



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 และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่  
ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ 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. สำนักงาน  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์  
และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๑๓/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๖  
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ  
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๕ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางกนกวรรณ ฤแก้ว	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก
๒.	นางนพวรรณ จำรูญพงษ์	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร กลุ่มงานการพยาบาล
๓.	นางอุษณีย์ เกิดมี	นักวิเคราะห์นโยบาย และแผน ชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข
๔.	นายปัญญาวุธ ไพเราะ	นักวิเคราะห์นโยบาย และแผน ชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข
๕.	นายสันติ ฝักทอง	สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการพิเศษ	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีเมืองใหม่

/๕.นายสันติ...

<u>ลำดับที่</u>	<u>ชื่อ-สกุล</u>	<u>ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ</u>	<u>ส่วนราชการ</u>
๖.	นายจำรัส พรหมบุญ	สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการพิเศษ	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ไทร
๗.	นายสากล สีதாகุล	สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการพิเศษ	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำยืน
๘.	นายสมชาย บุญตะวัน	สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการพิเศษ	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างวีระวงศ์
๙.	นางอารยา บุญยโพธิ์	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ) ชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนาเยีย กลุ่มงานการพยาบาล

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗

ลงชื่อ



(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี  
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ  
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นางกนกวรรณ กุแก้ว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๗๗๓๖๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๗๗๖๗๓	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
	ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก เขตเทศบาลนครอุบลราชธานี ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี"					
	ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "การมีส่วนร่วมในการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบท้ายประกาศ"					
๒	นางนภาพรณ จักรอุพงษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๗๖๘๖๓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ชำนาญการพิเศษ	๗๖๘๗๘	เลื่อนระดับ
	ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี"					
	ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "การส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุป่วยโรคเบาหวาน เขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี"					
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบท้ายประกาศ"					
				(นายธีระพงษ์ แก้วกรม)		
				นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		

For 24  
๗๗

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านเกณฑ์บุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ  
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๓	นายปัญญาวุธ ไพเราะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๓๗๒๒๕๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ	๓๕๘๘๒	เลื่อนระดับ
	ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "การเพิ่มประสิทธิภาพและขับเคลื่อนกระบวนการจัดทำคำขอของกองทุน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี" ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "การพัฒนากระบวนการจัดการฐานข้อมูลแผนค่าของบลงทุนของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบท้ายประกาศ"					๑๐๐%
๔	นางอุษณีย์ เกียรติ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๓๗๓๒๑๐	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ	๓๕๘๘๓	เลื่อนระดับ
	ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด ๑๙) ปี ๒๕๖๕" ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลโครงการตามแผนปฏิบัติการประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบท้ายประกาศ"					๑๐๐%
	จังหวัดอุบลราชธานี			จังหวัดอุบลราชธานี (นายธีระพงษ์ แก้วภมร)		
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคอนสาย ตำบลคอนสาย			นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สาธารณสุขอำเภอ(นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการพิเศษ	๑๗๐๗๓	เลื่อนระดับ
๕	นายสันติ ฝักทอง	กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๓๗๒๖๓๙			๑๐๐%
	ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดนไทยกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี" ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "การพัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ศูนย์สุขภาพดิจิทัล (Digital Health Station) อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบท้ายประกาศ"					๑๐๐%

9/2/25  
๑๐๗



บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ  
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๘	นายสมชาย บุญตะวัน	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภออิฐินธร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวสะพาน ตำบลคำเขื่อนแก้ว กลุ่มงานบริหารสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๗๗๕๘๘	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างวีระวงศ์	๗๘๐๘๘	เลื่อนระดับ
	ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านโนน อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี" ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อยกระดับคุณภาพของประชาชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและ" มะเร็งท่อน้ำดี เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี" รายละเอียดคำโครงการผลงาน "แนบท้ายประกาศ"					๑๐๐%
๙	นางอารยา บุญยโพธิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลเขื่องใน กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๗๖๑๑๒	(นายธีระพงษ์ แก้วภมร) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนาเยีย กลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าพยาบาล(พยาบาลวิชาชีพ) ชำนาญการพิเศษ	๗๘๖๗๖	เลื่อนระดับ
	ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK) และมีโรคร่วม DM,HT,โรงพยาบาลเขื่องใน ปี ๒๕๖๔ : กรณีศึกษา" ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "การพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลที่นำแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจกลุ่ม (STEMI)" รายละเอียดคำโครงการผลงาน "แนบท้ายประกาศ"					๑๐๐%

Hand  
๘๗

### ๓. ด้านการประสานงาน

๓.๑ ประสานความร่วมมือของบุคลากรในหน่วยงาน ทีมสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพรายบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อนในการเข้าถึงบริการ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

๓.๒ ประสานให้ข้อมูล เสนอแนะ และขอความเห็นในการจัดรูปแบบ การจัดกิจกรรมและจัดบริการพยาบาลแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความร่วมมือและผลสัมฤทธิ์ตามที่กำหนดไว้

๓.๓ ประสานการทำงาน โดยให้ความคิดเห็น คำแนะนำ กับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่รับผิดชอบในจังหวัด ทีมสุขภาพ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสิ่งแวดล้อม

### ๔. ด้านการบริการ

๔.๑ ให้บริการวิชาการทางการพยาบาลและการสาธารณสุข ที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพผู้ให้บริการและสาธารณสุขที่รับผิดชอบ รวบรวมข้อมูล บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุน การพัฒนาการให้บริการทางสาธารณสุข เพื่อเสริมสร้างสุขลักษณะที่ดีของประชาชน

๔.๒ ดำเนินการ ถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการหรือเทคโนโลยีแก่ผู้ได้บังคับบัญชา และบุคคลภายในหน่วยงาน เพื่อเป็นความรู้และให้สามารถดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ ให้แก่ผู้ได้บังคับบัญชาหรือผู้มีประสบการณ์น้อยกว่า

๔.๓ ดำเนินการจัดทำเอกสาร ตำรา คู่มือ เอกสารสื่อเผยแพร่ในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อการเรียนรู้และความเข้าใจในระดับต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาเครื่องมืออุปกรณ์ วิธีการ หรือประยุกต์เทคโนโลยีต่างๆ มาใช้ในด้านสาธารณสุข

๔.๔ ปฏิบัติการในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและองค์กร เพื่อให้เป็นบุคลากรที่มีความชำนาญและปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๕ นิเทศ ติดตาม กำกับดูแลงานด้านการพยาบาลและการสาธารณสุข ด้านการพัฒนาคุณภาพต่างๆ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

๔.๖ ให้บริการข้อมูลข่าวสารทางวิชาการและจัดเก็บข้อมูล เกี่ยวกับการพยาบาลในชุมชน

### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง...การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เขตเทศบาลนครอุบลราชธานี ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ...มิถุนายน – ธันวาคม ๒๕๖๖.....

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยการประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis (๑๙๙๘) ประกอบด้วยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลในเมืองอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้นำเสนอแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

๒. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

๓. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก

๔. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก

๕. ทฤษฎีกระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and Taggart

๖. แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยการประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis (๑๙๙๘) ประกอบด้วยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลในเมืองอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี

โดยดำเนินการเก็บข้อมูลแบบผสมผสานทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative) ในการจัดเก็บแบบกระบวนการกลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และกระบวนการ ศึกษาชุมชนเชิงเทคนิค และข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative) โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา อธิบายตีความ และสร้างข้อมูลสรุป ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงต้องอาศัยกระบวนการความร่วมมือระหว่างผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยที่เป็นภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือน พฤษภาคม ๒๕๖๖ – ธันวาคม ๒๕๖๖ มีวิธีการดำเนินการวิจัยซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

๑. รูปแบบการวิจัย
๒. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
๓. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
๔. ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือวิจัย
๕. การเก็บรวบรวมข้อมูล
๖. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

#### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๑. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี สามารถช่วยลดอัตราการป่วยของโรคไข้เลือดออก

๒. ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ตำแหน่งทางสังคม/การเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ประวัติ การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

๓. แรงจูงใจในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

๔. การรับรู้โอกาสเสี่ยงความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

#### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเขตเทศบาล ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ในครั้งนี้มีประโยชน์ ดังนี้

##### ๑. ด้านนโยบาย

๑.๑ ผลงานวิจัยใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการบริหารงานและวางแผนกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลในเมืองอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

๑.๒ กำหนดนโยบายและวางแผนปรับปรุงรวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปฏิบัติงานการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลในเมืองเมืองเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



## ๒. ด้านการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

ผลการวิจัยเป็นแนวทางในการศึกษาและแก้ไขปัญหาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลในเมืองและให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มดำเนินโครงการและมีส่วนร่วมทุกประการ เพื่อส่งผลให้การดำเนินงานดังกล่าวประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น

## ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกยังมีน้อย จากผลการดำเนินงานเฝ้าระวังค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (CI/HI) ในสถานที่เสี่ยง ๗ ร. (โรงเรียน (หมู่บ้าน/ชุมชน) โรงเรียน โรงธรรม โรงงาน โรงแรม/รีสอร์ท โรงพยาบาลและสถานที่ราชการ) ในพื้นที่อำเภอเมืองเสี่ยงต่อการระบาดของ โรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (CI/HI) สูงเกินเกณฑ์มาตรฐานของกรมควบคุมโรค อยู่ในระดับเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในสถานที่สำคัญที่มีประชาชนรวมตัวเพื่อทำกิจกรรม โดยเฉพาะศาสนสถานและโรงเรียนมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งภาวะหลักที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลายในชุมชนเป็นภาวะเก็บกักน้ำที่ใช้ทั่วไปในระดับครัวเรือน รวมถึงแหล่งที่มีน้ำขังในสิ่งแวดล้อมต่างๆรอบบ้าน ทั้งนี้พบว่าประชาชนยังไม่ให้ความสำคัญในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ส่วนใหญ่ยังเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้สำรวจภาวะและใส่ทรายเคลือบสารเคมี ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่าปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ ทำให้ประชาชนให้ความสนใจในการทำมาหาเลี้ยงชีพ และช่วงเวลาดำเนินกิจกรรมไม่สอดคล้องกับวิถีการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งทั้งสองประการเป็นปัญหาในระดับมากที่ทำให้ประชาชนไม่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก รวมทั้งประชาชนส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นเรื่องไกลตัว และเป็นหน้าที่ของผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ภาครัฐเท่านั้น ส่วนสาเหตุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม เพราะ ต้องประกอบอาชีพ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ยังคงมีความต้องการแรงจูงใจเพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี รวมถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ ในการปฏิบัติงานในด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ในเขตรับผิดชอบได้ ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คือ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม

## ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากการดำเนินการควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้นเป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง หน่วยงานต่างๆ ซึ่งจะต้องมีการรายงานข้อมูลผู้ป่วยไปให้หน่วยงานต่างๆ ทราบ เพื่อที่เจ้าหน้าที่จะได้ทำการลงพื้นที่เกิดโรคและดำเนินการฉีดพ่นยากำจัดยุงลายให้รวดเร็วที่สุด ปัญหาเกี่ยวกับการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เด่นชัดที่สุดคือ ปัญหาการประสานงานระหว่างโรงพยาบาล เช่นกรณีผู้ป่วยสันนิษฐานว่า ตนเองป่วยเป็นไข้เลือดออก และได้เข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชน เมื่อแพทย์ได้วินิจฉัยโรค ว่าผู้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก จึงได้แจ้งรายชื่อผู้ป่วยให้แก่งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เทศบาลนครอุบลราชธานี เพื่อให้เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ฉีดพ่นยากำจัดยุงลาย แต่เมื่อภายหลังจากการได้รับ ผลยืนยันการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการว่า ผู้ป่วยไม่ได้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ทางโรงพยาบาลจะไม่ทำการแจ้งการเปลี่ยนแปลงผลตรวจโรคกลับมาแจ้งงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทำให้สถิติการเกิดโรคไข้เลือดออกภายในเทศบาลนคร มีความคลาดเคลื่อนโดยมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าความเป็นจริง ซึ่งมีผลกระทบต่อ การประเมินพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคและการวางแผนป้องกันโรคไข้เลือดออกได้

ปัญหาความคลาดเคลื่อนของข้อมูลที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมโรคไข้เลือดออกที่สำคัญอีกหนึ่งประเด็น เนื่องจากการแจ้งประวัติของผู้ป่วยนั้น บางครั้งผู้ป่วยจะแจ้งที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ซึ่งไม่ใช่ที่อยู่ของผู้ป่วยได้อาศัยอยู่จริงในปัจจุบันทำให้เมื่อเจ้าหน้าที่ไปทำการฉีดพ่นยากำจัดยุงลายมักไม่ตรงกับพื้นที่การเกิดโรค ส่วนปัญหาอีกกรณีหนึ่งที่พบคือ กรณีที่ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกติดเชื้อไข้เลือดออกมาจากพื้นที่อื่น ภายนอกชุมชน หรือภายนอกเขตเทศบาล แต่การพ่นยากำจัดยุงลายของเจ้าหน้าที่ จะทำการพ่นยาตามที่อยู่ของผู้ป่วยแจ้งไว้ ซึ่งเป็นการกำจัดยุงลายรอบๆ ที่อยู่ของผู้ป่วย แต่ไม่สามารถกำจัดยุงลายในพื้นที่ที่เป็นต้นเหตุของการแพร่ระบาดได้

#### ๙. ข้อเสนอแนะ

การควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออกนั้น ควรมีการประเมินและสอบถามเรื่องความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตัวในการควบคุมและ ป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน กลุ่มผู้นำชุมชน เพื่อวิเคราะห์และสร้างการมีส่วนร่วม และสร้างความตระหนักของการป้องกันโรคที่ เข้มแข็งในชุมชนโดยมีผู้นำเป็นแกนหลัก

#### ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

.....รอกการเผยแพร่.....

#### ๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) ..นางกนกวรรณ กุแก้ว .....สัดส่วนของผลงาน.....๑๐๐%.....

๒) .....สัดส่วนของผลงาน.....

๓) .....สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางกนกวรรณ กุแก้ว.)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ...๔.../ธันวาคม/...๒๕๖๖.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริง

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางกนกวรรณ กุแก้ว	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายคำภีร์ เขตมนตรี)

(ตำแหน่ง) เกสัชกรเชี่ยวชาญ

(วันที่) .....๔.../ธันวาคม ...../.....๒๕๖๖.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

เห็นชอบตามเสนอ



(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒๙ มค. ๒๕๖๗

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. ชื่อเรื่อง การมีส่วนร่วมในการการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร
๒. หลักการและเหตุผล

ความสามารถในการแข่งขันด้านการท่องเที่ยวของไทยในปี ๒๕๖๒ เป็นอันดับที่ ๓๑ ของโลก หรืออันดับที่ ๓ ในกลุ่มอาเซียน รองจากประเทศสิงคโปร์และประเทศมาเลเซีย และเมื่อเปรียบเทียบกับ การจัดอันดับในปี ๒๕๖๐ ประเทศไทยมีอันดับขีดความสามารถด้านการท่องเที่ยวเพิ่มขึ้นถึง ๓ อันดับ จากอันดับที่ ๓๔ โดยดัชนีที่ไทยมีอันดับขีดความสามารถการแข่งขันด้านการท่องเที่ยวดีที่สุดในอันดับแรก คือ ดัชนีทรัพยากรธรรมชาติ (อันดับที่ ๑๐) ดัชนีโครงสร้างพื้นฐานบริการด้านการท่องเที่ยว (อันดับที่ ๑๔) และดัชนีการแข่งขันด้านราคา (อันดับที่ ๒๕) ตามลำดับ และจากการสำรวจของ Global Wellness Economy Monitor ประเทศไทยติดอันดับที่ ๑๓ ของโลก ที่สามารถสร้างรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพกว่า ๑.๒๐ หมื่นล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกา ๑ ๒ ภาพรวมของธุรกิจและอุตสาหกรรมของไทยมีรายได้หลักมาจาก การท่องเที่ยว โดยเฉพาะการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่สามารถสร้างรายได้ให้กับประเทศไทยได้เป็นอย่างมาก โดยข้อมูลศูนย์วิจัยกสิกรไทย ระบุว่า เมื่อปี ๒๕๖๒ ตลาดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) มีนักท่องเที่ยวมาเยือนไทย ๓.๖ ล้านคน-ครั้ง สร้างรายได้การท่องเที่ยว ๔๑,๐๐๐ ล้านบาท เกิดการจ้างงาน ๙,๑๙๕ คน เมื่อตลาดกว้างขึ้นเป็น “Wellness Tourism” หรือการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ มีนักท่องเที่ยว กลุ่มนี้มาเยือนไทย ๑๒.๕ ล้านคน-ครั้ง สร้างรายได้การท่องเที่ยว ๔๐๙,๒๐๐ ล้านบาท เกิดการจ้างงาน ๕๓๐,๐๐๐ คน ซึ่งเป็นผลดีต่อการกระตุ้นเศรษฐกิจภาคการท่องเที่ยวที่ดี ด้วยสถานการณ์ในช่วงปลายปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่โลกและประเทศไทยต้องเผชิญกับวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ที่หลาย สถานประกอบการด้านสุขภาพต้องปิดตัวลงชั่วคราวจนถึงถาวร หากประเทศไทยเปิดรับนักท่องเที่ยวต่างชาติ กลับเข้ามาในประเทศไทยภายใต้มาตรการการป้องกันสถานการณ์การท่องเที่ยวในประเทศจะเริ่มฟื้นตัวและดีขึ้น การท่องเที่ยวไทยถือเป็นหนึ่งในกลไกหลักที่ขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยในระยะเวลา หลายปีที่ผ่านมา ถึงแม้ว่ากระแสการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ จะส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรง มากในอุตสาหกรรมท่องเที่ยวในช่วง ๒ ปีที่ผ่านมา แต่ก่อนหน้านั้นในช่วงที่การท่องเที่ยวอยู่ในสถานการณ์ปกติ กระแสของการดูแลสุขภาพในสังคมได้รับความนิยม จนกระทั่งพัฒนากลายเป็นพฤติกรรมของบุคคล ทั่วไปที่ใส่ใจสุขภาพตนเองเพิ่มมากยิ่งขึ้น ส่งผลต่อผู้ประกอบการในการที่จะพัฒนาและผลิตสินค้าและบริการ ให้สอดคล้องตามพฤติกรรมของผู้บริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป และนั่นย่อมรวมถึงธุรกิจการท่องเที่ยวเช่นกันที่ต้อง ปรับตัวและสร้างจุดขายใหม่ ๆ ให้รองรับกระแสดังกล่าว จนนำไปสู่การท่องเที่ยวรูปแบบใหม่ อาทิ การท่องเที่ยว เชิงสุขภาพซึ่งมีอัตราการเติบโตที่น่าสนใจ โดยการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Health Tourism) แบ่งตาม จุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมกิจกรรมการท่องเที่ยวและความต้องการของนักท่องเที่ยวเป็น ๒ ประเภทหลัก ดังนี้

๑. การท่องเที่ยวเชิงส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Tourism) เป็นการเดินทางไป ท่องเที่ยวเยี่ยมชมสถานที่ท่องเที่ยวที่สวยงามในแหล่งท่องเที่ยวธรรมชาติและวัฒนธรรมเพื่อการเรียนรู้ วิถีชีวิตและพักผ่อนหย่อนใจ โดยแบ่งเวลาจากการท่องเที่ยวส่วนหนึ่งมาทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในที่พักผ่อน หรือนอกที่พักแรมอย่างถูกวิธี ตามหลักวิชาการและมีคุณภาพมาตรฐานอย่างแท้จริง เช่น การนวด/ อบสมุนไพร/ ประคบสมุนไพร การบริการสუნัขบำบัด (Aroma Therapy) และวาริบำบัด (Hydro Therapy)

๒. การท่องเที่ยวเชิงบำบัดรักษาสุขภาพ (Health Healing Tourism) เป็นการเดินทาง ไปท่องเที่ยว เยี่ยมชมสถานที่ท่องเที่ยวที่สวยงามในแหล่งท่องเที่ยวธรรมชาติและวัฒนธรรม เพื่อการเรียนรู้ วิถีชีวิต และพักผ่อนหย่อนใจ โดยแบ่งเวลาส่วนหนึ่งจากการท่องเที่ยวไปรับบริการบำบัดรักษาสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างแท้จริง เช่น การตรวจร่างกาย การรักษาโรคต่าง ๆ การทำฟัน และการรักษาสุขภาพฟัน การผ่าตัดเสริมความงาม การผ่าตัดแปลงเพศ และอื่น ๆ เป็นต้น โดยทั่วไปจึงมักมีการจัดโปรแกรมการท่องเที่ยวที่บรรจุโปรแกรมการเข้ารับบริการ บำบัดรักษาโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพต่างๆที่หลากหลาย เช่น การตรวจร่างกาย การรักษาโรคต่างๆ การท่องเที่ยวเชิงบำบัดรักษาสุขภาพจึงเป็นรูปแบบการท่องเที่ยวที่มุ่งประโยชน์ต่อการรักษา ฟื้นฟูสุขภาพนักท่องเที่ยวเป็นสำคัญ

จุดประสงค์หลักของการท่องเที่ยวทั้ง ๒ ประเภทนี้ คือ การส่งเสริมบำรุงรักษาสุขภาพกาย และสุขภาพจิต การบำบัดรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการได้มีโอกาสได้แลกเปลี่ยน ประสบการณ์และสังสรรค์ทางสังคมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีกับผู้อื่นในระหว่างการท่องเที่ยว ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทักษะ และค่านิยมในการส่งเสริมและรักษาฟื้นฟูสุขภาพให้สมบูรณ์ ด้วยตัวเองมากยิ่งขึ้น การสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองสามารถแสดงออกมาในรูปแบบของการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬา การควบคุมน้ำหนัก การนิยมเลือกรับประทานอาหารและเครื่องดื่มสมุนไพรที่มีประโยชน์ ต่อสุขภาพ การทำจิตใจให้สงบด้วยการฝึกปฏิบัติสมาธิตามแนวพุทธ และการใช้ยารักษาโรคจากสมุนไพร ที่มีผลข้างเคียงน้อย แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีแนวทางในการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทย และสมุนไพรที่ชัดเจน ดังนั้นในฐานะที่รับผิดชอบกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจึงมีแนวคิดในการการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพรโดยการมีส่วนร่วม ร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง(กรม.พท. บูรณาการ สบส. ททท. กรมการท่องเที่ยว ) เพื่อให้การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร ผู้ประกอบการแหล่งท่องเที่ยวและผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการเตรียมความพร้อมสำหรับ การพัฒนาและต่อยอดแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพรต่อไป

จังหวัดอุบลราชธานีมีจำนวนนักท่องเที่ยวและรายได้จากผู้ที่มาเยี่ยมเยือน

ข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - กันยายน ปี ๒๕๖๖ เทียบ ปี ๒๕๖๕

ข้อมูล	ปี๒๕๖๖	ปี๒๕๖๕	% การเปลี่ยนแปลง
อัตราการเข้าพัก	๔๘.๐๒	๓๘.๖๔	+๙.๓๘
จำนวนผู้เข้าพัก(คน)	๗๘๙,๘๘๓	๖๙๒,๘๒๐	+๑๔.๐๑
จำนวนผู้เยี่ยมเยือนทั้งหมด (คน)	๒,๒๕๕,๒๓๙	๑,๕๖๙,๐๘๔	+๔๓.๗๓
จำนวนผู้เยี่ยมเยือนคนไทย (คน)	๒,๒๔๑,๖๙๖	๑,๕๖๔,๗๒๘	+๔๓.๒๖
จำนวนผู้เยี่ยมเยือนชาวต่างชาติ (คน)	๑๓,๕๔๓	๔,๓๕๖	+๒๑๐.๙๐
รายได้จากผู้เยี่ยมเยือน (ล้านบาท)	๓,๘๓๖	๒,๑๓๐	+๘๐.๐๗
รายได้จากผู้เยี่ยมเยือนคนไทย (ล้านบาท)	๓,๘๐๕	๒,๑๒๐	+๗๙.๕๓
รายได้จากผู้เยี่ยมเยือนชาวต่างชาติ (ล้านบาท)	๓๑	๑๑	+๑๘๗.๘๐

\*อ้างอิงจากกองเศรษฐกิจกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

\*ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ข้อมูลล่าสุดถึงเดือนกันยายน

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ในสภาวะการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลง ทิศทางการดูแลสุขภาพปรับไปสู่ทิศทางการส่งเสริมและสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มุ่งหมายพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพที่ดีจากองค์ความรู้และภูมิปัญญาสุขภาพร่วมสมัย โดยเฉพาะช่วงนโยบาย การส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพรจะเป็นนวัตกรรมสุขภาพร่วมขับเคลื่อนตลาดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของประเทศ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้ดำเนินการ จัดเตรียมความพร้อมแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวที่มีความพร้อม หรือต้องการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวให้มีคุณภาพ และมาตรฐาน รวมถึงสามารถพัฒนาและสร้างจุดเด่นที่มีเอกลักษณ์ อัตลักษณ์เฉพาะของแหล่งท่องเที่ยว ที่จะป็นจุดดึงดูด และสร้างประสบการณ์ที่แตกต่างจากการท่องเที่ยว รวมถึงเป็นการกำหนดมาตรการ ที่จำเป็นสำหรับการบริการ จัดกิจกรรม และเป้าหมายการพัฒนาที่มีความเหมาะสมกับบริบทของแหล่งท่องเที่ยว

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสนับสนุนการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก สมุนไพร ภูมิปัญญาไทย และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจของประเทศ โดยนำจุดแข็งที่สำคัญของการแพทย์แผนไทย คือ ความเข้าใจ (Empathy), การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งนโยบายเร่งด่วนประกอบด้วย การจัดบริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิทุกพื้นที่ บูรณาการแหล่งผลิตอย่างมีคุณภาพ สนับสนุนการผลิตแบบครบวงจร และวางรากฐานการพัฒนาบุคลากรที่ตอบสนองต่อภารกิจในระยะยาว โดยมีกลยุทธ์ที่สำคัญคือพัฒนาขีดความสามารถ และบูรณาการองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในการจัดบริการร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อสร้างความมั่นใจและความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ และลดแออัดผู้รับบริการจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ยกกระดับบุคลากรให้มีสมรรถนะสูงรองรับปัญหาสุขภาพประชาชนที่เปลี่ยนไป สามารถเข้ารับบริการได้

นโยบายอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประกอบด้วย 3I 1D ประกอบด้วย Integrity, Integration, Innovation และ Data=Driven Organization ผ่าน Ultimate Goal ๓ ประเด็น คือประชาชนเชื่อมั่น บริการเป็นเลิศ ภูมิปัญญาสร้างคุณค่า โดยมีจุดเน้นสำคัญประกอบด้วยการยกระดับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกสู่การหนุนเสริมการขับเคลื่อนเศรษฐกิจสุขภาพ และผลักดันให้การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกมีบทบาทในการสร้างความเชื่อมั่นในการบริการการดูแลสุขภาพ

การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนจะเกิดการขับเคลื่อนที่ต่อเนื่องยั่งยืนตามบริบทขององค์กรทั้งในแง่การก่อให้เกิดมาตรการทางสังคม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การตรวจสอบสถานที่ที่จะทำให้เกิดภาวะเสี่ยง ตลอดจนการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างจริงจัง โดยการประยุกต์กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ให้ตัวแทนเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ร่วมค้นหาปัญหา ร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา วางแผนกิจกรรม ร่วมดำเนินการ และร่วมติดตามประเมินผล ซึ่งจะทำให้มีความรู้สึกเป็นเจ้าของเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วม เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็ง และก่อให้เกิดการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

และได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff, (1980) มีองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็งและก่อให้เกิดการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

#### ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ยกระดับสถานประกอบการ ๕ ประเภทให้เป็นศูนย์เวลเนส และพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพรองรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพทั่วประเทศให้เกิดความเชื่อมั่นในกลุ่มนักท่องเที่ยว

๒. พัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเชื่อมโยงแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพื่อสร้างคุณค่าและมูลค่าเพิ่มด้านการท่องเที่ยวต่อเศรษฐกิจในระดับชุมชน และเป็นเป้าหมายของการท่องเที่ยวระดับโลก

๓. เพื่อสร้างภาพลักษณ์และประชาสัมพันธ์แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและผลิตภัณฑ์สมุนไพรคุณภาพของประเทศ

#### ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงเพิ่มขึ้น

(ลงชื่อ) .....

(นางกนกวรรณ กุแก้ว)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) .....4...../ธันวาคม../...๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๖ - ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

จากการที่ได้รับมอบหมาย ให้ปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงานและประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นเวลา มากกว่า ๑๐ ปี ซึ่งในการปฏิบัติงานได้ใช้กระบวนการทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ดังนี้

๑. การประเมินสภาพผู้ป่วย โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสอบถามผู้ป่วย ข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปีผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหา

๒. วินิจฉัยทางการพยาบาล รวบรวมปัญหาสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยง

๓. การวางแผนทางการพยาบาล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดเป้าหมายให้มุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วย วางแผน กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลรักษา ป้องกันภาวะแทรกซ้อนรายบุคคล รายกลุ่ม ตามปัญหาที่ยุงยากซับซ้อน

๔. การปฏิบัติการพยาบาล การนำแผนกิจกรรมทางการพยาบาลที่วางไว้มาปฏิบัติกับผู้ป่วย

๕. การประเมินผลทางการพยาบาล การประเมินขณะทำการพยาบาล การประเมินเมื่อสิ้นสุดการพยาบาล

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ที่มาและความสำคัญ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขอย่างมากในประเทศที่กำลังพัฒนา มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปีทั้งนี้องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน ๔๒๕ ล้านคนคิดเป็นร้อยละ ๕.๘๒ ของประชากรโลก ประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี พ.ศ.๒๕๖๘ โดยจะมีประชากรที่มีอายุ มากกว่า ๖๐ ปี เพิ่มขึ้นประมาณ ๑๔.๔ ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งหมดและจะมีผู้สูงอายุ ๑ คนในทุกๆ ๕ คน เป็นโรคเบาหวาน สหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๘๓ ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง ๕.๓ ล้านคน และจากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (DIF) คาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. ๒๕๘๘ จะมีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ จำนวน ๖๒๙ ล้านคน ข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ระบุว่าประเทศไทยมีผู้ที่ เป็นเบาหวาน ๔.๔ ล้านคน อัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ๒๑.๙๖ ต่อประชากรแสนคน มากเป็นอันดับ ๔ รองจากจีน อินเดีย และญี่ปุ่น (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามพระบรมราชกุมารี, ๒๕๖๒) จากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดการป่วยและตายก่อนวัยอันสมควรรวมถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จึงมีการบริหารจัดการเพื่อสุขภาพของประชาชน โดยบูรณาการการทำงานร่วมกัน เน้นป้องกันโรคมกกว่าการรักษา มีการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานดีขึ้น

จังหวัดอุบลราชธานีมีประชากรจำนวน ๑,๘๗๘,๑๔๖ คน มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน ๑๐๙,๙๓๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๕.๘๕ (ข้อมูลจากHDC ปี ๒๕๖๕) มีแนวโน้มอัตราผู้ป่วยเบาหวานของประชากรสูงขึ้นทุกปี โดยมีเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นปี ๒๕๖๓ ,๒๕๖๔, ๒๕๖๕ ร้อยละ ๑๐.๑๘, ๙.๖๓ และ๙.๖๓ และยังคงส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่การป่วยเป็นโรคไตวายและโรคอื่นๆได้ จังหวัดอุบลราชธานี พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงร้อยละ ๒.๘๘, ๓.๒๕, ๓.๖๖ ตามลำดับ (ข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC :๒๕๖๕)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

อำเภอพิบูลมังสาหารมีประชากรจำนวน ๑๒๙,๙๑๔ คน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน ๘,๑๕๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๖.๒๗ (ข้อมูลจาก HDC ปี ๒๕๖๖) ก็มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นปี ๒๕๖๓ ,๒๕๖๔ ,๒๕๖๕ ร้อยละ ๙.๕๓, ๘.๕๓ และ ๘.๒๕ พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงร้อยละ ๑๖.๙๙, ๑๗.๕๙, ๑๕.๙๗ ตามลำดับ (ข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC:๒๕๖๕)

เทศบาลเมืองพิบูลมังสาหารมีประชากรจำนวน ๙,๓๗๔ คน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน ๖๑๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๖.๕ (ข้อมูลจาก HDC ปี ๒๕๖๖) มีเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นปี ๒๕๖๓ ,๒๕๖๔, ๒๕๖๕ ร้อยละ ๘.๕๔ ,๒.๑๘. และ ๒.๖๔ พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงร้อยละ ๓๓.๓๓, ๑๖.๖๗, และ ๑๓.๘๙ (ข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC) จากการทบทวนข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA๑C) น้อยกว่า ๗ ปี ๒๕๖๓,๒๕๖๔,๒๕๖๕,๒๕๖๖ คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๗๓,๑๘.๙๔,๒๓.๓๔,๒๔.๙๒ ตามลำดับ

โรคเบาหวานเป็นความผิดปกติของร่างกาย ที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ หรือ ร่างกายเกิดภาวะดื้ออินซูลิน อันส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ โรคนี้มีความรุนแรงสืบเนื่องมาจากการที่ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้อย่างเหมาะสม โดยปกติน้ำตาลจะเข้าสู่เซลล์ เพื่อใช้เป็นพลังงานภายใต้การควบคุมของฮอร์โมนอินซูลิน ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน จะไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลที่เกิดขึ้นทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นมาก ในระยะยาวจะมีผลในการทำลายหลอดเลือด ทำลายระบบประสาทส่วนปลาย ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ผลกระทบของโรคเบาหวานเมื่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดมีปริมาณสูงเป็นเวลานานๆ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่ไตร้อยละ ๔๓.๙๐ ภาวะแทรกซ้อนที่ตาร้อยละ ๓๐.๗๐ หลอดเลือดหัวใจตีบร้อยละ ๘.๑๐ โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ ๔.๔๐ แผลเบาหวานที่เท้าร้อยละ ๕.๙๐ และสูญเสียอวัยวะร้อยละ ๑.๐๖ แต่ถ้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดมีปริมาณสูงขึ้นมากรกว่า ๑๘๓ mg/dl ต่อเนื่องเป็นเวลานานจะมีผลต่อหลอดเลือดและอวัยวะต่าง ๆ เช่น หัวใจ สมอง ไต ก่อให้เกิดอาการแทรกซ้อนต่อระบบอวัยวะต่าง ๆ ได้ทุกระบบ เช่น ผลต่อเส้นเลือดที่หัวใจ ทำให้เส้นเลือดหัวใจตีบ ผลต่อสมองและระบบประสาท ทำให้เกิดภาวะภาวะปลายเส้นประสาทอักเสบ และพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีอัตราตายจาก โรคหัวใจสูงกว่าคนปกติ ๒-๔ เท่า มีอัตราเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติ ๒-๔ เท่าภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเนื่องมาจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีการทำลายเสื่อมสภาพ และการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญได้แก่ ตา (retinopathy) ไต (nephropathy) เส้นประสาท (neuropathy) หลอดเลือดแดงขนาดเล็ก (microangiopathy) และหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของตาบอด ไตวาย การถูกตัดเท้าจากแผลลุกลามติดเชื้อ

จากปัญหาดังกล่าว ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ เขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด จะช่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ระดับปกติจากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าการที่จะทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้นั้น บุคคลนั้นต้องได้รับความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรค เมื่อเกิดการรับรู้แล้วจะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกต้องมากขึ้น จากการศึกษาของจิราพร ศรีพิบูลย์บัติและคณะ (๒๕๖๓) ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อค่าระดับน้ำตาลและน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า หลังกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม ระยะเวลา ๗ สัปดาห์ โดยมีการประยุกต์ใช้โปรแกรมทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย



### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจะเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดโดยเปรียบเทียบประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้นการที่บุคคลจะตัดสินใจทำตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับที่บุคคลเปรียบเทียบ ข้อดี ข้อเสีย ของการกระทำนั้น และพบว่าการกระทำนั้นมีข้อดีมากกว่า ดังนั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานจะต้องมีการจัดการที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพต่อกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวจะผลักดันให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ เขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มารับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิบูลมังสาหารและศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจรของ Kemmis and Taggart (๑๙๙๘) ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน คือ ขั้นการวางแผน การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการนำข้อสรุปวิธีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ไปปฏิบัติและการติดตามผลต่อไป

#### คำถามการวิจัย

๑. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

๒. ผลลัพธ์จากการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ไปใช้ในพื้นที่เป็นอย่างไร

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

๒. เพื่อศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ไปใช้จริง

#### ขอบเขตของการวิจัยและรูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยการประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis (๑๙๙๘) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือน พฤษภาคม ๒๕๖๖ – ธันวาคม ๒๕๖๖ ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น ๔ ระยะดังนี้

ระยะที่ ๑ ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา สาเหตุของปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

ระยะที่ ๒ การสร้างและการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจรของ Kemmis and Taggart (๑๙๙๘)

ระยะที่ ๓ การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ระยะที่ ๔ การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มเป้าหมาย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

๑) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า-ออก จำนวน ๓๐ คน เป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลพิบูลมังสาหารและศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ ๑ พฤษภาคม ถึง พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย และเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

๒) ทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์คัดเข้า-ออก (Simple sampling) จำนวน ๒๐ คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวน ๑ คน เกษีซกร จำนวน ๑ คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๕ คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ๑ คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ๒ คน ตัวแทนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ จำนวน ๑๐ คน ซึ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มนี้ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี อย่างน้อย ๓ เดือน ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการ ซึ่งจะอยู่ในการศึกษาในระยะที่ ๑ และระยะที่ ๔ การประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี การประเมินผลรูปแบบฯ โดยพิจารณาจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ภายในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ด้วยสถิติ Paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น  $p\text{-value} < 0.05$

ขั้นตอนการดำเนินงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ จำนวน ๒ ชุด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

๑) แบบสรุปรายงานสถานการณ์ ปัญหา สาเหตุของปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

๒) นโยบาย การจัดสรรงบประมาณ ทรัพยากร และบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานการบริหารจัดการและการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

๓) แบบบันทึกรายงานการประชุมและแบบบันทึกการสนทนากลุ่มในกระบวนการพัฒนาโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา ๑๒ สัปดาห์ ช่วงระหว่างเดือน พฤษภาคม ๒๕๖๖ - กรกฎาคม ๒๕๖๖ ดำเนินการนัดผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วมในการศึกษา จำนวน ๕ ครั้ง การดำเนินการแบ่งเป็น ๔ ระยะ ดังนี้

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

##### ระยะที่ ๑ ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย (Preliminary phase)

สัปดาห์ที่ ๑ - ๒ ดำเนินการศึกษา วิเคราะห์ถึงสถานการณ์ ปัญหา สาเหตุของปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี และจัดเตรียมการประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับการสนทนากลุ่ม (Group discussion) โดยใช้เวลาในการสนทนาแต่ละครั้งประมาณ ๔๕ - ๖๐ นาที จำนวน ๑ ครั้ง

##### ระยะที่ ๒ ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจรของ Kemmis and Taggart (๑๙๙๘) ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การวางแผน (Planning) สัปดาห์ที่ ๓ - ๔ ประชุมคณะทำงานสร้างความรู้ ความเข้าใจ แนวทาง และกำหนดแผนการปฏิบัติงาน ประชุมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

ขั้นตอนที่ ๒ การปฏิบัติการ (Action) สัปดาห์ที่ ๕ - ๖ ประชุมชี้แจงโครงการวิจัย แนวทางการดำเนินงาน และสร้างแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยประยุกต์จากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker and Maiman (๑๙๗๕) ก่อนการพัฒนา (Pre-test) และดำเนินกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด (นำแผนสู่การปฏิบัติ) สัปดาห์ที่ ๗ ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้พัฒนาขึ้น ร่วมกับการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม เพื่อนำมาประเมินวิเคราะห์ สังเคราะห์ แนวทางในการดำเนินงานที่เกิดขึ้น สัปดาห์ที่ ๘ จัดประชุมคืนข้อมูล ครั้งที่ ๑

ขั้นตอนที่ ๓ การสังเกต (Observation) สัปดาห์ที่ ๙ นำผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ที่นำไปทดลองใช้ในครั้งที่ ๑ มาปรับปรุงให้เหมาะสมจากการสังเกต การประเมิน และข้อเสนอแนะ สัปดาห์ที่ ๑๐ ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำมาประเมิน วิเคราะห์ สังเคราะห์ แนวทางในการดำเนินงานที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ ๔ การสะท้อน (Reflection) สัปดาห์ที่ ๑๑ ถอดบทเรียน คืนข้อมูลให้แก่สหวิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนา พร้อมกับข้อเสนอแนะ และแนวทางในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาดังกล่าว (ครั้งที่ ๒)

ระยะที่ ๓ ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี สัปดาห์ที่ ๑๒ ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร หลังการพัฒนารูปแบบที่เกิดขึ้น (post-test)

ระยะที่ ๔ การเผยแพร่ผลการดำเนินงาน เผยแพร่ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ในรูปแบบวิชาการต่างๆ

#### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ มีตัวชี้วัดคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น โดย

๑. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ ๕๐

๒. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาดีเพิ่มขึ้น มากกว่าร้อยละ ๖๐

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

๓. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารดีเพิ่มขึ้น มากกว่าร้อยละ ๖๐
๔. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการพักผ่อนดีเพิ่มขึ้น มากกว่าร้อยละ ๖๐
๕. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายดีเพิ่มขึ้น มากกว่าร้อยละ ๖๐
๖. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ มีภาวะแทรกซ้อนลดลง มากกว่าร้อยละ ๒๐

เชิงคุณภาพ

๑. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี จากกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน ตรงตามบริบท มีมาตรฐานที่จากหลักฐานเชิงประจักษ์
๒. ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี และสามารถนำผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง จากกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานหรือมีปัญหภาวะแทรกซ้อนลดลง
๓. ผู้ป่วยและภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ตีความเหมาะสมกับบริบทและสภาพปัญหา
๒. โรงพยาบาลพิบูลมังสาหารและศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี และภาคีเครือข่ายได้เรียนรู้แนวคิดในการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ซึ่งโรงพยาบาลพิบูลมังสาหารและเครือข่ายต่างๆ สามารถนำไปใช้ต่อยอดได้เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยในพื้นที่อื่นๆ ในอนาคตได้
๓. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่เข้าร่วมกิจกรรมมีพฤติกรรมการเสริมสร้างสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองซึ่งจะสามารถ Remission of Type ๒ diabetes Mellitus (การกลับคืนของเบต้าเซลล์ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในอนาคตได้
๔. ได้แนวทางการเสริมสร้างการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ให้มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น ซึ่งหน่วยงานทางสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นสามารถนำองค์ความรู้นี้ไปปฏิบัติได้
๕. ได้แนวทางในการเสนอผู้บริหาร เพื่อกำหนดนโยบายในการเสริมสร้างการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ให้มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. การประสานผู้ป่วยแต่ละราย การประสานความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ประสานสหวิชาชีพ
๒. ต้องใช้เวลาในการประเมินอย่างน้อย ๓ เดือน และต้องเจาะเลือดทุก ๑ เดือน
๓. ระดับองค์ความรู้ และทักษะของผู้ป่วยแต่ละคน
๔. การปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานแต่ละราย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. การเข้าร่วมกิจกรรมบ่อยกว่าปกติ
๒. การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง

๙. ข้อเสนอแนะ

การพยายามสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ให้เหมาะสมกับบริบท สถานที่ สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วย ในพื้นที่อำเภอพิบูลมังสาหาร รวมทั้งประยุกต์ใช้ความรู้ความสามารถให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายบุคคลและอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม ขับเคลื่อนในการดำเนินงานทุกขั้นตอนร่วมกัน เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงาน เกิดความเป็นเจ้าของร่วมกัน เกิดความต่อเนื่อง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

๑. การเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบทางเว็บไซต์โรงพยาบาลพิบูลมังสาหารและอื่นๆ
๒. การเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ
๓. การเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบ Presentation ในงานประชุมวิชาการ

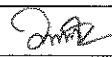
๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) .....นางนพวรรณ จำรูญพงษ์.....สัดส่วนของผลงาน.....ร้อยละ ๑๐๐.....
- ๒) .....สัดส่วนของผลงาน.....
- ๓) .....สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  
(นางนพวรรณ จำรูญพงษ์)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
(วันที่) ๒๕ เดือน พ.ย. พ.ศ. ๒๕๖๖


ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางนพวรรณ จำรูญพงษ์	

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

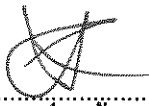
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)  .....

