



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่
ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป
กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๑๒๓
ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการ
ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๕
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๑๔ ราย ดังนี้

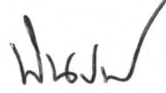
<u>ลำดับที่</u>	<u>ชื่อ-สกุล</u>	<u>ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ</u>	<u>ส่วนราชการ</u>
๑.	นายบัณฑิต บุญขันธุ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
๒.	นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
๓.	นางพัชราภรณ์ ศิริคุณ	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานประกันสุขภาพ
๔.	นางวิภาภรณ์ สิงห์ทอง	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ) ชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลเชิงइन กลุ่มงานการพยาบาล
๕.	นางศิริรัตน์ สัตนา	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ) ชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลบุณฑริก กลุ่มงานการพยาบาล

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๖.	นางนุชนาท ศุภลักษณ์	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ) ชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลม่วงสามสิบ กลุ่มงานการพยาบาล
๗.	นางศุภนาฏ วงศ์คุณ	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ) ชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก กลุ่มงานการพยาบาล
๘.	นางสาวธีรรา โลมรัตน์	เภสัชกร ชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค
๙.	นางน้ำผึ้ง โนนรัตน์	เภสัชกร ชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค
๑๐.	นางสาวสุรส ลีลาศ	เภสัชกร ชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลสิรินธร กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค
๑๑.	นางกัญทิมา เรืองแสน	เภสัชกร ชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนาตาล กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค
๑๒.	นางรัชณี ขุมเงิน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการพิเศษ	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านก้อใน
๑๓.	นายจิรายุ สุวรรณศรี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์) ชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลน้ำขุ่น
๑๔.	นายวรุตม์ เกตุศิริ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์) ชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลดอนมดแดง

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายพิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)

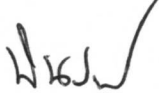
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

รักษาราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

**บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี**

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นายบดีนทร์ บุญจันทร์	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้ง กลุ่มงานบริหารสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๗๗๔๖๑	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ	๗๕๘๘๐	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๒	นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโสม กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๗๗๒๓๖	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๗๕๘๘๙	เลื่อนระดับ ๑๐๐%


 (นายพิทักษ์พงษ์ จันทรแดง)
 นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ
 รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนชั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี


ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๓	นางพัชราภรณ์ ศิริคุณ	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</u> <u>กลุ่มงานประกันสุขภาพ</u> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๗๕๙๒๘	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</u> <u>กลุ่มงานประกันสุขภาพ</u> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๗๕๙๒๕	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๔	นางวิภาภรณ์ สิงห์ทอง	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</u> <u>โรงพยาบาลเชิงโน</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u> <u>งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก</u> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๗๖๑๐๙	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</u> <u>โรงพยาบาลเชิงโน</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u> หัวหน้าพยาบาล(พยาบาลวิชาชีพ) ชำนาญการพิเศษ	๗๖๐๙๐	เลื่อนระดับ ๑๐๐%


(นายพิทักษ์พงษ์ จันทรแดง)

นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ
 รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

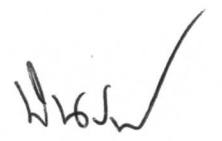
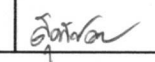
บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๕	นางศิริรัตน์ สัตนา	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</u> <u>โรงพยาบาลบุณฑริก</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u> <u>งานการพยาบาลผู้คลอด</u> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๗๖๔๘๑	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</u> <u>โรงพยาบาลบุณฑริก</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u> หัวหน้าพยาบาล(พยาบาลวิชาชีพ) ชำนาญการพิเศษ	๗๖๔๖๙	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๖	นางนุชนาด ศุภลักษณ์	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</u> <u>โรงพยาบาลม่วงสามสิบ</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u> <u>งานการพยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อและงานจ่ายกลาง</u> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๗๖๗๐๐	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</u> <u>โรงพยาบาลม่วงสามสิบ</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u> หัวหน้าพยาบาล(พยาบาลวิชาชีพ) ชำนาญการพิเศษ	๗๖๖๘๙	เลื่อนระดับ ๑๐๐%


(นายพิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)
นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



**บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี**

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๗	นางศุภนาฏ วงศ์คุณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลตระการพิรุณ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๗๖๕๓๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก กลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าพยาบาล(พยาบาลวิชาชีพ) ชำนาญการพิเศษ	๑๕๔๓๔๔	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๘	นางสาวธีรรา โลมรัตน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค เภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	๑๕๔๒๗๓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค เภสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	๑๕๔๒๗๓	เลื่อนระดับ นางสาวธีรรา โลมรัตน์ 95% นายตุลการ นาคพันธ์ 5%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน "การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีโรคร่วมเบาหวานและมีภาวะตับอักเสบ : กรณีศึกษา" ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยวัณโรค" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"		ชื่อผลงานส่งประเมิน "การประเมินประสิทธิผลของยาฟิวโรราเวียร์ในผู้ป่วยโควิด - 19 ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี" ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแบบ Intensive ADR Monitoring โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"		
		 (นายพิทักษ์พงษ์ จันทรแดง) นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ				

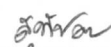
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนชั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๙	นางน้ำผึ้ง โนรีรัตน์	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</u> <u>โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น</u> <u>กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค</u> เภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	๑๕๔๔๔๗	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</u> <u>โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม</u> <u>กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค</u> เภสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	๑๕๔๕๕๖	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๑๐	นางสาวสุวรรส ลีลาศ	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</u> <u>โรงพยาบาลสิรินธร</u> <u>กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค</u> เภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	๑๕๔๕๗๙	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</u> <u>โรงพยาบาลสิรินธร</u> <u>กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค</u> เภสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	๑๕๔๕๗๙	เลื่อนระดับ ๑๐๐%

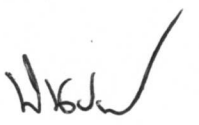
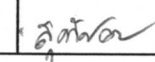

(นายพิทักษ์พงษ์ จันทรแดง)

นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ



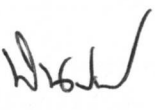
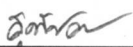
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนชั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑๑	นางกัญทิมา เรืองแสน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลเขมราฐ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค เภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	๑๕๖๐๐๔	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนาตาล กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค เภสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	๙๖๓๓๐	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน "ผลของการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมต่อปัญหาการใช้ยาต้านไวรัสเออาร์วีในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี"				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การประเมินประสิทธิภาพและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสเออาร์วีตามแนวทางการรักษาใหม่ โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				
๑๒	นางรัชณี ขุมเงิน	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งบอน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการ	๗๗๗๗๙๐	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านก้อใน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการพิเศษ	๗๗๗๗๙๘	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน "รูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งบอน"				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "แนวทางการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				
		 (นายพิทักษ์พงษ์ จันทรแดง) นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ		 ส.จิติน		

รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑๓	นายจิรายุ สุวรรณศรี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลน้ำขุ่น กลุ่มงานการแพทย์ นายแพทย์ชำนาญการ	๑๗๓๑๔๖	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลน้ำขุ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล(นายแพทย์) ชำนาญการพิเศษ	๑๗๓๑๔๖	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน "ศึกษาความต้องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี"				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการทำงานในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี" รายละเอียดเค้าโครงการผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				
๑๔	นายวรุตม์ เกตุสิริ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลน้ำขุ่น กลุ่มงานการแพทย์ นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)	๑๘๑๖๔๒	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลดอนมดแดง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล(นายแพทย์) ชำนาญการพิเศษ	๑๖๔๘๑๔	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน "ผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี"				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี" รายละเอียดเค้าโครงการผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				
		 (นายพิทักษ์พงษ์ จันทรแดง) นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
						

- งานด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตและสารเสพติดในชุมชน
- งานด้านการควบคุมและป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)
- งานด้านการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในพื้นที่ เช่น ไข้เลือดออก มือเท้าปาก หัด
- ปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรค ควบคุมกำกับประสานงานและปฏิบัติงานควบคุม ป้องกันโรคที่สำคัญในเขตอำเภอ

5) งานบริการให้การปรึกษา

- บริการให้การปรึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง
- บริการให้การปรึกษาศลินิกโรคเรื้อรัง
- บริการให้การปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต
- บริหารให้คำปรึกษาแนะนำทางการปฏิบัติและทางวิชาการแก่แพทย์ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

งานด้านวิชาการ

- 1) ให้คำปรึกษาและถ่ายทอดองค์ความรู้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่บุคลากรและนักศึกษา ให้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
- 2) ปรับปรุงจัดทำฐานข้อมูลหรือระบบสารสนเทศที่เกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุขให้สอดคล้องกับภารกิจของหน่วยงาน
- 3) ศึกษา วิจัย และพัฒนาเทคโนโลยีและแนวทางเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันรักษาโรค เพื่อให้องค์ความรู้ทางวิชาการแพทย์ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับสภาวการณ์
- 4) วิเคราะห์และสรุปผลการศึกษาสภาวะสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน เพื่อวางแผนการดำเนินงานทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง ผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดอุบลราชธานี
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่าง มกราคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2565
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) หมายถึง อาการผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้สมองขาดเลือดและเนื้อเยื่อสมองตายซึ่งเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด อาการและความรุนแรงของโรคขึ้นกับตำแหน่งและขนาดของรอยโรค เช่น อาการอ่อนแรง หรือชาที่ใบหน้าและแขนขา กลืนลำบาก พูดไม่ชัด เห็นภาพซ้อน โดยอาการคงอยู่ไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง รายที่รุนแรงอาจถึงเสียชีวิต โรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่⁽¹⁾ คือ

1. โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) เป็นชนิดของหลอดเลือดสมองที่พบได้กว่า 80% ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่แล้วมักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือดจนทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็ง โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ยังแบ่งออกได้อีก 2 ชนิดย่อย ได้แก่

1) โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (thrombotic stroke) เป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปยังสมองได้

2) โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (embolic stroke) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมองได้อย่างเพียงพอ

2. โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก หรือ ฉีกขาด ทำให้เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อเยื่อสมอง พบได้น้อยกว่าชนิดแรก คือประมาณร้อยละ 20 สามารถแบ่งได้อีก 2 ชนิดย่อย ๆ ได้แก่

1) โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (aneurysm) เกิดจากความอ่อนแอของหลอดเลือด

2) โรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ (arteriovenous malformation) ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองตั้งแต่กำเนิด

3.2 แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย⁽²⁾

การฟื้นฟูสมรรถภาพมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจกรรมหรือคงระดับความสามารถที่มีอยู่เดิม โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ ศาสนา ศึกษา สังคม อาชีพ หรือกระบวนการอื่น เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ ส่วนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์มักประกอบด้วยกิจกรรมทางกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การทำกายอุปกรณ์เสริม/เทียม การเลือกใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเพิ่มหรือคงระดับความสามารถได้

การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์มีระยะการให้บริการที่ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเฉียบพลันในกรณีที่ผู้ป่วยยังต้องได้รับการรักษาโรค (rehabilitation in acute phase) โดยมีเป้าหมายเพื่อคงระดับความสามารถและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคหรือเกิดจากการนอนโรงพยาบาลนาน เมื่อผู้ป่วยหายจากโรคแต่ยังไม่สามารถกลับมาทำกิจกรรมได้เป็นปกติจะเข้าสู่การให้บริการระยะฟื้นฟู (subacute rehabilitation) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจกรรมให้สูงที่สุดเท่าที่ศักยภาพของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวย และหลังจากนั้นจะเป็นการฟื้นฟูในระยะยาว (long term หรือ maintenance phase) เพื่อคงระดับความสามารถไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

หากผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถต่ำลงจากโรคหรือมีความพิการไม่ได้รับการฟื้นฟูที่เหมาะสมภายหลังการรักษาโรคอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและภาวะพึ่งพิง จำเป็นต้องมีผู้ดูแล ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

3.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) หมายถึง การบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง ที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ⁽³⁾

วัตถุประสงค์หลักของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง⁽³⁾ หรือ Intermediate care คือ เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็น อาทิ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (acute brain injury) และผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (spinal cord injury) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่ความพิการ และพัฒนาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้ดีขึ้น จนผู้ป่วยส่วนหนึ่งสามารถช่วยเหลือตนเอง กลับมาทำงานและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้

วัตถุประสงค์รอง คือ ลดความแออัดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (acute brain injury) และผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (spinal cord injury) ในโรงพยาบาลศูนย์หรือ

โรงพยาบาลทั่วไป และยังเพิ่มอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งนับเป็นการจัดสรรทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพในพื้นที่⁽³⁾

3.4 การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพระยะกลาง (intermediate care) ในประเทศไทย⁽⁴⁾

คือระบบที่เชื่อมโยงการบริการของหน่วยบริการสาธารณสุข เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระยะพลัน (acute care) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) และการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (long term care) ซึ่งระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) จะเน้นการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการผ่านพ้นวิกฤตและมีอาการคงที่แล้ว แต่ยังคงมีความบกพร่องบางส่วนที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายอย่างน้อย 10 – 15 ชั่วโมงต่อเดือน ต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน ตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน โดยบุคลากรทางสุขภาพ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ การทำกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ ทั้งการกลับสู่สังคมได้เต็มศักยภาพ การบริการดูแลสุขภาพระยะกลาง อาจจัดแบ่งได้เป็น 2 ระดับ ระดับแรก คือ ที่โรงพยาบาล (hospital - based intermediate care) สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นและความต้องการการดูแลรักษาต่อเนื่องอย่างมาก จำเป็นต้องมีบุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพต่างๆ ด้านสุขภาพเข้าร่วมให้บริการช่วยเหลือดูแล และระดับที่สองคือที่ชุมชน (community - based intermediate care) สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นและความต้องการการดูแลรักษาต่อเนื่อง⁽⁵⁾ โดยบุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพน้อยลงกว่าการบริการที่โรงพยาบาล

การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) ในระยะแรกมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วย ใน 4 กลุ่มโรค ได้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke), ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (traumatic brain injury) ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (spinal cord injury) และกระดูกสะโพกหัก (hip fracture) โดยมีรูปแบบการให้บริการดังต่อไปนี้⁽⁴⁾

1. รูปแบบการให้บริการแบบผู้ป่วยในเป็นการให้บริการแบบ Intermediate bed/ward

1) Intermediate bed เป็นการให้บริการ IPD rehab program ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วัน/สัปดาห์ หรือ 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care)

2) Intermediate ward เป็นการให้บริการ Less-intensive IPD rehab program ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดยโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งควรมีการให้บริการ Intermediate bed อย่างน้อยแห่งละ 2 เตียง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่ระดับอำเภอ รูปแบบนี้ผู้ป่วยจะได้รับบริการกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดได้ครบตามมาตรฐาน แต่อาจส่งผลต่อความไม่สะดวกของผู้ป่วยและญาติที่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน

2. รูปแบบการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก เป็นบริการฟื้นฟูผู้ป่วยนอกตามความถี่ที่เหมาะสม เช่น 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ ผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาที/ครั้งอย่างน้อย 24 ครั้ง ภายใน 6 เดือน โดยข้อดีของรูปแบบนี้คือผู้ป่วยและญาติไม่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องเดินทางมาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางและอาจมาไม่ครบตามที่กำหนด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดไม่ครบตามมาตรฐานที่ควรได้รับ

3. การให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน กรณีผู้ป่วยที่ยังมีความบกพร่องทางกายแต่ไม่สามารถมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกได้ ควรได้รับการบริการในรูปแบบของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ นักกายภาพบำบัดและทีมสหวิชาชีพ ให้บริการร่วมกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ โดยการออกให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน ผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 10 – 15 ชั่วโมงต่อเดือน ในช่วง 1 เดือนแรก หลังจากนั้นติดตามเดือนละ 2 ครั้ง ผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่อง แต่ผู้ดูแลต้องทำกายภาพบำบัดตามคำแนะนำของทีมสหวิชาชีพอย่างเคร่งครัด⁽³⁾

3.4 องค์ประกอบของการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การฟื้นฟูจะประสบความสำเร็จในการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมได้จริง ต้องประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ⁽⁶⁾ คือ

1. กระบวนการดูแล (process of care) กระบวนการดูแลที่มีประสิทธิภาพ มีการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการประชุมทีมอย่างสม่ำเสมอ ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูเสมอ รูปแบบการประเมินผลที่มีมาตรฐาน ขั้นตอนการวินิจฉัยที่แม่นยำ และมีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ภายใน 1-4 สัปดาห์หลังป่วย กระบวนการดูแลที่ผู้ป่วยสมควรจะได้รับ คือ การประเมินภาวะกลืน ภายใน 72 ชั่วโมง การประเมินด้านกิจกรรมบำบัดภายใน 72 ชั่วโมง การประเมินเรื่องงานและสังคมภายใน 72 ชั่วโมง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การประเมินทักษะที่จำเป็นของผู้ดูแล และการกำหนดเป้าหมายในการฟื้นฟู

2. ระยะเวลาในการฟื้นฟู (timing of stroke rehabilitation) ยิ่งผู้ป่วยฟื้นระยะเฉียบพลันเร็วเท่าไร และได้รับการฟื้นฟูเร็วเท่าไรจะยิ่งส่งผลต่อการฟื้นตัวที่เร็วขึ้นเท่านั้น

3. รูปแบบโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้น (high intensity of program) โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมทั้งระยะเวลาที่ฝึก (duration) ความถี่ (frequency) ความหนักของโปรแกรม (intensity) และประเภทของบุคลากรฟื้นฟูที่เกี่ยวข้อง (healthcare worker) เป็นสิ่งสำคัญมากเพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้รวดเร็วตามศักยภาพที่มี จนสามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันในสังคมอย่างอิสระตลอดจนหลงเหลือความพิการน้อยที่สุด สรุปได้ว่ารูปแบบของโปรแกรมมีความสำคัญมากเพราะส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย โดยความหนักของโปรแกรมควรมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ชั่วโมงต่อวัน อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ เน้นที่การฝึกกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) เป็นโรคที่พบบ่อย มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นทุกปี อีกทั้งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและพิการและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก^(1, 7) จากรายงานกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2557 – 2561 เท่ากับ 38.7, 43.3, 48.7, 47.8 และ 47.1 ตามลำดับ และอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2556 – 2560 เท่ากับ 366.81, 352.30, 429.85, 451.38 และ 467.47 ตามลำดับ ซึ่งยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและจากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2557 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1⁽⁸⁾ สำหรับเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2660-2563 เท่ากับ 249.37, 269.83, 279.95 และ 303.45 ซึ่งมีแนวโน้มสูงมากขึ้น⁽⁹⁾

ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข จึงมีนโยบายให้โรงพยาบาลทุกแห่งต้องพัฒนาระบบบริการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (acute conditions) และมีอาการคงที่ (medically stable) แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จากทีมสหวิชาชีพ ตามระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care)⁽²⁾ อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่ม

สมรรถนะร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ⁽³⁾ โดยกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งต้องมีเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยระยะกลางอย่างน้อยแห่งละ 2 เตียง (intermediate bed หรือ intermediate ward) และต้องกำหนดรูปแบบบริการผู้ป่วยระยะกลางในสถานบริการสุขภาพทุกระดับของหน่วยบริการ ได้แก่ งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยในและงานบริการในชุมชน⁽¹⁰⁾

ในอดีตโรงพยาบาลสิรินธรให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางยังไม่เป็นระบบ ขาดความเชื่อมโยงกันระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน แต่ปัจจุบันมีการให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก การเยี่ยมเพื่อให้บริการที่บ้าน การฝึกอบรมอาสาสมัครในท้องถิ่นหรือครอบครัว เพื่อให้การดูแลฟื้นฟูตนเอง ซึ่งมีรูปแบบบริการที่หลากหลายขึ้นกับความพร้อมของผู้ให้บริการและตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยเป็นการสร้างระบบบริการเชื่อมโยงกันระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน มุ่งหวังให้ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูมีสมรรถนะด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในระบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางครบ 6 เดือนแล้วจำหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยระยะกลางระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 30 เมษายน 2565 โดยทุกหัตถการทำโดยแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในระบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลสิรินธร ครบ 6 เดือน แล้วจำหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยระยะกลางระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 30 เมษายน 2565 โดยทุกหัตถการทำโดยแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติในเกณฑ์คัดเลือกเข้า 35 คน

เกณฑ์คัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุ 18 ปีขึ้นไป
- 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องหรือสูญเสียสมรรถภาพอย่างน้อย 1 ด้าน เช่น การเคลื่อนไหว การทำกิจกรรม การสื่อความหมาย การขับถ่าย การกลืน เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตหรือเข้าสังคม
- 3) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาการคงที่ภายในช่วง 6 เดือนแรกตั้งแต่เริ่มมีอาการ

เกณฑ์คัดเลือกออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นอัลไซเมอร์
- 2) มีโรคร่วมทางอายุรกรรมที่ควบคุมไม่ได้ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ
- 3) มีระดับการรับรู้และเชาวน์ปัญญาผิดปกติ
- 4) ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง ได้แก่ ภาวะติดเชื้อมีโรคติดต่อรุนแรง โรคหัวใจ ภาวะข้อ หรือกระดูกเคลื่อน หรือ แตก หรือ หัก มะเร็งตรงตำแหน่งที่ทำหัตถการ
- 5) โรคหลอดเลือดสมองเป็นซ้ำ (recurrent stroke)
- 6) ไม่มาตรวจรักษาตามนัด หรือ เสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิรินธร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 30 เมษายน 2565

2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index : BI) ประกอบการประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม คือ 1) การรับประทานอาหาร (feeding) 2) การล้างหน้าแปรงฟันหวีผม (grooming) 3) การลุกนั่งจากที่นอน (transfer) 4) การใช้ห้องสุขา (toilet use) 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (mobility) 6) การสวมใส่เสื้อผ้า (dressing) 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (stairs) 8) การอาบน้ำ (bathing) 9) การกลั้นการถ่ายอุจจาระ (bowels) 10) การกลั้นปัสสาวะ (bladder) ซึ่งแต่ละกิจกรรมมีคะแนนเต็มต่างกันตามความยากง่ายของการทำกิจกรรมตั้งแต่ 0 – 3 คะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 20 คะแนน งานวิจัยนี้แบ่งการสูญเสียสมรรถภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน⁽¹¹⁾ เป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับรุนแรง (severity disabled, BI <11) ระดับปากกลาง (moderate disabled, BI =11-14) ระดับเล็กน้อย (mild disabled, BI =15-19) และระดับปกติ (physically independent, BI =20) ซึ่งแบบประเมิน BI มีความเที่ยงตรง (validity) และความน่าเชื่อถือ (reliability) ของแบบประเมินสูงโดยความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) อยู่ที่ 0.53-0.94⁽¹²⁾ ค่าความสอดคล้องภายในเนื้อหาของแบบประเมินอยู่ที่ alpha= 0.89-0.9022 และยังมีความสัมพันธ์สูงกับแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมอื่นอีกด้วย⁽¹³⁾

3. แบบประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ (motor power) โดยแพทย์จะทำการตรวจทั้ง 4 ulyang แบ่งระดับดังนี้⁽¹¹⁾ กล้ามเนื้อเป็นอัมพาต หรือ แขนหรือขาไม่มีการเคลื่อนไหวเลย (เกรด หรือ ระดับ 0) กล้ามเนื้อไม่มีแรงหดตัวแต่ยกกล้ามเนื้อหดตัวได้ หรือ มีการเคลื่อนไหวปลายนิ้วมือ-เท้าได้เล็กน้อย (เกรด หรือ ระดับ 1) กล้ามเนื้อมีแรงที่จะเคลื่อนไหวแนวราบกับพื้น ไม่สามารถต้านแรงโน้มถ่วงโลกได้ (เกรด หรือ ระดับ 2) แขนหรือขาสามารถยกได้ แต่ต้านแรงที่กดไว้ไม่ได้ (เกรด หรือ ระดับ 3) แขนหรือขาสามารถยกได้ แต่ต้านแรงที่กดได้น้อยกว่าปกติ (เกรด หรือ ระดับ 4) และแขนหรือขามีกำลังปกติ (เกรด หรือ ระดับ 5)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตผู้อำนวยการในการคัดลอกเวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลสิรินธร
2. สืบค้นข้อมูลจำนวนและรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากเวชระเบียนโรงพยาบาลและที่คลินิกกายภาพบำบัด
3. คัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในระบบการบำบัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลสิรินธร ครบ 6 เดือน แล้วจำหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 30 เมษายน 2565
4. โปรแกรมการบำบัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลสิรินธร จำนวน 24 สัปดาห์⁽¹¹⁾ เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤติแล้ว ดังนี้
 - (1) แพทย์ทบทวนประวัติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และประเมินความสามารถการทำกิจวัตรประจำวัน ด้วยแบบดัชนีบาร์เธล (barthel index: BI) ประเมินประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ (motor power) เพื่อวางแผนให้การฟื้นฟูสภาพตามศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย
 - (2) กิจกรรมเสริมสร้างความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับฝึกทักษะผู้ดูแลเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยตามความต้องการและความจำเป็นที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมแจกเอกสารแผ่นพับ
 - (3) การฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน 5 วัน (IPD intensive rehabilitation program) ประกอบด้วย
 - กิจกรรมกายภาพบำบัดฟื้นฟู วันละ 1 ชั่วโมง รวม 5 ครั้ง ได้แก่ นักกายภาพบำบัดฝึกทักษะการออกกำลังกายแขนและขา เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การยืดกล้ามเนื้อเพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ

ฝึกการทรงตัวการเคลื่อนย้ายและการเดินขึ้นลงบันได

- กิจกรรมนวดตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย วันละ 1 ชั่วโมง รวม 2-3 ครั้ง

- กิจกรรมการทางพยาบาลฟื้นฟู ป้องกันการสำลักอาหาร ป้องกันแผลกดทับ ดูแลระบบขับถ่าย ฝึกทักษะผู้ดูแลในการใส่สายสวนปัสสาวะ การใส่สายยางกระเพาะอาหาร

- กิจกรรมประเมินภาวะโภชนาการ แนะนำการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย

(4) การฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก (OPD intensive rehabilitation program) ประกอบด้วยกิจกรรมกายภาพบำบัดฟื้นฟู 45 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 24 ครั้งภายใน 6 เดือน และกิจกรรมนวดตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย รวม 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์

(5) การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (home visit rehabilitation) อย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน ในช่วง 6 เดือนเพื่อได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฝึกทักษะผู้ป่วย การฝึกทักษะผู้ดูแลในการใส่สายสวนปัสสาวะ การใส่สายยางกระเพาะอาหาร การจัดเตรียมอาหารผู้ป่วย การดูแลสุขอนามัยของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย

(6) โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยและญาติ (telemedicine) เพื่อสอบถามสภาพผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน

5. คัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (barthel index) ประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ (motor power) แกร็บและหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ 1 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 6 เดือน

6. บันทึกและรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนลงในแบบฟอร์ม

7. ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับและไม่นำไปเปิดเผยเพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย การรายงานผลการศึกษาในภาพรวมไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่กลุ่มตัวอย่าง

8. ข้อมูลเหล่านี้จะถูกเก็บไว้เป็นระยะเวลา 1 ปี และจะทำลายข้อมูลเหล่านี้ด้วยเครื่องทำลายเอกสาร ส่วนข้อมูลในคอมพิวเตอร์จะถูกลบจากคอมพิวเตอร์ทั้งหมด

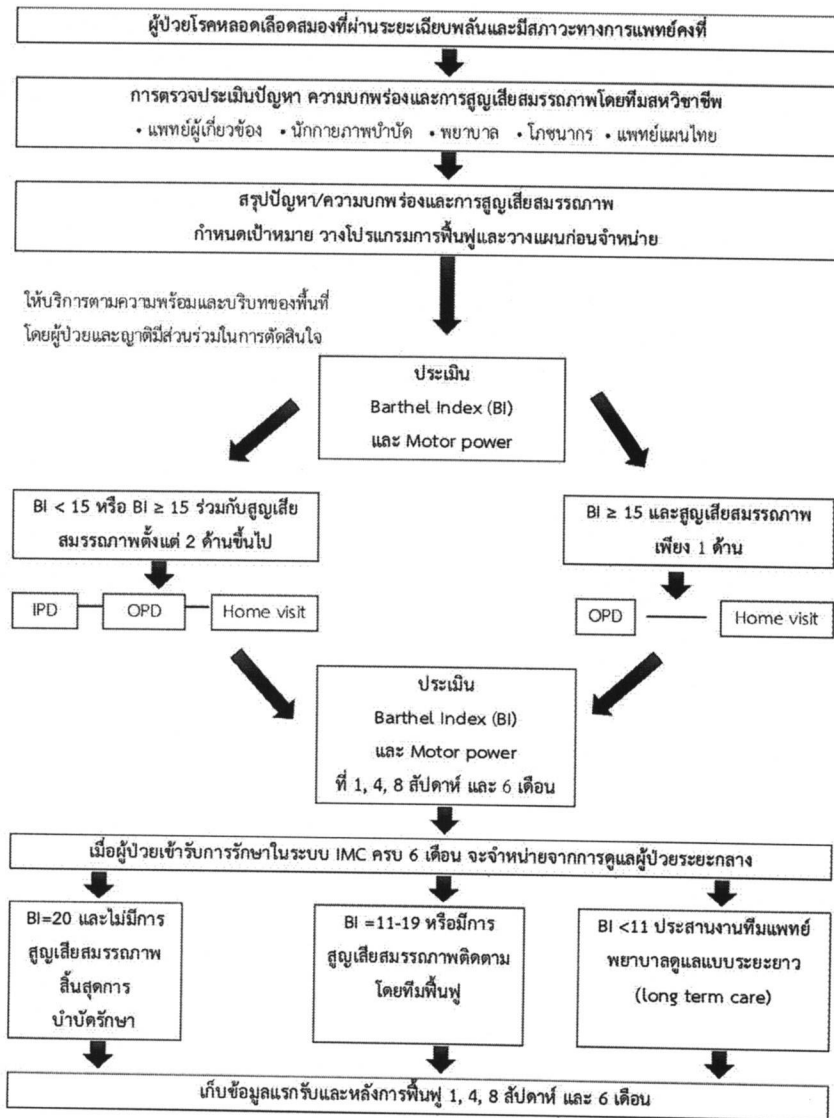
9. ตรวจสอบข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก ใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ chi-square test เปรียบเทียบข้อมูลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่ม 2 ตัวแปรที่มีมาตรวัดนามบัญญัติหรือมาตรวัดเชิงอันดับ และใช้สถิติ paired sample t-test เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (barthel index) และระดับกำลังของกล้ามเนื้อ (motor power) ก่อนและหลังการเข้ารับการบำบัดรักษา และวิเคราะห์การวัดซ้ำเพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และประเมินกำลังของกล้ามเนื้อก่อนและหลังการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง 1, 4, 8 สัปดาห์ และ 6 เดือน ด้วย repeated measurement ANOVA การศึกษานี้ใช้ระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภาพที่ 1 แนวทางการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู



5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 เชิงปริมาณ

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 35 ราย เพศหญิงร้อยละ 51.43 อายุเฉลี่ย 56.14 ± 13.98 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 29.13 ± 9.55 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่วนใหญ่มีลูกเป็นผู้ดูแลร้อยละ 34.29 เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (ischemic stroke) ร้อยละ 85.71 มีอาการอ่อนแรงแขนขาทั้งหมด (quadriplegia) ร้อยละ 48.57 ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในตามด้วยผู้ป่วยนอกสลับกับเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 80.00 และ แบบผู้ป่วยนอกสลับกับแบบเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 20.00

2. ผลด้านกำลังกล้ามเนื้อ

หลังฟื้นฟูสมรรถภาพครบ 6 เดือนพบว่ากำลังกล้ามเนื้อแขนขา (motor power) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ดังแสดงตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 วิเคราะห์การวัดซ้ำเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกำลังกล้ามเนื้อก่อนและหลังฟื้นฟูสมรรถภาพ (n35)

Motor power	แรกรับ	1 สัปดาห์	4 สัปดาห์	8 สัปดาห์	6 เดือน	p-value
Right arm grade	2.66±1.55	2.83±1.50	3.20±1.41	3.40±1.21	3.91±0.98	<0.001*
Left arm grade	2.49±1.40	2.71±1.48	2.86±1.37	3.37±1.33	3.77±1.19	<0.001*
Right leg grade	3.11±1.58	3.06±1.51	3.29±1.25	3.71±1.07	3.86±0.97	<0.001*
Left leg grade	3.40±1.41	3.63±1.37	3.69±1.27	3.94±1.23	4.17±1.04	<0.001*

(*) Statistically significant at $p < 0.05$, repeated measurement ANOVA

3. ผลด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

หลังฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนพบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (barthel index : BI) ทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จาก BI 6.11±5.78 เป็น 15.43±5.43, $p < 0.001$) (ดังแสดงตารางที่ 2) กิจวัตรประจำวันที่พบว่าผู้ป่วยสามารถช่วยตัวเองได้หลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ การล้างหน้าแปรงฟันหวีผม (grooming) ร้อยละ 91.43 การอาบน้ำ (bathing) ร้อยละ 82.86 การรับประทานอาหาร (feeding) ร้อยละ 71.43 การสวมใส่เสื้อผ้า (dressing) ร้อยละ 68.57 การใช้ห้องสุขา (toilet use) ร้อยละ 65.71 การกลั้นปัสสาวะ (bladder) ร้อยละ 65.71 การกลั้นการถ่ายอุจจาระ (bowels) ร้อยละ 60.00 การลุกนั่ง (transfer) ร้อยละ 48.57 การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (mobility) ร้อยละ 45.71 และการขึ้นลงบันได (stairs) ร้อยละ 40.00 (ดังแสดงตารางที่ 3) การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่หายเป็นปกติหรือไม่มีการสูญเสียสมรรถภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 25.71 (9 ราย) ผู้ป่วยที่การสูญเสียสมรรถภาพยังอยู่ในระดับรุนแรงต้องประสานงานทีมแพทย์พยาบาลดูแลแบบระยะยาว (long term care) ร้อยละ 20 (7 ราย) และผู้ป่วยที่การสูญเสียสมรรถภาพระดับเล็กน้อยถึงปานกลางหรือดีขึ้นบางส่วนต้องติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพต่อ ร้อยละ 45.71 (16 ราย) และ 8.57 (3 ราย) (ดังแสดงตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 วิเคราะห์การวัดซ้ำเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังฟื้นฟูสมรรถภาพ (n35)

Barthel Index	แรกรับ	1 สัปดาห์	4 สัปดาห์	8 สัปดาห์	6 เดือน	p-value
Feeding	0.63±0.69	0.80±0.71	0.97±0.56	1.46±0.70	1.66±0.59	<0.001*
Grooming	0.34±0.48	0.43±0.50	0.63±0.49	0.86±0.35	0.91±0.28	<0.001*
Transfer	0.83±1.04	0.94±0.99	1.26±0.91	1.97±0.95	2.29±0.78	<0.001*
Toilet Use	0.60±0.69	0.83±0.74	1.00±0.64	1.29±0.62	1.57±0.65	<0.001*
Mobility	0.86±0.91	1.06±0.99	1.34±0.93	1.69±0.90	2.20±0.93	<0.001*
Dressing	0.49±0.61	0.63±0.69	0.94±0.59	1.29±0.75	1.63±0.59	<0.001*
Stairs	0.34±0.48	0.49±0.65	0.91±0.78	1.06±0.72	1.26±0.70	<0.001*
Bathing	0.14±0.35	0.40±0.49	0.54±0.50	0.80±0.40	0.83±0.38	<0.001*
Bowels	0.86±0.77	0.89±0.79	1.26±0.88	1.49±0.78	1.49±0.70	<0.001*
Bladder	1.03±0.85	0.94±0.80	1.34±0.90	1.51±0.74	1.60±0.60	<0.001*
Total	6.11±5.78	7.40±6.23	10.20±6.07	13.40±6.19	15.43±5.43	<0.001*

(*) Statistically significant at $p < 0.05$, repeated measurement ANOVA

ตารางที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังฟื้นฟูสมรรถภาพ (n35)

Barthel Index	ก่อนฟื้นฟู		หลังฟื้นฟู		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การรับประทานอาหาร (feeding)					
0 คะแนน ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้	17	48.57	2	5.71	
1 คะแนน ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย	14	40.00	8	22.86	
2 คะแนน ช่วยตัวเองได้	4	11.43	25	71.43	
Mean±SD (คะแนน)	0.63±0.69		1.66±0.59		<0.001*
การล้างหน้าแปรงฟันหวีผม (grooming)					
0 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือ	23	65.71	3	8.57	
1 คะแนน ทำได้เอง	12	34.29	23	91.43	
Mean±SD (คะแนน)	0.34±0.48		0.91±0.28		<0.001*
การลุกนั่ง (transfer)					
0 คะแนน ไม่สามารถนั่งได้	19	54.29	0	0.00	
1 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือ	6	17.14	7	20.00	
2 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือบ้าง	7	20.00	11	31.43	
3 คะแนน ทำได้เอง	3	8.57	17	48.57	
Mean±SD (คะแนน)	0.83±1.04		2.29±0.78		<0.001*
การใช้ห้องสุขา (toilet use)					
0 คะแนน ช่วยตัวเองไม่ได้	18	51.43	3	8.57	
1 คะแนน ทำเองได้บ้าง	13	37.14	9	25.71	
2 คะแนน ช่วยตนเองได้ดี	4	11.43	23	65.71	
Mean±SD (คะแนน)	0.60±0.69		1.57±0.65		<0.001*
การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (mobility)					
0 คะแนน เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	17	48.57	3	8.57	
1 คะแนน ต้องใช้รถเข็นช่วย	6	17.14	3	8.57	
2 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย	12	34.29	13	37.14	
3 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	0	0.00	16	45.71	
Mean±SD (คะแนน)	0.86±0.91		2.20±0.93		<0.001*

ตารางที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังฟื้นฟูสมรรถภาพ (ต่อ)

Barthel Index	ก่อนฟื้นฟู		หลังฟื้นฟู		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การสวมใส่เสื้อผ้า (dressing)					
0 คะแนน ต้องมีคนสวมใส่ช่วย	20	57.14	2	5.71	
1 คะแนน ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50	13	37.14	9	25.71	
2 คะแนน ช่วยตัวเองได้ดี	2	5.71	24	68.57	
Mean±SD (คะแนน)	0.49±0.61		1.63±0.59		<0.001*
การขึ้นลงบันได (stairs)					
0 คะแนน ไม่สามารถทำได้	23	65.71	5	14.29	
1 คะแนน ต้องการคนช่วย	12	34.29	16	45.71	
2 คะแนน ขึ้นลงได้เอง	0	0.00	14	40.00	
Mean±SD (คะแนน)	0.34±0.48		1.26±0.70		<0.001*
การอาบน้ำ (bathing)					
0 คะแนน ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	30	85.71	6	17.14	
1 คะแนน อาบน้ำเองได้	5	14.29	29	82.86	
Mean±SD (คะแนน)	0.14±0.35		0.83±0.38		<0.001*
การกลั่นถ่ายอุจจาระ (bowels)					
0 คะแนน กลั่นไม่ได้	13	37.14	4	11.43	
1 คะแนน กลั่นไม่ได้บางครั้ง	14	40.00	10	28.57	
2 คะแนน กลั่นได้เป็นปกติ	8	22.86	21	60.00	
Mean±SD (คะแนน)	0.86±0.77		1.49±0.70		<0.001*
การกลั่นปัสสาวะ (bladder)					
0 คะแนน กลั่นไม่ได้	12	34.29	2	5.71	
1 คะแนน กลั่นไม่ได้บางครั้ง	10	28.57	10	28.57	
2 คะแนน กลั่นได้เป็นปกติ	13	37.14	23	65.71	
Mean±SD (คะแนน)	1.03±0.85		1.60±0.60		<0.001*

(*) Statistically significant at $p < 0.05$, paired sample t-test

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับการสูญเสียสมรรถภาพ (n35)

การสูญเสียสมรรถภาพ	ก่อนฟื้นฟู n (%)	หลังฟื้นฟู n (%)	X ²	p-value
รุนแรง (severity disabled, BI <11)	25 (71.43)	7 (20.00)	3.50	0.061
ปานกลาง (moderate disabled, BI =11-14)	3 (8.57)	3 (8.57)	0.30	0.57
เล็กน้อย (mild disabled, BI =15-19)	7 (20.00)	16 (45.71)	0.02	0.86
ปกติ (physically independent, BI =20)	0 (0.00)	9 (25.71)	N/A	N/A

(*) Statistically significant at $p < 0.05$, Chi-square test, N/A=not available

5.2 เชิงคุณภาพ

การศึกษานี้ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน สามารถเพิ่มสมรรถนะร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดภาวะทุพพลภาพได้ เป็นการช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจกรรมให้สูงที่สุดเท่าที่ศักยภาพของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวยและหลังจากนั้นจะเป็นการฟื้นฟูในระยะยาว

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1) มีรูปธรรมของบทบาทที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับมาดำรงชีวิตอิสระให้ได้มากที่สุด

2) ได้ข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนารูปแบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่ควรได้รับการฟื้นฟู ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (spinal cord injury : SCI) และผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (traumatic brain injury : TBI) ที่พ้นระยะเฉียบพลันและมีสถานะทางการแพทย์คงที่ ส่งต่อจากโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ไปยังโรงพยาบาลชุมชน

3) เพื่อขับเคลื่อนและสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ส่งเสริมให้มีการบูรณาการระบบบริการร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแรงผลักดันให้เกิดบริการที่มีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1) ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางเป็นการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้บุคลากรวิชาชีพในการให้บริการ ไม่สามารถฝึกบุคลากรทั่วไปเพื่อให้บริการแทนได้

2) โรงพยาบาลมีปัญหาด้านบุคลากรและงบประมาณไม่เพียงพอทำให้บางสาขาวิชาชีพไม่สามารถออกไปให้การฟื้นฟูที่บ้านได้ทุกครั้ง จำเป็นต้องปรับปรุงการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เข้ากับบริบท

3) การจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง อาจจัดได้หลายลักษณะ แต่ควรคำนึงถึงเป้าหมายสำคัญที่สุดของการจัดรายการดังกล่าวอยู่ที่จำนวนชั่วโมงกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดที่ผู้ป่วยควรได้รับ

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างน้อยทำให้ต้องทำการศึกษาย้อนหลังในสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว จึงไม่สามารถควบคุม หรือ ค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการศึกษา แต่ต้องอาศัยผู้อื่นในการวัดและการบันทึกค่าที่ถูกต้อง

9. ข้อเสนอแนะ

1) แพทย์ควรมีส่วนในการผลักดันให้เกิดระบบการให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง เป็นคนคอยเชื่อมต่อ ระบบ ทั้งจากการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันมาถึงการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยระยะกลางไป

จนถึงการดูแลที่บ้าน

2) การออกแบบระบบบริการผู้ป่วยระยะกลางจำเป็นต้องมีส่วนร่วมของบุคลากร หน่วยงานที่ดูแลงบประมาณ ดังนั้นโรงพยาบาลชุมชนต้องออกแบบระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงบริการ ที่สามารถการลดอัตราความพิการและลดค่าใช้จ่ายในระยะยาวในการดูแลผู้ป่วยในอนาคัดได้

3) ศึกษาพบว่ายังคงมีผู้ป่วยบางส่วนที่ต้องติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพต่อ หรือ ต้องประสานงานทีมแพทย์พยาบาลดูแลแบบระยะยาว (long term care) ซึ่งควรมีการทบทวนถึงปัจจัยที่ทำให้การฟื้นฟูไม่ประสบผลสำเร็จในผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้

4) เนื่องจากรูปแบบของโปรแกรมมีความสำคัญมากเพราะส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการประเมินรูปแบบการบริการและประเมินทักษะที่จำเป็นของผู้ดูแลและการกำหนดเป้าหมายในการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องทุกปี

5) ควรมีการศึกษาต้นทุน ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังระยะเฉียบพลันด้วยรูปแบบการดูแลระยะกลาง ในรูปแบบต่างๆ เช่น แบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และเยี่ยมบ้านในชุมชน ว่าแบบไหนได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดเหมาะกับโรงพยาบาลชุมชนที่ลดต้นทุนทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

เรื่อง ผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี

จำนวนหน้า (เนื้อหา/ภาคผนวก)	วัน เดือน ปี ที่เผยแพร่	แหล่งเผยแพร่
..... หน้า	(ปีที่.....ฉบับที่ เดือน..... ISSN	ชื่อวารสาร

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) นายวรุตม์ เกตุสิริ สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *ว/*


(นายวรุตม์ เกตุสิริ)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ


(วันที่)22...../.....ก.ค...../ 2565

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายวรุฒม์ เกตุศิริ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายพิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
(วันที่)/...../.....
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายสุวิทย์ โรจนศักดิ์โสธร)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
(วันที่)/...../.....
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

เพื่อขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์) ระดับชำนาญการพิเศษ

1. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

2. หลักการและเหตุผล

วัณโรคเป็นโรคระบาดร้ายแรงสามารถเกิดขึ้นได้กับเกือบทุกอวัยวะของร่างกาย เช่น ปอด เยื่อหุ้มปอด ลำไส้ กระดูก ผิวหนัง ต่อมน้ำเหลือง เยื่อหุ้มหัวใจ แต่ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอดซึ่งแพร่เชื้อได้ง่าย⁽¹⁴⁾ สามารถวินิจฉัยวัณโรคปอดจากอาการแสดง เช่น อาการไอมากกว่าหรือเท่ากับ 2 สัปดาห์ ไอเป็นเลือด มีอาการไอหรือไข้ หรือน้ำหนักลดหรือเหงื่อออกตอนกลางคืนโดยไม่ทราบสาเหตุ ประกอบกับผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกและการตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคร่วมกัน^(14, 15) รายงานวัณโรคระดับโลกโดยองค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report 2021) คาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2563 อุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ของโลกสูงถึง 9.9 ล้านคน (127 ต่อแสนประชากร)⁽¹⁶⁾ ส่วนอุบัติการณ์วัณโรคของประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมามีแนวโน้มลดลง แต่อัตราการค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในประเทศไทยปี พ.ศ. 2558 - 2562 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบร้อยละ 53, 57, 74, 80 และ 84 ตามลำดับ ลดลงในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 82 และในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำเท่ากับร้อยละ 85⁽¹⁷⁾ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคในปี พ.ศ. 2573 คือ ลดอัตราการอุบัติการณ์วัณโรคลงร้อยละ 90 ลดจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยวัณโรคลงร้อยละ 95 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2558⁽¹⁸⁾ สำหรับประเทศไทยได้จัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570) เพื่อให้การดำเนินงาน ป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคของประเทศเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง ยุทธศาสตร์ที่ 2 ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการป้องกันดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน และยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม การป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค^(19, 20)

ประเทศไทยจึงกำหนดให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรค เพื่อให้การดำเนินงาน ป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคของประเทศเป็นไป อย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ⁽¹⁹⁾ ซึ่งหัวใจสำคัญของการรักษาวัณโรค ต้องมีทีมสนับสนุนและนโยบายที่ชัดเจน โดยสนับสนุนทั้งงบประมาณ บุคลากร เครื่องมือการตรวจวินิจฉัย สูตรยาที่ต้องใช้ในการรักษา เพื่อดูแลผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวมและกำกับดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาทุกวันตามที่กำหนดไว้ นอกจากนั้นต้องมีการเฝ้าระวังติดตามผลข้างเคียงจากการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ทุกภาคส่วนจะต้องร่วมมือกันในการยุติปัญหาวัณโรคตามเป้าหมายที่ตั้งไว้⁽¹⁴⁾

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

โรงพยาบาลสิรินธร ได้ตระหนักถึงปัญหาและความรุนแรงของวัณโรคมาตลอด ซึ่งการทำงานให้เกิดผลสำเร็จจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานสาธารณสุขต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มาร่วมดำเนินการกรมควบคุมโรค จึงได้กำหนดมาตรการจุดเน้นและกรอบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรควัณโรค ซึ่งมีแนวทางดังนี้ คือ เร่งค้นหา รักษาอย่าง ถูกต้อง ป้องกันวัณโรคต่อยา และมีเป้าหมายของ จุดเน้น คือ “ค้นหาให้พบ จบด้วยหาย รักษาสำเร็จกว่า 90 ชาตยาน้อยกว่า 5” ซึ่งหมายถึงทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ต้องร่วมกันเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงงานข้ามชาติ ผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ต้องขัง ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยโรค เรื้อรังอื่น เช่น โรคไตวายเรื้อรัง โรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น เมื่อค้นพบผู้ป่วยก็ต้องเข้ารับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นตามมาตรฐานสากลจนกว่าจะหายขาด โดยมีเป้าหมายว่า อัตราการรักษาหายต้องมากกว่าร้อยละ 90

แต่จากการวิเคราะห์การดำเนินงานควบคุมวัณโรคของโรงพยาบาลสิรินธร ปี พ.ศ. 2562-2564 พบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ อัตราการขาดยา ร้อยละ 4.1, 5.5 และ 7.3 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 5.00) อัตราการรักษาสำเร็จ ร้อยละ 88.1, 85.2 และ 84.2 ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (เป้าหมายร้อยละ 90) (ตารางที่ 1) ทั้งนี้ได้มีการพัฒนาคลินิกวัณโรคที่ดูแลโดยทีมสหวิชาชีพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 แต่พบว่า การดูแลผู้ป่วยวัณโรคยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน ขาดการทบทวนการดำเนินงาน จึงมีแนวคิดพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ เพื่อแก้ปัญหาให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายและตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานวัณโรคพื้นที่อำเภอสิรินธร ปี พ.ศ. 2562-2564

ผลการดำเนินงาน	เกณฑ์	ปี 2562 (ร้อยละ)	ปี 2563 (ร้อยละ)	ปี 2564 (ร้อยละ)
อัตราการขาดยา	ไม่เกินร้อยละ 5	4.1	5.5	7.3
อัตราการเยี่ยมบ้านระยะเข้มข้น 2 เดือนแรก	ร้อยละ 90	65.5	53.2	56.7
การเยี่ยมบ้านระยะต่อเนื่อง	ร้อยละ 90	35.2	22.4	30.1
อัตราความสำเร็จในการรักษา	ร้อยละ 90	88.1	85.2	84.2

แนวคิด

1. วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB)

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium tuberculosis จัดอยู่ในกลุ่ม Mycobacterium tuberculosis complex วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80) วัณโรคมีลักษณะเป็นรูปแท่ง หนาประมาณ 0.3 ไมโครเมตร ยาวประมาณ 2 - 5 ไมโครเมตร เมื่อย้อมด้วยวิธี Ziehl-Neelsen จะติดสีแดง เชื้อวัณโรคไม่มีแคปซูล ไม่สร้างสปอร์ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ อาศัยออกซิเจนในการเจริญเติบโต เชื้อวัณโรคที่อยู่ในละอองฝอยเมื่อผู้ป่วยไอหรือจามออกมา สามารถลอยอยู่ในอากาศได้นานถึง 30 นาที เชื้อวัณโรคถูกทำลายด้วยหลายปัจจัยได้แก่ สารเคมีบางชนิด ความร้อน แสงแดดและแสงอัลตราไวโอเล็ต โดยแสงแดดสามารถทำลายเชื้อวัณโรคในเสมหะได้ใช้เวลา 20 - 30 ชั่วโมง เชื้อวัณโรคในเสมหะแห้งที่ไม่ถูกแสงแดดอาจมีชีวิตอยู่ได้นานถึง 6 เดือน ความร้อนสามารถทำลายเชื้อวัณโรคได้ที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 20 นาที (14, 15, 21)

อาการและอาการแสดงวัณโรคปอด (14, 15, 21)

อาการของวัณโรคปอดส่วนใหญ่มักค่อยเป็นค่อยไปด้วยอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด ร่วมกับอาการครั่นเนื้อครั่นตัวหรือมีไข้ต่ำตอนค่ำ มีเหงื่อออกตอนกลางคืน ต่อมาจึงมีอาการไอ ในระยะแรกมีอาการไอแห้งๆ ต่อมาอาการไอเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะเวลาตื่นนอนตอนเช้า ผู้ป่วยอาจรู้สึกแน่นหรือเจ็บหน้าอกเมื่อมีอาการไอ อาการไออาจเรื้อรังนานเป็นเดือน ในรายที่อาการหนักมักมีอาการไอเป็นก้อนเลือดสีแดงหรือดำ ในรายที่อาการน้อยอาจไม่มีอาการใดๆ เลย อาจตรวจพบโดยบังเอิญจากการเห็น "จุด" ที่ปอดจากฟิล์มเอกซเรย์ บางรายอาจมีอาการเป็นไข้หนาวสั่น โดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่อาจมีการแพร่กระจายของเชื้อไปยังอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งก่อให้เกิดวัณโรคตามอวัยวะต่างๆ ได้เช่นเยื่อหุ้มสมอง ต่อม้ำเหลือง ไต ฯลฯ

การตรวจวินิจฉัยโรค (14, 15, 21)

ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่จะทราบว่าเป็นวัณโรคเมื่อมีอาการแสดง แต่มีอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่รู้ว่าตนกำลังป่วยเป็นวัณโรค อาการของวัณโรคเป็นได้ทั้งอาการทั่วไป และหรืออาการแสดงของวัณโรคปอด หรืออาการที่สัมพันธ์กับอวัยวะที่เป็นโรค การวินิจฉัยจึงมีทั้งการตรวจอาการทางคลินิก ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ได้แก่การเก็บตัวอย่างนำมาย้อมเชื้อ (acid-fast) หรือเพาะเชื้อ วิธีการตรวจหาเชื้อวัณโรคโดยการย้อมสีทึบกรดและตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์เป็นวิธีที่ประหยัดและให้ผลรวดเร็วมาก แต่มีข้อเสียในเรื่องของความไว (sensitivity) สำหรับวิธีการเพาะแยกเชื้อนั้นว่าเป็นวิธีที่ให้ผลถูกต้องแม่นยำและเป็นวิธีที่ให้ข้อยุติของการวินิจฉัยวัณโรค วิธีนี้ยอมรับว่าเป็น Gold standard รังสีวินิจฉัยของวัณโรค เนื่องจากพยาธิสภาพส่วนใหญ่ของผู้ป่วยวัณโรคมักเกิดขึ้นบริเวณปอด ดังนั้นการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพื่อประกอบการวินิจฉัยจึงเป็นเรื่องที่จำเป็น ภาพรังสีทรวงอกมีความไว (sensitivity) ค่อนข้างสูง แต่มีความจำเพาะ (specificity) ค่อนข้างต่ำ การใช้ภาพรังสีทรวงอกกับอาการทางคลินิกเพื่อการวินิจฉัยโดยไม่มีการตรวจย้อมเชื้อทางห้องปฏิบัติ จึงมีโอกาสผิดพลาดได้ ถึงแม้ว่าไม่มีลักษณะจำเพาะของวัณโรคต่อการตรวจทางรังสีทรวงอกที่ผิดปกติ การทดสอบทูเบอร์คูลิน เป็นการทดสอบการติดเชื้อมัยโคแบคทีเรีย แต่มีประโยชน์น้อยมากในการวินิจฉัยวัณโรค ผลทูเบอร์คูลิน “บวก” ไม่ได้บ่งชี้การเป็นวัณโรค ในทำนองเดียวกันกับผล “ลบ” ก็ไม่สามารถจะแปลผลว่าไม่เป็นวัณโรค การทดสอบทูเบอร์คูลินจะมีประโยชน์มากในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ไม่เคยได้รับวัคซีน BCG ผลการทดสอบเป็น “บวก” จะบ่งชี้ถึงสภาวะการติดเชื้อวัณโรค ซึ่งมีโอกาสที่จะเป็นวัณโรคในระยะลุกลามง่ายกว่าผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตามการให้วัคซีน BCG อาจจะทำให้การแปลผลทูเบอร์คูลินในเด็กยากยิ่งขึ้น รวมทั้งภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสทำให้การแปลผลแตกต่างออกไปด้วย ปัจจุบันพบว่ามียาใหม่ๆ

เพื่อช่วยในการค้นหาและวินิจฉัยวัณโรคมีทั้งวิธีการใช้ปฏิกิริยาระหว่าง antigen และ antibody เช่น วิธีการ ELISA หรือวิธีการทางพันธุกรรม เช่น วิธีปฏิกิริยาลูกโซ่พอลิเมอเรสหรือพีซีอาร์ (polymerase chain reaction: PCR) เป็นต้น

นิยามผลการรักษา^(22, 23)

- 1) รักษาหาย (cured) หมายถึง ผู้ป่วยรักษาครบ โดยไม่มีหลักฐานว่าล้มเหลว และมีผลเพาะเชื้อเป็นลบอย่างน้อย 3 ครั้งติดต่อกันในระยะต่อเนื่องห่างกันไม่น้อยกว่า 30 วัน
 - 2) รักษาครบ (treatment completed) หมายถึงรักษาครบ แต่ผลเพาะเชื้อไม่มีหรือมีผลเพาะเชื้อเป็นลบน้อยกว่า 3 ครั้งในระยะต่อเนื่อง
 - 3) ล้มเหลว (treatment failed) หมายถึงยุติการรักษา หรือมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนสูตรยาอย่างน้อย 2 ชนิด
 - 4) ตาย (died) หมายถึง ตายระหว่างการรักษาไม่ว่าด้วยสาเหตุใด
 - 5) ขาดยา (lost to follow-up) หมายถึง ขาดการรักษามากกว่า 2 เดือนติดต่อกัน
 - 6) ผู้ป่วยที่โอนออก (transfer out) หมายถึง ผู้ป่วยที่โอนออกไปรักษาที่อื่น และไม่ทราบผลการรักษา
 - 7) ผู้ป่วยที่กำลังรักษา (on treatment) หมายถึง ผู้ป่วยที่กำลังรักษาอยู่ ซึ่งยังไม่ทราบผลสุดท้ายของการรักษา
 - 8) ประเมินผลไม่ได้ (not evaluated) หมายถึง ไม่สามารถประเมินผลการรักษาได้ เช่น การเปลี่ยนการวินิจฉัย ขึ้นทะเบียนผิดประเภท
- หมายเหตุ รักษาสำเร็จ (treatment success) หมายถึง ผลรวมของรักษาหาย (cured) กับรักษาครบ (treatment completed)

2. แนวปฏิบัติกำกับการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรค

สถานบริการสาธารณสุขควรจัดให้มีสถานที่อำนวยความสะดวกต่อการรับประทานยาของผู้ป่วย (DOT corner) ซึ่งประกอบด้วยสถานที่เก็บยาที่มีอุณหภูมิที่เหมาะสม ไม่ให้ถูกแสงแดด จัดเตรียมยาเป็นชุด (package) ต่อมื้อและมีแบบบันทึกการรับประทานยา การฉีดยา เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องและต่อเนื่องตลอดการรักษาโดยมีแนวทางปฏิบัติ⁽²²⁾ ดังนี้

- 1) ตรวจสอบความถูกต้องของยารับประทานสำหรับผู้ป่วย ก่อนให้รับประทานยาต่อหน้า หลังจากนั้นจึงฉีดยา ถ้ามีหลายมื้อให้มอบหมายให้ อสม. หรือ ญาติ ตามความเหมาะสม
- 2) บันทึกการรับประทานยาและฉีดยา ในประวัติผู้ป่วยหรือสมุดกำกับการรับประทานยา
- 3) ให้ผู้ป่วยนอนพักประมาณ 10-15 นาที เพื่อสังเกตอาการ
- 4) ให้กำลังใจ ถามปัญหาและประเมินความเสี่ยงหรืออุปสรรคต่อการรักษาที่อาจเกิดกับผู้ป่วย ซึ่งอาจนำมาซึ่งการขาดยา เช่น การต้องย้ายถิ่นอาศัย
- 5) สังเกตหรือสอบถามอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากยาทุกครั้ง เช่น มีอาการหุ้อหรือเดินเซตามัว ชาปลายมือปลายเท้า เป็นต้น ในกรณีที่อาการข้างเคียงชัดเจนให้ปรึกษาแพทย์และพยาบาล
- 6) สอบถามอาการ ชั่งน้ำหนัก สอบถามเรื่องการตั้งครรภ์และโรคร่วมอื่นๆ
- 7) ให้คำแนะนำเรื่องการไปรับยาตามนัด การเก็บเสมหะส่งตรวจ ตามแนวทางแผนงานวัณโรคแห่งชาติ
- 8) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มารับประทานยา (แม้เพียง 1 วัน) ให้ติดตามผู้ป่วยทันที หากไม่พบผู้ป่วยหรือไม่ได้ข้อมูล ให้แจ้งเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค โดยแจ้งผลให้ผู้ป่วยทราบเป็นระยะๆ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้

ผลการรักษาเป็นระยะๆ แต่ต้องใช้คำอธิบายที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วย มีแรงจูงใจในการรักษาต่อเนื่องจนครบกำหนด

3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care model) ⁽²⁴⁾ 6 องค์ประกอบ ได้แก่

1) นโยบายและทรัพยากรของชุมชน (community resources and policy) หน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีการประสานงานเพื่อเชื่อมโยงชุมชนและองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ตระหนักและสนับสนุนทรัพยากรพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2) หน่วยงานบริการสุขภาพ (health systems organization of health care) ระบบสุขภาพที่สนับสนุนจากผู้บริหาร โดยผู้บริหารมีการกำหนดนโยบายและสนับสนุนให้สถานบริการทุกระดับ ให้มีความสำคัญในการพัฒนา ระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีโครงสร้างการเบิกจ่ายหรือตอบแทนการดูแลรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3) การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความมั่นใจในการจัดการดูแล ความเจ็บป่วย จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือ หรือวิธีที่ใช้ในการดูแลตนเอง สามารถประเมินปัญหาอุปสรรคและความสำเร็จในการดูแลตนเองเป็นระยะๆอย่างสม่ำเสมอ

4) การออกแบบระบบการให้บริการ (delivery system design) ระบบบริการที่เชื่อมโยงตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วย มีการปรับระบบบริการ ที่สามารถเชื่อมโยงกันในสถานบริการทุกระดับอย่างมีคุณภาพ มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรเพื่อการวางแผนดูแลผู้ป่วย ระยะยาว รวมทั้ง ระบบการดูแลภาวะเฉียบพลัน

5) การสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support) และระบบสารสนเทศทางคลินิก (clinical information system) มีแนวทางเวชปฏิบัติที่มีหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ เป็นแนวทางในการ ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำหรับสถานบริการทุกระดับ รวมทั้งการจัดให้มีระบบให้คำปรึกษาเมื่อมีความพร้อมเพียงพอ

6) ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information system) มีระบบสารสนเทศทางคลินิกที่ช่วยสนับสนุนและส่งผ่านข้อมูลถึงกัน เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เป็นไปตามแนวทาง

ข้อเสนอแนะที่จะดำเนินการเพื่อให้ปรับปรุงพัฒนาระบบงานมีดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการ กำหนดระยะเวลาดำเนินงานขั้นเตรียมการ ระหว่าง ตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลที่เกี่ยวข้องรวบรวมแนวคิด ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการพัฒนา กำหนดกลุ่มเป้าหมาย และสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพัฒนานี้ทำการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายหลัก 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่รับผิดชอบด้านวิโรคในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสิรินธร กลุ่มผู้ป่วยวิโรครายใหม่อำเภอสิรินธรและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยวิโรค ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มเจ้าหน้าที่รับผิดชอบด้านวิโรค คือ กลุ่มเจ้าหน้าที่รับผิดชอบด้านวิโรคในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสิรินธร จำนวน 28 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่คลินิกวิโรค จำนวน 4 คน ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่รับผิดชอบด้านวิโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 7 คน ได้แก่ รพ.สต.แก่งศรีโคตร รพ.สต.ช่องเม็ก รพ.สต.หัวสะพาน รพ.สต.นิคม 2 รพ.สต.คันเปือย รพ.สต.คันไร่ รพ.สต.คำก้อม ผู้รับผิดชอบงานวิโรคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธาตุพนม จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 7 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ป่วยวิโรค คือ กลุ่มผู้ป่วยวิโรครายใหม่อำเภอสิรินธร ที่ได้ขึ้นทะเบียนในฐานข้อมูล TBCM online และอยู่ในความดูแลของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสิรินธร ตั้งแต่ ตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566

เครื่องมือในการประเมินผล

แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิโรคปอด โดยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสิรินธร แบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา จำนวนสมาชิกครอบครัว สถานพยาบาล เลี่ยงกำกับการรับประทานยา จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวิโรคในชุมชนของผู้ป่วยวิโรคปอด จำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 3 ระดับ มีข้อคำถามทั้งด้านบวก และด้านลบ การให้คะแนน โดยที่ข้อคำถามด้านบวก ทุกครั้ง 2 คะแนน บางครั้ง 1 คะแนน ไม่เคยเลย 0 คะแนน ข้อคำถามด้านลบ ทุกครั้ง 0 คะแนน บางครั้ง 1 คะแนน ไม่เคยเลย 2 คะแนน คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวิโรคในชุมชนของของกลุ่มผู้ป่วยวิโรคปอดและผู้ดูแลผู้ป่วยวิโรคปอด จากการตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งกลุ่มคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- พฤติกรรมระดับดี คือ มีคะแนนพฤติกรรมร้อยละ 80.00-100
- พฤติกรรมระดับปานกลาง คือ มีคะแนน พฤติกรรมร้อยละ 60.00-79.00
- พฤติกรรมการระดับต่ำ คือ คะแนนความรู้ร้อยละ 0.00-59.00

