันทึกทางการพยาบาลจะทำลงในแบบฟอร์มต่างๆ ที่ยึดรูปแบบการบันทึกด้วยการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process record) ระยะต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ การบันทึกทางการพยาบาลใช้แนวคิดการบันทึกด้วยระบบชี้เฉพาะ (Focus charting record) ซึ่งรูปแบบการบันทึกปรับปรุงให้มีความกระชับ และบันทึกข้อมูลสำคัญของปัญหาผู้ป่วยที่รวดเร็ว ง่ายต่อการสื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยและทำงานร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพได้ชัดเจนขึ้น (โรงพยาบาลโพทะเล;๒๕๖๓) อย่างไรก็ตามระบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนามาโดยลำดับนี้ ยังเป็นการบันทึกด้วยการเขียนโดยพยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งปัญหาที่พบจากการนิเทศติดตามทางการพยาบาลพบว่า การบันทึกยังไม่ครอบคลุมข้อมูลสำคัญ เนื่องจากต้องใช้เวลามากในการเขียนรายงานปัญหาผู้ป่วยที่มีความยุ่งยาก ซ้ำซ้อน ปัญหาด้านอัตราค่าจ้างที่ไม่สมดุลกับปริมาณงานในแต่ละเวร ทำให้จำต้องเร่งรีบในการเขียนบันทึก ตลอดจนยังมีพยาบาลบางคนที่ละเลยประเด็นสำคัญของการบริการที่ควรบันทึกในรายงานผู้ป่วย สภาพปัญหาดังกล่าวเป็นผลให้ข้อมูลจากการบันทึกทางการพยาบาลไม่สะท้อนถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการนำไปใช้ในการพัฒนาต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่จนารมย์ของมาตรฐานการพยาบาล ประกอบกับการศึกษา นโยบายรัฐบาลในการลดใช้กระดาษ (Paperless) กล่าวคือการสนับสนุนให้ทุกหน่วยงานใช้เอกสารอิเล็กทรอนิกส์แทนกระดาษ เพื่อลดความสูญเสียด้านระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการบริการผู้ป่วย (สำนักพัฒนาดิจิทัล;๒๕๖๑) ดังนั้นจึงสนใจที่จะพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยในด้วยการใช้คอมพิวเตอร์ (Computer assisted record) โดยคาดหวังว่าข้อเสนอการพัฒนานี้จะช่วยสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย เป็นไปอย่างถูกต้องครบถ้วน รวดเร็ว ช่วยลดความผิดพลาดจากการขาดข้อมูลคุณภาพในการประเมินปัญหาอีกทั้งเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่สมบูรณ์และปลอดภัย

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

สภาพปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์ที่พบบ่อยคือ การบันทึกมีความซ้ำซ้อน ใช้เวลามาก เขียนไม่ชัดเจนยากที่จะดึงมาใช้ การบันทึกไม่ต่อเนื่อง ไม่สอดคล้องกับข้อเท็จจริง ไม่สะท้อนภาวะผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย นำไปใช้ประโยชน์ได้น้อย และสะท้อนคุณค่าของการปฏิบัติการพยาบาลได้น้อย นอกจากนี้ในแง่ของพยาบาลผู้ปฏิบัติพบว่า พยาบาลบางคนไม่เห็นคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ รูปแบบการบันทึกส่วนใหญ่เป็นแบบมุ่งเน้น (Nurse-centered) ต้องใช้เวลามากในการบันทึกและเนื้อหาซ้ำซ้อน จึงทำให้ข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องสื่อสารไม่ชัดเจน และไม่เพียงพอต่อการนำไปใช้ประโยชน์

จากการประเมินความคิดเห็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติ มีความต้องการระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีจุดเน้นความสำคัญหรือความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย มีการปฏิบัติที่เอื้อให้การบันทึกที่กระชับ ง่ายต่อการบันทึกและค้นหาข้อมูลสำคัญหรือปัญหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เป็นการส่งเสริมการสื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยให้แก่บุคลากรวิชาชีพอื่นๆ ในทีมการดูแลได้ชัดเจนขึ้น โดยระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลควรมุ่งเน้นที่ปัญหาผู้ป่วยโดยแท้จริง และพยาบาลส่วนใหญ่ต้องการให้มีการนำเทคโนโลยีการสื่อสารมาใช้ในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพื่อเอื้ออำนวยให้ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความทันสมัยและรวดเร็ว ลดการสูญเสียและค่าใช้จ่ายจากเดิมที่บันทึกลงบนแบบฟอร์ม

แนวความคิด

การพัฒนาระบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหออผู้ป่วยในด้วย เพื่อให้มีการตกลึกองค์ความรู้ก่อนเข้าสู่กระบวนการพัฒนา ได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดหลักที่นำมาใช้ในข้อเสนอการพัฒนา สรุปดังนี้

๑. แนวคิดการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยใน ระบุข้อความที่แสดงถึงการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพ ระบุว่า พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นระบบ เพื่อสื่อสารกับทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายอย่างครอบคลุม ทั้งการประเมินผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยการพยาบาล แผนการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลที่แก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนผลลัพธ์การพยาบาล โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องในแต่ละช่วงวันและเวลาปฏิบัติงาน มีการทบทวนความสมบูรณ์ของรายงานบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และใช้แบบฟอร์มการบันทึกได้มาตรฐาน สามารถบันทึกได้อย่างครบถ้วน และใช้เป็นเอกสารอ้างอิงทางกฎหมายได้ (สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย;๒๕๖๒)

๒. การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการพยาบาล

การนำระบบปฏิบัติการอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหออผู้ป่วยในเสนอแนวความคิดในการพัฒนาสรุปว่า เนื้อหาของการบันทึกกิจกรรมที่ให้แก่ผู้ป่วยควรระบุให้เห็นถึงสิ่งที่กระทำเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุผลลัพธ์ในการดูแลรักษา ดังนี้

- มีการบันทึกกิจกรรมเฉพาะโรคอย่างชัดเจน โดยมุ่งการวางแผนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยต่อไปในอนาคต

- เนื้อหาของกิจกรรมมีความเฉพาะเจาะจง สอดคล้องกับความต้องการหรือภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย

- พิจารณาถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยในแต่ละกิจกรรมเสมอ

นอกจากนี้ นำแนวคิดเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาระบบการพยาบาลอธิบายว่าเป็น การนำเครื่องมือวิธีการหรือระบบปฏิบัติการเทคโนโลยีที่พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยการทำงานและเพิ่ม ความสามารถในการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงระบบงานให้ดีขึ้น หรือมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (ชัชชน เทพวงศ์; ๒๕๖๕) การนำแนวคิดเทคโนโลยีสารสนเทศบูรณาการกับหลักการพยาบาลผู้ป่วยจะช่วยให้การบันทึก การพยาบาลตอบสนองต่อผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ บรรลุ เป้าหมายการรักษาและเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลด้านการบันทึกทางการพยาบาล รวมทั้ง นโยบายรัฐด้านการลดใช้กระดาษได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอ

การพัฒนากระบวนการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยในด้วยคอมพิวเตอร์ เสนอแนวทางการพัฒนา ดังนี้

วัตถุประสงค์

- ๑) เพื่อนำคอมพิวเตอร์มาใช้ในการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วย
- ๒) เพื่อลดระยะเวลาและการใช้กระดาษในกระบวนการบันทึกทางการพยาบาล

เป้าหมาย

- ๑) การบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยในมีความสมบูรณ์ \geq ร้อยละ ๙๐
- ๒) ทีมการพยาบาลผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการพัฒนา \geq ร้อยละ ๘๐

ขั้นตอนการพัฒนา

๑) ทบทวนระบบบันทึกทางการพยาบาลหอผู้ป่วยใน วิธีการ ความพร้อมด้านเครือข่าย อินเทอร์เน็ต ระบบปฏิบัติการโปรแกรมบันทึกข้อมูล และเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีอยู่ปัจจุบัน

๒) ประชุมร่วมกันระหว่างทีมการพยาบาลผู้ป่วยในและทีมงาน IT ของโรงพยาบาลเพื่อ วิเคราะห์ข้อจำกัดและความเป็นไปได้ในการพัฒนา

๓) ศึกษาทบทวนแนวปฏิบัติผู้ป่วยใน จากแหล่งข้อมูลต่างๆ รวมทั้งจากหน่วยงานที่ประสบ ผลสำเร็จมาแล้ว เพื่อจัดทำเนื้อหาการบันทึกทางการพยาบาลตามแนวทาง F-A-I-E (ยุวดี เกตสัมพันธุ์; ๒๕๖๓) นำเนื้อหาที่พัฒนานำเสนอทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักเทคนิค การแพทย์ และตัวแทนทีมการพยาบาลผู้ป่วยใน พิจารณาความครบถ้วน ถูกต้องของกระบวนการบันทึก ทางการพยาบาลและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

๔) นำเนื้อหาการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยใน มอบให้ทีมงาน IT เพื่อจัดกระทำข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ลงในระบบปฏิบัติการเครื่องคอมพิวเตอร์

๕) ทดลองใช้ระบบการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยในด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ และปรับปรุง แก้ไขจนพร้อมใช้งานอย่างเต็มรูปแบบ นำเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาสั่งการ

๖) จัดทำข้อตกลงการปฏิบัติงานและคู่มือการปฏิบัติงาน จากนั้นประชุมชี้แจงให้แก่ทีม พยาบาลผู้ป่วยในเพื่อทำความเข้าใจในการใช้งานอย่างครบถ้วนถูกต้อง

๗) ตรวจสอบคุณภาพและความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลโดยพยาบาลหัวหน้างาน หรือพยาบาลหัวหน้าเวรที่ได้รับมอบหมาย

๘) ประเมินผลการพัฒนาและสรุปนำเสนอผู้บังคับบัญชา

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ หน่วยงานมีการใช้กระบวนการพยาบาลที่มีการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยในด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ทุกราย

๔.๒ การบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยใน มีความรวดเร็วชัดเจน ครอบคลุมการพยาบาลทุกระยะอย่างครบถ้วน และสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำและปลอดภัย


๔.๓ สามารถนำระบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนานี้ไปใช้ในกระบวนการประกันคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่ได้มาตรฐานการพยาบาล

๔.๔ การพัฒนานี้ช่วยลดการใช้กระดาษจึงเป็นการลดความสูญเสยเวลา และค่าใช้จ่ายตามนโยบายของรัฐบาล

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ การประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยใน \geq ร้อยละ ๙๐

๕.๒ การประเมินความพึงพอใจในการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยในด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ \geq ร้อยละ ๘๐

ลงชื่อ.....  ผู้ขอประเมิน

(นางชุณหัตถิชาภา อินย์ธาดาสุขขจร)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๖ เดือน กรกฎาคม พ.ศ ๒๕๖๖

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร (Factors influencing clinical risk management of registered nurses in a medium-sized community hospital Phichit Province)

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๖ ถึง เดือนตุลาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร ได้นำองค์ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ และปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติ ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร มาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ของจังหวัดพิจิตร โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน และโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่อยู่ในจังหวัดพิจิตรต่อไป

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกในปัจจุบัน ทั้งทางด้านสังคม วัฒนธรรม และเทคโนโลยี รวมถึงการติดต่อสื่อสารที่ไร้พรมแดน ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพต้องมีการพัฒนาให้มีความก้าวหน้ามากขึ้น ได้มีการนำเทคโนโลยีต่างๆ มาใช้ในการบริการทำให้เกิดความสะดวก รวดเร็ว และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษา เพื่อการปรับตัวให้ทันกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป สถานบริการสุขภาพจึงต้องนำเอากระบวนการพัฒนาคุณภาพและรับรองคุณภาพมาใช้ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการที่ดียิ่งขึ้น ซึ่งทำให้ผู้รับบริการปลอดภัยและมีความมั่นใจในบริการของโรงพยาบาล (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, ๒๕๕๑) และจากการประชุม HA National Forum ครั้งที่ ๒๒ ที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพจาก “รากฐาน สานต่อ ก่อการไกล” ที่พัฒนาจากการขับเคลื่อนในระดับโรงพยาบาล (hospital) เป็นระบบบริการสุขภาพ (healthcare system) และระบบสุขภาพ (health system) จากการให้ความสำคัญกับประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) คู่ขนานกับความปลอดภัยของบุคลากร (personnel safety) ขยายสู่ความปลอดภัยของประชาชน (people safety) จากการมุ่งเน้นเรื่องความปลอดภัย (safety) สู่การมีสุขภาพดี (healthy) และก้าวสู่สุขภาวะ (well-being) เป็นก้าวเดินที่ไม่สามารถทำได้โดยใครคนใดคนหนึ่ง หรือองค์กรใดองค์กรเดียว แต่ต้องขับเคลื่อนโดยมีเป้าหมายและพลังร่วม เชื่อมต่อศักยภาพของผู้คนเกิดการทำงานร่วมแบบเสริมพลัง เพื่อความปลอดภัยและสุขภาวะ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, ๒๕๖๖)

การจัดการความเสี่ยงจึงเป็นหัวใจสำคัญที่นำไปสู่คุณภาพการดูแลและก่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ให้บริการ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, ๒๕๕๔) การบริหารความเสี่ยงมีวัตถุประสงค์เพื่อรับรู้ ป้องกัน จำกัดความเสี่ยงอันตรายและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งสร้างความตื่นตัวแก่ผู้เกี่ยวข้องและสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร การปรับปรุงให้มีวัฒนธรรมความปลอดภัยในการรักษา เข้าสู่หน่วยงานเพื่อนั้นเพื่อกระตุ้นให้มีสภาพแวดล้อมที่มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย (Ellen & Deikasand Dag, ๒๐๐๘) การสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการทำให้บุคลากรในโรงพยาบาลคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดเวลาจนเกิดเป็นวัฒนธรรมและกระทำเป็นเรื่องปกติวิสัย ที่มุ่งพัฒนาพัฒนาและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในองค์กรที่มีความเห็นพ้องต้องกันและการที่บุคลากรในองค์กรได้รับรู้ถึงวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยจะช่วยให้องค์กรนั้นสามารถตรวจจับ ป้องกัน และแก้ปัญหาที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานได้ดีขึ้นและยั่งยืน

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร เพื่อให้เกิดการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลให้ได้มาตรฐาน และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และหัวใจสำคัญคือเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

๑. การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร เป็นอย่างไร

๒. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านทัศนคติ ปัจจัยด้านแรงจูงใจ และปัจจัยด้านการบริหารแบบมีส่วนร่วม มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง หรือไม่ อย่างไร

๓. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านทัศนคติ ปัจจัยด้านแรงจูงใจ และปัจจัยด้านการบริหารแบบมีส่วนร่วม สามารถร่วมกันทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาระดับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร

๒. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร

๓. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร

สมมติฐานการวิจัย

๑. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านทัศนคติ ปัจจัยด้านแรงจูงใจ และปัจจัยด้านการบริหารแบบมีส่วนร่วม มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร

๒. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านทัศนคติ ปัจจัยด้านแรงจูงใจ และปัจจัยด้านการบริหารแบบมีส่วนร่วม สามารถทำนายการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านทัศนคติ ปัจจัยด้านแรงจูงใจ และปัจจัยด้านการบริหารแบบมีส่วนร่วม ที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ ๑ ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ของจังหวัดพิจิตร และเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งมีการดำเนินงานตามกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง จำนวนทั้งสิ้น ๖ โรงพยาบาล จำนวนประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพ ทั้งหมด จำนวน ๒๒๔ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ๔ ส่วน คือ

ส่วนที่ ๑ ปัจจัยด้านบุคคล สร้างเป็นคำถามให้เลือกตอบ และเติมคำในช่องว่างเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน ขนาดโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน การฝึกอบรม/ประชุมวิชาการบริหารความเสี่ยง รายได้

ส่วนที่ ๒ ทัศนคติต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Linkert Scale) ๕ ระดับ

ส่วนที่ ๓ แรงจูงใจในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Linkert Scale) ๕ ระดับ

ส่วนที่ ๔ การบริหารแบบมีส่วนร่วม เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Linkert Scale) ๕ ระดับ

ส่วนที่ ๕ เกี่ยวกับการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Linkert Scale) ๕ ระดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ ๑ ปัจจัยด้านบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปตารางและความเรียง

ส่วนที่ ๒ ทัศนคติต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกเป็นรายข้อ รายด้านและโดยรวม การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อของแบบสอบถาม จะทำให้ทราบระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อข้อความหรือข้อคำถาม

ส่วนที่ ๓ แรงจูงใจในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกเป็นรายข้อ รายด้านและโดยรวม การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อของแบบสอบถาม จะทำให้ทราบระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อข้อความหรือข้อคำถาม

ส่วนที่ ๔ การบริหารแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกเป็นรายข้อ รายด้านและโดยรวม การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อของแบบสอบถาม จะทำให้ทราบระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อข้อความหรือข้อคำถาม

ส่วนที่ ๕ การปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกเป็นรายข้อ รายด้าน และโดยรวม จะทำให้ทราบระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อข้อความหรือข้อคำถาม

หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ทศนคติต่อการบริหารความเสี่ยง โดยใช้สถิติหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยมีปัจจัยส่วนบุคคล ทศนคติต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก แรงจูงใจในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และการบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นตัวแปรพยากรณ์ และการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพเป็นตัวแปรเกณฑ์

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจะทำให้ทราบถึงปัจจัยด้านบุคคล ทศนคติต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก แรงจูงใจในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก การบริหารแบบมีส่วนร่วม ที่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นปัญหา และการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร

เชิงคุณภาพ การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) แบบการศึกษาความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์ (Predictive Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ของจังหวัดพิจิตร ทำให้ทราบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ทศนคติต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก แรงจูงใจในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และการบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นตัวแปรพยากรณ์ กับการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ และปัจจัยแต่ละตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตรได้ในขนาดเท่าใด ซึ่งจะสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการพัฒนางานด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. สามารถนำผลการศึกษาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับให้ผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกในโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดพิจิตร
๒. สามารถนำข้อมูลไปเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกในโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดพิจิตร
๓. ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเป็นแนวทางในการจัดทำกลยุทธ์ในการบริหารความเสี่ยงให้สำเร็จตามนโยบายการพัฒนางานคุณภาพของโรงพยาบาล

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. เนื่องจากเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ในจังหวัดพิจิตร จำนวน ๖ แห่ง โดยเก็บข้อมูลจากประชากรซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั้ง ๖ แห่ง ทั้งหมด จำนวน ๒๒๔ คน ทำให้ต้องประสานงานเพื่อให้ได้แบบสอบถามที่ครบถ้วน สมบูรณ์

๒. การใช้สถิติในการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) มีความซับซ้อนเนื่องจากเป็นสถิติขั้นสูง

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ในจังหวัดพิจิตร จำนวน ๖ แห่ง ประชากรซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จำนวน ๒๒๔ คน ทำให้ต้องมีการประสานงานการเก็บข้อมูลที่มากขึ้น เพราะกลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษามีการขึ้นลงเวรปฏิบัติงาน ที่ไม่พร้อมกัน รวมทั้งการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีความซับซ้อน ต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสถาบันการศึกษา

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. บุคลากรได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ และอบรมวิธีการจัดการเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ได้รับความเสียหายหรือผู้ปฏิบัติงานที่ปฏิบัติผิดพลาด พยาบาลวิชาชีพทุกคนควรได้รับการสนับสนุนให้ได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ศึกษาดูงานเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานหรือโรงพยาบาลอื่นที่มีระบบการบริหารความเสี่ยงที่ดี

๒. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรมีการกำหนดบทบาทตามระดับความสามารถ ขอบเขตงาน ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิก ให้ได้ประสิทธิภาพและส่งผลให้มีการพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารความเสี่ยงมีความถูกต้อง เหมาะสม

๓. การทบทวนบัญชีความเสี่ยงให้เป็นปัจจุบันและเน้นให้เป็นความเสี่ยงเชิงรุกมากขึ้นเพื่อเป็นแนวทางป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ก่อนจะไปถึงผู้ป่วย

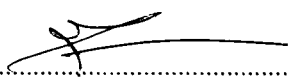
๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างดำเนินการ

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นางสาวสิริรัตน์ เนียมเปรม สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐
- ๒) - สัดส่วนของผลงาน -
- ๓) - สัดส่วนของผลงาน -

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 

(นางสิริรัตน์ เนียมเปรม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๗/กรกฎาคม/๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ


๑. กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร มีระบบคลังข้อมูลกลางในรูปแบบดิจิทัลของกลุ่มงานฯ ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ปฏิบัติงานในการใช้งาน

๒. ประชาชนทั่วไปได้รับประโยชน์จากระบบข้อมูลดิจิทัล ในด้านการติดต่อขออนุญาตสถานบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพ การตรวจสอบเครื่องหมาย ออย.ผลิตภัณฑ์ การค้นหาสถานประกอบการ และการแจ้งเรื่องร้องเรียน

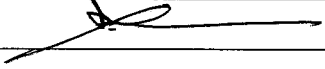
๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. เกิดระบบข้อมูลดิจิทัล กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรขึ้น

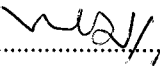
๒. ผู้ใช้งานระบบข้อมูลดิจิทัลฯ มีความพึงพอใจภาพรวมต่อระบบไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ) 
 (นางภิษา พักศรี)
 (ตำแหน่ง) เกษียรชำนาญการ
 (วันที่) 10 / 10 / 66
 ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสิริรัตน์ คุ้มหมเปรม	
-	-
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายพนม ปทุมสูติ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพทะเล

(วันที่) ๗/กรกฎาคม/๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(.....)