(นายทอง คำศรี)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร  
(วันที่) ๒๕ เดือน พ.ย. พ.ศ. ๒๕๖๖

(ลงชื่อ)  .....

(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี  
(วันที่) เดือน ม.ค. ๒๕๖๗ พ.ศ. ....

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)  
(ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๑.เรื่อง การส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุป่วยโรคเบาหวาน เขตเทศบาลเมืองพิบูลมั่งสาหาร อำเภอพิบูลมั่งสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี ๒๕๖๕ มีผู้ป่วยจำนวน ๕๓๗ ล้านคน และคาดว่าในปี ๒๕๗๓ จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น ๖๔๓ ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง ๖.๗ ล้านคน หรือเสียชีวิต ๑ คน ในทุกๆ ๕ วินาที ส่วนคนไทยป่วยแล้ว ๓.๓ ล้านคน และมีแนวโน้มผู้ป่วยใหม่ปีละ ๓ แสนคน จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน ๓.๓ ล้านคน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ป่วยเบาหวานมากเป็นอันดับ ๒ รองจากโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง ฯลฯ

สำหรับโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในการผลิตหรือตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพและทำงานล้มเหลว เป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตา สูญเสียการมองเห็น ไตวายเรื้อรัง หัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต ชาปลายมือปลายเท้า รวมถึงเป็นแผลหายยาก บางรายอาจจำเป็นต้องตัดอวัยวะ

จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรจำนวน ๑,๘๗๘,๑๔๖ คน มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน ๑๐๙,๙๓๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๕.๘๕ (ข้อมูลจากHDC ปี ๒๕๖๕) มีแนวโน้มอัตราผู้ป่วยเบาหวานของประชากรสูงขึ้นทุกปี โดยมีเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นปี ๒๕๖๓ ๒๕๖๔, ๒๕๖๕ ร้อยละ ๑๐.๑๘, ๙.๖๓ และ๙.๖๓ และยังส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่การป่วยเป็นโรคไตวายและโรคอื่นๆ ได้ จากฐานข้อมูลประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลพิบูลมั่งสาหาร รับผิดชอบประชากรในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมั่งสาหาร ตำบลพิบูล มีประชากรจำนวน ๙,๓๗๔ ราย พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวน ๑,๕๘๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๘๘ และจากการตรวจสอบข้อมูลรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลพิบูลมั่งสาหาร พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดจำนวน ๕๙๓ ราย โดยพบว่าเป็นผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวานจำนวน ๓๑๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๒๐ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วมไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hba๑c) ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๗ หรือผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hba๑c) ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๘ จำนวนทั้งหมด ๑๙๑ ราย คิดเป็น ๓๒.๒๑ และพบว่าในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็นผู้สูงอายุที่มากที่สุด จำนวน ๑๓๔ ราย

เป้าหมายสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นผู้สูงอายุมุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นเพื่อนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีมีชีวิตที่ยืนยาว การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลจัดการกับกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการเลือก หรือกำหนดกิจกรรมหรือพฤติกรรมใดๆ ที่ส่งผลต่อการเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การรักษา ระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการทางการดูแลที่ช่วยสร้างและส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุป่วยโรคเบาหวาน เขตเทศบาลเมืองพิบูลมั่งสาหาร อำเภอพิบูลมั่งสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

(ระดับ ข้าราชการพิเศษ)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวาน อย่างครบถ้วนเพื่อให้มีสถานะทางสุขภาพที่ดีและมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีสุขภาพ โดยการส่งเสริมให้ดูแลตนเอง และมีความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง เป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานโดยทั่วไปผู้สูงอายุจะมีการเคลื่อนไหวและออกแรง และการใช้พลังงานลดลง ทำให้มีการสะสมของไขมันโดยเฉพาะไขมันที่ท้องเพิ่มมากขึ้น การปรับพฤติกรรม การดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การส่งเสริมให้ออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายมากขึ้น การปรับ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ถือเป็นงานจัดการดูแลที่มีความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน การนำแนวความคิดรับรู้ความสามารถของตนเองมาประยุกต์ใช้โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อ หรือรับรู้ว่าคุณเองสามารถดูแลจัดการตนเองได้จะทำให้ผู้สูงอายุเลือกหรือกำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง และปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ได้อย่างสม่ำเสมอ และยั่งยืน เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ ทางสุขภาพที่ต้องการต่อไป

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความสามารถของตนเองหรือสมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของ ตนเองในการกำหนดการแสดงออก หรือพฤติกรรมของตนเอง เป็นการตัดสินใจด้วยตนเองที่จะรู้สึก คิดให้แรงบันดาลใจแก่ตนเองหรือ จะมีพฤติกรรมอย่างไร บุคคลใดที่มีการรับรู้ความสามารถของตนมากจะ สามารถประสบความสำเร็จในหลายๆ เรื่องของการดำเนินชีวิต สามารถที่จะทำในสิ่งที่ยากๆ โดยคิดว่าเป็น ความท้าทาย มากกว่าเป็นสิ่งคุกคามหรือต้องหลีกเลี่ยงที่จะทำ สามารถท้าทายหรือเผชิญกับความล้มเหลว ได้และสามารถตั้งหลักหลังจากพบกับความล้มเหลวได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ที่มีการรับรู้ ความสามารถของตนเองต่ำ Bandura กล่าวถึงแนวคิดความสามารถของตนเอง โดยมุ่งเน้นไปที่ความคาดหวัง (expectation) ของความสามารถของบุคคล (personal efficacy) โดยแบ่งความคาดหวังเป็น ๒ ประเภท คือ ความคาดหวังต่อความสามารถของตน และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่ตามมา ซึ่งมีผลต่อการกำหนด พฤติกรรมและทำให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ต่อไป

พฤติกรรมและผลลัพธ์ที่เกิดจากพฤติกรรมเป็นผลที่เกิดจากความสามารถของบุคคล ทำให้เกิดขึ้น หรือเพิ่มมากขึ้นด้วยความคาดหวังต่อความสามารถของตน และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ ที่ตามมา โดยที่ความคาดหวังต่อความสามารถของตนเอง (efficacy expectation) คือ ความเชื่อมั่นว่า ตนเองจะสามารถมีพฤติกรรมนั้นๆ ได้และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่ตามมา (outcome expectation) คือ การประเมินค่าของพฤติกรรมนั้นว่า สามารถทำให้เกิดผลลัพธ์หรือสิ่งที่ต้องการให้เกิดตามมาได้หรือไม่ อย่างไร หรือความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมนั้นๆ จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ซึ่งความคาดหวังต่อความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยหลักในการเลือกที่จะมีพฤติกรรมหรือการกระทำใดๆ และถ้ามีความเชื่อมั่น อย่างแน่แท้ว่า พฤติกรรมหรือการกระทำนั้นๆ จะสามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการได้จะทำให้มีพฤติกรรมนั้นๆ ต่อไป การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถสร้างหรือส่งเสริมให้มากขึ้นโดยใช้วิธี หรือแหล่งที่มาของความสามารถของตนเอง ดังนี้

๑. ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (performance accomplishment or mastery experiences) ความสำเร็จของบุคคลสามารถสร้างความเชื่อมั่นต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ ขณะที่ความล้มเหลวสามารถทำลายการรับรู้ความสามารถของตนเองได้เช่นกัน โดยเฉพาะความล้มเหลว ที่มาก่อนการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ บุคคลที่ประสบความสำเร็จอย่างง่ายอาจล้มเหลวได้ง่ายได้เช่นกัน ดังนั้น การประสบความสำเร็จนั้นๆ ควรมาจากการทำงานที่บุคคลได้พยายามเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้ก่อนที่จะ ประสบความสำเร็จบางครั้งความยากและอุปสรรคต่างๆ อาจจะทำให้บุคคลมีความสามารถในการเผชิญ กับสิ่งต่างๆ สามารถที่จะผ่านพ้นจากความล้มเหลวได้อย่างรวดเร็วและเข้มแข็งขึ้น



แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)  
(ระดับ ข้าราชการพิเศษ)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข(ต่อ)

๒. ประสบการณ์ความสำเร็จของบุคคลอื่น (vicarious experiences) การเห็นบุคคลอื่น ๆ หรือ บุคคลที่เป็นแบบอย่างในชุมชนที่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว สามารถสร้างความเชื่อในความสามารถ ของตนเองให้แข็งแกร่งขึ้น

๓. การพูดโน้มน้าวหรือชักจูง (verbal or social persuasion) เช่น การให้คำแนะนำ หรือข้อ เสนอแนะจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะผู้ที่มีความรู้หรือมีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ การใช้วิธีการนี้วิธีเดียว อาจจะไม่สามารถสร้างความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนเองได้ง่ายนัก

๔. สภาพร่างกายและอารมณ์ (somatic and emotional states) ในขณะที่ทำกิจกรรมหรือ ขณะมีพฤติกรรมที่ต้องการ เช่น กิจกรรมที่ต้องออกแรงหรือใช้กำลังอาจจะทำให้เกิดความรู้สึกอ่อนแรง ความเจ็บปวดได้บุคคลอาจจะตีความ เป็นความอ่อนแอทางร่างกาย ความรู้สึกหรืออารมณ์ในทางลบ สามารถลดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองได้ดังนั้นวิธีการที่จะสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถ ของตนเองคือ การลดความรู้สึกตึงเครียดและไม่ทำให้เกิดความรู้สึกหรือภาวะอารมณ์ที่ไม่ดี

ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นได้

๑. ผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดในการเดินทาง

๒. ภาวะเสื่อมของร่างกายอาจมีผลต่อการออกกำลังกาย

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ อย่างถูกต้อง

๔.๒) เพื่อลดความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

๔.๓) เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายระยะสุดท้าย

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่าร้อยละ ๘๐

๕.๒) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเข้าร่วมกิจกรรมมีระดับน้ำตาลในเลือด FBS < ๑๓๐ mg% ติดต่อกัน ๓ ครั้ง

๕.๓) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเข้าร่วมกิจกรรมมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม HbA<sub>1c</sub> < ๗

๕.๔) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเข้าร่วมกิจกรรมมีผล Cr > ๖๐ หรือดีขึ้น

๕.๕) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเข้าร่วมกิจกรรมมีผล LDL < ๑๐๐ หรือดีขึ้น

ลงชื่อ) .....  


(นางนวพรรณ จำรูญพงษ์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๙ / ๗.๖ / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕

๒. ระยะเวลาการดำเนินการ มกราคม - สิงหาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มย่อย มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-19) ปี 2565 ตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart (1998) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

### ๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทย มีแนวชายแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน มีความยาวประมาณ ๕,๘๒๐ กิโลเมตร โดยมีพรมแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ๔ ประเทศ ได้แก่ ประเทศเมียนมาร์ ประเทศลาว ประเทศกัมพูชา ประชาธิปไตยและประเทศมาเลเซีย

จังหวัดอุบลราชธานี มีแนวพรมแดนติดต่อกับประเทศลาว และกัมพูชา รวมความยาวประมาณ ๔๒๘ กิโลเมตร ติดต่อกับประเทศลาว ๓๖๑ กิโลเมตร จากอำเภอเขมราฐถึงอำเภอน้ำยืน ติดต่อกับแขวงสุวรรณเขต แขวงสาละวัน และแขวงจำปาสัก ติดต่อกับประเทศกัมพูชา ๖๗ กิโลเมตร (อำเภอน้ำยืน ติดต่อกับจังหวัดพระวิหาร ประเทศกัมพูชา) ซึ่งจากข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศที่ผ่านมา พบว่าสถานการณ์โควิด ๑๙ มีการส่งผลกระทบต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยที่จากการอพยพเพื่อเข้ามาในประเทศไทย ทำให้งานประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานีได้ดำเนินการจัดประชุมเพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ เนื่องจากสถานการณ์ขณะนี้มีการระบาดของโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) (สำนักบริหารจัดการงานแรงงานต่างด้าว, ๒๕๖๑)

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๒ เป็นต้นมา ทำให้พบผู้ติดเชื้อโควิด-๑๙ ทั่วโลกสะสม ๒๗๕,๘๓๘,๓๕๓ ราย โดยเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ ๔๓,๙๐๖ ราย เสียชีวิต ๕,๓๗๗,๙๒๙ ราย และรักษาตัวอยู่ ๑๓๒,๙๗๖ ราย ซึ่งประเทศที่พบรายงานผู้ติดเชื้อสูงสุด ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน ๕๒,๐๕๙,๖๖๗ ราย รองลงมา คือ อินเดีย และบราซิล ตามลำดับ สำหรับประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อสะสมทั้งสิ้น ๒,๑๙๖,๕๒๙ ราย เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ ๒,๔๗๖ ราย เสียชีวิต ๒๑,๔๔๐ ราย และรักษาตัวอยู่ ๓,๖๔๙ ราย (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๔) ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดที่รวดเร็วและรุนแรง จำนวนผู้ติดเชื้อที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกได้ประกาศการแพร่

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ระบาคครั้งนี้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of Concern: PHEIC) จนนำไปสู่การประกาศให้โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ประเทศไทย ซึ่งมีผลบังคับใช้ ณ วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๓ (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๓)

ระบบการส่งต่อผู้ป่วยนั้นไม่เพียงแต่การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน แต่ยังรวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยในปี ๒๕๕๕ โครงการ Nation Access to Antiretroviral for People living with HIV and AIDS (NAPHA Extension) ภายใต้การสนับสนุนจากกองทุนโลก สามารถให้บริการผู้ป่วยเอดส์ได้เพียง ๒,๓๓๑ ราย และจำเป็นต้องลดจำนวนลงเพื่อถ่ายโอนข้อมูลสู่กองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวของกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังมีปัญหาในด้านการเข้าถึงการบริการจึงมีข้อตกลงในการพัฒนาระบบส่งต่อร่วมกันมุ่งเน้นการพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วยทุกระบบ โดยเริ่มนำร่องจากโครงการส่งต่อผู้ป่วยเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประสานงานการจัดประชุมหารือกับหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทั้งภาครัฐ และเอกชนของประเทศไทยเพื่อนบ้าน ซึ่งจัดโดยงานความร่วมมือระหว่างประเทศ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข โดยจังหวัดอุบลราชธานี ได้เลือกพื้นที่นำร่องในการดำเนินงานพัฒนาระบบส่งต่อ คือ โรงพยาบาลสิรินธร ซึ่งเป็นอำเภอที่มีพรมแดนติดต่อกับจังหวัดอุบลราชธานีกับเมืองโพนทอง แขวงจำปาสัก สปป.ลาว จากสถานการณ์ และเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการส่งต่อผู้ป่วย ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของคนในพื้นที่ จึงต้องมีการจัดการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย และสปป.ลาว จังหวัดอุบลราชธานีขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๑)

จากประเด็นที่ได้กล่าวมานี้ ผู้วิจัยเห็นความสำคัญและสนใจในการศึกษา โดยร่วมกันพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕ ที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นการเพิ่มประโยชน์ต่อประชาชนที่อยู่ตามชายแดนทั้งสองประเทศ และลดการแพร่กระจายเชื้อ ลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตจากโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) รวมถึงลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยมีประโยชน์ต่อเศรษฐกิจและความยั่งยืนในพื้นที่ชายแดนระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาวต่อไป

### ๔.๒ วัตถุประสงค์ (Objective)

ผู้วิจัยได้กำหนดเป้าหมายของงานและวัตถุประสงค์สำหรับการวิจัยไว้ ๒ ประการ คือ

#### ๔.๒.๑ วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕

#### ๔.๒.๒ วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑) เพื่อศึกษาสภาพการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕

๒) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕ และประยุกต์ใช้กับสถานการณ์อื่นๆ

๓) เพื่อประเมินผลรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕ และเตรียมความพร้อมในการบริหารจัดการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ โดยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

### ๔.๓ ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology)

#### ๔.๓.๑ รูปแบบการวิจัย (Study design)

การศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕ นี้ ผู้วิจัยได้ใช้การวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) โดยวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-Method) มีการเก็บข้อมูลเชิง ปริมาณ (Quantitative Method) โดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เพื่อสนับสนุนผลของการวิจัย โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพข้ามแดน ชายแดนพื้นที่วัฒนธรรมข้ามพรมแดนรัฐชาติ ขอบเขตของสาธารณสุขในบริบทโลก สถานการณ์และบริบทพื้นที่ชายแดน นโยบายและแผนของ ประเทศไทย ที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขชายแดน ยุทธศาสตร์สาธารณสุขชายแดน พ.ศ. ๒๕๖๐- ๒๕๖๔ และพื้นที่ชายแดนกับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น ๓ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ การศึกษาสภาพของการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลัง สถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕ โดยได้ดำเนินการ ดังนี้

๑) ทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่าง ประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕

๒) สสำรวจ วิเคราะห์สภาพปัญหา และอุปสรรคของการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕

๓) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ สรุปผลการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕

ระยะที่ ๒ การพัฒนารูปแบบการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาวหลังสถานการณ์ การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕ โดยดำเนินการ ดังนี้

๑) ยกร่างรูปแบบการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การ เกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕ ๔๑

๒) ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิโดยการสนทนากลุ่ม (focus group discussion)

ระยะที่ ๓ การประเมินรูปแบบการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลัง สถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕ โดยได้ดำเนินการ ดังนี้

๑) นำเสนอรูปแบบให้ผู้ทรงคุณวุฒิวิพากษ์และประเมินรูปแบบการส่ง-ต่อผู้ป่วย ระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕ โดยการ ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้

๒) ปรับปรุง/แก้ไข สรุปและนำเสนอรูปแบบการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป. ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕ ที่สมบูรณ์

#### ๔.๓.๒ เครื่องมือการวิจัย (Study instruments)

๑) แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Unstructured Interview)

๒) แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามขึ้นเป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน และมาตรฐานการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว(๒.๒) ลักษณะแบบสอบถาม จำแนกออกเป็น ๓ ส่วน คือส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว

ส่วนที่ ๓ ข้อมูลมาตรฐานการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว สภาพปัญหา และข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติงาน

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

### ๔.๓.๓ ประชากร (Population) และกลุ่มตัวอย่าง (Sample)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป. ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕ ดังนี้

(๑) กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด จังหวัดอุบลราชธานี เลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง จำนวน ๒ คน

(๒) กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลแขวงจำปาสักและสาธารณสุขแขวงจำปาสัก แขวง จำปาสัก สปป.ลาว เลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง จำนวน ๒ คน

(๓) กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานรับ-ส่งผู้ป่วยของโรงพยาบาลทั้ง ๒ ประเทศ เลือกโดย วิธีเฉพาะเจาะจง จำนวน ๘๐ คน

(๔) กลุ่มอาสาสมัครนิเทศ/กักกัน จังหวัดอุบลราชธานี เลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง จำนวน ๔๐ คน

(๕) กลุ่มอาสาสมัครนิเทศ/กักกัน แขวง จำปาสัก เลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง จำนวน ๔๐ คน

### ๔.๓.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

๑) หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยโดยละเอียด และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มประชากรเป้าหมาย

๒) ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ทั้งจากการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึก การตอบแบบสอบถาม

๓) เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์

### ๔.๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ (Data analysis)

สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย จำนวนร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

### ๔.๓.๖ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ ดำเนินการในมนุษย์โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมในการวิจัย ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับประกาศเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีเอกสารรับรอง เลขที่ SSJ.UB ๒๕๖๖-๐๐๓ รหัสโครงการ SSJ.UB ๐๐๓ รับรองเมื่อวันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

### ๔.๓.๗ สรุปผลการวิจัย (Result)

๔.๓.๗.๑. ผลการศึกษาสภาพของการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕ พบว่า

๑) มีการให้ความร่วมมือจากหลายกลุ่มองค์กร มีการให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทั้ง ๒ ประเทศ

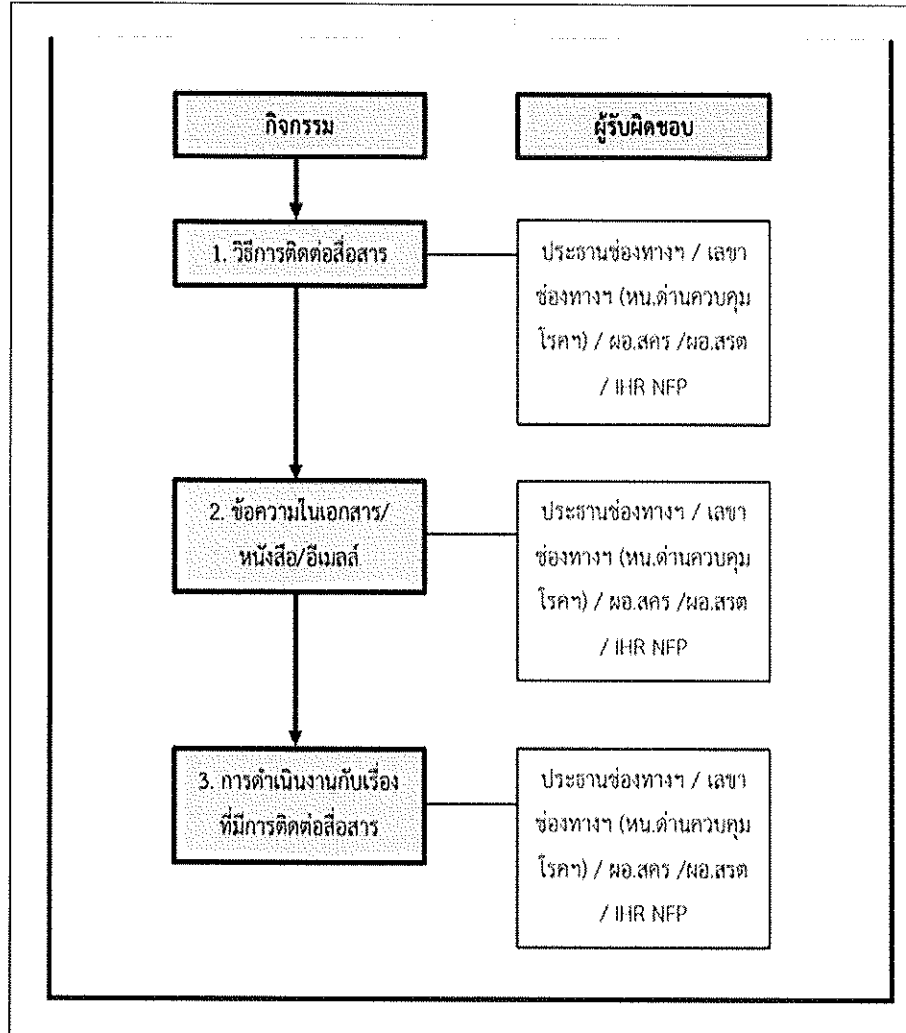
๒) มีการดำเนินการตาม IHR ๒๐๐๕ มีทีมงานเข้มแข็งที่ด่านสากล

๓) ในการวางกลยุทธ์เชิงรับนั้น การให้ความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกสามารถทำให้การทำงานนั้นราบรื่น ในด้านการประสานในระดับพื้นที่ หรือผู้ที่ทำงาน และมีการจัดการซ่อมแผนในทุกปี

๔) จากการศึกษายังพบจุดอ่อนของการดำเนินงาน คือ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยยังไม่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน เป็นเพียงการตกลงในรายกลุ่ม ยังไม่มีนโยบายในด้านการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาความล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วยหรือความคลาดเคลื่อนในการประสานงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕) ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยข้ามประเทศเพื่อเข้ารับการรักษาต่อ ส่วนใหญ่พบหลังเวลาเปิดทำการของด่าน คือเวลา ๐๖.๐๐ - ๒๐.๐๐ น. ทำให้การปฏิบัติงานไม่ต่อเนื่องและมีข้อจำกัดในผู้ปฏิบัติงาน ทั้งนี้สรุปขั้นตอนการทำงานการส่งต่อผู้ป่วยข้ามประเทศเพื่อเข้ารับการรักษาต่อ ดังภาพประกอบที่ ๑



ภาพที่ ๑ ขั้นตอนการทำงานการส่งต่อผู้ป่วยข้ามประเทศเพื่อเข้ารับการรักษาต่อ

ซึ่งภายหลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕ การส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว ต้องคำนึงถึงหลักการ ๕ ประการ ได้แก่

- ๑) ความปลอดภัยของผู้ป่วย
- ๒) ความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขผู้ปฏิบัติการส่งต่อ
- ๓) ความช่วยเหลือและประสานงานจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง
- ๔) แผนรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินระหว่างส่งต่อ
- ๕) ขั้นตอนการทำความสะอาดหลังทำการส่งต่อเมื่อทำการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลปลายทาง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒. การพัฒนารูปแบบการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานรับ-ส่งผู้ป่วยของโรงพยาบาลของทั้ง ๒ ประเทศ คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง โดยเป็นกลุ่มอาสาสมัครนิสิต/ก๊วยของทั้ง ๒ ประเทศ จำนวน ๘๐ คน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ ๕๖.๒ อายุเฉลี่ย ๓๙.๔๒ ปี (Sd=๖.๘๖) ส่วนใหญ่อายุระหว่าง ๓๑-๔๐ ปี ร้อยละ ๓๗.๕๐ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ ๕๖.๒๐ ประสบการณ์ในการทำงานในองค์กรเฉลี่ย ๙.๔๕ ปี (SD=๕.๖๗) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานในองค์กร ๕-๑๐ ปี ร้อยละ ๖๒.๕๐ และประสบการณ์ในงานส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศเฉลี่ย ๘.๓๒ ปี (SD=๖.๙๔) ส่วนใหญ่ประสบการณ์ในงานส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ ๕-๑๐ ปี ร้อยละ ๖๕

ผลการศึกษา ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความพร้อมของบุคลากร และรถพยาบาล/เครื่องมือ ในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว พบว่า ลักษณะของบุคลากรและรถพยาบาล ส่วนใหญ่บุคลากรและรถพยาบาลพร้อมปฏิบัติงาน มีเครื่องมือและเวชภัณฑ์ไม่ครบ ร้อยละ ๔๓.๘๐ เหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการส่งต่อไปรักษาที่สถานบริการอื่น ส่วนใหญ่มียาและเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย ร้อยละ ๔๐ และการตรวจและคัดกรองการเกิด โคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ทุกคนมีการตรวจและคัดกรองการเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ผู้ป่วยและญาติ ทุกครั้ง

ผลการศึกษา ข้อมูลมาตรฐานการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕ พบว่า ด้านความพร้อมของรถพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด คือ การฉีดพ่นน้ำยาฆ่าเชื้อโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ทุกครั้ง (Mean=๔.๕๒) รองลงมาคือ ความสะอาดของรถพยาบาลทั้งภายในและภายนอก อยู่ในระดับมาก (Mean=๓.๕๑) ด้านความพร้อมของอุปกรณ์ในรถพยาบาลพบคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การใช้ไฟวับวับและไซเรน บุคลากรพร้อมปฏิบัติหน้าที่ ตลอด ๒๔ ชม. ระดับความรุนแรง ในการจัดเจ้าหน้าที่ ในการส่งต่อ อยู่ในระดับมาก (Mean=๓.๗๐, ๓.๖๘, ๓.๖๖ ตามลำดับ) ซึ่งพบว่า สร้างขวัญกำลังใจและความมุ่งมั่นของบุคลากร อยู่ในระดับน้อย (Mean=๒.๔๕) ด้านความพร้อมของบุคลากรส่งต่อ พบคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ บุคลากรส่งต่อพร้อมปฏิบัติหน้าที่ตลอด ๒๔ ชม. อยู่ในระดับมาก (Mean=๓.๖๘) ด้านความครบถ้วนของข้อมูลและเทคโนโลยีในการประสานงาน พบคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความครบถ้วนของข้อมูล อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=๓.๓๓) ด้านความพร้อมด้านยาและเวชภัณฑ์ อยู่ในระดับน้อย (Mean=๒.๔๔) ด้านความครบถ้วนและแนวปฏิบัติของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการส่งต่อ พบคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความครบถ้วนของข้อมูลสิทธิการรักษาของผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=๒.๖๕) ด้านธรรมาภิบาล คณะกรรมการกำกับดูแลระบบส่งต่อ อยู่ในระดับน้อย (Mean=๒.๔๔) ด้านการเคลื่อนย้ายและยึดตรึง แนวปฏิบัติในการเคลื่อนย้ายและยึดตรึง อยู่ในระดับมาก (Mean=๓.๖๕) ด้านการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ พบคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยตามขีดความสามารถของโรงพยาบาล อยู่ในระดับมาก (Mean=๓.๔๕) และยังพบว่า ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงเหตุผลในการส่งต่อและสิทธิในการรักษาพยาบาล อยู่ในระดับน้อย (Mean=๒.๒๒) ด้านความพร้อมขณะส่งต่อ พบคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ประเมินสภาพของผู้ป่วยที่อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตและให้การช่วยเหลือ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=๓.๒๒) และด้านคลายความกังวลของผู้ป่วยและญาติ บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=๔.๕๘)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓ การประเมินรูปแบบการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕

พบว่า รูปแบบ และแนวทางการดำเนินงานเพื่อพัฒนารูปแบบการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕ โดยการนำเสนอข้อสรุปและรูปแบบต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานระดับต่างๆ โดยมีการจัดทำเป็นรูปเล่ม และมีการนำไปขยายใช้ในพื้นที่ชายแดนอื่นๆ ที่มีบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน อาทิ เช่น ๑) พรมแดน ไทย - ลาว ได้มีการนำไปเผยแพร่ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กับจังหวัดต่างๆ เช่น จังหวัดนครพนม น่าน บึงกาฬ หนองคาย มุกดาหาร ศรีสะเกษ สระแก้ว ทั้งนี้มีการสรุปผลร่วมกับเมืองปากของ แขวงจำปาสัก สปป.ลาว โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการระบบส่งต่อเมืองคู่นานในแขวงจำปาสัก บทสรุปจากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว โดยทั้ง ๒ ประเทศได้นำรูปแบบการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕ โดยคำนึงถึงหลักการ ๕ ประการ หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ทำให้ทั้ง ๒ ประเทศมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือภาครัฐในการนำผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากที่เกิดเหตุ ส่งต่ออย่างถูกวิธี ไปยังโรงพยาบาลแขวง รวมทั้งนำส่งต่อผู้ป่วยหนักระหว่างประเทศ เพื่อนำส่งต่อข้ามเขามารักษาต่อยังสถานบริการสาธารณสุขทั้งของภาครัฐ และเอกชน ในฝั่งประเทศไทยได้อย่างปลอดภัย

จากผลการวิจัย พบว่า ระบบการการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕ พบว่า ๑) จุดแข็งของการดำเนินงาน คือ การให้ความร่วมมือจากหลายกลุ่มองค์กรมีการให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทั้งทางฝั่งของประเทศไทย และ สปป.ลาว โดยไม่มีปัญหาหรืออุปสรรคในด้านภาษาหรือการสื่อสารระหว่างประเทศ นอกจากนี้ยังมีการซ้อมรับอุบัติเหตุหมู่ภายในประเทศร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกปี สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฤชงค์ ชื่นชม และคณะ (๒๕๖๕) ที่ศึกษาการพัฒนาระบบการจัดการการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ บริเวณชายแดนไทย-ลาว กรณีศึกษาอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย พบว่า จากระบบการจัดการควบคุมป้องกันโรคโควิด-๑๙ บริเวณชายแดนไทย-ลาว ที่มีอยู่เมื่อวิเคราะห์ สถานการณ์และปัญหาจากการทำงาน จึงพัฒนาระบบให้เกิดแบบแผนในการปฏิบัติงานของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ไปในทางเดียวกัน เกิดรูปแบบการรวมระบบเป็นหนึ่งเดียว (one system) ใช้หนึ่งช่องทางในการสื่อสาร (one channel) และสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการเฝ้าระวังโรคในชุมชน (one community) ทำให้เกิดจุดแข็งการทำงานร่วมกันผ่านการสื่อสารของภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง และมีรูปแบบที่ชัดเจน และยังสอดคล้องกับงานศึกษาของ อรทัย ศรีทองธรรม และ อ้อมทิพย์ พลบุปผา (๒๕๖๓) ทำการศึกษาแบบความร่วมมือในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทยกับประเทศเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา : ผลลัพธ์จากมาตรการความร่วมมือระหว่างประเทศ พบว่า รูปแบบความร่วมมือในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศตามแนวชายแดนไทย ๒ ลักษณะใหญ่ๆ คือ การส่งต่อผู้ป่วยเฉพาะโรคที่เป็นปัญหา ระหว่างประเทศคือ โรคเอดส์ วัณโรคและโรคมาลาเรีย (ATM:AIDS/HIV,TB and Malaria) และการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างประเทศ



## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ส่วนผลการพัฒนาระบบการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕ เน้นการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว เพื่อกำหนดนโยบายและแผนการดำเนินงานร่วมกัน ต้องอาศัยความร่วมมือทุกภาคส่วน และการใช้แนวทางรูปแบบที่เข้าใจในทิศทางเดียวกัน โดยมีข้อสรุปให้การนำส่งผ่านรถ refer ที่มีมาตรฐานและมีการรักษามาตรการความปลอดภัยตามหลักการ ๕ ประการ อย่างเคร่งครัด เพื่อให้การให้บริการผู้ป่วยได้เหมาะสม ปลอดภัยและทันเวลา ประเด็นที่ควรพัฒนา ได้แก่ มาตรการบริเวณจุดผ่อนปรน และมาตรการช่องทางธรรมชาติ การพัฒนาระบบโปรแกรมในการบันทึกและคัดกรองบุคคลเข้า-ออกระหว่างประเทศ การสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาระบบและพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีองค์ความรู้ในการจัดการระบบข้อมูลข่าวสารและระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค สอดคล้องกับการวิจัยของ พิณทิพามาลาหอม และคณะ (๒๕๖๒) ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-ลาว กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานีกับแขวงจำปาสัก สปป.ลาว พบว่า การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินข้ามพรมแดนนั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการเดินทางข้ามพรมแดน ดังนั้นการผสมความร่วมมือจึงมีความสำคัญที่สุดในการทำงาน และการวางระบบให้เป็นแบบแผนทำให้บุคลากรสามารถทำงานได้อย่างราบรื่น ซึ่งเป็นระบบและปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน

ทั้งนี้จากผลการพัฒนาระบบการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕ พบว่า การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินข้ามพรมแดนนั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการเดินทางข้ามพรมแดน และยังคงขาดนโยบายการพัฒนาและสร้างระบบกันชน การมารับบริการด้านสุขภาพของชาวต่างชาติ การพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลประเทศเพื่อนบ้านเป็นทางหนึ่งที่จะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยจากชายแดนลาวเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลชายแดนประเทศไทย โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กในพื้นที่ชายแดนที่ต้องแบกรับภาระค่าบริการชาวต่างชาติอย่างต่อเนื่องจากระบบการให้บริการสุขภาพและการรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Thasa (๒๐๑๓) ที่ได้สรุปไว้ว่า การวางระบบให้เป็นแบบแผนทำให้บุคลากรสามารถทำงานได้อย่างราบรื่น ซึ่งเป็นระบบและปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีการเชื่อมโยงและมีนโยบายไปในทิศทางเดียวกันเพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพควบคู่กันไปด้วย

### ๕.๑ ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

๕.๑ มีรูปแบบการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕ ที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นการเพิ่มประโยชน์ต่อประชาชนที่อยู่ตามชายแดนทั้งสองประเทศ และลดการแพร่กระจายเชื้อ ลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตจากโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) รวมถึงลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย มีประโยชน์ต่อเศรษฐกิจและความยั่งยืนในพื้นที่ชายแดนระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาวต่อไป

### ๕.๒ สามารถนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นๆได้

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ มีรูปแบบการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕ ที่เหมาะสม ลดการแพร่กระจายเชื้อ ลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตจากโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙)

๖.๒ นำผลจากการวิจัยไปพัฒนานโยบายในการดำเนินการส่ง-ต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว ซึ่งพบว่าต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการเดินทางข้ามพรมแดน

### ๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ มีการรวบรวมข้อมูล จากแหล่งข้อมูลทุกระดับ ทั้งข้อมูลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล

๗.๒ มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ทั้งสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน ในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

๗.๓ มีการสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้รูปแบบ และปัญหาจากการดำเนินงาน

๗.๔ มีจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อผลักดันให้เกิดการขยายผลสู่พื้นที่อื่น ต่อไป

๗.๕ มีการบูรณาการความร่วมมือการดำเนินงานจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

๗.๖ มีการนำปัญหาอุปสรรคมาปรับปรุง เพื่อพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ ต่อไป

๗.๗ มีการนำไปใช้ประยุกต์ ต่อยอดให้เหมาะสมกับพื้นที่อื่นๆ

### ๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานในครั้งนี้ คือปัญหาของการประสานงาน ความร่วมมือจากพื้นที่ เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลทั้งในชายแดนประเทศไทย และชายแดน สปป.ลาว

๘.๒ ปัญหาด้านงบประมาณ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน ยังได้รับการสนับสนุนงบประมาณที่ยังไม่เพียงพอ จากภาครัฐ

### ๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

๑) ควรศึกษาการพัฒนาารูปแบบการพัฒนาระบบงานสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนโดยการมีส่วนร่วม

๙.๒ ข้อเสนอเชิงนโยบาย

๑) ควรมีการประสานความร่วมมือในระดับเชิงนโยบายของส่วนกลางซึ่งชายแดนมีหน่วยงานที่ทำงานหลายหน่วยงานทั้งหน่วยงานความมั่นคง ปกครอง ตำรวจ ศุลกากร สาธารณสุข ฯลฯ ทั้งในระดับชาติ ระดับกระทรวง กรม จังหวัด อำเภอ ตำบล จนมาถึงหมู่บ้านหรือชุมชนชายแดน

๒) ควรมีแผนการเสริมศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้านควบคุมโรคและการกำหนดคุณสมบัติเจ้าหน้าที่ด้านควบคุมโรคด้านสาธารณสุข รวมถึงอัตราค่าจ้าง

๓) ควรมีนโยบายการพัฒนาและสร้างระบบกันชนการมารับบริการด้านสุขภาพของชาวต่างชาติ การพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลประเทศเพื่อนบ้านเป็นทางหนึ่งที่จะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยจากชายแดนประเทศไทยเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลชายแดนประเทศไทย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ได้ส่งผลงานวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-สปป.ลาว  
หลังสถานการณ์การเกิดโคโรนาไวรัส (โควิด-๑๙) ปี ๒๕๖๕ เผยแพร่ที่เว็บไซต์สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) หากผู้ขอประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียวให้ระบุชื่อและสัดส่วนผลงาน  
๑๐๐%

๑) นางอุษณีย์ เกิดมี สัดส่วนผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

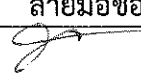
(ลงชื่อ)



ผู้ขอประเมิน

(นางอุษณีย์ เกิดมี)

วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางอุษณีย์ เกิดมี ๑๐๐ %	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)



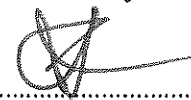
(นางหรรษา ชินสุพล)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ...../...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)



(...นายธีระพงษ์ แก้วอมร...)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี..