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยวิโรคปอด โดยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสิรินธร จำนวน 6 ข้อ เป็น ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 ถึง 5 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ พึงพอใจมากที่สุด ให้ 5 คะแนน พึงพอใจมากให้ 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง ให้ 3 คะแนน พึงพอใจน้อย ให้ 2 คะแนน พึงพอใจน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน การแปลผล ดังนี้

- ความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 3.67-4.99
- ความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66
- ความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพระดับระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33

ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการ ใช้แนวคิดแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁽²⁵⁾ ร่วมกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรครื้อรัง (chronic care model)⁽²⁴⁾ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

ศึกษาข้อมูลสถานการณ์และประเมินสภาพปัญหาการดำเนินงานด้านวัณโรค โดยการสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคแบบมีส่วนร่วม เพื่อนำไปกำหนดแผนปฏิบัติการและกำหนด แนวทางในการพัฒนา (ดังแสดงตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสิรินธร

ประเด็น	ปัญหา
ด้านผู้ป่วยวัณโรค	<ul style="list-style-type: none">- ผลการดูแลรักษาวัณโรคยังไม่บรรลุเป้าหมาย ผู้ป่วยยังขาดยาและไม่มาติดตามอาการตามนัด ในรายที่มีโรคร่วมจิตเวช ติดสุรา และขาดผู้ดูแล- ผู้ป่วยวัณโรคขาดความรู้ความเข้าใจ ด้านพฤติกรรมดูแลตนเอง และการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน
ด้านทีมดูแล	<ul style="list-style-type: none">- บุคลากรในระดับพื้นที่มีภาระงานมากทำให้มีปัญหาในการประสานงาน ส่งต่อข้อมูลและการกำกับกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วย ระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ด้านระบบบริการและชุมชน	<ul style="list-style-type: none">- ผู้ป่วยที่อาการสงสัยวัณโรคได้รับการตรวจวินิจฉัยล่าช้า ผู้ป่วยต้องเดินติดต่อหลายจุดในวันที่มีการรักษา- ไม่มีติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล- การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนไม่เป็นแนวทางเดียวกัน- การเยี่ยมติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่ครอบคลุมเนื่องจากภาระงานมาก พาหนะที่ใช้ในการออกเยี่ยมไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่จะเป็นหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และญาติในการกำกับติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วย- ขาดการเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับภาคีเครือข่าย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสิรินธร

ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care model) ⁽²⁴⁾ 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1. นโยบายและทรัพยากรของชุมชน (community resources and policy)

การจัดรูปแบบบริการให้เครือข่ายบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการ เพื่อการดำเนินงานที่เชื่อมต่อกันในพื้นที่ ตามขั้นตอนดังนี้

- (1) จัดตั้งคณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดูแลผู้ป่วยวัณโรค
- (2) กำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงาน “คืนชีพพบ จบด้วยหาย รักษาสำเร็จกว่า 90 ขาดยาน้อยกว่า 5”
- (3) กำหนดบทบาทหน้าที่การดูแลผู้ป่วยวัณโรคของเครือข่ายบริการสุขภาพ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 บทบาทหน้าที่การดูแลผู้ป่วยวัณโรคของเครือข่ายบริการสุขภาพ

เครือข่ายบริการสุขภาพ	บทบาทหน้าที่
แพทย์	ให้การรักษิตตาม clinical practice guideline
เภสัชกร	แนะนำและค้นหาปัญหาการรับประทานยา
พยาบาลวิชาชีพ	คัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการเสี่ยงต่อวัณโรค
	ประสานงานเครือข่ายจัดทำแผนการดูแลและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
นักวิชาการสาธารณสุข	ดูแลโปรแกรมสำเร็จรูปในการจัดการข้อมูลทางคลินิก
	ให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมและการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนสำหรับผู้ป่วยวัณโรค
เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	รับแจ้ง case จากคลินิกวัณโรค
	ติดตามให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและครอบครัว นำการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน คัดเลือกผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วย
	ประเมินติดตามการรักษาของผู้ป่วย
	คัดกรองผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	รับข้อมูลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ เฝ้าระวังติดตามกำกับการรับประทานยา (DOT)
	เป็นทีมพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยาในค้่มรับผิดชอบ
	ให้คำแนะนำคนในชุมชนเกี่ยวกับวัณโรคเมื่อมีคนไข้ในค้่ม
	แจ้งเตือนผู้ป่วยเมื่อถึงวันนัดรับยา

2. หน่วยงานบริการสุขภาพ (health systems organization of health care)

กำหนดแนวทางที่ครอบคลุมและขึ้นากการปฏิบัติงานภายในองค์กรโดยรวม คือ นโยบาย แผนงาน โครงการ การจัดสรรเรื่อง เงิน คน ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เชื่อมโยงกัน สนับสนุนให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อการดูแลผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

(1) จัดรูปแบบเป็นห้องตรวจแยกโรค โดยมีระบบการระบายอากาศที่ได้มาตรฐาน แยกจากผู้ป่วยทั่วไป และจัดทำเป็นระบบ one stop service รวมถึงมีห้องเก็บตรวจเสมหะที่ได้มาตรฐานเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ

(2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคกับผู้รับผิดชอบงานวัณโรค เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เรื่องโรค ยา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การใช้โปรแกรม NTIB Thailand การจัดการตนเองของผู้ป่วยและการสอบสวนโรค

3. การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support)

เน้นการให้เน้นความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น (knowledge) การเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivation) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง (self efficacy) พุดคุยเรื่องปัญหาที่พบและร่วมกันคิดแก้ไขปัญหา

(1) จัดทำปฏิทินเตือนใจ ใส่ใจการรับประทานยา ป้องกันผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง มียาเหลืออยู่จำนวนมาก โดยส่วนใหญ่เกิดจากการลืมรับประทานยา จำไม่ได้ว่ารับประทานยาหรือยังหรือจากผลข้างเคียงของยาทำให้ไม่อยากรับประทานยาต่อ

(2) ให้ความรู้ผู้ป่วยตามแผนที่ย่างไว้เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยใช้สื่อการสอนที่พัฒนาขึ้น ประเมินความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรคปอด

(3) มีช่องทางการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติโดยมีช่องทางติดต่อกับเจ้าหน้าที่หากมีปัญหา ระหว่างรับประทานยา เช่น โทรศัพท์ หรือ Line application

(4) หากมีปัญหาอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาได้ ต้องจัดให้มีการส่งยาถึงบ้านโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจัดยาส่งให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำการส่งต่อยาให้ผู้ป่วย

(5) การเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพให้ความรู้โรคการรับประทานยา โดยใช้นวัตกรรมสื่อการสอนโรควัณโรค 5 รู้ ประกอบด้วย (1) รู้การจัดสภาพแวดล้อม เพื่อการป้องกันควบคุมเชื้อวัณโรค (2) รู้เรื่องโรควัณโรค อาการโรควัณโรค (3) รู้เรื่องยารักษาวัณโรค (4) รู้เรื่องการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง และ (5) รู้ผลข้างเคียงจากยา

4. การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery system design)

ยึดหลักการประเมิน 4 ด้าน ด้านระบบคัดกรอง ด้านการรักษา ด้านการประสานเครือข่าย ด้านการติดตามผู้ป่วย ดังนี้

ด้านระบบคัดกรอง

(1) ระบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการเสี่ยงต่อวัณโรค จัดระบบทางด่วนสำหรับผู้ป่วยทางเดินหายใจ ถ้ามีอาการที่สงสัยวัณโรค ผู้ป่วยจะได้รับการส่งไปเอกซเรย์เลยก่อนพบแพทย์ หลังจากนั้นจะนั่งรอตรวจในส่วนของผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ (Fast track TB)

(2) ผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดวัณโรคคือยา ได้รับการส่งตรวจเสมหะเพื่อค้นหาเชื้อวัณโรคคือยา (GeneXpert TB test)

ด้านการรักษา

(1) จัดให้มี standing order ที่ชัดเจนสำหรับแพทย์เพื่อความสะดวกในการให้การรักษานักป่วยในทุกจุดบริการ

(2) จัดให้มีแพทย์ให้คำปรึกษาในกรณีผู้ป่วยมีความซับซ้อนในการวินิจฉัยและรักษา โดยต้องได้รับคำตอบภายใน 24 ชั่วโมง จากผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของโรงพยาบาล

(3) การพัฒนาระบบพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาวัณโรค (DOT) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขแทนญาติเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา โดยใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วย บันทึกการรับประทานยาหรือบัตรบันทึกการรับประทานยา (DOT card)

ด้านการประสานเครือข่าย

(1) ติดต่อกับโทรศัพท์และสร้างระบบ Line application ของคลินิกวัณโรคเพื่อเป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารส่งข้อมูลผู้ป่วยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(2) ติดต่อกับโทรศัพท์เพื่อแจ้งเตือนนัดผู้ป่วยล่วงหน้าหรือต้องการเลื่อนวันนัดให้คำปรึกษา ตอบข้อสงสัยหรืออาการข้างเคียงจากการรับประทานยาหรือกระบวนการรักษาพยาบาล

ด้านการติดตามผู้ป่วย

(1) สร้างเครือข่ายเชื่อมโยงผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคกับโรงพยาบาลผ่านทาง Line application

(2) ติดต่อกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งล่วงหน้า ผ่านทางระบบเครือข่ายและมีการติดตามผู้ป่วยหลังจากส่งต่อไปแล้วเป็นระยะจนกระทั่งจบการรักษา

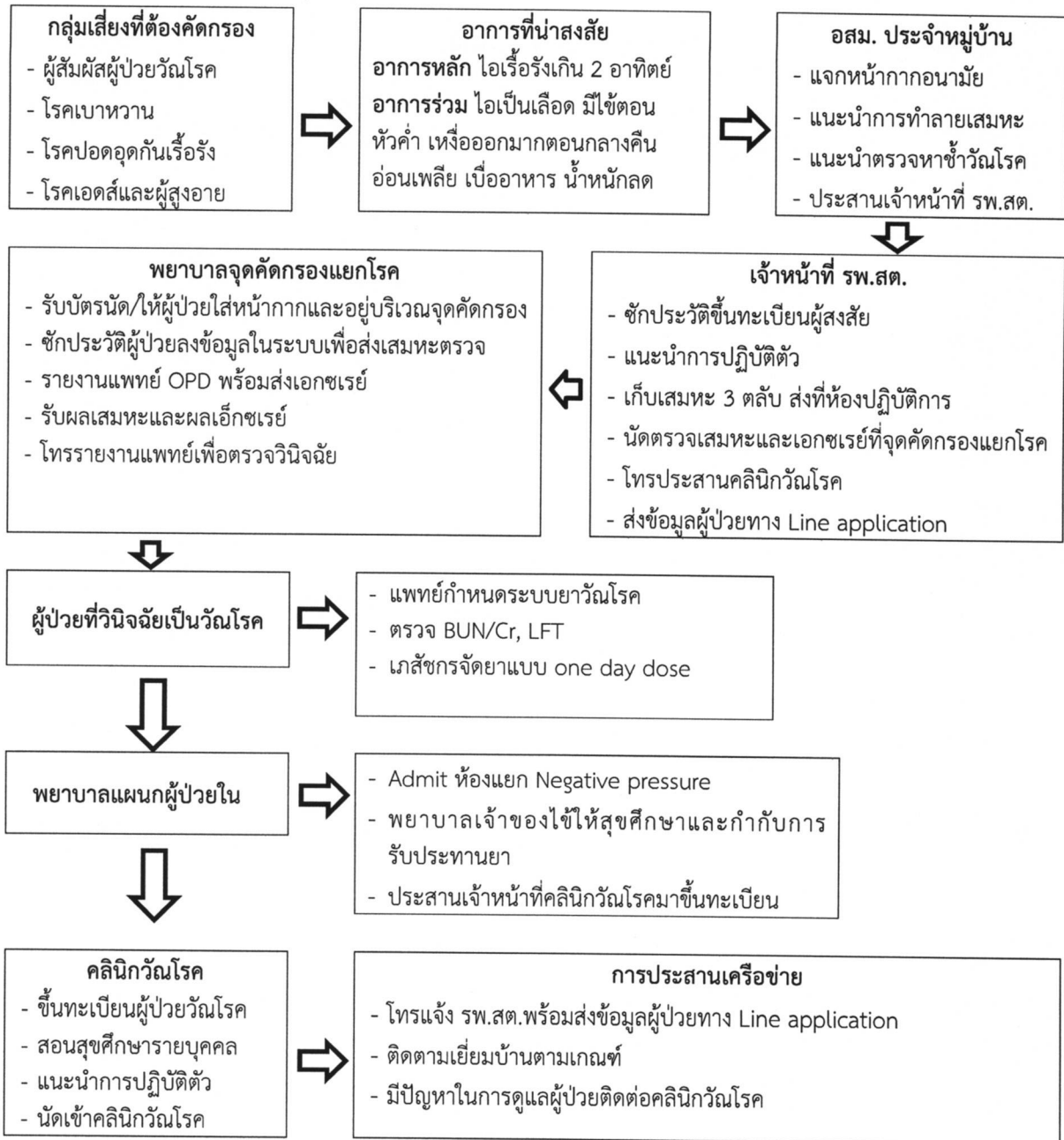
(3) เยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับชุมชน “5 เครือข่ายวัณโรค ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลคลินิกวัณโรค นักวิชาการสาธารณสุขทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team, SRRT) และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.” เพื่อค้นหาผู้สัมผัสโรค พร้อมให้คำแนะนำในการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรคปอด โทรศัพท์แจ้งเตือนนัดผู้ป่วยล่วงหน้าทุกราย รวมทั้งโทรติดตามทันทีกรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัดหมาย

5. การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support)

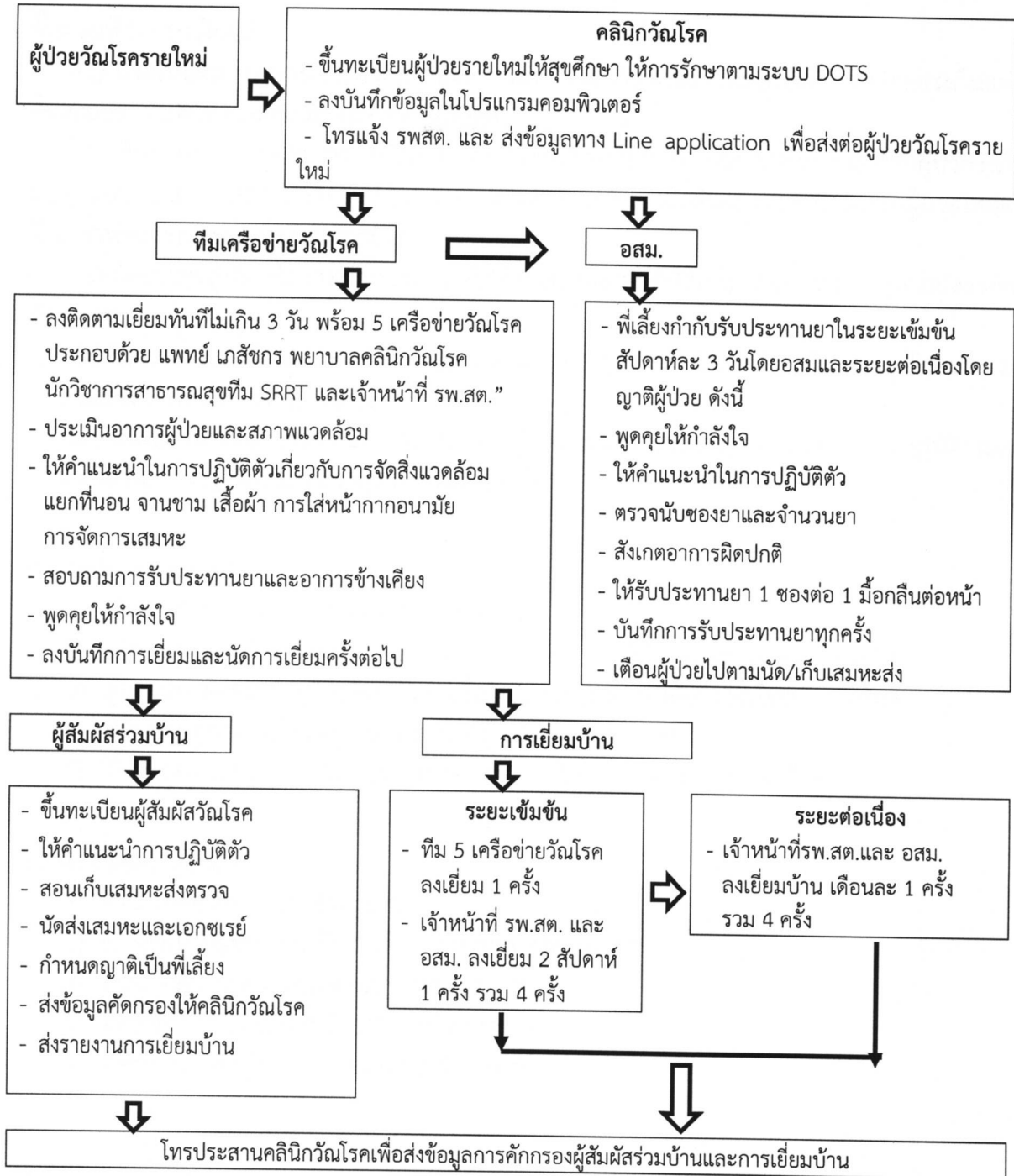
ประชุมวิชาการบุคลากรในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกันจัดทำแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด (clinical practice guideline - CPG) เพื่อกำกับติดตามรักษาผู้ป่วยได้มาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

6. ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information system)

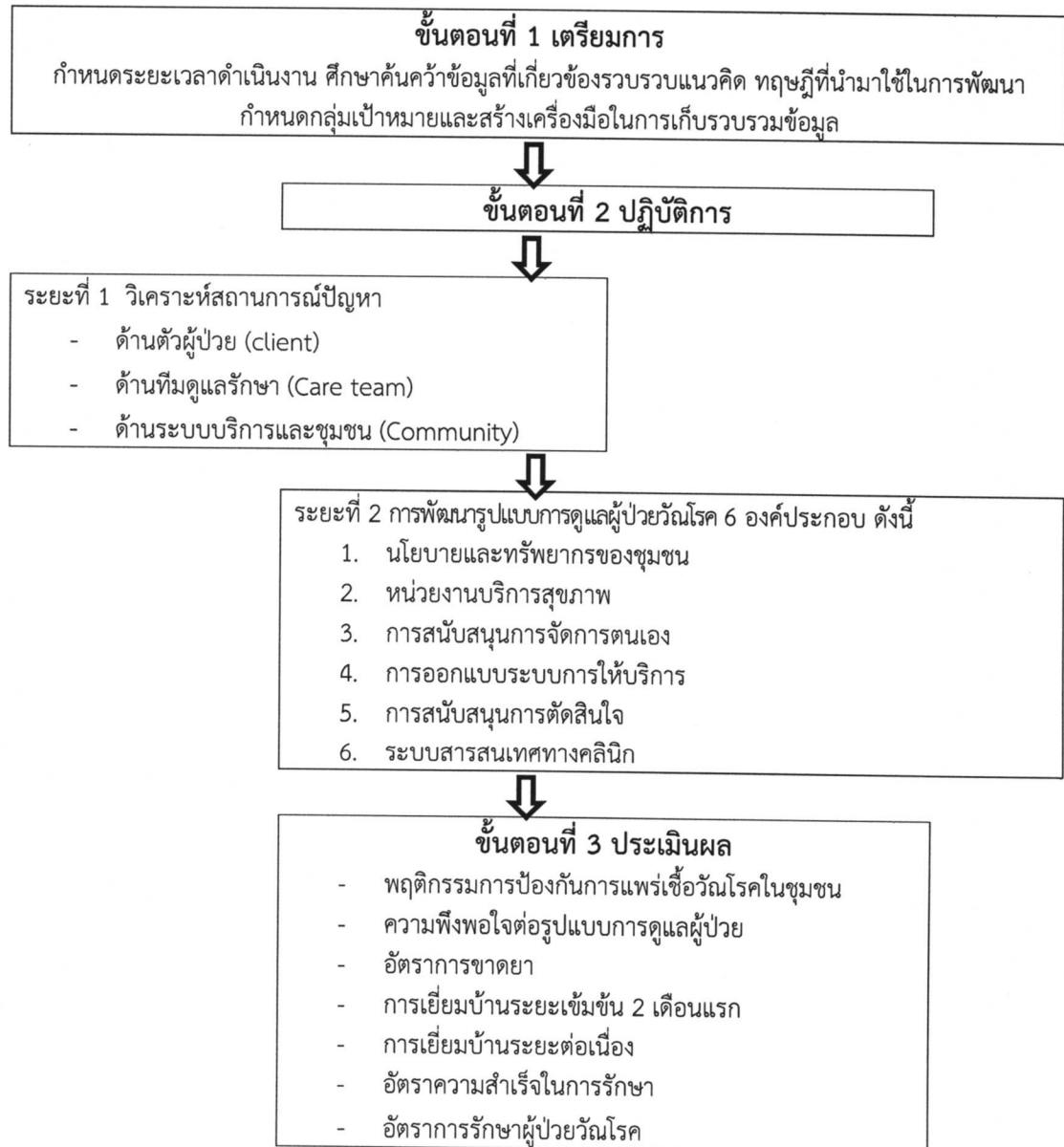
มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลและทะเบียนผู้ป่วยช่วยสนับสนุนและส่งผ่านข้อมูลถึงกัน เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย ด้วย TBCM online ซึ่งเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปในการจัดการข้อมูลทางคลินิกและเป็นระบบฐานข้อมูลเดียวกันทั้งประเทศ



ภาพที่ 1 แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโควิดปอดและการประสานเครือข่าย



ภาพที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสิรินธร



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดข้อเสนอแนะเพื่อให้ปรับปรุงระบบงาน

ปฏิทินการดำเนินงาน

กิจกรรม	เดือน			
	ต.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มี.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ก.ค.-ก.ย.
ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการ	↔			
ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการ				
ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์	↔			
ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค 6 องค์ประกอบ	←————→			
ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล	←————→			

(ลงชื่อ) *ว*

(นายวรุตม์ เกตุสิริ)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ

(วันที่)/...../.....

ผู้ขอประเมิน