(ตำแหน่ง)

(วันที่)/...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การบริหารการเปลี่ยนแปลงโดยใช้การจัดการความรู้ เพื่อแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติของบุคลากร
ด้านการพยาบาล

๒. หลักการและเหตุผล

การเปลี่ยนแปลงเป็นความจริงที่ไม่มีผู้ใดสามารถหลีกเลี่ยงได้ การจับกระแสทิศทางการเปลี่ยนแปลงของโลกยุคปัจจุบัน ความสามารถในการหยั่งรู้และปรับเปลี่ยนให้ทันกับเหตุการณ์ที่แปรเปลี่ยนตลอดเวลา ไม่เพียงแต่สามารถนำพาองค์กรให้ผ่านพ้นจากวิกฤติเท่านั้น แต่เป็นการนำพาองค์กรไปสู่ความสำเร็จที่ยิ่งใหญ่ได้ สำหรับองค์กรพยาบาลก็เช่นเดียวกัน ถ้ามองการเปลี่ยนแปลงเป็นโอกาสก็สามารถบริหารจัดการให้เกิดการพัฒนาต่อยอดเพื่อสร้างงานใหม่ที่มีคุณค่า ทำให้องค์กรอยู่รอดและประสบความสำเร็จได้ ในทางตรงกันข้ามถ้าองค์กรพยาบาลยังยึดติดอยู่กับความสำเร็จในอดีต ทำให้มองการเปลี่ยนแปลงเป็นภัยและอุปสรรค องค์กรพยาบาลแห่งนั้นจะไม่สามารถอยู่ต่อไปอย่างยั่งยืนได้ ถ้าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ องค์กรพยาบาลจึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงการบริหารเพื่อให้สามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ และเพิ่มโอกาสในการนำองค์กรสู่ความสำเร็จ ไม่ว่าจะการเปลี่ยนแปลงนั้นจะมาด้วยรูปแบบใด

ปัจจุบันโรงพยาบาลเป็นองค์กรในระบบบริการสุขภาพ ที่มีบุคลากรพยาบาลปฏิบัติงานในสัดส่วนที่มากที่สุดเมื่อเทียบกับบุคลากรวิชาชีพอื่น รวมทั้งวิชาชีพพยาบาลมีส่วนสำคัญในการผลักดันให้โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่องในกระบวนการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการวางระบบให้บุคลากรพยาบาลสามารถทบทวนตนเองอย่างสร้างสรรค์ในสภาพแวดล้อมที่เร่งรัดให้ต้องมีทักษะในการคิดต่อยอดจากการสั่งสมความรู้เพื่อเพิ่ม ผลผลิตทางปัญญา และพร้อมที่จะพัฒนาตนเองไปสู่ความเป็นเฉพาะทางในการให้บริการพยาบาลแบบมีอาชีพ ในสังคมยุคสังคมฐานความรู้ และสิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาลมีการพัฒนาทางด้านองค์ความรู้และประสิทธิภาพในการให้บริการทางการพยาบาลนั้นคือ การจัดการความรู้ ซึ่งปัจจุบันการจัดการความรู้ยังมีส่วนสำคัญในการสร้างนวัตกรรมทางด้านสุขภาพ ในนโยบายของประเทศภายใต้โมเดล Thailand 4.0 ที่เน้นนวัตกรรมในการขับเคลื่อนประเทศรวมทั้งนโยบายของโรงพยาบาลเน้นการพัฒนาวัตกรรมการตามกรอบแนวทางของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยองค์กรใดที่มีระดับของการจัดการความรู้ในระดับสูงจะส่งผลให้องค์กรนั้นมีโอกาสและความก้าวหน้าในการพัฒนาวัตกรรมการเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน

ผู้บริหารการพยาบาลมีส่วนสำคัญในการบริหารการเปลี่ยนแปลงโดยใช้การจัดการความรู้ เพื่อแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติของบุคลากร การจัดการความรู้เป็นแนวทางโน้มนำให้เกิดการสร้างองค์การการเรียนรู้ที่บุคลากรในองค์กรศึกษาค้นคว้า เพื่อแปลงนโยบายและยุทธศาสตร์มาสู่การปฏิบัติ แต่การขับเคลื่อนดังกล่าวพยาบาลในองค์กรไม่สามารถสร้างความสำเร็จได้ด้วยตนเองเพียงลำพัง ผู้บริหารการพยาบาล ต้องมีส่วนขับเคลื่อนให้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ในองค์กร พัฒนาสมรรถนะบุคลากร ทางการพยาบาลให้มีการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

บทวิเคราะห์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร มียุทธศาสตร์ ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดพิจิตร ระยะ ๕ ปี มีวิสัยทัศน์การพัฒนาสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร คือ “พิจิตรน่าอยู่ ประชาชนสุขภาพดี ทุกภาคีมีส่วนร่วม เจ้าหน้าที่มีความสุข” มีประเด็นยุทธศาสตร์ คือ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

องค์กรพยาบาลเป็นองค์กรที่มีความสำคัญในระบบบริการสุขภาพ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการใช้กลยุทธ์ให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ การจัดบริการที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งการจัดบริการอย่างมีคุณภาพนั้น เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้มีสมรรถนะผู้นำและมีความสามารถทางด้านการบริหาร โดยเฉพาะผู้บริหารการพยาบาลในระดับต้น เป็นผู้ที่มีความสำคัญต่อการบริหารองค์กรพยาบาลและการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพแก่ประชาชน จึงจำเป็นที่ผู้บริหารต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และมีทักษะในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาความรู้และศาสตร์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และนำไปประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนให้มีการสร้างและพัฒนาแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมายขององค์กรต่อไป

แนวความคิด

ในด้านแนวคิดการจัดการความรู้นั้นมีหลากหลายแนวคิด โดยแนวคิดหนึ่งที่ได้รับการนิยมนิยในปัจจุบัน เนื่องจาก แนวคิดนี้มีการพัฒนามาจากกรอบแนวคิดที่มีความชัดเจนในกระบวนการจัดการความรู้และสอดคล้องกับบริบทของหลากหลายองค์กร ที่มีวิธีดำเนินการจัดการความรู้ที่ชัดเจนและต้องการให้องค์กรของตนเองมีการพัฒนาการจัดการความรู้ เพื่อให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ต่อไปในอนาคต รวมทั้งแนวคิดนี้สามารถช่วยให้องค์กรมีการประเมินผลของการจัดการความรู้ได้อย่างถูกต้องและเชื่อถือได้ คือแนวคิดการจัดการความรู้ของ Lawson ซึ่งได้อธิบายไว้ว่า การจัดการความรู้ คือ กระบวนการที่ช่วยให้องค์กรสามารถค้นหา เลือก จัดระเบียบ เผยแพร่และถ่ายทอดข้อมูลสำคัญ และความเชี่ยวชาญที่จำเป็นสำหรับกิจกรรมต่างๆ เช่น การแก้ปัญหา การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง การวางแผนเชิงกลยุทธ์ และการตัดสินใจ โดยการจัดการความรู้ตามแนวคิดนั้น เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและกลายเป็นกระบวนการความรู้ที่เพิ่มขึ้น เรียกว่า วงจรแห่งการจัดการความรู้ (knowledge management cycle) ซึ่งประกอบ ด้วย ๖ ด้านได้แก่ ๑) การสร้างความรู้ ๒) การดักจับความรู้ ๓) การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ ๔) การจัดเก็บความรู้ ๕) การเผยแพร่ความรู้ และ ๖) การประยุกต์ใช้ความรู้

แนวคิดเรื่องการจัดการความรู้ได้ถูกนำมาใช้ในองค์กรระบบบริการสุขภาพแทบทุกแห่ง เพื่อให้สามารถพัฒนา แข่งขันและดำรงองค์กรให้อยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลากหลายหน่วยงานในองค์กรระบบบริการสุขภาพ จึงมีแผนงานที่หลากหลายด้านการจัดการความรู้ ทั้งการฝึกอบรมแก่บุคลากรเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักในความสำคัญของการจัดการความรู้ การพัฒนาเครื่องมือเพื่อให้เกิดการจัดเก็บความรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากร การจัดการความรู้ในโรงพยาบาลของประเทศไทย มีหลากหลายองค์กรที่มีการศึกษาการจัดการความรู้และประสบผลสำเร็จ โดยเริ่มต้นจากคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการนำร่องการจัดการความรู้ในองค์กรโดยร่วมมือกับสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งโครงการประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี และดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน หลังจากที่ได้เริ่มมีการจัดการความรู้ที่คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลแล้ว ยังได้มี โรงพยาบาลต่างๆ ที่ได้ดำเนินการจัดการความรู้ขึ้นใน

โรงพยาบาลจนประสบความสำเร็จ รวมทั้งเป็นแหล่งศึกษาดูงานด้านการจัดการความรู้ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โครงการพัฒนาการจัดการความรู้ในโรงพยาบาลภาคเหนือตอนล่างของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร โรงพยาบาลบ้านตาก เป็นต้น

ในการบริหารการเปลี่ยนแปลงโดยใช้การจัดการความรู้ เพื่อแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติของบุคลากรด้านการพยาบาล ใช้แนวคิด ๑. แนวคิดในการดำเนินการใช้โมเดลปลาหูของ นพ.วิจารณ์ พานิช ๒. กระบวนการจัดการความรู้ โดยอบรมให้ความรู้เรื่อง KM กำหนดเป็นนโยบายสร้างคลังความรู้ และเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โมเดลปลาหู เป็นโมเดลที่เปรียบการจัดการความรู้เป็น ๓ ส่วนคือ หัวปลา หมายถึง ส่วนที่เป็นเป้าหมายวิสัยทัศน์หรือทิศทางจัดการความรู้โดยจะต้องเป็นส่วนของผู้เนีนกิจกรรม KM ทั้งหมด การจัดการความรู้ครั้งนี้ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีความรู้การบริหารงานแนวใหม่ที่มุ่งผลสำเร็จของงาน และการประเมินปฏิบัติราชการหัวหน้าพยาบาล เป็นคุณเอื้อ หัวปลา หมายถึง ส่วนของการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งจะต้องกระตุ้นให้ผู้ดำเนินกิจกรรม KM มีการแลกเปลี่ยนความรู้โดยเฉพาะความรู้ซ่อนเร้นที่มีอยู่และอำนวยความสะดวกให้เกิดการเรียนรู้แบบเป็นทีมเพื่อให้เกิดการหมุนเวียนความรู้และเกิดนวัตกรรมในที่สุด การจัดการความรู้ครั้งนี้หัวหน้าพยาบาลทำอภิบทบาทเป็นคุณอำนวยด้วย หางปลา หมายถึง ส่วนของคลังความรู้ที่ได้จากการเก็บสะสม เกร็ดความรู้ที่ได้จากกระบวนการ แลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งเราอาจเก็บส่วนของหางปลานี้ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น ICT ซึ่งเป็นการสกัดความรู้ที่ ซ่อนเร้นให้เป็นความรู้เด่นชัด นำไปใช้และยกระดับต่อไป การจัดการความรู้ครั้งนี้พยาบาลวิชาชีพทุกคนเป็นคุณกิจ

ข้อเสนอแนะ

การบริหารการเปลี่ยนแปลงโดยใช้การจัดการความรู้ เพื่อแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติของบุคลากรด้านการพยาบาล โดยการจัดการความรู้เป็นกระบวนการที่ช่วยให้หน่วยงานสามารถค้นหา เลือกรวบรวม เผยแพร่และถ่ายทอดข้อมูลสำคัญและความเชี่ยวชาญที่จำเป็นสำหรับกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การแก้ปัญหา การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง การวางแผนเชิงกลยุทธ์ และการตัดสินใจ ซึ่งการจัดการความรู้ตามแนวคิดของลอร์สัน นั้นเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและกลายเป็นกระบวนการความรู้ที่เพิ่มขึ้น เรียกว่า วงจรแห่งการจัดการความรู้ (Knowledge Management Cycle) ซึ่งประกอบด้วย ๖ ด้านได้แก่ ๑) การสร้างความรู้ (knowledge creation) ๒) การดักจับความรู้ (knowledge capture) ๓) การจัดความรู้ให้เป็นระบบ (knowledge organization) ๔) การจัดเก็บความรู้ (knowledge storage) ๕) การเผยแพร่ความรู้ (knowledge dissemination) ๖) การประยุกต์ใช้ความรู้ (knowledge application)

ขั้นเตรียม

- ๑) การประเมินบรรยากาศองค์กร สอบถามความคิดเห็นจากบุคลากรสายงานพยาบาล
- ๒) ชี้แจงวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ และทำ Mind Map ทั้ง ๒ ด้าน ได้แก่ การบริหารการพยาบาล Mind Map เชื่อมโยง เป้าประสงค์ กลยุทธ์ กิจกรรมที่ดำเนินงาน และ บริหารบุคลากรทางการพยาบาล ด้วยวัฒนธรรมการทำงานแนวใหม่

ขั้นดำเนินการ

- ๑) อบรมเชิงปฏิบัติการ ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เรียนรู้เรื่องรูปแบบการประเมินปฏิบัติราชการ การบริหารจัดการความรู้ (KM) เรื่อง การประเมินปฏิบัติราชการ แผนบริหารราชการ ยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ ตัวชี้วัด ผลสำเร็จของโครงการ / กิจกรรมที่ใช้ในการประเมินปฏิบัติราชการ
- ๒) ประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้ตารางการกระจายตัวชี้วัด ระบุส่วนงานที่พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบ/ เป็นเจ้าภาพ แล้ว ย้อนไปศึกษาตารางรายละเอียดตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติราชการ
- ๓) เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PL) ในการประเมินการปฏิบัติราชการตามระดับความยาก (ความสามารถในการควบคุมผลงานให้ได้ตามเป้าหมาย, ความยากตามสภาพพื้นที่, ระดับความท้าทายในการตั้งเป้าหมาย) จากตารางสรุปรายการตัวชี้วัดจากแผนปฏิบัติราชการ

ชั้นประเมินผล

- ๑) ประเมินเป็นร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่สามารถแปลงกลยุทธ์สู่การปฏิบัติได้
- ๒) ประเมินจากจำนวนบุคลากรสายงานพยาบาลที่เข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการประเมินผล การปฏิบัติราชการ

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

เนื่องจากพยาบาลมีการขึ้นเวรสลับกันไป การจัดการอบรมหรือประชุม อาจจะไม่สะดวกต่อการปฏิบัติงาน

แนวทางแก้ไข

๑) ใช้วิธีการแบ่งการอบรม ประชุมเป็นรุ่น หรือใช้ตัวแทนของแต่ละแผนก แล้วใช้การถ่ายทอดความรู้การทำงาน เป็นแผนก

๒) ควรสนับสนุน ส่งเสริมในการทบทวนความรู้ในงานเป็นประจำ โดยเฉพาะบุคลากรที่ปฏิบัติงานส่วนหน้างานเพื่อพัฒนาความรู้ของบุคลากรให้ทันสมัยและสามารถนำกลับมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล พร้อมทั้งเปิด โอกาสให้มีการถ่ายทอดความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆกับพยาบาลระดับปฏิบัติการ อย่างสม่ำเสมอ และมีการติดตามและประเมินผลการจัดการความรู้ภายในฝ่ายการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

๓) ควรสนับสนุน ส่งเสริม การจัดการความรู้ในด้านการจัดเก็บความรู้ โดยพิจารณาเพิ่มตำแหน่งพยาบาลผู้รับผิดชอบงานทางด้านสารสนเทศทางการพยาบาล ประจำฝ่ายการพยาบาล เพื่อนำความรู้ทางเทคโนโลยี คอมพิวเตอร์สารสนเทศศาสตร์ และศาสตร์ทางการพยาบาล มาใช้ในการรวบรวม จัดเก็บ วิเคราะห์ จัดการ และเผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในวิชาชีพพยาบาลต่อไป

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลสำหรับฝ่ายการพยาบาลและผู้บริหาร เพื่อประกอบการพิจารณา ในการกำหนดนโยบาย และแผนในการพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ทางการพยาบาลของโรงพยาบาล เพื่อนำไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ประเมินผลโดยศึกษาความสามารถของบุคลากรสายงานพยาบาลในการดำเนินการแปลงแปลงกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ และประเมินความพึงพอใจ

(ลงชื่อ).....

(นางสิริรัตน์ เนียมเปรม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๗/กรกฎาคม/๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

1. เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 : กรณีศึกษา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 17-22 มิถุนายน 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
 - 3.1 ภาควิภาคและสรีรวิทยาของไต
 - 3.2 โรคไตเรื้อรัง
 - 3.3 หลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

โรคไตเรื้อรังมีการทำลายของหน่วยไตร่วมกับการสูญเสียหน้าที่ของไตอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลากหลายและอาจเกิดความรุนแรงจนเสียชีวิต จากผู้ป่วยกรณีศึกษาพบว่าไตพร่องการทำหน้าที่เป็นเหตุให้เสียความสมดุลอิเล็กโทรลิต์และความดันโลหิตสูงของร่างกาย ส่งผลต่อกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและอาจเสียชีวิตได้ สถานการณ์โรคไตในปัจจุบัน ข้อมูลการศึกษาจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ประมาณร้อยละ 17.6 คนไทยป่วยเป็นโรคไต คิดเป็นผู้ป่วยราว 8 ล้านคน จำนวน 80,000 คนเป็นไตวายระยะสุดท้าย และมีแนวโน้มมากขึ้นเป็นทุกปีสำหรับประเทศไทย สถานการณ์ของโรคไตเรื้อรังในประชากรไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนับเป็นปัญหาสาธารณสุขและมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในปี 2565 พบว่า 1 ใน 25 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง กลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 420,212 ราย ระยะ 4 จำนวน 420,212 ราย และระยะที่ 5 ที่ต้องล้างไตมากถึง 62,386 ราย ในจังหวัดพิจิตร มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 9,190 คน เป็นโรคไตระยะที่ 4 จำนวน 1,135 คน คิดเป็นร้อยละ 12.35 ในอำเภอบางมูลนากมีผู้ป่วยจำนวน 330 คน เป็นโรคไตระยะที่ 4 จำนวน 90 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.27 พยาบาลมีบทบาทในการประเมิน คัดกรอง ฝึกระวังและช่วยเหลือเพื่อแก้ไขภาวะผิดปกติของอิเล็กโทรลิต์ที่ไม่สมดุล รวมทั้งการป้องกันและช่วยชะลอความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง เพื่อให้การสูญเสียหน้าที่ของไตช้าลงและผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 84 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพรับจ้างทั่วไป สถานภาพสมรสคู่ น้ำหนัก 58 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 ซม. รับไว้รักษาเมื่อ 17 มิถุนายน 2566 เวลา 10.07 น. ด้วยอาการ เวียนศีรษะ หน้ามืดตาลาย คลื่นไส้ เบื่ออาหารทานได้น้อย ท้องผูก นอนไม่หลับ แขนขากระตุก 5-6 ครั้ง/วัน รู้สึกอ่อนล้าหมดแรง เป็นต่อเนื่องทุกวัน 3 วัน ก่อนมา 30 นาทีก่อนมาเวียนศีรษะ มีอาการหน้ามืดวูบกำัภัยนำส่งโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็น DM HT DLP มา 10 ปีรักษาที่โรงพยาบาลบางมูลนาก ผลเลือด HbA1C 6.9 เมื่อ 4 ตุลาคม 2565 ความดันโลหิต Systolic 155-170 mmHg Diastolic 70-92 mmHg วันที่ 17 มิถุนายน 2566 ผลการตรวจ FBS 107mg% Na 133.0 mmol/L K 4.05 mmol/L ,Cl 99.0 mmol/L ,tCO₂ 22.8 mmol/L ,BUN 41 mg/dl,Creatinine 1.71 mg/dl,Calcium 8.9 mg/dl,Phosphorus 3.4 mg/dl ,Glomerular filtration rate (GFR) 27.11 mL/min วินิจฉัยโรคเป็น CKD stage 4

จากการการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโดยการเก็บข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การจัดระบบข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำสู่การวางแผนแก้ไขปัญหสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการตอบสนองต่อความต้องการและจำเป็นด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีตามศักยภาพของบุคคล/ครอบครัว ได้รับการประเมิน และปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงหลักมนุษยธรรมและยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางใช้กระบวนการพยาบาล เป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลผู้ป่วยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้จากการวิจัย มาประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนแก้ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วย เป็นรายบุคคลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนดแผนการดูแลและมี

การประสานความร่วมมือระหว่างทีมการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องดังนี้

- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือด
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดเกร็งกระดูกกล้ามเนื้อ
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการพลัดตกเตียง
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลเรื่องโรคและการเจ็บป่วยเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยและอยู่บ้านตามลำพังคนเดียว

เห็นได้ว่าพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกรับเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตและภาวะแทรกซ้อนจากโรค ขณะรักษาตัว ระยะก่อนจำหน่ายให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติและองค์รวมเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากภาวะความเจ็บป่วยและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนสามารถกลับไปสู่สังคมด้วยคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ จำหน่าย 22 มิถุนายน 2566 รวมระยะเวลาอนพักในโรงพยาบาล 5 วัน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

จัดทำกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 จำนวน 1 เรื่อง

เชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน
2. ผู้ป่วยและครอบครัวมีแนวทางปฏิบัติตน เพื่อชะลอการเสื่อมของไตได้อย่างถูกต้อง
3. ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจในปัญหาความเจ็บป่วยและให้ความร่วมมือ

6. การนำไปใช้ประโยชน์

- 6.1 เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือด
- 6.2 เป็นแนวทางในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือดได้
- 6.3 เป็นประโยชน์ในการศึกษา ค้นคว้าเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือด

7. ความยุ่งยากในการดำเนินงาน

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุและป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เนื่องจากมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคไม่ถูกต้อง ทำให้มีอาการทรุดลงเข้ารับบริการโดยมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ผู้ป่วยประวัติเดิมเป็นโรคเบาหวานร่วมความดันโลหิตสูงที่มีการควบคุมโรคไม่ดี ขณะป่วยไม่มีญาติอยู่ที่บ้านก็ถูกนำส่งโรงพยาบาล เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ อัตราการกรองไตลดลงระดับที่ 4 ของเสียคั่งในร่างกาย เกิดภาวะความไม่สมดุลของเกลือแร่

การพยาบาลระยะแรกมุ่งการดูแลแก้ไขภาวะไตพร่องหน้าที่ เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงมากขึ้นอันจะนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว ด้วยการบูรณาการความรู้หลักการพยาบาลโรคไตเรื้อรัง กับหลักทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เกี่ยวกับบุคคลเป็นผู้มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง มีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเอง จึงนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยการประเมิน ความเชื่อ พฤติกรรม และการรับรู้ข้อมูลความเสี่ยงของตนเองมาใช้กับผู้ป่วย โดยการตั้งเป้าหมายร่วมกันที่ยึดความสนใจและความเชื่อของผู้ป่วยเป็นหลัก รวมทั้งการร่วมกับผู้ป่วยพิจารณาอุปสรรคและวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งกระบวนการที่กล่าวมานี้ ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติ และมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจและเชื่อมั่นในบริการที่ได้รับ นอกจากนั้นมีการเชื่อมประสานส่งข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ติดตามเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหากยังไม่สามารถปรับพฤติกรรมเสี่ยงได้อาจต้องล้างไตในอนาคต จากการเสริมแรงทางลบนี้

จึงกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและรับรู้ความเสี่ยงจากพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสมและปรับตัวได้ในเวลาต่อมา นอกจากนี้จากการที่ผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุที่การรับรู้และความเข้าใจค่อนข้างช้าดังนั้นการสื่อสารกับผู้ป่วยจึงต้องทวนซ้ำบ่อยๆ และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย รวมทั้งมีการประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และติดตามดูแลการรับประทานยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องครบถ้วน

จึงจะเห็นว่าโรงพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่4 มีความยุ่งยาก ซับซ้อน พยาบาลนำแนวคิดบทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีมาใช้ในการปฏิบัติงานจนบรรลุผลสำเร็จ

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 การดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนไม่เพียงแต่การรักษาและติดตามค่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเลือดเท่านั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มมัดกล้ามเนื้อ ตลอดจนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การควบคุมโรคร่วมที่เป็นอยู่อย่างเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เป็นอีกองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้และมีคุณภาพชีวิตดี การจัดการกิจกรรมการพยาบาลต้องใช้ความรู้ ความเข้าใจในปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ญาติเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วย

8.2 ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ แขนและขาอ่อนแรง มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและไตวายเรื้อรังระยะ 4 พยาบาลต้องเน้นให้ผู้ป่วยและญาติเห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดการแทรกซ้อนตามมา

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 การวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

9.2 การให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างถูกต้องเพื่อการชะลอความรุนแรงของโรคทั้งด้าน การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ปรับรูปแบบการจัดยาการรับประทานที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การกินยาที่ถูกต้องโดยเฉพาะยาเบาหวานและความดันโลหิตสูงเสนอทางเลือกที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยร่วมออกแบบการออกกำลังกายและสร้างวินัยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลทันที ตลอดจนเลขหมายโทรศัพท์สายด่วน 1669 โดยกิจกรรมการสอนใช้การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเองร่วมกัน

10. การเผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา ได้เผยแพร่ผลงานในรูปแบบ รายงานผู้ป่วยลงในวารสารโรงพยาบาลพิจิตร ปีที่38 ฉบับที่ 2 เดือนมีนาคม – กันยายน 2566

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1. นางสมพิศ แจ่มเงิน สัดส่วนของผลงาน 100%
2.
- 3.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)


(นางสมพิศ แจ่มเงิน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาล)

(วันที่) 10 กรกฎาคม 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสมพิศ แจ่มเงิน	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(นางพรพรรณ สุทธิพงษ์วิจิตร)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 10 กรกฎาคม 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

ลงชื่อ

(นายประทีป จันทรสิงห์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางมูลนาก

(วันที่) 10 กรกฎาคม 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับเว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

.....