(วันที่) ...../...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

เรื่อง

การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลโครงการตามแผนปฏิบัติการประจำปี  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ของ

นางอุษณีย์ เกิดมี

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้ง  
ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ  
ตำแหน่งเลขที่ ๗๕๘๘๓  
ส่วนราชการ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

## ๑. ชื่อเรื่อง การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลโครงการตามแผนปฏิบัติการประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

### ๒. หลักการและเหตุผล

การติดตามและประเมินผลถือได้ว่าเป็นเครื่องมือที่จำเป็นในการปรับปรุงประสิทธิภาพของโครงการที่ ดำเนินการอยู่ หากไม่มีระบบติดตามและประเมินผลแล้วย่อมส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการดำเนินงานให้ ลุล่วง ค่าใช้จ่ายสูงเกินกว่าที่กำหนดไว้ กลุ่มเป้าหมายหลักไม่ได้รับประโยชน์หรือขาดโอกาสที่ควรจะได้รับ ทำให้เกิด ปัญหาในการควบคุมคุณภาพของการดำเนินงาน เสียเวลาในการตรวจสอบ เกิดความขัดแย้งในการ ปฏิบัติงาน ทั้งภายในหน่วยงานหรือระหว่างหน่วยงานกับกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากโครงการ ในทางตรงกันข้าม หากโครงการมีระบบติดตามและประเมินผลที่ดีแล้วจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการ ดำเนินงานด้านต่างๆ เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการบรรลุเป้าหมายของแผนพัฒนา โครงการต่างๆ การระบุปัญหาที่เกิดขึ้นและการเสนอทางแก้ปัญหา การติดตามดูประสิทธิภาพในการ ดำเนินงานของส่วน ต่างๆ ในโครงการและการเสนอวิธีการปรับปรุงการดำเนินงาน การติดตามและประเมินผล จึงเป็นกลไกในการ ตรวจสอบการทำงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้เกิดความโปร่งใส เป็นเข็มทิศที่จะชี้ ได้ว่าการ พัฒนาสุขภาพ หรือระบบงานสาธารณสุขของจังหวัดอุบลราชธานี จะไปในทิศทางใด เมื่อมีการ ประเมินผลในสิ่งที่วางแผนไว้แล้วและที่ได้จัดทำเป็นงบประมาณรายจ่ายได้รับการตรวจติดตาม ซึ่งอาจจะเป็น ผลผลิต การบริการหรือความพึงพอใจ ซึ่งเกิดจากกระบวนการวางแผน ซึ่งประกอบไปด้วย แผนยุทธศาสตร์ การพัฒนางานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และแผนปฏิบัติการประจำปี

ในการติดตามและประเมินผลแผนการปฏิบัติการและแผนการใช้จ่ายงบประมาณประจำปี ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผู้ขอรับการประเมินในฐานะผู้รับผิดชอบในภารกิจ ในการเร่งรัด ติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและแผนการใช้จ่ายงบประมาณประจำปี ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รวมถึงการพัฒนาระบบติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยงาน เพื่อเป็นเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน โดยตระหนักถึงความสำคัญและเห็นว่าภารกิจด้านการติดตามและ ประเมินผล มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้บริหารระดับสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี ในการขับเคลื่อนการพัฒนางานสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการติดตาม และประเมินผลจะต้องพิจารณา วิเคราะห์และออกแบบทั้งในด้านกระบวนการ เครื่องมือ แหล่งข้อมูล และ ความละเอียดถี่ถ้วนในการวัดให้เหมาะสมกับงานและภารกิจในแต่ละปี เพื่อให้การติดตามและประเมินผล มีความแม่นยำตรง สะท้อนปัญหาและเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง อีกทั้งต้องพิจารณาให้ครอบคลุมทั้งในด้าน เงื่อนไขของตัวชี้วัด และระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การขับเคลื่อนการพัฒนางานสอดคล้องกับภารกิจ ของหน่วยงานและเกิดผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ

จากการติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปี ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี ผ่านการดำเนินของกลุ่มงานต่างๆในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /โรงพยาบาล / สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า

ผลการดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย แสดงถึงผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานได้เป็นอย่างดี แต่ยังมีข้อค้นพบและข้อจำกัดบางประการที่ได้จากการติดตามผลการดำเนินงานดังกล่าว เช่นการดำเนินงานที่ล่าช้าไม่เป็นไปตามท่วงระยะเวลาที่วางไว้ รวมถึงการจัดสรรงบประมาณที่ล่าช้า ส่งผลต่อการดำเนินงานและการเบิกจ่ายงบประมาณ และการควบคุมกำกับที่ไม่ทันต่อเหตุการณ์ โดยในส่วนนี้ผู้รับการประเมินได้เสนอแนวคิดในการพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลโครงการตามแผนปฏิบัติการประจำปี ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ตรงที่ได้จากการลงมือปฏิบัติ การทบทวนเอกสารและข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นประโยชน์ในการขับเคลื่อนและกำกับติดตามงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เกิดความคุ้มค่า และแสดงให้เห็นถึงผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการได้อย่างแท้จริง

โดยกลไกสำคัญในการพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลโครงการตามแผนปฏิบัติการประจำปี เพื่อให้การขับเคลื่อนงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความต่อเนื่อง และยั่งยืน จึงได้เสนอแนวคิดการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล ออกเป็น ๓ ด้านสำคัญ คือ ด้านบุคลากร ด้านข้อมูลและด้านระบบงาน โดยมีรายละเอียดพอสังเขป ดังนี้

๑) ด้านบุคลากร ต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร เนื่องจากกลไกหลักในการขับเคลื่อนงานตามภารกิจจะต้องเกิดจากบุคลากรในองค์กรที่มีความรู้ ความเข้าใจ มีความพร้อมในการปรับตัวให้ทันยุคสมัย เน้นการใช้เทคโนโลยีมาช่วยปฏิบัติ และเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมและสร้างความร่วมมือในการขับเคลื่อนและพัฒนางานให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน

๒) ด้านข้อมูล ให้ความสำคัญกับการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี ที่เชื่อมโยงและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนการบริหารราชการแผ่นดิน นโยบายรัฐบาล นโยบายกระทรวงสาธารณสุข และแผนปฏิบัติการของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งจะใช้เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติการให้เกิดผลสัมฤทธิ์และใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามความสำเร็จของการดำเนินงาน โดยผลักดันเป็นนโยบายสำคัญของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีที่สามารถพัฒนาและแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ให้บรรลุเป้าหมาย โดยการสนับสนุนให้มีการบูรณาการงานและการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่

๓) ด้านระบบงาน ในปัจจุบันมีความก้าวหน้าด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และเพื่อเป็นการใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์ จึงควรพัฒนาและต่อยอด โปรแกรมระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพของกองนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข ให้มีความครอบคลุม สามารถประมวลผลได้สะดวกและรวดเร็ว เพิ่มช่องทางการรายงานผลและการเข้าถึงข้อมูลระบบให้มากขึ้น เช่นแอปพลิเคชันมือถือที่สามารถเรียกดูข้อมูลได้ ทุกที่ ทุกเวลา รวมทั้งมีการเชื่อมโยงข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่ออำนวยความสะดวกและเป็นประโยชน์ต่อองค์กร

#### ๔.มาตรการและข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

ผู้รับการประเมินได้จัดทำรายละเอียดการพัฒนางานตามข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลโครงการตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ เพื่อให้การขับเคลื่อนงานตามภารกิจเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

##### ๔.๑.มาตรการด้านบุคลากร

- เพิ่มทักษะที่จำเป็นต่อการทำงาน โดยเพิ่มองค์ความรู้ใหม่ๆและสร้างสมรรถนะที่เหมาะสมรวมทั้งให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ (KM) โดยเน้นการจัดเวทีในการสร้างความรู้ความเข้าใจให้

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบแผนงาน/โครงการ ตลอดจนให้ความรู้ด้านกฎหมายและระเบียบต่างๆที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผนงาน/โครงการ ซึ่งจะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง

- ปรับกระบวนการทางความคิด (Mindset) โดยกระตุ้นให้บุคลากรเห็นความสำคัญในการปรับใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ให้เข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานให้มากขึ้น เพื่อลดระยะเวลา ลดงานธุรการ รวมทั้งเน้นย้ำให้ความสำคัญกับการบันทึกผลการดำเนินงานและการรายงานผลการดำเนินงานอย่างรวดเร็วและถูกต้อง ทันเวลาตามห้วงเวลาที่กำหนด ซึ่งจะช่วยให้การติดตามงานมีประสิทธิภาพ สามารถแก้ไขปัญหาได้ทันเวลาที่ในกรณีที่พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

- สร้างการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงาน ตั้งแต่ขั้นตอนการจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปี ไปจนถึงกระบวนการกำกับติดตามและรายงานผลการดำเนินงาน โดยเน้นการยกระดับการทำงานจากการประสานงาน (Coordination) การร่วมงาน (Cooperation) ไปสู่ความร่วมมือ (Collaboration) ซึ่งจำเป็นต้องมีการประสานงานและการติดต่อสื่อสารอย่างใกล้ชิด ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อให้การทำงานเป็นไปอย่างรวดเร็ว ทันเหตุการณ์ และลดขั้นตอนงานธุรการ

- กระตุ้นให้บุคลากรให้ความสำคัญกับการบันทึกข้อมูลการรายงานผลการดำเนินงาน รวมทั้งให้ความสำคัญกับการกำกับติดตามและรายงานผลการดำเนินงานเพื่อสะท้อนผลการดำเนินงานอย่างแท้จริง รวมทั้งการเร่งรัดการดำเนินงานและการเบิกจ่ายงบประมาณให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด และสอดคล้องกับเป้าหมายการเบิกจ่ายงบประมาณตามมาตรการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณอย่างเคร่งครัด

#### ๔.๒.มาตรการด้านข้อมูล

- การจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปี เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม จะต้องพิจารณาในเรื่องการกำหนดแผนการดำเนินงานให้เชื่อมโยงและสอดคล้องกับแผนในระดับต่างๆ ควรมีการกำหนดรายละเอียดของแผนงาน/โครงการ ระบุผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์โครงการ รวมถึงกำหนดระดับค่าเป้าหมายในแต่ละขั้นตอนความสำเร็จอย่างชัดเจน รวมทั้งการกำหนดแผนการดำเนินงานตามห้วงระยะเวลาและขั้นตอนในการดำเนินงานจริง เพื่อให้สามารถวัดผลสำเร็จของโครงการ และสะท้อนผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสำคัญในแต่ละขั้นตอนอย่างแท้จริง

- มีการประเมินผลความสำเร็จในแต่ละแผนงาน/โครงการทุกรายการที่ปรากฏในแผนปฏิบัติราชการ เพื่อสะท้อนผลสำเร็จในการดำเนินงาน ซึ่งหากโครงการที่ดำเนินการมีผลการดำเนินงานที่บรรลุเป้าหมายแล้ว อาจจะพิจารณาปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดให้มีความท้าทายมากยิ่งขึ้นโดยเน้นการเพิ่มคุณค่าและนวัตกรรมใหม่ๆ

- กรณีที่พบผลการดำเนินงานต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ควรระบุปัญหา อุปสรรคหรือข้อติดขัด ที่ทำให้เกิดการดำเนินงานล่าช้า ไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดเพื่อเสนอให้ผู้บริหารได้รับทราบเพื่อหาแนวทางการแก้ไข เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามแผนที่กำหนด

#### ๔.๓.มาตรการด้านระบบงาน

- ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้เกิดประโยชน์ด้วยการพัฒนาและต่อยอด โปรแกรมระบบบริหาร ยุทธศาสตร์สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (SMS) ให้มีความครอบคลุมระบบงบประมาณทุกแหล่ง สามารถประมวลผลได้สะดวกและรวดเร็ว เพิ่มช่องทางการส่งโครงการเพื่อขอรับการอนุมัติ สามารถสื่อสารระหว่างผู้เขียนโครงการและผู้ตรวจสอบโครงการอย่างรวดเร็ว และเพิ่มช่องทางการรายงานผลการดำเนินงานแผนงานโครงการจากทุกแหล่งงบประมาณ มีการประมวลผลที่รวดเร็วเป็นปัจจุบัน สามารถเรียกดูข้อมูลได้เป็นปัจจุบัน

- มีการเชื่อมโยงข้อมูลที่สำคัญที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกและเป็นประโยชน์แก่องค์กร ผู้บริหารระดับสูงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการบันทึกรายงาน เช่น ระบบติดตามประเมินผลแผนงาน โครงการตามแผนปฏิบัติการประจำปีของจังหวัดและกลุ่มจังหวัด(PADME) และระบบติดตามและประเมินผลแห่งชาติ (EMENSER) ของสำนักงานสภาพัฒนาการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นต้น

- จัดทำคู่มือที่แสดงขั้นตอน กระบวนการและวิธีการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน รวมถึงคู่มือแนะนำการใช้งานระบบติดตาม ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบและเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจหรือนำไปประยุกต์ใช้ในส่วนที่เกี่ยวข้องได้อย่างสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยเผยแพร่ในรูปแบบเอกสารและทางเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

- เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการกำกับติดตามผลการดำเนินงานจะต้องมีการชี้แจงแนวทางและสร้างความเข้าใจร่วมกันเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบอย่างครบถ้วน รวมทั้งการปฏิบัติงานตามแผนงานที่วางไว้ทุกขั้นตอน เพื่อให้การรายงานผลการดำเนินงานได้อย่างสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีความถูกต้องครบถ้วน สามารถดำเนินการแล้วเสร็จตามขั้นตอน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ใช้งานได้ร่วมแสดงความคิดเห็น เพื่อนำมาปรับปรุงระบบรายงานผลต่อไป

## ๕.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๕.๑ การขับเคลื่อนภารกิจงานในการกำกับ ติดตามความสำเร็จของแผนงาน/โครงการตามแผนปฏิบัติการและแผนการใช้จ่ายงบประมาณประจำปี มีความถูกต้อง ครบถ้วนตามแผนการดำเนินงานและตามห้วงระยะเวลาที่กำหนดในแผน เพื่อให้สามารถวัดผลสำเร็จของโครงการและสะท้อนผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสำคัญในแต่ละขั้นตอนอย่างแท้จริง นำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้รวดเร็วและทันที่

๕.๒ ผู้บริหารได้รับทราบผลการดำเนินงานที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน ตามข้อเท็จจริงและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำข้อเสนอแนะและปัญหาอุปสรรคจากรายงานสรุปผลการดำเนินงานไปใช้ประโยชน์ ในการวางแผนและปรับปรุงการดำเนินงานในรอบปี ช่วยให้ประหยัดเวลาและขั้นตอนในการทบทวนเพื่อจัดทำแผนงาน/โครงการในปีต่อไป

๕.๓ ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย ไม่ซับซ้อน สามารถเข้าถึงและตรวจสอบผลการดำเนินงานได้สะดวก รวดเร็ว ทุกที่ ทุกเวลา เพื่อมาช่วยในการปฏิบัติงาน อีกทั้งยังเป็นการลดภาระการรายงานในรูปแบบเอกสาร ลดงานธุรการ ลดการใช้ทรัพยากรที่สิ้นเปลืองเพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและการลดต้นทุนในการติดตามผลการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามภารกิจขององค์กร

๕.๔ สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ



## ๖. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑) ความสำเร็จในการจัดทำรายงานการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและแผนการใช้จ่ายงบประมาณ มีความถูกต้อง ครบถ้วน อย่างน้อยร้อยละ ๘๐

๒) มีช่องทางการติดตามผลการดำเนินงานโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อให้ผู้บริหารรับทราบความก้าวหน้าการดำเนินงานได้ทันที ทุกเวลา หน่วยงานมีช่องทางการรายงานผลได้อย่างสะดวกและสามารถลดความซ้ำซ้อน

๓) ระดับความสำเร็จในการควบคุม กำกับติดตามและประเมินผลโครงการตามแผนปฏิบัติการประจำปี



ลงชื่อ.....ผู้เสนอแนวคิด/วิธีการ

(นางอุษณีย์ เกติมี)

วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพและขับเคลื่อนกระบวนการจัดทำค่าของบลงทุน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ

การศึกษาในช่วงเวลาระหว่าง ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึง มกราคม พ.ศ.๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความรู้

๑) พระราชบัญญัติวิธีการงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

๒) ยุทธศาสตร์ชาติ ๖ ด้าน ระยะ ๒๐ ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นโยบายรัฐบาล แผนปฏิรูปภาครัฐ นโยบายความมั่นคงแห่งชาติ และแผนหลักอื่นๆ

๓) ระบบการบริหารและมุ่งเน้นผลงานตามยุทธศาสตร์ (SPBB = Strategic Performance Based Budgeting) ซึ่งเป็นเครื่องมือในการจัดสรรทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องนโยบายและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาประเทศ เพื่อให้กระทรวง ทบวง กรม มีบทบาท อำนาจตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากรมากขึ้น และเพื่อเป็นระบบควบคุมตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพและโปร่งใส

๔) การจัดทำงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานตามยุทธศาสตร์ ความสามารถในการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดโดยการกำหนดยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมที่สุดภายใต้สภาวะการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

๕) ยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปี เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์และแนวทางการจัดสรรงบประมาณ โดยจะต้องทำการศึกษาและวิเคราะห์รายละเอียดดังกล่าวทั้งหมดและนำยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณและเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องเพื่อแปลงเป็น เป้าหมายการให้บริการพร้อมกำหนดแนวทางการดำเนินงานจัดทำค่าของงบประมาณที่ส่งผลให้บรรลุเป้าหมายการให้บริการ

๖) การจัดทำค่าของงบประมาณรายจ่ายประจำปีรายการงบลงทุน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์

ความชำนาญงาน

๑) รับผิดชอบการจัดทำแผนค่าของงบประมาณงบลงทุนและค่าเสื่อม ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๙ ถึงปัจจุบัน ทำหน้าที่ ให้คำปรึกษาแนวทางการจัดทำแผนค่าของงบประมาณงบลงทุนให้กับหน่วยงานในสังกัด รวบรวมแผนค่าของงบประมาณงบลงทุนและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ของหน่วยงานในสังกัด วิเคราะห์ จัดเรียงลำดับความสำคัญของรายการค่าของงบลงทุน เป็นภาพรวมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เสนอแผนค่าของงบประมาณงบลงทุนต่อคณะกรรมการบริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีเพื่อขอความเห็นชอบ ก่อนที่จะส่งแผนค่าของงบประมาณงบลงทุนให้สำนักงานสเขตสุขภาพที่ ๑๐ เพื่อเสนอผู้ตรวจราชการกระทรวงพิจารณาให้ความเห็นชอบต่อไป

๒) ทำหน้าที่เลขานุการและคณะกรรมการบริหารจัดการด้านงบประมาณ งบลงทุนและค่าเสื่อม เขตสุขภาพที่ ๑๐ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ ถึงปัจจุบัน ทำหน้าที่ในการรวบรวม วิเคราะห์ จัดเรียงลำดับความสำคัญของรายการค่าของงบลงทุน ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๑๐ จำนวน ๕ จังหวัด เสนอขอความเห็นชอบคณะกรรมการบริหารจัดการงบประมาณงบลงทุนและค่าเสื่อมเขตสุขภาพที่ ๑๐ พิจารณากลับกรองแผนค่าของงบประมาณงบลงทุน ก่อนที่เสนอผู้ตรวจราชการกระทรวงให้ความเห็นชอบก่อนที่จะส่งแผนค่าของงบประมาณงบลงทุนให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาต่อไป

๓) รับผิดชอบการจัดทำแผนงบประมาณรายจ่ายเงินกู้เพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจ และสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ โครงการพัฒนาศักยภาพ ระบบบริการสุขภาพ รongรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ของหน่วยงานส่วน ภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข โดย ทำหน้าที่ในการรวบรวม วิเคราะห์ จัด เรียงลำดับความสำคัญของรายการคำขอและเสนอแผนคำของงบประมาณต่อคณะกรรมการบริหารสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอความเห็นชอบ ก่อนที่จะส่งให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเสนอ คณะรัฐมนตรี ส่งผลให้หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และสถานที่ในการให้การรักษาคิดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ อย่างเพียงพอ ทำให้สามารถรับมือกับ สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

- ๑) รับผิดชอบการจัดทำแผนคำของงบประมาณงบลงทุนและค่าเสื่อม ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๙ ถึงปัจจุบัน
- ๒) ทำหน้าที่เลขานุการและคณะกรรมการบริหารจัดการด้านงบประมาณ งบลงทุนและค่าเสื่อม เขตสุขภาพที่ ๑๐ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ ถึงปัจจุบัน

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สำหรับปัญหาเกี่ยวกับการจัดทำคำของงบประมาณงบลงทุนที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประสบได้แก่ ความล่าช้าในการดำเนินงาน อันเนื่องมาจากการได้ข้อมูลประกอบการจัดทำคำขอไม่ครบถ้วน มีข้อ แก้ไขจำนวนมาก เช่น รายละเอียดไม่ครบถ้วนหรือไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ การถูกต้องงบประมาณเนื่องจาก โครงการที่เสนอขอไม่เป็นไปตามภารกิจของหน่วยงาน หรือแสดงผลผลิตที่ได้ไม่มีผลกระทบต่อประชาชนที่ ชัดเจน และโครงการมีรายละเอียดไม่ชัดเจนทำให้ผู้ประสานงานสำนักงบประมาณไม่สามารถชี้แจงให้คณะกรรมการพิจารณางบประมาณเข้าใจได้ ส่วนในด้านของบุคลากรในการจัดทำงบประมาณนั้นมีจำนวนจำกัด เมื่อ เทียบกับภารกิจในการจัดทำงบประมาณงบลงทุนทั้งกระบวนการ และบางหน่วยงานบุคลากรที่รับผิดชอบการจัด ทำคำของงบประมาณงบลงทุนต้องรับผิดชอบงานด้านอื่นๆ ของหน่วยงานด้วย นอกจากนี้เวลาที่มีอยู่จำกัดทำ ให้เกิดข้อผิดพลาดในการทำงาน รวมไปถึงการมีข้อมูลที่ไม่เพียงพอ จึงไม่ได้เสนอขอหรือขอตั้งคำของงบประมาณ งบลงทุนที่จำเป็นบางอย่าง เช่น ไม่ทราบว่า ครุภัณฑ์ ยานพาหนะ ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ มีอายุการใช้งานถึง ระยะเวลาที่ต้องขอทดแทนจึงไม่ได้จัดทำคำของงบประมาณงบลงทุนไว้ เป็นต้น หรือคำของงบประมาณงบลงทุนที่ อยู่ในหมวดของงบบูรณาการไม่ได้ถูกบรรจุในงบบูรณาการเนื่องจากไม่สามารถประสานงานกับหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องได้ทันกำหนดเวลา

ทั้งนี้หากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ไม่ปรับปรุงกระบวนการจัดทำคำของงบประมาณงบ ลงทุน จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการประชาชนด้านการแพทย์และสาธารณสุขหากได้รับจัดสรร งบประมาณงบลงทุนไม่เพียงพอ อันได้แก่ งานด้านการให้บริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังจะส่งผลกระทบต่อ ความสามารถในการยกระดับศักยภาพของหน่วยบริการให้มีมาตรฐาน และลดความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึง ระบบบริการสุขภาพของประชาชน ตามนโยบายของรัฐบาล หรือโครงการที่ควรเป็นแผนบูรณาการกลับไม่ได้ บูรณาการเกิดความซ้ำซ้อนในด้านงบประมาณทำให้ผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมายของรัฐบาล กรณีการ จัดทำคำของงบประมาณที่ไม่มีความพร้อมในการใช้จ่าย หรือก่อนนี้ผูกพันส่งผลเสียกับภาพรวมทางเศรษฐกิจเป็น อย่างมาก

ปัญหาที่ได้กล่าวมาข้างต้นจึงเป็นที่มาของการศึกษาในครั้งนี้ โดยประสงค์จะดำเนินการค้นหาปัญหาและอุปสรรคตลอดจนแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานในการจัดทำค่าของงบประมาณงบลงทุนให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีได้มีแผนงานการลงทุนที่มีคุณภาพตอบสนองความต้องการของประชาชนและได้รับจัดสรรงบประมาณเพียงพอสำหรับดำเนินงานนั้น ๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาประเทศด้านสาธารณสุขต่อไป

### ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. เข้าพบนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์เป้าหมายการทำวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่
  ๒. ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือจากสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีทุกแห่งและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมโครงการวิจัย
  ๓. ศึกษาและพัฒนากระบวนการตามระเบียบวิจัยวิจัย
  ๔. หลังสิ้นสุดกระบวนการคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- เป้าหมายของงาน
- ๑) เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในกระบวนการ การจัดทำค่าของงบประมาณงบลงทุน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
  - ๒) เพื่อศึกษาแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดทำค่าของงบประมาณงบลงทุนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
  - ๓) เพื่อเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนการจัดทำค่าของงบประมาณงบลงทุนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)
- เชิงปริมาณ
- ๑) ร้อยละ ๙๕ การเบิกจ่ายงบประมาณงบลงทุนทันตามห้วงเวลา
  - ๒) ร้อยละ ๘๕ รายละเอียดค่าของบลงมีความถูกต้องตามหลักเกณฑ์
- เชิงคุณภาพ
- ๓) ความสมบูรณ์ของรายละเอียดค่าของบลงครบถ้วนและเป็นไปตามหลักเกณฑ์
  - ๔) โครงการที่เสนอของงบประมาณงบลงทุนเป็นไปตามภารกิจของหน่วยงาน และบรรลุเป้าประสงค์ตามยุทธศาสตร์
๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ
- ๑) เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีมีกระบวนการจัดทำค่าของงบประมาณงบลงทุนที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
  - ๒) ข้อมูลในการวิจัยเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานในสังกัดที่ประสบปัญหาในการจัดทำค่าของงบประมาณงบลงทุนและเพื่อเป็นแนวทางพัฒนางานด้านการจัดทำค่าของงบประมาณต่อไป
๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ
- เรื่องการทำกิจกรรมกลุ่มเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลหลักมีหลายบทบาท และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานแตกต่างกันมากทำให้การเรียนรู้แต่ละหน่วยงานทำให้เกิดข้อจำกัดในการแลกเปลี่ยนข้อมูล
๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ
- บุคลากรผู้มีหน้าที่และความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานด้านงบประมาณมีข้อจำกัดในการให้ข้อมูล และการหมุนเวียนหน้าที่กระทบต่อการให้ข้อมูล

## ๙. ข้อเสนอแนะ

๑). ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ ข้อมูล กฎหมาย ระเบียบ และพระราชบัญญัติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีของกระทรวงสาธารณสุขแก่ผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทำค่าของงบประมาณรายจ่ายประจำปีของทุกหน่วยงานอย่างต่อเนื่องทุกปีงบประมาณ

๒) ควรจัดทำคู่มือข้อมูลพื้นฐานเน้นสาระที่สำคัญของกฎหมาย ระเบียบ และพระราชบัญญัติต่างๆ ที่จำเป็น และเกี่ยวข้องกับการจัดทำค่าของงบประมาณรายจ่ายประจำปีให้สามารถสืบค้นได้สะดวก เข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว เพื่อผู้ปฏิบัติงานด้านงบประมาณสามารถเรียนรู้ได้อย่างรวดเร็วและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา

๓) ควรจัดทำฐานข้อมูลรายละเอียดของข้อมูลระดับรายการของงบประมาณรายจ่ายประจำปีที่ผ่านการพิจารณาในแต่ละขั้นตอนเพื่อใช้เป็นข้อมูลที่สำคัญนำมาวางแผนการจัดทำค่าของงบประมาณให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นไปอีก

๔) ควรมีการศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมที่ส่งผลต่อความพร้อมในการจัดทำค่าของงบประมาณ เนื่องจากการจัดทำค่าของงบประมาณรายจ่ายประจำปีเป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินการภายใต้กรอบเวลาอันจำกัดทุกขั้นตอนตามปฏิทินงบประมาณรายจ่ายประจำปีที่ผ่านมาเห็นชอบของคณะกรรมการ

๕) ควรมีการศึกษากลวิธีการกำกับดูแลกระบวนการจัดทำค่าของงบประมาณรายจ่ายประจำปีให้ได้มาตรฐานที่กำหนด จะส่งผลดีต่อประสิทธิภาพการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีของกระทรวงสาธารณสุข

## ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

...เว็บไซต์สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐ [https://healthregion๑๐.moph.go.th/research\\_publication/...](https://healthregion๑๐.moph.go.th/research_publication/)

## ๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) ..... สักส่วนของผลงาน.....

๒) ..... สักส่วนของผลงาน.....

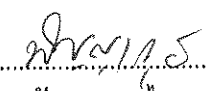
## ๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) ..... สักส่วนของผลงาน.....

๒) ..... สักส่วนของผลงาน.....

๓) ..... สักส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... 

(นายปัญญาวุธ ไพเราะ)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
-	-
-	-
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... (นางพรรณภา ตั้งภูผล)  
 (ตำแหน่ง) .....  
 (วันที่) ...../...../.....  
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) ..... (นายธีระพงษ์ แก้วภมร)  
 (ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับ ข้าราชการพิเศษ )**

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการจัดการฐานข้อมูลแผนค่าของบลงทุนของหน่วยงานในสังกัด  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

**๒. หลักการและเหตุผล**

การจัดทำค่าของงบประมาณรายจ่ายในแต่ละงบรายจ่าย จะมีหลักเกณฑ์การพิจารณาที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะของการใช้จ่ายเงินในแต่ละ งบรายจ่าย โดยรายการสิ่งก่อสร้างจะเป็นรายการ ที่ได้รับความสนใจมากเป็นพิเศษและมีการพิจารณาอย่างเข้มงวด เนื่องจากเป็นรายจ่ายที่ต้องลงทุนสูง จึงจำเป็นต้องลงรายละเอียด ในเรื่องแบบแปลนอาคารและแบบรูปรายการ เพื่อให้สามารถประเมินราคาก่อสร้างได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สิ่งสำคัญในการขอรับการจัดสรรงบประมาณดังกล่าว คือ แผนความต้องการงบลงทุนและจัดทำค่าของงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณจะต้องมีความสมบูรณ์ บ่งบอกว่าจะสามารถดำเนินการก่อสร้างได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลทันทีหลังจากได้รับอนุมัติงบประมาณ บรรลุเป้าหมายการเบิกจ่ายตามที่กำหนด ที่ผ่านมารวบรวมและจัดทำแผนค่าของบลงทุนของจังหวัดอุบลราชธานี พบปัญหา ความถูกต้อง ความสมบูรณ์ และความทันเวลาของข้อมูล ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ความเหมาะสมของโครงการ/รายการได้ และยังพบอีกว่าหลายโครงการไม่สามารถดำเนินการได้ทันทีเมื่อได้รับการอนุมัติงบประมาณ หรือไม่ สามารถเบิกจ่ายเงินได้ทันในปีงบประมาณ ซึ่งปัญหาใหญ่ที่ส่งผลกระทบต่อความทันเวลาในการจัดทำแผนค่าของบลงทุน คือการจัดทำแผนหน่วยงานบริการที่ไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะความถูกต้อง ของรายการคำขอในแต่ละเขตข้อมูล เอกสารประกอบคำขอที่ไม่ครบถ้วน

การจัดการฐานข้อมูล คือ กระบวนการจัดการฐานข้อมูลเพื่อให้สามารถจัดเก็บข้อมูล และเรียกใช้ข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว โดยผู้ที่ไม่ต้องสร้างแฟ้มข้อมูลที่ซ้ำซ้อนกัน ซึ่งจะช่วยลดความซ้ำซ้อนของการเก็บข้อมูล ลดความยุ่งยากในการบำรุงรักษาข้อมูล และยังสามารถใช้ข้อมูลร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โปรแกรมคอมพิวเตอร์จัดการฐานข้อมูลจึงมีหน้าที่ในการควบคุมความคงสภาพของข้อมูล ความปลอดภัยของข้อมูล การสำรองข้อมูล และการฟื้นฟูสภาพข้อมูล ทำให้ข้อมูลมีความถูกต้องอยู่เสมอ และไม่มีการจัดเก็บข้อมูลที่ซ้ำซ้อนกัน ป้องกันไม่ให้ผู้ที่ไม่มีสิทธิในการใช้ข้อมูลเข้ามาเพิ่ม แก้ไข หรือลบข้อมูลได้ ตลอดจนสามารถสำรองข้อมูล ฟื้นฟูสภาพข้อมูล และเรียกข้อมูลกลับมาได้เมื่อมีปัญหา ซึ่งโปรแกรมจัดการฐานข้อมูลมีจุดเด่นอยู่ที่การค้นหา และจัดทำรายงานต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว ทั้งการแสดงผลบนจอภาพและการพิมพ์ออกทางเครื่องพิมพ์

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าวในข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดการฐานข้อมูลแผนค่าของบลงทุนของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อสนับสนุนในการจัดทำและวิเคราะห์แผนความต้องการงบลงทุน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของรายการแผนค่าของบลงทุน หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

**วัตถุประสงค์**

๑. เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ใช้งานและผู้ใช้ข้อมูลจากระบบฐานข้อมูล
๒. เพื่อพัฒนาระบบการจัดการฐานข้อมูลแผนค่าของบลงทุนของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
๓. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบการจัดการฐานข้อมูลแผนค่าของบลงทุนของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข บทวิเคราะห์

สำหรับปัญหาเกี่ยวกับการจัดทำคำของบประมาณงบลงทุนที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประสบได้แก่ ความล่าช้าในการดำเนินงาน อันเนื่องมาจากการได้ข้อมูลประกอบการจัดทำคำขอไม่ครบถ้วน มีข้อแก้ไขจำนวนมาก เช่น รายละเอียดไม่ครบถ้วนหรือไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ การถูกตัดงบประมาณเนื่องจากโครงการที่เสนอขอไม่เป็นไปตามภารกิจของหน่วยงาน หรือแสดงผลผลิตที่ได้ไม่มีผลกระทบต่อประชาชนที่ชัดเจน และโครงการมีรายละเอียดไม่ชัดเจนทำให้ผู้ประสานงานสำนักงบประมาณไม่สามารถชี้แจงให้คณะกรรมการพิจารณางบประมาณเข้าใจได้ โดยรายการหมวดสิ่งก่อสร้างพบว่ามีความถูกต้องเพียงร้อยละ ๔.๕๐ และหมวดครุภัณฑ์ร้อยละ ๑๐.๘๙ เท่านั้น นอกจากนี้ยังมีปัญหาการเอกสารไม่ครบถ้วนของหลักฐานประกอบรายงานทุก ๆ ปี

#### แนวความคิด

แนวคิดและกรรมวิธีการบริหารจัดการข้อมูลแนวคิดและกรรมวิธีการบริหารจัดการข้อมูลอันทันสมัย ทันเหตุการณ์เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของการจัดทำคำของบประมาณงบลงทุนที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้อย่างรวดเร็วทันทั่วถึง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### แนวคิดการบริหารจัดการข้อมูล

มีองค์ประกอบดังต่อไปนี้ ๑) คุณภาพข้อมูล (Data Quality) ๒) การจัดทำมาตรฐานข้อมูล (Data Standardization) และคำอธิบายข้อมูล (Metadata) ๓) การจัดการข้อมูลหลัก (Master Data Management) ๔) ความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูล (Data Security and Privacy) ๕) ธรรมภิบาลด้านข้อมูล (Data Governance) ๖) สถาปัตยกรรมข้อมูล (Data Architecture) ๗) การเชื่อมโยงบูรณาการข้อมูล (Data Sharing and Integration)

#### หลักคิดประโยชน์ของระบบฐานข้อมูล

ประโยชน์ของระบบฐานข้อมูลสามารถสรุปได้แก่ (ทฤษฎี ณ เกตุมนิชัยรัตน์, ๒๕๕๖) ๑. ลดความซ้ำซ้อนกันของข้อมูล ๒. สามารถหลีกเลี่ยงความขัดแย้งของข้อมูลลงได้ในระดับหนึ่ง หมายถึง การเก็บข้อมูลไว้หลายๆ แห่งอาจก่อให้เกิดปัญหา การแก้ไขข้อมูลเดียวกันนี้อาจไม่เหมือนกันในทุกแห่งเนื่องจากความผิดพลาดในการแก้ไขข้อมูลที่อาจไม่ได้รับการแก้ไขจนครบทุกๆ ข้อมูล ดังนั้น การใช้ระบบฐานข้อมูลทำให้สามารถหลีกเลี่ยงความขัดแย้งของข้อมูลได้ โดยมีระบบการจัดการฐานข้อมูลเป็นตัวควบคุมดูแลเมื่อเกิดการแก้ไขข้อมูลขึ้นเมื่อใดจะต้องแก้ไขให้เหมือนกันครบทุกแห่ง ๓. สามารถใช้ข้อมูลร่วมกันได้ นั่นคือ ความสามารถใช้ข้อมูลร่วมกันได้ โปรแกรมประยุกต์ใดๆ ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ สามารถใช้ข้อมูลที่มีอยู่ได้ทันที โดยไม่จำเป็นต้องกรอกข้อมูลเข้าไปในระบบอีก ๔. สามารถควบคุมความเป็นมาตรฐานได้ ๕. สามารถจัดหาระบบความปลอดภัยที่รัดกุมได้ ๖. สามารถควบคุมความคงสภาพของข้อมูลได้ ๗. สามารถสร้างสมดุลในความขัดแย้งของความต้องการได้ ๘. สามารถช่วยให้เกิดความเป็นอิสระของข้อมูล

แนวคิดวงจรการพัฒนากระบวนงาน (System development Life Cycle: SDLC) ซึ่งได้กำหนดขั้นตอนหลักของการพัฒนาระบบโดยสามารถอธิบายในแต่ละขั้นตอนได้ดังนี้ (สมชาย วรปัญญาไกร, ๒๕๕๕) ได้แก่ ๑. การกำหนดปัญหา (Problem Definition) ๒. การศึกษาความเป็นไปได้ (Feasibility Study) ๓. การวิเคราะห์ระบบ (System Analysis) ๔. การออกแบบระบบ (System Design) ๕. การติดตั้งระบบ (System Construction)

แนวทางยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ให้สามารถสนับสนุนการดำเนินการตามยุทธศาสตร์และสามารถเชื่อมโยงกับหน่วยงานภายนอกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีฐานข้อมูลและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่สนับสนุนการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ของจังหวัด และใช้เทคโนโลยีสารสนเทศกับงานที่สามารถใช้ IT ทดแทนได้



นโยบาย Thailand ๔.๐ ซึ่งนโยบายดังกล่าวกำลังผลักดันให้ประเทศไทยเป็นสังคม “ขับเคลื่อนเศรษฐกิจด้วยนวัตกรรม” โดยมุ่งเน้นที่จะใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีเข้ามาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินกิจการภายในประเทศ และระบบหน่วยงานในราชการ

ข้อเสนอ

- ควรพัฒนาฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกับสำนักงานเขตสุขภาพได้
- การพัฒนาศักยภาพผู้เกี่ยวข้องในการใช้ระบบ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

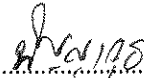
๑) มีระบบฐานข้อมูลการจัดทำค่าของงบประมาณงบลงทุนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน สามารถรองรับการเชื่อมโยงระบบสารสนเทศของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีได้

๒) เพิ่มประสิทธิภาพในการสืบค้นข้อมูล ลดระยะเวลาในการค้นหาข้อมูล เพิ่มความแม่นยำและความรวดเร็วในการค้นหาข้อมูลการจัดทำค่าของงบประมาณงบลงทุนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑) ผู้ใช้มีพึงพอใจของผู้ใช้ระบบการจัดการฐานข้อมูลมากกว่าร้อยละ ๘๐

๒) มีโปรแกรมระบบการจัดการฐานข้อมูลแผนค่าของงบลงทุนของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้ตามวัตถุประสงค์

(ลงชื่อ) .....  .....

(นายปัญญาวุธ ไพเราะ.)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดนไทยกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ มกราคม - ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๖
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
  - ๓.๑ ระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
    - ๓.๑.๑ การประเมินสมรรถนะด้านการป้องกันควบคุมโรคของประเทศด้วยตนเองโดยอาศัยแบบประเมินสมรรถนะการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศฉบับใหม่ (Joint External Evaluation, JEE)
    - ๓.๑.๒ การประเมินสมรรถนะระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขโดยใช้ EOC assessment tool
    - ๓.๑.๓ หลักการและกลไกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team, SRRT) ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR 2005)
  - ๓.๒ ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปีด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
    - ๓.๒.๑ เป้าหมายการปฏิรูปประเทศ
    - ๓.๒.๒ ขั้นตอนการจัดทำแผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๙)
    - ๓.๒.๓ มาตรการในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
    - ๓.๒.๔ การป้องกัน ควบคุมโรค กับเทคโนโลยี
    - ๓.๒.๕ WHO's health system building blocks
  - ๓.๓ ธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่
  - ๓.๔ แนวคิดการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน
๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน
  - ๔.๑ หลักการและเหตุผล

จากกระแสโลกาภิวัตน์ การพัฒนาด้านเศรษฐกิจ นโยบายการค้าเสรี นโยบายการส่งเสริมการค้าบริเวณชายแดน การพัฒนาแนวทางเศรษฐกิจพิเศษ ตลอดจนนโยบายการส่งเสริมการท่องเที่ยว ส่งผลให้การคมนาคม การขนส่ง การติดต่อสื่อสารมีความสะดวกรวดเร็วเปรียบเสมือนโลกไร้พรมแดนซึ่งมีผลทำให้เกิดโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำเป็นปัญหาสำคัญในระดับประเทศ และนับวันจะมีความรุนแรงขยายวงกว้างมากยิ่งขึ้น และเพิ่มความยุ่งยากในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมของพลเมืองโลก ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี การרבกวนธรรมชาติและระบบนิเวศ การเดินทางที่สะดวกรวดเร็วทำให้เกิดการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว (Bureau of Epidemiology ,2020) ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ ภัยที่เกิดจากพฤติกรรมของมนุษย์ ภัยธรรมชาติและภัยทางเทคโนโลยี โดยเฉพาะที่มีแนวโน้มแพร่ระบาดไปทั่วโลก และปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญระดับโลกตามที่ยังคงคาดการณ์ว่าประชาชาติจะกำหนดเป็นวาระเพื่อการพัฒนาภายหลังปี ๒๕๕๘ พร้อมกับสนับสนุนให้เกิดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพโดยกลไกที่มีส่วนร่วม สนับสนุนการพัฒนาสุขภาพและหลักประกันสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเป็นธรรม สร้างเสริมบทบาท ภาพลักษณ์ และความรับผิดชอบของประเทศไทยต่อประชาคมโลก เช่น การเป็น

ศูนย์กลางการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพ และพัฒนาขีดความสามารถอย่างยั่งยืนในสุขภาพโลก ทั้งในด้านบุคคล องค์กร กลไกทำงาน และเครือข่าย ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายให้ประชาชนไทยมีสุขภาพที่ดี ประเทศมีความมั่นคงปลอดภัยด้านสุขภาพ รวมทั้งสามารถแสดงบทบาทและความร่วมมือระดับสากลเพื่อแสดงความรับผิดชอบอย่างสร้างสรรค์ด้านสุขภาพโลกในเวทีระหว่างประเทศ การเข้าสู่ประชาคมอาเซียนและนโยบายเขตเศรษฐกิจพิเศษ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ชายแดน แถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ASIAN) ซึ่งอาจทำให้มีการเคลื่อนย้ายของประชากรจากประเทศเพื่อนบ้านเพิ่มขึ้น ประกอบกับมีแนวโน้มทำให้เกิดปัญหาต่อการพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพเชิงพื้นที่โดยเฉพาะพื้นที่ชายแดน เช่น ปัญหาสาธารณสุขภัยและโรคติดต่อตามแนวชายแดน การลักลอบนำเข้าหรือส่งออกผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขของประชาชนตามแนวชายแดนและต่างดาว ปัญหาโรคอุบัติใหม่ การควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศจึงมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคตามกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ (IHR :International Health Regulator 2005) ซึ่งมีโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น คอตีบ โปลิโอ หัด หัดเยอรมัน โรคฉี่หนู และไอกรน โรคจากสัตว์สู่คนเช่น พืชสุนัขบ้า โรคฉี่หนู โรคไข้หวัดนก โรคจากอาหารและน้ำ เช่น โรคอหิวาต์ระบาด อาหารเป็นพิษ โรคติดต่อทางเดินหายใจ เช่น SARS โรคเมอร์ส และวัณโรค Covid-19 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น AIDS และซิฟิลิส โรคติดต่อมาโดยแมลง เช่น โรคมาลาเรีย โรคไข้เลือดออก ชิคุนกุนยา และเท้าช้าง การควบคุมโรคติดต่อในกลุ่มชาติพันธุ์ จึงมีความสำคัญอย่างมากที่ต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการระบาดของโรคโดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทุกๆด้าน (สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๗: ๑-๓) รวมทั้งมีการจัดทำข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างประเทศ ก่อให้เกิดภาวะค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของแรงงานและประชากรข้ามชาติเพิ่มมากขึ้น อันจะมีผลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชนในประเทศในอนาคต

ปัจจุบันประเทศไทยมีพื้นที่ตามแนวชายแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ๓๑ จังหวัด มีชายแดนทั้งหมด ๙๘ แห่ง ด้านถาวรทั้งหมด ๓๖ แห่ง ด้านผ่อนปรน ๕๓ แห่ง (Bureau of Epidemiology, 2014, p.12) จังหวัดอุบลราชธานีมีด้านถาวร ๒ แห่ง ด้านผ่อนปรนการค้า ๘ แห่ง และด่านชั่วคราว(ธรรมชาติ,ท่าเรือประเพณี) จำนวน ๗๘ แห่ง(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๖๔) ซึ่งเป็นด่านที่มีการดูแลและควบคุมโรคตามมาตรฐานต่างๆ ที่กำหนด และยังมีด่านชั่วคราวที่ผิดกฎหมาย (ด่านธรรมชาติ) ที่ประชาชนใช้ข้ามไปมาเพื่อเดินทางเข้าออกประเทศซึ่งอาจจะมีผลต่อการระบาดและกระจายของโรคที่ไม่สามารถควบคุมได้

จังหวัดอุบลราชธานี มีข้อมูลผู้มารับบริการที่เป็นผู้ป่วยต่างชาติ (ชาวลาว) ที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่สถานบริการทั้งของภาครัฐ และเอกชนในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งจำแนกตามรายโรค ใน ๑๐ กลุ่มโรคที่พบบ่อย ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ ถึง ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๑-เมษายน ๒๕๖๒) พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคอหิวาต์ระบาดสูงเป็นอันดับ ๑ จำนวน ๑,๖๘๓ ราย อันดับ ๒ โรคไข้ไม่ทราบสาเหตุ ๑,๔๑๘ ราย อันดับ ๓ โรคปอดบวม จำนวน ๖๙๒ ราย อันดับ ๔ โรคตาแดง จำนวน ๓๓๑ ราย อันดับ ๕ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน ๒๐๘ ราย อันดับ ๖ โรคไข้เลือดออก จำนวน ๑๔๗ ราย อันดับ ๗ โรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน ๑๓๓ ราย อันดับ ๘ โรคอาหารเป็นพิษ จำนวน ๑๓๒ ราย อันดับ ๙ โรคมาลาเรีย จำนวน ๑๒๖ ราย และอันดับ ๑๐ โรคมีลิออยลโดซิส จำนวน ๑๐๖ ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๖๒) ทั้ง ๑๐ อันดับเป็นโรคติดต่อทั้งหมด ในส่วนอำเภอชายแดน จำนวน ๑๐ อำเภอ ที่มีพรมแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน ในส่วนของโรคพืชสุนัขบ้า พบผู้ป่วย ๑ ราย จาก แขวงจำปาสัก สปป.