1. เรื่องเรื่อง “การพัฒนาระบบติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วม”

2. หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้โดยมีประสิทธิภาพ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพและทำงานล้มเหลวส่งผล เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต หลอดเลือดหัวใจหลอดเลือดสมองรวมถึงเป็นแผลงายหายยาก ขาปลายมือปลายเท้าโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทยที่เอื้อต่อการเกิดโรคการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นสาเหตุนำไปสู่โรคที่มีความรุนแรงอื่นๆ นอกจากนั้นการละเลยต่อการควบคุมโรค เช่น การรักษาไม่สม่ำเสมอ การดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้จ่ายส่งผลให้มีภาวะแทรกซ้อนตามมา ยิ่งทำให้ต้องใช้เวลารักษาต่อเนื่องยาวนาน สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

โรงพยาบาลบางมูลนาก มีผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลได้ ปี 2563- 2565 คิดเป็นร้อยละ 31.34 42.04 39.54 จากข้อมูลพบว่าปี2563 และ 2565 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (เกณฑ์ : มากกว่าร้อยละ 40 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร:ข้อมูล MIS 2565.) โดยมีหลายปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมจากวิถีชีวิตและภาวะเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวยต่อการจัดการอาหารเฉพาะโรคกิจกรรมทางกายไม่เหมาะสมและขาดการออกกำลังกาย เพราะอยู่ในวัยผู้สูงอายุ ส่วนในวัยทำงานที่ไม่ออกกำลังกายนั้น มองว่ามีการออกกำลังกายในชีวิตประจำวันอยู่แล้วและยังพบว่า ความอ้วน การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ รวมไปถึงการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี ที่ผ่านมากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบางมูลนากมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยมีการควบคุมระดับน้ำตาลที่ดี แต่พบว่าเมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานกลับสู่ชุมชน กลับไปมีพฤติกรรมอย่างเดิม และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เกิดภาวะแทรกซ้อนระดับรุนแรง

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบางมูลนาก ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพดังกล่าวควรได้รับการแก้ไข โดยพยาบาลมีบทบาทต่อการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ทั้งการดูแลเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดย ครอบครัว และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมให้เกิดประสิทธิผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต่อไป

3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอแนะ/และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ธรรมชาติของการดำเนินโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลต่อการทำลายอวัยวะเป้าหมายทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆเช่น เบาหวานขึ้นจอตา โรคไตวาย แผลที่เท้าและโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเองในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานหรือฉีดยาควบคุมระดับน้ำตาล เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเห็นว่าการควบคุมโรคมีความซับซ้อนกล่าวคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ โดยไม่สามารถจัดการตนเองในภาวะเจ็บป่วยได้ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลต่อการให้ความช่วยเหลือจึงควรผสมผสานทั้งการแนะนำ สนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการวางแผน ออกแบบสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้ป่วยให้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนให้จัดการดูแลตนเองด้วยตนเอง ควรมีกิจกรรมการติดตามผู้ป่วยเชิงรุก เพื่อเป็นการ

สนับสนุนส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องจนมั่นใจว่า สามารถปรับตัวได้จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้น

ในการพัฒนาระบบติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในระยะต่อเนื่องหลังจำหน่าย พัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการในการดูแลตนเอง และสามารถใช้อย่างเหมาะสมในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม (สภาการพยาบาล, 2551) ซึ่งการดูแลต่อเนื่องเป็นกระบวนการประเมิน วางแผน การประสานความร่วมมือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านจากการดูแลระดับหนึ่งไปยังอีกระดับหนึ่งหรือจากสถานที่หนึ่ง (อรพรรณ โตสิงห์, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับ Bodenheimer, Wagner, & Grumbach (2002) ที่ทำการศึกษาพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิโดยใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า สามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยระดับ HbA1C ต่ำกว่า 8.0 มก./ดล. สามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่าย (Adam, Smith, Allan, Anzueto, Pugh, & Cornell, 2007) การพัฒนาระบบติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วม นำแนวคิดการพัฒนาดังกล่าวข้างต้นมาประยุกต์ใช้ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. จัดประชุมพยาบาลทีมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพ ระดับอำเภอ วิเคราะห์ข้อมูล NCD จาก HDC ของจังหวัดพิจิตร
2. บริหารจัดการข้อมูล ปรับปรุงฐานข้อมูลผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน ข้อมูลถูกต้อง
3. คืบข้อมูลสุขภาพ สถานการณ์โรคเบาหวานให้กับชุมชนทุกพื้นที่
4. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายควบคุมโรคเบาหวานในชุมชน ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข นักบริหาร องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ผู้ป่วยเบาหวานญาติและผู้ดูแล
5. กำหนดแนวทางแนวทางการพัฒนาองค์ความรู้ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน
4. จัดระบบเฝ้าระวังเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน
5. ส่งเสริมความเข้มแข็งของชมรมด้วยกิจกรรม “เพื่อนเยี่ยมเพื่อน”
6. สร้างความต่อเนื่องให้เกิดความตระหนักการดูแลตนเองด้วยของกิจกรรม “เบาหวานสัญจร”
7. กำหนดช่องทางการสื่อสารเพื่อการเข้าถึงที่รวดเร็ว ทางไลน์ ทางโทรศัพท์
8. ประชุมทบทวนแนวปฏิบัติงานเมื่อพบปัญหา รวมแก้ไขปรับปรุงพัฒนางานต่อเนื่อง
9. รวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงาน ติดตาม ประเมินผล
10. วิเคราะห์ผลการพัฒนาและสรุปผลนำเสนอต่อทีมงานและผู้บังคับบัญชา เพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

กล่าวโดยสรุป “การพัฒนาระบบติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วม” มุ่งการประสานความร่วมมือ ค้นหาและส่งเสริมแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อพัฒนาหนุนเสริมให้เกิดคุณภาพการบริการสูงสุดต่อผู้ป่วยเบาหวาน โดยพยาบาลเป็นแกนกลางในการเชื่อมประสานการ จัดบริการทั้งในโรงพยาบาลและต่อเนื่องในชุมชน


4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการแบ่งกลุ่มตามเกณฑ์ การบริหารจัดการระบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยตามความกลุ่มเสี่ยงของจังหวัดพิจิตร
2. ชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานเบื้องต้นได้
3. ผู้ป่วยได้รับการรักษาและส่งต่อตามเกณฑ์ทันเวลา
4. ทีมสหวิชาชีพและทีมชุมชนมีความรู้ความสามารถในการดูแลรักษาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา > 60%
2. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้า > 60%

- 3.ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต > 40%
- 4.อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี >40 mg%
- 5.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน Hypo-Hyperglycemia ของผู้ป่วยเบาหวานลดลง < 2%
- 6.ผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในกลุ่มเสี่ยงระดับรุนแรงได้รับการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทาง 100%

(ลงชื่อ) 

(นางสมพิศ แจ่มเงิน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาล)

(วันที่) 10 กรกฎาคม 2566

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง : กรณีศึกษา
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๒ มีนาคม ๒๕๖๖ - ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๖
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
 ๑. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน
 ๒. ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน
 ๓. ความรู้เรื่องข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน
 ๔. ทฤษฎีทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
 ๕. การเตรียมความรู้ และการปฏิบัติตัวที่ต้องให้กับผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน
 ๖. ความรู้เรื่องเครื่องมือ INHOMESSS ในการเยี่ยมบ้าน
๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus : DM) เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เนื่องจากการขาดฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) หรือการดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลิน เป็นความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม ซึ่งเป็นผลจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่างรวมกัน ส่งผลให้กระบวนการดูดซึมน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงานของเซลล์ในร่างกายมีความผิดปกติหรือทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ จนเกิดน้ำตาลสะสมในเลือดปริมาณมาก หากเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังซึ่งเป็นผลให้มีการทำลายการเสื่อมสมรรถภาพและการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ ตา (retinopathy) ไต (nephropathy) เส้นประสาท (neuropathy) และหลอดเลือดแดงทั้งขนาดเล็ก (microangiopathy) และขนาดใหญ่ (macroangiopathy) โดยสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ มีจำนวน ๕๓๗ ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น ๖๔๓ ล้านคน และ โรคเบาหวานมีส่วนทำให้เกิดการเสียชีวิต สูงถึง ๖.๗ ล้านคน หรือเสียชีวิต ๑ รายในทุก ๆ ๕ วินาที (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๕) จากข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสากเหล็ก ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๓- ๒๕๖๕ มีจำนวน ๑,๑๑๖ ราย ๑,๒๒๘ ราย และ ๑,๐๗๕ รายตามลำดับ และพบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เป็นจำนวน ๔๒๓ ราย, ๕๔๒ ราย และ ๕๔๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๑๓, ๖๔.๒๒ และ ๖๘.๙๕ ตามลำดับ (ข้อมูล MIS สสจ.พิจิตร, ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

ดังนั้นถ้าสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองโดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาควบคุมและการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม สามารถลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โรงพยาบาลสากเหล็ก เปรียบเทียบกรณีศึกษา ๒ ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ทบทวนตำรา เอกสาร งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง การรักษา กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินงาน(ต่อ)

๒. คัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสภากะเหรี่ยง และเข้ารับการรักษาด้วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ที่จะทำการศึกษา จำนวน ๒ ราย รวบรวมข้อมูล อาการสำคัญ ประวัติการรักษาพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบัน รวมไปถึงประวัติครอบครัว ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบ แบบแผนการดำเนินชีวิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์ จากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

๓. ศึกษาค้นหาปัญหาความต้องการ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล และประเมินผล เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย

๔. เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์รูปเล่มส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนการเผยแพร่

เป้าหมายของงาน

๑. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น

๒. ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองหลังกลับไปอยู่ที่บ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

๓. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และเผยแพร่วิชาการความรู้ให้กับกรณีศึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้นำความรู้ไปใช้หรือสามารถนำไปดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ทำการศึกษากรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจำนวน ๒ ราย ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ๑ วัน และ ๒ วัน

เชิงคุณภาพ

๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีปัญหาระดับน้ำตาลในเลือดสูง(hyperglycemia) ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล ปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม

๒. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีปัญหาระดับน้ำตาลในเลือดสูง(hyperglycemia) สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น

๓. ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้และความเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่ สามารถดูแลตนเองได้

๔. การติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นการเสริมพลังและติดตามการดูแลรักษาได้อย่างต่อเนื่อง และพบว่าผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ ความเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่และมีความมั่นใจในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเกิดความพึงพอใจ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

๒. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ร่วมด้วย

๓. เป็นแนวทางการสนับสนุน ส่งเสริมผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๕. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ(ต่อ)

๔. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีภาวะอื่น ๆ

๕. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาพัฒนางานสำหรับผู้สนใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

กรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสูง ทั้ง ๒ ราย นี้เกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับโรคสามารถอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสูงได้ แต่การปรับทัศนคติในการยอมรับอาหารสำหรับโรคเบาหวานและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินเป็นเรื่องที่ยาก และท้าทายสำหรับพยาบาลที่จะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการปรับวิถีชีวิต รวมทั้งต้องมีการใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลเพื่อประเมินผู้ป่วย อย่างครอบคลุม และวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านโดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS เป็นกิจกรรมทางการพยาบาล ในการค้นหาปัญหาผู้ป่วยและประเมินครอบครัวและสร้างสัมพันธภาพระหว่างทีมสุขภาพกับครอบครัวและชุมชน รวมทั้งกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค และความคิดของผู้ป่วยที่มีต่อการดูแลสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยมีความคิดว่าการไม่ได้รับประทานยาหรือฉีดยาอย่างเคร่งครัดมีผลต่อการดำเนินของโรคเพียงเล็กน้อย และขณะขาดยาไม่มีอาการผิดปกติที่รุนแรงเกิดขึ้น จึงไม่ได้มารับยาตรงตามนัด และเนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ชีวิตของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเรียนรู้เรื่องที่จะดูแลตนเองเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ การสอนให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตน เป็นสิ่งหนึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ ดูแลตนเองได้ถูกต้อง ควรสอนให้ผู้ป่วย และครอบครัวเข้าใจถึงลักษณะ และอันตรายของโรค วิธีการควบคุม รักษาโรค การปฏิบัติตนในเรื่องการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การรักษาสุขอนามัยโดยเฉพาะการดูแลเท้า ตลอดจนการประเมินเรื่อง ภาวะการดูแลควบคุมโรคด้วยตนเอง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสามารถเริ่มได้ทันทีที่วินิจฉัยโรคได้ เมื่อผู้ป่วยกลับจากการนอนโรงพยาบาล และมีอาการคงที่ หรือเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจที่คลินิกเบาหวาน ควรประเมินความรู้และความเข้าใจ ของผู้ป่วยทุกครั้งก่อนที่จะให้ข้อมูล การประเมินผู้ป่วยแต่ละราย ควรประเมินทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อให้ทราบปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ถูกต้องและวางแผนในการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และเสริมพลังให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานไว้ในหน่วยงานทุกแผนก เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และสื่อสารทำความเข้าใจให้ผู้เกี่ยวข้องทราบอย่างทั่วถึงและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

๒. มีการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม การเข้าถึงชุมชน การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานให้ประชาชนทั่วไปได้รับทราบ เพื่อการป้องกันและค้นหาผู้ป่วยได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ทำให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตลงได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ(ต่อ)

๓. ควรมีการวางแผนการจำหน่าย โดยประเมินผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การจัดยา รับประทาน การสังเกตอาการผิดปกติ การมาพบแพทย์ตามนัด และเน้นการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลเพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา

๔. ควรมีการอบรมให้ความรู้เรื่องพยาบาลที่ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ให้กับพยาบาลทุกแผนก

๕. มีการระบบติดตามกรณีผู้ป่วยไม่มารับบริการตามนัด ส่งต่อให้สถานพยาบาลในเครือข่าย/นอก เครือข่ายติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่องเนื่องจากตัวผู้ป่วยยังขาด ความรู้ ความเข้าใจในการควบคุมระดับน้ำตาลของตนเอง

๖. ประชาสัมพันธ์ถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ แนะนำและประชาสัมพันธ์ถึงการเข้าถึงระบบ บริการสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความ ไว้วางใจ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน(ถ้ามี)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางเบญจมาศ เอ็มสวัสดิ์ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

๒)สัดส่วนของผลงาน

๓)สัดส่วนของผลงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

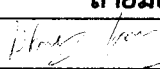
(นางเบญจมาศ เอ็มสวัสดิ์)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๑๐ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางเบญจมาศ เอ็มสวัสดิ์	
-	-

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการคัดกรองจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน

๒. หลักการและเหตุผล

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความชุกของเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามระบบและอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายที่สำคัญ ได้แก่ หลอดเลือดสมอง หัวใจ ตา ไต และเท้า ภาวะแทรกซ้อนจากผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ (hyperglycemia) เบาหวานจึงเป็นโรคที่เหมาะสมที่จะทำการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา (diabetic retinopathy) ซึ่งปัจจุบันมีการคาดการณ์ว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาอยู่ประมาณ ๘๓ ล้านคน และประมาณ ๒๘ ล้านคน เป็นโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาชนิดรุนแรงทำให้เกิดการสูญเสียการมองเห็น พบมากถึงร้อยละ ๓๑.๔ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดฝอยเสื่อมทั่วร่างกายรวมทั้งหลอดเลือดที่จอตาด้วย เลือดและสารต่าง ๆ จะรั่วซึมออกจากหลอดเลือดที่ผิดปกติเหล่านี้และทำให้เกิด ภาวะเบาหวานขึ้นจอตา (diabetic retinopathy, DR) หากโรคลุกลามมากขึ้นจนเกิดการอุดตันของหลอดเลือดจะทำให้เกิดภาวะจอตาขาดเลือดจะกระตุ้นให้เกิดการสร้างหลอดเลือดใหม่ (neovascularization) หลอดเลือดเหล่านี้มีลักษณะเปราะและแตกง่าย ทำให้เกิดเลือดออกในตาและเกิดพังผืดดึงรั้งจอตา ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร

จากสถิติผู้รับบริการโรคเบาหวานมารับบริการตรวจจอประสาทตาที่โรงพยาบาลสากเหล็กในปี พ.ศ. ๒๕๖๓, ๒๕๖๔ และ ๒๕๖๕ มีผู้รับบริการจำนวน ๔๙๐ ราย, ๓๘๔ ราย และ ๔๙๓ ราย ตามลำดับคิดเป็นร้อยละ ๕๕.๘๗, ๔๑.๗๖ และ ๓๘.๔ ตามลำดับ พบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๒๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๕๑ ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๒๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๕๑ และปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๒๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๘๘ เห็นได้ว่าความชุกของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเบาหวานเข้าจอประสาทตามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาเป็นสาเหตุที่สำคัญของการสูญเสียการมองเห็นเป็นอันดับสองรองจากต้อกระจก โดยเฉลี่ยพบว่าโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาเกิดขึ้นประมาณ ร้อยละ ๒๐ ของผู้ป่วยเบาหวาน เดิมการรับบริการตรวจจอประสาทตาจะทำในเฉพาะวันคลินิกเบาหวานที่ผู้ป่วยมารับบริการเท่านั้น ซึ่งเป็นบริการเชิงตั้งรับ ทำให้การเข้าถึงของการรับบริการคัดกรองจอประสาทตา ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีความเฉพาะต่างจากการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคทั่วไปพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานคลินิกเบาหวานจึงต้องมีความชำนาญเฉพาะโรค เพราะนอกจากการรักษาพยาบาลแล้ว พยาบาลวิชาชีพยังต้องเป็นผู้ที่ให้การ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและฟื้นฟูภาวะโรคของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรคได้อย่างเหมาะสมและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้อาการผู้ป่วยแย่ลง พยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพ ขั้นตอนกระบวนการของการคัดกรอง การใช้ข้อมูลตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูล การจัดการในคลินิกเบาหวานอย่างเป็นระบบ ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างเป็นขั้นตอน เหมาะสม การคัดกรองจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นหนึ่งในกระบวนการคัดกรองที่สำคัญ นอกจากการคัดกรองโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ผลทางห้องปฏิบัติการแล้ว เครื่องมือตรวจจอประสาทตา (Fundus camera) เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการคัดกรองวินิจฉัยที่เพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรอง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องและตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นางจิราภรณ์ นิยมะจันทร์)

ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

วันที่ ๑๗ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

ลงชื่อ.....

(นางสาวปัทมกาญจน์ วิเชียรสรรค์)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสากเหล็ก

วันที่ ๑๗ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีการรับรองหนึ่งระดับได้

๒. หลักการและเหตุผล(ต่อ)

ที่มียาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกเบาหวานมีทักษะในการใช้เครื่องมือโดยผ่านการอบรม เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีราคาสูง และมีปริมาณที่จำกัด โดยใช้หมุนเวียนร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลสากเหล็ก, โรงพยาบาลพิจิตร และโรงพยาบาลวังทรายพูน เพื่อให้การดำเนินงานการคัดกรองและการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเป็นไปอย่างทั่วถึง จึงมีการประชุมร่วมกันของสถานบริการสุขภาพในเครือข่ายสุขภาพอำเภอสากเหล็ก เพื่อวางแผนในการจัดการร่วมกัน โดยกำหนดวันและจำนวนของผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการคัดกรองตรวจจอประสาทตาให้ชัดเจน และให้ตรงกับช่วงเวลาเครื่องตรวจจอประสาทตาเวียนมาถึง ซึ่งเป็นการให้บริการเชิงรุกในพื้นที่ เพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วย มีการออกใบนัดหมายล่วงหน้าและติดตามผู้ป่วยเพื่อให้มารับบริการตามกำหนด มีการตรวจสอบจำนวนผู้ป่วยให้รับบริการตามที่นัดหมาย อีกทั้งมีการติดตามเมื่อผู้ป่วยผิดนัดโดยทันทีเพื่อลดโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนในรายที่ไม่ได้ตรวจอาจทำให้เกิดความสูญเสียตามมา การจัดการเชิงระบบในการคัดกรองจอประสาทตาผู้ป่วยเบาหวาน จะทำให้เกิดการพัฒนาและเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย

๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรงพยาบาลสากเหล็กเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก F๓ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสากเหล็ก ให้บริการตรวจรักษาคนไข้เบาหวานในวันจันทร์และพุธ มีทีมดูแลผู้ป่วย คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน, พยาบาลประจำคลินิก ๑ คนและนักวิชาการสาธารณสุข ๑ คน ผู้มารับบริการเฉลี่ย ๕๐ คนต่อวัน มีผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกปี พ.ศ.๒๕๖๕ ทั้งหมด ๑,๐๗๕ คน ดำเนินการตรวจรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ติดตาม วิเคราะห์และประมวลผลระดับน้ำตาลในเลือด ทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด รวมทั้งตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การตรวจคัดกรองจอประสาทตา ตรวจฟัน ตรวจภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และตรวจทำนอกรักษาฟัน ยังมีเครือข่ายบริการคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอสากเหล็ก จำนวน ๖ แห่ง โดยมีพยาบาลประจำคลินิกเป็นผู้รับผิดชอบภายใต้ความดูแลของคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสากเหล็ก

แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของคลินิกสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายต้องได้รับการตรวจคัดกรองจอประสาทตาด้วยเครื่อง Fundus camera อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสากเหล็ก ได้ทำการตรวจคัดกรองจอประสาทตาโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาล และพยาบาลคลินิกเบาหวานประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย จากการวิเคราะห์สถิติผู้รับบริการ พบว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลคลินิกสามารถตรวจคัดกรองผู้ป่วยได้ ๗๐ ราย/วัน เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงการคัดกรองผู้ป่วย จึงมีแนวทางจัดการในการคัดกรองผู้ป่วย แบ่งเป็น ๒ ระยะ ดังนี้ ๑) ระยะก่อนคัดกรอง ดำเนินการโดยพยาบาลคลินิกประจำโรงพยาบาลสากเหล็กสำรวจรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานจากโปรแกรม MIS สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร แยกรายชื่อผู้ป่วยตามสถานบริการในเครือข่าย พร้อมตรวจสอบการหมุนเวียนเครื่องตรวจจอประสาทตา และประชุมวางแผนร่วมกันกับพยาบาลคลินิก เบาหวานในเครือข่ายสาธารณสุขอำเภอสากเหล็ก เพื่อกำหนดวัน เวลา สถานที่การตรวจคัดกรองจอประสาทตา พยาบาลคลินิกเบาหวานแต่ละแห่งตรวจสอบรายชื่อซ้ำ และออกใบนัดล่วงหน้าให้แก่ผู้รับบริการพร้อมขอเบอร์โทรศัพท์เพื่อติดตาม พร้อมให้คำแนะนำถึงความสำคัญในการมารับบริการคัดกรอง เมื่อใกล้ถึง

กำหนดนัดหมาย พยาบาลคลินิกติดตามผู้ป่วยให้มารับบริการให้ตรงตามนัด ๒) ระยะที่คัดกรอง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีซึ่งเป็นพยาบาลคลินิกให้บริการคัดกรองจอประสาทตา ด้วยเครื่อง Fundus camera

๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข(ต่อ)

หลังจากนั้นพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์การตรวจ พร้อมให้คำแนะนำตามระยะผลการตรวจ ซึ่งแบ่งเป็น ๕ ระยะ ได้แก่ ๑) No DR (No diabetic retinopathy) คือไม่มีภาวะแทรกซ้อนเข้าจอประสาทตา

๒) Mild non proliferative diabetic retinopathy คือ ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาที่รุนแรงน้อย

๓) Moderate non- proliferative diabetic retinopathy คือ ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา รุนแรง ปานกลาง

๔) Severe non- proliferative diabetic retinopathy คือภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา รุนแรงมาก

๕) Proliferative diabetic retinopathy คือภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาที่มีเส้นเลือดงอกใหม่ โดยในระยะที่ ๑ และ ๒ ให้คำแนะนำตรวจจอประสาทตา ปีละ ๑ ครั้ง รวมถึงการปฏิบัติตนเองและเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ในระยะที่ ๓, ๔ และ ๕ พยาบาลคลินิกส่งผู้ป่วยเข้าพบแพทย์เพื่อพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยเพื่อพบจักษุแพทย์ทุกราย โดยในผู้ป่วยระยะ ที่ ๓-๕ ทุกรายที่ได้รับการส่งต่อ พยาบาลคลินิกได้มีการลงบันทึกในเวชระเบียนและประสานนักวิชาการคอมพิวเตอร์ลงโปรแกรมแจ้งเตือน (Pop up) พร้อมบันทึกผลตรวจจอประสาทตาในสมุดประจำตัวรายโรคของผู้ป่วยเบาหวาน และมีการติดตามผลการ ส่งต่อ เพื่อวางแผนในการให้การดูแลต่อเนื่อง ในกรณีไม่แน่ใจในการแปลผลการคัดกรอง มีระบบปรึกษาจักษุแพทย์เพื่อยืนยันผลทางแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้ได้ผลการคัดกรองถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

เครื่องมือและบุคลากรเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในกระบวนการคัดกรอง ซึ่งมีความจำกัด การบริหารจัดการจึงมีความจำเป็นเพื่อให้การคัดกรองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การบริการเชิงรุก การคัดกรองผู้ป่วยในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพ ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง อีกทั้งทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนทางตาที่อาจเกิดขึ้นหรือลดความรุนแรงของโรค เพิ่มความครอบคลุม ในการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา และให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ระบบการตรวจคัดกรองจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานมีประสิทธิภาพ
๒. ลดการสูญเสียการมองเห็นในผู้ป่วยเบาหวาน
๓. ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองจอประสาทตา มากกว่าร้อยละ ๘๐
๒. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความผิดปกติของจอประสาทตาได้รับการดูแลรักษา ส่งต่อพบจักษุแพทย์ ต่อเนื่อง ร้อยละ ๑๐๐

ลงชื่อ.....

(นางเบญจมาศ เอ็มสวัสดิ์)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๑๐ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 18 ธันวาคม 2564 ถึง 25 ธันวาคม 2564
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
 - 3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อในกระแสโลหิต
 - 3.2 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสโลหิต
 - 3.3 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก
 - 3.4 การให้ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือดเพื่อเพิ่มความดันโลหิตซึ่งเป็นความเสี่ยงสูง
4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตที่สำคัญที่เกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง จนทำให้เกิดภาวะช็อก (Septic shock) นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ dysfunction) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทั้งหมด ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากอวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลวเนื้อเยื่อต่างๆ ทั่วร่างกายขาดออกซิเจนจนทำให้เสียชีวิตตามมาและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้นอยู่กับอายุ แหล่งการติดเชื้อ ชนิดเชื้อที่เป็นสาเหตุ และสุขภาพเดิมของผู้ป่วย

สมาคมเวชบำบัดวิกฤตทั้งในยุโรปและอเมริกาได้กำหนด Surviving Sepsis Campaign (SSC) ในปี 2004, 2008 และ 2012 และประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลและจัดการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยและเพิ่มความตระหนักของทีมผู้ดูแลถึงความรุนแรง ปรับปรุงการวินิจฉัยและการรักษา มุ่งเน้นการรับรู้อาการของภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตตั้งแต่วัยแรก และมุ่งเน้นกระบวนการจัดการแบบเร่งด่วน มีการกำหนดเป้าหมายของการรักษาในระยะ 6 ชั่วโมงแรก (Early goal direct therapy: EGDT) ได้แก่ การให้ยาปฏิชีวนะ การแก้ไขความบกพร่องของการไหลเวียนโลหิต การควบคุมความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง ความอึดตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย และค่าความดันโลหิตเฉลี่ยให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดสำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ที่น้อยกว่าร้อยละ 30 ในด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้กำหนดตัวชี้วัดการได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะอยู่ที่มากกว่าร้อยละ 90 และได้รับยาปฏิชีวนะหลังการวินิจฉัยโรครภายใน 60 นาทีมากกว่าร้อยละ 90

โรงพยาบาลบางมูลนาก เป็นโรงพยาบาลชุมชน มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อกปีงบประมาณ 2563-2565 จำนวน 222,203 และ 324 มีอัตราการเสียชีวิต 17.6, 27.07 และ 28.83 (เป้าหมาย < 26) ทางโรงพยาบาลได้มีการใช้ Sepsis fast track, Protocol severe sepsis และ Septic shock ตั้งแต่ พ.ศ. 2562 เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งเป็นภาวะที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบอื่นๆ ที่รุนแรง รวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายของรัฐและครอบครัวที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก จึงได้ศึกษาการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยใช้ศาสตร์ทางการแพทย์ซึ่งเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลเพื่อช่วยให้มีการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยมีปลอดภัยและสามารถกลับไปดูแลต่อเองที่บ้านได้

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทยอายุ 72 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพรับจ้างทั่วไป สถานภาพสมรสคู่ น้ำหนัก 40 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 ซม. รับไว้รักษาเมื่อ 18 ธันวาคม 2564 เวลา 02.46น. ด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบ แน่นท้อง 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็น DM มา 7 ปี ผลเลือด HbA_{1c} เมื่อ 17 พฤศจิกายน 2564 ได้ 6.9 mg% เป็น CKD stage 4 และ 1 เดือนก่อนเป็น CVA left hemiplegia bed ridden 7 วันก่อนมาตรวจรักษาด้วยเรื่องสายยางให้อาหารหลุด ญาติป้อนอาหารเองทางปาก มีอาการนอนรำคาญในโรงพยาบาลจำหน่ายไปได้ 2 วัน วินิจฉัยโรค severe sepsis

แรกรับที่แผนกฉุกเฉินเวลา 02.18 น Conscious drowsiness ความดันโลหิต(BP)133/67 mmHg., อุณหภูมิ(T) 40.2 °C , ชีพจร(P) 90 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ(R)32ครั้ง/นาที , O₂sat 84% SOS score 6, Blood lactate 5.8 mmol/L, E4 M5V3 , pupil 2 mm RTLBE , motor Rt grade 2 at least Lt grade 0, rhonchi both lung, on O₂ mask with bag 10 LPM , Load NSS 1000ml.intravenous (IV.)หลัง load NSS 1000mlIV. , U/S IVC CI 41% ญาติแจ้งปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ, DTX stat ได้ 142 mg/dl. keep 80-200 mg/dl. เวลา 03.25 น. ย้ายเข้าหอผู้ป่วย BP 130/59 mmHg., P 96 ครั้ง/นาที R 26ครั้ง/นาที เวลา 03.30 น. ถึงหอผู้ป่วย BP 86/48 mmHg. R 28 ครั้ง/นาที MAP 61 mmHg รายงานแพทย์ ให้ Levophed 8 mg. + 5%D/W 250 ml. 10-50 ml/hr. IV. Keep ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (MAP) ≥ 65 mmHg. เริ่ม 10 ml/hr. ปรับ rate ถึง 30 ml/hr. BP อยู่ระหว่าง 100-80 /70-52 mmHg. ,SOS score แรกรับที่หอผู้ป่วย, ที่ 2 ชม. หลังรับไว้, ที่ 6 ชม.หลังรับไว้, และที่ 24 ชม.หลังรับไว้ได้ 7,7,8 คะแนนตามลำดับ มีแผลกดทับสะโพกซ้าย เกรด 2 ขนาด 2x2 ซม. ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ Braden score ได้ 8 คะแนนอยู่ในเกณฑ์ very high risk, O₂sat 98-100 % , NSS 1000 ml. IV. 80 ml/hr., Fortum 2 gm. IV. stat then ทุก 8 ชั่วโมง, on NG tube , retained Foley catheter, NPO ยกเว้นยา ผลเลือด K 5.5 mmol/L ได้ Kalimate 30 gm. ใส่น้ำ 30 ml. oral q 4 ชั่วโมง 2 dose ผลเลือด Sodium118.5mmol/L,Hct 32 % ,WBC 19,740 cell/cu.mm, neutrophil 77 % , BUN 53 mg/dl ,Cr 3.05 mg/dl, eGFR 19.72 ML/min/1.73m² , F/P ratio 120, Film CXR clear not seen infiltration, Film acute abdomen : no bowel dilate .no free air, Fluid intake =3,857 ml. ,Fluid output = 2,600 ml.

19 ธันวาคม 2564 รู้สึกตัวแขน -ขา 2ข้างอ่อนแรง ยังคง onLevophed 8 mg. + 5%D/W 250 ml. 10-30 ml/hr. Keep MAP ≥ 65 mmHg. จนถึง20.00 น. clamp และoff ในเวลาต่อมา 10.00 น. เปลี่ยน O₂ mask with bag 10 LPM เป็น O₂ canular 3 L/Mให้ยาเดิมรับประทานต่อ Enalapril (20 mg.)1tab oral OD pc., Atovastatin(40 mg.) 1 tab oral Hs ,Risperidone (1 mg.)1tab oral tidpc.,Lorazepam(2 mg.)1tab oral hs, Sod. Valpreate Cr. (50 mg.) 1 tab oral OD ,Omeperazole(20 mg.) 1 tab oral bid ac ลด NSS 1000 ml. IV. เหลือ 60 ml/hr. ส่งปรึกษาโภชนาการ ประเมินภาวะโภชนาการพบภาวะ severe malnutrition ผล NAF ได้ 15 คะแนน เริ่มให้อาหารทางสายยาง BD (1:1) 150 ml 4 มื้อ+น้ำ 50ml, O₂sat 100 % ,BP อยู่ระหว่าง 147-128 /83-65 mmHg. T 37.5 °C,P 74 /min, RR 24 /min, Fluid intake =3740 ml. Fluid output = 2900 ml.

20 ธันวาคม 2564 รู้สึกตัวดีแขน -ขา 2ข้างอ่อนแรง อาการทั่วไปดีขึ้นon NSS 1000ml. 60 ml/hr. IV. เพิ่ม BD (1:2;1) 200ml 4 มื้อ+น้ำ 30ml, off O₂ canula ได้ O₂sat 98-100 % ไม่มีไข้รับอาหารทางสายยางได้ดี Fluid intake =4,150 ml. Fluid output = 2,800 ml. แผลกดทับที่สะโพกซ้ายไม่เพิ่มเกรด

21 ธันวาคม 2564 อาการทั่วไปปกติ ลด NSS 1000 ml. IV. เหลือ 40 ml/hr.CONSLT ภายภาพ ด้วยภาวะแขน -ขา 2ข้างอ่อนแรง จากปัญหา old CVA left hemiplegia เดิม เพิ่ม BD (1:2;1) 250ml 4 มื้อ+น้ำ 30ml. สูตรไต DTX 101 mg/dl สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

22-25 ธันวาคม 2564 อาการทั่วไปปกติ off NSS 1000 ml. IV.เพิ่มBD (1:2;1) 250ml 4 มื้อ+น้ำ 30ml. สูตรไต O₂sat 98-100 % Off Fortum 2 gm. ทุก 8 ชั่วโมงเมื่อครบ 7วัน จำหน่าย 25 ธันวาคม 2564 เวลา 10.00 น.ยังคง On NG tube for feeding และ retained Foley catheter นัด Follow up 5 มกราคม 2565 ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 8 วัน

จากการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโดยการเก็บข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การจัดระบบข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการตอบสนองต่อความต้องการและจำเป็นด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีตามศักยภาพของบุคคล/ครอบครัว ได้รับการประเมินและปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงหลักมนุษยธรรมและยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลผู้ป่วยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้จากการวิจัยมาประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนแก้ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนดแผนการดูแลและมีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะระบบหายใจล้มเหลว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 มีแผลกดทับเกรด 2 จากบ้านและมีโอกาสเกิดแผลกดทับตำแหน่งใหม่หรือแผลกดทับเดิมลูกกลม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการพลัดตกเตียงและตั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการคาสายสวนปัสสาวะ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 มีความไม่สมดุลของภาวะโภชนาการจากการได้รับน้อยกว่าความต้องการของร่างกายจากการเป็นโรคเรื้อรัง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลเรื่องโรคและการเจ็บป่วยเนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤติ

เห็นได้ว่าพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกเริ่มเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติและภาวะแทรกซ้อนจากโรค ขณะรักษาตัว ระยะก่อนจำหน่ายให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติและองค์รวมเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากภาวะความเจ็บป่วยและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนสามารถกลับไปสู่สังคมด้วยคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ จำหน่าย 25 ธันวาคม 2564 รวมระยะเวลาอนพักในโรงพยาบาล 8 วัน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก จำนวน 1 ราย

เชิงคุณภาพ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อกได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมระยะเวลาอนพักในโรงพยาบาล 8 วัน

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อกได้

6.2 เป็นแนวทางในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อกได้

6.3 เป็นประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก

แก่เจ้าหน้าที่พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้ มีทั้งภาวะช็อกจากการติดเชื้อและเสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว ตั้งแต่แรกเริ่มมีการใช้เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย (SIRS) และเมื่อประเมินเข้าเกณฑ์พิจารณารายงานแพทย์เพื่อประเมินซ้ำ หากทราบว่าเป็นโรคติดเชื้อในกระแสเลือดและให้การช่วยเหลือภายใน 1 ชั่วโมง การประเมินและติดตามโดยใช้ SOS score การวินิจฉัยการวางแผนการดูแล การรายงานแพทย์ต้องเป็นไปอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ทันที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ การให้ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือดเพื่อเพิ่มความดันโลหิต การส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ การได้รับยาปฏิชีวนะที่รวดเร็ว เพื่อให้พ้นระยะช็อกอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 การแปลค่าคะแนนอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติด้วย SOS Score (search out severity score) โดยใช้ อุณหภูมิกาย (Temperature) ความดันโลหิตค่าบน (Systolic Blood Pressure) ชีพจร (Pulse) อัตราหายใจ (Respiration rate) ปริมาณปัสสาวะ (Urine output) และระดับความรู้สึกตัวซึ่งแต่ละตัวบ่งชี้ จะมีค่าคะแนน 0-3 คะแนน ต้องใช้การแปลค่าคะแนนแต่ละตัวบ่งชี้แล้วนำคะแนนมารวมกัน ค่าคะแนนยิ่งมาก ยิ่งต้องเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยใกล้ชิด การรวมคะแนนดังกล่าวยังไม่สะดวก ต้องใช้เวลาในการแปลค่าและรวมคะแนน ทำให้เพิ่มภาระงาน

8.2 ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ แขนและขาซ้ายอ่อนแรง มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและไตวายเรื้อรังระยะ 4 พยาบาลต้องเน้นให้ผู้ป่วยและญาติเห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดการแทรกซ้อนตามมา

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 การแปลค่า SOS Score ควรมีเครื่องมือที่สะดวกในการใช้งานเช่น application หรือตารางค่าคะแนนที่เข้าถึงได้ง่าย ไม่เสียเวลาในการค้นหา และควรกำหนดกิจกรรมที่ต้องเฝ้าระวังและดูแลตามค่าคะแนนรวม

9.2 จัดให้ทีมสหสาขาวิชาร่วมกันบูรณาการการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสาน ให้สอดคล้องกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ได้แก่ ด้านยา ด้านอาหาร และด้านการพยาบาล ตลอดจนการส่งต่อการดูแลในชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

10. การเผยแพร่ผลงาน วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2566

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวทัศนีย์ รอดภัย สัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ทัศนีย์ รอดภัย

(นางสาวทัศนีย์ รอดภัย)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาล)

(วันที่) 10 กรกฎาคม 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวทัศนีย์ รอดภัย	ทัศนีย์ รอดภัย

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ ปรพรรณ สุทธิพงษ์วิจิตร

(นางพรพรรณ สุทธิพงษ์วิจิตร)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 10 / กรกฎาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

ลงชื่อ ปรทีป จันทร์สิงห์

(นายประทีป จันทร์สิงห์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางมูลนาก

(วันที่) 10 / กรกฎาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับเว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

1. เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย
2. หลักการและเหตุผล

การให้สารน้ำทางหลอดเลือด เป็นวิธีการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะได้รับ เมื่อผู้ป่วยต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้ที่มีหน้าที่ปฏิบัติกิจกรรมให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายตามแผนการรักษาด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น รักษาภาวะสมดุลของน้ำและสารน้ำในร่างกาย รักษาภาวะสมดุลของความเป็นกรด-ด่างในร่างกาย ให้สารอาหาร วิตามิน และเป็นแหล่งพลังงานแก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ การรักษาภาวะสมดุลและปริมาตรของเลือดและส่วนประกอบของเลือดและเพื่อให้ยาชนิดบางชนิดเข้าทางหลอดเลือดดำ ขั้นตอนสำคัญคือ การใช้เข็มแทงที่ผิวหนังเข้าไปถึงเส้นเลือดดำ ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ ตั้งแต่การหาตำแหน่งและเส้นเลือดที่เหมาะสมในการแทงเข็ม และขั้นตอนการแทงเข็มไปยังเส้นเลือดที่ต้องการ ประกอบกับผู้ป่วยที่มาใช้บริการส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง และรับการรักษามาแล้วระยะเวลาหนึ่ง กลุ่มผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเปิดหลอดเลือดดำส่วนปลายมากขึ้น ทั้งจากสภาพหลอดเลือด อายุ ตัวโรคโดยตรงหรือจากการรักษา ขณะเดียวกันการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ก็เป็นช่องทางให้เชื้อโรคเข้าสู่กระแสเลือดและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือหลอดเลือดดำอักเสบ หากเกิดการอักเสบของหลอดเลือดจะไม่สามารถให้สารน้ำหรือยาได้

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบางมูลนาก ได้ตระหนักถึงภาวะไม่พึงประสงค์ดังกล่าวเช่นกัน จึงได้กำหนดอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในด้านความปลอดภัยและคุณภาพการพยาบาล จากการติดตามตัวชี้วัดพบว่าอัตราการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ปี 2563 - 2565 เท่ากับ 6, 5, 17 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 0.44 , 0.33 และ 0.85 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน) ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ประกอบกับปัจจุบันข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์มีความก้าวหน้าขึ้นมาก จึงเห็นสมควรที่จะต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การบริการสุขภาพในปัจจุบัน เป็นการบริการที่มุ่งเน้นคุณภาพมาตรฐานและความปลอดภัยของผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพ ลดความเจ็บปวด ลดภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการพยาบาล ผู้เสนอแนวคิดจึงศึกษา เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ประกอบด้วย

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ที่จัดทำโดยองค์กรที่มีหน้าที่ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้แก่ ศูนย์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อคือ CDC (the center for disease Control and prevention) แล ะ HICPAC(The health care Infection control Practice advisory committee) ซึ่งโรงพยาบาลและหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนอันไม่พึงประสงค์จากการให้สารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดดำ แนวปฏิบัตินี้ CDC จะมีการทบทวนและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์(evidence based practice) เพื่อให้สอดคล้องกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและสถานการณ์ปัจจุบัน ประกอบด้วย

1. การให้ความรู้และฝึกอบรมบุคลากร
2. การเลือกขนาดของเข็มและตำแหน่งที่แทงเข็ม
3. การล้างมือและการใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ
4. การเตรียมผิวหนังที่จะแทง
5. การยึดเข็มกับผิวหนัง

6. การทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่แทงเข็ม
 7. การเปลี่ยนตำแหน่งที่แทงเข็มและชุดให้สารน้ำ
 8. การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ
- 1) ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน
 - 2) ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายลดลง
 - 3) พยาบาลมีสมรรถนะในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายแก่ผู้ป่วย
 - 4) ช่วยลดต้นทุนและค่าใช้จ่ายในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย
5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ
- 1) อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบและการรั่วซึมของสารน้ำ $\leq 0.5 \%$
 - 2) พยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย $\geq 85 \%$
 - 3) อัตราความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของผู้ป่วย / ญาติ / ผู้ดูแล $\geq 80 \%$

(ลงชื่อ) *ทัศนีย์ รอดภัย*

(นางสาวทัศนีย์ รอดภัย)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่) 10 กรกฎาคม 2566

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๕ - ๒๔ มกราคม ๒๕๖๕ และ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ - ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕
๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
 - ๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - ๓.๒ แนวคิดกระบวนการพยาบาล
 - ๓.๓ การวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - ๓.๔ การเตรียมความรู้ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน
๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยจัดได้ว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลกและในประเทศไทย โดยพบว่าทั่วโลกมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่เสียชีวิตด้วย โรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรียรวมกัน โดยทั้ง ๓ โรคดังกล่าวถูกตั้งเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จทางด้านนโยบายสาธารณสุขแต่โรคหลอดเลือดสมองที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงและมีอัตราผู้พิการหลงเหลือสูง ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศและของโลก โดยเมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลโดยอมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและสูญเสียความสามารถทางด้านร่างกาย ซึ่งความพิการที่พบได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก การเคลื่อนไหวลำบาก สูญเสียการทรงตัว พุดไม่ชัด การกลืนอาหารลำบาก มีความบกพร่องทางความรู้สึกนึกคิด สภาพจิตใจและอารมณ์ไม่ปกติ สูญเสียการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ และเมื่อเจ็บป่วยนานๆอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การเกิดแผลกดทับ การยึดติดของขอตต่างๆ กล้ามเนื้อเหนียวลีบ มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ กระดูกโปร่งบาง เป็นต้น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม เพราะค่าใช้จ่ายในการรักษาตองสูงมากขึ้น เนื่องจากความพิการดังกล่าวส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลรักษาพยาบาล ควรศึกษาเกี่ยวกับรายละเอียดของโรค พยาธิสภาพ หลักการรักษาพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยโดยมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเองก็จะต้องมีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลังได้

โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน เป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับสองและการพิการเป็นอันดับสามทั่วโลก จากการสำรวจ จำนวนผู้ป่วย stroke ของโรงพยาบาลวังทรายพูน นั้นมีจำนวนผู้ป่วย ป่วยเป็น Stroke และมีการกลับมาตรวจซ้ำ แยกตามรายปี ๒๕๖๓ , ๒๕๖๔ และ ๒๕๖๕ ดังนี้ ๔๔ , ๗๖ และ ๗๓ คน ตามลำดับ และเมื่อเทียบจำนวนผู้ป่วยกับการกลับมาตรวจซ้ำคิดออกมาเป็นเปอร์เซ็นต์แยกตามรายปีได้ ดังนี้ ๗๔% , ๙๔.๕% และ ๙๗% ตามลำดับ ซึ่งจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นนั้นร่วมกับการกลับมาเป็นซ้ำที่มากขึ้น ทำให้มีความสนใจในการศึกษาค้นคว้าในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง การดูแลตนเองเมื่อป่วย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนถึงชีวิต และเกิดความพิการได้

ดังนั้นการให้การพยาบาลที่มีมาตรฐานทางการพยาบาล ทีมบุคลากรทางพยาบาลจะต้องตระหนัก และให้ความสำคัญอย่างยิ่ง และให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนถึงชีวิต และเกิดความพิการให้น้อยลงที่สุด

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ศึกษาค้นคว้าเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
๒. เลือกกรณีศึกษาจำนวน ๒ กรณีศึกษา
๓. ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบ เพื่อวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับโรค และจัดลำดับตามความสำคัญของปัญหาอย่างเหมาะสม

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. ประเมินผลการพยาบาล

๕. วางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องต่อผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน

เป้าหมายของงาน

๑. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
๒. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
๓. เพื่อเผยแพร่วิชาการความรู้ เป็นรายการณศึกษาเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีความสนใจ ได้นำความรู้