ลาว เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลสิรินธร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๖๒) ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้มีการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากประเทศเพื่อนบ้าน (ชาวลาว) จากทั้ง ๓ แขวง ในสปป.ลาว และราชอาณาจักรกัมพูชา ที่เข้ามาใช้บริการตรวจรักษาโรคที่สถานบริการของรัฐในพื้นที่อำเภอชายแดน ซึ่งได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๑-เมษายน ๒๕๖๒) พบว่า ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการตรวจรักษาโรคในจังหวัดอุบลราชธานี มาจากแขวงจำปาสัก จำนวน ๙๙๒ ราย แขวงสาละวัน จำนวน ๕๓๑ ราย แขวงสะหวันนะเขต จำนวน ๒๐๔ ราย และจากจังหวัดพระวิหาร ราชอาณาจักรกัมพูชา จำนวน ๑๒๑ ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๖๒)

จากข้อมูลรายงานรถยนต์ผ่านเข้าที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๐ ถึงกรกฎาคม ๒๕๖๑ พบว่ามีผู้เดินทางขาเข้า จำนวน ๕๙๔,๕๓๐ คน เฉลี่ยต่อเดือน ๔๙,๕๔๔ คน เฉลี่ยวันละ ๑,๖๒๘ คน ยานพาหนะ (ตามบริบทของด่าน) ขาเข้า จำนวน ๓๕,๒๗๗ คัน เฉลี่ยต่อเดือน ๒,๙๓๙ คัน เฉลี่ยต่อวัน ๙๖ คัน ในส่วนรถยนต์ส่วนบุคคลขาเข้า ๑๒,๑๖๖ คัน เฉลี่ยต่อเดือน ๑,๐๑๔ คัน เฉลี่ยต่อวัน ๓๔ คัน รถยนต์โดยสาร (ท่องเที่ยว) ในพื้นที่ประจำ ประมาณ ๑๕ บริษัท และโดยสารระหว่างประเทศ ๒ เที่ยวบินต่อวัน วันละ ๔ คน (ไป-กลับ) ในด้านการคัดกรองผู้ป่วยที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ด่านพรมแดนช่องเม็ก (ด่านถาวร) ที่มาจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาใช้บริการรักษาโรคที่สถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งทางด่านฯ ได้มีการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างปี ๒๕๕๘ ถึง ๒๕๖๑ ดังนี้ ปี ๒๕๕๘ จำนวน ๔๔๑ ราย ๒๙๖ ราย ๒๕๕๙ ราย และ ๔๗๒ ราย ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าผู้เข้ามาใช้บริการตรวจรักษาโรค ส่วนใหญ่เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ๑-๒ เท่าในบางปี เช่น ปี ๒๕๕๙ จากการรวบรวมข้อมูลที่จุดคัดกรอง ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ด่านพรมแดนช่องเม็ก พบว่า เพศชายมารับบริการมากกว่าเพศหญิง เพศชาย จำนวน ๒๐๖ ราย เพศหญิงแค่ ๙๐ ราย ปี ๒๕๖๐ เพศชาย ๑๖๒ ราย เพศหญิง ๙๗ ราย และในปี ๒๕๖๑ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งเพศชาย และเพศหญิง ดังรายละเอียด เพศชาย จำนวน ๒๙๑ ราย และเพศหญิง ๑๘๐ ราย (ด่านพรมแดนช่องเม็ก, ๒๕๖๒) ด้านการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศจากประเทศเพื่อนบ้าน (ชาวลาว) ผ่านทางด่านควบคุมโรคระหว่างประเทศด่านพรมแดนช่องเม็กไปยังสถานบริการทั้งของภาครัฐ และเอกชน ในจังหวัดอุบลราชธานี ระหว่าง ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ พบว่าส่วนใหญ่ส่งต่อจากด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ด่านพรมแดนช่องเม็ก ร้อยละ ๙๐ เข้ารับการักษาที่โรงพยาบาลสิรินธร อันดับ ๒ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อันดับ ๓ คลินิกเอกชนในจังหวัดอุบลราชธานี อันดับ ๔ โรงพยาบาลสรรพสิทธิอินเตอร์ (รพ.เอกชน) และอันดับ ๕ โรงพยาบาลอุบลรักษ์ (รพ.เอกชน) (ด่านพรมแดนช่องเม็ก, ๒๕๖๒) ในส่วนข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยจากประเทศเพื่อนบ้าน (ชาวลาว) มาบริการรักษาที่สถานบริการทั้งของภาครัฐ และภาคเอกชน ในจังหวัดอุบลราชธานี จำแนกรายแขวง ระหว่าง ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ พบว่าแขวงจำปาสักส่งต่อสูงถึงร้อยละ ๘๕.๒๒ รองลงมา คือแขวงสาละวัน ร้อยละ ๗.๑๕ และแขวงอัตตะปือ ร้อยละ ๓.๗๔ (ด่านพรมแดนช่องเม็ก, ๒๕๖๒)

ปัญหาสุขภาพชายแดนระหว่างจังหวัดอุบลราชธานี จากข้อมูลรายงานสถานการณ์โรคติดต่อระดับอำเภอชายแดนที่ติดต่อกับ ๓ แขวงของประเทศเพื่อนบ้าน คือแขวงสะหวันนะเขต แขวงสาละวัน และแขวงจำปาสัก สปป.ลาว ซึ่งการแพร่กระจายของโรคติดต่อและโรคเรื้อรังในพื้นที่ ๓ อันแรก พบว่าพื้นที่ชายแดนระหว่างจังหวัดอุบลราชธานีกับแขวงสะหวันนะเขต พบโรคระบบทางเดินอาหาร โรคปอดบวม และงานอนามัยแม่และเด็ก แขวงสาละวัน พบโรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคไข้เลือดออก และจากแขวงจำปาสัก พบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคไข้เลือดออก และโรคมาลาเรีย ในจังหวัดอุบลราชธานีข้อมูลผู้ป่วยชาวต่างชาติสูงสุด ๓ อันดับแรก โรคระบบทางเดินหายใจร้อยละ

๒๐.๐๐ โครระบบทางเดินอาหารร้อยละ ๑๙.๐๐ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ ๑๓.๐๐

อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี มีระยะทางพรมแดนติดกับแม่น้ำโขง สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวกว่า ๕๐ กิโลเมตร มีด่านผ่อนปรนการค้าชั่วคราว ๑ แห่งคือ บ้านปากบ้อง ปากกะหล่ง ตำบลสองคอน และด่านท่าเรือประเพณี (ด่านธรรมชาติ) จำนวน ๓ แห่ง คือบ้านปากห้วยม่วง บ้านสำโรง และบ้านผาชัน มีหมู่บ้านคูขนาน คือบ้านท่าและบ้านท่าชุมซัว เมืองละคอนเพ็ง แขวงสาละวัน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว สถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพอื่นๆ ตามแนวชายแดนเขตพื้นที่อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ พบผู้ป่วยสัญชาติลาว สะสม ๓,๕๑๔ ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยนอก จำนวน ๓,๔๘๙ ครั้ง ค่าใช้จ่ายสะสมจำนวน ๖๖๙,๔๐๐ บาท ไม่สามารถเรียกเก็บได้ ๑๗๕,๕๕๒ บาท แบ่งตามสาเหตุการเจ็บป่วย ๕ อันดับแรกได้แก่ ผู้ป่วยใน จำนวน ๒๕ ครั้ง ค่าใช้จ่ายสะสมจำนวน ๑๖๖,๔๔๑ บาท เรียกเก็บได้ ๕๕,๘๙๙ บาท ไม่สามารถเรียกเก็บได้ ๑๑๐,๕๔๒ บาท แบ่งเป็น (HDC โรงพยาบาลโพธิ์ไทร,๒๕๖๕) โรคติดต่อ ๕ อันดับแรกที่มีปัญหาในชุมชนชายแดน เมืองคูขนาน ไทย - ลาว พื้นที่อำเภอโพธิ์ไทร กับเมืองละคอนเพ็ง ได้แก่ ๑) ไข้เลือดออก ๒) วัณโรค ๓) มาลาเรีย ๔) พิษสุนัขบ้า ๕) อุจจาระร่วง และยังพบว่าการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ตามแนวชายแดนยังไม่มีรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่ชัดเจน ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดนไทย-ลาว เขตพื้นที่อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

#### ๔.๒ วัตถุประสงค์วัตถุประสงค์ของการทำกรณีศึกษา

๔.๒.๑ เพื่อศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดนไทย-สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พื้นที่อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๒.๒ เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดนไทย-สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พื้นที่อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

#### ๔.๓ เป้าหมาย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย ๑) ผู้ประกอบอาชีพขับเรือข้ามฟากในแม่น้ำโขง ๒) ผู้ประกอบอาชีพขับรถรับจ้างไม่ประจำทาง ๓) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ซึ่งโดยในแต่ละกลุ่มดังกล่าวจะได้มาจากสุตรคำนวณของ ทาโร่ ยามาเน (Taro Yamane) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๗ และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดนไทย-ลาว คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง คือ ผู้นำชุมชน(กำนัน ๓ ตำบล,ผู้ใหญ่บ้าน ๕ หมู่บ้าน) ผู้บริหารท้องถิ่น (นายก อบต.) จิตอาสาเฝ้าระวังป้องกันโรคตามแนวชายแดน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง ๓ แห่ง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคระหว่างประเทศจากโรงพยาบาลโพธิ์ไทรและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ไทร เมื่อผ่านเกณฑ์คัดเข้าแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายรวมทั้งสิ้น ๑๘๙ คนดังนี้

๑๓. ผู้ประกอบอาชีพขับเรือข้ามฟากในแม่น้ำโขง จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ๒๐ คน จากทั้งหมด ๔ กลุ่ม กลุ่ม ๕ คน

๑๔. ผู้ประกอบอาชีพขับรถรับจ้างไม่ประจำทาง จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ๑๐ คน จากทั้งหมด ๔ กลุ่ม กลุ่ม ๕ คน

๑๕. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ๑๐๕ คน จากทั้งหมด ๓ ตำบล กลุ่ม ๓๕ คน
- ๔) ผู้นำชุมชน(กำนัน ๓ ตำบล,ผู้ใหญ่บ้าน ๕ หมู่บ้าน) จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ๑๓ คน กำนัน จำนวน ๓ คนและผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านคัดเลือกจากหมู่บ้านละ ๒ คน จำนวน ๕ หมู่บ้าน
- ๕) ผู้บริหารท้องถิ่น (นายก อบต.) จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ๓ คน
- ๖) จิตอาสาเฝ้าระวังป้องกันโรคตามแนวชายแดน จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ๓๐ คน จากทั้งหมด ๓ ตำบล ๆ ละ ๑๐ คน
- ๗) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ๖ คน จากทั้งหมด ๓ แห่ง แห่งละ ๒ คน
- ๘) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคระหว่างประเทศ จำนวน 2 คน จากโรงพยาบาลโพธิ์ไทร และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

#### ๔.๔ ขั้นตอนหลักการดำเนินการ แสดงขั้นตอนการดำเนินงาน ของการได้มาซึ่งการทำกรณีศึกษา

การวิจัยนี้เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดนไทย กับสาธารณสุขรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เขตพื้นที่อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development : R&D) โดยใช้กระบวนการวิจัยการแบบมีส่วนร่วม (Context Participatory) เป็นการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นและผลการดำเนินงานการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดนเขตพื้นที่อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานีที่ผ่านมา โดยมุ่งค้นหาประเด็นปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัดและเครื่องมือนวัตกรรมมาอธิบายสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะด้านการบริหารจัดการระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีสาเหตุเกิดจากประชากรของประเทศเพื่อนบ้าน การจัดเก็บข้อมูลจัดเก็บเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผ่านการใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การสนทนากลุ่มย่อย (Focus group discussion) จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพและนำผลการศึกษามาหาแนวทางการพัฒนารูปแบบเพื่อมุ่งหวังให้เกิดแนวทางการดำเนินการการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดนให้มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการผลักดันพลังชุมชนโดยให้ประชาชนในพื้นที่ หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกขั้นตอนไม่ว่าจะเป็นการวางแผน การกำหนดนโยบาย งบประมาณ และการร่วมดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมอย่างบูรณาการและยั่งยืน ตลอดจนนำปัจจัยอื่นๆที่ค้นพบจากการวิจัย นำไปต่อยอดขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ เพื่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกพื้นที่ต่อไป

พื้นที่ดำเนินการวิจัยคือ อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี มีพื้นที่ทั้งหมด ๓๐๑ ตารางกิโลเมตร มีพื้นที่การปกครอง ๖ ตำบล มีประชากร ๔๖,๗๒๐ คน มีพรมแดนติดลำน้ำโขงเป็นระยะทางกว่า ๕๐ กิโลเมตร มี ๓ ตำบล ๕ หมู่บ้านคือบ้านปากกะหลาง บ้านสองคอน ตำบลสองคอน บ้านคำจ้าว บ้านปากห้วยม่วง ตำบลเหล่างาม บ้านสำโรง บ้านผาชัน ตำบลสำโรงเป็นหมู่บ้านติดชายแดน มีด่านผ่อนปรนทางการค้า ๑ แห่ง คือบ้านปากกะหลาง ตรงกันข้ามกับบ้านท่ามะเกลือ เมืองสองคอนเพ็ง แขวงสาละวัน สปป.ลาว และมีท่าเรือประเพณี (เส้นทางเข้าออกตามธรรมชาติที่ใช้กันมาเป็นระยะเวลานาน) อยู่ ๓ แห่ง คือ ท่าเรือประเพณีบ้านปากห้วยม่วง ท่าเรือประเพณีบ้านสำโรง ตรงกันข้ามกับหมู่บ้านท่าชุมข้าว เมืองสองคอนเพ็ง แขวงสาละวัน สปป.ลาว และท่าเรือประเพณีบ้านผาชัน ตำบลสำโรง) มีโรงพยาบาล

โพธิ์ไทรเป็นสถานบริการระดับทุติยภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๓ แห่งเป็นสถานบริการระดับปฐมภูมิ ที่มีเขตรับผิดชอบติดชายแดน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น ๓ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ (๑ มกราคม – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕) ดำเนินการศึกษาบริบทของพื้นที่ ดังนี้

๑. บริบทและสภาพปัญหาของโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดน
๒. นโยบาย แนวทางการบริหารจัดการ แผนปฏิบัติการ และความร่วมมือระหว่าง

ประเทศ

๓. รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดน ของแต่ละพื้นที่

โดยการศึกษาข้อมูลจากหน่วยบริการปฐมภูมิ(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ทุติยภูมิ (โรงพยาบาลโพธิ์ไทร) องค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และชุมชนโดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) การประชุมและถอดบทเรียน

ระยะที่ ๒ (๑ เมษายน – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕) การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดน และประยุกต์ใช้รูปแบบการดำเนินการตามแผนการพัฒนา

ระยะที่ ๓ (๑ ตุลาคม – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕) การประเมินผลประสิทธิภาพของรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดน กรณีพื้นที่อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

#### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

๑. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในประเด็นด้านความคิดเห็นต่อปัญหาโรคและภัยสุขภาพจากเข้ามาจากประเทศเพื่อนบ้าน การจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน กระบวนการหรือรูปแบบการบริหารจัดการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รูปแบบที่ต้องการและความเหมาะสมในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดน

๒. เครื่องมือเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม โดยผู้ตอบแบบสอบถามเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน ๑๘๙ คน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป มีจำนวน ๑๑ ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ภูมิภาค อาชีพ รายได้ครัวเรือน โรคประจำตัว

ส่วนที่ ๒ ความรู้เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพที่พบตามแนวชายแดน จำนวน ๑๖ ข้อ โดยได้นำแบบสอบถามวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้ทดสอบโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ ๐.๗๕ และค่า IOC เท่ากับ ๐.๘๗

ส่วนที่ ๓ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค

ส่วนที่ ๔ การบริหารจัดการการป้องกันและควบคุมโรคของหน่วยงานภาครัฐและชุมชน

ส่วนที่ ๕ รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เหมาะสมกับชุมชน

#### การจัดเก็บข้อมูล

ออกแบบเครื่องมือและดำเนินการเก็บข้อมูลโดยนักวิจัยร่วมกับทีมผู้ช่วยนักวิจัย โดยการจัดเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในการตอบแบบสอบถาม สัมภาษณ์ และเชิงคุณภาพ ข้อมูลได้จากการประชุม การสนทนากลุ่ม จากกลุ่มประชาชนทั่วไป ผู้นำชุมชน จิตอาสาเฝ้าระวังป้องกันโรคและภัยสุขภาพข้ามแดน

อำเภอโพธิ์ไทร ผู้ประกอบอาชีพขับเรือข้ามฟาก/รถรับจ้าง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้รับผิดชอบงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

๑) ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัดส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- ความรู้เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพที่พบตามแนวชายแดน จำนวน ๑๖ ข้อ ลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบ ๒ ตัวเลือก การให้คะแนนแบ่งเป็น ถูกต้อง = ๑ คะแนน ไม่ถูกต้อง = ๐ คะแนน การแปลผลความรู้ใช้เกณฑ์ของ Bloom แบ่งเป็น ๓ ระดับ ได้แก่

คะแนนเฉลี่ย ๐.๐๐ - ๙.๐๐ หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย ๙.๐๑ - ๑๑.๐๐ หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย ๑๑.๐๑ - ๑๖.๐๐ หมายถึง ระดับมาก

- การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค จำนวน ๑๐ ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ๕ ระดับ (Rating scale) ตามวิธีของลิเคอร์ท (Likert) ซึ่งจะมีให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว การแปลผลแบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็น ๕ ระดับตามช่วงคะแนนแต่ละอันตรภาคชั้น(ค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด/จำนวนอันตรภาคชั้น) ดังนี้

ระดับ	คะแนน
มากที่สุด	๕
มาก	๔
ปานกลาง	๓
น้อย	๒
น้อยที่สุด	๑

### การแปลผล

คะแนนเฉลี่ย ๐.๐๐ - ๑๐.๐๐ หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย ๑๐.๐๑ - ๒๐.๐๐ หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย ๒๐.๐๑ - ๓๐.๐๐ หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย ๓๐.๐๑ - ๔๐.๐๐ หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย ๔๐.๐๑ - ๕๐.๐๐ หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับมากที่สุด

- การบริหารจัดการการป้องกันและควบคุมโรคของหน่วยงานภาครัฐและชุมชน จำนวน ๑๐ ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นแบบ ๒ ตัวเลือก คือ ไม่มี = ๐ มี = ๑ การแปลผลแบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็น ๓ ระดับตามช่วงคะแนนแต่ละอันตรภาคชั้น(ค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด/จำนวนอันตรภาคชั้น) ได้แก่

คะแนนเฉลี่ย ๐.๐๐ - ๖.๐๐ หมายถึง ประสิทธิภาพระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย ๖.๐๑ - ๘.๐๐ หมายถึง ประสิทธิภาพระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย ๘.๐๑ - ๑๐.๐๐ หมายถึง ประสิทธิภาพระดับสูง

- รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เหมาะสมกับชุมชน เป็นแบบให้เลือกตอบหลายตัวเลือก การแปลผลใช้สัดส่วน ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

๒) การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ การวิเคราะห์แก่นเนื้อหา (Thematic analysis)

๓) การสอบทานคุณภาพของข้อมูลโดยใช้ Triangulation และสรุปรูปแบบการพัฒนา



## จริยธรรมในการศึกษาวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตทำการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมของพื้นที่ งานวิจัยครั้งนี้ต้องได้รับการผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาโดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ SSJ.UB ๒๔๕ เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB ๒๕๖๕-๒๔๕ วันที่รับรอง ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๕ วันหมดอายุ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๖

### สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

#### ระยะที่ ๑ การศึกษาบริบทของพื้นที่

##### ขั้นตอนที่ ๑ (๑ มกราคม – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาแบบ Mixed Method (Quantitative & Qualitative) เพื่อศึกษาข้อมูลบริบท และปัญหาสุขภาพ และโรคติดต่อในพื้นที่ชายแดน ศึกษารูปแบบการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ชายแดนอำเภอโพธิ์ไทรในปัจจุบัน (Research I:R๑) ดังนี้

๑. ทบทวนวรรณกรรม และศึกษาข้อมูลในพื้นที่โดยเริ่มกระบวนการจัดเก็บข้อมูลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิเป็นแนวนโยบายความร่วมมือระหว่างประเทศในด้านการป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพตามแนวชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้าน กฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation :IHR 2005) ทั้งในรูป MOU, MOA, MOD หรือบันทึกข้อตกลงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับงานการบริหารจัดการโรคและภัยสุขภาพข้ามแดน ระบบทะเบียนรายงาน ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา และนำข้อมูลดังกล่าวมาสรุปทบทวนให้เป็นหัวข้อที่นำมาพูดคุย และวางแผนการดำเนินงานในทีมคณะทำงานผู้ศึกษาวิจัย หลังจากได้แนวทางทิศทางการที่จะนำมาเป็นแนวทางประชุมปรึกษาหารือ และทบทวนการทำงาน

๒. ประชุมทีมนักวิจัย และการจัดสร้างเครื่องมือจัดประชุมชี้แจงให้กับทีมงานผู้ช่วยนักวิจัย

๓. การลงพื้นที่เพื่อเข้าพบหารือและเรียนชี้แจงถึงกระบวนการวิจัยต่อผู้นำชุมชน ผู้บริหารท้องถิ่น และผู้บริหารระดับอำเภอ รวมทั้งประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ของ สปป.ลาว โดยความเห็นชอบของนายอำเภอและเจ้าเมืองสะคอนเพ็ง เพื่อชี้แจงแนวทางการศึกษาวิจัย

##### ๔. ลงพื้นที่ทดลองการจัดเก็บข้อมูลเบื้องต้นเชิงปริมาณและคุณภาพ (pre – test)

ขั้นตอนที่ ๒ (๑ เมษายน – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕) ดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ชายแดน (Development I : D๑) ดังนี้

โดยการจัดประชุมชี้แจงผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการลงพื้นที่วิจัย และผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการศึกษาวิจัย โดยมีกระบวนการขั้นตอนในการประชุม ดังนี้

๑. ชี้แจงวัตถุประสงค์ความเป็นมาของการศึกษาวิจัย และประโยชน์ที่จะได้จากการศึกษาวิจัย

๒. ทบทวนแนวทางในการดำเนินงานที่ผ่านมาที่มีปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัดในการดำเนินงานอย่างไร วิเคราะห์จุดข้อดี - ข้อด้อย /จุดอ่อน - จุดแข็ง ในการดำเนินงานที่ผ่านมา รวมทั้งภาวะคุกคาม และโอกาสในการพัฒนาร่วมกันระดับพื้นที่

๓. ร่วมกันพิจารณาร่างแนวทางในการดำเนินงาน/ข้อเสนอแนะ/ทิศทาง ในการดำเนินงานระบบการบริหารจัดการร่วมกันระดับพื้นที่ชายแดน

๔. พิจารณาบททวน ปรับปรุง ระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพข้ามแดนแบบมีส่วนร่วมของพื้นที่ตามแนวชายแดนของอำเภอโพธิ์ไทรที่ได้ปฏิบัติตาม ปรับปรุง และ/หรือจัดทำให้เป็นปัจจุบันให้เท่าทันต่อเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ระหว่างหน่วยงานระดับอำเภอ - เมือง ตำบล - บ้าน หมู่บ้าน - บ้านนำไปจัดทำร่างคู่มือ/ระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพข้ามแดนแบบมีส่วนร่วมของพื้นที่ตามแนวชายแดนของอำเภอโพธิ์ไทรที่มีแผนงาน/โครงการรองรับในระดับพื้นที่ในการแก้ไขปัญหาระหว่างประเทศร่วมกัน

๕. นำร่างคู่มือ/แนวทางการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพข้ามแดนแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งแผนงาน/โครงการที่ได้จากการประชุมนำไปปฏิบัติจริงในพื้นที่และนำข้อจำกัด ปัญหาอุปสรรคที่ได้จากการปฏิบัติ มาประชุมหารือหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข และนำไปปฏิบัติอีกครั้งหนึ่ง เป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๒-๓ เดือน

๖. มีแผนงาน/โครงการ และคู่มือแนวทางในการปฏิบัติในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพข้ามแดนแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ศึกษา มีแผนงาน/โครงการร่วม และนำร่างคู่มือไปชี้แจงแนวทางการทดลองปฏิบัติในระดับอำเภอ-เมืองคู่ขนาน และทดลองนำไปปฏิบัติจริง ๑-๒ เดือน

๗. นำข้อจำกัด ปัญหาอุปสรรค ที่ได้จากการปฏิบัติมาร่วมประชุมหารือแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข และนำไปปฏิบัติอีกครั้งหนึ่ง เป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๒-๓ เดือน

๘. มีแผนงาน/โครงการ และคู่มือแนวทางในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพข้ามแดนแบบมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ ๓ ( ๑ กรกฎาคม - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕) การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดนไทย-ลาว วิเคราะห์อภิปรายผลการดำเนินการเพื่อศึกษาประเด็นและพัฒนาต่อยอด (Research II : R๒)

ขั้นตอนที่ ๔ (๑ ตุลาคม - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕) ทดลองและประเมินผลประสิทธิภาพของรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดน (Development II: D๒) (รูปแบบการประเมินผลรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพข้ามแดนแบบมีส่วนร่วม ในการวิจัยในครั้งนี้มีรูปแบบ คือ Focus Group Discussion Meeting People to People ,In-Depth Interview แนวทางการดำเนินงานดังนี้

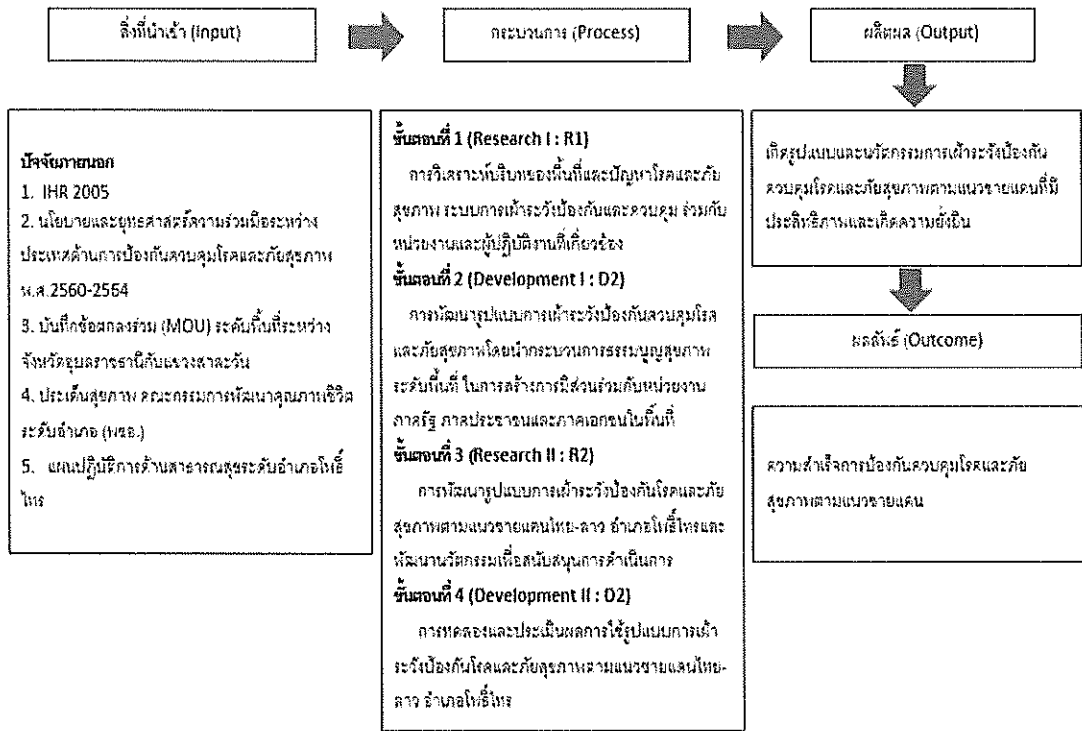
๑. นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล และแปลผลเบื้องต้น

๒. นำข้อมูลส่งคืนให้กับองค์กร หน่วยงาน ภาคเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และประชาชนในพื้นที่เพื่อตรวจสอบตรวจทานข้อมูล ร่วมให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็น

๓. ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน ระดมความคิดเห็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพข้ามแดนแบบมีส่วนร่วมระหว่างประเทศที่เหมาะสมกับบริบทเมืองคู่ขนานชายแดนไทย - ลาว และมีคู่มือ/แนวทางในการปฏิบัติที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

๔. จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานวิจัยเสนอต่อผู้บังคับบัญชา

กรอบแนวคิดการศึกษา



๔.๕ สรุปกรณีศึกษา

๔.๕.๑ การวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหาโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดน อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี (R1)

ผลการวิเคราะห์ ความรู้ การมีส่วนร่วม การบริหารของชุมชนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค

สรุปภาพรวม	ผลการศึกษา n=๑๘๙		
	Mean	SD	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพที่พบตามแนวชายแดน	๑๓.๐๙	๑.๔๐	ระดับมาก
การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค	๔๕.๘๔	๕.๔๐	การมีส่วนร่วมระดับมากที่สุด
การบริหารจัดการการป้องกันและควบคุมโรคของหน่วยงานภาครัฐและชุมชน	๙.๓๓	๐.๘๑	ประสิทธิภาพระดับสูง

๔.๕.๒ การพัฒนาความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่อำเภอโพธิ์ไทร (D1)

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดนไทยกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เขตพื้นที่อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยและผู้มี

ส่วนร่วมในการวิจัย เป็นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขชายแดน ชมรมเรือ และผู้ประกอบการอาชีพรับจ้างไม่ประจำทาง ดังนี้

๑. ด้านนโยบาย

๑.๑ มาตรการ มีมาตรการในการคัดกรองผู้ป่วยข้ามแดนหรือ ผู้ที่ผ่านจุดข้ามแดน ทั้ง ๓ จุด ผ่อนปรน เพื่อคัดกรองโรคในผู้เดินทางเข้าออก และมีการเฝ้าระวังในแต่ละจุดเสมอๆ โดยบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วน ซึ่งประกอบไปด้วย ส่วนปกครอง ทหาร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปศุสัตว์ สาธารณสุข

๑.๒ การประสานงานให้เกิดนโยบายเชิงรุกในการป้องกันโรคติดต่อในเขตพื้นที่ชุมชนชายแดน โดยการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคของประชากรในชุมชนทุกระดับ เช่น การรณรงค์เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในชุมชน

๑.๓ การประสานงานแลกเปลี่ยนและคืนข้อมูล ของทั้งฝั่งไทย-ลาว เน้นการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารแบบไม่เป็นทางการ เนื่องจากยังไม่เป็นนโยบายที่สนับสนุนในส่วนนี้ ในระดับพื้นที่เน้นการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารไปที่ รพ.สต. และ อสม. คู่ขนาน เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการติดต่อสื่อสาร รายงานแลกเปลี่ยนข้อมูลโรคติดต่อ เนื่องจากในพื้นที่ชายแดน ประภามีความสัมพันธ์ส่วนต่อระหว่างสองประเทศ จึงทำการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารได้ง่าย ผลลัพธ์ของการคืนข้อมูล คือ สามารถวางแผนการทำงานได้รวดเร็ว เกิดการตระหนัก และให้ความร่วมมือในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคชายแดนทั้งสองฝั่งและนำไปสู่ระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๕.๓ การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดนไทยกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เขตพื้นที่อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี (R2)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์โรคติดต่อ ชายแดนไทย-ลาว อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้นำผลดังกล่าวมาทำการสร้างระบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดนไทยกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

การประเมินการบริหารจัดการระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดนพื้นที่อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

ประเด็นการพัฒนา	ประเด็นการประเมิน
๑. พัฒนาคือความร่วมมือในการบริหารจัดการการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดน	๑. การจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอและระดับตำบล ๒. การแต่งตั้งทีมจิตอาสาเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดนอำเภอโพธิ์ไทร ๓. อบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) , ทีมเรือข้ามฟากและรถโดยสารไม่ประจำทาง
๒. การพัฒนากระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคเอกชน โดยใช้กระบวนการธรรมนูญสุขภาพ	๑. คณะกรรมการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบล (ตำบลสำโรง,เหล่างาม) ๒. ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล
๓. การพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดต่อ โรค	มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานการควบคุมโรคระหว่างประเทศระดับอำเภอ และจัดตั้งคณะกรรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน(Emergency Operation

อุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ	Center : EOC) ระดับอำเภอ มีศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคระดับอำเภอ (ศปก.อ.)
๔. การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมและภัยสุขภาพตามแนวชายแดน	มีระบบรายงานข้อมูลโรคติดต่อ เพื่อวางแผนการควบคุมโรค Line notification
๕. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ในการจัดการระบบข้อมูลข่าวสารและระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมและภัยสุขภาพตามแนวชายแดน	๑. บุคลากรสามารถปฏิบัติงานในการบริหารจัดการบุคลากรให้มีความรู้ในการจัดการระบบข้อมูลข่าวสาร ๒. บุคลากรสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคติดต่อชายให้แก่ประชาชนในพื้นที่ได้

๔.๕.๔ การทดลองและประเมินผลการใช้ระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดนไทยกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เขตพื้นที่อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี (D2)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ไทร ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อถอดบทเรียนและประเมินผลการทดลองใช้ระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดนไทยกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เขตพื้นที่อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กรอบแนวคิด SWOT analysis พบว่า

จุดแข็ง (Strength)

๑. มีด้านการคัดกรองที่จุดผ่อนปรน ๓ แห่ง (สองคอน, สำโรง, ปากห้วยม่วง) โดยการจัดทำ identified person

๒. การซ้อมรับอุบัติภัยทางน้ำ

๓. การสร้างอาสาสมัครชาวเรือ (Marine Travelling Health Team)

๔. มาตรฐานการคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วยทางน้ำและทางบก จากจุดผ่อนปรนมายัง รพ.สต. และจาก รพ.สต. มายัง รพ.ชุมชน

๕. การเขียนเรื่องเล่า

๖. พัฒนานวัตกรรมการคัดกรองที่จุดผ่อนปรนโดยโปรแกรมอุบล

๗. การพัฒนาอาสาสมัครคัดกรองที่จุดผ่อนปรนและด่านประเพณี บ้านสองคอน

- การอบรม อสม./อสม.สิงห์สองฝั่ง ไทย-ลาว

- จุดคัดกรอง/การเตรียมการ screening

- เครื่องมือที่ใช้ในจุดคัดกรอง /การเฝ้าระวัง ติดตาม ควบคุมโรค โดยโปรแกรมอุบลชนะ และทำ web application ที่ใช้ได้ทั้งในตลาคณิต เป็น program

จุดอ่อน (Weakness) การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ได้มีการดำเนินงานเฝ้าระวังในระบบชุมชน ทั้งในประเทศไทยและลาว ส่วนใหญ่ใช้ระบบเทคโนโลยีผ่านไลน์ในการติดต่อสื่อสาร มีบางส่วนของผู้มารับบริการจากประเทศเพื่อนบ้านที่ไม่มีหมายเลขโทรศัพท์ ทำให้มีบางส่วนยากต่อการติดตามและรายงานข้อมูลกลับ

โอกาส ( Opportunity ) การบูรณาการระหว่างภาคส่วน ที่ได้รับการแบ่งขอบเขตชัดเจน เกิดความสอดคล้องและดำเนินการไปในทิศทางเดียวกัน อีกทั้งการได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ ตำบลสองคอน เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน

อุปสรรค (Theat) ความรู้ด้านวิชาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในบางประเด็นต้องได้รับการพัฒนา เช่นโรคอุบัติใหม่ การซ่อมแผนโรคอุบัติใหม่ การสอบสวนโรคและควบคุมโรคกรณีเกิดการระบาด เนื่องจากมีการอัปเดตข้อมูลวิชาการในแต่ละโรคที่ปรับเปลี่ยนไป

สรุปการศึกษาครั้งนี้พบว่า ประชากรกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพที่พบตามแนวชายแดน อยู่ในระดับมาก (Mean=๑๓.๐๙ ,SD =๑.๔๐ , Min=๑๐, Max=๑๖) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค มีคะแนนการมีส่วนร่วมในระดับมากที่สุด (Mean=๔๕.๘๔ ,SD =๕.๔๐ , Min=๓๓, Max=๕๐) และประสิทธิภาพการบริหารจัดการการป้องกันและควบคุมโรคของหน่วยงานภาครัฐและชุมชน ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับ สูง (Mean=๙.๓๓ ,SD =๐.๘๑ , Min=๕, Max=๑๐) จากการวิจัยรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดนไทย - สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เป็นหนึ่งระบบ ซึ่งประกอบด้วย ระบบดำเนินการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อในชุมชน ที่มีแนวคิดจากหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องนำไปสู่ระบบการจัดการแก้ไขได้อย่างเหมาะสม มีมาตรการเป็นระบบในการจัดการรูปแบบเดียวกันกัน โดยมีผู้อำนวยการหรือผู้สั่งการเพียงคนเดียว การประสานงานให้เกิดนโยบายเชิงรุกในการป้องกันโรคติดต่อในเขตพื้นที่ชุมชนชายแดน และการประสานงานแลกเปลี่ยนและคืนข้อมูล ของทั้งฝั่งไทย-ลาวทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อความรวดเร็วในการทำงานและติดตามสถานการณ์ ในส่วนของการเฝ้าระวังโรคในชุมชน ประชาชนทุกภาคส่วนและอาสาสมัครสาธารณสุขชายแดน มีความร่วมมือ ร่วมใจเป็นหนึ่งเดียว เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคในพื้นที่ของตนเอง ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

## ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เกิดกลไกในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดนไทย-ลาว ภายใต้กรอบนโยบาย บันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างประเทศ

๕.๒ มีคู่มือและแนวทางการบริหารจัดการ การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย- สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

๕.๓ สร้างการมีส่วนร่วมภาครัฐ ภาคประชาชนและภาคเอกชน โดยใช้กระบวนการธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นแนวทางการดำเนินงาน

๕.๔ มีนวัตกรรมในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่

๕.๕ ประชาชนตามแนวชายแดนไทย-ลาว สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข ได้รับการปกป้องคุ้มครองด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม

๕.๖ อัตราป่วยด้วยโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ โรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ลดลง จากค่ามัธยฐาน ร้อยละ ๑๐ ต่อปี เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี

## ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ การสร้างองค์ความรู้ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพแก่แกนนำด้านสุขภาพ ผู้นำชุมชนและหน่วยงานภาครัฐที่อยู่ตามแนวชายแดน มีผลต่อสุขภาวะของประชาชนตามแนวพื้นที่ชายแดนและพื้นที่อื่น

๖.๒ การส่งเสริมการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ภาคเอกชนและภาครัฐ โดยใช้กระบวนการธรรมนูญสุขภาพตำบล ส่งผลต่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดนมีประสิทธิภาพมากขึ้น

## ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ การประสานความร่วมมือ ข้อตกลง แนวทางการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพระหว่างประเทศต้องอาศัยการประสานงานและความร่วมมือจากหลายฝ่ายหลายหน่วยงาน และเป็นไปตามนโยบายด้านการสาธารณสุขของแต่ละประเทศ ต้องอาศัยการประสานงานระหว่างหน่วยงานระดับจังหวัดกับเมืองขึ้นไป

๗.๒ ระบบรายงานข้อมูลโรคติดต่อ เพื่อวางแผนการควบคุมโรคในประเทศไทย ส่วนใหญ่ใช้ระบบ Line ซึ่งไม่มีการใช้งานในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

๗.๓ ระบบการเฝ้าระวัง และระบบการส่งต่อผู้ป่วยชาวต่างชาติ ต้องมีแนวทางที่ชัดเจนและบูรณาการหน่วยงานทุกภาคส่วน ซึ่งอาจจะเกิดความล่าช้า เกิดการระบาดของโรคและภัยสุขภาพได้อย่างกว้างขวาง

## ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ การประสานงานระหว่างประเทศต้องพิจารณาประเด็นเช่น ด้านกฎหมายระหว่างประเทศ กฎหมายภายในประเทศเกี่ยวกับการผ่านแดนระหว่างประเทศ รวมทั้งกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation :IHR 2005) และมีขั้นตอนการดำเนินงานที่ยุ่งยากซับซ้อน

๘.๒ การสื่อสารข้อมูล รายงานโรคและการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ ต้องอาศัยความสัมพันธ์ของหน่วยงานระดับพื้นที่เป็นส่วนใหญ่

## ๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ข้อเสนอแนะในระดับนโยบาย มีการประสานความร่วมมือในระดับเชิงนโยบายของส่วนกลางซึ่งชายแดนมีหน่วยงานที่ทำงานหลายหน่วยงานทั้งหน่วยงานความมั่นคง ปกครอง ตำรวจ ศุลกากร สาธารณสุข ฯลฯ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน ดังนั้นควรมีกลไกการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ ทั้งในระดับชาติ ระดับกระทรวง กรม จังหวัด อำเภอ ตำบลจนมาถึงหมู่บ้านหรือชุมชนชายแดน

๙.๒ ข้อเสนอแนะในระดับบริหาร มีการวางระบบการบริหารจัดการช่องทางข้ามแดนตลอดแนวชายแดนให้มีประสิทธิภาพ โดยการพัฒนาทั้งโครงสร้างพื้นฐานเพื่อสนับสนุนการทำงาน การสนับสนุนทรัพยากรให้เหมาะสมและเพียงพอทั้งอัตรากำลัง งบประมาณและสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการทำงานต่างๆ


๙.๓ การสร้างการมีส่วนร่วม ขยายทีมเฝ้าระวังในโรงเรียนและสถานที่ราชการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ยั่งยืนและมีมาตรการชุมชนที่เข้มแข็ง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นายสันติ ฝึกทอง สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %  
๒) ..... สัดส่วนของผลงาน .....  
๓) ..... สัดส่วนของผลงาน .....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

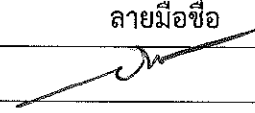
(นายสันติ ฝึกทอง)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

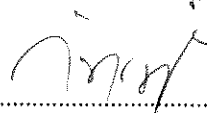
๔ ธันวาคม ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายสันติ ฝึกทอง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) 

(นายภัทรนันท์ บุญมานัด)

นายอำเภอศรีเมืองใหม่

๔ ธันวาคม ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่) ๒๙ ม.ค. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้



แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) สู่สถานีสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Station) อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ยังคงเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก และเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของการเสียชีวิตของคนไทย โดยจังหวัดอุบลราชธานีพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ อัตราป่วยรายใหม่ ๕๓๙,๕๗๐ และ ๖๙๐ ต่อแสนประชากรตามลำดับ อำเภอศรีเมืองใหม่พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ อัตราป่วยรายใหม่ ๔๔๕.๒๖,๕๑๓.๔๖ และ ๔๙๕.๔๗ ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจได้ในอนาคต สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเขตสุขภาพที่ ๑๐ ที่พบปีละประมาณ ๑,๓๕๐ ราย และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ๑ ใน ๕ ลำดับ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (HDC) กระทรวงสาธารณสุข,๒๕๖๖) ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ปัญหาเหล่านี้เกิดจากการตรวจคัดกรอง เฝ้าระวังเบื้องต้น การจัดการสุขภาพในชุมชนและการสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ประชาชนอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การดูแลสุขภาพประชาชนวัยทำงานจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรเริ่มต้นดูแลสุขภาพตั้งแต่วัยก่อนเข้าสู่สูงอายุ เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุภาวะร่างกายมีความเสื่อมถอยตามอายุ มีภูมิคุ้มกันโรคต่ำลง มีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่าย การที่ดูแลสุขภาพเมื่อเสื่อมแล้วเป็นการยากต่อการฟื้นฟูสุขภาพให้ดีขึ้นดังเดิม ดังนั้นการจัดการสุขภาพจำเป็นต้องเกิดขึ้นตั้งแต่ระดับบุคคลและต้องมีข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการจัดบริการ การจัดสรรทรัพยากรหรือกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีในการจัดการปัญหาโรคและภัยสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งมีประเด็นด้านกำลังคนด้านสุขภาพที่เหมาะสม มีความรู้และทักษะที่จำเป็น รวมถึงแรงจูงใจในการบริการสุขภาพ ทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นได้ตามยุทธศาสตร์ที่ ๖ ของแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ๕ ปี พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔ การพัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างบูรณาการ กลยุทธ์ ๖.๓ พัฒนาบุคลากรทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้สามารถจัดการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,๒๕๖๕)

ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นศูนย์รวมกิจกรรมบริการสาธารณสุขเบื้องต้นแก่ประชาชนในชุมชน เช่น การช่วยเหลือรักษาพยาบาลเบื้องต้น การตรวจคัดกรองโรค การส่งต่อผู้ป่วย การจ่ายยาและเวชภัณฑ์ตามกำหนด เป็นที่รวมความรู้ ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข ทรัพยากรและศูนย์กลางในการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งได้คัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไม่น้อยกว่า ๕ คนที่ผ่านการอบรมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เข้ามาดำเนินการให้บริการและบริหารจัดการใน ศสมช. โดยยึดแนวทางกลวิธีทางการสาธารณสุขมูลฐานเป็นหลักสำคัญในการดำเนินงาน มีมาตรฐาน ๕ หมวด ๒๕ ข้อ ประกอบด้วย หมวด ๑ การบริหารจัดการ ศสมช. หมวด ๒ การจัดอัตรากำลังและการพัฒนาบุคลากร หมวด ๓ การใช้ยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือ หมวด ๔ การบริการสาธารณสุขมูลฐาน และหมวด ๕ การสร้างการมีส่วนร่วมและการจัดการสุขภาพชุมชนและตั้งเป้าหมายในการจัดตั้ง ศสมช.ปีงบประมาณ ๒๕๓๕ กำหนดให้แต่ละโรงพยาบาลและสถานีอนามัย ดำเนินการจัดตั้ง ศสมช. ในพื้นที่รับผิดชอบ ๑ แห่ง ในปีงบประมาณ ๒๕๓๖ ให้มีการจัดตั้งเพิ่มขึ้นอีก ๑ แห่ง (รวมของเดิมเป็น ๒ แห่ง) และในปีงบประมาณ ๒๕๓๗ ให้ดำเนินการให้ครบทุกหมู่บ้าน โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนของตนให้บรรลุตามเกณฑ์เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าต่อไป (แสงจันทร์ ศรีทะวงษ์, ๒๕๔๐)

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระบุข้อมูลจำนวนหน่วยบริการระดับหมู่บ้านในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) พบว่ามีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในเขตชนบท ๔๘,๐๔๙ แห่ง และศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในเขตเมือง ๓,๑๐๘ แห่ง ขณะที่ข้อมูลกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ระบุศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช.) มี ๑๔,๕๕๗ แห่ง (กองสนับสนุน สุขภาพภาคประชาชน, ๒๕๖๓)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่รับผิดชอบงานด้านการอบรมและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และตามระเบียบหรือประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่มอบหมายให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ดำเนินการตรวจสอบ ดูแลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดังนั้นจึงมีแนวคิดการพัฒนาศักยภาพของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนสู่สถานีสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Station) เพื่อให้การบริการประชาชน ลดความเสี่ยงและลดอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

๑. เพื่อเสริมสร้างทักษะด้านสุขภาพแก่ประชาชน (People Health Literacy)
๒. เพื่อพัฒนา Digital Health Station ให้มีคุณภาพและเข้าถึงง่ายด้วยเทคโนโลยี
๓. ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความเสี่ยงและอัตราการตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
๔. เพื่อส่งเสริมการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการ

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### ๓.๑ บทวิเคราะห์

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายให้จัดตั้งสถานีสุขภาพ (Health Station) ให้ครบทุกหมู่บ้าน และมีสถานีสุขภาพต้นแบบระดับอำเภออย่างน้อย ๑ แห่ง เพื่อลดความแออัดในสถานพยาบาล เกิดนวัตกรรมการให้บริการคัดกรองและติดตามภาวะความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดนอกสถานพยาบาล มีสมุดบันทึกข้อมูลสุขภาพออนไลน์ด้วย Application บนมือถือของประชาชนและเชื่อมต่อข้อมูลกับสถานพยาบาล โดยมีสถานที่ตั้งให้บริการอยู่ในชุมชน การพัฒนาสถานีสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Station) สามารถเพิ่มสมรรถนะการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย ประชาชนสามารถเข้าถึงการตรวจวัดค่าบ่งชี้สุขภาพเบื้องต้น ประเมินสุขภาพตนเองได้ตลอดเวลา และเพิ่มช่องทางการสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพ รวมทั้งการส่งต่อข้อมูลผ่านช่องทาง Platform Digital เพื่อการดูแลและติดตามสุขภาพของตนเอง ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

อำเภอศรีเมืองใหม่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช.) มี ๑๒๑ แห่ง ผ่านการประเมินตามเกณฑ์การประเมินสถานีสุขภาพ(Health Station) ระดับพื้นฐาน จำนวน ๑๐๙ แห่ง (ร้อยละ ๘๙.๒๙) ผ่านระดับดี จำนวน ๑๒ แห่ง (ร้อยละ ๙.๙๑) และทุกแห่งยังไม่ผ่านการประเมินสถานีสุขภาพดิจิทัล

#### ๓.๒ แนวความคิด

ตลอดระยะเวลาการจัดบริการสุขภาพของ ศสมช. กว่า ๓ ทศวรรษ ภายใต้บริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีสุขภาพในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีความทันสมัยมากขึ้น การคมนาคมสะดวก รวดเร็ว ประชาชนเข้าถึงง่ายและให้ความนิยมไปรับบริการเพิ่มขึ้น ส่งผลให้สถานบริการในระดับชุมชนอย่าง ศสมช. ได้รับความนิยมน้อยลง การสนับสนุนด้านงบประมาณในการพัฒนา ศสมช. และนโยบายการพัฒนาค่อยๆ ลดลงหรือถูกระงับการสนับสนุนไป ส่งผลให้ ศสมช. บางแห่งไม่สามารถเปิดให้บริการได้จึงต้องปิดตัวลง ซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับหน่วยงานที่รับผิดชอบที่จะต้องคิดค้น กลวิธีในการสนับสนุนเพื่อให้การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนยังคงเดินหน้าต่อไป โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ รวมทั้งสถานการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นได้ จำเป็นต้องมีการพัฒนาเทคโนโลยี เพิ่มประสิทธิภาพวัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการให้บริการใน ศสมช. ซึ่งปัจจุบันมีไม่พอเพียงและไม่ทันสมัย ตลอดจนระบบ

อินเทอร์เน็ตได้มีการขยายเขตบริการโครงข่ายครอบคลุมทุกพื้นที่ในประเทศไทย ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลสื่อสารและสามารถรับบริการด้านต่าง ๆ จากภาครัฐได้โดยง่าย และหน่วยงานสาธารณสุขต้องพัฒนาศักยภาพด้านการสื่อสารเพื่อกระตุ้นให้เกิดการตระหนักรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในประชาชน ลดความเสี่ยงและโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชนอีกด้วย

### ๓.๓ ข้อเสนอ

การพัฒนาสถานีสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Station) ต้องสามารถดำเนินการได้ในทุกที่ในชุมชนและทุกเวลาที่ประชาชนต้องการ สามารถสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพแก่ประชาชน ลดภาวะแออัดในโรงพยาบาล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม ออกติดตามเยี่ยม นิเทศงานแนะนำกลวิธีดำเนินงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและกำหนดแนวทางการประเมินมาตรฐานที่ชัดเจน ซึ่งมีแนวทางการพัฒนาและองค์ประกอบการจัดบริการสถานีสุขภาพดิจิทัล(Digital Health Station) ในระดับอำเภอ ดังนี้

#### ๑. ทีมพัฒนาสถานีสุขภาพดิจิทัล ประกอบด้วย

- ๑.๑ ที่ปรึกษา ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ
- ๑.๒ หัวหน้าทีม แพทย์ประจำบ้าน (Family Med or NCD) ที่ต้องการจัดบริการ
- ๑.๓ หัวหน้ากลุ่มงาน NCD สังกัด รพ. และ สสอ.
- ๑.๔ ผู้รับผิดชอบงาน IT ของหน่วยงาน
- ๑.๕ ผู้รับผิดชอบงาน NCD ของหน่วยบริการทุกแห่ง
- ๑.๖ ผู้แทนหน่วยงานท้องถิ่น (อบจ./อบต.)

#### ๒. การคัดเลือกสถานที่

ต้องเป็นพื้นที่หน่วยบริการที่ต้องการใช้โปรแกรม H4U, Smart อสม., PCC Team และ MHealth

#### ๓. แนวทางการพัฒนา Digital Health Station

๓.๑ อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดระบบสุขภาพดิจิทัล สำหรับเพิ่มสมรรถนะประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองของประชาชน และเชื่อมต่อข้อมูลด้านสุขภาพรายบุคคล (Personal Health Record) ที่นำเข้าจากสถานีสุขภาพดิจิทัล และเชื่อมกับฐานข้อมูลจากสถานพยาบาลบนระบบ Cloud โดยการ Workshop การใช้โปรแกรม H4U, Smart อสม., PCC Team และ MHealth แก่ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล เพื่อการป้องกันและลดความเสี่ยงจาก NCDs

๓.๒ ประชุมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องตามกลไก พขอ. เพื่อสนับสนุนการจัดบริการใน Digital Health Station

๓.๓ ให้การปรึกษาในการพัฒนางาน และขยายการเข้าถึงบริการและเพื่อการลดภาระงาน

#### ๔. ขั้นตอนการจัดตั้งสถานีสุขภาพดิจิทัล

๔.๑ ชุมชนจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงานโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน คณะกรรมการหรือคณะทำงาน มีหน้าที่ในการวางแผน คัดเลือกสถานที่ จัดหางบประมาณ จัดหาวัสดุอุปกรณ์สนับสนุนการทำงาน จัดวางกำลังคน และวางแผนการจัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ระบบส่งต่อและติดตามกลุ่มเสี่ยงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

๔.๒ อุปกรณ์และสถานที่ จัดหาสถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์พื้นฐาน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดรอบเอว เครื่องเจาะเลือดปลายนิ้วหาระดับน้ำตาลในเลือด ป้ายแสดงการแปลผล

ค่าระดับดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด สมุดบันทึกการใช้บริการและคำแนะนำที่เข้าใจง่าย

๔.๓ ระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระบบอินเทอร์เน็ต และสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ อสม./ประชาชนในการใช้ Application บนโทรศัพท์มือถือ เพื่อนำเข้าข้อมูลด้านสุขภาพ และเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลสุขภาพเพื่อการดูแลและติดตามสุขภาพของตนเองร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้

#### ๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจจะเกิดขึ้น

๑. โทรศัพท์มือถือไม่ใช่สมาร์ทโฟน และความสามารถในการใช้ Application ของประชาชนและ อสม.
๒. การเข้าถึงระบบอินเทอร์เน็ตของประชาชนและ อสม.
๓. งบประมาณในการจัดหาเครื่องมือ วัสดุและอุปกรณ์ในการบริการใน Health Station
๔. สถานที่สะดวกแก่การจัดบริการสถานีสสุขภาพ เช่น บ้านประธาน อสม. หรือศาลากลางบ้าน ที่มีหน่วยงานอื่นใช้ร่วมกัน
๕. การเชื่อมโยงระบบข้อมูลระหว่างโปรแกรม และการบริหารจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของหน่วยบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

#### ๓.๕ แนวทางการแก้ไข

๑. พัฒนาศักยภาพ อสม.ในการใช้ Application ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพในชุมชน เช่น H&U, Smart อสม. เป็นต้น
๒. ภาครัฐควรส่งเสริมและสนับสนุนระบบอินเทอร์เน็ตในชุมชน หรือพิจารณาเพิ่มค่าป่วยการหรือค่าใช้จ่ายสำหรับบริการอินเทอร์เน็ตแก่ อสม.
๓. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อปท. เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนา Health Station และพัฒนาศักยภาพของ อสม.
๔. โดยกำหนดให้ Health Station ที่ไม่พร้อมต่อการจัดบริการเป็นสถานที่สำหรับการประชุม บันทึกวิเคราะห์ข้อมูล สรุปรายงาน
๕. หน่วยงานควรพัฒนา Application การบริหารจัดการข้อมูลด้านสุขภาพสำหรับเชื่อมโยงระบบ Health Station

#### ๓.๖ เอกสารอ้างอิง

๑. กองควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ,แนวทางการจัดบริการสถานีสสุขภาพดิจิทัล Digital Health Station ในชุมชน พิมพ์ครั้งที่ ๑ ;อักษรกราฟิกและดีไซน์ ; ๒๕๖๕
๒. นายชัชวาลย์ น้อยวังขัง, การศึกษาสถานการณ์การให้บริการของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ; ๒๕๖๓
๓. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย, คู่มือมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน ; ๒๕๖๐
๔. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี,นโยบายการพัฒนางานสาธารณสุขปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ; ๒๕๖๖
๕. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ.๒๕๕๔

๖. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แนวทางและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชียงรุ๊ก พ.ศ. ๒๕๕๒

๗. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การรายงาน การตรวจสอบและรับรองผลการปฏิบัติงานสำหรับผู้มีสิทธิได้รับค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ.๒๕๖๕

๘. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ.๒๕๖๖

๙. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ.๒๕๖๐,แก้ไข(ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๒ และ พ.ศ.๒๕๖๔

#### ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ได้รับการพัฒนาศักยภาพสู่สถานีสุภาพ (Health Station) มีการสนับสนุนเครื่องมือ วัสดุและอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ตามกำหนด
๒. ประชาชนมีสมุดบันทึกสุขภาพ H4U ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพระหว่าง Health Station กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน

#### ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ประชาชนกลุ่มอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน มากกว่าร้อยละ ๙๐
๒. ประชาชนกลุ่มอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าร้อยละ ๙๐
๓. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับการติดตาม ร้อยละ ๖๐
๔. กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้รับการติดตาม ร้อยละ ๗๐
๕. Health Station ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับดี (Good) เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๐

(ลงชื่อ) .....

(นายสันติ ผักทอง)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

๔ ธันวาคม ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในการคัดแยกขยะมูลฝอย เขตเทศบาลตำบลตระการพืชผลอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างเดือน ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ ถึง ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๖ รวมระยะเวลา ๖ เดือน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ความรู้ ประสบการณ์ด้านในการทำงานเรื่องการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก สุขภาพ หมายถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายจิตใจ สังคม และปัญญา ที่เชื่อมโยงกันนี้เป็นองค์รวมอย่างสมดุล หรือเรียกว่า “สุขภาพะ” (World Health Organized : WHO, ๑๙๘๖) ปัจจัยที่ส่งเสริมให้สุขภาพดีแบบองค์รวม อาศัยองค์ประกอบหลายด้านทั้งทางด้านสังคม สิ่งแวดล้อม ระบบบริการสุขภาพ และวิถีการดำเนินชีวิตของ บุคคล ที่ส่งผลให้คนในสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (พงค์เทพ สุธีรัฐณี, ๒๕๕๑) แนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนวิถี

ชีวิตของผู้คนให้เอื้อต่อการมีสุขภาพะ มีการปรับใช้กลไกนโยบายสาธารณะทั้งในระดับชาติภูมิภาคท้องถิ่น และชุมชน โดยให้มีการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและชุมชนมากขึ้น (ชูชัย ศุภวงศ์ , ๒๕๕๖) เพื่อการเปลี่ยน แปลงสภาวะทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ บรรเทาผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของสาธารณสุข และปัจเจกชน อาศัยกลยุทธ์สามประการคือการขึ้นากการเพิ่มศักยภาพ และการไกล่เกลี่ย ทั้งนี้กฎบัตรรอดดาวา กำหนดแนวทางไว้ ๕ ประการคือการสร้างนโยบายสาธารณะที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสริมความเข้มแข็งการดำเนินงานสุขภาพโดยชุมชน การพัฒนาทักษะปัจเจกชนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพตนเอง และการปรับระบบบริการสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ (World Health Organized :WHO, ๑๙๘๖) ซึ่งการสร้างนโยบายสาธารณะที่ได้ผลนั้น ต้องอาศัยองค์ประกอบในการขับเคลื่อนทั้งภาคประชาสังคม ภาครัฐและภาคการเมือง(ประเวศ วะสี, ๒๕๓๕) ทั้งนี้การพัฒนาประสานภาคทุกส่วน ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายนอกคือการขึ้น้ำหรือการกำหนดขององค์กร และการเปลี่ยนแปลงจากภายใน คือจากบุคลากรในระบบงานสาธารณสุข ในแบบปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิซึ่งเป็นเพียงการจัดจำแนกสถานบริการและจัดสรรทรัพยากรงบประมาณเท่านั้น ไม่สามารถช่วยให้เกิดการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวมในประชากรเท่าที่ควร ปัญหายังมีเหมือนเดิม นับวันจะทวีความรุนแรงขึ้น โดยรับรู้ได้จากมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น แม้ว่าคนไทยมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๙๒.๕ ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็นร้อยละ ๙๙.๙ ใน พ.ศ. ๒๕๕๔ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น โดยผู้ป่วยนอกใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก ๑๐๒.๙ ล้านครั้ง ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็น ๑๕๓.๔ ล้านครั้ง ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ และผู้ป่วยในใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก๓.๔ ล้านคน ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็น ๕.๖ ล้านคน ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,๒๕๕๔) จากข้อมูลแผนพัฒนาสถิติสาขาสุขภาพ ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ อัตราการใช้บริการสุขภาพสถานพยาบาลที่มีเตียงไว้รับผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยสูงสุดที่กรุงเทพมหานคร และต่ำสุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือแสดงว่าทรัพยากรสุขภาพส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนบุคลากรสุขภาพ การแก้ไขปัญหานี้เฉพาะหน้า สามารถทำได้คือการเพิ่มจำนวนบุคลากรในบางสาขา เพิ่มงบประมาณ ค่าตอบแทน และสิ่งอำนวยความสะดวก รวมทั้งอาคารสถานที่เครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ต่างๆแต่ยังไม่ใช่เป็นการแก้ไข ปัญหาที่ถูกต้อง จึงต้องการความร่วมมือจากภาคส่วนอื่น และชุมชน (สำนักงานสถิติแห่งชาติกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, ๒๕๕๘) ควรมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพประชาชน ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการด้านสุขภาพมากขึ้น(ธนวรรณ อิมสมบูรณ์ , ๒๕๕๓) โดยเฉพาะปัญหาขยะมูลฝอย ซึ่งเป็นวาระแห่งชาติด้วยกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์หลักการของรัฐบาลชุดปัจจุบัน คือการเสริมสร้างสังคมไร้เคิล การจัดระบบการเรียกคืนซากผลิตภัณฑ์และบรรจุภัณฑ์การรวมกลุ่มขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การแปรรูปขยะมูลฝอยเป็นพลังงาน การวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ

และการให้เอกชนมีส่วนร่วมดำเนินการ(กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม, ๒๕๕๗) ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี จึงได้นำแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพในมุมมองใหม่ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาพัฒนาระบบการบริการด้านสุขภาพโดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล, ๒๕๕๓) เริ่มจากการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอขึ้น จัดการประชุมรับฟังความเห็นของประชาชน ทบทวนและเติมเต็มร่างกรอบธรรมนูญสุขภาพ โดยมีคณะอนุกรรมการรับฟังความเห็น และอนุกรรมการยกร่าง นำมาปรับปรุงให้สมบูรณ์และประชุมกำหนดแนวทางการดำเนินงานตามธรรมนูญสุขภาพตำบลร่วมกับคณะกรรมการสำนักธรรมนูญสุขภาพประกาศรับรองและประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล (สำนักธรรมนูญสุขภาพตำบลตระการพืชผล, ๒๕๖๕)

ในเขตพื้นที่อำเภอตระการพืชผล มีประชากรทั้งหมด ๑๒๑,๕๒๖ คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๖๕) แบ่งเขตการปกครองออกเป็น ๒๓ ตำบล ๒๓๔ หมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล ๒๘ แห่ง และเทศบาลตำบล ๑ แห่ง ในภาคสาธารณสุขโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด ๑๒๐ เตียง ๑ แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ๒๘ แห่ง การพัฒนาด้านสาธารณสุขที่ผ่านมามีการพัฒนาทั้งทางด้านโครงสร้างระบบบริการมีการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดีดดาว ด้วยเทศบาลตำบลตระการพืชผล มีหมู่บ้านในความรับผิดชอบ ๙ หมู่บ้าน ๒ตำบล ได้แก่ ตำบลขุขันธ์ และตำบลคำเจริญ เป็นพื้นที่ที่เมืองมีการขยายตัวจำนวนครัวเรือนมากขึ้น ปัญหาที่เห็นเด่นชัดมากที่สุด คือขยะมูลฝอยมีการจัดการที่ไม่เหมาะสม ประชาชนส่วนใหญ่ขาดความตระหนักในการคัดแยกขยะ แม้ว่าเทศบาลจะมีการจัดเก็บแต่ก็ยังมีปัญหาในด้านของแหล่งพักขยะและสถานที่กำจัดขยะ มีสัดส่วนของขยะที่ถูกนำกลับมาใช้ใหม่สูงมากเนื่องจากคนส่วนใหญ่ไม่ยอมแยกขยะตั้งแต่ต้นทาง และแม้ว่าหลายฝ่ายจะมีความพยายามในการแยกขยะก็ตาม หากไม่มีระบบรองรับปัญหาที่ยากที่จะแก้ไข (พิสุทธิ์ เพ็ชรมนกุล, ๒๕๕๗) จากรายงานพบว่า เทศบาลตำบลตระการพืชผลมีการกำจัดขยะมูลฝอยด้วยวิธีเทกองบนพื้นแล้วเผาในพื้นที่ ๑๕ ไร่ มีขยะ ๑๘ ตันต่อวันจากประชากรตามทะเบียนราษฎร ๗,๘๓๑ คน ทั้งขยะ ๑.๗๓ กิโลกรัมต่อคนต่อวัน สูงกว่าค่ามาตรฐาน ๑.๑ กิโลกรัมต่อคนต่อวัน ขณะที่จำนวนถังขยะ มีเพียง ๖๒๕ ถัง มีรถขนขยะบรรจุได้ ๕-๗ ตัน จำนวน ๑ คัน (กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลตระการพืชผล , ๒๕๖๕) ในปี ๒๕๖๕ จังหวัดอุบลราชธานีโดยผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี ร่วมกับนายกององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีการทำบันทึกตกลง (MOU) ระหว่างกัน หนึ่งในข้อตกลงคือการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำจัดขยะตั้งแต่ต้นทางหรือครัวเรือนในชุมชน ในงบประมาณปี ๒๕๖๕ เนื่องจากส่วนใหญ่ประชาชนยังไม่สามารถคัดแยกขยะได้และปัจจุบันยังไม่สามารถกำจัดอย่างถูกต้องทำให้ขยะล้นบ่อฝังกลบ จำเป็นอย่างยิ่งต้องให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาขยะมูลฝอยร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ เทศบาลตำบลตระการพืชผลได้ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล ใน ๓ ประเด็น ๑) การจัดทำบันทึกข้อตกลงร่วมกันในการนำธรรมนูญสุขภาพไปปฏิบัติระหว่างหมู่บ้านทั้ง ๑๓ หมู่บ้าน ๒) การกำจัดขยะมูลฝอย และ ๓) ความร่วมมือกันของชมรมผู้สูงอายุในการกำหนดหมู่บ้านศีลห้า เป็นต้น โดยยกประเด็นแรก คือการกำจัดขยะมูลฝอย แต่ยังไม่มีการนำไปปฏิบัติอย่างชัดเจน หลังการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบลตระการพืชผลมีกระบวนการขั้นตอน ชับเคลื่อน และผลเป็นอย่างไรยังไม่ทราบแน่ชัด โดยเฉพาะการคัดแยกขยะมูลฝอย ณ จุดกำเนิดขยะในระดับครัวเรือน คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องยังไม่มีการขับเคลื่อนตามธรรมนูญตำบลที่ได้ประกาศไปแล้ว ซึ่งการคัดแยกขยะมูลฝอยเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลตำบลตระการพืชผล (สำนักธรรมนูญสุขภาพตำบลตระการพืชผล , ๒๕๖๕)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลในการคัดแยกขยะมูลฝอย เขตเทศบาลตำบลตระการพืชผลอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี โดยศึกษาประเมินผลจาก ๓ ภาคส่วน ประกอบด้วยภาคการเมืองภาคราชการและภาคประชาชน ที่มีรูปโครงสร้างเป็นคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ และคณะกรรมการสำนักธรรมนูญสุขภาพเทศบาลตำบล ซึ่งคาดว่าจะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงานปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นประโยชน์การวางแผนในระดับพื้นที่ให้สอดคล้องกับปัญหา

และสภาพความเป็นจริง ให้เกิดประโยชน์สูงสุด สามารถตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนในการคัดแยกขยะมูลฝอย อันจะนำไปสู่ชุมชนที่มีสุขภาวะต่อไป

#### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เกิดระบบการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพประเด็นการจัดการขยะเทศบาลตำบลตระการพืชผล อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

#### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ทราบถึงบริบทชุมชนและการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพประเด็นการจัดการขยะเทศบาลตำบลตระการพืชผล อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

๒. มีกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพประเด็นการจัดการขยะเทศบาลตำบลตระการพืชผล อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ การประสานงานเครือข่าย และการเชื่อมโยงข้อมูล

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ การมีส่วนร่วม และความต่อเนื่องของกิจกรรม

#### ๙. ข้อเสนอแนะ

๑. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนารูปแบบเพื่อขยายใช้ในทุกพื้นที่

๒. นำไปพัฒนาใช้ในอำเภออื่น

#### ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

๑. การพัฒนากระบวนการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์คุณภาพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตุม อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ดีพิมพ์ วารสารโรงพยาบาลสารคาม ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๑ (๒๐๑๕):มกราคม - เมษายน

๒. การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ด้วยรูปแบบ “เถียงนาโมเดล” โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ในมหกรรมจัดการความรู้จากบทเรียนโควิด ๑๙ และโครงการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๖

#### ๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) ....นายจำรัส..พรมบุญ.....สัดส่วนของผลงาน.....๑๐๐%.....

๒) .....สัดส่วนของผลงาน.....

๓) .....สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)  .....

(.....นายจำรัส..พรมบุญ.....)

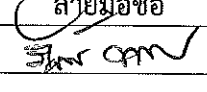
(ตำแหน่ง) .....นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ.....

(วันที่) .....๑.... /.....ธันวาคม..../...๒๕๖๖...

ผู้ขอประเมิน



ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายจำรัส พรหมบุญ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)  .....

(นายประวิทย์ แสงสว่าง)

ปลัดอำเภอ รักษาราชการแทน

นายอำเภอโพธิ์ไทร

(วันที่) ๑ / ธันวาคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)  .....

(นายธีระพงษ์ แก้วกรม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่) ๒๙ มี.ค. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวเท่านั้น ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

### แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน ระดับชำนาญการพิเศษ

๑. เรื่อง แนวทางการจัดการขยะติดเชื้อระหว่างผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับ รพ.สต. บ้านสองคอน

#### ๒. หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบัน โลกมีปริมาณ มูลฝอยเพิ่มขึ้น และปริมาณมากขึ้น ที่เกิดจากโรงพยาบาลและ สถานพยาบาล เช่น ศูนย์บริการ สาธารณสุข สถานีอนามัย คลินิก เอกชน ซึ่งสถานบริการเอกชนก็ไม่ได้เป็นข้อยกเว้นในการสร้างมลพิษขึ้นมา จากเวทีการประชุมสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly: WHA) ปี ๒๕๖๐ ได้มีการนำประเด็นมลพิษสิ่งแวดล้อมและการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพมาเป็นหัวข้อการประชุม เพื่อหาข้อตกลงร่วมกันในการจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อม มลพิษ และของเสียประเภทต่างๆ ให้มีความเหมาะสม ไม่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมตามมา รัฐบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการจัดการมูลฝอยของประเทศ โดยเฉพาะปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ที่ยังเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ และรอการแก้ไขปัญหอย่างเป็นแนวทาง เพราะหากไม่มีการจัดการที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยประชาชน และก่อให้เกิดมลพิษต่อสิ่งแวดล้อม

ปัจจุบันประเทศไทยมีสถานพยาบาล ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข สถานีอนามัย คลินิก ทั้งที่เป็นของรัฐและเอกชนจำนวนมากกว่า ๓๗,๐๐๐ แห่ง ซึ่งมีจำนวนเตียงประมาณ ๑๔๐,๐๐๐ เตียง สถานพยาบาลดังกล่าวมีการผลิตของเสียทั้งที่เป็นมูลฝอยทั่วไปและมูลฝอยติดเชื้อในแต่ละวันเป็นจำนวนมาก จากการสำรวจปริมาณขยะติดเชื้อโดยกระทรวงสาธารณสุขในปี ๒๕๕๕ พบว่า มีขยะติดเชื้อประมาณ ๔๒,๐๐๐ ตันต่อปี โดยแบ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ๒๘,๐๐๐ ตัน และสถานบริการสาธารณสุขของเอกชน ๑๔,๐๐๐ ตัน ซึ่งขยะติดเชื้อที่กำจัดไม่ถูกวิธีจะแพร่กระจายเชื้อโรคและส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน เช่น โรคท้องร่วง โรคพยาธิ เชื้ออหิวาตกโรค โทฟอยด์ โรคบิด บาดทะยัก ไวรัสตับอักเสบบ และโรคเอดส์(กรมอนามัย, ๒๕๕๕)

จังหวัดอุบลราชธานี ก็เป็นอีกแหล่งที่ ปฏิเสธ ไม่ได้ว่ามีการเกิดขยะมูลฝอยติดเชื้อขึ้นเป็นจำนวนมาก เนื่องจากเป็นจังหวัดแหล่งที่ตั้งของโรงพยาบาลศูนย์ที่รองรับผู้ป่วยมากมายในแต่ละวัน จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเทศบาลวารินชำราบซึ่งเป็นแหล่งกำจัดและทำลายขยะติดเชื้อของจังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีการขนส่งขยะติดเชื้อจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขในจังหวัดเข้ามาทำลาย จำนวน ๕๐๐ แห่ง มาจากโรงพยาบาลของรัฐจำนวน ๒๗ แห่ง โรงพยาบาลเอกชน จำนวน ๓ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๓๙๒ แห่งและจากคลินิกเอกชนจำนวน ๔๗๘ แห่ง และจากข้อดังกล่าวพบว่าจังหวัดอุบลราชธานีมีปริมาณการใช้ขยะมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้น ๔๘๘.๕ ตัน/วัน (ข้อมูลจาก กองสุขาภิบาล เทศบาลวาริน ปี ๒๕๖๑) นอกจากนี้ขยะที่ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นในทุกๆปี ของจังหวัดอุบลราชธานีแล้ว ยังพบว่าปริมาณขยะติดเชื้อจากโรงพยาบาลโพธิ์ไทรซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ก็มีปริมาณที่เพิ่มขึ้นทุกปีเช่นเดียวกับในภาพรวมของจังหวัดเช่นกัน โดยจากการพิจารณาข้อมูลปริมาณการส่งขยะติดเชื้อไปทำลาย ย้อนหลังปี ๒๕๖๐ และปี ๒๕๖๑ ซึ่งมีจำนวน ๖.๙ ตัน และ ๗.๒ ตัน ต่อปี ตามลำดับ และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทุกปี ขยะติดเชื้อที่โรงพยาบาลโพธิ์ไทรนำส่งไปทำลายต่อที่เทศบาลวารินชำราบนั้น มาจาก ๑๕ สถานบริการ โดยแบ่งเป็น ๓แหล่งหลักๆด้วยกัน ได้แก่ จากแผนก

ต่างๆในโรงพยาบาลเอง จากคลินิกหรือสถานพยาบาลเอกชน และจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง ๑๐ แห่ง(งานสุขภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลโพธิ์ไทร,๒๕๖๑)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสองคอนก็เป็นหนึ่งในสถานพยาบาลลูกข่ายที่นำขยะติดเชื้อมาส่งทำลายที่โรงพยาบาลโพธิ์ไทรทุกสัปดาห์ ขยะติดเชื้อที่เกิดจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสองคอน ส่วนหนึ่งมาจากการให้บริการหัตถการผู้ป่วยภายใน รพ.สต.เอง เช่นการล้างแผล ฉีดยา และขยะติดเชื้ออีกส่วนหนึ่ง เกิดจากผู้ป่วยในชุมชนที่นำมาส่งกำจัด ส่วนมากขยะติดเชื้อที่เกิดจากผู้ป่วยในชุมชนมาจากผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

อันประกอบไปด้วย ผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องใช้อินซูลิน ผู้ป่วยแผลกดทับที่จำเป็นต้องล้างแผลทุกวัน ผู้ป่วยติดเตียงที่ใช้ผ้าอ้อมอนามัยเป็นประจำ หรือผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีการล้างหน้าท้องทุกวัน ซึ่งจากข้อมูลที่สำรวจพบว่า จำนวนผู้ป่วยในชุมชนที่ผลิตขยะติดเชื้อทั้งหมดในเขตของ รพ.สต.บ้านสองคอน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ มีจำนวนทั้งหมด ๔๕ ราย ปริมาณขยะติดเชื้อที่ผู้ป่วยในชุมชนนำส่งให้ รพ.สต.บ้านสองคอน เฉลี่ยอยู่ที่ ๑๕ กิโลกรัมต่อสัปดาห์ และขยะติดเชื้อทั้งหมดที่ รพ.สต.บ้านสองคอน ส่งต่อไปทำลายที่โรงพยาบาลโพธิ์ไทร เฉลี่ยอยู่ที่ ๒๓ กิโลกรัมต่อ สัปดาห์ ในรอบปี ๒๕๖๑ ที่ผ่านมา ขยะติดเชื้อทั้งหมดที่ส่งต่อ ไปที่โรงพยาบาลโพธิ์ไทร มีจำนวนมากถึง ๒๗๘ กิโลกรัม เมื่อเทียบตัวเลขนี้กับ รพ.สต.อื่นๆในอำเภอโพธิ์ไทร จึงไม่แปลกที่เราจะส่งออกขยะติดเชื้อมากกว่าทุกสถานบริการ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีผู้ป่วยจำนวนมากในชุมชนที่ต้องใช้เข็มฉีดยาและทำแผลด้วยตนเองทุกวัน ตัวคนไข้และญาติเอง มีทั้งกลุ่มที่เข้าใจเรื่องการจัดเก็บขยะติดเชื้อและกลุ่มที่ไม่เข้าใจเรื่องการจัดเก็บและการทำลายก็มีมากเช่นกัน จากการลงสำรวจพื้นที่ด้วยตัวเองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก็พบว่ายังมีประชาชนบางหลังคาเรือนที่เข้าใจว่าขยะติดเชื้อสามารถเผาทำลายได้เอง โดยไม่ต้องส่งต่อใดๆ หรือพบว่าผู้ป่วยบางรายไม่รู้ว่าจะจัดการกับขยะติดเชื้อในบ้านของตนยังไง จึงทำได้แค่เก็บสะสมไว้เรื่อย ๆ ซ้ำวันซ้ำเดือนก็มี

ผู้วิจัย โดยปกติแล้ว มีหน้าที่รับผิดชอบงานขยะติดเชื้อของ รพ.สต. มาเป็นระยะเวลาเกือบๆห้าปี ตั้งแต่ช่วงที่ยังไม่มีการรับขยะติดเชื้อจาก รพ.สต.ไปทำลาย จนกระทั่งปัจจุบันที่ในเครือข่ายสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ไทร มีมติในที่ประชุม ห้ามให้ รพ.สต.จัดการขยะติดเชื้อเอง จึงทำให้ต้องมาปรับเปลี่ยนแนวทางการใหม่ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับงานให้มากที่สุด จนพบว่าปัญหาที่เกิดขึ้น มาจากสองประเด็นใหญ่ๆ คือ จากขยะติดเชื้อในจากผู้ป่วยในชุมชนที่เพิ่มมากขึ้นทุกๆปีและ การจัดการขยะติดเชื้อที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยในชุมชน ดังนั้น ผู้ศึกษาวิจัยจึงเล็งเห็นถึงปัญหาจากงานที่ทำประจำทุกวันของตัวเองและได้นำมาศึกษาผ่านกระบวนการทางงานวิชาการนี้ เพื่อแก้ไขปัญหามาจากหน้างานและสร้างแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อระหว่างผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับ รพ.สต.สองคอนให้มีรูปแบบและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนขึ้น สามารถจับต้องได้ นำพัฒนาและก่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป อันจะก่อให้เกิดผลดีร่วมกันทั้งตัวผู้ป่วยในชุมชนและ รพ.สต.บ้านสองคอน

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

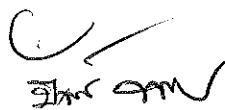
การวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อระหว่างผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับ รพ.สต.บ้านสองคอน อ.โพธิ์ไทร จ.อุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัย ในการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผลและร่วมสะท้อนผลตามแนวคิด P-A-O-R spiral Cycle ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) การปฏิบัติการเป็นวงโคจรร่วมกันจนได้ข้อสรุปของ การดำเนินงานแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อระหว่างผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับ รพ.สต.สองคอน

## ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อระหว่างผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับ รพ.สต.บ้านสองคอน ที่ยั่งยืนและนำไปปฏิบัติให้เกิดผลในชุมชนได้จริง
๒. นำแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อระหว่างผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับ รพ.สต.บ้านสองคอน ไปพัฒนาใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น ในเขตอำเภอโพธิ์ไทร

## ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละ ๘๐ ของชุมชนทั้งหมด จำนวน ๙ หมู่บ้าน เกิดระบบการจัดการด้านขยะติดเชื้อของชุมชนในเขต รพ.สต.บ้านสองคอน
๒. ร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยและญาติ สามารถแยกประเภทขยะติดเชื้อและจัดการขยะติดเชื้อในครอบครัวได้
๓. ร้อยละ ๗๐ ของผู้ป่วยที่มีกระบวนการสร้างขยะติดเชื้อที่บ้าน นำขยะติดเชื้อมาจัดการเข้าสู่ระบบการทำลายขยะติดเชื้อได้



(ลงชื่อ) .....

(.....นายจำรัส...พรมบุญ.....)

(ตำแหน่ง) .....นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ.....

(วันที่) .....๑.../.....ธันวาคม.../...๒๕๖๖...

ผู้ขอประเมิน

**ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)**

๑. เรื่อง รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครครอบครัวยุคใหม่โดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครครอบครัวยุคใหม่ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค้อน้อย ตำบลค้อน้อย อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๖ เดือน มกราคม ๒๕๖๕ - มิถุนายน ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การพัฒนา Primary care cluster เป็นก้าวที่ต่อเนื่องจากนโยบาย “หออัครครอบครัวยุคใหม่” ซึ่งได้ จัดทีมหออัครครอบครัวยุคใหม่ ให้การดูแลประชากรประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน จึงกำหนดให้ Primary care cluster ๑ Cluster ประกอบด้วยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๓ ทีม ให้การดูแลรับผิดชอบประชากรประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน เพื่อสร้างเป็นเครือข่ายการดูแลร่วมกันในกลุ่มสหวิชาชีพ สามารถบริหารจัดการให้เกิดการ หมุนเวียนของทรัพยากรภายในกลุ่มเครือข่ายให้ดำเนินการดูแลประชากรที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คลินิกหออัครครอบครัวยุคใหม่ (Primary care cluster) หมายถึง การรวมกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกัน เป็นการประจำต่อเนื่อง ด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการ ใช้ทรัพยากรร่วมกันในกลุ่มปฐมภูมินั้นๆ ทั้งนี้อาจเป็นการรวมกลุ่มหน่วยบริการเดิมหรือจัดตั้งหน่วยบริการใหม่เสริม เพื่อให้ได้ตามมาตรฐานองค์ประกอบของหน่วยเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในการจัดหน่วยบริการให้ยึดจำนวนประชากรเป็นหลัก ๑ Cluster โดยสามารถประกอบด้วย ๑-๓ ศูนย์ขึ้นกับบริบทของพื้นที่(ให้ยึดเป้าหมายการเข้าถึงบริการเป็นสำคัญ) ใน กรณีที่สำคัญ เขตที่ตั้งของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป สามารถจัดบริการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คลินิกเอกชนได้ หรือในพื้นที่ประชากรเบาบางอาจมีการจัดบริการร่วมระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลแม่ข่ายกับพื้นที่ดูแลของสาธารณสุขอำเภอ คือ รพ.สต. ในเครือข่ายก็ได้

อำเภอสำโรง ปี ๒๕๖๐ มีคลินิกหออัครครอบครัวยุคใหม่ที่เปิดดำเนินการจำนวน ๑ แห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจำนวน ๑ แห่ง (แบบมีเงื่อนไข) และในปี ๒๕๖๑ มีคลินิกหออัครครอบครัวยุคใหม่ที่เปิดดำเนินการจำนวน ๑ แห่ง (ยังไม่ได้รับการประเมิน) จากเกณฑ์มาตรฐานคลินิกหออัครครอบครัวยุคใหม่ที่สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้ตั้งไว้มีด้วยกัน ๓ ด้าน คือ ๑) ด้านโครงสร้าง (Structure) ต้องมีที่ตั้งคลินิกหออัครครอบครัวยุคใหม่และเครื่องมือครุภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ๒) ด้านบุคลากร (Staff) ต้องแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน ปฏิบัติงาน ๓ วัน/สัปดาห์ มีพยาบาลวิชาชีพ ๒ คน และมีนักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข ๒ คน ๓) ด้านระบบ (System) มีพื้นที่รับผิดชอบดูแลประชาชน ประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน +/- ๒,๐๐๐ คน และตามบริบทของพื้นที่มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัวระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก โดยใช้เทคโนโลยี เช่น Application/ โทรศัพท์/SMS มีระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า มีการจัดบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการและมีข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสำโรง, ๒๕๖๐)

จากการศึกษาในพื้นที่อำเภอสำโรง พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค้อน้อย ตำบลค้อน้อย อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการจัดตั้งและเปิดคลินิกหออัครครอบครัวยุคใหม่ (Primary Care Cluster) ตั้งแต่เดือน มกราคม ๒๕๖๐ จนถึงปัจจุบัน โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (วุฒิ อว. , วว. หรือผ่านการอบรม short course) จำนวน ๑ คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๓ คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ๓ คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน ๑ คน แพทย์แผนไทย จำนวน ๑ คน และมีผู้จัดการคลินิกหออัครครอบครัวยุคใหม่ ๑ คน ซึ่งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยประสานงานกับแม่ข่ายคือโรงพยาบาลสำโรงและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสำโรง คอยสนับสนุนและกำกับ ดูแล จากการประเมินมาตรฐานยังพบว่า ด้านระบบบริการ (system) หลายองค์ประกอบยังไม่ผ่านการประเมิน รวมถึงการมีส่วนร่วม (Participation) ของภาคี

เครือข่ายด้วย และด้านด้านโครงสร้าง (Structure) ต้องมีที่ตั้งคลินิกหออัครอบคร้วและเครื่องมือครุภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยังต้องพัฒนาอีกหลายอย่างให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสำโรง, ๒๕๖๐)

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครอบคร้วโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครอบคร้วต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค้อน้อย ตำบลค้อน้อย อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี และมีแนวคิดที่จะนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart มาใช้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล และประชาชนในชุมชนเนื่องจากวิธีดังกล่าวเป็นการเปิดโอกาสให้ชุมชนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้วิจัยได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาในทุกขั้นตอน ตลอดจนหากระบวนการดำเนินงานที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง ซึ่งนำไปสู่การพัฒนากระบวนการปฐมนุญมีผ่านเกณฑ์มาตรฐานเป็นคลินิกหออัครอบคร้วต้นแบบต่อไป

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครอบคร้วโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครอบคร้วต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค้อน้อย ตำบลค้อน้อย อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

- ๑ รูปแบบการวิจัย
- ๒ ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย
- ๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- ๔ การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- ๕ ขั้นตอนการวิจัย
- ๖ การเก็บรวบรวมข้อมูล
- ๗ การประเมินผลการดำเนินงานวิจัย
- ๘ การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

#### ๑ รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) โดยยึดกระบวนการของ Kemmis & McTaggart (๑๙๘๘) มาใช้เป็นกรอบดำเนินการซึ่งประกอบด้วย ๔ ขั้นตอนดังนี้

##### ขั้นตอนที่ ๑ ขั้นวางแผน (Planning)

- ๑) ศึกษาบริบทคลินิกหออัครอบคร้วของรพ.สต.ค้อน้อย
- ๒) ประชุม คปสอ. วิเคราะห์ประเด็นปัญหา ร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน
- ๓) จัดตั้งทีมหออัครอบคร้วตามเกณฑ์มาตรฐาน
- ๔) ประเมินการมีส่วนร่วมของทีมในขั้นวางแผน

##### ขั้นตอนที่ ๒ ขั้นลงมือปฏิบัติงาน (Action)

- ๕) ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหออัครอบคร้วความพึงพอใจในการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (ก่อน)
- ๖) ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องนโยบาย ยุทธศาสตร์ ตามเกณฑ์คลินิกหออัครอบคร้วต้นแบบ (๓S)
- ๗) ปฏิบัติตามแนวทางคลินิกหออัครอบคร้ว
- ๘) ประเมินการมีส่วนร่วมของทีมในขั้นลงมือปฏิบัติ

##### ขั้นตอนที่ ๓ ขั้นสังเกตผล (Observation)

- ๙) ผู้วิจัยนิเทศติดตาม/สนับสนุน สังเกตการดำเนินงาน (แบบสังเกตการร่วมกิจกรรม)

๑๐) สรุปประเด็นและประเมินผลการดำเนินงาน

๑๑) ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหออัครครอบครัวความพึงพอใจในการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (หลัง)

๑๒) ประเมินการมีส่วนร่วมของทีมในขั้นสังเกต  
ขั้นตอนที่ ๔ ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

๑๓) สรุปผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียนตามรูปแบบ ความสำเร็จที่เกิดขึ้น ปัญหา อุปสรรคการดำเนินงานและโอกาสพัฒนาต่อไป

๑๔) ประเมินการมีส่วนร่วมของทีมในขั้นสะท้อนผล

การดำเนินงานทั้ง ๔ ขั้นตอน เป็นการดำเนินงานตามวงรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ๑วงรอบ (Loop) เพื่อค้นหา รูปแบบการจัดการคุณภาพของคลินิกหออัครครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครครอบครัวต้นแบบ หากครบ ๑ วงรอบการวิจัยแล้วยังไม่สามารถที่จะได้รูปแบบการจัดการคุณภาพของคลินิกหออัครครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค้อน้อย ตำบลค้อน้อย อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ก็นำประเด็นต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาหรือต้องการพัฒนาให้ดีขึ้น เข้าสู่การพัฒนาการเฝ้าระวังใหม่ในขั้นตอนวางแผน ขั้นตอนลงมือปฏิบัติการขั้นตอนสังเกตผลและขั้นตอนสะท้อนผล ในวงรอบต่อไปเรื่อย ๆ หากการจัดการคุณภาพของคลินิกหออัครครอบครัวดังกล่าว สามารถผ่านตามเกณฑ์คลินิกหออัครครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นคลินิกหออัครครอบครัวต้นแบบได้ ก็ทำการถอดบทเรียน เพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการคุณภาพของคลินิกหออัครครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครครอบครัวต้นแบบที่เหมาะสมเป็นรูปธรรมต่อไป

#### ๑.๒ ประชากรและการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะดำเนินการศึกษารูปแบบการจัดการคุณภาพของคลินิกหออัครครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค้อน้อย ตำบลค้อน้อย อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี

#### ๑.๑ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพของคลินิกหออัครครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค้อน้อย ตำบลค้อน้อย อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

๑) ภาคการเมืองผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพของคลินิกหออัครครอบครัวโดยตำแหน่ง ได้แก่ บุคลากรรัฐองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลค้อน้อย รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลค้อน้อย ปลัดเทศบาลตำบลค้อน้อย และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข จำนวน ๕ คน

๒) ภาควิชาการผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพของคลินิกหออัครครอบครัวโดยตำแหน่ง ได้แก่

(๑) บุคลากรจากโรงพยาบาลสำโรง ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๑คน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ๑ คน หัวหน้าฝ่ายเวชฯ ๑ คน พยาบาลวิชาชีพ ๓ คน นักกายภาพบำบัด๓ คน หัวหน้างานทันตฯ ๑ คน หัวหน้างานเภสัช ๑ คน หัวหน้างานแพทย์แผนไทย ๑ คน หัวหน้ากลุ่มงานประกัน ๑ คน และหัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศ ๑ คน รวม ๑๔ คน

(๒) บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการรพ.สต. ๑ คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว๑ คน นักวิชาการสาธารณสุข ๓ คน พยาบาลวิชาชีพ ๓ คน แพทย์แผนไทย ๑ คน และเจ้าหน้าที่งานทันตฯ ๑ คน รวม ๑๐ คน

(๓) บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสำโรง ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอสำโรง ๑ คน ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอสำโรง ๒ คน พยาบาลวิชาชีพ ๑ คน นักวิชาการสาธารณสุข ๑ คน รวม ๕ คนรวมภาควิชาการจำนวน ๒๙ คน

๓) ภาคประชาชน ผู้ที่สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้ได้ เป็นผู้ที่มีทักษะการอ่านออกเขียนได้ สามารถโต้ตอบและสื่อความหมาย ได้แก่ ผู้นำชุมชน ๘ คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ๘ คน รวมภาคประชาชนจำนวน ๑๖ คน

#### ๑.๒.๒ วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการคลินิกหมอครอบครัวจำนวน ๕๐ คน โดยพิจารณาจากการตัดสินใจของผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย โดยความสมัครใจ และลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

๑) เป็นผู้ที่ได้รับคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการคลินิกหมอครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค้อน้อย ตำบลค้อน้อย อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี

๒) เป็นผู้ที่มีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอด ระยะเวลาของการดำเนินงาน

๓) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เป็นอย่างดีทั้งการอ่านและการเขียน

๔) หากผู้ที่มีรายชื่อในคำสั่งไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ทั้งหมด ระยะเวลาการวิจัยและบางส่วน ให้หน่วยงานนั้นพิจารณาอาสาสมัครจากหน่วยงานนั้นเข้าร่วมวิจัยแทนโดยความสมัครใจ

๕) อาสาสมัครแต่ละภาคส่วนเข้าร่วมกระบวนการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

๑) อาสาสมัครของโครงการร่วมโครงการระหว่างการศึกษาวิจัย

๒) ไม่เข้าเงื่อนไขเกณฑ์การคัดเข้า

#### ๑.๒.๓ การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ไม่มีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมาจากคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการคลินิกหมอครอบครัวจำนวน ๕๐ คน โดยพิจารณาจากการตัดสินใจของผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย โดยความสมัครใจ และลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

#### ๑.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น ๔ ชุด ดังนี้

๑.๓.๑. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ชุดที่ ๑ แบบประเมินความรู้ความเข้าใจของทีมคลินิกหมอครอบครัวเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวประกอบไปด้วย ๒ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน ๕ ข้อ

ส่วนที่ ๒ แบบประเมินความรู้ความเข้าใจของทีมคลินิกหมอครอบครัวเกี่ยวกับการดำเนินงาน

คลินิกหมอครอบครัวจำนวน ๑๕ ข้อ

ข้อคำถามเป็นแบบ ๒ ตัวเลือก คือถูก และผิด (True/False) โดยมี ข้อคำถามเชิงบวก ๑๐ ข้อ

ได้แก่ข้อ ๑,๓,๕,๖,๗,๘,๑๐,๑๑,๑๓,๑๕ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ตอบถูก ให้ ๑ คะแนน

ตอบผิด ให้ ๐ คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ ๕ ข้อ ได้แก่ข้อ ๒,๔,๙,๑๒,๑๔ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ตอบถูก ให้ ๑ คะแนน

ตอบผิด ให้ ๐ คะแนน



การแปลความหมายคะแนนระดับความรู้ แบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ของบลูม ดังนี้ (Bloom, ๑๙๗๑)และอ้างอิงเกณฑ์การให้คะแนน ระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์ชุมชน (สุ่มทนา กลางคาร และวราพจน์ พรหมสัตยพรต, ๒๕๕๓)

มีความรู้ระดับมาก หมายถึงได้คะแนนร้อยละ ๘๐.๐ ขึ้นไป

มีความรู้ระดับปานกลาง หมายถึงได้คะแนนร้อยละ ๖๐.๐ ขึ้นไป

มีความรู้ระดับน้อย หมายถึงได้คะแนนร้อยละ ๕๙.๙ ลงมา

ชุดที่ ๒ แบบประเมินความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอบรรเทาอาการจำนวน ๑๕ ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วน วัดประมาณค่า (Rating Scale) ๕ ระดับซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ (บัณฑิต สร้อยคำ, ๒๕๕๕)

มากที่สุด ให้ ๕ คะแนน

มาก ให้ ๔ คะแนน

ปานกลาง ให้ ๓ คะแนน

น้อย ให้ ๒ คะแนน

น้อยที่สุด ให้ ๑ คะแนน

นำมาวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ แบ่งออกเป็น ๓ ระดับขั้น โดยช่วงห่างของขั้น ดังนี้  
คะแนนสูงสุดของแบบประเมิน - คะแนนต่ำสุดของแบบประเมิน

$$\text{ระดับขั้น} = \frac{๕ - ๑}{๓} = ๑.๓๓$$

๓

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวจึงแบ่งระดับความพึงพอใจดังนี้ (บัณฑิต สร้อยคำ, ๒๕๕๕)ค่าคะแนนรวมเฉลี่ย  
การแปลความหมาย

๑.๐๐ - ๒.๓๓ ระดับความพึงพอใจน้อย

๒.๓๔ - ๓.๖๖ ระดับความพึงพอใจปานกลาง

๓.๖๗ - ๕.๐๐ ระดับความพึงพอใจมาก

ชุดที่ ๓ แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคลินิกหมอบรรเทาอาการจำนวน ๑๕ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วน วัดประมาณค่า (Rating Scale) ๕ ระดับซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ (บัณฑิต สร้อยคำ, ๒๕๕๕)

มากที่สุด ให้ ๕ คะแนน

มาก ให้ ๔ คะแนน

ปานกลาง ให้ ๓ คะแนน

น้อย ให้ ๒ คะแนน

น้อยที่สุด ให้ ๑ คะแนน

นำมาวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วม แบ่งออกเป็น ๓ ระดับขั้น โดยช่วงห่างของขั้น ดังนี้  
คะแนนสูงสุดของแบบประเมิน - คะแนนต่ำสุดของแบบประเมิน

$$\text{ระดับขั้น} = \frac{๕ - ๑}{๓} = ๑.๓๓$$

๓

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวจึงแบ่งระดับการมีส่วนร่วม ดังนี้ (บัณฑิต สร้อยคำ, ๒๕๕๕) ค่าคะแนนรวม  
เฉลี่ยการแปลความหมาย

๑.๐๐ - ๒.๓๓ ระดับการมีส่วนร่วมน้อย

๒.๓๔ - ๓.๖๖ ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง

๓.๖๗ - ๕.๐๐ ระดับการมีส่วนร่วมมาก

๓.๓.๒. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ชุดที่ ๔ แบบสังเกต และจัดบันทึก ใช้ในการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของทีมทีมคลินิกหมอครอบครัวในการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยกระบวนการPAOR และแบบสังเกต และจัดบันทึกพฤติกรรมการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ของทีมคลินิกหมอครอบครัวในประเด็นดังนี้

๑. ความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม
๒. ความตั้งใจในการเข้าร่วมกิจกรรม
๓. การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม
๔. การแสดงความคิดเห็นในขณะจัดกิจกรรม
๕. บันทึกเพิ่มเติม

#### ๑.๔ การสร้างเครื่องมือและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำแนวคิด ทฤษฎีมากำหนดข้อมูลและตัวชี้วัดและรูปแบบของเครื่องมือร่างแบบสอบถาม ให้ครอบคลุมเนื้อหา วัตถุประสงค์นำเครื่องมือที่สร้างไว้ไปผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน ๓ ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตาม (Content Validity) ประกอบด้วย

- ๑) นายไพรัช จันทพันธ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล
- ๒) นายวิษณุพร รุ่งเรือง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาวิชาการและคุณภาพบริการ สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล
- ๓) นางบุษบา การกล้า พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลตระการพืชผลโดยคำนวณหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหาระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence Index : IOC) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเนื้อหาและภาษาที่ใช้ในแต่ละข้อคำถาม แบ่งเป็น

เหมาะสม ให้	๑ คะแนน
ไม่แน่ใจ ให้	๐ คะแนน
ไม่เหมาะสม ให้	-๑ คะแนน

$$\text{นำมาคำนวณโดยใช้สูตร } IOC = \frac{\sum R}{n}$$

เมื่อ R = ผลทดสอบคะแนนของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

n = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

โดยค่า IOC ที่ได้ต้องมากกว่า ๐.๖๖ ปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่ไม่ใช้ตัวอย่างซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือตำบลเขมราฐ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวนอย่างน้อย ๓๐ คน นำเครื่องมือมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบ่งเป็นใช้เกณฑ์พิจารณาค่า IOC ตั้งแต่ ๐.๕ ขึ้นไป ถือว่าเป็นข้อสอบถามที่มีความสอดคล้องทำการตรวจสอบแก้ไขให้แบบสอบถามมีความถูกต้องชัดเจนครอบคลุมมีตรงตามเนื้อหา (Content Validity) รูปแบบของการสอบถามความเหมาะสมด้านภาษา ความสมบูรณ์ของคำชี้แจงและความเหมาะสมของการใช้เวลาในการตอบ เมื่อรับเครื่องมือกลับคืนมาจากผู้เชี่ยวชาญ หากพบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่ตรงกัน ผู้วิจัยใช้ความเห็นที่สอดคล้องกัน ๒ ใน ๓ ท่าน และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์แล้วนำมาเสนออาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งจากการทดสอบค่าความตรงของเนื้อหา พบว่ามีค่าความตรงของเนื้อหา (IOC : Index of Item Objective Congruence) เท่ากับ ๐.๑

### ๑.๔.๒ ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

โดยการนำเอาเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขให้เรียบร้อย แล้วนำไปทดลองใช้เพื่อทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try Out) โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ในทีมคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามเปี้ย ตำบลขามเปี้ย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน ๓๐ คน แล้วนำผลไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) ( บุญชม ศรีสะอาด, ๒๕๕๕) กำหนดค่าแอลฟา ตั้งแต่ ๐.๗ ขึ้นไปถือว่ามีความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ได้จากการใช้สูตร ได้ค่าดังนี้

๑) ค่าความเชื่อมั่นด้านความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวมีความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๙๕

๒) ค่าความเชื่อมั่นด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาคลินิกหมอครอบครัวมีความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๙๗

### ๑.๕ ขั้นตอนการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินที่สร้างขึ้นตามมาตรฐานการสร้างเครื่องมือดังกล่าว โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

๓.๕.๑ เก็บข้อมูลในขั้นตอนวางแผน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์วางแผนการจัดการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค้อน้อย ตำบลค้อน้อย อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี โดยจัดทำหนังสือประสานงานจากสาธารณสุขอำเภอสำโรง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ให้กับคณะกรรมการและกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือและเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งมีการประชุมชี้แจงรายละเอียดและแนวทางการดำเนินการโครงการวิจัย แก่ผู้ร่วมวิจัย ศึกษาข้อมูลและวิเคราะห์ สภาพการณ์ปัจจุบัน โดยการประชุมระดมสมองเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

๓.๕.๒ เก็บข้อมูลในขั้นตอนการตรวจสอบ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบแนวโน้มของพัฒนาการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลค้อน้อย อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

๓.๕.๒.๑ การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม, การสังเกตแบบมีส่วนร่วม, สัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้อง

๓.๕.๒.๒ การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม และการสำรวจศึกษาข้อมูลทั้งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) และข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้ศึกษาทำการตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง และบันทึกผลตามคู่มือการลงรหัสที่สร้างขึ้นเพื่อความสะดวกในการบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์

### ๑.๖ การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งการศึกษาออกเป็น ๓ ระยะดังนี้

๑.๖.๑ ระยะเตรียมการประกอบด้วย ๒ ขั้นตอนดังนี้

๑.๖.๑.๑ การประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้นและขอความร่วมมือในการวิจัย

๑.๖.๑.๒ ประชุมชี้แจงบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัว โดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค้อน้อย ตำบลค้อน้อย อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี และเสนอโครงการวิจัย

๑.๖.๒ ระยะดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอนดังนี้

๑.๖.๒.๑ การกำหนดแผนงาน และการวางแผน (plan) แก้ไขปัญหาพร้อมกัน

๑) ศึกษาบริบทคลินิกหออัครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค้อน้อย ตำบลค้อน้อย อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี

๒) ศึกษารวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครอบครัวต้นแบบ

๓) ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครอบครัวต้นแบบ

๔) วิเคราะห์ ประเมิน ระบุปัญหา หาสาเหตุแท้จริง และตั้งเป้าหมายเพื่อหาทางขจัดปัญหา

๕) เลือกแนวทางแก้ปัญหาพัฒนาระบบบริหารจัดการคลินิกหออัครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครอบครัวต้นแบบ กำหนดแผนปฏิบัติการ(Action plan)

๓.๖.๒.๒ ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดไว้ (Action) แก้ไขปรับปรุงกระบวนการทำงาน กำหนดวิธีกำจัดต้นตอของสาเหตุประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหออัครอบครัว(ก่อน) และนำไปดำเนินการตามแผนปฏิบัติการเรื่องนโยบายยุทธศาสตร์ ตามเกณฑ์คลินิกหออัครอบครัวต้นแบบ (๓S) และปฏิบัติตามแนวทางคลินิกหออัครอบครัว

๓.๖.๒.๓ การสังเกตการณ์ (observation) ผู้วิจัยนิเทศติดตาม/สนับสนุน สังเกตการดำเนินงาน (แบบสังเกตการร่วมกิจกรรม) สรุปประเด็นและประเมินผลการดำเนินงาน ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหออัครอบครัว(หลัง) ประเมินความพึงพอใจในการดำเนินงาน ประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ประเมินผลการพัฒนาตามแผนปฏิบัติการ

๓.๖.๒.๔ การสะท้อนผล (refection) สรุปผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียนตามรูปแบบ ความสำเร็จที่เกิดขึ้น การสะท้อนปัญหา อุปสรรคการดำเนินงานโดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อทราบผลการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม การวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาในการพัฒนาวงรอบต่อไป และโอกาสในการพัฒนาต่อไป

๓.๖.๓ ระยะเวลาหลังดำเนินการวิจัย มีการประเมินหลังสิ้นสุดการปฏิบัติการและสรุปผลปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงาน พร้อมทั้งสรุปรูปแบบการพัฒนาศูนย์หออัครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค้อน้อย ตำบลค้อน้อย อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี และบทเรียนที่ได้จากงานวิจัย

#### ๑.๗ การประเมินผลการดำเนินงานวิจัย

๑.๗.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ นำข้อมูลที่ได้รวบรวมได้จากแบบสอบถามสำหรับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความรู้ของทีมนักศึกษาศูนย์หออัครอบครัว การประเมินความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออัครอบครัว และประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคลินิกหออัครอบครัวมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูล และประมวลผล

๑.๗.๒ ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลมาเรียบเรียง และจัดกลุ่มเพื่อสรุปรายละเอียดเนื้อหาตาม ประเด็นต่าง ๆ พร้อมทั้งวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ดังนี้ การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อประเมินสภาพการณ์ทั่วไปข้อเท็จจริงและความคิดเห็น และการสังเกต (Observation) ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยจะสังเกตผู้เข้าร่วมวิจัยในขณะร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ของกระบวนการวิจัยเพื่อเป็นการตรวจสอบยืนยันความถูกต้องกับข้อมูลที่ได้จากวิธีต่าง ๆ

#### ๑.๘ การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยดำเนินการตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และตรวจสอบข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถามแต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

๑.๘.๑ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency)

หาค่าร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

๑.๘.๒ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) และเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาด้วย Paired t-test dependent กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ๐.๐๕ (๙๕% CI of mean difference)

#### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

จากการศึกษาวิจัยมีข้อค้นพบสรุปผล ดังนี้

๑. ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ ทีมวิจัยมีการศึกษารวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ ข้อมูลมาตรฐานคลินิกหออกรับข้อมูลกระบวนการให้บริการประชาชน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา จัดทำเป็นเอกสารประกอบการประชุม ๑ ชุด

๒. สืบหาข้อมูลความรู้ของทีมคลินิกหออกรับความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออกรับและการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออกรับก่อนการพัฒนา ระบบ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลกับทีมคลินิกหออกรับโดยตรง จากการศึกษา พบว่าทีมคลินิกหออกรับมีการพูดคุย แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา ซึ่งในบางครั้งไม่สามารถออกให้บริการประชาชนได้เนื่องจากแพทย์ติดประชุมหรือออกตรวจคนไข้ในโรงพยาบาล และอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ในรพ.สต.ไม่เพียงพอที่จะเปิดให้บริการได้ ส่วนด้านความรู้ของทีมคลินิกหออกรับพบว่าอยู่ในระดับน้อย ครอบครัวยุคใหม่มีความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออกรับและการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออกรับพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง

๓. ประชุมทีมวิจัยวิเคราะห์ ประเมินระบุปัญหา หาสาเหตุแท้จริง และตั้งเป้าหมายการพัฒนา งาน เพื่อให้บรรลุเกณฑ์มาตรฐานคลินิกหออกรับต้นแบบตามหลัก ๓S

๔. ประชุมระดมสมองคณะทำงานทีมคลินิกหออกรับต้นแบบเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาเชิงระบบและกำหนดแผนปฏิบัติการเครื่องมือที่ช่วยในการระดมสมอง คือการวิเคราะห์ จุดแข็งจุดอ่อน ตามเกณฑ์คลินิกหออกรับต้นแบบตามหลัก ๓S สรุปแนวทางการแก้ปัญหาพัฒนาระบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออกรับต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๕. การพัฒนาระบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออกรับต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือน้อย ตำบลคือน้อยอำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย ๓ ประเด็นสำคัญได้แก่ ๑) โครงการพัฒนาศักยภาพทีมหออกรับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือน้อย อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ๒) โครงการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหออกรับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือน้อย อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี และ ๓) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “ให้ความรู้สม.เชี่ยวชาญทันตกรรมด้านงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพชุมชน” โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือน้อย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยทีมวิจัยนำแนวทางการแก้ปัญหามากำหนดเป็นแผนปฏิบัติการกำหนดผู้รับผิดชอบ ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ

๖. สังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม และติดตามประเมินผลของทีมคลินิกหออกรับจากสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมระหว่างการประชุมเชิงปฏิบัติการพบว่าทีมคลินิกหออกรับให้ความร่วมมือในการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมแสดงความคิดเห็นและ การทำการเก็บข้อมูลการมีส่วนร่วมยังช่วยกระตุ้นให้ทีมมีความกระตือรือร้นในการแสดงความคิดเห็น นายกองค้การบริหารส่วนตำบลมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นพร้อมให้ความร่วมมือและพร้อมสนับสนุนการดำเนินงานในทุก ๆ กระบวนการผู้อำนวยการโรงพยาบาลสำโรง ก็มีส่วนร่วมปฏิบัติตามแผนการดำเนินงาน สนับสนุนในด้านบุคลากรทีมคลินิกหออกรับในหารออกตรวจและให้บริการประชาชนในคลินิก สนับสนุนให้งาน IT ออกมาดูแลระบบงานเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย พยาบาลมีส่วนร่วมในการให้ความคิดเห็น ร่วมในการพัฒนาระบบ และติดตามนิเทศในคลินิกหมอ

ครอบครัวผู้ใหญ่วัยร่วมแสดงความคิดเห็นพร้อมที่จะให้ความร่วมมือพร้อมเป็นตัวเชื่อมประสานงาน ส่งต่อข้อมูลแก่ประชาชนอย่างเต็มที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นซักถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในหมู่บ้าน

## ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ผลที่ได้จากการจัดทำวิจัย

การจัดการคุณภาพ กิจกรรมกระบวนการที่ต่อเนื่องในการเน้นคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพของ การดำเนินงานทุกส่วนกิจกรรม ตลอดทั้งวงจรทุกขั้นตอนของการทำงาน เป็นระบบการบริหารงานที่เป็นคุณภาพใน ทุกด้านขององค์การที่จะปรับปรุงการทำงานให้บรรลุเป้าหมายและมีสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมทุกอย่าง จะต้องมีความคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยผู้บริหารระดับสูงขององค์การมองเห็นความสำคัญและสนับสนุนกิจกรรม เหล่านั้นทุกคนจะต้องให้ความร่วมมือและรับผิดชอบร่วมกัน การปรับปรุงคุณภาพเป็นหน้าที่ของทุกคนเป้าหมาย ที่สำคัญคือการมุ่งทำให้เกิดความพึงพอใจของทุกภาคส่วนทั้งภายในและภายนอก

คลินิกหมอครอบครัว การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการโดยการจัดให้มี ทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ทันตแพทย์เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่น ๆ รวมเป็นทีมหมอครอบครัวหรืออาจเรียกได้ว่า “Family medical care team” ร่วมกันดูแล ประชาชนที่รับผิดชอบ โดยจัดให้มีจำนวนประชากร ๑๐,๐๐๐ คน/ทีม ทำหน้าที่ดูแลประชาชนแบบญาติมิตรใช้ หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงาน และให้ทีม ๓ ทีมมารวมตัวกันเกิดเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการ ปฐมภูมิให้ชื่อว่า “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ Primary Care Cluster (PCC) เท่ากับ ๑ cluster ร่วมกันดูแล ประชาชนประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน สำหรับสถานที่ตั้งของหน่วยบริการให้พิจารณาตามความจำเป็นสำหรับการ เข้าถึงบริการของประชาชนที่ดูแล สามารถจัดให้มีหน่วยบริการได้ตั้งแต่ ๑ แห่งจนถึง ๓ แห่งได้ตามความ เหมาะสมและความคุ้มค่า

การมีส่วนร่วมของชุมชน การที่ประชาชน หน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ในชุมชนเข้ามาช่วยเหลือ สนับสนุน หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิของ รพ.สต.คือน้อย ตำบลคือน้อย อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี การมีส่วนร่วมอาจเป็นลักษณะการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การ ปฏิบัติการการประเมินผล รวมถึงการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ เพื่อให้เกิดการดำเนินงาน เกิดการพัฒนา และ เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญของการพัฒนา ชุมชน ส่งผลให้การดำเนินงาน หรือการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามแผนงาน หรือโครงการเกิดประสิทธิผล

ได้หน่วยคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือน้อย ตำบลคือน้อย อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีคุณภาพประสิทธิภาพ

## ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูล ความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว การประเมินความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว และประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลข้อ คำถามการสัมภาษณ์ไม่มีการกระทำใดที่เสี่ยงต่อผู้ตอบแบบสอบถาม แต่การสอบถามอาจทำให้ผู้ตอบ แบบสอบถามรู้สึกกังวล เบื่อหน่าย ซึ่งผู้วิจัยจะระมัดระวังในการเก็บข้อมูลโดยใช้วาจาที่สุภาพ อ่อนโยน เข้าใจ ง่าย และจะหยุดทำการสอบถามหากผู้ยินยอมตนแสดงความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ ซึ่ง การเข้าร่วมตอบ แบบสอบถามจะเป็นไปด้วยความสมัครใจของผู้ยินยอมตนหากผู้ยินยอมตนยินดี เข้าร่วมการวิจัย

#### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดไว้ (Action) แก้ไขปรับปรุงกระบวนการทำงาน กำหนดวิธีกำจัดการดำเนินงานของสาเหตุประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว(ก่อน) และนำไปดำเนินการตามแผนปฏิบัติการเรื่องนโยบายยุทธศาสตร์ ตามเกณฑ์คลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ (๓S) และปฏิบัติตามแนวทางคลินิกหมอครอบครัวให้ได้คุณภาพและมาตรฐาน

#### ๙. ข้อเสนอแนะ

ควรจัดให้การดำเนินงานตามรูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค้อน้อย ตำบลค้อน้อย อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี

ขยายเครือข่ายในการสร้างปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค้อน้อย ตำบลค้อน้อย อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ไปยังคลินิกหมอครอบครัวแห่งใหม่ต่อไป

#### ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

- จัดพิมพ์วารสารสุขภาพและนำเสนอเวทีผลงานวิชาการประจำปี ๒๕๖๗
- จัดพิมพ์เอกสารรูปเล่มนำเสนอส่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในเขตอำเภอสำโรง เพื่อขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพระดับอำเภอ (งานพขอ.)

#### ๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นายสากล สีทากุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สักส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายสากล สีทากุล)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาราชการ

สาธารณสุขอำเภอน้ำยืน

วันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายสากล สีทากุล	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายสมชัย รัตคนิโส)

ปลัดอำเภอ(จพง.ชำนาญการพิเศษ)รักษาราชการแทน  
นายอำเภอน้ำยืน

(วันที่)...../...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

(ตำแหน่ง)นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่).....๒๔ มค. ๒๕๖๗.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ แลผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑  
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่อง ๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่  
เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับเว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่ง  
ระดับได้



## แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน ระดับชำนาญการพิเศษ

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อำเภอไทรน้อย จังหวัดอุบลราชธานี

### หลักการและเหตุผล

อนุสัญญาว่าด้วยเด็ก (Convention on the Rights Child) เป็นสัญญาด้านสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่ได้รับการยอมรับและเห็นชอบมากที่สุดในโลก โดยทุกประเทศได้ให้สัตยาบันยกเว้นประเทศไนโซมาเลียและประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศไทย ได้เข้าร่วมให้สัตยาบันเมื่อ พ.ศ.๒๕๓๕ ในอนุสัญญาฉบับนี้ระบุรายละเอียดว่าด้วยสิทธิขั้นพื้นฐานต่าง ๆ ซึ่งทุกประเทศจะต้องรับประกันเด็กในประเทศของตนเอง ซึ่งสิทธิขั้นพื้นฐานที่ว่าจะต้องครอบคลุมถึงการมีชีวิตรอด การได้รับการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความมีสันติภาพและความปลอดภัย รวมถึงสิทธิที่จะต้องได้รับการพัฒนาโดยเท่าเทียมกัน อันได้แก่ การมีครอบครัวที่อบอุ่นคอยดูแล การเข้าถึงโอกาสในการรับการศึกษาที่ดีเหมาะสมตามช่วงวัยและการได้รับอาหารและโภชนาการที่เหมาะสม (สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว, ๒๕๕๖) เด็กเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของชาติในอนาคต จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างเหมาะสมตามช่วงวัย รัฐบาลตระหนักถึงความสำคัญของเด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นวัยที่มีพลังความคิดสร้างสรรค์เปี่ยมด้วยศักยภาพและเป็นอนาคตของชาติ นับตั้งแต่รัฐบาลโดยการนำของ พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ นายกรัฐมนตรี ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กและเยาวชนมาโดยตลอดและได้มีมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๙ มกราคม ๒๕๕๐ ประกาศวาระเพื่อเด็กและเยาวชนประกอบด้วย เรื่องสำคัญ ๕ เรื่อง ซึ่งมีเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยปรากฏอยู่ในเรื่องที่ ๓ คือ สถานรับเลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลที่มีคุณภาพ โดยภาครัฐร่วมมือกับท้องถิ่นและเอกชนในการสร้างระบบพัฒนาที่เลี้ยง ผู้เลี้ยงดูเด็ก และครูอนุบาล ให้มีคุณภาพและความสามารถในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ควบคู่ไปกับการให้ความรู้ และสร้างความร่วมมือกับผู้ปกครอง และ เมื่อวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๐ คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี) ระยะยาว พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๙ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาเด็กและเยาวชน เป็นกรอบสำหรับดำเนินงานพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อให้เด็กปฐมวัยได้รับการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ให้เติบโตเป็นคนไทยที่มีคุณลักษณะอันพึงประสงค์ เป็นทั้งคนเก่งคนดีและเป็นคนที่มีความสุข เป็นพลเมืองที่มีคุณภาพของประเทศชาติสืบไป (นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัยระยะยาว พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๙) กระทรวงสาธารณสุข เป็นส่วนหนึ่งในการกำหนด นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี) พ.ศ.๒๕๕๐ - ๒๕๕๙ ที่มุ่งเน้นพัฒนาเด็กปฐมวัยได้รับการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวมมีการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ จิตใจ สังคมและจริยธรรม กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะองค์กรหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้เติบโตเป็นกำลังของชาติด้วยความมุ่งมั่น กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนและมาตรการสำหรับการพัฒนาสุขภาพและอนามัยเด็กปฐมวัยของกระทรวงสาธารณสุขควบคู่ไปด้วย แผนงานและมาตรการสอดคล้องและเชื่อมโยงกับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่จะช่วยขับเคลื่อนและผลักดัน มาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้บริหารศูนย์เด็กเล็ก ครูผู้ดูแลเด็ก และผู้เกี่ยวข้อง ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ ส่งผลให้เด็กมีสุขภาพดี มีพัฒนาการสมวัย การพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อให้การพัฒนาเด็ก บุคลากรและสิ่งแวดล้อมในศูนย์เด็กเล็ก เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ ๔ ด้าน คือ เด็กมีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕ (อนามัย ๕๕) เด็กมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วนไม่น้อย กว่าร้อยละ ๗๐

เด็กมีพินน้ำนมไม่ผูกเกินกว่าร้อยละ ๕๗ และมีการส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยเข้ารับ การประเมินและแก้ไขพัฒนาการ ณ สถานบริการสาธารณสุขทุกคน ในปัจจุบัน อนามัย ๕๕ แบบคัดกรอง พัฒนาการเด็กปฐมวัยได้เลิกใช้ไปแล้ว กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาและจัดทำคู่มือเฝ้าระวังและ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual : DSPM) มาใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยแทน สถานการณ์การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

สถานการณ์เด็กปฐมวัยในช่วงอายุ ๐-๕ ปี ของประเทศไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ มีจำนวน ๔,๑๐๖,๔๐๗ คน (ระบบฐานข้อมูลเด็กปฐมวัย, ๒๕๖๕) หากแบ่งตามการดูแลและการจัดการศึกษาสามารถแบ่งออกได้เป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มเด็ก ๐-๑ ปี จำนวน ๗๓๔,๒๔๐ คน หรือ ร้อยละ ๕.๔๗ ของเด็กทั้งหมดที่ส่วนใหญ่เป็นการดูแลและเป็นการให้การศึกษาเบื้องต้นจากครอบครัว อาทิ บิดามารดา ปู่ย่า ตายาย ญาติและผู้ดูแล และกลุ่มเด็กอายุ ๒- ๕ ปี จำนวน ๓,๒๘๒,๑๖๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๕๓ ของ เด็กทั้งหมด ที่บางส่วนเริ่มเข้าสู่สถานรับเลี้ยงเด็กหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตั้งแต่อายุ ๒ ปี ซึ่งหากพิจารณาเด็กในช่วงวัยนี้ จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเด็กปฐมวัยส่วนมากอยู่ในสถานรับ เลี้ยงเด็กหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนประถมศึกษาที่มีชั้นอนุบาล และจากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. ๒๕๕๕ (สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย, ๒๕๖๐) พบว่า จำนวนร้อยละ ๒๐ ของพ่อแม่ผู้ดูแลเด็ก ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ และการเตรียมความพร้อมก่อนการเข้า เรียนของเด็ก ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เด็กไทยจำนวนมาก มีระดับพัฒนาการตาม ศักยภาพต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ในปีพ.ศ. ๒๕๖๒ และจากการประเมิน พัฒนาการเด็กปฐมวัย (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕) เมื่อปีพ.ศ. ๒๕๖๒ พบว่า เด็กปฐมวัยช่วงอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๙๕.๙๖ และมีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ ๔.๐๔ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕)

#### บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ

##### บทวิเคราะห์

การดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่อำเภอน้ำยืน พบว่ากิจกรรมการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยยังไม่ครอบคลุมในเด็กกลุ่มเป้าหมาย กิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและกิจกรรมการกระตุ้นพัฒนาการโดยพ่อ แม่ ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก ยังได้รับการสนับสนุนเครื่องมือในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM) ไม่เพียงพอและ กิจกรรมการติดตามและส่งต่อยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในระดับบุคคลและหน่วยงาน รวมไปถึงการปฏิเสธการเข้ารับบริการของพ่อ แม่ ผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก ทั้งนี้การดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กในพื้นที่อำเภอน้ำยืน พบว่าการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตามรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดยังไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุตามตัวชี้วัด และส่งผลกระทบต่อ เด็กปฐมวัย โดยเฉพาะการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เหมาะสมตามช่วงวัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อค้นหารูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่เพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย แบบบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน ของผู้มีหน้าที่ในการเลี้ยงดูและดูแลเด็กปฐมวัยนี้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการแก้ปัญหาของพื้นที่อย่างตรงประเด็นและเกิดประโยชน์ในการพัฒนาต่อไป

##### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

### กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ในครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อำเภอน้ำยืน ได้แก่ ผู้บริหารท้องถิ่น บุคลากรทางการศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครอง

### ระยะเวลาดำเนินการ

๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ – ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๗

### การประเมินผล

- ๑) ได้กระบวนการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี
- ๒) เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย มากกว่าร้อยละ ๘๕
- ๓) ผู้ปกครองมีความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการบุตรหลาน

### แนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษา การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีการศึกษาค้นคว้า เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- ๑) แนวคิดเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยและพัฒนาการเด็กปฐมวัย
- ๒) แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการและการศึกษาเด็กปฐมวัย
- ๓) มาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- ๔) แนวคิดเกี่ยวกับพ่อแม่ผู้ปกครองในการเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
- ๕) คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
- ๖) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
- ๗) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### ข้อเสนอ

การศึกษาวิจัย ครั้งนี้มีการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลได้กำหนดขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ ๑ ขั้นการวางแผน (Planning)

กิจกรรมที่ ๑ การศึกษาบริบท

กิจกรรมที่ ๒ คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

กิจกรรมที่ ๓ การวิเคราะห์และการกำหนดแผนปฏิบัติการ

ขั้นที่ ๒ ขั้นปฏิบัติ (Action)

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่ได้จากขั้นที่ ๑

ขั้นที่ ๓ ขั้นสังเกต (Observation)

๑) ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานโดยรายงานและบันทึกผลทุกขั้นตอน

๒) สังเกตผลการดำเนินงาน ผู้วิจัยทำการสังเกตในทุกกิจกรรมระหว่างการดำเนินการ และหลังการดำเนินการ พร้อมบันทึกผล

๓) ประเมินผล

ขั้นที่ ๔ ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

- ๑) สรุปผลของกิจกรรม โครงการ และการดำเนินงาน
- ๒) สะท้อนปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดในการดำเนินงาน
- ๓) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ถอดบทเรียนและหาแนวทางการแก้ไข
- ๔) คำนึงข้อมูลผลการดำเนินงานแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
- ๕) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกำหนดแนวทางการแก้ไขและการดำเนินงาน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑) ได้กระบวนการการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย  
อำเภอไทรโยค จังหวัดอุบลราชธานี
- ๒) ภาศึเครือข่ายชุมชนในการเข้ามามีส่วนร่วม ในด้านการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ
- ๓) เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๑) เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย มากกว่าร้อยละ ๘๕
- ๒) เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการมากกว่า ร้อยละ ๙๐
- ๓) ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ
- ๔) ครูผู้ดูแลเด็กสามารถใช้เครื่องมือในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย  
(Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM) ในการคัดกรองและ  
ส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้

(ลงชื่อ).....

(นายสากล สีทากุล)

ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอไทรโยค

วันที่ ๔ เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

1.ชื่อเรื่อง การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

2.หลักการและเหตุผล

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นโรคประจำถิ่นของประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงถึงร้อยละ 70 ของมะเร็งที่เกิดขึ้นที่ตับและยังเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุดของประเทศ และมีรายงานอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีและอัตราการเสียชีวิตสูงสุดในโลก

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ. 2559 –2568 เพื่อลดอัตราเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีลงครึ่งหนึ่ง โดยพยายามลดความชุกพยาธิใบไม้ตับในคนให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ 1 ทำให้ปลาปลอดพยาธิเหลือน้อยกว่าร้อยละ 1 ในปี พ.ศ. 2568 และลดลง 2 ใน 3 ของเป้าหมายในปี พ.ศ. 2578 การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน มหาวิทยาลัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายภาคประชาชนในการขับเคลื่อนให้ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงทั่วประเทศปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับแต้ถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินงานแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องก็ยังคงพบความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมีการติดเชื้อซ้ำซากที่มีความแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่ สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีความชุกสูงสุด ร้อยละ 16.6 เป็นสาเหตุให้ปี พ.ศ. 2557 มีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.2 และข้อมูลปี พ.ศ. 2559 –2563 พบว่าความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับภาพรวมของประเทศมีแนวโน้มลดลง (ร้อยละ 16.3 11.7 5.7 4.7 และ 4.3 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาในระดับภูมิภาคพบว่าปี พ.ศ. 2562 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกสูงสุด ร้อยละ 85.2 รองลงมา คือ ภาคเหนือ ร้อยละ 45.6 และปี พ.ศ. 2559 –2562 พบคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี อัตราตายเท่ากับ 26.3 25.1 24.3 และ 24.8 ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานอายุระหว่าง 40 –60 ปี สาเหตุที่ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ไม่ถูกต้องอาจเนื่องมาจากขาดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี รวมถึงความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับต่ำ หรือกล่าวได้ว่ามีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ถูกต้องจนเป็นวิถีชีวิตค่อนข้างน้อย โดยยังมีพฤติกรรมบริโภคที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เช่น การกินปลาดิบ กินส้มตำใส่ปลาร้าดิบ และการบริโภคอาหารหมักดองที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ส่วนปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมพบว่าบริบทของชุมชนและการมีเครือข่ายทางสังคมที่เหนียวแน่น โดยเฉพาะวัฒนธรรมการแบ่งปันอาหารและการรับประทานอาหารร่วมกันมีผลทำให้อุบัติการณ์ของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเพิ่มสูงขึ้น

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นความสามารถของบุคคล ที่จะรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ วิเคราะห์เนื้อหาสาระ และเลือกนำข้อมูลไปใช้ได้ ความรู้ด้านสุขภาพมีส่วนทำให้บุคคลมีสุขภาพดีได้ และสามารถเลือกนำข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพส่วนใดไปใช้กับตนเองได้อย่างเหมาะสม ก็จะ สามารถดูแลตนเองได้และลดความต้องการด้านบริการสุขภาพที่ไม่จำเป็นได้ ความรู้ด้านสุขภาพจึงนำไปให้บุคคล มีสุขภาพดีได้ (Ishikawa, Nomura, Sato & Yano, 2008) ความรู้ด้านสุขภาพ คือ “ต้นทุนชีวิต” (Personal Asset) ที่สร้างสมได้จากการศึกษาและพัฒนาทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ เสริมสร้างให้เกิดความสามารถในการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสาร วิเคราะห์ ประเมิน เปรียบเทียบ สามารถตัดสินใจด้านสุขภาพ ได้ด้วยตนเองและควบคุมสถานการณ์สุขภาพในชีวิตประจำวันจนสามารถขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมและวิถีสุขภาพที่ดีในระดับบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อมได้ สามารถส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่จัดไว้ให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Nutbeam, 2008) การสร้างความรู้ด้านสุขภาพด้วยการดำเนินงานสุขภาพ และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้ด้านสุขภาพ มีทักษะสุขภาพ และสามารถจัดการปัจจัยแวดล้อมเพื่อให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ที่ถูกต้องเหมาะสม หรือกล่าวได้ว่าสุขภาพเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพ สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ที่ กำหนดยุทธศาสตร์สู่ความเป็นเลิศ 4 ด้าน (4 Excellence) (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563)

การเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนทั้งกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวและพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี ตามมา จากการศึกษาที่ผ่านมามีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย โดยใช้ กระบวนการต่าง ๆ เช่น กระบวนการกลุ่ม การให้คำแนะนำ รายบุคคล และการติดตามทางโทรศัพท์ รวมถึงการใช้สื่อหลากหลายประเภท สามารถเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ ในทางที่ดีขึ้น และมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ (Raethong, 2019) การดำเนินงานใช้กลวิธีส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมให้เครือข่ายมีการดำเนินงานตามกระบวนการสุศึกษาเพื่อยกระดับความรู้ด้าน สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเป้าหมายให้ถูกต้องจนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ ชุมชน ท้องถิ่น มีความเข้มแข็งสามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเองจนนำไปสู่สุขภาพ

รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ผ่านมาเป็นลักษณะการดำเนินงานเชิงบูรณาการระหว่างงาน สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่ แต่ยังไม่สามารถจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง ท่อน้ำดีได้ อย่างเป็นระบบ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาเพื่อค้นหากระบวนการใหม่ที่จะใช้เป็น แนวทางในการดำเนินงานแก้ไขปัญห ให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

โดยมีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับบุคคลที่มี บทบาทสำคัญในการแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีในอำเภอสว่างวีระวงศ์ ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จนเกิด กลไกการทำงาน แบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ รวมถึงองค์ภาคเอกชนในพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนการ ดำเนินงานโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ให้บรรลุ เป้าหมาย ผู้ศึกษาในฐานะที่ดำรงตำแหน่ง รักษาการสาธารณสุขอำเภอสว่างวีระวงศ์ มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบพื้นที่ระดับอำเภอรวมถึงมี บทบาทในการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขสู่การแก้ปัญหาในระดับอำเภอ จึงได้ให้ความสนใจและให้ความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อประเด็นการพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยการพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมเพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจาก ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในพื้นที่อำเภอสว่างวีระวงศ์อย่างเป็นระบบและมีความสอดคล้องกับหลักการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

จากการดำเนินงานการแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี มีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในทุกปี อย่างต่อเนื่อง ทั้งการสื่อสารความเสี่ยง ให้ความรู้กับประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งการตรวจคัดกรอง การรักษาด้วยการกินยา มีการดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม.ในแต่ละพื้นที่เป็นส่วนมาก ซึ่งรูปแบบการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ยังพบปัญหาการติดเชื้อพยาธิซ้ำในพื้นที่ และในการแก้ปัญหายังขาดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในการแก้ปัญหาอย่างระบบ พัฒนาระบบการมีส่วนร่วมเพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจาก ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจการพัฒนาแบบการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) คือ ระดับความสามารถของบุคคลที่เกิดจากกระบวนการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพพื้นฐานและบริการที่จำเป็นสำหรับประกอบการตัดสินใจเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว คือระดับความรู้และความสามารถของบุคคลในการกลั่นกรอง ประเมิน (ข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจากทุกช่องทาง) และตัดสินใจ (จากข้อมูลที่ผ่านการกลั่นกรองและประเมินแล้ว) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม หากบุคคลได้รับการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จะสามารถจัดการตนเอง ครอบครัว และชุมชนด้านการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างเชี่ยวชาญและมีประสิทธิภาพ โดยการพัฒนาให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ นั้น สิ่งแรกที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง คือ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ด้าน สุขภาพ (Health Literacy: HL) ในความเป็นจริงนั้น ความรู้ด้านสุขภาพเป็น คุณลักษณะของตัวบุคคล ซึ่งมีงานวิจัยจำนวนมากยืนยันว่า หากประชาชนมีระดับ ความรู้ด้านสุขภาพดีแล้ว จะสามารถลดความเหลื่อมล้ำ ในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้นอกจากนี้ความรู้ด้านสุขภาพ ยังเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และยังส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา จนทำให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)**

จึงสามารถกล่าวได้ว่า “สุขภาพดีขึ้นโดยการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ” “Improving health by improving health literacy” (Benjamin R.M., 2010) ผู้ดำเนินงานต้องเข้าใจว่า การสร้างความรู้ด้านสุขภาพในระดับบุคคล (Health Literate Person: HLP) ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนที่จะต้องทำตนเอง ให้เป็นสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพในระดับบุคคล

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. พัฒนารูปแบบการดำเนินงานสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

2. ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

**แนวความคิด**

การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Appreciation Influence Control: AIC) และวงจรการปฏิบัติการ (The Action Research Spiral) ตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เพื่อเป็นการส่งเสริมกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีรูปแบบองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Organization : HLO) เป็น องค์กรที่สามารถจัดการสร้างให้คนมีระดับความรู้รอบรู้ได้ในตัวบุคคล (Health Literacy People : HLP) ครอบครัว (Health Literacy Family : HLF) จนถึงชุมชน (Health Literacy Community : HLC) และเมื่อเกิดทั้งสามส่วนนี้จะสามารถเรียก พื้นที่ของตนได้ว่าเป็น สังคมแห่งความรู้(Health Literacy Society) สุขภาพและสุขภาพให้แก่ประชาชน จะต้องมีความต้องการปฏิบัติที่ชัดเจน อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพสามารถป้องกันและดูแลสุขภาพตนเองได้ อย่างเหมาะสม ซึ่งจากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้ วิถีการดำรงชีวิตของคนไทยในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนภายใต้บริบทแวดล้อมเต็มไปด้วยความเสี่ยงทางสุขภาพ ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ แนวโน้มการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้ประชาชนต้องพึ่งพิงระบบบริการทางการแพทย์มากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีแนวทางส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความสามารถในการเข้าถึงข่าวสารความรู้ ด้านสุขภาพจากแหล่งความรู้ที่หลากหลาย มีความเข้าใจและสามารถประเมินความน่าเชื่อถือและความเหมาะสมของเนื้อหาต่างๆ จนนำมาปรับใช้กับตนเอง มีวิจาร์ณญาณคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลในการให้ความสำคัญกับข่าวสารความรู้ต่างๆ ตลอดจนนำไปสู่การตัดสินใจนำมาลองปฏิบัติและประเมินผลการ ทดลองจนสามารถเกิดการใช้ในชีวิตรประจำวันได้ การเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ จะต้องพัฒนาทักษะสำคัญที่สอดคล้อง ตามความจำเป็นของกลุ่มเป้าหมายและบริบทสังคม การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนั้นจึงเกิดแนวคิดนี้ขึ้นมา



<p><b>แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)</b></p> <p><b>ข้อเสนอ</b></p> <p>ข้าพเจ้าขอเสนอแนวความคิด / วิธีการ เพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานใน ตำแหน่ง นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โดยขอเสนอแนวการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อยกระดับความรู้ด้าน สุขภาพของประชาชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานสำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังนี้</p> <p><b>ลักษณะขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.ผู้บริหารบูรณาการความรู้ด้าน สุขภาพ เข้าไปในวิสัยทัศน์ โครงสร้าง และแผนการดำเนินงาน</li><li>2.บูรณาการความรู้ด้านสุขภาพ เข้าไปในแผนการดำเนินงานของ หน่วยงาน มีการวัดและ ประเมินผล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความปลอดภัย ของผู้ป่วย และนำไปสู่การพัฒนา คุณภาพงาน</li><li>3.เตรียมกำลังคนให้มีความรอบ รู้ ด้านสุขภาพ และมีการประเมินผล ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ ให้บริการ หรือบุคลากรของหน่วยงาน</li><li>4.เปิดโอกาสให้ประชาชนที่เป็นผู้รับ บริการเข้ามามีส่วนร่วมออกแบบร่วม ปฏิบัติการและร่วม ประเมินผลข้อมูล ด้านสุขภาพและบริการ</li><li>5.ต้องให้บริการสุขภาพที่สอดคล้อง และตรงตามความต้องการ ตามระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของประชาชน อย่างเท่าเทียม</li><li>6.ใช้วิธีการในการสื่อสารระหว่างบุคคล ในการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และมี การตรวจทานความ เข้าใจผู้รับ บริการ ในทุกจุดบริการ</li><li>7.ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงข้อมูลด้าน สุขภาพ ข้อมูลการบริการ และมีการ ช่วยเหลือในการบอกทิศ ทางการรับ บริการได้อย่างง่าย</li><li>8.ออกแบบและกระจายสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อ เสียง สื่อภาพ สื่อมีเดียต่าง ๆ ที่มีข้อมูล ที่เข้าใจง่ายและ สามารถปฏิบัติตามได้</li><li>9.มีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การปรับเปลี่ยนรูปแบบ การดูแลหรือ การรักษา การเปลี่ยนยา การใช้ยา ฯลฯ ให้กับผู้รับบริการ</li><li>10.มีการสื่อสารเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ และค่าใช้จ่ายในการมารับบริการด้าน สุขภาพของผู้รับบริการ ให้เข้าใจอย่าง ชัดเจน</li></ol>
--

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

โครงสร้างหลักที่จำเป็นในการสร้าง HLO อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 6 ชั้นส่วนหลัก คือ

1. ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) ส่วนใหญ่จะเป็นผู้น้องคน มีส่วนน้อยที่เป็นเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ผู้นำการเปลี่ยนแปลงนี้ ต้องมีภาวะผู้นำสูงมาก มีทักษะในการสื่อสารทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อสร้าง “ผู้นำร่วม” ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน นอกจากนี้ พบว่า ผู้นำเหล่านี้จะมีทั้ง

1.1 แบบเป็นทางการ (Formal) ในเชิงโครงสร้างทางสังคม

1.2 แบบไม่เป็นทางการ (Informal) ในเชิงโครงสร้างทางสังคม แต่เป็น คนสำคัญ (key person) ในชุมชนนั้น ลักษณะการนำที่ทำให้เกิดพลังอย่างยั่งยืน คือ การนำแบบ “ดีร่วม” ไม่ใช่ “เด่นคนเดียว” ซึ่งประเด็นนี้ส่งผลต่อระดับการมีส่วนร่วมในการสร้าง HL ใน ประชาชนและ HLO

รูปแบบการจัดกิจกรรมเรียนรู้ประกอบด้วย

2. เพื่อนร่วมงาน (Colleague) ซึ่งหมายถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ทำงานใน หน่วยงานตั้งแต่ ผู้อำนวยการ หัวหน้างาน เจ้าหน้าที่ รวมทั้ง แม่บ้านและคนสวน โดยบุคคลเหล่านี้ทุกคน

2.1 ต้องเข้าใจใน HL และ HLO ที่เกี่ยวข้องตามบริบทของตน และทุกคน ต้องเป็น HL person ด้วย

2.2 ต้องสามารถบูรณาการ ออกแบบงาน เพื่อการสร้าง HL ให้กับ ประชาชน และสามารถทำงานเป็นทีมได้ (Team work)

3. เครือข่าย (Networks) อันเป็นสายป่านของการทำงานโดยทุกคน ในเครือข่าย ต้องเข้าใจและเห็นความสำคัญของ HL และ HL

4. ผู้สนับสนุนทางวิชาการ (Academic supporter) ด้วยการสร้าง HL และ HLO สำหรับมือใหม่หัดขับนั้น อาจเกิดการหลงทางสับสน ไม่แน่ใจในระหว่าง ทาง ดังนั้น ผู้สนับสนุนทางวิชาการที่เป็นที่เล็งจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

5. หน่วยประสานงาน (Administrative center) ด้วยการสร้าง HL และ HLO นั้น ต้องใช้การทำงานเป็นทีมในรูปแบบเครือข่าย สหวิชาการ ต้องใช้ทั้งศาสตร์และ ศิลป์ ที่เกี่ยวข้องกับการประชาสัมพันธ์ (Mass media) และองค์ความรู้(public education) ด้วย ดังนั้นจุดประสานงานร่วม จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะหน่วยนี้ จะทำหน้าที่เป็นเลขานุการ ประสานงาน และสื่อสารเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพ

6. ทีมงานเยี่ยมเสริมพลัง (Appreciative appraisal visiting team) ด้วยการสร้าง HL และ HLO นั้น ต้องดำเนินการบูรณาการเข้าไปในกระบวนการ ทำงานประจำเดิม ดังนั้นการมีทีมเยี่ยมเสริมพลังอย่างสร้างสรรค์ จะเป็นตัวกระตุ้น ที่ดี และทีมนี้ยังสามารถเป็นที่ปรึกษาทางวิชาการที่สามารถช่วยไขข้อข้องใจพร้อม ช่วยแนะแนวให้ผู้ดำเนินการสร้าง HLO ไม่ต้องสับสน ไม่ต้องหลงทาง และสามารถมองภาพ HLO ของตนเองได้ว่าควรมีหน้าตาเป็นอย่างไร

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

13 ขั้นตอนเพื่อกำสร้าง HLO ดังนี้

1. เรียนรู้บริบทเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่
2. รวบรวมเครือข่าย สร้างความเข้าใจ สร้างนโยบายร่วม
3. ค้นหาทุนมนุษย์และทุนสังคม เพื่อสร้างทีมงานและระดมทรัพยากร
4. ค้นหาครอบครัวด้านสุขภาพที่มีลักษณะ V shape แล้วเสริมพลัง เพื่อสร้างคนต้นแบบและ

ทีมสื่อสาร

5. กระตุ้นการมีส่วนร่วมของชุมชน
6. ร่วมกันค้นหา ข้อความสำคัญ (Key message) และสร้างสื่อที่ทุกคน เข้าใจ
7. ตัดสินใจร่วมกัน
8. จัดทำกลไกการทำงานร่วมกัน
9. ดำเนินการร่วมกัน แก้ไขปัญหาาร่วมกัน
10. รับผิดชอบเชื่อมโยงเสริมจากทีมวิชาการและส่วนกลาง
11. ประเมินการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ
12. ถอดบทเรียนและสรุปประเมินผลลัพธ์
13. วางแผนการพัฒนาต่อเนื่อง

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ข้อจำกัดที่อาจจะเกิดขึ้น : key message ข้อความสำคัญที่มีความจำเป็นต้องสื่อสารให้เข้าใจลึกซึ้ง เป็นแก่นสำคัญของเนื้อหาสาระการเรียนรู้ เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ tailored key message คือ ข้อความที่ถูกออกแบบจากต้นทุนทางบริบท ของพื้นที่ ที่มีปัญหาเฉพาะและมีขีดจำกัดต่างๆ

แนวทางแก้ไข : ร่วมกันกำหนดทิศทางการทำงานร่วมกันจนสามารถผลิต key message และ tailored key message ของพื้นที่ตนเองร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประเด็นสุขภาพ เดียวกันได้แล้ว ก็ตัดสินใจร่วมกันขับเคลื่อนงาน ดำเนินการแก้ปัญหาในประเด็น เฉพาะนี้ร่วมกัน โดยอาจจัดทำเป็นโครงการ โครงการ ชิงงานหรือนวัตกรรม ฯลฯ ได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน(ระดับชำนาญการพิเศษ)

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1.รูปแบบการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

2.ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 ประชาชนอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มากกว่าร้อยละ 80

5.2 ประชาชนอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี สามารถนำความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ไปใช้สำหรับตนเอง ครอบครัว มากกว่าร้อยละ 80

5.3 จำนวนหน่วยบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO) ที่จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน

5.4 อำเภอสว่างวีระวงศ์ มีกระบวนการจัดการป้องกัน ควบคุมโรคเฝ้าระวังระดับและท้องถิ่นแบบครบวงจร และยั่งยืน ในพื้นที่

(ลงชื่อ)



ผู้ขอประเมิน

(นายสมชาย บุญตะวัน)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาราชการแทน

สาธารณสุขอำเภอสว่างวีระวงศ์

วันที่ 1 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566

<p>๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p> <p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน</p> <p>๑.ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK) และมีโรคร่วม DM, HT โรงพยาบาลเชิงใน ปี ๒๕๖๔: กรณีศึกษา</p> <p>๒.ระยะเวลาดำเนินการ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ – ๓๑ มกราคม ๒๕๖๕</p> <p>๓.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน</p> <p>โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) เป็นโรคที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉิน มีความเสี่ยงสูง ทำให้เสียชีวิตเฉียบพลันโดยไม่คาดหมาย หากไม่ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจในเวลาอันรวดเร็ว พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรด่านหน้า เป็นผู้ที่พบผู้ป่วยเป็นลำดับแรก จึงต้องมีความรู้ทักษะที่เพียงพอในการคัดกรอง ประเมินผู้ป่วยให้ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย รักษาพยาบาล อย่างรวดเร็วและปลอดภัย ในการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK) และมีโรคร่วม DM, HT ในครั้งนี้ ต้องใช้ความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย STEMI อย่างมาก ต้องอาศัยกระบวนการหลักและปัจจัยต่างๆ หลายอย่างเพื่อช่วยให้ผู้ป่วย STEMI ได้รับการคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัย รักษาพยาบาลด้วยยาละลายลิ่มเลือดซึ่งเป็นยาความเสี่ยงสูง และให้ได้รับการส่งต่อรักษาเฉพาะทางอย่าง รวดเร็ว ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตมากที่สุด และผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง สามารถดูแลตนเองปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยผู้ศึกษาได้นำความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานมาใช้ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในครั้งนี้ได้แก่</p> <p>๓.๑. พยาธิสรีรวิทยา อาการและการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การดำเนินการของโรค การตรวจวินิจฉัย แนวทางการรักษา และการติดตามผลการรักษาพยาบาล ผู้ป่วย STEMI เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งปัจจัยเสี่ยง จากโรค DM, HT, DLP, การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ที่สัมพันธ์กับการเกิด STEMI เพื่อนำไปใช้วางแผนการพยาบาล ให้คำแนะนำและความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ในการควบคุมโรค DM, HT, DLP ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอีก</p> <p>๓.๒. แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย STEMI ตามแนวทางของแม่ข่าย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในการดูแลรักษาพยาบาล ระบบการปรึกษา Cardiologist ระบบการส่งต่อ Fast Tract For STEMI เพื่อใช้ในกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ไร้รอยต่อ</p> <p>๓.๓. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วย STEMI โดยนำ ๗ Aspect of care ได้แก่ ๑. Assessment ๒. Symptom distress management ๓. Safety คือ การปฏิบัติตามมาตรฐานร่วมกับการนำกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) และการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) มาใช้ในปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ๔. Disease specific clinical risk ๕. Continuing of care ๖. Empowerment ๗. Satisfaction คือ ความพึงพอใจ สัมพันธภาพและความเชื่อมั่นศรัทธาจากผู้ป่วย และ การใช้ กระบวนการพยาบาล การพยาบาลแบบองค์รวม การประเมินภาวะสุขภาพตาม ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) มาใช้ในปฏิบัติการพยาบาล</p>
--

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

#### ๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๔. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care Theory) ทฤษฎีการดูแลตนเองที่เน้น การกระตุ้นความสามารถในการดูแลตนเองและตอบสนอง ความต้องการดูแลตนเอง ทฤษฎีระบบการพยาบาล ที่เน้นให้พยาบาลเข้ามา มีส่วนร่วมใน ระบบการพยาบาลแบบ สนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ให้การพยาบาลช่วยเหลือในขณะที่อยู่ในภาวะวิกฤตช่วยสอน ชี้แนะ แนวทางเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดูแลตนเองได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง สามารถปรับตัวและดูแลตนเองได้

๓.๕. การบริหารยา Streptokinase (SK) และการพยาบาลเฝ้าระวังผู้ป่วยขณะได้รับยา SK

เนื่องจากเป็นยาความเสี่ยงสูง จึงต้องมีความรู้ ผ่านการฝึกทักษะ และประสบการณ์ในการบริหารยา

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### ๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) เป็นโรคที่มีภาวะวิกฤต ถูกเฉือน มีความเสี่ยงสูง ทำให้เสียชีวิตเฉียบพลันโดยไม่คาดหมาย หากไม่ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจใน เวลาอันรวดเร็ว โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของทั่วโลก ในปี ค.ศ. ๒๐๑๙ พบ ประมาณ ๑๗.๙ ล้านคน คิด เป็นร้อยละ ๓๒ ของสาเหตุการตายทั้งหมด จากรายงานสถิติสาธารณสุข โดย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคหัวใจ และหลอดเลือดเป็นสาเหตุสำคัญ ของการเสียชีวิตของประชากรไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี ๒๕๖๓ โรคหัวใจ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตเป็นอันดับ ๔ ของประชากรไทย มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด ๓๒.๖ ต่อ ประชากรแสน คน โดยพบว่าผู้ป่วย STEMI มีอัตราการเกิดร้อยละ ๔๐.๙ ของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดทั้งหมด มีอัตรา การตายร้อยละ ๑๗ STEMI เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่พบความผิดปกติ ของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มีลักษณะ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย ๒ leads ที่ต่อเนื่องกัน ผู้ป่วยมักจะไม่มีเลือดไปเลี้ยงหัวใจใน ส่วน epicardial หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็ว จะทำให้เกิด Acute ST segment elevation myocardial infarction (STEMI or Acute transmural MI, Q wave MI) การ ศึกษาวิจัยจากทั่วโลกพบว่า พันธุกรรมและพฤติกรรมการใช้ชีวิตของแต่ละคนมีส่วนทำให้เกิด โรคหัวใจ รวมถึงโรคไม่ติดต่อทั้ง ๔ โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และความ อ้วน ที่เป็นตัวเร่งสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจ เพราะโรคเหล่านี้มีผลต่อหลอดเลือดในแบบต่าง ๆ เช่น ทำให้ หลอดเลือดแข็งตัว หรือหลอดเลือดตีบตันแคบ ซึ่งเป็นปัจจัยให้เกิด STMI ได้ อาการสำคัญที่พบได้บ่อย เช่น อาการเจ็บ แค้น ใจสั่น เหงื่อออก เหนื่อยขณะออกกำลังกาย จะเป็นลม หมดสติ เสียชีวิตเฉียบพลันดังนั้น เป้าหมายสำคัญของการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ ต้องได้รับยาละลายลิ่ม เลือดภายใน ๓๐ นาทีแรก เพราะหากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงนานกว่า ๓๐ นาที ถึง ๖ ชั่วโมง จะ เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรง หรือกล้ามเนื้อตายอย่างถาวรและเสียชีวิตได้

จากสถิติปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงใหม่พบผู้ป่วย STEMI ๑๖, ๑๗, ๑๙ ราย คัดกรองผิดพลาดล่าช้า ๓,๒,๒ ราย เสียชีวิตในห้องฉุกเฉินเป็น ๑,๑,๑ ราย การเปิดหลอดเลือดหัวใจที่ทำได้ที่ดีที่สุดคือการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK) ซึ่งเป็นยาความเสี่ยงสูง ในการให้การดูแล รักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ พยาบาลผู้ให้การดูแลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ มีความเชื่อมั่นในการตัดสินใจสูง

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

##### ๔.๑ สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

และจะต้องมีความเชี่ยวชาญ มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายที่ชัดเจน มีคุณภาพตามมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูง จากสถานการณ์ดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัย รักษาพยาบาล ส่งต่อรักษาเฉพาะทางอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิต ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจ ที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK) และมีโรคร่วม DM, HT โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี ๒๕๖๔: กรณีศึกษา ในครั้งนี้ขึ้น

##### ๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๔.๒.๑. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการดูแล ๑ ราย

๔.๒.๒. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญประวัติการเจ็บป่วยประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมีแบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย จากเวชระเบียน สอบถามผู้ป่วยและญาติ

๔.๒.๓. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)

ศึกษาแผนการรักษาของแพทย์ และแนวทางปฏิบัติการพยาบาล

๔.๒.๔. ศึกษาพยาธิสภาพของโรค ทฤษฎี ความรู้ วิชาการ ที่เกี่ยวข้อง จากการค้นคว้าตำรา เอกสารวิชาการ ผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง

๔.๒.๕. ปรึกษาพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทางและแพทย์ผู้รักษา

๔.๒.๖. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยใช้หลัก

๗ Aspect of care และให้การพยาบาลแบบองค์รวม

๔.๒.๗. ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแบบแผนการพยาบาล สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล/เรียบเรียงผลงาน

๔.๒.๘. รวบรวมและจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษาและตรวจสอบความถูกต้อง

๔.๒.๙. เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลตรวจสอบ และแก้ไขความถูกต้อง

๔.๒.๑๐. เผยแพร่ผลงานวิชาการโดยนำเสนอวิชาการในการประชุมวิชาการ

##### ๔.๓ เป้าหมาย

๔.๓.๑ เพื่อศึกษาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK)

๔.๓.๒. เพื่อให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ตามมาตรฐาน อย่างถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัย ลดอุบัติการณ์คัดกรองผิดพลาดล่าช้า และเสียชีวิต

๔.๓.๓. เพื่อให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รับการพยาบาลคัดกรอง ประเมิน และวินิจฉัย อย่างรวดเร็ว (Early Detect)

๔.๓.๔. เพื่อให้ผู้ป่วย STEMI ได้รับการเฝ้าระวัง ดูแลรักษาพยาบาล ขณะให้ยา SK อย่างปลอดภัย

๔.๓.๕. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังรักษาพยาบาลขณะส่งต่อรักษา อย่างปลอดภัย

๔.๓.๖. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ เกิดความตระหนักรู้ (Health Literacy) เกี่ยวกับโรคที่เป็น และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ควบคุมโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)
๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)
<p>กรณีศึกษา</p> <p>ชายไทยอายุ ๔๗ ปี HN ๑๘๒๔๙๖ ภูมิลำเนา อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เข้ารับบริการโรงพยาบาลเชียงใหม่ วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๔ เวลา ๑๔.๕๐ น. ด้วยอาการ เหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจไม่อิ่ม เจ็บแน่นหน้าอกมาก เป็นก่อนมา ๓๐ นาที ๑ วันก่อนมา มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจไม่อิ่ม แน่นหน้าอก นิ่งพักแล้วอาการทุเลา ๙ ชม.ก่อนมา เจ็บหน้าอกมากขึ้น ครั้งละ ๓๐ นาที ๓๐ นาที ก่อนมาเหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจไม่อิ่ม เจ็บแน่นหน้าอก จึงมาโรงพยาบาล โดยรถยนต์ส่วนตัว เวลา ๑๔.๕๐ น. ให้ประวัติเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ถูกส่งไปตรวจที่ OPD พยาบาลหน้าห้องตรวจ ชักประวัติอาการเข้าได้กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจึงนำผู้ป่วยขึ้นรถนอน และส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินเวลา ๑๕.๒๐ น.รับเข้าห้องฉุกเฉิน แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS ๑๕ คะแนน ปั่นเจ็บแน่นหน้าอกมาก หายใจไม่อิ่ม พูดคุยรู้เรื่องไม่สับสน ท่าทางเหนื่อย เพลีย สีหน้าวิตกกังวล ได้นำผู้ป่วยเข้ารับบริการโซนผู้ป่วยวิกฤติ ความเสี่ยงสูง ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖ องศาเซลเซียส ชีพชีพจร ๑๐๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๔๐/๙๒ มิลลิเมตรปรอท ประเมิน Pain Score (PS) ได้ ๘/๑๐ ดูแลให้ผู้ป่วยหยุดการทำกิจกรรมต่างๆ (absolute bed rest) จัดท่านอนแบบ semi-fowler position เพื่อลดการทำงานของหัวใจ และลดการใช้ออกซิเจน ประเมินปริมาณความอิ่มออกซิเจนในกระแสเลือดได้ ๙๔% ดูแลให้ออกซิเจน ๕ L/min Keep O<sub>2</sub> Sat &gt; ๙๕% หลังให้ O<sub>2</sub> sat ๙๘% ชักประวัติเพิ่มเติมพบว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัว DM, HT เป็นมา ๓ ปีรักษา ๑ ปี จากนั้นขาดยา ๒ ปี สูบบุหรี่วันละ ๑๐ มวน ดื่มสุรา ๒-๓ ครั้ง/สัปดาห์ ไม่มีประวัติแพ้ยา หรือแพ้อาหารใด ๆ ได้ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG เวลา ๑๕.๒๕ น. พบ STE V<sub>๑</sub> - V<sub>๕</sub> ประเมิน ระดับน้ำตาลในเลือด DTX ๕๑๘ mg/dl รายงานแพทย์ทันทีโดยใช้หลัก SBAR ในการสื่อสาร ใช้เวลาทั้งหมดภายใน ๕ นาที แพทย์ตรวจ ประเมิน ให้ส่งเลือดตรวจ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte with CO<sub>2</sub> Magnesium, PT, INR ผลการตรวจที่ผิดปกติคือ CBC พบ WBC ๑๓,๙๙๐ cell/mm<sup>๓</sup> Neutrophil ๙๔%, Lymphocyte ๕% บ่งถึงการอักเสบในร่างกาย Troponin -T ๑,๒๘๕ ng/dl (consider AMI) Consult Cardiologist โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เวลา ๑๕.๓๓ น. วินิจฉัย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) เวลา ๑๕.๓๐ น. ให้ Isordril ๕ mg ๑ tab เพื่อให้หลอดเลือดขยาย ลดการเจ็บหน้าอก ให้ ASA gr v ๑ tab Plavix (๗๕) ๔ tab Oral. เพื่อต้านการเกาะตัวของลิ่มเลือด เวลา ๑๕.๓๕ น.ได้ยา RI ๑๒ Unit IV เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ดูแลให้ได้รับ ๐.๙%NSS iv. Drip ๖๐ ml/hr. ฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงผิดปกติและวัด V/S ตามภาวะวิกฤต ตรวจติดตามผล DTX หลังฉีดยา ๑ ชม. ภาวะน้ำตาลในเลือดลดลง แต่ยังสูง DTX = ๒๘๖ mg% ไม่พบภาวะวิกฤตจาก hyperglycemia เวลา ๑๕.๕๕ น. (๒๒ นาที) ได้ผลตอบกลับให้ยา Streptokinase (SK) ให้ข้อมูล คำแนะนำ พยาธิสภาพของโรค แนวทางการรักษา อธิบายผลของยาต่อการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับ หรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับการรักษา ให้ผู้ป่วยและญาติลงนามยินยอมรับการรักษาเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยยาละลายลิ่มเลือด SK ซึ่งผู้ป่วยลงนามยินยอมรับการรักษาให้ยา SK เวลา ๑๖.๑๕ น.</p>



๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)  
กรณีศึกษา (ต่อ)

ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติขณะให้ยา SK เผื่อระวังให้กำลังใจ ให้การพยาบาล ได้แก่ วัด Vital signs q ๕ min x ๖ times, then ๑๕ min x ๔ times, ๓๐ min x ๔ times and then q ๑ hr. รายงานแพทย์ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง Repeat EKG after SK at ๓๐ min, ๖๐ min, ๙๐ min เผื่อระวังผลข้างเคียงจากการได้รับยาเช่น ภาวะเลือดออกผิดปกติตามร่างกาย ผู้ป่วยซีमितลง ความดันโลหิตต่ำกว่า ๙๐/๖๐ mmHg หยุดหายใจ EKG แสดงภาวะ Cardiac Arrhythmia มีไข้หนาวสั่น มีผื่นแดงตามตัว ติดตามและประเมินอาการเจ็บหน้าอก เพื่อประเมินภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ดูแลให้ออกซิเจน ตามแผนการรักษา ๕ L/min Keep O<sub>2</sub> Sat > ๙๕% เตรียมยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้มีความพร้อมกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น Defibrillator, Auto CPR Monitor EKG หลังให้ยา ๖๐ นาที ECG ยังเป็น STE V๑-V๕ ไม่ลดลงผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บหน้าอก แสดงถึง หลอดเลือดหัวใจที่ตีบตันไม่เปิด ให้ข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบ พร้อมอธิบายเหตุผลในการส่งตัวไปรักษาเฉพาะทางโรคหัวใจ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังมีความวิตกกังวลมาก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา SK สัญญาณชีพ อยู่ในช่วงอุณหภูมิ ๓๖.๕ - ๓๖.๘ องศาเซลเซียส ชีพชีพจร ๙๘ - ๑๑๖ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ - ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๐ /๘๔ - ๑๖๐/๙๔ มิลลิเมตรปรอท ให้การพยาบาลดูแล ให้คำแนะนำ อย่างใกล้ชิด ร่วมกับแพทย์ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว ให้ข้อมูลเรื่องโรค และแผนการรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สอบถาม และพูดคุยระบายความรู้สึก ให้ความมั่นใจ กับผู้ป่วย ในการนำส่งอย่างปลอดภัย เตรียมข้อมูลผู้ป่วย ประสานการส่งต่อ จัดทีมพยาบาลส่งต่อ ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระหว่างส่งต่อ และนำส่งโดยรถ Mobile ICU เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเผื่อระวัง ช่วยเหลือให้ปลอดภัยตลอดระยะเวลาการเดินทางไปรักษาต่อ ผู้ป่วยได้ส่งตัวมาโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๔ เวลา ๑๗ .๓๐น. ตรวจเลือดเพิ่ม พบไขมันในเลือดสูง LDL ๑๕๕ mg/dl Total Cholesterol ๒๖๐ mg/dl ได้ทำ CAG พบ Triple Vessels Disease ได้รับการวินิจฉัย Acute Transmural Myocardial Infraction of anterior wall (Triple Vessels Disease with Thrombus at mid LAD with subtotal occlusion ,LCX ๗๐% Stenosis at Distal, RCA ๗๐% Stenosis at Proximal) with DM type ๒ with HT With DLP ได้รับการรักษาทำ Rescues PCI with Balloon & Stent at LAD เวลา ๒๐.๐๐ น. Admit ๓ วัน ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ได้รับการนัดรักษาต่อเนื่องเพื่อแก้ไขเส้นเลือดที่ยังอุดตันอีก ๒ เส้น. ควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ แผนการรักษาต่อเนื่องคือ ให้ DAPT for ๑๒ month then ASA Lifelong, Risk Factor Modification, Stage PCI at LCX and Re-evaluate at LAD Stent วันที่ ๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ผู้ป่วยอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่เจ็บหน้าอก แพทย์จึงพิจารณาจำหน่ายกลับบ้านให้ยา GLIPIZINE ๕ MG ๑x๑ pc, LINAGLIPTIN ๕ MG-TRAJENTA-NF ๑x๑ pc, Sacubitril/valsartan ๑๐๐ mg, Tab-Entresto-NF ๐.๕ mg x ๒ pc, XIGDUO XR-Dapagli + Metformin (๑๐+๑๐๐๐ mg) - NF ๑x๑ pc, ALDACTONE-spiro lactone TAB ๒๕, MG-L ๑x๑ pc, ATORVASTATIN ๔๐ MG ๑x๑ pc, Clopidogrel ๗๕mg ๑x๑ pc , ASPIRIN 5๑ MG ๑x๑ pc, EZETIMIBE ๑๐ MG-L ๑x๑ pc, Mg Carvedilol ๐.๕ tab หลังอาหารเช้า และหนึ่งส่วนสี่เม็ดหลังอาหารเย็น ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่องอีก ๒ ครั้ง ผู้ป่วยบอกว่าเลิกสูบบุหรี่ดื่มสุราโดยเด็ดขาด ออกกำลังกายโดยการเดินเบาๆ ๓๐ นาที เกือบทุกวัน ปรับลดอาหาร หวาน มัน เค็ม ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงใดๆ ผลลัพธ์การควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้น FBS ๑๖๒-๑๘๕ mg/dl ควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดี BP ๑๑๐/๖๐ - ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ตามนัดทุกครั้ง ได้การประสาน

<b>๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</b>				
<b>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)</b>				
<b>๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)</b>				
ดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยทีมรพ.สต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข				
<b>สรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ของผู้ป่วย</b>				
<b>การพยาบาลระยะแรกเริ่ม</b>				
๑. ผู้ป่วยเจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง จากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน				
๒. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิด Cardiac arrest เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน				
๓. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK)				
๔. ผู้ป่วยมีภาวะ น้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากผู้ป่วยเป็น DM type ๒ และขาดยา ร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้				
<b>การพยาบาลระยะต่อเนื่อง ระหว่างส่งต่อ</b>				
๑. เสี่ยงต่อการเกิด Cardiac arrest เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หลังให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วหลอดเลือดหัวใจยังไม่เปิด				
๒. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรค เนื่องจากมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หลังได้รับการรักษาแล้วยังไม่ดีขึ้นหลอดเลือดหัวใจยังไม่เปิด ต้องส่งต่อเพื่อไปรักษาเฉพาะทางโรคหัวใจผู้ป่วยกลัวว่าจะเสียชีวิต				
<b>การพยาบาลระยะจำหน่าย</b>				
- แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากจากเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ มีพยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด				
<b>การพยาบาลระยะหลังจำหน่าย</b>				
- ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ควบคุมระดับน้ำตาลจากโรคเบาหวาน ควบคุมความดันโลหิตสูง และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจจะเกิดขึ้น ไม่เพียงพอ เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและการรักษา				
<b>๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ /เชิงคุณภาพ)</b>				
<b>๕.๑ เชิงปริมาณ</b>				
ผลการรวบรวมข้อมูลการให้การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลเชิงใน จ.อุบลราชธานี ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒, ๒๕๖๓ และ ๒๕๖๔ ดังนี้				
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
๑. จำนวนผู้ป่วย STEMI	ราย	๑๖	๑๗	๑๙
๒. จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ส่งต่อ	ราย	๑๕	๑๖	๑๘
๓. Door To EKG	< ๑๐ นาที	๗	๖.๕	๕.๘
๔. Door To SK ภายใน ๓๐ นาทีหลังแพทย์วินิจฉัย	> ๘๐ %	๖๘	๘๒	๘๖
๕. ร้อยละ STEMI ได้ SK ที่รพ. เชิงใน ในรายไม่มีข้อห้าม	> ๘๐	๙๕	๑๐๐	๑๐๐
๖. อุบัติการณ์คัดกรอง STEMI ผิดพลาด ล่าช้า	๐ ราย	๓	๒	๒
๗. อุบัติการณ์ STEMI เสียชีวิตในโรงพยาบาล	๐	๑	๑	๑
๘. ร้อยละ STEMI ได้รับการติดตามเยี่ยมในชุมชน	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

<p><b>๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</b></p>
<p><b>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)</b></p>
<p><b>๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ /เชิงคุณภาพ) (ต่อ)</b></p>
<p><b>๕.๑ เชิงปริมาณ (ต่อ)</b></p>
<p>ปี ๒๕๖๔ จำนวนผู้ป่วย AMI ทั้งหมด ๕๐ ราย แบ่งเป็น NSTEMI ๓๑ ราย, STEMI ๑๙ ราย ได้ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ๑๘ ราย ได้ให้ยา SK. ในรายที่ไม่มีข้อห้าม ที่รพ.เชิงองในจำนวน ๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการส่งต่อเพื่อทำ PPCI จำนวน ๑๑ ราย คัดกรองผิดพลาด ๒ ราย เสียชีวิตในโรงพยาบาล ๑ ราย FMC เฉลี่ย ๑๑๐ นาที door to EKG เฉลี่ย = ๕.๘ นาที door to SK. เฉลี่ย ๓๘ นาที ซึ่งยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ได้วางแผนแผนการพัฒนาต่อเนื่อง เช่น พัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยา SK และเพิ่มสมรรถนะพยาบาลของโรงพยาบาลเชิงอง เพื่อให้สามารถให้ยา SK. ได้อย่างรวดเร็วภายในเวลา ๓๐ นาที หลังแพทย์วินิจฉัย เพิ่มการประชาสัมพันธ์การขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปรับปรุงแบบบันทึกการพยาบาลเพื่อคัดกรองผู้ป่วย STEMI เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็ว เปิดหลอดเลือดหัวใจเร็วที่สุด ลดอุบัติการณ์เสียชีวิต</p>
<p><b>๕.๒ เชิงคุณภาพ</b></p>
<p>จากการศึกษา ผู้ป่วยรายนี้ มีภาวะ STEMI สาเหตุจาก DM,HT,DLP uncontrolled ขาดยา รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงเกิดความผิดปกติและเสื่อมสภาพลงอย่างรวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็นเพราะการอักเสบ หลอดเลือดตีบแคบลง ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ ความตระหนักในการปฏิบัติตัวเพื่อการการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ผู้ป่วยมารับบริการช้า จากประวัติ มีอาการอยู่ก่อนแล้ว ๑ วัน ทำให้พยาธิสภาพรุนแรง ในส่วนกระบวนการดูแล รักษา พบ ความผิดพลาด ลำช้า ในการคัดกรอง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการ Investigate EKG ช้า (๓๐ นาที) ได้ทบทวนร่วมกับพยาบาลคัดกรอง ถึงอาการ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่ต้องส่งเข้า ER ทันที ระยะเวลา รอ ผลตอบการConsult Cardiologist นาน ๒๒ นาที ได้ทบทวนในที่ในการติดตามผลตอบกลับให้เร็วขึ้น และร่วมกับแม่ข่าย ได้ปรับปรุงให้ตอบกลับภายใน ๑๕ นาที เพื่อให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดโดยเร็วที่สุด ซึ่งผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเต็มความรู้ความสามารถใช้ทั้งความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และศิลปะ ในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน ได้รับการเฝ้าระวังดูแลที่ดี ได้รับการส่งต่อรักษาเฉพาะทาง อย่างเหมาะสม และได้รับการนัดติดตามรักษาต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้ผู้ป่วยไม่เสียชีวิต ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง สามารถปรับตัวและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข</p>
<p><b>๖. การนำไปใช้ประโยชน์</b></p>
<p>๖.๑. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ครอบคลุมแบบองค์รวม</p>
<p>๖.๒. เป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลในการพยาบาลกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI โดยใช้ ๗ Aspect of care ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล และ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care Theory) ให้ผู้ป่วย ได้รับการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ</p>
<p>๖.๓. เป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อคัดกรองผู้ป่วย STEMI ให้ได้รับการประเมิน วินิจฉัย รักษาพยาบาล</p>

<p><b>๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</b></p>
<p><b>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)</b></p>
<p><b>๖. การนำไปใช้ประโยชน์ (ต่อ)</b>          อย่างรวดเร็ว ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เสียชีวิต</p> <p>๖.๔. เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลชุมชน ในรายไม่มีข้อห้าม และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจอย่างรวดเร็วภายใน ๓๐ นาที อย่างปลอดภัย</p> <p>๖.๕. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์หรือนักศึกษาพยาบาล ที่มาอบรมดูงาน หรือฝึกปฏิบัติงานสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย</p> <p>๖.๖. เป็นข้อมูลสำหรับผู้สนใจในการศึกษาค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลชุมชน</p> <p><b>๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ</b>          เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) เป็นโรคความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง เป็นโรคที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษาพยาบาล ในระดับโรงพยาบาลชุมชน การดูแลผู้ป่วยที่ STEMI ต้องให้ความสำคัญในเรื่องการวินิจฉัย ให้เร็วที่สุด และให้การรักษาด้วย reperfusion therapy ให้เร็วที่สุด ซึ่งอาจจะใช้บอลลูนขยายหลอดเลือด การใส่ขดลวด การทำ CABG หรือการให้ยาละลายลิ่มเลือด แล้วแต่ความเหมาะสมของผู้ป่วย ระดับศักยภาพของโรงพยาบาล โรงพยาบาลเชิงในเป็นโรงพยาบาลชุมชน ไม่มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม หรือ Cardiologist การเปิดหลอดเลือดหัวใจที่ดีที่สุด คือการให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง ค้นหาปัญหาที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยให้ได้ พยาบาลต้องมีความรู้ทักษะที่ดีพอ และในสถานการณ์โรค Covid ๑๙ ระบาด ทำให้ต้องเพิ่มความระมัดระวัง คัดกรองโรค Covid ๑๙ ก่อนส่งเข้าพบแพทย์ ทำให้เกิดความล่าช้าได้ พยาบาลต้องทำหน้าที่ตรวจ ATK อย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในห้องฉุกเฉิน ได้รับการประเมิน วินิจฉัยให้เร็วที่สุด เมื่อพบว่าผู้ป่วยเป็น STEMI ต้องใช้เวลาในการติดต่อ Consult Cardiologist ประสานขอรับการวินิจฉัย และคำสั่งการรักษาจากแพทย์เฉพาะทาง ทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยยาละลายลิ่มเลือดช้า โอกาสที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากขึ้น มีผลต่อคุณภาพการรักษาที่ดี ในส่วนของทีมบุคลากร พยาบาล ยังมีความรู้ทักษะไม่เพียงพอ ยังพบอุบัติการณ์คัดกรองผู้ป่วยผิดพลาดล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน วินิจฉัยรักษาพยาบาลล่าช้า พยาบาลต้องใช้ความรู้ทักษะสูงในการพยาบาลเพื่อคัดกรองผู้ป่วยให้ได้ ต้องมีความรู้ทักษะในการแปลผล EKG เบื้องต้นที่ดีพอ การติดต่อประสานงานบางครั้งล่าช้า ไม่เข้าใจขั้นตอน ทำให้เพิ่มเวลารอคอยในการให้การรักษานผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องใช้ความรู้ การสั่งสมประสบการณ์มีทักษะในการปฏิบัติงานที่ดีพอ เพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าในทุกขั้นตอน ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพรุนแรง ซับซ้อน จากผลการทำ CAG พบเป็น Acute Transmural Myocardial Infraction of anterior wall with Triple Vessels Disease with Thrombus at mid LAD with subtotal occlusion ,LCX ๗๐% Stenosis at Distal, RCA ๗๐% Stenosis at Proximal ซึ่งเป็นโรคที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง พบน้อย ต้องใช้ความรู้ความสารถในการศึกษาทั้งพยาธิสภาพของโรค ทฤษฎีการพยาบาล จากตำราวิชาการ การศึกษาวิจัย และปรึกษาผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ทักษะประสบการณ์ในการศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ</p>

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การรักษาพยาบาลที่ดีมีคุณภาพ และปลอดภัย การให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK) ซึ่งเป็นยา ความเสี่ยงสูง พยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถสูงในการบริหารยา ต้องผ่านการฝึกทักษะอย่างเพียงพอจึง จะสามารถบริหารยาได้ ต้องให้การพยาบาล เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่นภาวะเลือดออกที่อวัยวะอื่นๆ เช่น สมอง ทางเดินอาหาร ทำให้ผู้ป่วยกลัว ไม่กล้าตัดสินใจรับการรักษา ทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษา พยาบาลต้องมีทั้งศาสตร์และศิลป์ในการสื่อสารให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจรับการรักษา โดยมี แบบฟอร์มการให้ข้อมูลที่ชัดเจน ในผู้ป่วยรายนี้หลังให้ยา SK พบว่าหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยไม่เปิด ต้อง ประสานการส่งต่อที่มีขึ้นตอนยุ่งยากซับซ้อน มีการพยาบาลเฝ้าระวังระหว่างนำส่งที่ต้องใช้ความรู้ทักษะสูง มาก ในการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะ cardiac Arrest ตลอดเวลา ต้องใช้เครื่องมือแพทย์ หรือ อุปกรณ์ ช่วยชีวิตที่ต้องใช้ความรู้ ทักษะในการใช้งานที่ยุ่งยากซับซ้อน พยาบาลจะต้องมีความรู้ทักษะในการช่วยฟื้น คืนชีพขั้นสูง (ACLS) นอกจากนี้ผู้ป่วยมีโรคร่วม DM type ๒ with HT With DLP และขาดยา DM, HT มี พฤติกรรมสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ต้องรักษาโรคร่วม และควบคุม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ที่เป็นวิถีชีวิตเคยทำ ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงมาก พยาบาลต้องใช้ความรู้ ทักษะในการให้การพยาบาลเพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมากเช่น เทคนิค ๕ A ๕R เพื่อให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ เลิกสุราให้มีความรู้ความเข้าใจใน พยาธิสภาพของโรค การปฏิบัติตนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมให้สามารถดูแลตนเอง และมีสุขภาวะที่ดี

#### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

โรงพยาบาลเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลชุมชนมีข้อจำกัดในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย STEMI การเปิด หลอดเลือดหัวใจที่ดีที่สุดคือการให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งทีมให้การดูแลรักษาต้องมีความรู้ ทักษะ ที่ดีพอ ต้องคัดกรองผู้ป่วยให้ได้ แต่ยังพบอุบัติการณ์คัดกรองผิดพลาดล่าช้า เนื่องจากพยาบาลมีหลายระดับมี สมรรถนะแตกต่างกัน จึงต้องพัฒนาการพยาบาลเพื่อคัดกรองผู้ป่วย STEMI ที่จุดคัดกรอง งานการพยาบาล ผู้ป่วยนอก และงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินให้มีสมรรถนะอย่างเพียงพอ ไม่มีอายุรแพทย์ ทำให้ ต้องมีระบบ Consult แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ ต้องรอคำตอบการวินิจฉัยจาก Cardiologist โรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ แม่ข่าย ทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษา ในสถานการณ์ Covid ๑๙ ระบาดระลอก ต้อง เพิ่มความระมัดระวัง คัดกรองโรค Covid ๑๙ ก่อนส่งเข้ารับการรักษา ทำให้เกิดความล่าช้าในการ Early Detect ในผู้ป่วยรายนี้กระบวนการดูแล รักษาพยาบาล พบ ความผิดพลาด ล่าช้า ในการคัดกรอง ทำ ให้ผู้ป่วยได้รับการ Investigate EKG ช้า (๓๐ นาที) ได้ทบทวนร่วมกับพยาบาลคัดกรอง ถึงอาการ กล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ต้องส่งเข้า ห้องฉุกเฉินทันที ระยะเวลารอคอย ผลตอบการ Consult Cardiologist นาน ๒๒ นาที ได้ทบทวน ร่วมกับแม่ข่าย ในการติดตามผลตอบกลับให้เร็วขึ้น โดยแม่ข่าย ได้ ปรับปรุงให้ตอบกลับการ Consult ภายใน ๑๕ นาที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดโดยเร็วที่สุด จาก การศึกษา ผู้ป่วยรายนี้ มีสาเหตุการเกิดภาวะ STEMI จาก DM,HT,DLP uncontrolled ขาดยา รวมทั้ง พฤติกรรมสุขภาพ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงเกิดความผิดปกติและเสื่อมสภาพลงอย่าง รวดเร็ว ไม่ว่าจะเพราะการอักเสบ หลอดเลือดตีบแคบลง ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาด เลือด ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ ความตระหนักในการปฏิบัติตัว การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการขอ ความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ผู้ป่วยมารับบริการช้า จากประวัติ มีอาการอยู่ก่อนแล้ว ๑ วัน ทำให้ พยาธิสภาพรุนแรง หลังให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วหลอดเลือดหัวใจไม่เปิดเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จึงต้องเฝ้าระวัง ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา

<p>๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p> <p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)</p> <p>๙. ข้อเสนอแนะ</p> <p>ด้านบริหาร</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระดับนโยบายผู้บริหารควรเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาล ให้มีอายุรแพทย์ในโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ที่ไม่มีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจเร็วที่สุด</li> <li>2. ควรวางแผนจัดส่งบุคลากรพยาบาล เข้าอบรมหลักสูตรระยะสั้น เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อพัฒนาความรู้แก่บุคลากรและนำความรู้มาพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อไป</li> <li>3. ควรจัดประชุมวิชาการในหน่วยงานภายใน เพื่อพัฒนาความรู้ในหน่วยงาน เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน STEMI อย่างเข้มข้น แก่พยาบาลให้ครบทุกคน</li> <li>4. พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แจ้งเบอร์โทรศัพท์สายตรงให้ประชาชนในพื้นที่รับทราบ และประชาสัมพันธ์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เพื่อช่วยลดปัญหาอุปสรรคการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย</li> </ol> <p>๙. ข้อเสนอแนะ (ต่อ)</p> <p>ด้านบริการ</p> <p>Pre- Hospital care</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้มีหน่วยบริการครอบคลุมทุกพื้นที่ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการแพทย์ฉุกเฉิน ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ การพยาบาลระหว่างนำส่ง การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเป็นระยะๆ ระหว่างนำส่ง</li> <li>๒. ควรเพิ่มการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติ ในการปรับตัวและดูแลตนเองต่อไป รวมทั้งการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำอีก ส่งเสริมให้ประชาชนเกิด Health Literacy เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เช่น ให้สูขศึกษาในชุมชนให้รู้จักอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยจัดทำเอกสารแผ่นพับ มอบให้ อสม. ผู้นำชุมชน ช่วยเผยแพร่ ทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน</li> </ol> <p>In-Hospital Care</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ควรเพิ่มการค้นหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค STEMI ในคลินิก NCD clinic เช่นการประเมิน CVD risk เพื่อให้การรักษาป้องกันอย่างเหมาะสม</li> <li>๒. ควรเพิ่มการให้ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อน ที่เกิดได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเผยแพร่สื่อการสอนเช่น VD ทักซ์ เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ OPD และ NCD Clinic และเผยแพร่ ผ่านไลน์ Application กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง</li> <li>๓. ควรเพิ่มการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติ และการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมาตรวจตามนัด เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยจัดทำเป็นคู่มือ ที่มีภาพประกอบ ตัวหนังสือ อ่านง่าย</li> <li>๔. พัฒนาระบบคัดกรองเพื่อ Early detect โดยคัดกรองผู้ป่วยที่อาการเข้าได้ กับ Cardiac chest pain หรือ มี atypical chest pain ๒ อาการ ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงส่งเข้า ER ทันที</li> </ol>
--

<p>๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)</p>
<p>๙. ข้อเสนอแนะ (ต่อ)</p> <p>ด้านบริการ (ต่อ)</p> <p>๕. ควรเพิ่มการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ ความรู้ ทักษะ เรื่อง STEMI การแปลผล EKG เพื่อ Early detect แนวทางการดูแลรักษาตาม GPG, CNPG การพยาบาลขณะให้ยา SK การพยาบาลขณะส่งต่อ Inter-Hospital Care</p> <p>๑. พัฒนาระบบ Smart Refer Fast Tract for STEMI ให้ได้ภายใน ๓๐ นาที โดยรถ Mobile ICU มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ดูแลตลอดระยะการนำส่ง ย้ายขึ้น CCU๑ หรือย้ายเข้าห้อง Cath Lab เพื่อทำ PPCI</p> <p>๒. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลระหว่างส่งต่อ ตั้งแต่การเตรียมข้อมูล การประสานส่งต่อข้อมูล การพยาบาลและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การช่วยเหลือฉุกเฉิน การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติระหว่างนำส่ง Post-Hospital Care</p> <p>- ยังพบว่าการติดตามเยี่ยมยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อผลลัพธ์การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว ควรเพิ่มความต่อเนื่องในการติดตามดูแลเมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤติ ติดตามผลการรักษาผ่าน ระบบ Smart Refer STEMI ติดตามเยี่ยมต่อในชุมชนโดยทีม COCและรพสต.ในพื้นที่ ติดตามการรักษาในคลินิก โรคหัวใจ ติดตามการใช้ยา การเกิดภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่อง โดยนำแนวคิดการบริการผู้ป่วยในที่บ้าน มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้ วางแผนการจำหน่ายร่วมกับภาคีเครือข่ายในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล บันทึกการส่งต่อข้อมูลร่วมกัน วางแผนการดูแลร่วมกับเครือข่าย ผ่านระบบ Smart refer ในการรับและส่งต่อข้อมูลไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะช่วยเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วย ช่วยให้เกิดการทำงานแบบรวดเร็ว ไร้รอยต่อ ลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน ระบบการติดตามผู้ป่วยใช้ระบบ Telemedicine /Line Application ในการสื่อสารจากทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วย เนื่องจากสะดวก ทันสมัยและรวดเร็วและผสมผสานกับระบบการเยี่ยมบ้าน ใช้หลัก “บวร” (บ้าน วัด ราชการ) มีระบบการเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างทีมเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลเชิงใน รพสต. อาสาสมัคร แกนนำชุมชน ใช้ระบบ GPS ในการระบุตำแหน่งที่อยู่ของผู้ป่วย เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินรถกู้ชีพของโรงพยาบาลสามารถออกมารับผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว</p> <p>ด้านวิชาการ</p> <p>๑. ควรจัดทำมาตรฐานแนวทางการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ชัดเจนและนำไปใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาล</p> <p>๒. ควรพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ขึ้นขั้นตอนปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้กับทุกจุดบริการในโรงพยาบาล และเผยแพร่ให้นำไปใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเครือข่าย ลดการวินิจฉัยที่ผิดพลาดล่าช้า</p> <p>๓. ควรจัดทำ เอกสารแผ่นพับ ความรู้เรื่องโรค แนวทางการให้คำแนะนำข้อมูลการให้ยาละลายลิ่มเลือด ที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อให้สะดวกในการให้ข้อมูล และการตัดสินใจรับการรักษาของผู้ป่วยและญาติ</p>

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. ควรจัดทำ ทบทวน ปรับปรุง แนวทางการดูแล กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ COI, Clinical Tracer การดูแลรักษาพยาบาลโรค STEMI ทุกปี อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๕. ควรศึกษาวิจัย เกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแล STEMI ทุกขั้นตอน ตั้งแต่การเข้าถึง จนถึงการจัดจำหน่าย เพื่อเพิ่มโอกาสในการพัฒนา ประสิทธิภาพ และคุณภาพการดูแลผู้ป่วย STEMI ให้รอดชีวิตมากที่สุด

#### ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

- ได้นำเสนอในงานประชุมวิชาการสัญจร ครั้งที่ ๒ ประจำปี ๒๕๖๖ ของ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีบรมราชชนนี สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เรื่อง: การเตรียมผลงานวิจัย และนวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อประกอบการขอตำแหน่งที่สูงขึ้น วันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๖ ณ.ห้องประชุมมิ่งมงคล โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้พยาบาลและสมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้ขยายทิศทางและโอกาสความก้าวหน้าในวิชาชีพพยาบาล และสมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมผลงานทางวิชาการและตีพิมพ์เผยแพร่ เพื่อก้าวสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น

โดยนำเสนอผลงานวิชาการ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK) และมีโรคร่วม DM, HT โรงพยาบาลเชิงใน ปี ๒๕๖๔: กรณีศึกษา



## ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน: ไม่มี

การจัดทำผลงานข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยนำมาจัดเป็นรูปเล่ม รวบรวมโดย นางอารยา บุญยโพธิ เป็นผู้  
เสนอผลงานทุกขั้นตอน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) .....

(นางอารยา บุญยโพธิ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๒ / ๗.๕. / ๒๕๖๖

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ (ถ้ามี)

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
๑. ชื่อผู้ขอรับการประเมิน นางอารยา บุญยโพธิ	
๒. ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี).....	
๓. ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี).....	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายลิต แสงแก้ว)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาเยีย

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(วันที่) ๑๒ / ๗.๕. / ๒๕๖๖

(ลงชื่อ).....

(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(วันที่) ..... / ๒๕ ม.ค. ๒๕๖๗ / .....

## ข้อเสนอแนวคิดเพื่อปรับปรุงงาน

### ข้อเสนอแนวคิดเพื่อปรับปรุงงาน (ระดับพยาบาลชำนาญการพิเศษ)

เรื่อง การพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลที่ชี้นำแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI)

หลักการและเหตุผล: โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) เป็นโรคที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉิน มีความเสี่ยงสูง ทำให้เสียชีวิตเฉียบพลันโดยไม่คาดหมาย หากไม่ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจในเวลาอันรวดเร็ว โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของโลก ในปี ค.ศ. ๒๐๑๙ พบประมาณ ๑๗.๙ ล้านคน คิด เป็นร้อยละ ๓๒ ของสาเหตุการตายทั้งหมด จากรายงานสถิติสาธารณสุข โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคหัวใจ และหลอดเลือดเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี ๒๕๖๓ โรคหัวใจ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตเป็นอันดับ ๔ ของประชากรไทย มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด ๓๒.๖ ต่อประชากรแสนคน โดยพบว่าผู้ป่วย STEMI มีอัตราการเกิดร้อยละ ๔๐.๙ ของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดทั้งหมด มีอัตราการตายร้อยละ ๑๗ จากสถิติปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงใหม่ผู้ป่วย STEMI ๑๖, ๑๗, ๑๘ ราย คัดกรองผิดพลาดล่าช้า ๓,๒,๒ ราย เสียชีวิตในห้องฉุกเฉินเป็น ๑,๑,๑ ราย ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK) จำนวน ๘,๙,๗ ราย จากการทบทวนอุบัติการณ์ ผู้ป่วยเสียชีวิต พบว่าผู้ป่วยมีพยาธิสภาพรุนแรง เข้าถึงบริการช้า ส่วนอุบัติการณ์คัดกรองผิดพลาดล่าช้า เนื่องจากมีอาการไม่เฉพาะเจาะจง อาการไม่ชัดเจน บุคลากรมีความรู้ทักษะไม่เพียงพอ ทำให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK) ล่าช้า การเปิดหลอดเลือดหัวใจได้เร็วมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตโดยตรง โดยให้ยาละลายลิ่มเลือดในสถานพยาบาลที่ไม่สามารถเปิดหลอดเลือดโดยวิธีอื่น โรงพยาบาลเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลชุมชน ไม่มีแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ มีศักยภาพจำกัดในการรักษา พยาบาลห้องฉุกเฉิน เป็นบุคลากรด่านหน้าที่ผู้ป่วยเป็นคนแรก จึงต้องมีความรู้ทักษะในการคัดกรอง ผู้ป่วยให้ได้แต่เนิ่นๆ ซึ่งในโรงพยาบาลทุกจุดบริการมีโอกาสพบผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ ในขณะที่ทุกจุดบริการจะมีบุคลากรทางการพยาบาลหลายระดับ มีประสบการณ์ มีสมรรถนะแตกต่างกัน ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วย STEMI ได้รับการคัดกรองเข้ารับการรักษา ประเมิน วินิจฉัย รักษาพยาบาล และได้รับการส่งต่อรักษาเฉพาะทางอย่างรวดเร็วทันที่ ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจให้เร็วที่สุดเพิ่มโอกาสรอดชีวิต ผู้ศึกษาจึงได้มีแนวคิดในการพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลที่ชี้นำแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) ให้ชัดเจนขึ้น และสามารถนำมาปฏิบัติอย่างแท้จริงกับทุกจุดบริการ เช่น จุดคัดกรอง งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานบริการผู้ป่วยใน ตลอดจนเป็นแนวทางการคัดกรองสำหรับ รพสต.เครือข่าย เป็นต้น

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลที่ชี้นำแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI)
2. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ และนำแบบบันทึกการพยาบาลที่ชี้นำแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย STEMI ไปใช้ ให้สามารถคัดกรองผู้ป่วย STEMI ให้ได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ลดอุบัติการณ์คัดกรองผิดพลาดล่าช้า
3. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) ได้รับการคัดกรอง ประเมิน และวินิจฉัย อย่างรวดเร็ว (Early Detect) ได้รับการรักษาพยาบาล ตามมาตรฐานอย่างถูกต้อง ได้รับการส่งต่อรักษาเฉพาะทางอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย

## ข้อเสนอแนวคิดเพื่อปรับปรุงงาน (ต่อ)

### วิธีการปรับปรุงงาน

#### ขั้นตอนการดำเนินงานมีดังนี้

การพัฒนา รูปแบบการพยาบาลนี้ได้เลือกใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup, ๒๐๐๐) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการชัดเจนครอบคลุมและเน้นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่เน้นการพัฒนาในระดับองค์กร ตลอดจนให้แนวทางในการพัฒนาต่อเนื่อง ประกอบด้วย ๔ ระยะเวลา คือ ระยะเวลาที่ ๑ ระยะเวลาค้นหาปัญหา ทางคลินิก ระยะเวลาที่ ๒ การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางคลินิก ระยะเวลาที่ ๓ การพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลและนำไปทดลองใช้ ระยะเวลาที่ ๔ การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน โดย ศึกษาค้นคว้า และทบทวนจากหนังสือ ตำรา และเอกสารเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วย STEMI ทั้งทางอิเล็กทรอนิกส์และห้องสมุด จากนั้นทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เขียนเป็นแบบบันทึกการพยาบาลที่ชี้แนะแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย STEMI ให้ตรงกับบริบทของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มากที่สุด ซึ่งหัวข้อและรายละเอียดต่าง ๆ ที่จะนำมาเขียนรายละเอียดเป็นแบบบันทึกการพยาบาลที่ชี้แนะแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย STEMI มีดังนี้

#### ระยะที่ ๑ การค้นหาปัญหาทางคลินิก

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) อาการสำคัญที่พบได้บ่อย เช่น อาการเจ็บ แค้นหน้าอก ใจสั่น เหงื่อออก เหนื่อยขณะออกกำลังกาย เป็นลม หมดสติ เสียชีวิตเฉียบพลัน ดังนั้นเป้าหมายสำคัญของการรักษาผู้ป่วย STEMI คือ ต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาทีแรก เพราะหากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงนานกว่า ๓๐ นาที ถึง ๖ ชั่วโมง จะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรง หรือกล้ามเนื้อตายอย่างถาวรและเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จัดว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน จากประสบการณ์ พบว่าผู้ป่วยบางรายมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมากขณะมาถึงโรงพยาบาล บางราย ใจสั่น หน้ามืด เป็นลม หมดสติ เหงื่อออกตัวเย็น เวียนศีรษะ ตาลายบ้านหมุน บางรายมีอาการไม่เฉพาะเจาะจง ( Atypical chest pain) มีอาการเหนื่อย หอบ หายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำ ซีพจรเต้นช้าและไม่สม่ำเสมอ บางรายจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ไม่ทราบจุดเจ็บชัดเจน จากมาตรฐานของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา กำหนดว่าผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกและสงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะต้องได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) ภายในเวลา ๑๐ นาทีที่มาถึงโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีแนวปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ชัดเจน เพื่อช่วยให้สามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

#### ระยะที่ ๒ การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ศึกษาค้นคว้า และทบทวนหนังสือ ตำรา และเอกสารเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วย STEMI ที่มีแนวปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จากหลากหลายแหล่งข้อมูล ดังนี้ ตำราวิชาการ เอกสารแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด งานวิจัย โดยสืบค้นจากหนังสือ และเอกสารวิชาการต่าง ๆ ทั้งทางอิเล็กทรอนิกส์และห้องสมุด จากนั้นแล้วทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เขียนเป็นแบบบันทึกการพยาบาลที่ชี้แนะแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) ให้ตรงกับบริบทของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มากที่สุด ซึ่งหัวข้อและรายละเอียดต่าง ๆ ที่จะนำมาเขียนรายละเอียดเป็นแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย STEMI มีดังนี้

๑. กำหนดเกณฑ์ในการจัดทำแบบบันทึกการพยาบาลที่ชี้แนะแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย STEMI โดยใช้ Clinical Chest Pain check list ได้แก่

## ข้อเสนอแนวคิดเพื่อปรับปรุงงาน (ต่อ)

### วิธีการปรับปรุงงาน (ต่อ)

- เจ็บหน้าอกเฉียบพลัน แน่นเหมือนโดนกดทับ
- เจ็บหน้าอกข้างซ้ายหรือ Epigastrium ร้าวไปคาง คอหรือไหล่
- เจ็บนาน ๒๐-๓๐ นาทีเหงื่อแตก ตัวเย็น
- อาการดีขึ้นถ้าอยู่เฉย ๆ เจ็บมากขึ้นขณะออกแรง
- เคยมีประวัติลมมาแล้วดีขึ้น
- ประวัติโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง สูบบุหรี่
- ประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมองหลอดเลือดแดงตีตันที่อื่น

๒. กำหนดเกณฑ์การคัดกรอง ในรายที่อาการไม่เฉพาะเจาะจง ( Atypical chest pain) ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เป็น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ประวัติในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ เพศชายอายุ > ๔๕ ปี เพศหญิง อายุ > ๕๕ ปี เพื่อ Early Detect โดยทำแบบ Check list ได้แก่

- ตาลาย / วิงเวียนหน้ามืด เป็นลม / วูบ / หหมดสติ
- ใจสั่น / หัวใจเต้นเร็ว / หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ
- คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยอ่อนเพลีย
- จุกแน่น เสียดท้อง / จุกใต้ลิ้นปี่ / หายใจไม่อิ่ม
- หอบเหนื่อย / หายใจลำบาก / หายใจขัด / แขนขาเย็นขึ้น / ซีด

คัดกรองผู้ป่วยที่อาการเข้าได้ กับ Cardiac chest pain หรือ มี atypical chest pain ๒ อาการ ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงเช่นเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ส่งเข้าห้องฉุกเฉิน ตรวจ EKG ประกันเวลาทำ EKG ๑๒ lead ภายใน ๑๐ นาที

๓. ชักประวัติผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) อาการสำคัญของผู้ป่วยที่ทำให้ต้องมารับการรักษาในครั้งนี้

การซักประวัติเกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอกตามหลัก NOPQRST ดังนี้

- ปกติเคยมีอาการหรือไม่ (N; Normal)
- เวลาเริ่มมีอาการ (O; Onset)
- สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก (P; Precipitating factors) โดยถามผู้ป่วยว่าก่อนที่จะมีอาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยกำลังทำอะไรอยู่
- ลักษณะอาการเจ็บหน้าอก (Q; Quality of discomfort) เป็นอย่างไร เช่น เจ็บเหมือนมีของหนักมาทับ เจ็บตื้อๆ ทำอย่างไรอาการเจ็บจึงทุเลาลง เช่นนั่งพักแล้วดีขึ้น หรือบอกว่าลมมาไปแล้วไม่ดีขึ้น เป็นต้น
- บริเวณหรือตำแหน่งที่เจ็บ (R; Region of discomfort) โดยให้ผู้ป่วยบอกหรือชี้ตำแหน่งที่เจ็บและอาจถามว่านอกจากบริเวณนี้แล้วยังมีอาการเจ็บที่อื่นอีกหรือไม่
- ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก (S; Severity) โดยให้ผู้ป่วยบอกระดับความเจ็บ ด้วยการระบุตัวเลขตั้งแต่ ๐ - ๑๐ โดยเลข ๐ คือไม่มีอาการเจ็บหน้าอก และเลข ๑ คือเจ็บน้อยที่สุด จนถึงเลข ๑๐ คือเจ็บมากที่สุด
- เวลาที่มีอาการเจ็บหน้าอก (T; Timing) เริ่มมีอาการเจ็บหน้าอกเวลากี่โมง และเจ็บนานเท่าไรจึงทุเลาลงหรือหายเจ็บ (มีความสำคัญมากที่จะต้องซักประวัติเกี่ยวกับเวลาให้ได้ เพราะถ้าเลย ๑๒ ชั่วโมงไปแล้วถือเป็นข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือดเป็นต้น)
- ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เช่น ผู้ป่วยและครอบครัวสายเลือดเดียวกัน มีใครป่วยเป็นโรคหัวใจหรือไม่
- ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุส่งเสริม เช่น สูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย น้ำหนักเกิน เป็นต้น

### ข้อเสนอแนวคิดเพื่อปรับปรุงงาน (ต่อ)

#### วิธีการปรับปรุงงาน (ต่อ)

๔. ให้การพยาบาลเบื้องต้น เช่น จัดให่นอนพักบนเตียง (Absolute bed rest) วัด V/S, N/S, O๒ Sat, ตรวจ EKG ให้ออกซิเจน

๕. รายงานแพทย์ ได้แก่ การรายงานผล EKG, ส่ง EKG ปรีกษาแพทย์เฉพาะทาง โรงพยาบาลแม่ข่าย

๖. การประสานงานกับหน่วยงาน หรือผู้ที่เกี่ยวข้องอื่น เช่น Lab, X – Ray, ศูนย์ส่งต่อ

๗. กำหนดแนวปฏิบัติการบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในรูปแบบฟอร์มให้ครบถ้วน

#### ระยะที่ ๓ การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้

เป็นระยะของการนำเสนอ แบบบันทึกการพยาบาลที่ชี้แนะแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ และประเมินผลความเป็นไปได้ในการใช้แบบบันทึกการพยาบาลที่ชี้แนะแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) ในหน่วยงาน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

๑. นำแบบบันทึกการพยาบาลที่ชี้แนะแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) เสนอในที่ประชุมของหน่วยงานและให้ร่วมทำประชาพิจารณ์ เพื่อลดแรงต้านในการเปลี่ยนแปลง

๒. นำเสนอแบบบันทึกการพยาบาลที่ชี้แนะแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) ต่อ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อตรวจสอบเนื้อหา ขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม บทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง

๓. นำแบบบันทึกการพยาบาลที่ชี้แนะแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) ไปทดลองใช้ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โดยจัดประชุมอบรมความรู้ เกี่ยวกับโรค เกณฑ์การคัดกรอง การพยาบาลเบื้องต้น และการใช้แบบบันทึกแนวปฏิบัติแก่บุคลากร ก่อนนำไปใช้

๔. ประเมินผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลที่ชี้แนะแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) ดังนี้

๔.๑ ด้านกระบวนการ ประเมินจากความยุ่งยาก ซ้ำซ้อน ปัญหาและอุปสรรคของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลที่ชี้แนะแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงาน

๔.๒ ด้านผลลัพธ์ โดยประเมินหลังจากการนำแบบบันทึกการพยาบาลที่ชี้แนะแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) ไปใช้ เช่น ร้อยละพยาบาลวิชาชีพมีการใช้แนวปฏิบัติ ความถูกต้องของการใช้แนวปฏิบัติ อุบัติการณ์คัดกรองผิดพลาด ล่าช้า ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติ เป็นต้น

#### ระยะที่ ๔ การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน

เป็นระยะที่มีการผสมผสานแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) ที่ได้รับการปรับปรุงอย่างเหมาะสมแล้ว เข้าสู่การทำงานที่เป็นอยู่เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กร มีการประเมินผลเป็นระยะ ๆ และนำผลที่ได้มาปรับปรุงการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ อย่างต่อเนื่องต่อไป

## ข้อเสนอแนวคิดเพื่อปรับปรุงงาน (ต่อ)

## ๖.๓ บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ยังพบอุบัติการณ์คัดกรองผิดพลาด ล่าช้า ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาการไม่ชัดเจน บางรายเข้าถึงบริการล่าช้า พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยการมาถึงโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับผู้ป่วย STEMI ปี ๒๕๖๔ เป็น ๑๑๐ นาที มาเร็วที่สุด ๓๐ นาที นานที่สุด ๒๔๐ นาที เป้าหมายไม่เกิน ๖๐ นาที ยังพบอุบัติการณ์เสียชีวิตจากพยาธิสภาพรุนแรง มารับบริการเข้าจุดคัดกรอง OPD, ER ยังไม่มีแบบบันทึกการพยาบาลที่ชี้แนะแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย STEMI ที่ชัดเจน เมื่อมีการพัฒนา และนำมาใช้กับผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการเข้าเกณฑ์ จะช่วยลดข้อผิดพลาดได้ แต่อาจมีข้อจำกัดในด้านบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ สมรรถนะไม่เท่ากัน ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะแก่บุคลากรเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และทักษะแก่บุคลากรจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในระยะ Pre-Hospital Care ผู้ป่วยมารับบริการช้า จากขาดความรู้ ความเข้าใจ และการตระหนักรู้ การประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ และการจัดให้มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างครอบคลุม จึงมีความสำคัญมาก การมีส่วนร่วมจัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ อปท. จะช่วยเพิ่มหน่วยบริการ และเพิ่มการเข้าถึงที่รวดเร็วขึ้น การประชาสัมพันธ์เพิ่มการให้ความรู้ การรับรู้ การเข้าถึงบริการ ของประชาชนให้มากขึ้น เพิ่มการให้สุขศึกษาเชิงลึก ทั้งด้านพยาธิสภาพ การรักษาที่จะได้รับ การปฏิบัติตนเพื่อไม่ให้เกิดภาวะฉุกเฉิน และการขอรับความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้ประชาชนเกิด Health Literacy อย่างแท้จริง จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ปลอดภัย ลดการเสียชีวิต

## ๖.๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีแบบบันทึกการพยาบาลที่ชี้แนะแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย STEMI ที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้ได้ทุกจุดบริการในโรงพยาบาล เช่น ER, OPD, IPD และเผยแพร่ให้มีการนำไปใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเครือข่ายหรือผู้สนใจอื่นๆ

๒. พยาบาลมีความรู้ ทักษะ ในการคัดกรอง ประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะ STEMI

๓. ผู้ป่วย STEMI ได้รับการคัดกรอง ประเมิน และวินิจฉัย อย่างรวดเร็ว (Early Detect) ได้รับการรักษาพยาบาล ตามมาตรฐานอย่างถูกต้องรวดเร็ว ไม่เกิดอุบัติการณ์คัดกรองผิดพลาดล่าช้า ไม่เกิดอุบัติการณ์เสียชีวิต

๔. พยาบาล มีความพึงพอใจในการนำแบบบันทึก มาใช้


## ๖.๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. มีแบบบันทึกการพยาบาลที่ชี้แนะแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย STEMI และนำมาใช้ มากกว่าร้อยละ ๙๐

๒. พยาบาลมีความรู้ ทักษะ ในการคัดกรอง ประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะ STEMI มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐

๓. ไม่มีอุบัติการณ์คัดกรองผิดพลาดล่าช้า ไม่มีอุบัติการณ์ผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต จากการคัดกรอง ประเมินผิดพลาดล่าช้า

๔. ความพึงพอใจการใช้แบบบันทึกการพยาบาลที่ชี้แนะแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย STEMI ของพยาบาล มากกว่าร้อยละ ๘๐

ลงชื่อ..........ผู้ขอรับเข้ารับการประเมินบุคคล

(อารยา บุญยโพธิ์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๓/๑๑/๒๕๖๕