ไปใช้หรือสามารถนำไปดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและให้การรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม รวดเร็ว และผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

๕. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ทำศึกษารายการณศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๒ ราย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในการนอนโรงพยาบาลเป็นเวลา ๗ -๑๐ วัน

เชิงคุณภาพ

๑. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล ปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน
๒. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่ สามารถดูแลตนเองได้
๓. หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านไปและนัดตรวจอาการซ้ำไม่พบภาวะแทรกซ้อน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. สามารถนำไปปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
๒. เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรฐานการพยาบาล เพื่อดูแลผู้ป่วยที่โรคหลอดเลือดสมองให้เป็นไปตามกระบวนการพยาบาล
๓. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
๔. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาพัฒนางานสำหรับผู้ที่สนใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

กรณีศึกษารายที่ ๑ เกิดโรคหลอดเลือดทางสมองเนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นจิตเภท ร่วมกับไม่มีบุคคลดูแลผู้ป่วย ทำให้การเข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง เกิดการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงไม่สม่ำเสมอ และเพื่อให้การพยาบาลอย่างถูกต้อง เหมาะสม และได้รับการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพจึงได้มุ่งเน้นให้ญาติและผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อลดอัตราการเกิดทุพพลภาพและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตประจำวันเองให้ได้มากที่สุด

กรณีศึกษารายที่ ๒ เกิดจากการมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงรับประทานยาสม่ำเสมอ ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ ควบคุมได้ดี แต่มีการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นได้เนื่องจากอายุมากกว่า ๖๕ ปี และมีค่า BMI ที่สูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร่วมกับไม่สามารถควบคุมระดับของไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ในช่วง ๖ เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยรายที่ ๒ นี้มีค่า LDL อยู่ในช่วง ๒๐๐ - ๒๕๐ mg/dL การที่อายุมากขึ้นหลอดเลือดจะมีการแข็งตัวมากขึ้น ร่วมกับไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวและภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นผลให้มีไขมันเกาะหนาตัวทำให้เลือดไหลผ่านได้ลำบากมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองได้ง่าย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การรวบรวมประวัติผู้ป่วย เป็นไปอย่างยุ่งยาก ซ้ำซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยจิตเภท การซักประวัติไม่สามารถดำเนินการได้ ต้องอาศัยข้อมูลจากผู้ดูแลและผู้ดูแลไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้ไม่ทราบระยะเวลาที่เกิดอาการของโรคอย่างชัดเจน

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. จัดให้บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการทบทวนเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง
๒. เจ้าหน้าที่พยาบาลต้องมีความรู้ ความชำนาญ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
๓. เจ้าหน้าที่สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยการซักประวัติการตรวจร่างกาย การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale) และ Motor power อย่างถูกต้องและแม่นยำ ความเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย
๔. เจ้าหน้าที่พยาบาลควรต้องให้ข้อมูลข่าวสาร แผนการรักษาการดำเนินของโรคให้ญาติทราบเป็นระยะๆ เพื่อคลายความกังวลของญาติ
๕. เสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วยและญาติมีความเชื่อมั่นในตนเอง ในการฝึกกายภาพบำบัดเป็นประจำ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

- วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

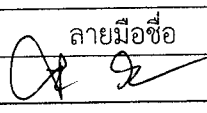
- นางสมพิศ วิริยม สักส่วนของผลงานร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นางสมพิศ วิริยม)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันที่ ๑๑ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖
ผู้ขอประเมิน

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสมพิศ วิริยม	
-	-
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นายประทีป จันทร์สิงห์)

ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม) รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังทรายพูน
วันที่ ๑๑ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
ระดับชำนาญการพิเศษ(ด้านการพยาบาล)**

๑. เรื่อง อสม.บัดดีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๒. หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับต้นๆ ของประชากร ทั่วโลก และในประเทศไทย และยังส่งผลให้ผู้รอดชีวิต ต้องประสบกับความทุพพลภาพ จากความพิการ ทุพพลภาพ ก่อให้เกิดการพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองจะต้องได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยวัดจากการประเมินโดยใช้เครื่องมือ Barthel ADL index เป็นแบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ ๒๐ แต่ด้วยความเป็นโรคที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาวนั้น อาจทำให้ผู้ป่วยถูกละเลย ไม่มีการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลให้คะแนน < ๕ คะแนน นั้นบ่งบอกว่าผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ หรืออาจเกิดความอันตรายถึงชีวิตได้

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดีที่สุดคือการป้องกันไม่ให้เกิดโรค ซึ่งการป้องกันไม่ให้เกิดโรคคือการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ให้เหลือน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ในกรณีผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำ รวมถึงการฟื้นฟูภาวะอัมพฤกษ์อัมพาต ถือเป็นสิ่งสำคัญ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคหลอดเลือดสมองนั้นเป็นโรคที่ต้องมีการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ทำให้เกิดปัญหาความ ต้องการการดูแลของผู้ป่วยหรือภาระงาน ที่ญาติผู้ดูแล ต้องทำให้กับผู้ป่วย ดังที่กล่าวมาข้างต้นประกอบกับงานและ ชีวิตส่วนตัวของญาติผู้ดูแลที่มีอยู่เดิมอีกทั้งในช่วงแรก ของการเข้ารับบทบาทญาติผู้ดูแลใช้เวลาในการปรับตัว อาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน และขาดความพร้อมในการดูแล มีผลทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด และมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและ จิตใจ รวมถึงความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิต ของญาติผู้ดูแลอาจลดลงได้ จากปัญหาดังกล่าวนั้นจึงได้มีแนวคิดในการจัดตั้งทีมอสม.บัดดีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเข้าไปช่วยเหลือและเสริมสร้างความมั่นใจให้กับญาติ และยังสามารถเข้าไปส่งเสริมให้ ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อช่วยกระตุ้นการฟื้นตัวของสมองทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ พึ่งพาผู้อื่นน้อยลง ลดภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล ลดความเครียด วิตกกังวล และช่วยส่งเสริมให้ญาติ ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๔ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๒ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติมีความรู้ในการดูแลและปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสมโดยมี ทีมอสม.บัดดีผู้ช่วยโรคหลอดเลือดสมองช่วยดูแลอย่างต่อเนื่อง

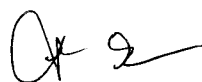
๔.๓ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง พึ่งพาลดลง

๔.๔ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายต้องมีคะแนน Barthel ADL index มากกว่า ๑๒ คะแนน

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน ระดับชำนาญการพิเศษ(ด้านการพยาบาล) (ต่อ)

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๕.๑. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลและการฟื้นฟูในระยะกลาง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพทุกราย ร้อยละ ๑๐๐
- ๕.๒. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลและปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ร้อยละ ๑๐๐
- ๕.๓. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ ๘๐
- ๕.๔. ผู้ป่วยและญาติมีทีมอสม. บัดดี้โรคหลอดเลือดสมองดูแลอย่างต่อเนื่องทุกราย ร้อยละ ๑๐๐
- ๕.๕. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนน Barthel ADL index มากกว่า ๑๒ คะแนน ร้อยละ ๑๐๐

ลงชื่อ.....


(นางสมพิศ วิริยม)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 วันที่ ๑๑ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖
 ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) ในระยะวางแผนการจำหน่าย และดูแลต่อเนื่องที่บ้าน:กรณีศึกษา

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือน กรกฎาคม ๒๕๖๕ - พฤษภาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

จากประสบการณ์การดูแลประชาชนในชุมชน พบว่า ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมักเกิดจากโรคทางสมองหนึ่งในนั้นคือโรคหลอดเลือดสมองตีบซึ่งมักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เริ่มตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ แนวโน้มกลุ่มวัยผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นลำดับจนปี ๒๕๖๒ อำเภอสะพานหินเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์แบบ ปัจจุบันปี ๒๕๖๖ จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ ๒๓ ของประชากรทั้งหมดทุกกลุ่มวัยโดยลักษณะเฉพาะของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงต่างๆทั้งความถดถอยของร่างกายที่เกิดจากความเสื่อมรวมถึงการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังและอื่น ๆ อีกมากมายเช่นภาวะหลอดเลือดสมองตีบจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการทำงานที่จะรองรับความเปลี่ยนแปลงนี้การดูแลผู้สูงอายุเริ่มตั้งแต่วางแผนคัดกรองสุขภาพประจำปีเพื่อค้นหาความเสี่ยงนำมาแบ่งกลุ่มดีกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยและประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) แบ่งตามระดับคะแนน (๐ - ๔ คะแนน) เป็นกลุ่มติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ต้องมีผู้ดูแลทั้งหมด(๕- ๑๑ คะแนน) กลุ่มติดบ้านช่วยเหลือตัวเองได้น้อยต้องมีผู้ดูแล (๑๒ - ๒๐คะแนน) กลุ่มติดสังคมสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี

จากการเป็นพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Care manager) ได้จัดทำโครงการการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเทศบาลเมืองสะพานหิน มีการจัดทำแผนการเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิการติดบ้านติดเตียง (Care Plan) รายบุคคลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ติดตามเยี่ยมจากการติดตามการทำงานในชุมชนและประเมินผลงาน ปัญหาที่มักพบได้บ่อยจากการเยี่ยมผู้ป่วยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยติดเตียงประเด็นสำคัญเกิดจากโรคหลอดเลือดสมองซึ่งพบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในหลอดเลือด ถ้าประชาชนหรือผู้สูงอายุและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคนี้เป็นอย่างดีจะสามารถเข้าถึงการรักษาได้รวดเร็ว รู้เร็วรักษาเร็วและมีการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่เหมาะสมจะช่วยให้หลุดพ้นจากภาวะทุพพลภาพได้และจากข้อมูลพบว่า โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสะพานหิน มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับในการดูแลของศูนย์ CoC เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕ เท่ากับร้อยละ ๔.๗๑(๘/๑๗๐ราย), ๕.๙๕(๑๑/๑๘๕ ราย), ๖.๕๖(๑๓/๑๙๘ ราย) และ ร้อยละ ๖.๘๕ (๑๐/๑๔๖ราย)ตามลำดับการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหลังความเจ็บป่วย(Post Stroke) แล้วผู้ป่วยจะยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ มีคุณภาพชีวิตที่ลดลงมาก ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ข้าพเจ้าจึงสนใจที่ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ:รายกรณีศึกษา ในครั้งนี้

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ เลือกรณีศึกษาจากผู้มาใช้บริการตีผู้ป่วย ๑ ที่รับเข้าดูแลในศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC : Continuity of Care) กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรวม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสะพานหิน อำเภอสะพานหิน จังหวัดพิจิตร ในช่วงเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๕ - พฤษภาคม ๒๕๖๖ ผู้ศึกษาเข้าไปดูแลผู้ป่วยในช่วงการวางแผนจำหน่าย (Discharge Plan) ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหา ความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Patterns) เพื่อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

๔.๒ เก็บรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบันและประวัติโดยรวมด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยที่เลือก เป็นกรณีศึกษา ผู้ศึกษาได้มีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตรวจร่างกาย การซักประวัติและการศึกษาจากเอกสาร จนได้ประวัติครบถ้วนตามที่ต้องการ

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ

หญิงไทยหม้ายอายุ ๘๖ ปี จบชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔ ไม่ได้ประกอบอาชีพ การวินิจฉัยโรค Ischemic stroke with Urinary Tract Infection with Sepsis วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ๑๑ มกราคม ๒๕๖๒ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๖๒ รวมนอนโรงพยาบาล ๑๐ วัน

อาการสำคัญ มาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้หนาวสั่น ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม ๒ วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ญาติให้ประวัติว่า ๓ ก่อนมารพ.สังเกตเห็นว่ามีปัสสาวะสีเหลืองเข้ม คิดว่าให้น้ำน้อย จึงเพิ่มน้ำให้ทางสายยาง ๒ วันก่อนมาผู้ป่วยมีไข้สูงหนาวสั่นจึงพาไปโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมา ๑๕ ปี รับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน รับประทานยาลดความดันที่บ้านกับสามี ๒ คน ช่วงอายุ ๗๕-๘๐ ปี สามีซึ่งป่วยด้วยโรคเบาหวาน และมีภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยมีภาวะเครียดประหม่น (๒Q Positive) และ วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑ มีอาการชามือเท้าข้างซ้าย ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด แพทย์วินิจฉัย Ischemic stroke รักษาที่รพ. ๒๔ วัน ได้รับการเจาะคอ on T.T -Tube และจำหน่ายให้ศูนย์ดูแลต่อเนื่องดูแลที่บ้าน โดยมีบุตรสาวและหลานชายเป็นผู้ดูแลหลัก (สามีเสียชีวิต ปี ๒๕๖๒)

อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัว ไข้หนาวสั่น เสมหะเหนียวข้น เหนื่อยเล็กน้อย on TT-Tube พูดไม่ได้ สื่อสารรู้เรื่อง ADL= ๐ ขับถ่ายเองทางแพมเพริส สัญญาณชีพแรกเริ่ม BP ๙๐/๖๐ mmHg. T ๓๙.๘ °C pulse ๙๖ ครั้ง/นาที RR=๒๘ ครั้ง/นาที O_๒ sat. ๘๙ % แพทย์วินิจฉัยโรค Sepsis R/O pneumonia Underline Old CVA bed ridden HT,DLP สั่งทำ CXR ผลปกติ Retain Foley Cath และรับการรักษาในตึกผู้ป่วย ๑

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ **Electrolyte** Potassium = ๓.๑๐ (ค่าปกติ ๓.๕๐-๕.๑๐ mmol/L) U/A พบ Character = Cloudy (ค่าปกติ clear) WBC=๔ -๕ (ค่าปกติ ๐-๓ Cells/HPF) Sputum : gram Positive bacilli U/C ครั้งที่ ๑ พบ Klebsiella Pneumoniae U/C ครั้งที่ ๒ พบ Proteus Vulgaris

การรักษาที่ได้รับเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการติดเชื้องูทางเดินปัสสาวะและในกระแสเลือด ให้ ๐.๙ % NSS ๑,๐๐๐ ml V load then V rate ๖๐ ml/hr Keep. BP>๙๐-๖๐ mmHg -On collar mask ๑๐ LPM Keep SpO_๒ ≥ ๙๕% -Berodual ๑ NB q ๖ hr with prn with Suction secretion -Keep SpO_๒ ≥ ๙๕% -NPO เว้นยา Med Ceftriaxone ๒ gm V OD Para (๕๐๐) ๑ tub prn ทุก ๔-๖ ชั่วโมง record VIS, I/O อาการเริ่มดีขึ้นในวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๒ มีไข้ต่ำๆ ยังมีอาการเหนื่อย off ยาฉีดเปลี่ยนเป็น -Cetirizine Z๑๐X ๑xhs และเริ่มให้อาหารทางสายยาง-BD (๑:๑) ๒๕๐ ml x ๔ Feed + น้ำ ตาม ๕๐ml / Feed Flumucil ๑x๓ pc และมีอาการดีขึ้น วันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๒ ไม่มีไข้ ไม่เหนื่อย off O_๒ ได้รับการวางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และจำหน่ายวันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๖๒ ๒๑ มกราคม ๒๕๖๒ เปลี่ยนสาย foley cath และเปลี่ยน NG tube ก่อน D/C F/U ๑ เดือน ยาที่บ้าน ได้แก่ The philline (๒๐๐) ๑x๒ pc, -ASA (๘๑) ๑x๑ pc, -Simvastatin (๒๐) ๑x hs, -Amlodipine (๑๐) ๑x๑ pc, -Carvedilol (๖.๑๕) x ๒ pc, -Ativan (๐.๕) ๑xhs, -Seroquel ๑/๒ x hs, -Glyceryl ๑x๓ pc, -Berodual ๑ NB prn เวลาหอบ -Lactulose ๓๐ ml hs x ๒ ขวด

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis)

- ระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย (discharge planning) พบว่า ญาติผู้ดูแลบกพร่องความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้านเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D บุตรสาว ผู้ดูแล วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการการดำเนินของ โรควิธีการดูแลต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพที่บ้าน

- ระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (continuing of care) พบว่า ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด/ โอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร หรือการทำความสะอาด เนื่องจากผู้ป่วยเจาะคอ มี On TT tube เสมหะเหนียวข้นและขับออกเองได้ไม่หมด ประกอบกับการเคลื่อนไหวบกพร่องเนื่องจาก ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุติดเตียง(ADL=๐) และกลืนเนื้อแข็งอ่อนแรงทั้ง ๒ ข้าง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติด กลืนเนื้อลีบ จากภาวะกลืนเนื้ออ่อนแรง ไม่สามารถยกขยับแขนขาได้ เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากมี ข้อจำกัดเรื่องการเคลื่อนไหว มีภาวะท้องผูกเนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง

ผู้ศึกษาดำเนินการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลจำนวน ๒ ครั้งและเยี่ยมบ้านจำนวน ๓ ครั้งจนผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการดูแลตนเองได้

เห็นได้ว่าพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วย ฟื้นฟูภาวะแทรกซ้อนจากโรคระยะก่อนจำหน่ายให้ครอบคลุมทั้ง ๔ มิติและองค์รวมเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากภาวะ ความเจ็บป่วยและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนสามารถกลับไปสู่สังคมด้วยคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ จำหน่าย ๒๑ มกราคม ๒๕๖๖ รวมนอนโรงพยาบาล ๑๐ วัน

๕. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) ในระยะวางแผน จำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน ๑ ราย

๕.๒ เชิงคุณภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) ในระยะวางแผนจำหน่ายและดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากกรณีศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้อย่างต่อเนื่องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นแผลกด ทับที่มักเกิดกับผู้ป่วยติดเตียงเป็นเวลานานๆโดยการสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องในชุมชนของพยาบาล (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) รวมถึงทีมหมอบรรเทาซึ่งเป็นที่สหสาขาวิชาชีพติดตามดูแลอย่างเป็น ระบบต่อเนื่องในชุมชนส่งผลดีต่อผู้ป่วยและญาติ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ(Ischemic stroke) ในระยะวางแผน จำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้

๖.๒ เป็นแนวทางในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ(Ischemic stroke) ในระยะวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้

๖.๓ เป็นประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) ในระยะวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้านแก่เจ้าหน้าที่พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข นักศึกษาพยาบาล นักศึกษาสาธารณสุขชุมชน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๖.๔ นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่มีปัญหาติดบ้านติดเตียงโดยจัดทำแผนการเยี่ยมรายบุคคล (Care Plan) ที่พยาบาลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ในระบบการให้บริการซึ่งผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ๗๐ ชั่วโมงและมาปฏิบัติงานเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านต่อเนื่อง หลังจากนั้นแต่ละปีมีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Plan) จัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับความรู้มีความมั่นใจและมีความสุข ความภูมิใจที่ได้ทำงานช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงต้องได้รับความช่วยเหลือ ระบบการดูแลผู้สูงอายุมีการพัฒนาให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุขสามารถติดต่อผ่านพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ สามารถส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา แก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

จากพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองตีบอันนำไปสู่การขาดเลือดไปเลี้ยงสมองเกิดภาวะสมองตาย ส่งผลให้ร่างกายเกิดความผิดปกติในด้านการรับรู้สติปัญญา ปัญหาด้านการพูดและการสื่อสารความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง การกลืนลำบาก การฟื้นฟูสภาพ จำเป็นต้องใช้ผู้ดูแลที่มีความรู้ความชำนาญอย่างต่อเนื่องหากได้รับการดูแลรักษาไม่ดีย่อมก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้ เช่น การเกิดแผลกดทับ อุบัติเหตุ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ การสำลักอาหาร เกิดภาวะปอดบวมตามมาได้ เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ในการดูแลเพิ่มขึ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น พยาบาลมีบทบาทอย่างมากในการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของ โรคให้ผู้ป่วยและญาติทราบ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการรักษาตนเองที่ถูกต้อง เป็นผู้ที่มีบทบาทอย่างมากในการดูแลให้กำลังใจผู้ป่วย การดูแลฟื้นฟูสภาพ ให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้สามารถประกอบกิจกรรมได้ตามปกติอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข ไม่เป็นภาระกับสังคมในโอกาสต่อไป การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) ในระยะวางแผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน : กรณีศึกษาฉบับนี้จึงนับว่าสำคัญมากในการช่วยให้พยาบาล หรือผู้ดูแลผู้ป่วยใช้ประกอบการศึกษาหาความรู้ในการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ(Ischemic stroke) ให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ในโอกาสต่อไป

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ดูแลผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเตียง การจัดทำผู้ป่วยขณะป้อนอาหาร การกระตุ้นการกลืน เพื่อป้องกันการสำลักซึ่งได้ประสานนักกิจกรรมบำบัด ออกไปเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อสอนเทคนิคการกลืนจนผู้ดูแลสามารถทำได้ อีกทั้งผู้ดูแลขาดความไว้วางใจผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ที่จัดให้ไปเยี่ยมผู้ป่วยตามแผนการเยี่ยมรายบุคคล(Care Plan) ดังนั้นพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ(Care Manager)ต้องสร้างความมั่นใจจนเกิดการยอมรับและมีการติดตามประเมินเป็นระยะ

๙. ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี จึงมีโอกาที่จะเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุตามมา ควรมีการพัฒนาบุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุและจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีการฝึกอบรมให้ครบ ๔๒๐ ชั่วโมง และเพิ่มรายใหม่อบรม ๗๐ ชั่วโมงให้เพียงพอเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนภายใต้การดูแลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนต่อไป

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างดำเนินการ

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) หากผู้ขอประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียวให้ระบุชื่อและสัดส่วน

ผลงาน ๑๐๐%

- นางสาวรี หวังประเสริฐ สัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ


(ลงชื่อ).....

(นางสาวรี หวังประเสริฐ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๒ / กรกฎาคม / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
นางสาวรี หวังประเสริฐ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวกัญญา ป็อกหลง)

(ตำแหน่ง)พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๑๒ / กรกฎาคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายกิตติโชติ ตั้งกิตติถาวร)

(ตำแหน่ง)ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

(วันที่) ๑๓ / กรกฎาคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

**แบบการเสนอข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
ระดับชำนาญการพิเศษ**

๑. เรื่อง พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE)

๒. หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกมานานหลายสิบปีรวมถึงในประเทศไทย การควบคุมภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรคมีความสำคัญอย่างยิ่ง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนปัจจุบันหลักฐานเชิงประจักษ์จากนานาประเทศ แสดงให้เห็นว่า การจัดการตนเอง เป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมและการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและมีความสามารถในการจัดการกับภาวะ สุขภาพที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลโดยตรงต่อการฟื้นฟูสภาพการลดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และการเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้พยาบาลวิชาชีพผู้ซึ่งเป็นบุคลากร สุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีส่วน สำคัญในการส่งเสริม การจัดการตนเองในผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวความคิดการจัดการ ตนเอง การประยุกต์ใช้วิธีการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ตลอดจนเสนอแนะบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองจากการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อันประกอบด้วย

๑) การให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง และหลักการการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

๒) การใช้ เทคนิคสร้างแรงจูงใจ และให้แรงเสริมทางบวกแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

๓) การเสริมแรง สนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

๔) การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว

๕) การฝึกทักษะ ต่างๆที่จำเป็นต่อการจัดการตนเองและ

๖) การสร้างสัมพันธภาพและประสานความร่วมมือ กับผู้ป่วยและครอบครัว

รวมถึงข้อเสนอแนะ

- นำการจัดการตนเองไปใช้ในองค์กร สุขภาพ สำหรับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีคุณภาพในประเทศไทย

- จัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) ในระยะวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นปัญหา สาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก รายงานจากองค์การอนามัยโลก (WorldHealth Organization:WHO) และองค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO) พบว่าปัจจุบันประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรค หลอดเลือดสมองถึง ๑๗ ล้านคนเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ ๖.๕ ล้านคนรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (stroke survivors) ๒๖ ล้านคน และ พิจารณารายงาน ๕ ล้านคน ส่งผลกระทบโดยตรง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้าน

ร่างกายจิตใจสังคม รวมถึงความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ โดยก่อให้เกิด การสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life years: DALYs) ของประชากรทั่วโลกถึง ๔๔ ล้านปีอีกทั้งยัง พบว่าเป็นโรคที่สามารถเกิดได้กับประชากรทุกเพศและ ทุกวัยโดยในทุกๆ๒ วินาที จะมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้เพิ่มขึ้น หนึ่งรายและทุก๖วินาทีจะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นหนึ่งราย และมีคุณภาพชีวิตลดลงอีกหนึ่งราย ๒ โรคนี้จึงถูกขนาน นามว่าเพชรฆาตเงียบ (silent killer) ซึ่งแสดงให้เห็น ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยร้ายที่กำลังคุกคาม ประชากรทั่วโลก

แนวคิดสำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับต้น ๆ ของประเทศ รายงานล่าสุดจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ระบุว่า ในปีพ.ศ. ๒๕๕๘ โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๑ ของประชากรไทยทั้งในเพศ ชายและเพศหญิง ๓ และจากรายงานของสำนักงานนโยบาย และยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อ ประชากร ๑ แสนคน ระหว่างปี พ.ศ.๒๕๕๗ - ๒๕๕๙ คือ ๓๘.๖๓, ๔๓.๒๘ และ ๔๓.๕๔ ตามลำดับ ๔ ซึ่งบ่งบอกถึงแนวโน้ม อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นทุกปีเมื่อเทียบกับโรคเบาหวานและโรคหัวใจ ขาดเลือดแล้วพบว่า มีอัตราการตายมากกว่าถึง ๑.๕ - ๒ เท่าตัว ซึ่งข้อมูลจากสำนักงานพัฒนานโยบาย สุขภาพระหว่างประเทศมีการศึกษาแนวโน้มและคาด การณ์ว่า จะต้องเสียค่ารักษาพยาบาล ๒๐,๖๓๒ ล้าน บาท/ปี๕ โรคหลอดเลือดสมอง จึงถือเป็นปัญหา สุขภาพที่สำคัญสำหรับประเทศไทย


ข้อเสนอแนะ แม้ว่าประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จะให้ความสำคัญและร่วมมือกันในการควบคุมและ ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งมีการรณรงค์ ให้ประชาชน ครอบครัวยุวมชนรวมทั้งภาครัฐ มีความตระหนักและร่วมมือกันป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคการสังเกตสัญญาณเตือนของโรค การเข้ารับบริการเมื่อพบอาการของโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อนำไปใช้ในการดูแลป้องกันลด ปัจจัยเสี่ยง ลดความพิการและการเสียชีวิตจากโรค หลอดเลือดสมอง จุดเน้นเรื่อง การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค โดยระบุว่า โรคนี้สามารถป้องกันได้และ ๙๐% ของปัจจัยเสี่ยง สามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง สาเหตุหลักเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารไม่เหมาะสมภาวะโภชนาการเกินสูบบุหรี่และดื่มสุรา เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการให้ความสำคัญเรื่องการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาโดยตลอดทั้งในเรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และรูปแบบการดำเนินชีวิต การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนานาชาติ พบว่าการจัดการตนเองในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการควบคุมอาการและป้องกัน การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้สามารถจัดการตนเองได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการควบคุมอาการและป้องกัน การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่มีการจัดการตนเองที่ดีจะสามารถควบคุมตนเองจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ โดยมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพและการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งมีคุณภาพชีวิตดี

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๕.๑ อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง
- ๕.๒ อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ๕.๓ อัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง
- ๕.๔ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่หรือสามารเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ
- ๕.๕ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I๒๓) ได้รับการตรวจไขมัน LDL < ๑๐๐mg /dl

(ลงชื่อ).....

(นางเสาวรี หวังประเสริฐ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๑๘ / ๑๑ / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ด้านวิชาการ

- ๑.) สํารวจความต้องการและส่วนขาดด้านวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข
- ๒.) จัดอบรมวิชาการเพื่อพัฒนาทักษะวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข
- ๓.) จัดให้มีการแลกเปลี่ยนวิชาการและประสบการณ์การทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- ๔.) สร้างเครือข่ายวิชาการระดับสถานีนอมนายและระดับอำเภอ
- ๕.) วิเคราะห์คุณภาพ ความสมบูรณ์ ความสัมพันธ์ของข้อมูล โดยกำหนดตัวชี้วัดในด้านความถูกต้อง ครบถ้วน ความทันเวลา ในการจัดส่งข้อมูลและรายงาน
- ๖.) สุ่มคุณภาพข้อมูลในชุมชน เพื่อเปรียบเทียบความถูกต้อง ครบถ้วน ความเป็นปัจจุบันของข้อมูลที่มีอยู่ กับผลงานในแต่ละกิจกรรมที่ปฏิบัติในพื้นที่
- ๗.) วิเคราะห์สถานการณ์ และแนวโน้มการเกิดโรคเพื่อวางแผนป้องกันและแก้ไข
- ๘.) การจัดทำโครงการพัฒนาสาธารณสุขรองรับสภาพปัญหาและนโยบายสำคัญ
- ๙.) ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรสาธารณสุขทั้งระดับอำเภอและตำบล ในการจัดทำแผนงานและโครงการต่างๆ
- ๑๐.) สร้างความรอบรู้การดูแลและพัฒนาสุขภาพประชาชน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอโพธารักษ์ประทัดช้าง จังหวัดพิจิตร

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ

เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ขอประเมินต้องมี ดังนี้

๑. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
๒. ความรู้เกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
๓. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
๔. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
๕. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม
๖. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๑. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ" คือ ประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งมีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป (๖๐+) โดยเป็นการนิยาม นับตั้งแต่อายุเกิด ส่วนองค์การอนามัยโลก ยังไม่มีการให้นิยามผู้สูงอายุ โดยมีเหตุผลว่าประเทศต่างๆ ทั่วโลกมีการนิยามผู้สูงอายุต่างกัน ทั้งนิยาม ตามอายุเกิด ตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional markers) เช่น ในประเทศที่เจริญแล้วมักจัดผู้สูงอายุ นับจากอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป หรือบางประเทศอาจนิยามผู้สูงอายุ ตามอายุกำหนดให้เกษียณงาน (อายุ ๕๐ หรือ ๖๐ หรือ ๖๕ ปี) หรือนิยามตามสภาพของร่างกาย โดยผู้หญิงสูงอายุอยู่ในช่วง ๔๕ - ๕๕ ปี ส่วนชายสูงอายุอยู่ในช่วง ๕๕ - ๗๕ ปี

สำหรับประเทศไทยมีการให้ความหมายของคำว่า "ผู้สูงอายุ" ตามองค์การอนามัยโลกและพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

และได้มีการใช้ความหมายของผู้สูงอายุนี้ในการกำหนดช่วงที่ผู้สูงอายุที่มีโอกาสเริ่มได้รับสิทธิต่าง ๆ จากทางราชการด้วย เช่น การอายุเกษียณของข้าราชการหรืออายุที่เริ่มได้รับเบี้ยยังชีพ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามการกำหนดอายุที่ ๖๐ ปีนี้ไม่ได้เป็นเกณฑ์หรือข้อตกลงที่เป็นสากล จะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศและประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่กำหนดความหมายของผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป แต่ยังมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้รายละเอียดเพิ่มเติมว่าในช่วงอายุของผู้สูงอายุนั้น มีความแตกต่างกันตามสภาพร่างกายและจิตใจ

๒. ความรู้เกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนงาน และการประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันโรค การช่วยเหลือ และรักษาพยาบาลขั้นต้นโดยใช้ยา และเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครในหมู่บ้าน/ชุมชนโดยเฉลี่ย ดังนี้

พื้นที่ชนบท : อสม. ๑ คน ต่อ ๘-๑๕ หลังคาเรือน

พื้นที่เขตเมือง : เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มีอาสาสมัคร

เขตชุมชนแออัด อสม. ๑ คน ต่อ ๒๐-๓๕ หลังคาเรือน

เขตชุมชนชานเมือง อสม. ๑ คน ต่อ ๘-๑๕ หลังคาเรือน

ดังนั้นในแต่ละหมู่บ้านจะมี อสม. ๑๐-๒๐ คน

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

๑. เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจกข่าวสารสาธารณสุข

๒. เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ การสุขภาพสิ่งแวดล้อม และการสุขภาพอาหาร การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย เป็นต้น

๓. เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระจกหัก ข้อเคล็ด ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

๔. หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ ศสมช. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่ จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน ให้บริการที่จำเป็นใน ๑๔ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

๕. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าวและขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

๖. เป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

๗. เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

๘. คู่มือสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

๓. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการดำเนินการเพื่อให้เกิดสุขภาพทางกายและจิตใจให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข เป็นกระบวนการ ซึ่งทำให้บุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมมีศักยภาพในการควบคุมพัฒนาสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพและความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทั้งนี้การส่งเสริมสุขภาพ ต้องอาศัยความรู้จากสหวิทยาการต่าง ๆ มาเป็น กระบวนการเรียนรู้ใหม่ที่มีความสร้างสรรค์ มีระเบียบแบบแผน และมีความเป็นมืออาชีพ โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมนุษย์ให้ดียิ่งขึ้น ซึ่ง Pender, Murgaug, & Parsons (๒๐๑๑) มองภาพกว้างของการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ๓ ด้าน คือ การให้ความรู้ (Health Education) การป้องกัน (Health Prevention) และการให้ภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพ (Health Protection) และเพนเดอร์ (Pender, ๒๐๐๖) ได้เสนอรูปแบบหรือองค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริม แบ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็น ๖ ด้าน ได้แก่ ๑) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ๒) กิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย ๓) ด้านโภชนาการ ๔) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ๕) การเจริญทางจิตวิญญาณหรือการพัฒนาจิตวิญญาณ และ ๖) การจัดการกับความเครียด

๔. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ๔ ด้าน ได้แก่ ๑) การมีส่วนร่วมตัดสินใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ๒.) การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ๓) การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการรับผลประโยชน์จากการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ ๔) การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

๕. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะคิด แรงจูงใจ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

๖. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยของศิริภัทรา จุฑามณี, ณิชากุล พิชาชาญ, นวลใย พิษชาติและดุชนิ บุญพิทักษ์สกุล (๒๕๖๔) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-๑๙) จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ๑) อสม. มีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-๑๙) อยู่ในระดับมากในทุกด้านที่ศึกษาเรียงตามลำดับคะแนน ได้แก่ ด้านการจัดการทรัพยากร ($\bar{X} = ๔.๒๐$, $SD = ๐.๕๙$) รองลงมาเป็นด้านการดำเนินการ ($\bar{X} = ๔.๐๖$, $SD = ๐.๖๓$) ด้านการประเมินผล ($\bar{X} = ๓.๙๕$, $SD = ๐.๖๒$) และด้านการวางแผน ($\bar{X} = ๓.๘๗$, $SD = ๐.๖๗$) ๒) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-๑๙) พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก เรียงตามลำดับคะแนนดังนี้ ด้านการประเมินผล ($\bar{X} = ๓.๙๗$, $SD = ๐.๗๓$) รองลงมา คือ ด้านการจัดการทรัพยากร ($\bar{X} = ๓.๙๔$, $SD = ๐.๖๖$) ด้านการดำเนินการ ($\bar{X} = ๓.๙๐$, $SD = ๐.๖๕$)

และด้านการวางแผน ($\bar{X} = ๓.๘๘$, $SD = ๐.๖๘$) จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า องค์กรด้านสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

งานวิจัยของชลिया ศิริกาล,แจ่มนภา ไขคำ,แก้วใจ มาลีลัยและถนอมศักดิ์ บุญคู่ (๒๕๖๔) ศึกษาเรื่อง บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๘๙.๘ ส่วนใหญ่มีอายุ ๔๑-๕๐ ปี ร้อยละ ๓๗.๘ การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ ๕๑.๐ มีอาชีพเกษตรกรกรรม/ทำนา ร้อยละ ๕๙.๒ และระยะเวลาการเป็น อสม. ส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง ๕-๑๐ ปี ร้อยละ ๔๒.๓ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภาพรวมเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X}=๒.๖๒$, $S.D.=๐.๓๙$) จำแนกบทบาทตามรายด้าน ได้แก่ บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจระดับมาก ($\bar{X}=๒.๖๙$, $S.D.=๐.๓๖$) บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านสังคมระดับมาก ($\bar{X}=๐.๖๖$, $S.D.=๐.๔๑$) บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกายระดับมาก ($\bar{X}=๒.๖๑$, $S.D.=๐.๔๐$) และบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจระดับมาก ($\bar{X}=๒.๕๐$, $S.D.=๐.๓๙$) ตามลำดับ

งานวิจัยของสุวรรณา อินทนพ (๒๕๖๖) เรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหญ้าไซ อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๘๘.๙ อายุ ๕๐-๕๙ ปี ร้อยละ ๕๙.๗ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ ๘๐.๖ จบมัธยมศึกษา ร้อยละ ๘๘.๙ อาชีพหลักเกษตรกรกรรม ร้อยละ ๙๐.๓ รายได้ต่ำกว่า ๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน ร้อยละ ๖๓.๙ และระยะเวลาเป็น อสม. ๕ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๗๖.๔ มีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($mean \pm SD$: ๓.๙๑ ± ๐.๕๗) มีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามบทบาทโดยรวมอยู่ใน ระดับสูง (๓.๗๘ ± ๐.๗๓) มีการพัฒนาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง (๓.๙๙ ± ๐.๕๙) ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี (100.๔๓ ± 1๕.๒๙) มีคุณภาพชีวิตมากที่สุดในด้านสิ่งแวดล้อม (environment) (๓๕.๙๘ ± ๕.๑๑) ด้านสุขภาพกาย (physical) (๒๙.๔๔ ± ๔.๕๓) และด้านจิตใจ (mental) (๒๓.๘๐ ± ๓.๑๗) ตามลำดับ ปัจจัยทำนายพบว่าปัจจัยด้านลักษณะทั่วไปของ อสม. การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมดำเนินงานของ อสม.สามารถทำนายอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลง คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ ๖๗ ($B=0.๘๖๙$, $p<0.00๑$) จำนวน ๙ ปัจจัย จากทั้งหมด ๑๒ ปัจจัย เรียง ๓ ลำดับอิทธิพลมากไปน้อย ได้แก่ การมีส่วนร่วมดำเนินงานของ อสม., การเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากร และการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ตามลำดับ สรุปผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครั้งนี้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ดีเพิ่มขึ้น ข้อเสนอแนะ ควรจะทำการศึกษาอสม. ทุกคน และเพิ่มระยะเวลาติดตามการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างน้อย ๓ เดือน และเพิ่มจำนวน ผู้สูงอายุมากขึ้น

งานวิจัยของ (๒๕๕๘) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ๑) ผู้สูงอายุมีความสุขความพึงพอใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมที่สามารถสนองตอบต่อคุณภาพชีวิตใน ๔ มิติ คือ กาย ใจ สังคม และปัญญา/การเรียนรู้ ๒) เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านการจัดกิจกรรมสัจจรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และกิจกรรมสานวิญใส่ใจผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยและกลุ่มปฏิบัติการหลักร่วมด าเนินการกับชุมชน ๓) เกิดการบูรณาการความรู้และกิจกรรมในชุมชนผ่านการสรุปบทเรียนจากประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ ร่วมกัน และ ๔) เกิดความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนโดยการด าเนินการต่อเนื่องของชุมชน ที่ประกอบด้วย แกนนำผู้สูงอายุ คนวัยอื่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน

งานวิจัยของเยาวลักษณ์ วงษ์ประภารัตน์ (๒๕๕๖) ศึกษาเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า

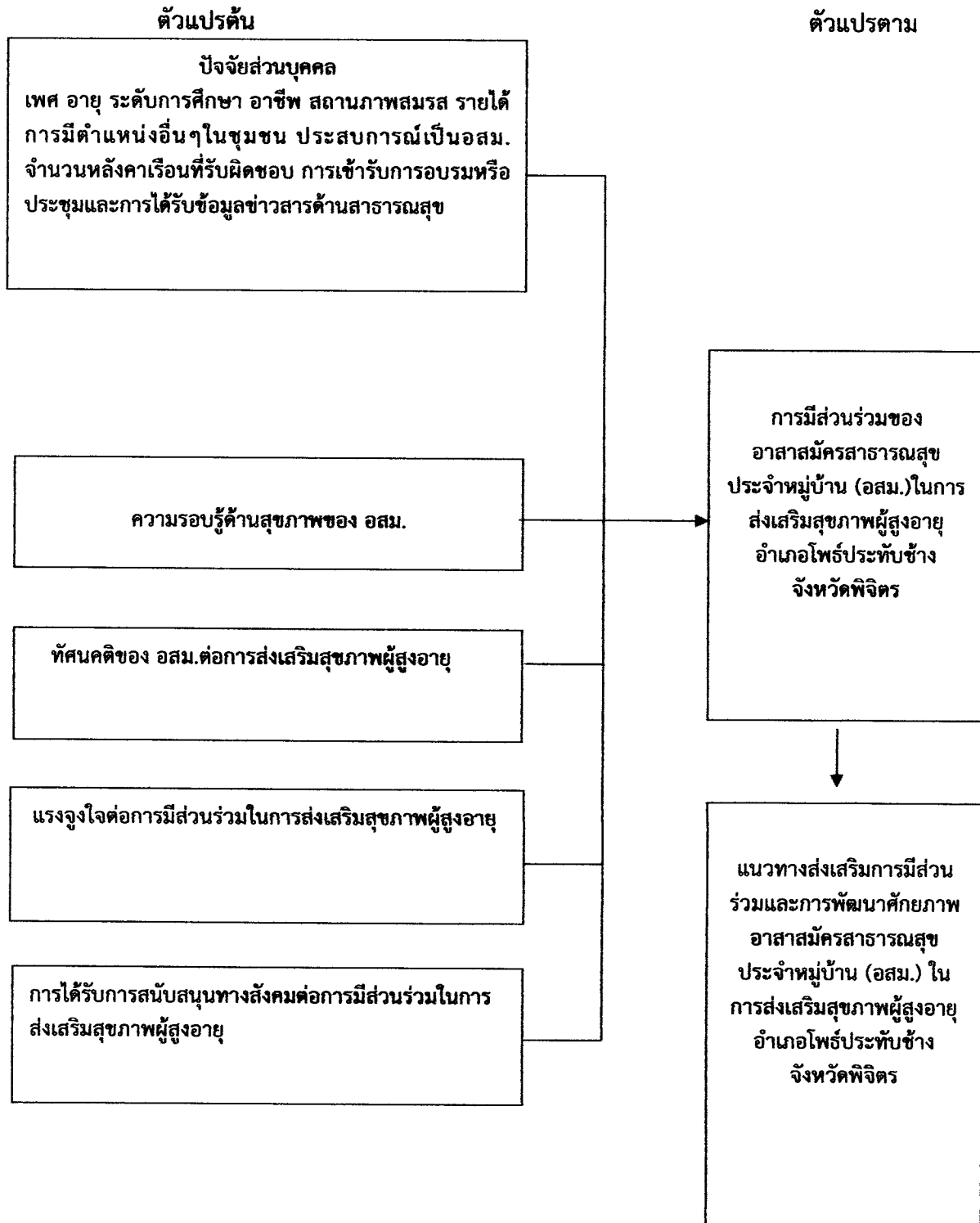
๑. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย ๕ กลวิธี คือ ๑) การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมเพื่อค้นหาความต้องการของผู้สูงอายุ ๒) การรับประทานอาหารสุขภาพ ๓) การออกกำลังกาย รำไท้จี่ซึ้ง การรำพัด การฟ้อนเจิง ๔) การดูแลตนเองด้านจิตใจและสังคมผ่านกิจกรรมด้านสังคมเรียนรู้ ประสบการณ์ของผู้สูงอายุ สนทนาธรรม การปฏิบัติธรรม ฝึกสมาธิ และกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ๕) กิจกรรมบูรณาการในการดูแลสุขภาพตนเองของกรมอนามัยฝึกให้เป็นกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การล้างมือและการใช้ช้อนกลาง เสริมด้วยกิจกรรม ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนี้ทำให้ผู้สูงอายุตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองและมีสุขภาพดีขึ้น

๒. การสร้างกลไกความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขชุมชนบ้านสันทรายหลวง และหน่วยงานด้านสุขภาพอื่นๆ ภายในชุมชนที่เอื้อต่อการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม การพัฒนาศักยภาพในการขับเคลื่อนและสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนจำเป็นต้องหาแนวร่วมมารวมพลังกับชมรมผู้สูงอายุ จากการขับเคลื่อนงานของชมรมสร้างเสริมสุขภาพ อันเกิดจากกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนนั้น เริ่มจากแนวทางการดำเนินกิจกรรม โดยเน้นการมีส่วนร่วม การแสดงความคิดเห็น รับฟังซึ่งกันและกัน ความเสียสละและให้อภัยกัน ช่วยสร้างเสริมบรรยากาศของการทำงานร่วมกัน จึงได้นำมาสู่การทำบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือด้านการสนับสนุนการดำเนินงานและกิจกรรมของผู้สูงอายุบ้านสันทรายหลวงระหว่างโรงพยาบาลสันทราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันทรายหลวง เทศบาลตำบลสันทรายหลวง ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้าน และชมรมสร้างเสริมสุขภาพสันทรายหลวง เพื่อแสวงหาความร่วมมือระหว่างกันในอนาคตที่จะพัฒนาสุขภาพในทุกระดับของผู้สูงอายุในชุมชนสันทรายหลวง สรุป: รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วยกิจกรรมหลัก คือ การกินอาหารที่มีคุณค่าและปลอดภัย การออกกำลังกายเป็นประจำ การดูแลสุขอนามัยตนเอง และจิตสงบเพื่อสุขภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบที่ง่ายสามารถนำไปใช้ขยายผลได้โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทและต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องรวมทั้งติดตามประเมินผลอย่างครบวงจร ตลอดจนการเชื่อมโยงผู้สูงอายุเข้ากับภาคีอื่นๆ อาทิ เครือข่ายด้านสุขภาพ หน่วยงานภาครัฐ เช่น เทศบาลตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เพื่อให้ชมรมผู้สูงอายุได้เข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และแหล่งสนับสนุนอื่นๆ ทั้งงบประมาณ วิทยากร กระบวนการฝึกอบรมด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับวัยอย่างยั่งยืนต่อไป

งานวิจัยของคิณณรงค์ โคตรทอง (๒๕๖๔) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านยางเหิง ตำบลไทรน้อย อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกิดจากผู้สูงอายุขาดความรู้ในการดูแลตนเองและไม่มีแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ชัดเจนและการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นอยู่ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ดังนั้นรูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุพบว่าการบูรณาการให้ภาคีเครือข่ายในท้องถิ่นเข้ามาดำเนินงานร่วมกันการวิจัยครั้งนี้มีการดำเนินงาน ๗ ขั้นตอนคือ การศึกษาบริบทชุมชน วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุวางแผนร่วมกันกำหนดกลวิธีดำเนินงานจัดตั้งเครือข่ายกำหนดผู้รับผิดชอบในกิจกรรมต่างๆ และร่วมเป็นผู้รับประโยชน์ในฐานะสมาชิกของชุมชน ชุมชนสามารถหากลวิธีดำเนินงานได้อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเองส่งผลให้เกิดการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งภายหลังจากการดำเนินการพบว่าผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น โดยสรุปการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็นกิจกรรมที่เน้นภาคีเครือข่ายที่อยู่ในพื้นที่มาร่วมกันจัดทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยและบริบทของชุมชนโดยมีการจัดการอย่างเป็นระบบภายใต้ความร่วมมือของแกนนำในพื้นที่ ส่งผลให้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพขึ้น

จากความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ขอประเมินนำมาสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดในการวิจัย เรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอโพธารักษ์ จังหวัดพิจิตร

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

เค้าโครงเรื่องโดยย่อ

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีสัดส่วนที่เพิ่มสูงขึ้นเห็นได้จากอัตราผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๓- ๒๕๘๓ พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ ๑๓.๒๐ ในปี พ.ศ.๒๕๕๓ เป็นร้อยละ ๓๒.๑๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๘๓ ทำให้ประเทศไทยเป็นสังคมของผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ (The United Nations UN) ที่นิยามว่าประเทศใดมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกินร้อยละ ๑๐ หรืออายุ ๖๕ ปีขึ้นไป เกินร้อยละ ๗ ของประชากรทั้งประเทศถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากร อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เพิ่มเป็นร้อยละ ๒๐ และอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป เพิ่มเป็นร้อยละ ๑๔ และในขณะเดียวกันประชากรวัยแรงงานของไทยที่มีหน้าที่เกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุก็จะลดลงเช่นกัน เนื่องจากอัตราการเกิดของประเทศลดลง (National Board of the Elderly, ๒๐๑๕) ปัญหาในอนาคตที่อาจตามมาจากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในประเทศ อาทิ งบประมาณในการดูแลและรักษาสุขภาพเนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ ลดลง ความต้านทานต่อโรคลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดปัญหาสุขภาพได้มากกว่าวัยอื่น ๆ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อคงสภาพและชะลอความเสื่อมสภาพตามอายุให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้(นวรรตน์ ไวมภฏ ,รัตติภรณ์ บุญทัศน์และนภษา สิงห์วีระธรรม ,๒๕๖๒)

การใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมเป็นหลักในการดำเนินงานของ อสม. โดยอาศัยรูปแบบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในการพัฒนาสาธารณสุขตามนโยบายสาธารณสุขภายใต้หลักการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) ที่มีการดำเนินการมากกว่า ๔ ทศวรรษ(โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ๒๕๕๙) โดยรูปแบบการมีส่วนร่วม Cohen และ Uphoff (.Cohen JM, Uphoff NT,๑๙๘๑) ได้จำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น ๔ ระดับ แบ่งเป็น ขั้นตอน ดังนี้คือ ๑) การมีส่วนร่วมด้านการวางแผน (planning) คือ การมีส่วนร่วมในการประชุมให้ความ คิดเห็นในกระบวนการจัดวางแผนงาน โครงการ การกำหนด เป้าหมาย การดำเนินงานงบประมาณ และ ทรัพยากรการดำเนินการล่วงหน้าของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ๒) การมีส่วนร่วมด้านการจัดสรรทรัพยากร (allocation) คือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการช่วยเหลือ จัดหาหรือสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์หรือเงินค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการต่าง ๆ ร่วมกับคณะกรรมการ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ๓) การมีส่วนร่วมในการร่วมมือประสานงาน (co-ordination) คือ การมีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือปฏิบัติงาน ติดต่อสื่อสาร รับผิดชอบร่วมกับคณะกรรมการ กองทุนหลักประกัน สุขภาพตำบลและ ๔) การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล (evaluation) ในด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุก็เช่นกัน หากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนร่วมในการดำเนินการก็จะทำให้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความยั่งยืนต่อไป

ปัจจุบัน ในปี ๒๕๖๕ จังหวัดพิจิตร เป็นจังหวัดที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยมีผู้สูงอายุ จำนวน ๑๑๙,๗๔๑ คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด ๕๒๖,๗๗๖ คน คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ ๒๒.๗๓ ของประชากรทั้งหมด สำหรับอำเภอคงเจริญ จังหวัดพิจิตรนั้น มีผู้สูงอายุจำนวน ๔,๔๔๑ คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด ๑๙,๕๓๒ คน คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ ๒๒.๗๔ ของประชากรทั้งหมด (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ ด้านสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, ๒๕๖๕) ในปี ๒๕๖๖ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร มีผู้สูงอายุ จำนวน ๘,๙๕๒ คน คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ ๒๐.๗๔ ของประชากรทั้งหมด โดยอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร มี อสม. ทั้งหมด ๙๖๘ คน จาก ๙๘ หมู่บ้าน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร. ๒๕๖๖)

ดังนั้นผู้ขอประเมินในฐานะผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร รับผิดชอบกำกับการดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยและงานสุขภาพภาคประชาชนจึงสนใจศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร โดยศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร และผู้วิจัยได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, ๑๙๘๑) มากำหนดเป็นกรอบในการศึกษา ซึ่งได้เสนอรูปแบบหรือขั้นตอนการมีส่วนร่วมไว้ ๔ รูปแบบ/ขั้นตอน ได้แก่ ๑) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) ๒) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ๓) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) และ ๔) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) และรูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, ๒๐๐๖) การศึกษาครั้งนี้จะได้นำผลการศึกษาไปวางแผนสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตรต่อไป

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ ๑) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ๒) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร และ ๓) เพื่อศึกษาแนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร จำนวน ๓๑๐ คน กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่มเลือกแบบเจาะจงจำนวน ๒๐ คน ได้แก่ ผู้แทนประธาน/รองประธานอสม.ระดับอำเภอ/ตำบล ๔ คน ผู้แทนประธาน/รองประธานชมรมผู้สูงอายุระดับอำเภอ/ตำบล ๔ คน ผู้แทนเจ้าหน้าที่รพ.สต. ๔ คน ผู้แทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน ๔ คนผู้แทนท้องถิ่น ๔ คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test และ One-way ANOVA และ Multiple Regression ในการพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสรุปแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร โดยการบรรยายสรุปความ

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะคิด แรงจูงใจ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะคิด แรงจูงใจ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม แนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร มีข้อเสนอแนะให้มีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามส่วนขาดและสนับสนุนส่งเสริมแรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมต่อไป

๖. พัฒนาศักยภาพแกนนำผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและชมรมผู้สูงอายุระดับตำบล

๗. รวบรวมและเผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรมรวมทั้งสิ่งดีดีในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

มีการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร อย่างมีประสิทธิภาพทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม มีการกำหนดและประกาศการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นนโยบายเน้นหนักของตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร มีข้อตกลง กฎ กติกา ได้แก่ สัญญาประชาคมสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ หรือปฏิญญาสุขภาพ รวมถึงวางแผนการพัฒนาและมีการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลวังสำโรงอย่างต่อเนื่อง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ผ่านการประเมินตำบล LTC ทุกกิจกรรม ร้อยละ ๑๐๐
๒. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมมากกว่าร้อยละ ๕๐
๓. โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุลดลงร้อยละ ๕ ของปีที่ผ่านมา

ลงชื่อ..... ปิยรัตน์ รอดฤทธิ์

(นางสาวปิยรัตน์ รอดฤทธิ์)

ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
วันที่ ๑๐ เดือน กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๖
ผู้ขอประเมิน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ผลการศึกษาทำให้ทราบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมและแนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

๒. นำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตรโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของอสม.ให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ต้องมีการศึกษาค้นคว้าเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องค่อนข้างมาก ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๒. มีการใช้สถิติในการวิจัยหลากหลายและค่อนข้างสูงต้องปรึกษานักสถิติที่เชี่ยวชาญ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด -๑๙) การเก็บข้อมูลต้องใช้ความระมัดระวังค่อนข้างมาก อีกทั้ง อสม. มีภารกิจค่อนข้างมากทำให้ใช้เวลาค่อนข้างมากในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. กำหนดการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นนโยบายของอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตรและทุกตำบล

๒. ประสานงานความร่วมมือกับหน่วยที่เกี่ยวข้องและท้องถิ่นในการสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตรและทุกตำบลมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

๓. พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร โดยอบรมประชุมให้ความรู้ความเข้าใจ ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สร้างเสริมทัศนคติที่ถูกต้องเหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ


๔. สร้างแรงจูงใจและสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ในการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ


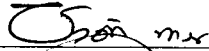
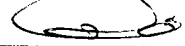
๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)
อยู่ระหว่างดำเนินการ

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

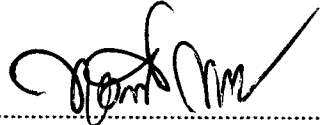
- ๑) นายพัลลภ พลสว่าง สัดส่วนของผลงาน.....๙๐%.....
๒) นางสาวชลธิชา ทาสัง สัดส่วนของผลงาน.....๕%.....
๓) นางสาวสุปราณี ไทยตรง สัดส่วนของผลงาน.....๕%.....

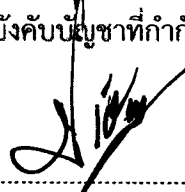
ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(นายพัลลภ พลสว่าง)
(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
(วันที่) ๑๖ / กรกฎาคม / ๒๕๖๖
ผู้ขอประเมิน

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายพัลลภ พลสว่าง	
นางสาวชลธิชา ทาสัง	
นางสาวสุปราณี ไทยตรง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(นายทองดี นาควิจิตร)
(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอโพธิ์ประทับช้าง
(วันที่) ๑๖ / กรกฎาคม / ๒๕๖๖
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(นายปรีวัชร วัชรวิภา)
(ตำแหน่ง) นายอำเภอโพธิ์ประทับช้าง
(วันที่) ๑๕ / กรกฎาคม / ๒๕๖๖
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

๒. หลักการและเหตุผล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village Health volunteer; VHV) หรือ อสม. เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่กำหนด (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ๒๕๕๗) เป็นผู้มีจิตอาสาเสียสละจนได้รับการยอมรับจากสังคมและยกฐานะเป็น อสม. มีบทบาทในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ส่งเสริมสุขภาพและแก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั้งโรคเรื้อรังและโรคอุบัติการณ์ใหม่ สนับสนุนในงานสาธารณสุขมูลฐานและการแพทย์แผนไทย รวมทั้งใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์โทรเวชกรรม (Telemedicine) และแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ จนปัจจุบัน อสม. ได้กลายเป็นทุนทางสังคม (Social capital) ที่สำคัญของระบบสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ๒๕๖๒) แต่จากสถานการณ์ในปัจจุบันในประเทศไทย เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ตั้งแต่ปี.ศ. ๒๕๖๔ โดยมีประชากรผู้สูงอายุมากเป็น ๑ ใน ๕ ของประชากรทั้งหมดและพบว่าร้อยละ ๙๕ ของผู้สูงอายุเจ็บป่วยและมีปัญหาสุขภาพ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุกรมอนามัย, ๒๕๖๕) โดยมีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลยหรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย และต้องพึ่งพิงญาติอย่างน้อย ๑ คนคอยดูแลระยะยาว ประมาณร้อยละ ๓ หรือมากถึงสี่แสนคน จากผู้สูงอายุที่มีอยู่ประมาณ ๑๓ ล้านคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, ๒๕๖๔) อสม. จึงมีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

จังหวัดพิจิตร มีผู้สูงอายุ จำนวน ๙๙,๒๔๑ คน คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ ๒๖.๘๙ ของประชากรทั้งหมด ถือว่า ได้ว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, ๒๕๖๕) อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร มีผู้สูงอายุ จำนวน ๑๒,๐๙๘ คน คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ ๒๗.๑๙ ของประชากรทั้งหมดของอำเภอบางมูลนาก และมี อสม. จำนวน ๙๔๖ คน ซึ่งมีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่นๆ ดังนั้นผู้ขอประเมินจึงขอเสนอการพัฒนาหรือปรับปรุงงานในเรื่องการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร เพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบางมูลนาก ให้สามารถมีส่วนร่วม ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอบางมูลนากอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากข้อมูลการศึกษาวิจัยของผู้นำเสนอ พบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะคิด แรงจูงใจ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร อยู่ในระดับปานกลาง ที่ผ่านมา อสม. มีผลการปฏิบัติงานเป็นที่น่าพอใจโดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ซึ่ง อสม. หมอประจำบ้านปฏิบัติงานส่วนใหญ่ แต่ยังไม่ค่อยได้มีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่เท่าใดนัก

ดังนั้นผู้ขอประเมินในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (สสอ. บางมูลนาก) จึงขอเสนอการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ดังนี้

๑. ขั้นตอนการวางแผน

๑.๑ ประสานขอความร่วมมือ จาก รพ.สต.และประธานชมรม อสม.อำเภอ/ตำบล ประธานชมรม ผู้สูงอายุอำเภอ/ตำบล เทศบาลเมืองบางมูลนาก และ อบต.ทุกตำบลในอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

๑.๒ ประชุมวางแผนและจัดโครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบโครงการ ทีมวิทยากรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะกรรมการชมรม อสม.อำเภอ/ตำบล และคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุอำเภอ/ตำบล เทศบาลเมืองบางมูลนาก และ อบต.ทุกตำบลในอำเภอบางมูลนาก ร่วมกัน ๑) กำหนดหลักสูตร ๒) ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มหมาย รุ่นที่ ๑ ตำบลละ ๑๐ คน จำนวน ๑๓ ตำบล รวม อสม.เข้าโครงการ จำนวน ๑๓๐ คนแบ่งเป็น ๒ รุ่นๆละ ๓ วัน ๓)เตรียมทีมวิทยากร

๒. ขั้นตอนการปฏิบัติการ

จัดอบรม อสม.ตามหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ๒ รุ่นๆละ ๓ วันโดยเน้นการอบรมประชุมเชิงปฏิบัติการ มีการฝึกปฏิบัติจริง มีการออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในพื้นที่

๓. ขั้นตอนประเมินผล

๓.๑ ดำเนินการประเมินผลก่อนและหลังการอบรม และสังเกตการณ์ระหว่างอบรมเพื่อปรับปรุง

๓.๒ กิจกรรมเยี่ยมและประเมินศักยภาพ อสม. หลังการอบรมฯ หลังจากอบรม ๑ สัปดาห์ ๑ เดือน ๓ เดือน ๖ เดือน ๙ เดือน และ ๑ ปี และจัดอบรมเพิ่มเติมในส่วนตัวที่พบจาก อสม. ๑ วัน

๔. ส่งเสริมให้อสม.มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในทุกตำบลและอำเภอโดยจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับอำเภอตำบล เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย จัดงานมหกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกวดผู้สูงอายุสุขภาพดี

๕. ส่งเสริมแรงจูงใจและสนับสนุนทางสังคม ให้อสม.มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ มีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

๔.๒ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร มีความสามารถในการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ร้อยละ ๑๐๐ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ที่เข้ารับการอบรม มีความรู้ความเข้าใจในการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

๕.๒ ร้อยละ ๘๐ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ที่เข้ารับการอบรม มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

(ลงชื่อ)

(นายพัลลภ พลสว่าง)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ ๑๒/กรกฎาคม/๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอดงพวนหิน จังหวัดพิจิตร

๒. ระยะเวลาการดำเนินการ

ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยของผู้ขอประเมิน มีดังนี้

๓.๑ แนวคิดเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมีการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการในด้านต่าง ๆ รวมทั้งบทบาทหน้าที่ทางสังคม ซึ่งมีการใช้ความหมายของผู้สูงอายุนี้เพื่อเป็นการกำหนดช่วงที่ผู้สูงอายุมีโอกาสเสริมได้รับสิทธิต่าง ๆ จากทางราชการด้วย โดยมีนโยบายที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุและการเตรียมความพร้อมของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุ โดยยังคำนึงถึงความสำคัญของผู้สูงอายุต่อสังคมไทย และการมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ จึงมีการจัดสวัสดิการต่าง ๆ โดยเน้นที่การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีอาชีพหรือกิจกรรมที่เหมาะสม การส่งเสริมสุขภาพ การจัดที่พักอาศัย อาหารเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็น และให้ได้รับสวัสดิการจากรัฐที่เพียงพอเพื่อไม่เป็นภาระแก่สังคม

การเตรียมความพร้อมของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุมีเป้าหมายเพื่อการเป็น “ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ” สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่าง เหมาะสม มีความพึงพอใจและเป็นไปตามความปรารถนาของตน ประกอบด้วย การมีอายุยืนยาวที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีรู้สึกในคุณค่าของการเป็น ผู้สูงอายุมีความสามารถทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความพึงพอใจในชีวิต มีความ อิสระในการใช้ชีวิต อยู่ในที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร (กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์,๒๕๖๒) ในด้านต่างๆ ได้แก่ ๑)การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ ๒) การเตรียมความพร้อมด้านที่อยู่อาศัย ๓) การเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจและ ๔)การเตรียมความพร้อมด้านสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุ อายุ ๕๐-๕๙ ปีในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอดงพวนหิน จังหวัดพิจิตร

๓.๒ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลทุกกลุ่มอายุ รวมทั้งพระภิกษุ กระทำอย่าง ต่อเนื่องในชีวิตประจำ ทั้งที่สังเกตเห็นได้ และสังเกตเห็นไม่ได้ เพื่อเพิ่มพูนศักยภาพ ความผาสุก การบรรลุเป้าหมายในชีวิต ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประกอบด้วย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย หรือการออกกำลังกาย โภชนาการหรือการบริโภคอาหาร การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณหรือการพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอดงพวนหิน จังหวัดพิจิตร โดยในการศึกษาครั้งนี้ ได้กำหนดเป็นตัวแปรตาม ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender,๒๐๐๖) ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพด้านกิจกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ พฤติกรรมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด

๓.๓ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล ประกอบด้วย พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องและปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถหรือการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และ อิทธิพลของสถานการณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมากรอบแนวคิดในการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร โดยในการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดเป็นตัวแปรต้น ตามแนวคิดของแพนเดอร์ (Pender, ๒๐๐๖) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การมีโรคประจำตัว ที่อยู่อาศัย การได้รับการอบรมหรือประชุมด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความรู้สึกที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลจากสถานการณ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

๓.๔ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประกาย จิโรจน์กุลและคณะ (๒๕๖๐) ศึกษาการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของผู้ใหญ่วัยกลางคนในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร เป็นผู้ใหญ่วัยกลางคน อายุ ๓๕-๖๐ ปี ความคาดหวังเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เป็นความคาดหวังด้านร่างกาย คือการช่วยเหลือตัวเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน สำหรับการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยของการเตรียมตัวในระดับมากที่สุดในด้านจิตใจ คือ การพยายามพึ่งตนเองมากกว่าพึ่งคนอื่น และการเตรียมตัวน้อยที่สุด ทางด้านร่างกาย คือ การออกกำลังกาย หรือการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและควบคุมร่างกายไม่ให้อ้วนลงพุง ผลการทดสอบความสัมพันธ์พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของผู้ใหญ่วัยกลางคน แตกต่างกัน จากการทดสอบ คือ ตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และโรคประจำตัว ส่วนผลการทดสอบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์การเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ชนัญญา ปัญจผล (๒๕๕๘) ศึกษาการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๒๐๔ คน พบว่า เพศหญิง อายุระหว่าง ๕๐-๕๙ ปี สถานภาพสมรส มีจำนวนบุตร ๒ คน จบการศึกษาระดับปริญญาตรีอายุการทำงาน ๒๐-๓๐ ปี และมีรายได้ ๓๐,๐๐๑ - ๔๕,๐๐๐ บาท ต่อ เดือน และมีที่อยู่อาศัยเป็นเจ้าของบ้าน มีความรู้ในระดับดีมาก ตามลำดับ ส่วนการเปรียบเทียบความสัมพันธ์กับลักษณะการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระดับเงินเดือน อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัวและโรคประจำตัว มีผลต่อลักษณะการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้ต่อการเป็นผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และการรับรู้ของการเตรียมความพร้อมของหน่วยงาน มีผลต่อลักษณะการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ดลนภา ไชยสมบัติและบัวบาน ยะนา (๒๕๖๒) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรวัยก่อนสูงอายุ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง (๖๒.๑๑%) เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย ๕๔.๘๙ ปี (SD=๓.๑๓) ๗๒.๓๗% มีสถานภาพสมรสคู่, ๖๘.๑๖% จบประถมศึกษา, เกือบครึ่ง (๔๖.๕๗%) มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ (๘๐.๗๙%) มีคะแนน คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง จำนวนเกินครึ่ง (๖๖.๓๒%) มีความรู้เกี่ยวกับการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และ ส่วนใหญ่ (๙๘.๘๖%) มีทัศนคติเกี่ยวกับการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง จำนวนเกินครึ่ง (๖๒.๓๗%) มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายुरายรวม อยู่ในระดับสูง พบ

๗ ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ประกอบด้วย การประกอบอาชีพ, รายได้, การตรวจร่างกายประจำปี, อายุ ($r=.๑๙๐$), ความรู้ต่อการ เข้าสู่วัยสูงอายุ ($r=.๒๑๒$), ทักษะคิดต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ ($r=.๓๓๒$) และ คุณภาพชีวิต ($r=.๔๖๓$) ข้อเสนอแนะในการวิจัย คือ เจ้าหน้าที่หน้าสาธารณสุขควรส่งเสริมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิต และ ส่งเสริมการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุในด้านเศรษฐกิจเพื่อการก้าวสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

ภคภัทร พิชิตกุลธรรม, ชัญญชิตาคุชฎี ทูลศิริและพรนภา หอมสินธุ์ (๒๕๖๒) ศึกษาปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง ผลการวิจัยพบว่า การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = ๓.๗๘$, $SD = .๓๙$) และปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ($\beta = .๔๗๔$) ทักษะคิดต่อการสูงอายุ ($\beta = .๑๘๘$) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = .๒๖๘$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .๑๒๙$) และภาวะสุขภาพ ($\beta = .๑๑๐$) โดยสามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้ร้อยละ ๖๔.๑ ($R^2 = .๖๔๑$, $p < .๐๐๑$) ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนากิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยเน้นเรื่องทักษะคิดต่อการสูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุน ทางสังคม และภาวะสุขภาพ

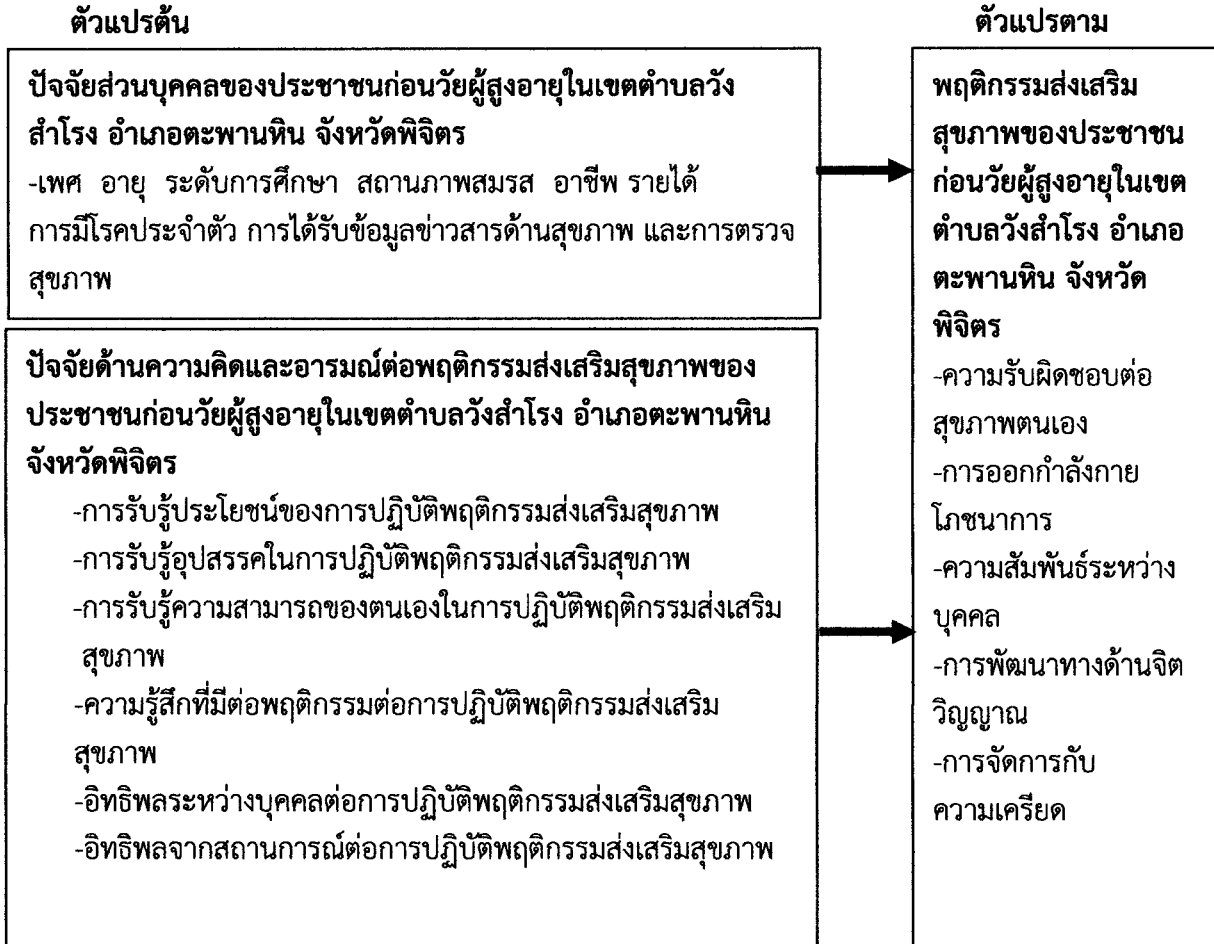
ดลนภา ไชยสมบัติและนันทิกา อนันต์ชัยพัชฌา (๒๕๖๓) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($mean=๓.๖๗$, $SD=.๗๐$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับดี ($mean=๓.๘๑$, $SD=.๖๘$) และ ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ($mean=๓.๗๑$, $SD=.๘๖$) แต่พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ($mean=๓.๕๐$, $SD=.๕๕$) พบ ๕ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ได้แก่ เพศ (หญิง) การตรวจร่างกายประจำปี ความรู้ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริม ($Multiple R=.๕๗๖$, $F=๓๗.๑๐๘$, p

ศุภพิชญ์ ญาณโสภณ (๒๕๖๔) ศึกษาการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ ๒ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๕๙.๓ เป็นประชาชนทั่วไป รองลงมาร้อยละ ๒๒.๕ เป็น อสม.และร้อยละ ๑๔ เป็นผู้นำชุมชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย ๖.๑ (สูงสุด ๘ ต่ำสุด ๑) ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในระดับสูง ค่าเฉลี่ย ๒๐.๘ (สูงสุด ๒๔ ต่ำสุด ๑๓) สิ่งสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ค่าเฉลี่ย ๔.๑ (สูงสุด ๕ ต่ำสุด ๐) มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง ค่าเฉลี่ย ๕๑.๒ (สูงสุด ๖๓ ต่ำสุด ๓๓) การเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย ๗.๒ (สูงสุด ๑๑ ต่ำสุด ๐) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในระดับต่ำถึงปานกลาง ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ($r=.๓๗๖^{**}$) รองลงมา เป็นสิ่งสนับสนุนทางสังคม ($r=.๒๘๙^{**}$) และพฤติกรรมสุขภาพ ($r=.๒๖๕^{**}$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐๑-๐๕ หน่วยงานที่มีบทบาทในการดูแลกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทที่ชัดเจนที่สุด (ร้อยละ ๕๒.๒) รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ ๒๑.๗) ในขณะที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมเล็กน้อย (ร้อยละ ๑๓) กล่าวคือ มีนโยบาย/แผนงาน/โครงการ ที่ชัดเจนปฏิบัติได้ (ร้อยละ ๕๒.๒) มีงบประมาณสนับสนุนระดับปานกลาง (ร้อยละ ๔๗.๘) การให้ข้อมูลด้านสุขภาพในระดับปานกลางในช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ (Social network) (ร้อยละ ๗๓.๙) มีการประชุมผู้นำชุมชนร่วมกับชาวบ้าน (ร้อยละ ๗๑.๗) การจัดอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพ (๗๔.๐) เปิดโอกาสให้ผู้สนใจเข้าร่วมลงทุนในหุ้นส่วนภาครัฐในระดับปานกลาง (ร้อยละ ๗๔.๐) ประชาชนมีอำนาจการลงมติในประเด็นสาธารณะระดับปานกลาง (ร้อยละ ๗๘.๒) และยังพบว่าผู้บริหารระดับนโยบายส่วนใหญ่เสนอให้มโนนโยบายหลัก ๖ ประเด็นคือ ๑) ควรบูรณาการระดับนโยบายให้ชัดเจน

เรื่องการมีส่วนร่วมในชุมชน ๒) การพัฒนาระบบการออมโดยเฉพาะ กองทุนสวัสดิการชุมชน ๓) การเตรียมความพร้อมสุขภาพก่อนวัยสูงอายุ ๔) ควรกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจนในการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยเฉพาะ สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ ๕) การพัฒนาเทคโนโลยีที่สอดคล้องกับการใช้งานผู้สูงอายุ ๖) ระบบสนับสนุนกิจกรรมในชุมชน

๓.๕ กรอบแนวคิดในการวิจัย

ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ผู้ขอประเมินสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยในการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดในการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้เสนอได้สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

จากการสำรวจข้อมูลประชากรไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๓ พบว่า ประชากรอายุ ๕๐-๕๙ ปี (วัยก่อนสูงอายุ) มีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๓.๔๐, ๑๓.๘๑, ๑๔.๑๔ ตามลำดับ และในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่า มีประชากรก่อนสูงอายุในประเทศไทย มีจำนวน ๙,๘๑๕,๘๙๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๘๓ ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๕) สำหรับจังหวัดพิจิตรในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ พบว่า มีประชากรอายุ ๕๐-๕๙ ปี จำนวน ๘๕,๐๙๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๐๒ ของประชากรทั้งจังหวัด มีผู้สูงอายุ จำนวน ๑๑๖,๐๙๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๘๖ ของประชากรทั้งจังหวัด (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, ๒๕๖๕) อำเภอตะพานหินมีประชากรอายุ ๕๐-๕๙ ปี จำนวน ๑๐,๖๖๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๓๒ ของประชากรทั้งอำเภอมีผู้สูงอายุ จำนวน ๑๕,๑๖๕ คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๒๐ ของประชากรทั้งอำเภอ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร, ๒๕๖๕) ตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัด

พิจิตร พื้นที่วิจัยนั้น มีประชากรอายุ ๕๐-๕๙ ปี จำนวน ๙๒๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๓๓ ของประชากรทั้งตำบล และมีผู้สูงอายุ จำนวน ๑,๒๐๑ คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๑๖ ของประชากรทั้งตำบล (โรงส่งเสริมสุขภาพตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร, ๒๕๖๕)

การส่งเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลที่เข้าสู่วัยสูงอายุมีสุขภาพดีสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองโดยไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือสังคม โดยแพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, ๒๐๐๖ อ้างใน จันทนา สารแสง, ๒๕๖๑) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำ โดยมีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีและการบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมในการควบคุมดูแลสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมาย และปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตการที่บุคคลจะปรับเปลี่ยน พฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น เป็นสิ่งที่กระทำได้อย่าง และมีแนวโน้มที่บุคคลอาจจะ ไม่สามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจัยสำคัญที่มีการมุ่งใจให้มีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมนั้นคือปัจจัยด้านความคิด ความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคลและ อิทธิพลด้านสถานการณ์ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุคคล เนื่องจาก พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ บุคคลกระทำเพื่อให้ตนมีสุขภาพที่ดี ดังนั้น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงมีความสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่งต่อภาวะ สุขภาพของผู้ที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ และถือเป็นกลยุทธ์ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุในอนาคตมีสุขภาพดี สามารถดำรงชีวิตได้ ด้วยตนเองโดยไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว หรือสังคม เพนเดอร์ (Pender, ๒๐๐๖ อ้างใน จันทนา สารแสง, ๒๕๖๑) ได้เสนอองค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ ๖ ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย ที่เหมาะสม การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลการพัฒนาจิต วิญญาณและการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว จะต้องสอดคล้อง ผสมผสานเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนในการดำเนินชีวิต หากบุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพที่ดี เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตแล้ว ปัญหาด้านสุขภาพ การเจ็บป่วยและการตายก่อนวัยอันควรก็จะ ลดน้อยลง

ดังนั้น ก่อนที่ประชากรจะเข้าสู่วัยสูงอายุต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อมีวิธี ป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุที่ดีที่สุด โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัง สำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร เพื่อเป็นข้อมูลและแนวทางใน การวางแผนงาน โครงการและจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัด พิจิตร สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อันจะนำไปสู่การเตรียมเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและ จิตใจต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ

๑. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอ ตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

๒. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านความคิด ความรู้สึกต่อพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

๓. เพื่อศึกษาแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุ ในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการ ดำเนินการวิจัย ดังนี้

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ ผู้ขอประเมินใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยศึกษาเชิงสำรวจจากประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย ประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำนวน ๙๒๗ คน ที่อาศัยอยู่จริงในปัจจุบัน (ปี ๒๕๖๕) และมีรายชื่อในทะเบียนบ้านในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางของ เครซี่และมอร์แกน (Robert V. Krejcie and Eayrle W. Morgan, ๑๙๗๐ อ้างใน บุญชม ศรีสะอาด, ๒๕๖๐) ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน ๒๗๔ คน เมื่อความคลาดเคลื่อน ร้อยละ ๑๐ จำนวน ๒๗ คน รวมเป็น ๓๐๑ คน ปรับเป็น ๓๑๐ คน สำหรับตอบแบบสอบถาม สุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลาก และ กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม จำนวน ๑๔ คน ได้แก่ ผู้แทนประชาชนตำบลวังสำโรง อายุ ๕๐-๕๕ ปี จำนวน ๔ คน ผู้แทนคณะกรรมการหรือสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำนวน ๒ คน ผู้แทนคณะกรรมการหรือสมาชิกชมรม อสม.ตำบลวังสำโรง จำนวน ๒ คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังสำโรง ๒ คน ผู้แทน อบต.วังสำโรง จำนวน ๒ คน ญาติ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน ๒ คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและแบบสนทนากลุ่มที่ผู้ขอประเมินสร้างและพัฒนาขึ้นจากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, ๒๐๐๖) ได้แก่ แบบสอบถามและประเด็นการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบไค์สแคว (Chi - Square test) และMultiple Regression และสรุปข้อมูลข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร วิเคราะห์ข้อมูลโดยการสรุปประเด็น และบรรยายความ

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

ผลสำเร็จของงานครั้งนี้ เป็นผลจากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร รวมทั้งข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร อยู่ในระดับปานกลาง ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความรู้สึกที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลจากสถานการณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญคือ ประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุบางส่วน ยังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย มีข้อเสนอแนะให้ส่งเสริมการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

๖.๑ ทำให้ทราบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร เพื่อนำไปสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุ ตลอดจนข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

๖.๒ เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการวางแผนดำเนินการโครงการสาธารณสุขเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ หรือจัดกิจกรรมให้ประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ให้สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่พึงประสงค์

๖.๓ ผลของการวิจัยครั้งนี้ จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมในเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุและผู้สูงอายุต่อไป

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ ต้องมีการศึกษาค้นคว้าเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องค่อนข้างมาก ได้แก่ ความรู้และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, ๒๐๐๖) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๗.๒ สถิติที่ใช้ในการวิจัยค่อนข้างสูงต้องปรึกษานักสถิติ

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

มีประชาชนบางท่านอ่านหนังสือไม่ได้ทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ซึ่งต้องคัดออกและเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่ และสถานการณ์โควิด -๑๙ การเก็บข้อมูลต้องใช้ความระมัดระวังค่อนข้างมาก

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ควรกำหนดการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุเป็นนโยบายเน้นหนักของตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร เพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุน ลงไปดูแล และให้ความสำคัญให้เพิ่มมากขึ้นและจริงจัง

๙.๒ เร่งรัดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในตำบลจัดทำแผนงานหรือโครงการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

๙.๓ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ควรส่งเสริมให้ประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุได้เข้ารับการอบรมหรือประชุมตลอดจนให้ข่าวสารในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ให้มีความรู้ความเข้าใจและความเชื่อที่ถูกต้อง ทั้งทางด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การออกกำลังกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

๙.๔ ส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแสในตำบล หมู่บ้านและชุมชน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

อยู่ระหว่างดำเนินการเผยแพร่

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) หากผู้ขอประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียวให้ระบุชื่อและสัดส่วน

- ๑) นางสาวปิยรัตน์ รอดฤทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ผอ.รพ.สต.) สัดส่วนผลงาน ร้อยละ ๙๐
๒) นายปิติ ศรีสละ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สัดส่วนผลงาน ร้อยละ ๕
๓) นางสาวมาลี หอมนวน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สัดส่วนผลงาน ร้อยละ ๕

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ปิยรัตน์ รอดฤทธิ์
(นางสาวปิยรัตน์ รอดฤทธิ์)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ผอ.รพ.สต.)

วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑.นางสาวปิยรัตน์ รอดฤทธิ์	<u>ปิยรัตน์ รอดฤทธิ์</u>
๒.นายปิติ ศรีสละ	<u>ปิติ ศรีสละ</u>
๓.นางสาวมาลี หอมนวน	<u>มาลี หอมนวน</u>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) กฤษณะ
(นายณัฐชิน สุขเกษ)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอตะพานหิน

(วันที่) ๑๐ / กรกฎาคม ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)
(.....)

(ตำแหน่ง)

(วันที่) / /

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับเว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนางานหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑.เรื่อง การพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

๒.หลักการและเหตุผล

ผู้สูงอายุนั้นถือได้ว่าเป็นทรัพยากรที่มีค่าของสังคม เป็นมรดกทางวัฒนธรรม เพราะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิต สามารถถ่ายทอดความรู้ ศิลปวัฒนธรรมประสบการณ์ทำงาน ให้แนวคิดและทัศนคติต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์แก่เยาวชนรุ่นหลังเป็นอย่างมาก เนื่องในวันอนามัยโลกประจำปี ๒๕๕๕ นี้ องค์การอนามัยโลก เน้นเรื่องผู้สูงอายุกับสุขภาพ(Ageing and Health) เช่นกัน เพื่อให้ ทุกประเทศทั่วโลกได้ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านสุขภาพโดยกำหนดคำขวัญว่า “ให้ความรัก พิทักษ์อนามัย ผู้สูงวัยอายุยืน(Good Health adds life to years)” (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๕) และนอกจากนี้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ยังถือว่า การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นภารกิจหลักในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของประชากรตามกลุ่มอายุ ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ ในกิจกรรมของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้น นับเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๖)

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ มีผู้สูงอายุจำนวน ๑๒,๑๑๖,๑๙๙ คน คิดเป็น ร้อยละ ๑๘.๓ ของประชากรทั้งประเทศแบ่งเป็น ผู้สูงอายุวัยต้น ช่วงอายุ ๖๐-๖๙ ปี จำนวน ๖,๘๔๓,๓๐๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๖.๕ ของผู้สูงอายุทั้งหมด ผู้สูงอายุวัยกลาง ช่วงอายุ ๗๐-๗๙ ปี มีจำนวน ๓,๕๒๒,๗๗๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๑ และผู้สูงอายุวัยปลาย อายุ ๘๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑,๗๕๐,๑๒๑ คน คิดเป็น ร้อยละ ๑๔.๔ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๖๕) ตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร มีผู้สูงอายุ ๑,๒๐๑ คน คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ ๒๑.๑๖ ของประชากรทั้งหมด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไข้มันในเลือดสูง โดยมีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะ การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ ๕๐ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร, ๒๕๖๖)

การส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจึงเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพดีสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองโดยไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือสังคม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อนำไปซึ่งการคงไว้ของสุขภาพ ผู้สูงอายุถือเป็นประชากร กลุ่มเสี่ยง ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องให้การส่งเสริมสุขภาพตนเอง เพราะผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหรือปัญหาทาง สุขภาพได้ง่ายและที่สำคัญ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งจากครอบครัว รวมไปถึงจากองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุ แบบครอบคลุมทุกด้าน (Pender, Murdaugh, & Parsons, ๒๐๐๖ อ้างใน จันทนา สารแสง, ๒๕๖๑)

ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร พบว่ามีจุดอ่อนในการดำเนินงานในหลายๆเรื่อง เช่น การกำหนดนโยบายรวมถึงกิจกรรมต่าง ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่านมายังจำกัดอยู่ในวงแคบ ภาคประชาชนไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจด้วย แกนนำและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องขาดความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่จะก่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในระยะยาว (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร, ๒๕๖๖) ดังนั้นผู้ขอประเมิน จึงมีความสนใจและเห็นความสำคัญที่จะพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริม

สุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร อันจะเกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ยั่งยืนต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร พบว่า ผู้สูงอายุบางส่วนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ทั้งทางด้านโภชนาการ ออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพในเรื่อง การออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร ไม่ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ ๕๐ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ขาดความรู้ความเข้าใจในวัตถุประสงค์และเป้าหมายของชมรมผู้สูงอายุ ไม่เห็นประโยชน์ของการจัดตั้งชมรมทำให้เข้าร่วมน้อย สถานที่และออกกำลังกายยังไม่เพียงพอและไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังพบว่า การรวบรวมข้อมูลองค์ความรู้ นวัตกรรมรวมทั้งสิ่งดีดีในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย

แนวความคิด

ในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ครั้งนี้ ผู้ขอการประเมินได้ศึกษาแนวคิดต่าง ๆ ดังนี้

๑. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมีการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการในด้านต่าง ๆ รวมทั้งบทบาทหน้าที่ทางสังคม ผู้สูงอายุนั้นถือได้ว่าเป็นทรัพยากรที่มีค่าของสังคม เป็นมรดกทางวัฒนธรรม เพราะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิต สามารถถ่ายทอดความรู้ ศิลปวัฒนธรรมประสบการณ์ทำงาน ให้แนวคิดและทัศนคติต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์แก่เยาวชนรุ่นหลังเป็นอย่างมาก "ผู้สูงอายุ" ตามองค์การอนามัยโลกและ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (ชมพูนุท พรหมภักดี, ๒๕๕๖) และได้มีการใช้ความหมายของผู้สูงอายุนี้ในการกำหนดช่วงที่ผู้สูงอายุที่มีโอกาสเริ่มได้รับสิทธิต่าง ๆ จากทางราชการด้วย เช่น การอายุเกษียณของข้าราชการหรืออายุที่เริ่มได้รับเบี้ยยังชีพ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม การกำหนดอายุที่ ๖๐ ปีนี้ ไม่ได้เป็นเกณฑ์หรือข้อตกลงที่เป็นสากล จะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศและประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่กำหนดความหมายของผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป โดยพัซรี เขียวสะอาด (๒๕๕๐) ศึกษาลักษณะของผู้สูงอายุและพบว่าสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกได้เป็น ๓ กลุ่ม คือ ๑) ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ ๖๐-๖๙ ปี มีสุขภาพกายและจิตสังคมค่อนข้างดี ๒) ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ ๗๐-๗๙ ปี เริ่มพบความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตสังคม และ ๓) ผู้สูงอายุตอนกลางอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป พบว่าภาวะเสื่อมถอยปรากฏชัดเจน ส่วนคำว่า "สังคมผู้สูงอายุ" องค์การสหประชาชาติแบ่งเป็น ๓ ระดับ คือ ระดับการก้าวเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society หรือ Aging society) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) และระดับ Super-aged society โดยให้นิยามของระดับต่างๆ ซึ่งทั้งประเทศไทย และ รวมทั้งประเทศต่างๆ ทั่วโลก ใช้ความหมายเดียวกันในนิยามของทุกระดับของสังคมผู้สูงอายุ ได้แก่

๑) การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือ การมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปรวมทั้งเพศชายและเพศหญิงมากกว่า ๑๐% ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ ๖๕ ปีเกิน ๗% ของประชากรทั้งประเทศ

๒) สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือ เมื่อประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น ๒๐% หรือ ประชากรอายุ ๖๕ ปีเพิ่มเป็น ๑๔% ของประชากรโดยรวมทั้งหมดของทั้งประเทศ และ ๓) Super-aged society คือ สังคมที่มีประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไปมากกว่า ๒๐% ของ ประชากรทั้งประเทศอย่างไรก็ตาม ทุกประเทศทั่วโลกมีการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในช่วงเวลาแตกต่างกันตามความเจริญ มั่งคั่ง ซึ่งมีผลต่อสุขภาพและการมีอายุยืนของประชาชน (ผู้สูงอายุ (Older person), ออนไลน์ อังใน ชมพูนุท พรหมภักดี, ๒๕๕๖)

๒. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นภารกิจหลักในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชากรตามกลุ่มอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขในกิจกรรมของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้น นับเป็นการส่งเสริมการเพิ่มสมรรถนะให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพและความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเพิ่มมากขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ สามารถดูแลตนเองได้ ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล และส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนส่งเสริมผู้สูงอายุได้มีโอกาส แสดงศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๖ สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๖ จาก <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/soongwai/topic001.php>) ซึ่งการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆที่เกี่ยวข้อง ที่ได้เข้ามาเกี่ยวข้องในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น สิ่งที่สำคัญคือการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ตามแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender, ๒๐๐๖) ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ๖ ด้าน ได้แก่ ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) ด้านกิจกรรมทางกาย/การออกกำลังกาย (Physical Activity) ด้านโภชนาการ (Nutrition) ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) และด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) กิจกรรมทั้ง ๖ ด้าน จะช่วยลดการเกิดโรคไม่ติดต่อรวมถึงช่วยลดภาระโรคได้ การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อมุ่งเน้นให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องได้อย่างต่อเนื่องนั้นขึ้นอยู่กับ ปัจจัยที่สำคัญ ๓ ปัจจัยหลัก คือ ๑) ปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) ๒) ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปรับพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ และ ๓) ปัจจัยด้านพฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral Outcome) (Pender, ๒๐๐๖ สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๖ จาก <https://www.gotoknow.org/posts/115422>)

ข้อเสนอในการพัฒนา/ปรับปรุงและแนวทางแก้ไข

ผู้ขอประเมินขอเสนอการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ดังนี้

๑. กำหนดและประกาศการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นนโยบายเน้นหนักของตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

๒. อบต.วังสำโรง อำเภอตะพานหินและรพ.สต.วังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร กำหนดเจ้าหน้าที่ อสม. แกนนำผู้สูงอายุและจัดทำคำสั่งมอบหมายงานดูแลผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้าน

๓. เร่งรัดการพัฒนากระบวนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) เน้นให้มีการบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care)

๔. ส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ชุมชนและชมรมผู้สูงอายุในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่งตั้งคณะกรรมการภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับตำบล ประกอบด้วย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในพื้นที่ตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้แทนผู้สูงอายุ องค์กรเอกชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้แทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

๕. สนับสนุนให้เกิดเวทีการขับเคลื่อนของภาคีเครือข่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เกิดการจัดทำข้อตกลง กฎ กติกาและธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุ