

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

เรื่อง รูปแบบการดำเนินงานประเมินบุคคลและประเมินผลงานของข้าราชการพลเรือนสามัญ ประเภทวิชาการ เพื่อเลื่อนขั้นให้ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ ตรีศึกษา สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การประเมินบุคคลและประเมินผลงานเพื่อเลื่อนขั้นให้ดำรงตำแหน่งชำนาญการ ของข้าราชการพลเรือนสามัญ เป็นเรื่องที่ได้รับผิดชอบงานและผู้ปฏิบัติงานด้านนี้ จำเป็นจะต้องมีองค์ความรู้ด้านกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งขั้นตอนและแนวทางในการดำเนินงานที่ถูกต้องทุกขั้นตอน เพื่อให้เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้องทำให้ข้าราชการพลเรือนสามัญ ที่มีคุณสมบัติครบมีโอกาสดำเนินงานในสายวิชาชีพของตนเอง ก่อให้เกิดสิทธิประโยชน์ที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ข้าราชการพลเรือนสามัญที่มีคุณสมบัติครบ เช่น การส่งประเมินบุคคลและประเมินผลงานเพื่อเลื่อนขั้นให้ดำรงตำแหน่งชำนาญการ ตามถูกต้องตามหลักเกณฑ์ และผ่านการประเมินฯ จะได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสูงขึ้น ได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่ม อาทิเช่น ฐานคำนวณในการเลื่อนเงินเดือนสูงขึ้น ได้รับเงินประจำตำแหน่ง ณ วันที่เลื่อนระดับเป็นชำนาญการ สำหรับกลุ่มที่ไปประกอบวิชาชีพที่ได้รับเงินประจำตำแหน่ง ทั้งนี้ ผู้รับผิดชอบงานและผู้ปฏิบัติงานด้านนี้ จึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ความชำนาญในงาน ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ในปฏิบัติงาน ซึ่งมีหลักเกณฑ์ ตามกฎหมาย และระเบียบที่เกี่ยวข้องดังนี้

๓.๑ พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑

๓.๒ หนังสือสำนักงาน ก.พ.ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๒๕ ลงวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ เรื่อง หลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

๓.๓ หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๑๒๓ ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล การย้าย การโอน และการเลื่อนข้าราชการพลเรือนสามัญเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการ ระดับชำนาญการพิเศษ และระดับเชี่ยวชาญ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓.๔ หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๘๗๑ ลงวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ เรื่อง การแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินบุคคล

๓.๕ หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๘/ว ๔๑๕๒ ลงวันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๔ เรื่อง การจัดกลุ่มตำแหน่งสำหรับตำแหน่งประเภททั่วไปและประเภทวิชาการ เพื่อประโยชน์ในการย้าย การโอน ข้าราชการพลเรือนสามัญ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓.๖ หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๘/ว ๑๓๗๗ ลงวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๕ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการ ระดับชำนาญการพิเศษ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓.๗ หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๑๔๗๐ ลงวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๕ เรื่อง การดำเนินการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล การย้าย การโอน และการเลื่อนข้าราชการพลเรือนสามัญ เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการ ระดับชำนาญการพิเศษ และระดับเชี่ยวชาญ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓.๘ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๘๘๖/๒๕๕๔ ลงวันที่ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๔ เรื่อง มอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านการบริหารงานบุคคล)

๓.๙ หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๐ ลงวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๔๘ เรื่อง การประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ (ตำแหน่งประเภททั่วไป) และตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะตำแหน่งระดับ ๘ ลงมา

๓.๑๐ หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๐ ลงวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๗ เรื่อง อนุมัติให้แต่งตั้งข้าราชการพลเรือนสามัญที่มีคุณสมบัติต่างไปจากคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง

๓.๑๑ หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ๐๒๐๘.๑๐/ว ๒๔๖ ลงวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษลงมาและเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่งระดับชำนาญการ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน ที่มาและความสำคัญของปัญหา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีการดำเนินงานเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรบุคคล ในด้านการประเมินบุคคลและประเมินผลงาน เพื่อเลื่อนขั้นให้ดำรงประเภทวิชาการ ตำแหน่ง ชำนาญการ ชำนาญการพิเศษอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ข้าราชการพลเรือนสามัญ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่มีคุณสมบัติครบตามหลักเกณฑ์ มีโอกาสก้าวหน้าในสายวิชาชีพของตนเอง ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ข้าราชการพลเรือนสามัญที่มีคุณสมบัติครบ เช่น การส่งประเมินบุคคลและประเมินผลงานเพื่อเลื่อนขั้นให้ดำรงตำแหน่งชำนาญการ ตามถูกต้องตามหลักเกณฑ์ และผ่านการประเมินฯ จะได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสูงขึ้น ได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่ม อาทิเช่น ฐานคำนวณในการเลื่อนเงินเดือนสูงขึ้น จากระดับปฏิบัติการ ฐานคำนวณ ฐานบวคือ ๒๓,๙๓๐ บาท หากได้รับการแต่งตั้งให้เลื่อนระดับ เป็นชำนาญการ ฐานคำนวณ ฐานบวคือ ๓๖,๔๗๐ บาท หากได้รับการเลื่อนเงินเดือน ร้อยละ ๓ เท่ากันและฐานคำนวณเป็นฐานบวเหมือนกัน ระดับปฏิบัติการ จะได้เลื่อนเงินเดือน จำนวน ๗๒๐ บาท ระดับชำนาญการ จะได้เลื่อนเงินเดือน จำนวน ๑,๑๐๐ บาท ดังนั้น หากได้รับการแต่งตั้งให้เลื่อนระดับ หลังจากที่ได้รับเอกสารประเมินบุคคลและประเมินผลงาน เพื่อเลื่อนขั้นให้ดำรงประเภทวิชาการ ตำแหน่ง ชำนาญการ และผ่านการประเมินฯ รวมทั้งได้รับแต่งตั้งให้เลื่อนระดับเป็นระดับชำนาญการแล้ว ฐานคำนวณเลื่อนเงินจะเปลี่ยนไป ทำให้ได้รับเงินในการเลื่อนเงินเดือนเพิ่มขึ้น จำนวน ๓๘๐ บาท และหากเป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ กลุ่มที่ไปประกอบวิชาชีพที่ได้รับเงินประจำตำแหน่ง จะได้รับเงินประจำตำแหน่ง ณ วันที่เลื่อนระดับเป็นชำนาญการ เดือนละ ๓,๕๐๐ บาท ดังนั้นการส่งประเมินบุคคลและประเมินผลงาน เพื่อเลื่อนขั้นให้ดำรงประเภทวิชาการ ตำแหน่ง ชำนาญการ จึงเป็นเรื่องที่สำคัญมากและจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ข้าราชการพลเรือนสามัญประเภทวิชาการทุกคนต้องรู้และเข้าใจ รวมทั้งต้องปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง เป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติเพื่อรักษาสิทธิประโยชน์ของตนเองและความก้าวหน้าในวิชาชีพของตนเองตามตำแหน่งที่ตนเองครองอยู่ และที่สำคัญและจำเป็นเช่นเดียวกัน คือ ผู้รับผิดชอบหรือผู้ปฏิบัติงานด้านทรัพยากรบุคคลต้องมีองค์ความรู้ มีความเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ ที่สามารถบริหารจัดการให้ข้าราชการพลเรือนสามัญที่อยู่ในสังกัดที่ตนเองรับผิดชอบ สามารถจัดส่งเอกสารการประเมินบุคคลและประเมินผลงาน เพื่อเลื่อนขั้นให้ดำรงประเภทวิชาการ ตำแหน่งชำนาญการ ได้ภายในเวลาที่เหมาะสม ได้รับสิทธิประโยชน์ตามหลักเกณฑ์ที่ควรได้รับอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากข้อมูลการสนทนากลุ่ม เมื่อ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ พบว่า ข้าราชการพลเรือนสามัญ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับ เรื่องระเบียบ หลักเกณฑ์ ตามกฎ ก.พ. ว่าด้วย การย้าย การโอน หรือการเลื่อนข้าราชการพลเรือนไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งข้าราชการพลเรือนสามัญตำแหน่งประเภทวิชาการในหรือต่างกระทรวงหรือกรม พ.ศ. ๒๕๖๔ ส่วนหนึ่งอาจจะเพราะเป็นระเบียบใหม่ที่ สำนักงาน ก.พ. ได้ออกระเบียบใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็นระเบียบที่เปลี่ยนแปลงไป แต่อย่างไรก็ตาม ทั้งผู้ปฏิบัติงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคลและข้าราชการพลเรือนสามัญกลุ่มดังกล่าว ก็ต้องมีการศึกษา เพื่อสร้าง ความรู้ ความเข้าใจ ในการประเมินบุคคลและประเมินผลงาน เพื่อให้สามารถส่งประเมินบุคคลและประเมินผลงานได้ทันตามระยะเวลาที่กำหนด ตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินการคัดเลือก ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล การย้าย การโอน และการเลื่อน

ข้าราชการพลเรือนสามัญ เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ ระดับชำนาญการพิเศษ และระดับเชี่ยวชาญ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามท้ายประกาศ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๕ และจากการรวบรวมข้อมูลการส่งประเมินบุคคลและประเมินผลงานของข้าราชการพลเรือนสามัญ ประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่มีคุณสมบัติครบตามหลักเกณฑ์การเลื่อนขั้นให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ พบว่า มีจำนวนข้าราชการพลเรือนสามัญที่มีคุณสมบัติครบตามหลักเกณฑ์ ต้องส่งประเมินบุคคลและประเมินผลงานเพื่อเลื่อนระดับเป็นชำนาญการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๒๓๒ ราย ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๕๔๘ ราย คิดเป็นร้อยละของจำนวนผู้มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ ดังนี้ ร้อยละ ๘๒.๗๕ ร้อยละ ๔๗.๐๘ ตามลำดับ อีกทั้งผู้ที่ได้รับการประเมินบุคคลแล้ว ไม่สามารถส่งประเมินผลงานได้ทันภายในระยะเวลาที่กำหนด ๑๘๐ วัน ทำให้จะต้องดำเนินการประกาศรับสมัครและคัดเลือกประเมินบุคคลใหม่ ทั้งยังจัดส่งเอกสารประเมินบุคคลและประเมินผลงานไม่เป็นไปตามระเบียบ และหลักเกณฑ์ ที่กำหนด

ปัญหาการศึกษา

ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีรูปแบบการดำเนินงานประเมินบุคคล และประเมินผลงานของข้าราชการพลเรือนสามัญ ประเภทวิชาการ เพื่อเลื่อนขั้นให้ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานประเมินบุคคลและประเมินผลงานของข้าราชการพลเรือนสามัญ ประเภทวิชาการ เพื่อเลื่อนขั้นให้ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ กรณีศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ขั้นตอนในการดำเนินงาน

๑. วิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาจากการประเมินบุคคลและประเมินผลงานเพื่อเลื่อนขั้นให้ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ ของข้าราชการพลเรือนสามัญ สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
๒. ทบทวนวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งทฤษฎีต่าง ๆ และ กฎ ก.พ. ว่าด้วย การย้าย การโอน หรือการเลื่อนข้าราชการพลเรือนไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งข้าราชการพลเรือนสามัญ ตำแหน่งประเภทวิชาการในหรือต่างกระทรวงหรือกรม พ.ศ. ๒๕๖๔ รวมทั้งระเบียบที่เกี่ยวข้อง
๓. จัดทำรูปแบบการดำเนินงานประเมินบุคคลและประเมินผลงานของข้าราชการพลเรือนสามัญ ประเภทวิชาการ เพื่อเลื่อนขั้นให้ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ กรณีศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๕
๔. โดยได้ประยุกต์ใช้ตามที่ได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในข้อ ๒.
๕. ดำเนินการตามรูปแบบใน ข้อ ๓. ตามกรอบแนวคิดในการศึกษา
๖. เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลจากการดำเนินงานรูปแบบการดำเนินงานประเมินบุคคล และประเมินผลงานของข้าราชการพลเรือนสามัญ ประเภทวิชาการ เพื่อเลื่อนขั้นให้ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ กรณีศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๕
๗. เขียนรายงานผลการศึกษารูปแบบการดำเนินงานประเมินบุคคลและประเมินผลงานของข้าราชการพลเรือนสามัญ ประเภทวิชาการ เพื่อเลื่อนขั้นให้ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ กรณีศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๕
๘. เผยแพร่ผลงานการศึกษารูปแบบการดำเนินงานประเมินบุคคล และประเมินผลงานของข้าราชการพลเรือนสามัญ ประเภทวิชาการ เพื่อเลื่อนขั้นให้ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ กรณีศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

กรอบแนวคิดในการศึกษา

รูปแบบในการดำเนินงานประเมินบุคคลและประเมินผลงานเพื่อเลื่อนขั้นให้ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ ของข้าราชการพลเรือนสามัญ สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

๑.วิเคราะห์ข้อมูลข้าราชการพลเรือนสามัญในสังกัดที่มีคุณสมบัติครบในการส่งประเมินบุคคลและประเมินผลงานเพื่อเลื่อนระดับชำนาญการ จากระบบ HROPS

๒.การสื่อสาร แบบทางการและไม่ใช้ทางการ

- หนังสือราชการแจ้งเวียนหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

- จัดทำ Infographic ผังขั้นตอนในการประเมินบุคคลและประเมินผลงานผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ เว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

- จัดตั้งกลุ่มไลน์

๓. จัดทำคู่มือในการจัดทำเอกสารประเมินบุคคลและประเมินผลงานระดับชำนาญการระดับชำนาญการพิเศษ



ข้าราชการพลเรือนสามัญในสังกัดที่มีคุณสมบัติครบส่งประเมินบุคคลและประเมินผลงานเพื่อเลื่อนขั้นให้ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการตามแนวทางในคู่มือการประเมินบุคคลและประเมินผลงาน



ร้อยละของข้าราชการพลเรือนสามัญ ที่มีคุณสมบัติครบส่งประเมินบุคคลและประเมินผลงานได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้นเพื่อเลื่อนให้ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ

เป้าหมายของงาน

ข้าราชการพลเรือนสามัญในสังกัดที่มีคุณสมบัติครบส่งประเมินบุคคลและประเมินผลงานตามแนวทางในคู่มือการประเมินบุคคลและประเมินผลงาน ร้อยละ ๘๐

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ข้าราชการพลเรือนสามัญ ประเภทวิชาการ ที่มีคุณสมบัติครบส่งประเมินบุคคลและประเมินผลงาน ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น เป็นระดับชำนาญการ ร้อยละ ๑๐๐

เชิงคุณภาพ

ข้าราชการพลเรือนสามัญ ประเภทวิชาการ ผู้มีคุณสมบัติประเมินบุคคลและประเมินผลงาน มีองค์ความรู้เกี่ยวกับระเบียบ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการประเมินบุคคลและประเมินผลงานตาม กฎ ก.พ. ว่าด้วย การย้าย การโอน หรือการเลื่อนข้าราชการพลเรือนไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งข้าราชการพลเรือนสามัญตำแหน่งประเภทวิชาการในหรือต่างกระทรวงหรือกรม พ.ศ. ๒๕๖๔ และดำเนินการตามแนวทางในคู่มือการประเมินบุคคลและประเมินผลงาน ส่งผลให้ข้าราชการพลเรือนสามัญ ประเภทวิชาการ ที่มีคุณสมบัติครบส่งประเมินบุคคลและประเมินผลงาน ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้นในระดับชำนาญการครบทุกคน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีรูปแบบในการดำเนินงานประเมินบุคคลและประเมินผลงานเพื่อเลื่อนขั้นให้ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ ของข้าราชการพลเรือนสามัญ สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒. มีคู่มือในการจัดทำเอกสารประเมินบุคคลและประเมินผลงานระดับชำนาญการ ระดับชำนาญการพิเศษ สำหรับข้าราชการพลเรือนสามัญ ประเภทวิชาการ ที่มีคุณสมบัติครบส่งประเมินบุคคลและประเมินผลงาน เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำเอกสารแบบประเมินบุคคลและผลงาน ให้ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น เป็นระดับชำนาญการ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ข้าราชการพลเรือนสามัญที่มีคุณสมบัติครบในการส่งประเมิน ส่วนใหญ่ขาดความเข้าใจและความสนใจในระเบียบ หลักเกณฑ์ วิธีการประเมินบุคคลและประเมินผลงานตาม กฎ ก.พ. ว่าด้วยการย้าย การโอน หรือการเลื่อนข้าราชการพลเรือนไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งข้าราชการพลเรือนสามัญตำแหน่งประเภทวิชาการในหรือต่างกระทรวงหรือกรม พ.ศ. ๒๕๖๔ รวมทั้งหลักเกณฑ์ดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม รวมทั้งภาษาทางการของการบริหารทรัพยากรบุคคลที่เข้าใจยาก ต้องตีความ ดังนั้นจึงต้องอาศัยการสื่อสารที่เข้าใจง่าย ชัดเจน และมีรูปแบบที่เหมาะสมกับยุคปัจจุบัน เช่น ช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น เข้าถึงง่ายได้ทุกที่ ทุกเวลา ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีรูปแบบที่เป็นแนวทางที่ชัดเจน มีการสื่อสารที่เข้าถึงง่าย เข้าใจง่าย ทั้งขั้นตอนการปฏิบัติและครบถ้วนตามหลักเกณฑ์

๒. ข้าราชการพลเรือนสามัญในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีที่มีคุณสมบัติส่งประเมินบุคคลและประเมินผลงานจำนวนมาก หลายกลุ่มวิชาชีพ ต่างสายงาน และปฏิบัติงานไม่ตรงตาม จ. ๑๘ ทั้งข้าราชการบางส่วนยังไม่สามารถเข้าถึงการสื่อสารเกี่ยวกับการประเมินบุคคลและประเมินผลงานได้ จึงจะต้องหารูปแบบวิธีการสื่อสารที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ข้าราชการพลเรือนสามัญมีความเข้าใจที่สับสน เนื่องจากหลักเกณฑ์นี้กำหนดขึ้นมา สำหรับผู้ที่ส่งประเมินตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไป แต่ยังคงมีข้าราชการพลเรือนสามัญผู้ที่ส่งประเมินใช้หลักเกณฑ์เดิม จึงต้องสรุปรวบรวมหลักเกณฑ์เดิมมาเปรียบเทียบประกอบเพื่อจะได้เข้าใจง่ายขึ้น

๒. เป็นแนวทางที่จะต้องใช้ระเบียบ หลักเกณฑ์ ที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก แต่จะต้องเขียนให้สั้น ๆ กระชับ เข้าใจง่าย และน่าสนใจ

๓. การตีความในขั้นตอนวิธีการประเมินบุคคลและประเมินผลงานคลาดเคลื่อน อาจทำให้การสื่อความหมายผิดได้

๔. จำนวนข้าราชการที่ส่งประเมินบุคคลและประเมินผลงานมีจำนวนมาก มีหลากหลายวิชาชีพ จึงจะต้องจัดทำให้ถูกต้อง ครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ของแต่ละวิชาชีพ

๕. ข้อเสนอแนะ

๑. ผู้รับผิดชอบงานบริหารทรัพยากรบุคคลควรรูปแบบการดำเนินงานประเมินบุคคลและประเมินผลงานของข้าราชการพลเรือนสามัญ ประเภทวิชาการ เพื่อเลื่อนขั้นให้ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ กรณีศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ไปใช้ในการประเมินบุคคลและประเมินผลงานสำหรับผู้ที่มีคุณสมบัติครบในการประเมินเลื่อนระดับของข้าราชการพลเรือนสามัญ ประเภทวิชาการ และผู้สนใจ

๒. ผู้รับผิดชอบงานบริหารทรัพยากรบุคคล ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอื่น ๆ สามารถนำผลของรูปแบบการดำเนินงานประเมินบุคคลและประเมินผลงานของข้าราชการพลเรือนสามัญ ประเภทวิชาการ เพื่อเลื่อนขั้นให้ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ กรณีศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ไปประยุกต์ใช้ได้ตามบริบทของจังหวัดนั้นๆ

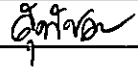
๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างการจัดทำเอกสารเผยแพร่

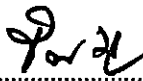
๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑)นางสุพิชตรา ชาทองยศ.....สัดส่วนของผลงาน.....๑๐๐.....%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสุพิชตรา ชาทองยศ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(.....(นางอริรัตน์ บุญทรง).....)
(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
(วันที่) ..2../ ..พฤษภาคม .. / ..2567.....
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)
(.....)
(ตำแหน่ง)
(วันที่)/...../.....
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง รูปแบบการเปลี่ยน Mindset ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management: HRM) หัวใจสำคัญของการขับเคลื่อนองค์กรยุคปัจจุบันยุคศตวรรษที่ ๒๑ เป็นยุคที่ทุกองค์กรหันมาใส่ใจในการพัฒนาศักยภาพทรัพยากรมนุษย์มากขึ้น เพราะนี่คือขุมพลังสำคัญที่จะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จและก้าวไปข้างหน้าได้อย่างไร้ขีดจำกัด

ทำไมต้องมีการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ เพราะทรัพยากรมนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิต ไม่ใช่ทรัพยากรที่เป็นวัตถุหรือไม่ใช่เครื่องจักรที่มีควบคุมได้และมีความเสถียร แต่มนุษย์นี้แหละคือตัวแปรสำคัญที่จะทำให้ทุกอย่างเกิดผลิตภัณฑ์และผลลัพธ์แห่งความสำเร็จได้ ดังนั้นการรู้จักบริหารทรัพยากรมนุษย์ให้ดีย่อมนำมาซึ่งการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และส่งผลให้องค์กรมีศักยภาพมากขึ้นนั่นเอง แต่ผลลัพธ์นั้นก็ไม่ใช่ค่าคงที่ หรือสิ่งที่ตายตัวเช่นกัน หากมีการบริหารจัดการที่ยอดเยี่ยมาก็อาจส่งผลสำเร็จได้เยี่ยมยอดอย่างคาดไม่ถึงได้ หรือหากบริหารจัดการแล้วไม่เป็นไปตามที่วางแผนไว้ ก็อาจส่งผลให้ลดประสิทธิภาพของการทำงานลงได้เช่นกัน นั่นจึงทำให้ศาสตร์แห่งการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์นั้นจึงมีความสำคัญและต้องใส่ใจเป็นอย่างดี

ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เมื่อ ปี ๒๕๖๕ เกิดปัญหาด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล มีความล่าช้า ข้อมูลบุคลากรในระบบHROPS ไม่สมบูรณ์ ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง และไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติงาน บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล มีปัญหาสุขภาพ เหนื่อย และเครียดจากปัญหาในการปฏิบัติงาน ขาดบุคลากรในการปฏิบัติงานเนื่องจากลาออก และครบสัญญาจ้าง อีกทั้งยังขาดความรู้ความเข้าใจในงานที่ต้องรับผิดชอบเนื่องจากการปรับเปลี่ยนงานรับผิดชอบ และบุคลากรผู้ที่มีส่วนได้เสียจากการปฏิบัติงานของกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล มีการร้องเรียนต่อผู้บริหาร บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ขาดความเชื่อถือในการดำเนินงาน และเกิดวิตกกังวลว่า จะเสียสิทธิประโยชน์จากการดำเนินงานหรือไม่อย่างไร ที่สำคัญบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคลทุกระดับ ยังขาดการพัฒนาบุคลากรที่เป็นรูปธรรม ทำให้ Mindset (กรอบความคิด) แตกต่างกันไปตามพื้นฐานชีวิตและการศึกษา เป็นคุณลักษณะเฉพาะบุคคล ส่งผลให้การดำเนินงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลล่าช้า การสื่อสารระหว่างบุคลากรที่ปฏิบัติงานระดับจังหวัดและพื้นที่ เกิดปัญหาความเข้าใจในงานที่ต้องปฏิบัติงานร่วมกัน เนื่องจากความแตกต่างกันของกรอบความคิด และเป้าหมายของการดำเนินงานบริหารทรัพยากรบุคคล เช่น การย้ายต่างจังหวัดของบุคลากร เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัด มีเป้าหมายคือ ปฏิบัติงานให้เป็นไปตามระเบียบและห้วงเวลาที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ เนื่องจากกำหนดเวลาที่ชัดเจน หากไม่ปฏิบัติตามเวลาที่กำหนด ไม่สามารถปฏิบัติงานให้สำเร็จได้ส่งผลกระทบต่อบุคลากรที่ขอย้าย แม้ว่าจังหวัดอนุมัติให้ย้ายได้ แต่อาจไม่ได้ย้ายเนื่องจากไม่ปฏิบัติตามห้วงเวลาที่ สป.กำหนด แต่บุคลากรที่พื้นที่ มีเป้าหมายคือ ต้องส่งข้อมูลที่บุคลากรประสงค์ขอย้าย โดยไม่ได้ดำเนินการตามห้วงเวลาที่กำหนดตามจังหวัดกำหนดไว้ จะทำให้เกิดความยุ่งยากในการดำเนินงาน เกิดปัญหาที่ต้องแก้ไขตลอดเวลา การทดลองราชการ ไม่ได้ดำเนินการตามระยะเวลาที่กำหนดในกฎ ก.พ.ว่าด้วยการทดลองการปฏิบัติราชการ ทำให้เกิดปัญหาตาม ว่าข้าราชการรายที่ยื่นขอย้ายหรือลาออก แต่ยังไม่ได้มีการทดลองการปฏิบัติราชการและยังไม่มีคำสั่งให้รับราชการต่อไป มีการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบุคลากร

ที่ยังอยู่ในระหว่างการประเมินบุคคลและประเมินผลงานยังดำเนินการประเมินไม่เรียบร้อยทำให้จะต้องดำเนินการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งย้อนหลัง เมื่อบุคลากรไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็มีความเข้าใจว่าจะได้ดำรงตำแหน่งในระดับที่ขอประเมินก่อนหน้านั้นทันที เป็นต้น ทำให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดความเครียดสูง และส่วนหนึ่งที่น่าจะช่วยอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานคือข้อมูลในระบบฐานข้อมูล HROPS สร้างความรู้ความเข้าใจในงานที่ทำ ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นข้อมูลพอสังเขป ที่ชี้ให้เห็นว่า ปัญหาการบริหารทรัพยากรบุคคล เกิดจากการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานที่มี Mindset (กรอบความคิด) ที่แตกต่างกัน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นทั้งปัญหาและผลกระทบจากการบริหารทรัพยากรบุคคล รวมทั้ง แนวคิด ทฤษฎีหรือแนวทางในการพัฒนาบุคลากรด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล จึงควรศึกษาหารูปแบบในการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลโดยการเปลี่ยน Mindset (กรอบความคิด) เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล และผลกระทบที่เกิดจากการบริหาร ทรัพยากรบุคคลยังสามารถแก้ไขปัญหาด้านบริหารทรัพยากรบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งยังเป็นรูปแบบที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือหน่วยงานที่มีการดำเนินงานในลักษณะเดียวกันนำไปใช้ประโยชน์ได้ ทั้งในพัฒนาศักยภาพบุคลากรประเภทเดียวกัน หรือต่างสายงาน หรือภายใต้บริบทใกล้เคียงกัน หรือแตกต่างกัน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

จากการ วิเคราะห์ปัจจัยภายใน ภายนอก (SWOT) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕

จุดแข็ง S	จุดอ่อน W
<ol style="list-style-type: none"> ๑. บุคลากรมีการทำงานเป็นทีม ๒. มีการมอบหมายขอบเขตการทำงานที่ชัดเจน ๓. ผู้บังคับบัญชาปกครองแบบครอบครัว ๔. มีวัสดุ ครุภัณฑ์ เทคโนโลยีในเพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน ๕. บุคลากรมีความอดทนสูงในการปฏิบัติงาน ๖. บุคลากรมีความสามารถใช้เทคโนโลยีช่วยสนับสนุนการทำงาน ๗. มีระบบฐานข้อมูลเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานที่ทันสมัย (HROPS) ๘. มีการติดตามผลการดำเนินงานนิเทศงาน ๒ รอบในแต่ละปีงบประมาณ ๙. มีเว็บไซต์ของหน่วยงานในการประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ไปสู่ สาธารณชน 	<ol style="list-style-type: none"> ๑. บุคลากรมีปัญหาสุขภาพ ๒. บุคลากรปฏิบัติงานแทนกันไม่ได้ ๓. บุคลากรขาดการติดตามงานในหน้าที่รับผิดชอบ ๔. บุคลากรขาดทักษะ ประสิทธิภาพ ในการปฏิบัติงานรวมทั้งขาดความเข้าใจเกี่ยวกับระเบียบหลักเกณฑ์ ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน ๕. บุคลากรขาดความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ และพัฒนางาน ๖. สถานที่ทำงานคับแคบ ไม่สะดวกในการปฏิบัติงาน อุปกรณ์ ตู้เก็บเอกสารมีจำนวนไม่เพียงพอ ๗. บุคลากรขาดกำลังใจในการทำงาน ๘. บุคลากรไม่มีทักษะในการสื่อสารเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ให้ผู้รับบริการเข้าใจ ๙. บุคลากรขาดพฤติกรรมการบริการที่ดี

โอกาส O	ข้อจำกัด T
<p>๑. กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคลมีโอกาสในการพัฒนาตนเอง ด้านการปฏิบัติงาน</p> <p>๒. มีระบบสารสนเทศที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน</p> <p>๓. มีอิสระในการแสดงความคิดเห็นและเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วม</p> <p>๔. ผู้บังคับบัญชาให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล</p> <p>๕. มีหน่วยงานภายนอกให้ความร่วมมือในการดำเนินงานของกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคลเป็นอย่างดี</p>	<p>๑. บุคลากรภายนอกกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคลไม่เข้าใจ ขั้นตอนการปฏิบัติงานของกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล</p> <p>๒. ระเบียบ หลักเกณฑ์ ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยครั้ง</p> <p>๓. จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอกับภาระงานรับผิดชอบ เนื่องจากย้าย ลาออก</p> <p>๔. มีภาระงานที่เปลี่ยนแปลง และเร่งด่วนตามนโยบาย ทำให้มีปริมาณงานที่เพิ่มมากขึ้น และต้องปรับเปลี่ยนแผนการ ดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบาย และรองรับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น</p>

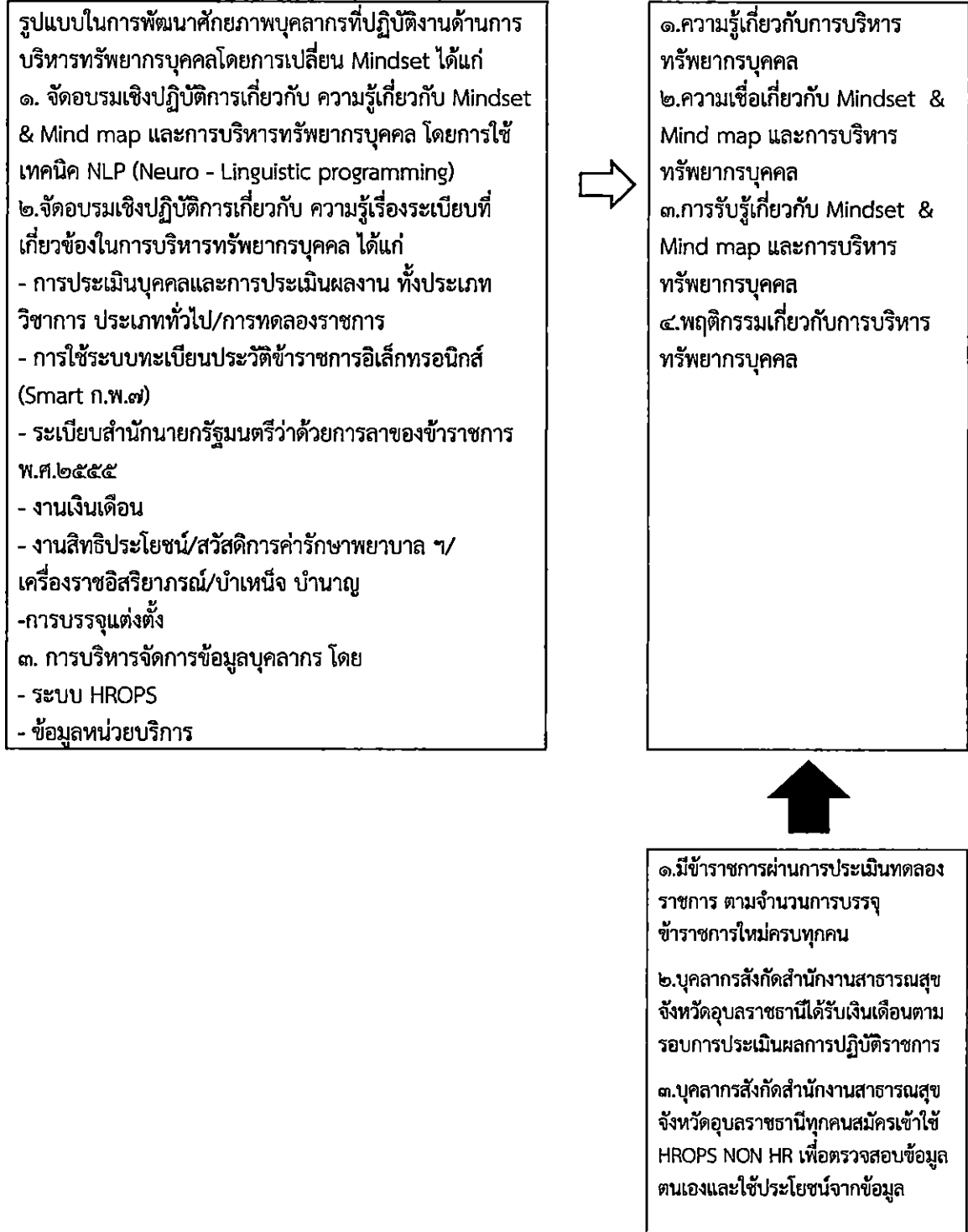
แนวคิด

ตามแนวคิด ทฤษฎีหรือแนวทางในการพัฒนาบุคลากรด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล เช่น หลักสูตร NLP (Neuro Linguistic Programming) สัจจิตชีวิตเปลี่ยน จะทำให้บุคลากรมีพลังและเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะสามารถดำเนินงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ Mindset (กรอบความคิด) ที่เป็นกรอบคิดแบบพัฒนาได้ (Growth Mindset) ตั้งอยู่บนความเชื่อที่ว่า คุณสมบัติพื้นฐานของเราคือสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ด้วยความพยายาม ถึงแม้คนเราอาจแตกต่างกันในทุก ๆ ด้าน (ทั้งพรสวรรค์ที่ติดตัวมาแต่เกิด ความถนัด ความสนใจ และนิสัยใจคอ) ทุกคนสามารถเปลี่ยนแปลง และเติบโตได้ด้วยความพยายามและประสบการณ์

ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ควรมี ๑๐ ทักษะที่มีประโยชน์ต่อการทำงาน ได้แก่ ทักษะที่ ๑ ต้องกล้าเปลี่ยนแปลง ทักษะที่ ๒ พร้อมสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ๆ การพัฒนาบุคลากรด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ทักษะที่ ๓ รับฟังและเข้าใจ เข้าใจ ทักษะที่ ๔ ใช้ประโยชน์จากข้อมูลให้เป็น ทักษะที่ ๕ มีความยืดหยุ่น ทักษะที่ ๖ พร้อมปรับตัว เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และคิดนอกกรอบ ทักษะที่ ๗ รู้จักสื่อสาร เล่าเรื่องให้เป็น การสื่อสารของผู้ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล จะต้องยอมรับการสื่อสารแบบสองทาง ใช้ประโยชน์ของเทคโนโลยี ทำให้การเข้าถึงข้อมูลบริหารทรัพยากรบุคคลเป็นเรื่องง่าย และทำให้เอกสาร บริหารทรัพยากรบุคคลอ่านง่าย ฉะนั้นถ้าผู้ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล มีการวางแผนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ก็จะนำไปสู่ความสำเร็จขององค์กรในระยะยาวต่อไป ทักษะที่ ๘ มีความคิดสร้างสรรค์ ทักษะที่ ๙ ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการทำงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลเสมอมา การทำงานในยุคต่อไป ผู้ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลต้องเลิกทำงานจากระดับบนลงมาล่าง แล้วเปลี่ยนไปทำงานในแนวราบ หรือในระดับเดียวกัน เป็นผู้นำที่สร้างความเท่าเทียม และทักษะที่ ๑๐ มีวิสัยทัศน์ คือมีความสามารถในการมองเห็นแง่มุมต่างๆ ที่น่าสนใจรอบตัว และต้องมองด้วยความเปิดใจหากพบเจอสิ่งผิดปกติ จะได้สามารถแก้ไข และปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ได้ทัน

ข้อเสนอ

จัดให้มีรูปแบบการเปลี่ยน Mindset ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ตามกรอบแนวคิดดังนี้



๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีรูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล โดยการใช้หลักสูตร NLP (Neuro Linguistic Programming) สัจจิตชีวิตเปลี่ยน จะทำให้บุคลากรมีพลังและเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะสามารถดำเนินงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปรับ Mindset (กรอบความคิด) ให้เป็นกรอบคิดแบบพัฒนาได้ (Growth Mindset)

๒. ทำให้บุคลากรทราบถึงสิทธิประโยชน์ของการเป็น ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานกระทรวงสาธารณสุข

๓. ข้าราชการ และบุคลากรการจ้างทางเลือก สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกคน สามารถเข้าถึง และใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรในระบบ HROPS NON HR

๔. ข้าราชการ และบุคลากรการจ้างทางเลือก สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกคน จะได้รับการเลื่อนเงินเดือน ตามรอบ ณ ๑ เมษายน และ ๑ ตุลาคม ในทุกปีงบประมาณ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ไม่มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการดำเนินงานของกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

๒. บุคลากรของกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล มีพฤติกรรมการบริการที่ดีขึ้น โดยตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ของบุคลากรในสังกัด

(ลงชื่อ) *อติพร*
นางพิชิตรา ขาทองยศ
(ตำแหน่ง) (นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ)
(วันที่) ๕ ๒ ม.ค. ๒๕๖๗
ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนมกราคม - เมษายน ๒๕๖๗ (๔ เดือน)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

๓.๒ แนวคิดทฤษฎีระบบ (Systems theory)

๓.๒ ประสบการณ์ในการดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยตามสาขา Service Plan

๓.๓ ความรู้ ความชำนาญด้านการทำวิจัย

๓.๔ ความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

๓.๕ ความรู้ด้านการวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงานการวิจัย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) หรือ Stroke เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากเป็นอันดับต้นๆของโลก ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ ๖,๐๐๐,๐๐๐ คน จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พบโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ ๓ ในประชากรไทย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยข้อมูลในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน ๑๗๖,๓๔๒ คน โรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุมาจากสมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกทางสมองที่ไม่รวมสาเหตุอื่นที่ทำให้สมองอุดตันหรือแตกโดยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะสมองขาดเลือด (ischemic stroke) มากที่สุดถึงร้อยละ ๘๐ ขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) พบได้น้อย ร้อยละ ๒๐ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด อาการแสดงโดยทั่วไปของผู้ป่วยมักจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น อัมพาตครึ่งซีกหรือซีกครึ่งซีก, มองไม่ชัด, พูดจาไม่ชัด, กลืนอาหารหรือน้ำลำบาก, ไม่รู้สึกตัว เป็นต้น วิธีการดูแลโรคหลอดเลือดสมองที่ดีที่สุดคือการให้ผู้ป่วยได้รับยาทันเวลาเมื่อเริ่มมีอาการ ซึ่งสามารถลดความรุนแรงของโรค อัตราการเสียชีวิตและความพิการได้ ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้เร็วและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (recombinant tissue plasminogen activator : RTPA) ภายในเวลา ๒๗๐ นาที (door to needle time) ภายหลังเริ่มมีอาการผิดปกติ หรือเรียกว่า Stroke fast track ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายและกำหนดให้มีเขตพื้นที่เครือข่ายบริการทุกเครือข่ายบริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยมีแนวคิดการจัดระบบบริการของแต่ละหน่วยบริการให้ครอบคลุมตามความจำเป็นด้านสุขภาพและสร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายโดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายบริการเดียวทั้งด้านโครงสร้างบุคลากรและคุณภาพบริการ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน โดยการจัดทำเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) มีระยะเวลาอย่างน้อย ๕ ปี โดยกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพส่วนใหญ่จะใช้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO Health System Framework) เป็นหลักโดยกรอบแนวคิดดังกล่าวระบุผลลัพธ์ของระบบสุขภาพที่สำคัญ คือ การเข้าถึงความครอบคลุม คุณภาพและความปลอดภัย และผลสัมฤทธิ์นอกจากจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นแล้ว ยังต้องมีประสิทธิภาพ สร้างความเป็นธรรม ปกป้องคุ้มครองความเสี่ยงทั้งด้านสังคมการเงิน และสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนด้วย โดยในการบริหารจัดการได้นำแนวคิดแบบ Six building blocks ซึ่งได้แก่ ๑) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance) ๒) การเงิน/ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing) ๓) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) ๔) ระบบการให้บริการ (Service Delivery) ๕) เวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Products, Vaccines & Technologies) ๖) ระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ (Information System)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (ต่อ)

โดยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคสำคัญที่อยู่ในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ มีเป้าหมายที่สำคัญคือ ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานทันเวลา ลดอัตราการเสียชีวิต ทูพพลภาพ และความพิการ ประกอบด้วย ๑) การส่งเสริมการรับรู้อาการเตือนของโรค และการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านระบบ ๑๖๖๙ ๒) ผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาพอย่างถูกต้องและรวดเร็วตั้งแต่การชักประวัติ การประเมินอาการ วัดสัญญาณชีพ ความผิดปกติทางระบบประสาทและอื่น ๆ รวมถึงส่งตรวจจำนวนเกร็ดเลือดและการแข็งตัวของเลือด เพื่อการวินิจฉัยอย่างแม่นยำและให้การดูแลรักษา) การส่งต่ออย่างรวดเร็วและปลอดภัย ๔) ผู้ป่วยได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและมีการอ่านผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองโดยรังสีแพทย์ ๕) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันได้รับการรักษาด้วยยา rt -PA ภายใน ๑๘๐ นาที หลังเกิดอาการและต้องได้รับการขยายหลอดเลือดสมองด้วยยา rt -PA ภายใน ๖๐ นาที นับจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและ ๖) การดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันจึงต้องกำกับระยะเวลาทุกขั้นตอน เพื่อไม่ให้เกิดความสูญเปล่าที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษาที่ดีที่สุดโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี เริ่มให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วนตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยมีแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินทำหน้าที่คัดกรอง ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ จากสถิติผู้ป่วยปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๖ พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้น ในการดำเนินงานพบปัญหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าสู่ระบบบริการช่องทางด่วนและได้รับการส่งต่อล่าช้า ส่งผลให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt -PA ล่าช้า และระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ Stoke Fast tract จนได้รับการส่งต่อในปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ เท่ากับ ๖๘, ๕๕, ๔๘ นาที ตามลำดับ ซึ่งเกินมาตรฐานที่กำหนดภายในระยะเวลา ๓๐ นาที และพบประเด็นการปฏิบัติงานระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีข้อจำกัดในการประเมินการตัดสินใจและส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ตลอดจนความไม่ชัดเจนของแนวทางให้คำปรึกษา ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยสืบสวนขั้นตอนวิธีจัดการและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นจาก ข้อมูลที่พบผู้วิจัยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงได้ร่วมกันหาแนวทางวิธีการเพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างทันเวลา ลดอัตราการเสียชีวิต ทูพพลภาพและความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้

จากความเป็นมา หลักการเหตุผล และสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อหาแนวทางการแก้ไข ปัญหาโดยนำแนวคิดพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหาและใช้โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา(Development Research) และนำแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบ (Systems Theory) ของ Donabedian มาเป็นกรอบแนวคิดหลักในการศึกษา เพื่อให้ได้ระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของการทำงานของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานีและสถานบริการนอกเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการบริการที่มีประสิทธิภาพลดอัตราการเสียชีวิต ความรุนแรงและความพิการ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑) เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี

๒) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี

๓) เพื่อประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี

๔.๓ ขอบเขตของการวิจัย

๑) ประชากรและผู้ร่วมวิจัย (Population and Participants)

๑.๑) ผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน ๓๒ คน ประกอบด้วย

(๑) ผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ จำนวน ๒ คน

(๒) ผู้บริหารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๒ คน

(๓) เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๒ คน

(๔) พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๒๖ คน

๑.๒) ประชากรที่ศึกษามีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ

(๑) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่เดือนมกราคม - เมษายน ๒๕๖๗

(๒) พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๒๖ คน

๒) เนื้อหา (Content) ประกอบด้วย

(๑) ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

(๒) แนวคิดทฤษฎีระบบ (Systems theory)

(๓) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๓) ตัวแปร (Variable) ตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

(๑) ตัวแปรต้น ได้แก่ ระบบการบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี

(๒) ตัวแปรตาม คือ ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี

๔.๔ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑) สามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี

๒) สามารถนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังอื่นๆ

๓) สามารถขยายผลในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ได้

๔) เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดการเพื่อเพิ่มเข้าถึงบริการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดอุบลราชธานี

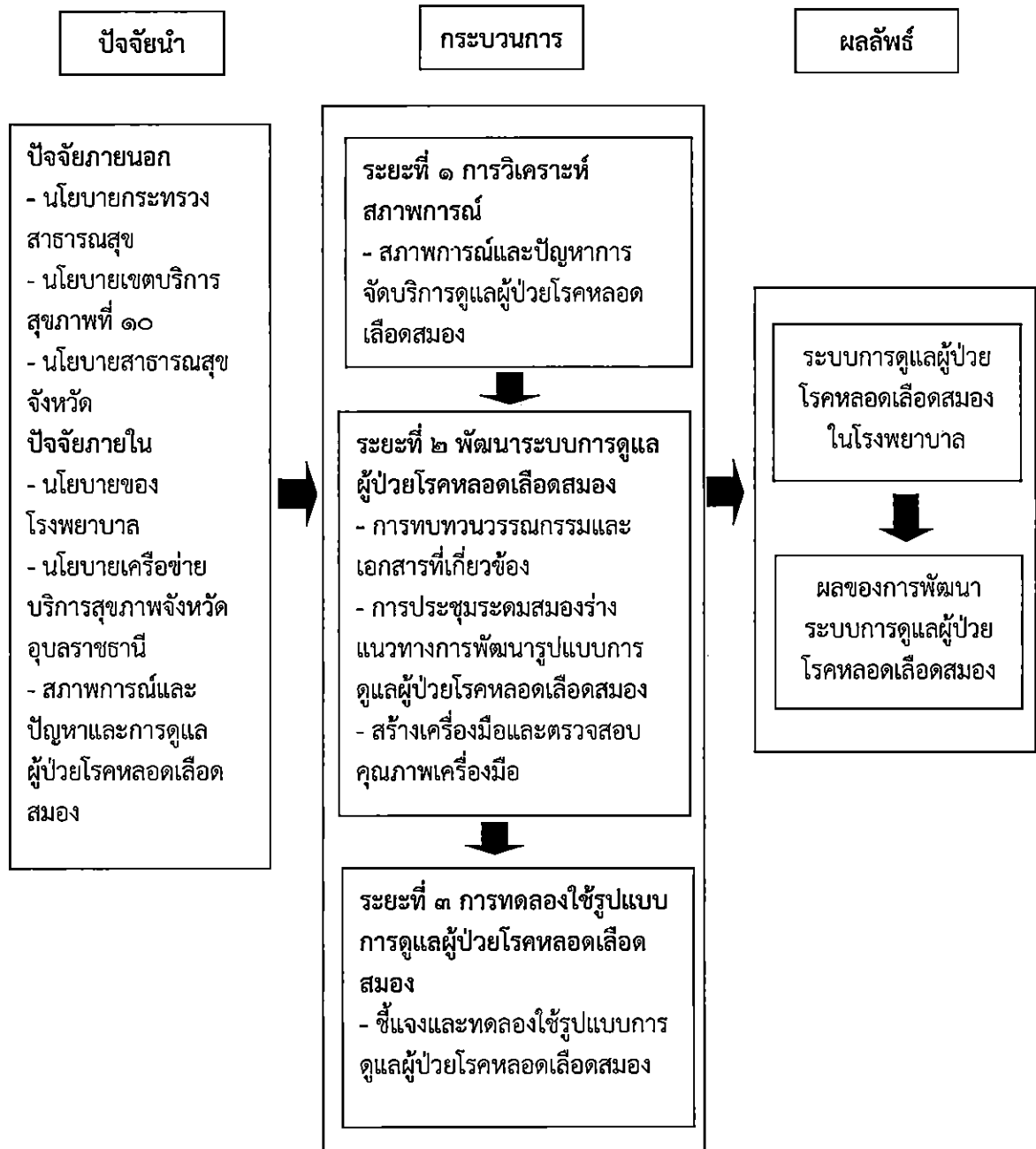
๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๕ กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีระบบมาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี ดังภาพที่ ๑



ภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดในการวิจัย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๖ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

๑) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke

โรคหลอดเลือดสมองตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก หมายถึง “Rapidly developed clinical signs of focal (global) disturbance of cerebral function lasting more than ๒๔ hours or leading to death with no apparent cause other than a vascular origin” หมายถึง Clinical syndrome ที่ประกอบด้วยลักษณะของ neurological deficit ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า ๒๔ ชั่วโมง และมีสาเหตุมาจาก vascular origin ที่ทำให้เกิด infarction หรือ hemorrhage (สถาบันประสาทวิทยา, ๒๕๕๖)

โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาต ในทางการแพทย์เรียกว่า CVD (Cerebrovascular diseases) หรือที่เรียกกันโดยทั่วไปว่า “Stroke” โรค หลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก ๑ กล่าวคือ เป็นโรคที่เกิดขึ้นกับสมองในลักษณะของการขาดเลือดไปเลี้ยงเนื้อสมอง หรือเลือดออกในสมองทำให้เนื้อสมองเริ่มตายและเสียหาย ไม่สามารถส่งงานไปส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้ทำงาน ได้ เช่น การพูด การเคลื่อนไหว การจำซึ่งรุนแรง ไปจนถึงทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ (ภัทรวดี แซ่ลีและคณะ, ๒๕๖๓) สาเหตุโดยทั่วไปมักเกิดจากเส้นเลือดในสมองตีบแคบ (Thrombosis) บางรายเกิดจากเส้นเลือดในสมองเกิดการอุดตัน (Embolism) หรือเส้นเลือดในสมองแตก (Hemorrhage) สุดท้ายแล้วทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง สูญเสียการทำงานที่และมีปัญหาการควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายไป

สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหรือภาวะหลอดเลือดสมองผิดปกติพบได้ตั้งแต่อายุ ๒๐,๓๐,๔๐, จนถึงวัยกลางคน ไปจนถึงผู้สูงอายุ รูปแบบความผิดปกติมันมีความแตกต่างกันหลายรูปแบบ ในกลุ่มคนอายุน้อย อาจจะมีลักษณะของความผิดปกติแต่กำเนิด เป็นความผิดปกติของพันธุกรรมที่ให้หลอดเลือดผิดปกติ เกิดมีการต่อกันของหลอดเลือดผิดปกติ ส่วนวัยกลางคนกลางคนมักจะเกิดจากการใช้ชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี สูบบุหรี่จัด ดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่สาเหตุหลักมาจากการสูบบุหรี่ นอกนั้นก็จะเป็นเรื่องของสารเคมีที่ใช้หรือยาที่ใช้ยาบางอย่างทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือด เช่น การอุดตัน หรือมีการอักเสบของหลอดเลือดได้ ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นลักษณะของความเสื่อม คือ ผนังหลอดเลือดมันเสียความยืดหยุ่นไป หรือมีภาวะของโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต โรคเลือด ก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง อาการหลักคือ อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว แขนขาอ่อนแรง หรือมีการพูดไม่ชัดซึ่งจะอาการเตือนมี ระยะเวลาสั้นมาก คนส่วนใหญ่คิดไม่ถึงนี่คือการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง อาการเหล่านี้มักจะไม่ใช่เฉพาะเจาะจง ทำให้ค่อนข้างยากที่จะบอกว่าเป็นอาการหลอดเลือดสมอง แต่เป็นถ้ามีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการนำของการเกิดภาวะของหลอดเลือดผิดปกติในสมอง อาการผิดปกติทางระบบประสาทในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายในเวลาเป็นนาทีและคงอยู่นานเกิน ๒๔ ชั่วโมง และมีอาการเตือนที่สำคัญคือสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack :TIA) โดยพบผู้ที่มีอาการสมองขาดเลือดชั่วคราว ๑ ใน ๕ คน จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ภายในระยะเวลา ๓ เดือน (พนัชญา ขันติจิตร, ๒๕๕๗) โรคหลอดเลือดสมองสามารถเกิดได้รับทุกส่วนเนื่องจากสมองแต่ละส่วนมีหน้าที่แตกต่างกันเมื่อสมองส่วนใดส่วนหนึ่งขาดเลือดไปเลี้ยง ก็จะทำให้ร่างกายส่วนที่ควบคุมด้วยสมองส่วนนั้นหยุดการทำงาน เช่น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๕. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๕.๔ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

- สมอกลีบหน้าด้านขวา (Frontal lobe) เกิดการขาดเลือดผู้ป่วยจะมีแขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง
- สมอกลีบหลัง (Occipital lobe) ซึ่งอยู่บริเวณท้ายทอยเกิดการขาดเลือดจะทำให้เกิดปัญหา

เกี่ยวกับการมองเห็น

ดังนั้น อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยแต่ละรายอาจจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองและตำแหน่งของสมองที่เกิดการขาดเลือด

๑. อัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดตีบจะมีอาการแขนขาซีกหนึ่งอ่อนแรงลงทันทีทันใด หรือขณะเดินทำงานอยู่ก็รู้สึกทรุดล้มลงได้ ซึ่งอาการนำจะมีอาการชาตามแขนขา ตามัว ตามองเห็นภาพซ้อน พูดไม่ได้หรือพูดอ้อแอ้ ปากเบี้ยวหรือกลืนไม่ได้ร่วมด้วย บางรายมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน มีความรู้สึกสับสนก่อนที่จะมีอาการอัมพาตได้ ซึ่งความผิดปกติมักจะเป็นแค่ซีกหนึ่งซีกใดเท่านั้น โดยส่วนมากถ้ามีอาการพูดอ้อแอ้ร่วมด้วยมันเกิดพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้าย และจะสัมพันธ์กับการอ่อนแรงที่ซีกขวา ซึ่งอาการจะเป็นอยู่นาน ๒๔ ชั่วโมงขึ้นไป

๒. อัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดในสมองเกิดการอุดตัน โดยส่วนมากมักจะมีอัมพาตเป็นขึ้นมาทันทีทันใด

๓. อัมพาตจากหลอดเลือดสมองแตก มักจะพบในคนวัยหนุ่มสาว มากกว่าผู้สูงอายุ โดยจะเกิดขึ้นทันทีทันใดโดยส่วนใหญ่มักมีอาการออกแรงมาก ๆ อาการจะปวดศีรษะข้างเดียวอย่างรุนแรง มีปากเบี้ยว พูดไม่ได้ ส่วนแขนขาจะค่อย ๆ อ่อนแรง บางรายอาจมีอาการชักร่วมด้วย ถ้าเลือดออกรุนแรงมักจะเสียชีวิตภายใน ๑-๒ วัน (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, ๒๕๕๔)

อาการและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดในสมอง อาการที่พบบ่อย (อาณัติ วรรณะ และคณะ, ๒๕๖๓)

๑. ปากเบี้ยว มุมปากตก ด้านใดด้านหนึ่ง
๒. แขน ขา อ่อนแรง หรือ ชา ข้างใดข้างหนึ่ง
๓. พูดไม่ออก พูดไม่ชัด พูดไม่เข้าใจทันทีทันใด
๔. ปวดศีรษะรุนแรง ร่วมกับมีระดับความรู้สึกเปลี่ยน
๕. ตามองไม่ชัดหรือมืด ทันทีทันใด โดยเฉพาะเป็นข้างเดียว

การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง เป้าหมายหลักของการรักษา คือ การช่วยให้ผู้ป่วยทุเลาลงมีความพิการน้อยที่สุดและที่สำคัญป้องกันการเป็นซ้ำของโรคในกรณีโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งส่งผลให้มีเนื้อสมองบางส่วนตายไม่มีการรักษาใดที่จะช่วยทำให้สมองกลับคืนมาเป็นปกติได้ ถ้าขาดเลือดชั่วคราวเนื้อสมองอาจกลับมาได้ด้วย การให้เลือดไปเลี้ยงสมองให้เพียงพอ ซึ่งต้องอาศัยการรักษาระดับความดันโลหิต การให้ยาป้องกันเลือดจับตัวเป็นก้อน ยาแก้ปวดแสบปวดร้อน ยาลดสมองบวม แต่ถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่หลอดเลือดในสมองแตก เป้าหมายหลักคือการป้องกันไม่ให้เลือดออกเพิ่มขึ้น ลดความดันในกะโหลกศีรษะลง ร่วมกับการให้ยาลดความดันโลหิต และผ่าเอาก้อนเลือดออก ใส่ท่อระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมอง

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ตีบหรืออุดตันของหลอดเลือด แบ่งการรักษาออกเป็น ๓ ระยะ

๑. ระยะเฉียบพลัน
๒. ระยะป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำด้วยการให้ยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาป้องกันการแข็งตัวของ

เลือด

๓. การฟื้นฟู โดยการทํากายภาพบำบัด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๔ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

การรักษาในระยะเฉียบพลัน ที่มีการศึกษายืนยันการรักษาที่มีผลดีชัดเจน

๑.การให้ยาสลายลิ่มเลือด (Tissue plasminogen activator, rt-PA) เป็นยาให้ทางหลอดเลือดดำ กับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ต้องให้ยาภายใน ๔.๕ ชั่วโมง หลังเกิดอาการจะเพิ่มโอกาสของการฟื้นตัวจากความพิการให้อาการกลับมาใกล้เคียงปกติได้ถึง ๑.๕-๓ เท่า เมื่อเทียบผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยา อย่างไรก็ตามยานี้มีความเสี่ยง คือ ผู้ป่วยจะมีโอกาสเกิดเลือดออกในสมองได้ประมาณ ๖ % (พินซ์ญา ชันติจิตร และคณะ. ,๒๕๕๗). ได้ศึกษาระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดในจังหวัดอุบลราชธานีจากการศึกษาพบว่าการรักษาผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ในระยะเวลาไม่เกิน ๓ ชั่วโมงหรือ ๑๘๐ นาที หลังเกิดอาการ จะเพิ่มโอกาสหายหรือดีขึ้นได้ แต่หากมารับการรักษาช้าอาจนำไปสู่การเกิดความพิการถาวรและเสียชีวิตได้

๒.การรับประทานยาแอสไพรินอย่างน้อย ๑๖๐ มิลลิกรัม ต่อวันภายใน ๔๘ ชั่วโมงหลังเกิดอาการจะช่วยลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตันซ้ำและเสียชีวิตได้

๓.การรับตัวผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Acute stroke unit) จะช่วยลดอัตราการตายหรือพิการได้อีกวิธีหนึ่ง

๔.การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Hemicraniectomy) จะพิจารณาทำเฉพาะกรณีที่มีอาการรุนแรง และมีการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงใหญ่ เท่านั้น โดยมีหลักฐานการศึกษาว่าผ่าตัดด้วยวิธีดังกล่าวสามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้การป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้วยการให้ยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด สามารถป้องกันการเกิดเลือดออกในสมองซ้ำได้ (สถาบันประสาทวิทยา,๒๕๕๖)

๒) แนวคิดทฤษฎีระบบ (Systems theory)

แนวคิดทฤษฎีระบบ เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เกี่ยวข้องกันซึ่งมีผล ต่อกันและเป็นข้อมูลป้อนกลับซึ่งกันและกัน โดย ๑) ปัจจัยนำเข้า (Input) เป็นการเตรียมความพร้อมด้านปัจจัยและทรัพยากรที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการทำงานในแต่ละเรื่อง เช่น โครงสร้างองค์กร บุคลากร นโยบายและกลวิธี ในการดำเนินการต่างๆ เป็นต้น ๒) กระบวนการ (Process) เป็นกระบวนการ ในการทำงานที่มีขั้นตอนชัดเจน ๓) ผลลัพธ์ (Output) เป็นผลที่เกิดจากการ ดำเนินงาน โดยมีการรายงานผลที่เป็นระบบและมีข้อมูลป้อนกลับ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการปรับปรุงทั้งปัจจัยนำเข้า และกระบวนการดำเนินงาน ทั้งนี้ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น (Ludwig Von Bertalanffy, ๑๙๕๖) สำหรับแนวคิดในการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางนี้ ดังนี้

๑. ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย

๑) นโยบายการพยาบาล

๒) โครงสร้าง คณะกรรมการ/คณะทำงานดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

๓) ระบบบริการ

๔) โครงสร้างทางกายภาพ

๕) ทีมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

๒. กระบวนการ ในที่นี้เป็นกระบวนการในการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง ในหน่วยบริการพยาบาล ได้แก่ งานบริการพยาบาล ผู้ป่วยนอก งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน และงานบริการพยาบาลในชุมชน ทั้งนี้เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลรวมถึงบ้านและชุมชน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๔ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

๓. ผลลัพธ์ เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางซึ่งกำหนดตัวชี้วัดในแต่ละด้าน ดังนี้

๓.๑ ตัวชี้วัดด้านผู้ใช้บริการ

๓.๒ ตัวชี้วัดด้านผู้ให้บริการ

๓.๓ ตัวชี้วัดด้านองค์กร

ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory) มาอธิบายกระบวนการขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล วิธีการทางความคิดที่เป็นการพัฒนารูปแบบซึ่งแสดงให้เห็นวิธีการแก้ไขปัญหา อย่างเป็นระบบโดยเน้นการมองปัญหาอย่างองค์รวม ทั้งนี้การพัฒนารูปแบบของวิธีการหาความรู้เกี่ยวข้องโดยตรงกับการวิเคราะห์ สังเคราะห์และการวางรูปแบบการดำเนินการโดยต้องเกี่ยวพันกับการพัฒนารูปแบบปฏิบัติทั้งภายในและภายนอก โดยใช้ทฤษฎีระบบมาเป็นพื้นฐานความคิดในการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี

๔.๗ วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยดำเนินการวิจัยในพื้นที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือน มกราคม ๒๕๖๗ ถึงเดือนเมษายน ๒๕๖๗ มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากร และผู้เข้าร่วมวิจัย

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้มี การเลือกพื้นที่แบบเจาะจงในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง ๒๕ โรงพยาบาลของจังหวัดอุบลราชธานี

๑. ผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน ๓๒ คน ประกอบด้วย

๑) ผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบจำนวน ๒ คน

๒) ผู้บริหารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๒ คน

๓) เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๒ คน

๔) พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๒๖ คน

๒. ประชากรที่ศึกษามีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ

๑) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่ มกราคม - เมษายน ๒๕๖๗

๒) พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๒๖ คน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จำแนกเครื่องมือการวิจัยออกตามระยะของการวิจัย ๓ ระยะ ดังนี้

ระยะ	เครื่องมือที่ใช้	ประชากร / ผู้เข้าร่วมวิจัย
ระยะที่ ๑ ศึกษาบริบทและ สถานการณ์ เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองของ โรงพยาบาลใน จังหวัด อุบลราชธานี	การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อศึกษาเกี่ยวกับของนโยบายและ แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองและแบบสอบถาม ความรู้ความเข้าใจของพยาบาล วิชาชีพที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน ๓๒ คน ประกอบด้วย ๑.) ผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง (Stroke) กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ จำนวน ๒ คน ๒.) ผู้บริหารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี จำนวน ๒ คน ๓.) เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๒ คน ๔.) พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในจังหวัด อุบลราชธานี จำนวน ๒๖ คน
ระยะที่ ๒ กระบวนการ พัฒนาระบบการ ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือด สมองของ โรงพยาบาลใน จังหวัด อุบลราชธานี	แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ๑.การออกแบบระบบการดูแล พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การทบทวนวรรณกรรม ๒. การสร้างระบบการดูแลผู้ป่วย ระยะโรคหลอดเลือดสมองของ โรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี	๑) ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่าง วันที่ ๒๕ มกราคม - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗ ๒) พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในจังหวัด อุบลราชธานี จำนวน ๒๖ คน ผู้เข้าร่วมวิจัย ๓๒ คน
	๓.การตรวจสอบคุณภาพการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ โรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี โดยผู้เชี่ยวชาญ	ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง จำนวน ๓ คน ประกอบด้วย ๑) อายุรแพทย์โรคหลอดเลือดสมอง ๒) หัวหน้าพยาบาล ๓) หัวหน้าหอผู้ป่วย Stroke Unit
	๔.การนำระบบการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ไปใช้กับประชากร ที่ศึกษา	ผู้เข้าร่วมวิจัย ๓๒ คน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วงระยะเวลาที่ ศึกษา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะ	เครื่องมือที่ใช้	ประชากร / ผู้เข้าร่วมวิจัย
ระยะที่ ๓ ประเมินผล ระบบการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ โรงพยาบาล ชุมชนจังหวัด อุบลราชธานี	แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจใน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	พยาบาลจำนวน ๓๐ คน
	แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองและความพึง พอใจ	ผู้ดูแลและผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในจำนวน ๒๖ โรงพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นประชากรที่ศึกษา รายละเอียดตามขั้นตอน ดังนี้

๑. ขออนุมัติการจัดเก็บข้อมูลในพื้นที่จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒. ประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะกลางในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๒๖ โรงพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

๓. เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเป็นที่เข้าใจ แล้วกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

๔. รวบรวมแบบสอบถาม/หรือแบบสัมภาษณ์ ฯลฯ จนครบตามจำนวน ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ทุกฉบับก่อนเดินทางออกจากพื้นที่

๕. นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ต่อไป

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ

๑. วิเคราะห์บริบทดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

๒. วิเคราะห์ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความพึงพอใจโดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติของข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติ Pair T – test

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๑) พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าร้อยละ ๘๐

๒) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและมีความพึงพอใจต่อผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี มากกว่า ร้อยละ ๘๐

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๑) ได้ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี

๒) เป็นแนวทางในการดูแลดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์

๑) สามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี

๒) สามารถนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังอื่นๆและขยายผลในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆได้

๓) เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดการเพื่อเพิ่มเข้าถึงบริการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดอุบลราชธานี

๖.๒ ผลกระทบ

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดอุบลราชธานี ส่งผลทำให้ผู้ป่วย หรือกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ได้

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑) ก่อนดำเนินการศึกษาต้องมีการศึกษาข้อมูลพื้นฐานบริบทของโรงพยาบาล เอกสาร ตำรา ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

๒) การประสานกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล และสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยระยะโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจมีเวลาว่างไม่ตรงกันด้วยภาระงานและบทบาทหน้าที่ในการรับผิดชอบ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

บุคลากรที่รับผิดชอบในโรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยน บุคลากรใหม่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการดำเนินงานและทักษะกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องใช้เวลาในการสื่อสารเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันและชัดเจน เพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดอุบลราชธานี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑๐. ข้อเสนอแนะ

๑) ควรมีการปรับกลยุทธ์การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยเน้นย้ำประเด็นของการมาโรงพยาบาลทันเวลา เพื่อให้มีโอกาสได้รับยารักษาที่มีประสิทธิภาพมากกว่า ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาได้ทันเวลาสามารถช่วยลดอัตราการตายและบรรเทาความรุนแรงในการเกิดความพิการได้

๒) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพของการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันโดยใช้กลยุทธ์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เปรียบเทียบกับการให้ความรู้ตามมาตรฐานที่ทำอยู่เดิม

๓) ควรมีการขยายผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปยังพื้นที่ใกล้เคียงและศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อพัฒนาต่อยอดในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองต่อไป

๔) ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่น เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางเพชร โรจนศักดิ์โสธร สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางเพชร โรจนศักดิ์โสธร)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ


(วันที่) 11 มค 2567 /

ผู้ขอประเมิน


๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางเพชร โรจนศักดิ์โสธร	


ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(นายยศธร ทองมูล)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

(วันที่) ๑๑ ม.ค. ๒๕๖๑

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(นายรณินทร์ ไชยานุกุล)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)

(วันที่) ๑๒ ม.ค. ๒๕๖๑

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบการเสนอข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) หรือ Stroke เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากเป็นอันดับต้นๆของโลก ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ ๖,๐๐๐,๐๐๐ คน จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พบโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ ๓ ในประชากรไทย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยข้อมูลในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน ๑๗๖,๓๔๒ คน โรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุมาจากสมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกทางสมองที่ไม่รวมสาเหตุอื่นที่ทำให้สมองอุดตันหรือแตกโดยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะสมองขาดเลือด (ischemic stroke) มากที่สุดถึงร้อยละ ๘๐ ขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) พบได้น้อย ร้อยละ ๒๐ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด อาการแสดงโดยทั่วไปของผู้ป่วยมักจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น อัมพาตครึ่งซีกหรือซีกครึ่งซีก, มองไม่ชัด, พูดจาไม่ชัด, กลืนอาหารหรือน้ำลำบาก, ไม่รู้สึกตัว เป็นต้น วิธีการดูแลโรคหลอดเลือดสมองที่ดีที่สุดคือการให้ผู้ป่วยได้รับยาทันเวลาเมื่อเริ่มมีอาการ ซึ่งสามารถลดความรุนแรงของโรค อัตราการเสียชีวิตและความพิการได้ เมื่อพิจารณาอัตราป่วยในประเทศไทย พบว่า อัตราป่วยในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาต และโรคเบาหวานมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ดังในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ – ๒๕๕๕ มีอัตราป่วย ๓๐๗.๙๐, ๓๓๐.๖๐ และ ๓๕๔.๕๐ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๓) และมีอัตราตาย ๒๗.๕๐, ๓๐.๑๐ และ ๓๑.๗๐ ต่อแสนประชากร ซึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ อัตราตายสูงเป็นอันดับ (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๕ข) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๖๐ เป็นผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ พบผู้ป่วย กว่า ๒๐๐,๐๐๐ ราย เสียชีวิตกว่า ๕๐,๐๐๐ ราย เฉลี่ยชั่วโมงละ ๖ ราย โรคนี้มักเกิดมากในผู้ป่วย ๔ โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ ขณะนี้ทั่วประเทศมีผู้ป่วย ทั้งในต่างจังหวัดและกรุงเทพ รวม ๒ ล้านกว่าคน (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๖) คาดว่าประชากรไทย ทั้งหมด มีแนวโน้มสาเหตุการตายในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ว่าโรคหลอดเลือดสมอง จะเป็นสาเหตุการตายที่พบ สูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วยที่สำคัญของคนไทย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๕)

จากการศึกษาข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๖ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดปัญหาของการเจ็บป่วย ที่เป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น การประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และรับการสนับสนุนควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนรู้จักอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง จึงเป็นมาตรการการป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ต้องสร้างความตระหนักให้กับบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย ด้านการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และชุมชนให้ปลอดโรคและมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ด้านการป้องกันควบคุมโรคโดยการลด และควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ และลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแล และ

จัดการตนเองให้ปลอดภัยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้านการรักษาพยาบาล ประชาชนที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และความพิการขั้น ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย และจิตใจในภาวะที่เกิดความพิการและภาวะแทรกซ้อนจากโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังให้สามารถดูแลตนเอง มีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขและไม่เป็นภาระให้กับครอบครัว และสังคม

จากความเป็นมา หลักการเหตุผล และสภาพปัญหาดังกล่าว จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนา รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นแนวทางในการ ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเวชเสี่ยงสูงของจังหวัดอุบลราชธานี ต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ ๒ ของประชากรทั่วโลกรองจากโรคหัวใจขาดเลือด (World Health Organization [WHO], ๒๐๑๕a) มีการคาดการณ์ว่าใน ๑ ปีจะมี ประชาชนทั่วโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองประมาณ ๑๖ ล้านคน และจะมีอัตราการเสียชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมองประมาณปีละ ๖ ล้านคน (Divino, ๒๐๑๓) มีความพิการอย่างถาวร ๕ ล้านคน ๒ ใน ๓ ของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นประชากรในประเทศกำลังพัฒนาคาดการณ์ว่าในปี ๒๕๖๓ จะมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น ๒ เท่า สำหรับประเทศไทยคาดว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่ ในแต่ละปีประมาณ ๑๕๐,๐๐๐ ราย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการป่วยตายของประชากรไทย มากที่สุดและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของประเทศหญิง จากข้อมูล ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าประชากรไทยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุ การเสียชีวิตเป็นลำดับแรก

จังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๖๖ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดปัญหาของการเจ็บป่วย ที่เป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น การประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และรับการสนับสนุนควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนรู้จักอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง จึงเป็นมาตรการการป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ต้องสร้างความตระหนักให้กับบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

๓.๒ แนวความคิด

การพัฒนา รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง จังหวัดอุบลราชธานี โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แบ่งเป็น ๔ ระยะคือ

- ระยะที่ ๑ ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง
- ระยะที่ ๒ การวางแผนการดำเนินงาน
- ระยะที่ ๓ การปฏิบัติตามแผน สะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงการปฏิบัติ มีกิจกรรม

ดังนี้ คือ

- ๑) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง อสม. ผู้ดูแล และผู้นำชุมชน
- ๒) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง
- ๓) ติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ร่วมกับ อสม. และผู้นำชุมชน

ระยะที่ ๔ การประเมินผลโดยประเมินผลกระบวนการดำเนินงาน และประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย

- ๑) ประเมินโดยการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม ในการดำเนินกิจกรรม
- ๒) ประเมินผลลัพธ์ ประเมิน หลังเข้าร่วมกิจกรรม

๓.๓ ข้อเสนอ

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง จังหวัดอุบลราชธานี ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นควรมีขั้นตอน ดังนี้

๑) มีการคืนข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคไขมันในเส้นเลือด ให้สามารถ ควบคุมโรคได้

๒) การพัฒนาแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ควรมุ่งเน้นในเรื่องความพร้อมด้านบุคคล ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาระบบและรูปแบบให้ดีขึ้น และสามารถนำ แนวทางที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้

๓) กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเป็นกลไกที่ช่วยให้การดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มีแนวโน้มในการป้องกันเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้น

๔) มีการให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางต่างๆ โดยเฉพาะช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) ในประเด็นที่ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

๕) ส่งเสริมให้มีการจัดการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น ผงชูรส ขนมปัง บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป การลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม อาหาร หมักดอง เช่น ไส้กรอกแฮม หรือการเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส ลงในอาหารที่ปรุงแล้ว และการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี และเหมาะสมกับสภาพร่างกายอย่างน้อยครั้งละ ๓๐ นาที สัปดาห์ละ ๓ ครั้ง

๖) ส่งเสริมให้เกิดความตระหนักและการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาการขาบริเวณใบหน้าแขนหรือ ขาข้างใดข้างหนึ่งที่หนัก ออกรสขม มึนงง อย่างทันทีทันใด อาการพูดไม่ชัดหรือพูดไม่รู้เรื่อง ทันทีทันใด มองภาพไม่ชัดตามัว ๑ หรือ ๒ ข้าง ทันทีทันใดและอาการกลืนน้ำลายหรือกลืนอาหารลำบาก อย่างทันทีทันใด

๗) การจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (โทร ๑๖๖๙) การจดบันทึกเวลาที่เริ่มมีอาการการจดบันทึกอาการและเวลาที่พบ ความผิดปกติ การงัดต็มน้ำ งดรับประทานยา หรืออาหารใด ระหว่างรอรถพยาบาลมารับให้นั่งลงกับพื้นหลังพียงผนัง หรือนอนตะแคงบนพื้น

๘) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้มีการจัดประชุม และอบรม ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแก่กลุ่มแกนนำ และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง โดยส่งเสริมด้านการป้องกัน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และควรให้การสนับสนุนทรัพยากรด้านสาธารณสุข อย่างเพียงพอ

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

- ๑) ความรู้ความเข้าใจในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล
- ๒) ความตระหนักและการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
- ๓) ความรู้ความเข้าใจในการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (โทร ๑๖๖๙)

๓.๕ แนวทางแก้ไข

๑) มีการให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางต่างๆ เช่น การประชุม เวทีประชาคมหมู่บ้าน เสียงตามสาย สื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

๒) สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดความตระหนักและการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งญาติผู้ดูแล เพื่อสังเกตอาการและพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ

๓) สนับสนุน ส่งเสริม และเน้นย้ำกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแล ตลอดจนประชาชนในชุมชนเรื่องการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) รวมทั้งเสนอให้มีการศึกษาทบทวนประสิทธิภาพของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างสม่ำเสมอ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑) มีแนวปฏิบัติในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง สูงของจังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

๒) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมองรับรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง

๓) เป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้ป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และโรคอื่น ๆ ตามบริบทของพื้นที่

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ต่อการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือด มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่า ร้อยละ ๘๐

๒) อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ลดลงร้อยละ ๕ จากปีที่ผ่านมา

๓) ความพึงพอใจในการเข้าถึงการบริการของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่า ๘๐

๔) ได้รูปแบบและแนวทางในการการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง จังหวัดอุบลราชธานี

(ลงชื่อ)

(นางเพชร โรจนศักดิ์โสธร)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 11 มค 2567

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาล ในจังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนธันวาคม ๒๕๖๖ - มีนาคม ๒๕๖๗ (๔ เดือน)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

๓.๒ ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติจรรยาบรรณ

๓.๓ ประสบการณ์ในการดำเนินงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาล

๓.๔ ความรู้ ความชำนาญด้านการทำวิจัย

๓.๕ ความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

๓.๖ ความรู้ด้านการวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงานการวิจัย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันการเกิดอุบัติเหตุและประสบภัยจากรถของประเทศไทยมีอุบัติการณ์ติด ๑ ใน ๑๐ ของโลก (World Health Organization, ๒๐๑๕) ทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายทางด้านการรักษาพยาบาลที่ต้องสูญเสียจึงได้มีการกำหนดพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เพื่อคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งในแต่ละปีไม่สามารถเบิกเงินประกันภัยมาจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลได้เนื่อง เอกสารหลักฐานไม่ครบ และมีการเข้าถึงของบริการรักษาทางการแพทย์ที่รวดเร็ว (สุทธิร บัญเรื่อง และสมปอง สมมล, ๒๕๕๙) ผู้ป่วยที่ประสบภัยจากรถที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลภาครัฐของจังหวัดอุบลราชธานี มีเป็นจำนวนมาก ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่าย และยังส่งผลกระทบต่อรายได้ของโรงพยาบาลทั้งนี้ปัญหาอุบัติเหตุจรรยาบรรณเป็นปัญหาที่สำคัญทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียทั้งชีวิต และทรัพย์สินของประชาชนไปเป็นจำนวนมาก และแนวโน้มของปัญหาทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และการแก้ปัญหาไม่สามารถดำเนินการได้เพียงหน่วยงานเดียว จำเป็นต้องร่วมมือกันระหว่าง หน่วยงานและใช้แรงผลักดันจากรัฐบาลในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหา

โรงพยาบาลเป็นสถานที่สำหรับการบริการทางด้านสุขภาพ โดยมุ่งเน้นทางด้านการส่งเสริม ป้องกันรักษา และฟื้นฟูภาวะความเจ็บป่วย หรือโรคต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ (The Royal Institute, ๒๐๑๓) ระบุโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทยเป้าหมายไม่ได้มีไว้เพื่อการทำกำไร แต่โรงพยาบาลก็ต้องบริหารให้มีรายได้มากกว่ารายจ่าย ให้มียาและเวชภัณฑ์ที่เพียงพอตลอดปี มีเงินจ่ายค่าสาธารณูปโภค เงินเดือนเจ้าหน้าที่ ค่าซ่อมแซมอุปกรณ์ต่างๆ ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพัฒนารูปแบบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาล ในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถด้วยทรัพยากรที่มีอยู่

๔.๒ วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาล ในจังหวัดอุบลราชธานี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ วัตถุประสงค์การวิจัย (ต่อ)

วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาล ในจังหวัดอุบลราชธานี
๒. เพื่อศึกษากระบวนการของการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาล ในจังหวัดอุบลราชธานี
๓. เพื่อศึกษาผลของการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาล ในจังหวัดอุบลราชธานี
๔. เพื่อศึกษาข้อค้นพบที่เกิดขึ้นในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาล ในจังหวัดอุบลราชธานี

๔.๓ ขอบเขตในการวิจัย

๑. ขอบเขตด้านเนื้อหา

เป็นการศึกษาการพัฒนากระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาล ในจังหวัดอุบลราชธานี

๒. ขอบเขตด้านประชากร

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้รับผิดชอบงานกลุ่มงานประกันสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๒๐๓ คน (กลุ่มงานประกันสุขภาพ, ๒๕๖๖)

๓. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการศึกษา เดือนธันวาคม ๒๕๖๖ - มีนาคม ๒๕๖๗ (๔ เดือน)

๔.๔ ประโยชน์ของการวิจัย

๑. ทำให้ทราบรูปแบบและกระบวนการการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาล ในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาล
๒. สามารถใช้เป็นแนวทางการกำหนดนโยบาย ในการวางแผน ปรับปรุง และเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาล ในจังหวัดอุบลราชธานี

๓. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาล ในจังหวัดอุบลราชธานี

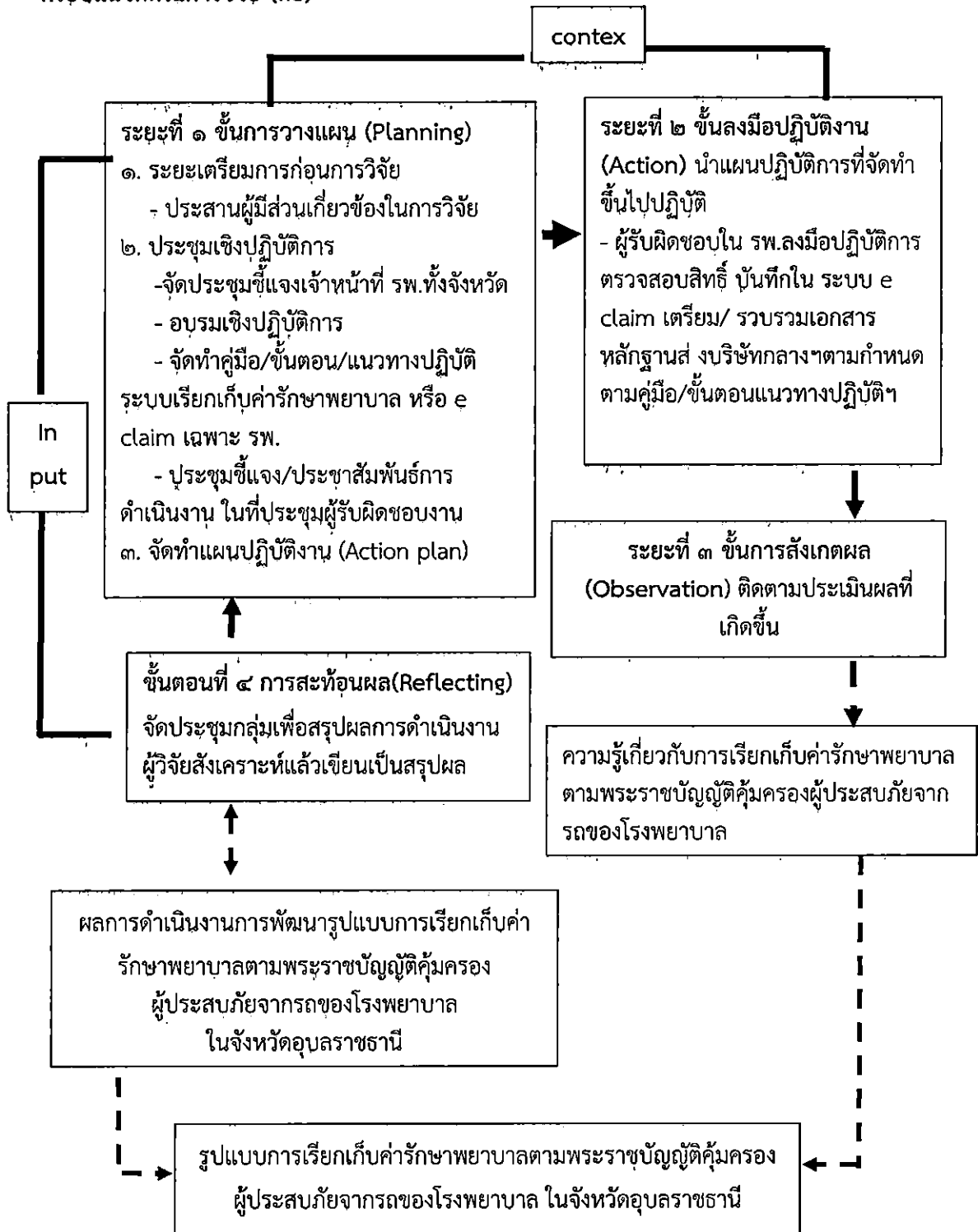
๔.๕ กรอบแนวคิดในการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้กระบวนการวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (๑๙๘๘) มาเป็นกรอบดำเนินการ ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอนหลัก ๑) การวางแผน (Planning) ๒) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) ๓) สังเกตการณ์ (Observation) และ ๔) สะท้อนกลับ(Reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดังรูปภาพที่ ๑

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน.

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

กรอบแนวคิดในการวิจัย (ต่อ)



ภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดการวิจัย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๖ วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาล ในจังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาล ในจังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลาในการศึกษา ธันวาคม ๒๕๖๖ - มีนาคม ๒๕๖๗ (๔ เดือน) ซึ่งมีวิธีการดำเนินตามขั้นตอนดังนี้

๑. ขั้นการวางแผน (Planning)

๑) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย

- ประสานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย

๒) ประชุมเชิงปฏิบัติการ

- จัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลของจังหวัดอุบลราชธานี
- อบรมเชิงปฏิบัติการ
- จัดทำคู่มือ/ขั้นตอน/แนวทางปฏิบัติระบบเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล หรือ e-claim

เฉพาะโรงพยาบาล

- ประชุมชี้แจง/ประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน ในที่ประชุมผู้รับผิดชอบงาน- กำหนด

วัตถุประสงค์ เป้าหมายและหาหรือแนวทางการดำเนินงาน

๓) จัดทำแผนปฏิบัติงาน (Action plan)

๒. ขั้นลงมือปฏิบัติการ (Action)

๑) นำแผนปฏิบัติการที่จัดทำขึ้นไปปฏิบัติ

๒) ผู้รับผิดชอบใน รพ.ลงมือปฏิบัติการ ตรวจสอบสิทธิ์ บันทึกใน ระบบ e claim เตรียม/รวบรวมเอกสารหลักฐานส่งบริษัทกลางฯ ตาม กำหนดตามคู่มือ/ขั้นตอน

๓. ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation)

๑) เข้าร่วมสังเกตการณ์ การนิเทศตรวจเยี่ยม สนับสนุน ให้คำแนะนำ เก็บรวบรวมผลที่ได้จากแผนงานกิจกรรม โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุน (Facilitator)

๒) ร่วมประชุมผลการปฏิบัติงาน

๓) ติดตามประเมินผลที่เกิดขึ้น

๔. ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting)

จัดประชุมกลุ่มเพื่อสรุปผลการดำเนินงานผู้วิจัยสังเคราะห์แล้วเขียนเป็นสรุปผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้รับผิดชอบงานกลุ่มงานประกันสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๒๐๓ คน (กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๖๖)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive หรือ Judgmental Sampling) คือ ผู้รับผิดชอบงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลละ ๒ คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๕๒ คน โดยมีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

๑. เป็นเจ้าหน้าที่หรือผู้รับผิดชอบงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ไม่น้อยกว่า ๒ เดือน

๒. สนใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

๑. เปลี่ยนงานที่รับผิดชอบหรือย้ายที่ ทำงานในระหว่างศึกษา

๒. เจ็บป่วยในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล

๓. ขอลออกจากโครงการวิจัยในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาล ในจังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย ๑) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ๒) แนวทางการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาลในหมู่บ้าน ๓) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ๔) คู่มือ/ แนวทางปฏิบัติการระบบ e-claim เฉพาะของโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น ๒ ส่วน คือ

๑. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์และประมวลผลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

๒. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประมวลผลด้วยการนำมาวิเคราะห์สรุป และเขียนเป็นบทความที่สมบูรณ์

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

๑) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาล มากกว่าร้อยละ ๘๐

๒) โรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี สามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถได้ มากกว่าร้อยละ ๘๐

๕.๒ ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

๑. ได้รูปแบบในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาล ในจังหวัดอุบลราชธานี

๒. เป็นแนวทางในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาล ในจังหวัดอุบลราชธานี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์

๑) สามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงประสิทธิภาพในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาล ในจังหวัดอุบลราชธานี

๒) สามารถนำผลการศึกษาเสนอผู้บริหารเพื่อกำหนดเป็นนโยบายและแนวทางปฏิบัติในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เพื่อเป็นการสร้างรายได้ให้กับโรงพยาบาล ในจังหวัดอุบลราชธานี

๓) สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงประสิทธิภาพในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาลในจังหวัดใกล้เคียงหรือพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

๖.๒ ผลกระทบ

ในการพัฒนาการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาล ในจังหวัดอุบลราชธานี ส่งผลให้โรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี สามารถจัดเก็บรายได้ได้อย่างมีคุณภาพ ทันเวลา และทำให้โรงพยาบาลสามารถลดความเสี่ยงของวิกฤตทางการเงินการคลังได้

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ก่อนดำเนินการศึกษาต้องมีการศึกษาข้อมูลพื้นฐานบริบทของโรงพยาบาล เอกสาร ตำรา ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

๒. การเบิกค่ารักษาพยาบาลจากระบบประกันสุขภาพในแต่ละกองทุนหรือแหล่งงบประมาณที่แตกต่างกัน มีวิธีการและเอกสารประกอบการเบิกจ่ายที่แตกต่างกัน มีระบบและกระบวนการในการบันทึกและประมวลข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพของการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน ทำให้โรงพยาบาลประสบปัญหาในการจัดเก็บข้อมูล และบริหารจัดการฐานข้อมูลรวมทั้งกฎ กติกาของแต่ละระบบที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ศึกษาต้องทำความเข้าใจ และศึกษารายละเอียดต่างๆอย่างชัดเจน เพื่อที่จะได้สื่อสารและเกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาล ในจังหวัดอุบลราชธานีให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

บุคลากรที่รับผิดชอบมีการปรับเปลี่ยน บุคลากรใหม่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการดำเนินงานและทักษะกระบวนการในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ทำให้เกิดความล่าช้า ข้อมูลไม่ครบถ้วน และไม่ทันเวลา

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการกำหนดเป็นนโยบาย ที่ชัดเจน เพื่อการขับเคลื่อนงานที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการให้ความสำคัญของผู้บริหารหรือหัวหน้าหน่วยงาน

๒. ควรมีการเชื่อมระบบฐานข้อมูลผู้ประสบภัย จากรถตามระบบ e-claim กับการบันทึกข้อมูลการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนของระบบสารสนเทศโรงพยาบาล เพื่อลดขั้นตอน เกิดความสะดวก ความแม่นยำ ครบถ้วน ละเอียด ทันเวลา

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาวชिरา เจริญศรี สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %


ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)



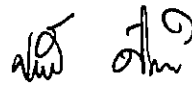
(นางสาวชिरา เจริญศรี)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(วันที่) ๙ / มกราคม / ๒๕๖๗
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑. นางสาวชिरา เจริญศรี	

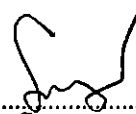
ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)



(นายพงศกร วัฒนศิริ)
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
(วันที่) ๙ / มกราคม / ๒๕๖๗
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)



(นายสาโรช สมชอบ)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)
(วันที่) ๑๐ มี.ค. ๒๕๖๗
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบุการเสนอข้อเสนอนแนวติการพัฒนหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาคณภาพศูนย์จัดเก็บรายได้แบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง มีรายได้หลักจากค่าบริการทางการแพทย์ ดังนั้น เมื่อให้บริการแล้ว ผู้มีหน้าที่หรือบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลต้องดำเนินการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตาม การตั้งลูกหนี้คำรักษาพยาบาล ที่ส่งให้งานการเงินและบัญชีเพื่อรับรู้การเป็นลูกหนี้ของโรงพยาบาลตามนโยบายบัญชีของกระทรวงสาธารณสุข จากการประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบว่า มีการดำเนินงานที่ต้องมีการปรับปรุงและพัฒนาเพื่อให้การดำเนินงานของศูนย์จัดเก็บรายได้เกิดประสิทธิภาพเกิดประโยชน์ต้องผู้รับบริการและองค์กร เช่น ๑) ระบบการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาล ความตระหนักของบุคลากรและการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในการจัดการรายได้ของโรงพยาบาล เช่น เจ้าหน้าที่ห้องบัตรมีความรู้ในการให้สิทธิผู้ที่มีรับบริการการจัดให้มีพยาบาลเป็นผู้สอบถามค่าใช้จ่ายก่อนส่งเบิก คณะกรรมการ Audit ตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนงานเทคโนโลยีดูแลระบบและอำนวยความสะดวกในการติดตั้งระบบโปรแกรม การปรับปรุงอัตราค่าใช้จ่าย ๒) ระบบการบริหารจัดการภายในงานประกันสุขภาพโรงพยาบาล การกำหนดผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่กองทุนต่างๆ ที่ชัดเจน เหมาะสม ๓) การจัดอัตรากำลังในการดำเนินงานให้เพียงพอและมีความเหมาะสมกับภาระงาน ๔) ห้องทำงานและอุปกรณ์ที่รองรับการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ๕) การจัดทำทะเบียนคุมลูกหนี้รายตัวรายสิทธิที่สอดคล้องกับงบทดลอง ซึ่งหากสามารถพิสูจน์ตัวตนลูกหนี้ได้ จะสะท้อนข้อมูลรายได้ของโรงพยาบาลได้เป็นจริงมากขึ้น เป็นต้น

จังหวัดอุบลราชธานี มีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๒๖ แห่ง เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป ๓ แห่ง และส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีทั้งหมด ๒๒ แห่ง โดยระบบการจัดเก็บรายได้หลักของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBS) ระบบประกันสังคม (Social Security Scheme: SSS) และระบบหลักประกันถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC) ซึ่งเป็นระบบประกันสุขภาพหลักในประเทศ ปัญหาที่สำคัญของระบบจัดเก็บรายได้โรงพยาบาล ได้แก่ การให้สิทธิการรักษาไม่ถูกต้อง ไม่สามารถหาตัวลูกหนี้ ค้างชำระในระบบในการเรียกเก็บลูกหนี้คำรักษาพยาบาลจากกองทุนทั้ง ๓ กองทุนล่าช้าการจัดทำทะเบียนลูกหนี้ คำรักษาพยาบาลไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อการได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลที่ล่าช้าหรือไม่สามารถเรียกเก็บได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๖๖) จากการติดตามของคณะกรรมการการเงินการคลังระดับจังหวัด พบว่า หน่วยงานที่ประสบปัญหาในการเรียกเก็บไม่สามารถเรียกเก็บคำรักษาพยาบาลได้ครบถ้วน จากการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นพบสาเหตุ คือ ผู้รับบริการไม่มาติดต่อชำระเงินค่ารักษาพยาบาลหลังจากเข้ารับการรักษาเรียบร้อยแล้วผู้รับบริการที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนว่าสิทธิการรักษาพยาบาลของตนครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งหมดโดยไม่มีส่วนเกินสิทธิการรักษา จึงไม่ติดต่อชำระเงินก่อนกลับบ้านหน่วยงานที่บันทึกข้อมูลคำรักษาพยาบาล บันทึกข้อมูลคลาดเคลื่อน ไม่ครบถ้วน หรือมีการเรียกเก็บไม่ทันเวลาหรือข้อมูลไม่ถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถเรียกเก็บได้ตามประมาณการรายรับที่คาดไว้ในแต่ละปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๖๖) เพื่อให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการพัฒนาระบบจัดเก็บรายได้ที่มีคุณภาพสอดคล้องกับ มาตรการในการ

ขับเคลื่อนศูนย์การจัดเก็บรายได้คุณภาพของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาหาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนและพัฒนาการจัดการจัดเก็บรายได้เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถจัดเก็บรายได้ทันเวลาและเหมาะสมกับค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการให้บริการเพื่อป้องกัน สถานการณ์โรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤติการเงิน ระดับ ๗ ขาดสภาพคล่องด้านเงินสดจากระยะเวลาเรียกเก็บลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล และเป็นแนวทางในการพัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีต่อไป ดังนั้น การดำเนินงานพัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้ จึงต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและต้องเป็นการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้การจัดเก็บรายได้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรทุกคนทำงานได้อย่างมีความสุขและมีสมดุลในชีวิต ภายใต้การนำของผู้บริหารโรงพยาบาลที่เล็งเห็นความสำคัญ และพร้อมให้การสนับสนุนในการพัฒนาคุณภาพศูนย์จัดเก็บรายได้แบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้โรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี สามารถจัดเก็บรายได้ชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ได้ครบถ้วน ถูกต้อง
๒. เพื่อให้โรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี มีแผนบริหารจัดการลูกหนี้ และดำเนินการตามแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. เพื่อควบคุมกำกับ ติดตามให้โรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี มีการจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ
๔. โรงพยาบาลผ่านการประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ โดยคณะกรรมการระดับจังหวัด ระดับดี และ ดีมาก มากกว่า ร้อยละ ๘๐

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

ระบบการจัดเก็บรายได้หลักของโรงพยาบาลรัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme:CSMBS) ระบบประกันสังคม (Social Security Scheme: SSS) และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC) ซึ่งเป็นระบบประกันสุขภาพหลักในประเทศปัญหาที่สำคัญของระบบจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาล ได้แก่ ๑) การเรียกเก็บลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลไม่ครบถ้วน สาเหตุจากการให้สิทธิไม่ถูกต้อง ไม่บันทึกรหัสโรค ไม่ปิด Visit เมื่อสิ้นสุดบริการ สิทธิข้าราชการเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง ไม่มี Approve Code สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่มี Authentication ข้อมูลส่งเบิกแล้วไม่มีการติดตามและแก้ไขข้อมูลติด C ติด Deny ๒) การเรียกเก็บลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลไม่ถูกต้อง สาเหตุจากการให้รหัสโรค/รหัสเหตุการณ์ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน การบันทึก ค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตามอัตราที่กำหนด ณ ปัจจุบัน ไม่มีพยาบาลที่ทำหน้าที่สอบถามค่าใช้จ่ายก่อนการส่งเบิก ๓) การเรียกเก็บลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลไม่ทันเวลา สาเหตุจากแพทย์สรุปเวชระเบียนช้า อัตรากำลังที่ยังไม่เพียงพอกับภาระงาน การส่งข้อมูลลูกหนี้ รายตัวรายสิทธิให้งานบัญชีไม่ครบถ้วนไม่เป็นปัจจุบันและไม่ทันรอบการบันทึกบัญชี ซึ่งศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ มีโครงสร้างและกิจกรรมการดำเนินงานดังนี้

- ๑) มีศูนย์จัดเก็บรายได้ตามโครงสร้างที่กำหนด (Structure)

- ๒) มีระบบเรียกเก็บทุกกองทุนที่มีประสิทธิภาพ (System)
- ๓) บุคลากรมีจำนวนเพียงพอและมีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน (Staff)
- ๔) บุคลากรได้รับการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพ (Skill)
- ๕) มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษากรบถ้วน และปัจจุบัน (Care)
- ๖) มีการบันทึกรหัสการรักษายาบาลครบถ้วน และปัจจุบัน (Code)
- ๗) มีการเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพ (Claim)
- ๘) มีการส่งข้อมูลการเบิกจ่ายให้กับงานบัญชี (Account)

๓.๒ แนวความคิด

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายการพัฒนาการจัดเก็บรายได้คุณภาพของโรงพยาบาล ในสังกัด ดังนี้

- ๑. มีโครงสร้างระบบจัดเก็บรายได้
- ๒. มีระบบ งานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน
- ๓. มีจำนวน และทักษะความสามารถของบุคลากรเหมาะสม
- ๔. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษากรบถ้วน
- ๕. มีการบันทึกรหัสการรักษายาบาล ครบถ้วน ถูกต้อง
- ๖. ระบบเบิกจ่ายของแต่ละกองทุนค่ารักษายาบาล

ดังนั้น การพัฒนาระบบจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาล จึงต้องเริ่มตั้งแต่มีการจัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้ในโรงพยาบาลทุกแห่ง และเร่งทำให้เกิดขึ้นจริง นโยบายการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการบริหารจัดการศูนย์จัดเก็บรายได้ การบริหารลูกหนี้และการบริหารรายได้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพศูนย์จัดเก็บรายได้ให้เต็มที่ด้วยการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างการดำเนินงานของศูนย์จัดเก็บรายได้และการรายงานทางการบัญชี เพื่อใช้ในการตรวจสอบข้อมูลการเรียกเก็บรายได้ค่ารักษายาบาลของ โรงพยาบาล เพื่อปฏิรูปองค์กรเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพในการบริหารจัดการการจัดเก็บรายได้ในระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการปฏิบัติงานในแต่ละส่วนที่เกี่ยวข้องโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มทักษะของผู้ปฏิบัติงานในการจัดเก็บรายได้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการพัฒนาการจัดการการจัดเก็บรายได้ ซึ่งถ้าการจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลขาดประสิทธิภาพไม่มีการดำเนินงานตามมาตรฐานที่กำหนด จะส่งผลทำให้โรงพยาบาลประสบภาวะวิกฤตทางการเงินเพื่อป้องกันสถานการณ์โรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤตการเงิน ขาดสภาพคล่องด้านเงินสดจากระยะเวลาการเรียกเก็บลูกหนี้ค่ารักษายาบาล กระบวนการจัดเก็บรายได้โรงพยาบาล (Medical Billing and Coding.org,๒๐๑๖) ประกอบด้วย ขั้นตอนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การเตรียมก่อนลงทะเบียนผู้ป่วย (Preregister patients) คือ การเตรียมการลงทะเบียนผู้ป่วยก่อนล่วงหน้า มี ๒ หน้าหลักที่เกี่ยวข้อง คือ

- ๑) การจัดกำหนดการ (Schedule) และการปรับนัดหมายให้เป็นปัจจุบัน (Updateappointments)
- ๒) การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย (Demographic) และข้อมูลประกันสุขภาพ (insurance)

ขั้นตอนที่ ๒ การพิสูจน์ยืนยันความรับผิดชอบทางการเงินสำหรับการมาตรวจ (Establish financial responsibility for visits) เป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก คือ เป็นการระบุความรับผิดชอบทางการเงิน สำหรับการเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพ โดยคำถามเหล่านี้ต้องมีคำตอบ ดังนี้

- ๑) เป็นบริการอะไร แผนประกันสุขภาพครอบคลุมหรือไม่

- ๒) มีเงื่อนไขทางการแพทย์ หรือ มีความจำเป็นทางการแพทย์หรือไม่
- ๓) มีบริการอะไรบ้างที่ไม่ครอบคลุม
- ๔) มีกฎ ระเบียบ หลักเกณฑ์ การเบิกจ่ายเงินของแผนประกันสุขภาพอะไรบ้าง
- ๕) มีบริการอะไรบ้างที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบในการชำระเงิน

การรู้คำตอบสำหรับคำถามเหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะเรียกชำระเงินค่าบริการที่ครอบคลุม สำหรับผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง ความรู้นี้จะช่วยให้ผู้รับผิดชอบงานด้านประกันสุขภาพมั่นใจว่าผู้ป่วยจะจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งการกำหนดความรับผิดชอบทางการเงิน มีขั้นตอนการปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

- ๑) ตรวจสอบการมีสิทธิและสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยสำหรับแผนประกันสุขภาพ
- ๒) ตรวจสอบความคุ้มครองของแผนประกันสุขภาพ
- ๓) กำหนดผู้จ่ายเงินลำดับแรก หากมีแผนประกันสุขภาพคุ้มครองผู้ป่วยมากกว่าหนึ่ง (คือบุคคลที่จะถูกส่งไปเรียกชำระเงินเป็นลำดับแรก)

๔) เงื่อนไขการชำระเงินของผู้จ่ายเงิน เช่น การขออนุมัติก่อนล่วงหน้า (Preauthorization)

ขั้นตอนที่ ๓ การลงทะเบียนรับผู้ป่วย (Check in patients) ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นการลงทะเบียนผู้ป่วยแต่ละบุคคล เมื่อผู้ป่วยใหม่มาถึงโรงพยาบาลตามการนัดหมาย ดังนี้

๑) เก็บรวบรวมข้อมูลด้านการแพทย์และข้อมูลประชากรของผู้ป่วยอย่างละเอียดและครบถ้วน สมบูรณ์ ณ จุดบริการส่วนหน้า

๒) ทบทวนข้อมูลโดยการทวนสอบกับผู้ป่วย

๓) จัดเก็บเข้าแฟ้มข้อมูลของผู้ป่วย และทำให้มั่นใจว่าข้อมูลด้านการแพทย์และข้อมูลประชากรของผู้ป่วยเหล่านั้นถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน

๔) ตรวจสอบข้อมูลทางการเงินหากถึงกำหนดชำระ จากการเข้ารับบริการครั้งก่อนหน้า

๕) สำเนาหรือถ่ายเอกสารทั้งด้านหน้าและด้านหลังของบัตรประกันสุขภาพ และบัตรที่ระบุตัวตน เช่น บัตรประจำตัวประชาชน ใบอนุญาตขับขี่รถยนต์ และจัดเก็บเข้าแฟ้มผู้ป่วย

๖) หากแผนประกันสุขภาพกำหนดให้ต้องมีส่วนร่วมจ่าย ต้องจัดบันทึกจำนวนรวมที่ถูกต้อง สำหรับให้ผู้ป่วย ส่วนร่วมจ่ายควรต้องถูกจัดเก็บ ณ เวลาที่ให้บริการเสมอ รวมทั้งการทำหัตถการบางรายการ จะต้องมีการจัดเก็บส่วนร่วมจ่ายก่อนที่ผู้ป่วยจะพบแพทย์

๗) แบบฟอร์มอื่นๆ ที่สำคัญจะต้องถูกทำให้สมบูรณ์ โดยผู้ป่วย แบบฟอร์มเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนบันทึกการบริหารงานและข้อเท็จจริงทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วย มักจะเกี่ยวข้องกับการอนุมัติแผนการรักษา และการชำระเงินค่าหัตถการตามแผนประกันสุขภาพ

ขั้นตอนที่ ๔ การจำหน่ายผู้ป่วย (Check out patients) ขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยได้พบกับผู้ให้บริการแล้ว สิ่งที่ต้องดำเนินการเป็นอันดับแรก คือ การบันทึกรหัสโรคสำหรับการเข้ารับบริการ เมื่อแพทย์หรือสหสาขาวิชาชีพอื่นตรวจหรือรักษาผู้ป่วยแล้ว จะลงบันทึกคำวินิจฉัยโรคและหัตถการ ซึ่งจะต้องถูกกำหนดให้ถูกต้องกับรหัสโรค ในบางหัตถการแพทย์จะมอบหมายผู้ให้รหัสโรค (Coder) หรือผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพดำเนินการ โดยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานประกันสุขภาพจะตรวจสอบรหัสโรคกับข้อมูลในแฟ้มเวชระเบียน

ขั้นตอนที่ ๕ ทบทวนการให้รหัสโรค (Review coding compliance) ในการให้รหัสโรค เกี่ยวข้องกับการทำตามแนวทางหรือคู่มือที่กำหนดไว้ ดังนั้นหลังจากการวินิจฉัยโรคและขั้นตอนการให้รหัสโรคแล้ว จะต้องถูกตรวจสอบความผิดพลาด การวินิจฉัยโรคและการให้บริการทางการแพทย์จะต้องถูกทำให้เป็น

ลายลักษณ์อักษรหรือเป็นหลักฐานในบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วย และควรมีความสอดคล้องเป็นเหตุเป็นผล จึงจะทำให้ผู้จ่ายเงินเข้าใจความจำเป็นทางการแพทย์ของค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บ

ขั้นตอนที่ ๖ ตรวจสอบการปฏิบัติตามข้อกำหนดการแจ้งค่าใช้จ่าย/เรียกชำระเงิน (Check billing compliance) ค่าใช้จ่ายหรือค่าบริการสำหรับการเข้ารับบริการตรวจรักษาในแต่ละครั้ง จะเกี่ยวข้องกับบัตรรหัสโรค หรือรหัสเหตุการณ์ โดยเฉพาะค่าบริการสำหรับการเข้ารับบริการต้องมีรายการแสดงอัตรา ค่าบริการทางการแพทย์ที่เป็นมาตรฐานแม้ว่า ค่าบริการต่าง ๆ จะถูกจำแนกด้วยรหัสโรค แต่ว่ารหัสโรคแต่ละ รหัสก็ไม่จำเป็นว่าจะสามารถเรียกชำระเงินได้ รหัสโรคจะสามารถเรียกชำระเงินได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับ กฎระเบียบหลักเกณฑ์ของผู้จ่ายเงิน โดยตามกฎหมายนี้ เมื่อมีการเตรียมเรียกชำระค่าบริการจะส่งผลให้เกิด การทำตามข้อกำหนดการแจ้งค่าใช้จ่าย/เรียกชำระเงิน ผู้จ่ายเงินบางรายได้รวมเอารหัสโรคซึ่งจำเพาะ เจาะจงคู่กับรหัสโรคอื่นสำหรับใช้ในการชำระเงินคืนด้วย ผู้เชี่ยวชาญประกันสุขภาพจึงต้องประยุกต์ใช้ความรู้ แนวทางการชำระเงินของผู้จ่ายเงินเหล่านั้น เพื่อวิเคราะห์ว่าจะสามารถเรียกเก็บค่าบริการอะไรได้บ้างในการ แจ้งเรียกชำระค่าบริการทางด้านสุขภาพ

ขั้นตอนที่ ๗ การจัดเตรียมและส่งข้อมูลเรียกชำระเงิน (Prepare and transmit claims) ขั้นตอนที่สำคัญมากในกระบวนการเรียกชำระเงินค่าบริการทางการแพทย์ คือ การเตรียมด้านความถูกต้องการเรียกชำระค่าบริการทางด้านสุขภาพทันเวลาโดยส่วนใหญ่การดำเนินการแจ้งชำระค่าบริการของผู้ป่วยจะใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ ข้อมูลการส่งเรียกชำระเงินจะเกี่ยวกับคำวินิจฉัยโรค เหตุการณ์ และค่าใช้จ่าย ไปยังผู้จ่ายเงิน

ขั้นตอนที่ ๘ ติดตามผลการวินิจฉัย หรือ พิจารณาการชำระเงินจากผู้จ่ายเงิน (Monitorpayer adjudication) ผู้จ่ายเงินทบทวนการแจ้งเรียกชำระค่าบริการโดยมีกระบวนการที่รู้จักกันในชื่อ “การวินิจฉัย” หรือ “การตัดสินใจ” ซึ่งหมายถึง ผู้จ่ายเงินจะจัดการเรียกชำระค่าบริการผ่านไปตามลำดับของขั้นตอนที่ออกแบบเพื่อตัดสินใจ พิจารณา ลงความเห็นว่าจะสมควรจ่ายเงินหรือไม่ผู้จ่ายเงินตัดสินใจเกี่ยวกับการแจ้งชำระ ค่าบริการอะไรบ้าง จ่ายค่าบริการเต็มจำนวน จ่ายบางส่วน ปฏิเสธการจ่าย โดยการอธิบายชี้แจงในรายงานที่ส่งกลับมายังผู้ให้บริการพร้อมกับการจ่ายเงิน โดยจำนวนเงินที่ชำระคืนจะตั้งอยู่บนสัญญาหรือข้อตกลงของการรักษากับผู้จ่ายเงิน ซึ่งไม่บ่อยนัก หรือหายากที่ค่าบริการของการดำเนินการและค่าบริการของผู้จ่ายเงินจะเท่ากันอย่างแน่นอน ผู้จ่ายเงินส่วนมากจะมีกำหนดอัตราค่าบริการที่เป็นของตนเองใช้สำหรับผู้ให้บริการซึ่ง เป็นผู้ที่มีสัญญาข้อตกลงกับผู้เชี่ยวชาญประกันสุขภาพจะทำการเปรียบเทียบการชำระเงินคืนกับการแจ้ง ชำระค่าบริการ เพื่อที่จะตรวจสอบว่า

- ๑) เหตุการณ์ทั้งหมดซึ่งถูกลงรายการในใบแจ้งหนี้ไปนั้น จะปรากฏบนรายการการชำระเงินคืน
- ๒) ทุกค่าบริการที่ไม่ได้รับการจ่ายเงินต้องมีคำอธิบายหรือคำชี้แจง
- ๓) รหัสโรคที่ปรากฏบนรายการการชำระเงินคืน จะต้องเท่ากับที่ปรากฏบนรายการแจ้งหนี้
- ๔) รายการการชำระเงินคืนสำหรับแต่ละเหตุการณ์ มีความถูกต้อง เห็นพ้องต้องกันกับสัญญาข้อตกลงที่ทำกับผู้จ่ายเงินหากพบว่ามี ความขัดแย้งกัน หรือความไม่ตรงกัน กระบวนการอุทธรณ์อาจจะถูกเริ่มต้น ขึ้นในกระบวนการนี้ ผู้เชี่ยวชาญประกันสุขภาพจะปฏิบัติตามกฎระเบียบ หลักเกณฑ์ของผู้จ่ายเงินเพื่อที่จะ แสวงหาการชำระเงินคืนอย่างเหมาะสมสำหรับการแจ้งชำระค่าบริการ และเมื่อผู้ป่วยมีแผนประกันสุขภาพมากกว่าหนึ่งแผนประกันสุขภาพลำดับที่สอง และลำดับอื่น ๆ จะต้องถูกส่งไปแจ้งเรียกชำระค่าบริการด้วย

ขั้นตอนที่ ๙ จัดทำบิลหรือใบรายการแจ้งยอดรับและจ่ายเงินผู้ป่วย (Generate patient statements) การชำระเงินค่ารักษาของผู้ป่วย ต่างนำไปประยุกต์ใช้กับบัญชีของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยทุกราย การชำระเงินจะไม่จ่ายเต็มจำนวนตามที่แจ้งเรียกชำระค่าบริการ และผู้ป่วยจะถูกแจ้งชำระค่าบริการสำหรับการเข้าพักรักษาตัว โดยจำนวนเงินที่ชำระคืนจากผู้จ่ายเงินทั้งหมดนั้น จำนวนค่าบริการที่บวกเพิ่มเข้าไป และแจ้งชำระไปยังผู้ป่วยควรต้องเท่ากับค่าบริการที่คาดหมายไว้

ขั้นตอนที่ ๑๐ ติดตามการชำระค่าบริการ และควบคุมการเรียกเก็บ (Follow up patient payments and handle collections) ในการชำระเงินค่าบริการของผู้ป่วย โดยปกติต่างมีกระบวนการวิเคราะห์การชำระเงินที่เลยกำหนดเวลาเสมอ กระบวนการการเรียกเก็บนี้มักจะเริ่มเมื่อการชำระเงินค่าบริการของผู้ป่วยช้ากว่าที่ได้อนุญาตไว้ภายใต้นโยบายด้านการเงิน การบันทึกข้อมูลการรักษาของผู้ป่วย และการบันทึก ข้อมูลทางการเงินต่างถูกเก็บไว้ในแฟ้มเอกสารตามนโยบายการรักษาทางการแพทย์ โดยการวางระเบียบควบคุม บังคับ ของกระทรวงสาธารณสุข จะกำหนดว่าเอกสารที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยอะไรบ้างที่ต้องเก็บรักษา และเก็บไว้เป็นระยะเวลาานเท่าไร

๓.๓ ข้อเสนอ

การพัฒนาคุณภาพศูนย์จัดเก็บรายได้แบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ลักษณะงานของศูนย์จัดเก็บรายได้ในโรงพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี เป็นงานที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน เนื่องจากมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานกระบวนการ ภารกิจหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานหลายฝ่าย รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ผู้ให้บริการ ผู้จ่ายเงิน และผู้วางระเบียบ หรือผู้มีอำนาจควบคุม ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพศูนย์จัดเก็บรายได้แบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นควรมีขั้นตอน ดังนี้

๑. มีการวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดยการทำความเข้าใจแก่คณะกรรมการ เพื่อควบคุม กำกับการใช้เงินอย่างสมเหตุผล รวมทั้งมีการดำเนินการให้ได้ตามแผนที่วางไว้ให้ครบทุกรายการ โดยการควบคุมกำกับติดตามให้เห็นเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

๒. การจัดการรายได้ในหลายๆด้านนอกเหนือจากการรับรักษาผู้ป่วยใน และมีการควบคุมค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น ต้นทุนการตรวจ การวินิจฉัยโรค

๓. มีการชี้แจงและทบทวนเกี่ยวกับการลงข้อมูลและการจัดเก็บเงินของผู้มารับบริการในส่วนการรักษาต่างๆ ที่จะส่งให้เกิดรายได้เข้าโรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๔. สรุปและนำเสนอสถานการณ์การเงินการคลัง ทุกเดือน

๕. บุคลากรทุกคน ทุกระดับในองค์กร ต้องมีความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน รวมทั้งมีการคืนข้อมูลแก่บุคลากรทุกระดับอย่างสม่ำเสมอ

๖. สร้างความตระหนักและกระตุ้นให้บุคลากรทุกฝ่ายเห็นความสำคัญและช่วยเหลือกันให้การให้บริการที่มีคุณภาพ เพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย

๗. ผู้บริหารถ่ายทอดนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติ และมีการควบคุม กำกับ ติดตาม อย่างต่อเนื่อง

๘. ประชุมสรุปปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาด้านการเงินอย่างสม่ำเสมอ เช่น การประชุม CFO ทุกเดือน หรืออย่างน้อยทุก ๓ เดือน และควรมีการทบทวนรายงานและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง ทุกเดือนหรือทุกไตรมาส

๙. มีระบบข้อมูลบัญชีที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และข้อมูลเป็นปัจจุบัน โดยที่นักบัญชีควรรู้ปัญหาบัญชี และบันทึกให้เป็นปัจจุบันทันเวลา มีคุณภาพน่าเชื่อถือ

๑๐. มีการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพกรรมการหรือผู้รับผิดชอบงานอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
๑๑. คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ควรได้รับการเพิ่มทักษะทางการเงินการคลังหรือระบบบัญชี อย่างสม่ำเสมอ และสามารถวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลังได้
๑๒. มีระบบการควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างรอบด้าน แต่ไม่มีผลกระทบต่อขวัญและกำลังใจของเจ้าหน้าที่
๑๓. มีการควบคุม กำกับ ติดตาม ทิมที่เกี่ยวข้องในการหารายได้ให้มีคุณภาพ ตามมาตรฐานคุณภาพ
๑๔. มีการนิเทศติดตาม ชี้แนะจากหน่วยงานภายนอกเป็นประจำ
๑๕. มีการขอรับการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานภายนอกอย่างต่อเนื่อง
๑๖. มีโครงการสนับสนุนการดำเนินงาน การตรวจ ติดตามนิเทศแบบไขว้ หรือการ audit ของหน่วยงานอื่น

๑๗. การมีความพร้อมของทรัพยากรในองค์กร ได้แก่ กำลังคน งบประมาณ วัสดุ และสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่เพียงพอในการทำงาน มีผลทำให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน มีแรงจูงใจในการทำงาน การดำเนินงานประสบความสำเร็จไปได้ตามทิศทางและบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

๑๘. มีการจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เอื้อต่อคุณภาพการทำงาน เช่น ความสะอาด แสงสว่าง การถ่ายเทอากาศ มีห้อง พักผ่อน และการจัดเสียงตามสาย ถ้าการจัดนั้นเหมาะสม ให้ผู้ทำงานเกิดความสุขสบาย จะมีผลให้เกิดความพึงพอใจในงาน

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพศูนย์จัดเก็บรายได้แบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี อาจมีข้อจำกัดต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนี้

๑. Human error จากความไม่เข้าใจงาน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขและแนวปฏิบัติบ่อย และอัตรากำลังไม่เพียงพอกับภาระงาน
๒. โปรแกรมที่เกี่ยวข้องอาจจะมีข้อผิดพลาดหรืออยู่ระหว่างการพัฒนาให้สมบูรณ์ ส่งผลให้การดำเนินงานเกิดความล่าช้า

๓. การส่งเบิก อาจทำได้ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง และไม่ทันเวลา ในโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการบางแห่ง

๔. การจัดทำทะเบียนคุมลูกหนี้รายตัว การพิสูจน์ความมีตัวตนของลูกค้า และการสอบย้อนอดกับงานการบัญชี ต้องใช้เวลาและอัตรากำลังที่เพียงพอ

๓.๕ แนวทางแก้ไข

แนวทางแก้ไขปัญหาหรือข้อผิดพลาดในการพัฒนาคุณภาพศูนย์จัดเก็บรายได้แบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี มีดังนี้

๑. การให้ความสำคัญกับโครงสร้างองค์กรของศูนย์จัดเก็บรายได้ตามโครงสร้าง ๔S ๔C ให้ชัดเจน มีวิธีการจัดสรรบุคลากรและปริมาณงานให้เหมาะสมสอดคล้องกัน เนื่องจากเกี่ยวข้องโดยตรงกับบุคลากร เพราะจะเป็นการกำหนดตำแหน่งหน้าที่ ประเภทของงาน รายละเอียดของงาน ซึ่งบุคลากรเป็นผู้ปฏิบัติงานจะพบปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงานจริง เช่น บุคลากรไม่เพียงพอกับปริมาณงาน หรือบุคลากรบางตำแหน่งต้องปฏิบัติงานหลายอย่าง หรือขั้นตอนการทำงานซ้ำซ้อน ทำให้เกิดความล่าช้า ทำให้งานไม่สำเร็จตามกำหนดเวลา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อเรื่อง รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาดำเนินการ ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ (เดือนมกราคม ถึง เดือนกันยายน ๒๕๖๖)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การทำงานต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานสูง ทั้งด้านการบริหาร บริการวิชาการ ระเบียบวิธีวิจัย การประสานและกำกับติดตาม การบริหารจัดการงานให้บรรลุเป้าหมาย องค์ความรู้ที่จำเป็นในการศึกษาข้อมูล ประกอบด้วย

๑. ข้อมูลทั่วไป เช่น จำนวน ร้อยละ เกี่ยวกับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย(Men who have sex with Men; MSM) ข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๒. กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) หมายถึง ผู้ชายที่มีความรัก ความปรารถนาทางเพศกับชายด้วยกัน

๓. แนวทางการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๓ ซึ่งมีองค์ประกอบ คือ การจัดการระบบข้อมูล การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น การสื่อสารด้านสุขภาพให้ความรู้ ระบบบริการที่เป็นมิตรกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และขยายเครือข่ายเพื่อนช่วยเหลือเพื่อน เพื่อให้เกิดพลังการทำงานในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายให้มากขึ้น

๔. แนวคิดการดำเนินงานและเป้าหมายยุติเอดส์ภายในปี ๒๕๗๓ ได้กำหนด“ยุทธศาสตร์แห่งชาติ ว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๗๓” ซึ่งมีเป้าประสงค์หลัก ๓ ประการ คือ ๑) ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ๒) ลดการตายจากเอดส์ ๓) ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเพศภาวะโดยกำหนดให้การลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติดำเนินการควบคู่กันไปกับการรณรงค์เพื่อสร้างกลไกในการคุ้มครองสิทธิเป็นมาตรการสำคัญที่บรรจุอยู่ในแผนปฏิบัติงาน เพื่อยุติปัญหาเอดส์ของประเทศได้สำเร็จ

๕. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกในปีพ.ศ. ๒๕๒๗ และมีการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีมีมาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานมากกว่า ๒๐ ปี จากสถิติในปัจจุบัน พบว่า ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีภาพรวมของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ; ๒๕๕๔) แม้ว่าอัตราการลดลงของจำนวนผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่จะพบน้อยลง แต่ในขณะที่อัตราการชุกการติดเชื้อฯ ในบางกลุ่ม เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการหญิง ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดของประชากรข้ามชาติ ยังพบอยู่ในระดับสูง จากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ในช่วง ปี พ.ศ.๒๕๕๕ – ๒๕๕๙ ด้วย AIDS Epidemic Model พบว่าจำนวนรวม ๔๓,๐๔๐ คน เป็นการรับและถ่ายทอดเชื้อฯ จากการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชาย พนักงานบริการและลูกค้า ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด และคู่เพศสัมพันธ์ที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งอาจไม่รู้หรือ รู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี รวมคิดเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ ๙๔ (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ : ๒๕๕๕)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีบูรณาการกับการเฝ้าระวังพฤติกรรม ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๕ พบว่าอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายยังเป็นสัดส่วนที่มากประมาณ ร้อยละ ๗ - ๘ ของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี (คณะกรรมการแห่งชาติ ว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ : ๒๕๕๕)

การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกัน เริ่มเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากสังคมปัจจุบันประชากรกลุ่มนี้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น สังคมยอมรับมากขึ้น และมีสถานที่พบปะสังสรรค์เฉพาะกลุ่ม มีการเปิดเผยตัวมากขึ้น ความชุกการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพิ่มสูงขึ้นในพื้นที่เมืองใหญ่ ที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจการท่องเที่ยวและสถานบันเทิงได้แก่ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ภูเก็ต และสงขลา (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ : ๒๕๕๕) จากการสำรวจพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับเพศชาย และไม่ได้สวมถุงยางอนามัย (มนูญใจ เชื้อนแก้ว ๒๕๕๑) ไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่อริหรือคู่นอนชั่วคราว ร้อยละ ๓๖.๘ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ๒๕๕๕) และไม่มีการป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางปาก (Oral Sex) (จิรัชทร หลงกุล และสุพรรณิ คงเทศ ๒๕๕๕) นอกจากนี้พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการดูแลรักษา สุขภาพทางเพศของตนเองและคู่นอน การมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดโรคทางเพศสัมพันธ์ โดยไม่ได้ป้องกันและไม่กล้าเข้าตรวจรักษาเพราะอายที่จะเปิดเผยตัวตน โดยอัตราการเข้ารับการ ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ในปี ๒๕๕๕ พบว่ามีเพียงร้อยละ ๒๕.๖ เท่านั้นที่เข้ารับการตรวจคัดกรอง (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ๒๕๕๕)

จากการสำรวจจำนวนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวน ๔,๐๖๙ คน และมีเพียง ๔๖๘ คน ที่เข้ารับบริการ และตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๕๐ และในจำนวนนี้พบผู้ติดเชื้อถึงร้อยละ ๑๖.๒ (สมาคมฟ้าสีรุ้งจังหวัดอุบลราชธานี ๒๕๖๔) ซึ่งสูงกว่าอัตราความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในระดับประเทศ นอกจากนี้ยัง พบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความคิดเห็นและความเชื่อที่ไม่เหมาะสมในเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ จึงมีโอกาสทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พร้อมทั้งมีโอกาสแพร่เชื้อไปยังคู่นอนได้ง่าย (มนูญใจ เชื้อนแก้ว ๒๕๕๑)

จากยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๓ กำหนดให้การดำเนินการแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยเพิ่มการพัฒนากระบวนการข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์รุ่นใหม่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในทุกกระดับ ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น มีกระบวนการในการกระจายถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ได้เข้าถึงอย่างครอบคลุม ทัวถึง มีการสื่อสารด้านสุขภาพ ให้ความรู้ และข้อมูลข่าวสารรอบด้านที่ครอบคลุมกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและเพิ่มความเข้าใจที่จะนำไปสู่เป้าหมาย มีระบบบริการที่เป็นมิตรกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ให้สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย มีสายด่วนสุขภาพของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และเพิ่ม/ขยายเครือข่ายเพื่อนช่วยเหลือเพื่อน เพื่อให้เกิดพลังการทำงานในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายให้มากขึ้น (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ : ๒๕๖๐)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

เพื่อให้แนวทางดังกล่าวนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงในบริบทของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อให้ได้รูปแบบที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๓ และใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อนำไปสู่ความเป็นไปได้ในการดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จในระยะยาวต่อไป

ปัญหาในการวิจัย

รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดอุบลราชธานี ที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

นิยามศัพท์เฉพาะของการวิจัย

รูปแบบ หมายถึง กระบวนการในการกำหนดรูปแบบและการประเมินความเหมาะสมและการหาคุณภาพของรูปแบบเพื่อการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายไทยที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งประกอบด้วย การวางแผนการปฏิบัติงาน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนการปฏิบัติงานและประเมินผลการปฏิบัติงาน

การดำเนินงานการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง แนวทางการดำเนินงาน ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๓ ซึ่งมี องค์ประกอบ คือ การจัดการระบบข้อมูล การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น การสื่อสาร ด้านสุขภาพให้ความรู้ ระบบบริการที่เป็นมิตรกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และขยายเครือข่ายเพื่อนช่วยเหลือเพื่อน เพื่อให้เกิดพลังการทำงานในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายให้มากขึ้น

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) หมายถึง ผู้ชายไทยที่มีความรัก ความปรารถนาทางเพศกับชายด้วยกัน มีภูมิลำเนาในจังหวัดอุบลราชธานี

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ เคมมิส และ แมกแทกการ์ด (Kemmis and McTaggart, ๑๙๘๘) จำนวน ๒ วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน ๔ ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ชายที่มีความรัก ความปรารถนาทางเพศกับชายด้วยกัน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้แก่ สมาคมฟ้าสีรุ้งจังหวัดอุบลราชธานี มูลนิธิสุขภาพเพื่อการแบ่งปัน หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยการสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน ๕๐ คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง กันยายน ๒๕๖๖ โดยการศึกษาสถานการณ์ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ paired t-test และวิเคราะห์เนื้อหาในข้อมูลเชิงคุณภาพ การดำเนินงาน ๒ วงรอบ จำนวน ๔ ขั้นตอนตามวงล้อ PAOR ดังนี้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

รอบที่ ๑

ขั้นตอนที่ ๑ เป็นการวางแผนศึกษาสถานการณ์ข้อมูลการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดอุบลราชธานี

ขั้นตอนที่ ๒ เป็นการพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเริ่มจากการพัฒนาบุคลากรและภาคีเครือข่ายที่เป็นแกนนำ การออกแบบระบบบริการจากบริบทของพื้นที่โดยใช้ Evidence base โดยหน่วยงานและทีมขับเคลื่อนระบบงานในรูปแบบของเพื่อช่วยเพื่อน พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลและใช้สื่อสารสนเทศ พัฒนาหน่วยงานในพื้นที่ให้เป็นศูนย์การให้คำปรึกษา

ขั้นตอนที่ ๓ การติดตามผลการดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินผลลัพธ์

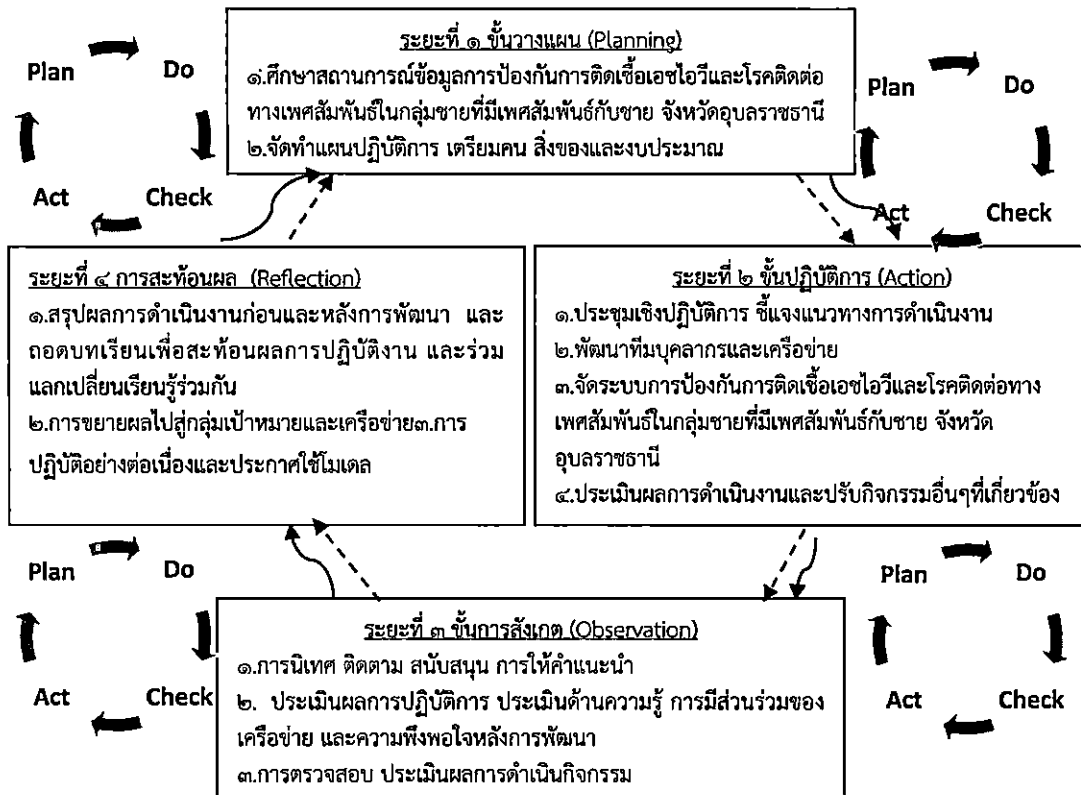
พบว่า จากการสำรวจพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับเพศชาย และไม่ได้สวมถุงยางอนามัย ไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่อรักหรือคู่นอนชั่วคราว ร้อยละ ๓๖.๘ และไม่มีการป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางปาก (Oral Sex) นอกจากนี้พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพทางเพศของตนเองและคู่นอน การมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดโรคทางเพศสัมพันธ์ โดยไม่ได้ป้องกันและไม่กล้าเข้าตรวจรักษาเพราะอายที่จะเปิดเผยตัวตน โดยอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ในปี ๒๕๕๕ พบว่ามีเพียง ร้อยละ ๒๕.๖ เท่านั้นที่เข้ารับการตรวจคัดกรอง

รอบที่ ๒ เป็นการประชุมวางแผนและแก้ไขปัญหาส่วนขาด ได้แก่ พัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์รุ่นใหม่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในทุกระดับ ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น มีกระบวนการในการกระจายถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ได้เข้าถึงอย่างครอบคลุม ทัวถึง มีการสื่อสารด้านสุขภาพ ให้ความรู้ และข้อมูลข่าวสารรอบด้านที่ครอบคลุมกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและเพิ่มความเข้าใจที่จะนำไปสู่เป้าหมาย มีระบบบริการที่เป็นมิตรกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ให้สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย มีสายด่วนสุขภาพของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และเพิ่ม/ขยายเครือข่ายเพื่อนช่วยเหลือเพื่อน เพื่อให้เกิดพลังการทำงานในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยมีกรอบแนวคิดการดำเนินงานดังต่อไปนี้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

กรอบแนวคิดการดำเนินงาน



๔.๓ เป้าหมายของงาน

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ เคมมิส และ แมกแทกการ์ด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑. เพื่อศึกษาบริบทของการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดอุบลราชธานี
๒. เพื่อศึกษากระบวนการของการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดอุบลราชธานี
๓. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานของการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดอุบลราชธานี
๔. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดอุบลราชธานี มี ๖ ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ ๑ ศึกษาสถานการณ์ข้อมูลการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดอุบลราชธานี ขั้นตอนที่ ๒ พัฒนาระบบการดูแลโดยเริ่มจากการพัฒนาบุคลากรและภาคีเครือข่ายที่เป็นแกนนำ การออกแบบระบบบริการจากบริบทของพื้นที่โดยใช้ Evidence base โดยหน่วยงานและทีมขับเคลื่อนระบบงานในรูปแบบของเพื่อนช่วยเพื่อน พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลและใช้สื่อสารสนเทศ ขั้นตอนที่ ๓ การติดตามผลการดำเนินงานกิจกรรม ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินผลลัพธ์ ขั้นตอนที่ ๕ วางแผนและแก้ไขปัญหาลำดับความสำคัญ ขั้นตอนที่ ๖ การเสริมพลังและถอดกิจกรรมการดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนให้ยั่งยืนและขยายผลการปฏิบัติงาน กระบวนการดังกล่าวทำให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและภาคีเครือข่าย มีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือแนวปฏิบัติที่ดีของการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดอุบลราชธานี คือ การมีนโยบายสนับสนุนจากระดับกระทรวง/เขตสุขภาพ/จังหวัดอย่างชัดเจน และแปลงนโยบายในระดับพื้นที่ที่สอดคล้องกัน การสร้างทีมหน้าที่เข้มแข็ง การสร้างเครือข่ายในการดำเนินงานและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

ผลการศึกษาทำให้ทราบสถานการณ์การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดอุบลราชธานี โดยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ดังนี้

๑. นำข้อมูลจากผลการเฝ้าระวังมาวางแผนจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ทำให้ทราบความชุกและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

๓. บุคลากรในสถานบริการสาธารณสุข ทราบข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และรับรู้เรื่องโรคเอดส์เป็นเรื่องปกติ ลดการตีตราหรือไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

๔. สถานบริการสุขภาพเกิดการพัฒนาระบบบริการ การดูแลรักษาอย่างเท่าเทียมตามสิทธิผู้ป่วย

๕. เป็นข้อมูลเสนอต่อผู้บริหารระดับจังหวัด/ระดับเขต และผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้กำหนดมาตรการในการป้องกันการแพร่ระบาด และการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้ ต้องใช้ความวิริยะอุตสาหะอย่างมากในการทบทวนวรรณกรรมและดำเนินการวิจัย มีความซับซ้อนและหลากหลายกิจกรรม

๑. ต้องใช้ความวิริยะอุตสาหะอย่างมากในการค้นคว้าตำรา แนวทางการดำเนินงาน เอกสารทางวิชาการ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัด อุบลราชธานีต่อไป

๒. ต้องประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะและประสบการณ์อย่างสูงในทางวิชาการเฉพาะด้าน ในการเข้าถึง ความเข้าใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย นอกจากนี้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ต้องใช้ระเบียบวิธีวิจัย การรวบรวม วิเคราะห์และแปลผลข้อมูลให้ถูกต้องและน่าเชื่อถือ แบบสอบถามผ่านสมาร์ตโฟน มีปัญหาเรื่องสายตา หนังสือตัวเล็กอ่านไม่ออกต้องได้สัมภาษณ์

๓. การเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ต้องประสานงานกับบุคลากรในพื้นที่จำนวนมาก เป็นงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือในการเฝ้าระวังและการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคม ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก โดยภาคประชาสังคมมีความสำคัญอย่างยิ่งในการร่วม ดำเนินการเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มประชากรที่ถูกต้อง ทั้งในการประสานและชี้เป้าในสถานที่ที่เป็นจุดรวมของกลุ่มเป้าหมายซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

- การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงยากและปกปิดข้อมูล ทำให้ใช้เวลานาน
- การเก็บข้อมูลผ่านสมาร์ตโฟน มีปัญหาที่สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่ดี หลุดบ่อย ทำให้ต้องเริ่มทำใหม่
- การเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลบางคนมีภาระงานมาก หรืออยู่ระหว่าง ให้บริการผู้ป่วย ทำให้เร่งรีบในการทำแบบสอบถาม อีกทั้งเจ้าหน้าที่บางคนไม่ถนัดการใช้เทคโนโลยีในการตอบ
- ขาดงบประมาณในการจ่ายค่าตอบแทนให้กลุ่มตัวอย่าง

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๙.๑.๑ รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดอุบลราชธานี หน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลชุมชน สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายในชุมชน ควรประยุกต์ใช้รูปแบบดังกล่าวเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๙.๑.๒ การพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พัฒนابนพื้นฐานข้อมูลพื้นที่ แนวคิด ทฤษฎี และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีความใกล้เคียงกับปัญหาในพื้นที่ และสามารถแก้ไขปัญหามาได้จริง จึงควรมีการขยายผลการวิจัยในพื้นที่อื่นต่อไป

๙.๒ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

๙.๒.๑ ควรทำการวิจัยเพื่อทดสอบผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดอุบลราชธานี ได้จริงหรือไม่

๙.๒.๒ ควรทำการวิจัยเปรียบเทียบรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดอุบลราชธานี ที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบอื่นเพื่อดูประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบว่ามีความเหมาะสมหรือไม่เพียงใด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**๑๐. การเผยแพร่ผลงาน**


เผยแพร่ผลงานผ่านเว็บไซต์สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐

https://healthregion๑๐.moph.go.th/research_publication/

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑.) นายยุทธพล พิมพภา สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 


(นายยุทธพล พิมพภา)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๑๒ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ (ถ้ามี)

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายยุทธพล พิมพ์ภา	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายวิโรจน์ เชมรัมย์)

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๗

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(วันที่)...../...../.....

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑.เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ตามมาตรการ RRTTR จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

เอดส์เป็นปัญหาสำคัญของประเทศและนานาชาติทั่วโลก ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน การพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศ การแพร่ระบาดของเอชไอวีในประเทศไทยดำเนินมาเป็นระยะเวลาเกินกว่า ๓๐ ปีแล้ว นับตั้งแต่พบผู้ป่วยรายแรกของประเทศ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๗ ประเทศไทยได้ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ มีการพัฒนาแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๓๕ - ๒๕๔๙ เป็นฉบับแรก และดำเนินการต่อเนื่องทุก ๕ ปี จนทำให้สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี มีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมายยุติเอดส์ภายในปี ๒๕๗๓ คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จึงได้กำหนด ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๗๓ ซึ่งมีเป้าประสงค์หลัก ๓ ประการ คือ ๑) ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ๒) ลดการตายจากเอดส์ ๓) ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเพศภาวะ กำหนดให้มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย(MSM) กลุ่มสาวประเภทสองหรือหญิงข้ามเพศ (TG) ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น มีกระบวนการในการกระจายถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น ให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ให้เข้าถึงอย่างครอบคลุม ให้มีการสื่อสารด้านสุขภาพ ให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารรอบด้านเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและเพิ่มความเข้าใจที่จะนำไปสู่เป้าหมาย มีระบบบริการที่เป็นมิตรให้สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย มีสายด่วนสุขภาพ ขยายเครือข่ายเพื่อนช่วยเหลือเพื่อน เพื่อให้เกิดพลังการทำงานในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายให้มากขึ้น (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ๒๕๖๐) สถานการณ์การแพร่ระบาดโรคเอดส์ประเทศไทย ปี ๒๕๖๖ จากข้อมูลสำนักหลักประกันแห่งชาติ(Nap Webreport) มีผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ ๕๒๓,๘๘๕ คน กำลังรับยาต้านไวรัส ๔๓๕,๓๖๑ คน (ร้อยละ๘๓.๑)มีประชากรที่เป็นกลุ่มชายรักชาย(MSM) ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน ๑๔๙,๐๑๑ คน ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน ๖,๑๐๐ คน (ร้อยละ๔.๑) กลุ่มประชากรสาวประเภทสอง หรือหญิงข้ามเพศ (TG) ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน ๗,๘๘๗ คน ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน๓๙๘ คน (ร้อยละ ๕.๐๕) กลุ่มประชากรพนักงานขายบริการ(MSW) ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน ๗,๒๐๒ คน ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน๓๐๖ คน (ร้อยละ๔.๓) จากข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีของกองระบาดวิทยา ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ พบว่า ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย(MSM) ร้อยละ ๑๑.๙ มีการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดในการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ ๗๗.๘ กลุ่มประชากรสาวประเภทสอง หรือหญิงข้ามเพศ (TG) ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ ๑๑.๐ มีการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดในการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ ๗๘.๘ จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาโรคเอดส์ จากข้อมูลสำนักหลักประกันแห่งชาติ(Nap Webreport)ปี พ.ศ.๒๕๖๖ มีผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ ๙,๓๒๒ คน กำลังรับยาต้านไวรัส ๗,๙๔๙ คน (ร้อยละ๘๕.๓) มีประชากรที่เป็นกลุ่มชายรักชาย(MSM) ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน ๕,๖๘๔ คน ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน ๑๓๓ คน (ร้อยละ๒.๓) กลุ่มประชากรสาวประเภทสอง หรือหญิงข้ามเพศ (TG) ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน ๓๐๔ คน ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน๕ คน (ร้อยละ๑.๖) จากข้อมูลการเฝ้าระวังการพฤติกรรมติดเชื้อเอชไอวีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่า กลุ่มนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ ๕ มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ร้อยละ ๒.๑ มีการใช้ถุงยางอนามัยครั้ง

ล่าสุดในการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ร้อยละ ๔๔.๔ กลุ่มนักเรียนชายชั้นอาชีวศึกษาชั้นปีที่ ๒ มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ร้อยละ ๔.๓ มีการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดในการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ร้อยละ ๘๑.๘ กลุ่มชายรักชายยังคงเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งอาจมาจากมีการเปิดเผยตัวมากขึ้น สังคมยอมรับมากขึ้น มีสถานที่พบปะกันมากขึ้น จากการศึกษาของพิมพ์วิทย์ บุญมงคลและคณะ(๒๕๔๑) มีปัจจัยที่สนับสนุนให้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อโรคเอดส์หรือมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์อย่างไม่เหมาะสมคือ การมีคู่นอนหลายคน อัตราการเปลี่ยนคู่นอนสูง ใช้บริการทางเพศจากพนักงานทางเพศชายหรือหญิง ไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะกับเพื่อนหรือคนรัก

จากสถานการณ์ดังกล่าวการติดเชื้อเอชไอวีที่ยังสูง พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ยังมีน้อย ซึ่งเป็นช่องว่างในการดำเนินงานรวมทั้งเพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๓ จังหวัดอุบลราชธานีเห็นควรดำเนินโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการใช้และเข้าถึงถุงยางอนามัยเพิ่มมากขึ้น ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ รวมทั้งผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถเข้าถึงระบบการดูแลรักษาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการยุติเอดส์ในจังหวัดอุบลราชธานีต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์ จากข้อมูลสำนักหลักประกันแห่งชาติ (Nap Webreport) ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ พบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เข้าถึงการป้องกัน (Reach) จำนวน ๖,๐๘๖ ราย คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน ๗,๑๐๘ ราย เข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน ๕,๖๘๔ ราย ติดเชื้อเอชไอวี ๑๓๓ ราย (ร้อยละ๒.๓) กลุ่มหญิงข้ามเพศ (TG) เข้าถึงการป้องกัน(Reach) จำนวน ๔๐๒ ราย คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน ๓๔๖ ราย เข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน ๓๐๔ ราย ติดเชื้อเอชไอวี ๕ ราย (ร้อยละ๑.๖)

จากข้อมูลการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่า กลุ่มนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ ๕ มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ร้อยละ๒.๑ มีการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดในการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ร้อยละ ๔๔.๔ กลุ่มนักเรียนชายชั้นอาชีวศึกษาชั้นปีที่ ๒ มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ร้อยละ ๔.๓ มีการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดในการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ร้อยละ ๘๑.๘

จากศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีประเทศไทย(โปรแกรม HIV Info HUB) การคาดประมาณว่า จังหวัดอุบลราชธานี ปี ๒๕๖๖ มีกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เสี่ยงสูง จำนวน ๔,๐๖๙ คน กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เสี่ยงต่ำ จำนวน ๑๐,๐๐๐ คน กลุ่มหญิงข้ามเพศ (TG) เสี่ยงสูง จำนวน ๙๙๒ คน กลุ่มหญิงข้ามเพศ (TG) เสี่ยงต่ำ จำนวน ๒,๙๗๘ คน

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาจะเห็นว่า การคาดประมาณกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน ๑๔,๐๖๙ คน แต่การเข้าถึงบริการ จำนวน ๖,๐๘๖ ราย (ร้อยละ๔๓.๓) การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน ๗,๑๐๘ ราย (ร้อยละ๕๐.๕) เข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน ๕,๖๘๔ ราย (ร้อยละ๔๐.๔) กลุ่มหญิงข้ามเพศ(TG) จำนวน ๓,๙๗๐ ราย แต่การเข้าถึงบริการ จำนวน ๔๐๒ ราย (ร้อยละ๑๐.๑) การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน ๓๔๖ ราย (ร้อยละ๘.๗) เข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน ๓๐๔ ราย (ร้อยละ๗.๖) ข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการเข้าถึงบริการ การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนี้ยังมีน้อยรวมทั้งพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ยังไม่ครอบคลุม ซึ่งปัญหาดังกล่าวจะนำไปสู่แพร่กระจายของโรคเอดส์ มีผู้ติด

เชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นรวมทั้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษายังไม่ครอบคลุม จะนำไปสู่ปัญหาการเสียชีวิตจากการไม่ได้รับยาต้านไวรัสทั้งที่ประเทศไทยมีนโยบายเริ่มรักษาด้วยยาต้านาทุกระดับ CD4 อีกทั้ง ดังนั้น หากพื้นที่ไม่มีการดำเนินงานมาตรการ แผนงาน นโยบายที่กำหนดตามการดำเนินการยุติปัญหาเอดส์ ไม่อาจประสบผลสำเร็จได้ ถึงแม้ว่านโยบายสาธารณสุขของประเทศไทยได้มีสนับสนุน ulyangอนามัยผ่านสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ แต่กลุ่มเป้าหมายก็ยังเข้าไม่ถึง ulyangอนามัยและ ulyangอนามัยมีไม่พอเพียง อีกทั้งการเลือกขนาดไม่ถูกต้อง หรือไม่มีขนาดที่ตรงกับความต้องการ ทำให้การป้องกันได้ ไม่ครอบคลุม เนื่องจากทัศนคติทางเพศมีผลต่อการกำหนดรูปแบบการทำงาน

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงขอเสนอแนวคิดในการดำเนินงาน ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ตามมาตรการ RRTTR จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

๓.๒ แนวความคิด

ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ กำหนดวิสัยทัศน์คือ การร่วมยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ มีเป้าหมายหลักคือ ๑) ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ๒) ลดการตายจากเอดส์ ๓) ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเพศภาวะ การจะบรรลุเป้าหมาย ๓ ประการ ได้นั้นการดำเนินงาน ๖ ยุทธศาสตร์ คือ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ มุ่งเน้นและเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิผลสูงสุดและรอบด้านให้ครอบคลุมพื้นที่และประชากรที่อยู่ภาวะเสี่ยงและมีโอกาสรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูง

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ยกระดับคุณภาพและบูรณาการการดำเนินงานป้องกันที่มีประสิทธิผลเดิมให้เข้มข้นและยั่งยืนในระบบ

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาและเร่งรักษา ดูแลและช่วยเหลือทางสังคมให้มีคุณภาพรอบด้านและยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ปรับภาพลักษณ์ ความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิ เพื่อลดการรังเกียจกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ เพิ่มความรับผิดชอบ การลงทุน และประสิทธิภาพการจัดการในทุกภาคส่วนทั้งระดับนานาชาติ ระดับประเทศ ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่

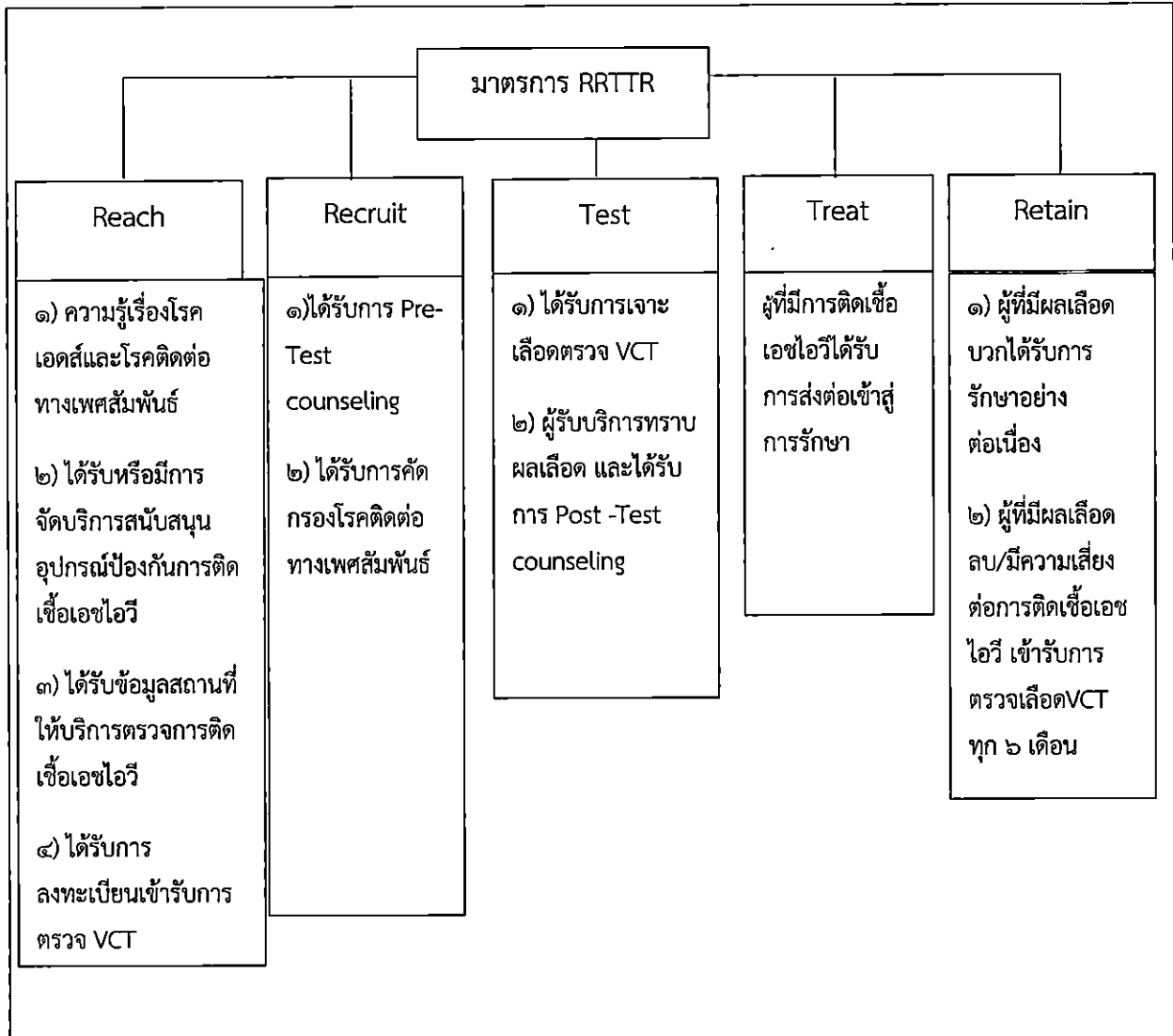
ยุทธศาสตร์ที่ ๖ ส่งเสริมและพัฒนาการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการวิจัยรอบด้านและมีประสิทธิภาพ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ตามมาตรการ RRTTR จังหวัดอุบลราชธานีในครั้งนี้ใช้ ยุทธศาสตร์ที่ ๑ และยุทธศาสตร์ที่ ๒ ในการดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ วัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชากรทุกคนทั้งคนไทยและต่างชาติในประเทศไทยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและมีโอกาสรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูง เข้าถึงชุดบริการที่มีประสิทธิผลได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง ประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ผู้หญิงข้ามเพศ(TG) พนักงานบริการ(SW) ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด คู่เพศสัมพันธ์ของประชากรหลักและผู้ติดเชื้อ ผู้ต้องขังในเรือนจำและเยาวชนในสถานพินิจ ประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงอื่น แนวทางการดำเนินงาน ได้แก่ ขยายและจัดชุดบริการผสมผสานที่มีประสิทธิภาพสูง(Reach – Recruit – Test – Treat – Retain: เข้าถึง-เข้าสู่บริการ-คัดกรอง-รักษา-คงอยู่) ในลักษณะที่บูรณาการกับบริการอนามัยเจริญพันธ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค ตับอักเสบและยาเสพติด

ติด ให้ครอบคลุมพื้นที่ยุทธศาสตร์และประชากรเป้าหมาย บนพื้นฐานของการเคารพสิทธิ ละเอียดอ่อนต่อเพศ ภาวะและสอดคล้องกับบริบทและวิถีความเป็นอยู่ของประชาชนเป้าหมาย

แนวทางการดำเนินงาน(Reach – Recruit – Test – Treat – Retain: เข้าถึง-เข้าสู่ บริการ-คัดกรอง-รักษา- คงอยู่) มีดังนี้



ยุทธศาสตร์ที่ ๒ วัตถุประสงค์ เพื่อให้การป้องกันเอชไอวี มีคุณภาพและบูรณาการในระบบที่เกี่ยวข้องอย่างยั่งยืน ประชาชนทุกกลุ่มรู้เท่าทันรอบด้าน สามารถประเมินความเสี่ยง มีพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี แนวทางการดำเนินงาน ได้แก่ สนับสนุนและเพิ่มการเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกัน เช่น ถุงยางอนามัย สารหล่อลื่น เข็มกระบอกฉีดยาที่สะอาด ให้เพียงพอและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละกลุ่มประชากร

ยุทธศาสตร์ด้านถุงยางอนามัย(พ.ศ.๒๕๖๓-๒๕๗๓) วิสัยทัศน์ของยุทธศาสตร์คือ ประชาชนในประเทศไทยเข้าถึง และใช้ถุงยางอนามัยที่มีคุณภาพ อย่างถูกต้อง สม่าเสมอ ได้อย่างทั่วถึง สอดคล้องกับบริบท วิถีชีวิตและความต้องการ โดยมีเจตคติเชิงบวกว่าถุงยางอนามัยเป็นอุปกรณ์สุขอนามัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพทางเพศ โดยมีเป้าประสงค์ เพื่อให้การใช้ถุงยางอนามัยเป็นวิถีชีวิตประจำวันของประชาชน ในการป้องกันโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครภร์ที่ไม่พึงประสงค์ หรือลดความเสี่ยงจากโรคเมเร็งที่มีสาเหตุจากเชื้อโรคที่แพร่ทางเพศสัมพันธ์ โดยขับเคลื่อนด้วยยุทธศาสตร์ ๕ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ ที่ ๑. ส่งเสริมให้การใช้ถุงยางอนามัย เป็นวิถีชีวิตประจำวันของประชาชน

ยุทธศาสตร์ ที่ ๒. ส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงถุงยางอนามัย

ยุทธศาสตร์ ที่ ๓. พัฒนาระบบบริหารจัดการและควบคุมคุณภาพถุงยางอนามัย

ยุทธศาสตร์ ที่ ๔. พัฒนานโยบายและเสริมสร้างกลไกขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัย

ยุทธศาสตร์ ที่ ๕. ควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัย

โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จังหวัดอุบลราชธานี ในครั้งนี้ใช้ทั้ง ๕ ยุทธศาสตร์ที่ ในการดำเนินงานโครงการ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายใช้ถุงยางอนามัย ๑๐๐ %

กลยุทธ์ในการสื่อสาร เพื่อให้การสื่อสารสร้างภาพลักษณ์ของถุงยางอนามัยและส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย การดำเนินงาน ขึ้นตอนดังนี้

๑. ระบุพฤติกรรมที่ต้องการ
๒. ค้นหาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย
๓. พัฒนารูปแบบการใช้ปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่ต้องการ
๔. สร้างกรอบการสื่อสารประชาสัมพันธ์
๕. สร้างแนวทางการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

๑. ระบุพฤติกรรมที่ต้องการ หมายถึง

๑. การเตรียมถุงยางอนามัยให้มีพร้อมใช้เสมอ
๒. การสื่อสารต่อรอให้มีการใช้ถุงยางอนามัย
๓. การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์
๔. ให้ความร่วมมือในการสร้างกระแสเรื่องพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเพื่อน

๒. ค้นหาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง

๑. ความรู้สึกกลัวผู้פקและใช้ถุงยางอนามัยเป็นคนรอบคอบ
๒. ความรู้สึกเป็นห่วงผู้เป็นที่รักและเคารพ เช่น พ่อแม่ คู่รัก
๓. ความรู้สึกต้องการมีสุขภาพดี
๔. ความคาดหวังถึงอนาคตที่ดี
๕. ความรู้สึกรักตัวเองและครอบครัว
๖. การใช้ถุงยางอนามัยลดความวิตกกังวลได้

๓. พัฒนารูปแบบการใช้ปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่ต้องการ หมายถึง

๑. การสร้างบทละครสั้นจากสถานการณ์จริง
๒. สก๊อบที่แสดงให้เห็นข้อดีของพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย
๓. สก๊อบที่แสดงให้เห็นผลกระทบของพฤติกรรมการไม่ใช้ถุงยางอนามัย
๔. สร้างคำขวัญที่น่าประทับใจและให้จดจำง่าย
๕. การสร้างคลิปวิดีโอ
๖. การใช้กิจกรรมแสดงบทบาทสมมติ
๗. การจำลองสถานการณ์
๘. การสาธิตกลวิธีการสื่อสารต่อรอง
๙. กรณีศึกษา
๑๐. การสอดแทรกในสื่อต่างๆหรือกิจกรรมพิเศษ

๔. สร้างกรอบการสื่อสารประชาสัมพันธ์ หมายถึง กำหนดแผนงานประชาสัมพันธ์ที่ครอบคลุมถึงระยะเวลาดำเนินการ งบประมาณ กลุ่มเป้าหมายในการสื่อสาร เนื้อหาสาร ช่องทางการสื่อสาร ผู้ส่งสาร การติดตามประเมินผล

๕. สร้างแนวทางการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึง การเลือกใช้สื่อและช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ ต้องให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกขั้นตอน

เนื่องจากการสร้างภาพลักษณ์ของถุงยางอนามัยมีความเกี่ยวข้องกับคนซึ่งเป็นผู้ใช้ถุงยางอนามัยโดยตรง บุคคลใกล้ชิด เช่น พ่อแม่ พี่น้อง ครอบครัว เพื่อน คู่รักและชุมชนสังคมนวมทั้งสภาพแวดล้อม ซึ่งล้วนแล้วแต่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรม ใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัย ดังนั้น การสื่อสารจึงจำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับทุกระดับที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เพื่อสร้างทัศนคติที่ยอมรับและมีพฤติกรรมสนับสนุนการใช้ถุงยางอนามัย

แผนกลยุทธ์เพื่อการสื่อสาร สามารถนำมาใช้ในการประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ตามมาตรการ RRTRR จังหวัดอุบลราชธานีในครั้งนี้ใช้ ดังนี้

๑. ระดมสมองจากกลุ่มเป้าหมายเพื่อค้นหาเนื้อหาสาร ถ้อยคำในการสื่อสาร ช่องทางสื่อสารที่เหมาะสม

๒. ออกแบบเนื้อหาและรูปแบบการสื่อสาร

๓. ทดสอบประสิทธิภาพของสื่อก่อนผลิตจริง

๔. ผลิตสื่อในรูปแบบต่างๆที่เหมาะสม

๕. เผยแพร่สื่อในช่องทางที่กำหนด

๖. ควบคุมกำกับดำเนินการดำเนินงานและประเมินผลการจัดกิจกรรมและผลกระทบที่เกิดจากการสื่อสาร

รูปแบบการสื่อสาร ได้แก่ การทำคลิปวิดีโอเผยแพร่ในรายการวิทยุ ยูทูบ ทำสิ่งตีพิมพ์ในรูปแบบโปสเตอร์ สติกเกอร์ในสถานที่ชุมนุมของกลุ่มเป้าหมาย เช่น ร้านสปา ร้านชาวนา สถานบันเทิง การให้ความรู้สอดแทรกเช่น เวทีการแสดงหมอลำ

มาตรการการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ ตามยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ โดยเร่งขยายการป้องกันให้ครอบคลุมประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สำหรับกิจกรรมเน้น การส่งเสริมการมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย จัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรในโรงพยาบาลให้กลุ่มเยาวชน กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มพนักงานบริการทางเพศได้เข้าถึงบริการ ตลอดจนสนับสนุนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ยังคงพบอุปสรรคในการทำงาน ได้แก่ ด้านบุคคลากรให้บริการมีจำนวนน้อย ความมั่นใจในการให้บริการ กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการน้อย เข้าถึงยากต้องปิดสถานะของตัวเอง ตีตราตนเองเรื้อวเพศภาวะหรือการตีตราและเลือกปฏิบัติในสังคมยังมีการกีดกัน รังเกียจ และตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนทำงาน ถุงยางอนามัยมีไม่เพียงพอหรือทัศนคติไม่ดีกับผู้ใช้ถุงยางอนามัย การกระจายถุงยางยังมีน้อยไม่ถึงชุมชน การเคลื่อนไหวของกลุ่มประชากรมกลุ่มชายรักชาย การเข้าถึงบริการมีข้อจำกัด

๓.๓ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์กรบริหารส่วนตำบล รวมทั้งภาคองค์กรภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วม ทั้งการสนับสนุนงบประมาณ ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์

๒. บูรณาการแผนงานโครงการภาครัฐแต่ละหน่วยงานเพื่อขับเคลื่อนการป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๓. เพิ่มจุดการกระจายถุงยางอนามัย เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการใช้ถุงยางให้มากขึ้น ทั้งในชุมชน มหาวิทยาลัย หอพัก สถานประกอบการต่างๆ

๔. ใช้สื่อ เพิ่มช่องทางต่างๆ เพื่อการสื่อสารปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์ถุงยางอนามัย เช่น สังคมออนไลน์ facebook/ youyube /Tik Tok

๕. การสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนการทำงานรูปแบบ RRTTR และการให้ความรู้เรื่องเอดส์ เพศภาวะ เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ

๖. พัฒนาศักยภาพบริการที่เป็นมิตรในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

๗. พัฒนาศักยภาพความรู้ให้กับบุคลากรภาครัฐเพื่อสร้างความมั่นใจในการทำงาน

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ข้อจำกัดของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เนื่องจากกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เข้าถึงยากมากเป็นกลุ่มสังคมส่วนใหญ่ยังไม่ยอมรับ สังคมมองกลุ่มนี้ทางลบมีพฤติกรรมที่รุนแรง สังคมตีตราเป็นเพศที่แตกต่างจากผู้ชายทั่วไปหรือมีการตีตราตัวเองทำให้มีการปิดบังสถานะของตัวเอง แนวทางแก้ไขคือการที่จะเข้าถึงกลุ่มนี้ได้ต้องหาหรือสร้างแกนนำขึ้นมาเพื่อให้แกนนำเป็นผู้ทำหน้าที่เข้าหา เข้าถึงและนำเข้าสู่ระบบบริการต่อไป รวมทั้งสถานที่ให้บริการต้องเป็นคลินิกเฉพาะไม่รวมกับคลินิกทั่วไป

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้รับบริการ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น

๔.๒ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเข้าสู่การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น

๔.๓ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้เข้าถึงและใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มมากขึ้น

๔.๔ มีเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ในระดับพื้นที่ที่มีศักยภาพ เพิ่มมากขึ้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายติดเชื้อเอชไอวี น้อยกว่าร้อยละ ๒

๕.๒ ร้อยละ ๘๐ มีการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

๕.๓ ร้อยละ ๘๕ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

(ลงชื่อ)

(นายยุทธพล พิมพ์ภา)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๑๒/มกราคม/๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๓.๖ แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การวิจัยและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จังหวัดอุบลราชธานี
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๖ - กรกฎาคม ๒๕๖๗
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
 - ๓.๑ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด
 - ๓.๒ ความชำนาญในการประเมิน คัดกรอง ความเสี่ยงในผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด
 - ๓.๓ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
 - ๓.๔ ความชำนาญเกี่ยวกับการทำวิจัย
 - ๓.๕ มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด
 - ๓.๖ มีประสบการณ์วางแผนการดำเนินการเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน
 - ๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI) คิดเป็นร้อยละ ๔.๑ ของประชากรทั่วไปทั้งหมดที่มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป โดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ ๒๖-๔๙ ปี รองลงมาคืออายุ ๑๘-๒๕ ปี และพบมากในผู้ป่วยนิติจิตเวชถึง ๓ เท่า (National Survey on Drug Use and Health, ๒๐๑๒) และพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ ๒๗.๖ ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดพบร้อยละ ๘.๕ (Fazel, ๒๐๐๙) กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ได้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิตระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๕๘ ถึงเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ มีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วย SMI-V (ตามคำนิยามและเกณฑ์ ผู้ป่วย SMI-V ปี ๒๕๕๘ และปี ๒๕๖๑) จำนวนสะสม ๑๓,๑๙๔ คน โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน ๘,๒๕๕ คน (ร้อยละ ๖๒.๔๙) เป็นเพศหญิง จำนวน ๔,๙๔๙ คน (ร้อยละ ๓๗.๕๑) พบมากที่สุดในช่วงอายุ ๒๖-๔๕ ปี จำนวน ๖,๙๗๗ คน (ร้อยละ ๕๒.๘๙) รองลงมาคือช่วงอายุ ๔๖-๕๙ ปี จำนวน ๓,๐๗๙ คน (ร้อยละ ๒๓.๓๔)

ระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน (Super Specialist Service: SSS) หมายถึง ระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน ที่เกินศักยภาพของหน่วยบริการในเขตสุขภาพ จำเป็นต้องส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชและเป็นบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาความต้องการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ของเขตสุขภาพ เช่น บริการนิติจิตเวช บริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น บริการจิตเวชสูงอายุ โรคร่วมที่มีภาวะความรุนแรงสูง โรคร่วมสุรา ยาเสพติด โรคจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน โรคซึมเศร้าระดับรุนแรง เป็นต้นเมื่อได้รับการรักษาจนอาการ หายทุเลาจะมีการติดตามดูแลต่อเนื่องหรือส่งต่อให้เขตสุขภาพดูแลในระดับพื้นที่ต่อไป ขณะเดียวกันยังมีผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงอีกกลุ่มหนึ่งเมื่อขาดยาขาดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องหรือมีการใช้ สารเสพติดทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่นบางรายก่อเหตุรุนแรงสะเทือนขวัญเกิดการสูญเสีย ญาติหรือชุมชนรู้สึกหวาดกลัวไม่ปลอดภัย โกรธหรือไม่ยอมรับให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัวและชุมชน ดังนั้น กรมสุขภาพจิตตระหนักถึงความสำคัญและกำหนดนโยบายให้หน่วยบริการจิตเวชทุกแห่งมีระบบดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่มี พฤติกรรมรุนแรงให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างความเข้มข้นและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความรุนแรงหรือภาวะ อันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้ ซึ่งเรียกว่า “ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V)” ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

หมายถึง การจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย SMI-V ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ทั้งในแผนก ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน จนถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชนในรูปแบบที่เข้มข้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและติดตามเฝ้าระวังป้องกันอาการกำเริบหรือก่อความรุนแรงซ้ำ โดยมีการคัดกรอง ลงทะเบียน การบำบัดรักษา/ Intervention การติดตาม เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตการเจ็บป่วย รวมถึงการพัฒนาฐานข้อมูลสำหรับผู้ป่วย SMI-V ที่เชื่อมโยงกับเขตสุขภาพ

ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI) (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๓) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวช ที่มีความผิดปกติทางความคิดอารมณ์หรือพฤติกรรมความเจ็บป่วยทางจิตเวชดังกล่าวส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรม รุนแรง หรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแล เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๓) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิดอารมณ์หรือพฤติกรรมความเจ็บป่วยทางจิตเวชดังกล่าวส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรงมีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแล เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน โดยมีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามเกณฑ์ดังนี้

๑. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
๒. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัส สะเทือนขวัญในชุมชน
๓. มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายตนเอง/ ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น

ระบุ ชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย

๔. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

ด้วยจังหวัดอุบลราชธานี ได้รับคัดเลือกให้เป็นพื้นที่ต้นแบบ ๑ ใน ๓๐ จังหวัด ในการดำเนินงานโครงการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ซึ่งมีการพัฒนาเพื่อดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อันจะนำไปสู่การป้องกันการทำร้ายตนเองและผู้อื่น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อขับเคลื่อนการบูรณาการด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ระหว่างหน่วยงานภาคีเครือข่ายทุกพื้นที่ในจังหวัดอุบลราชธานี และลดรอยต่อในการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ให้มีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจำแนก คัดกรอง ประเมินช่วยเหลือก่อนส่งเข้าโรงพยาบาล (Pre-hospital) ได้รับการบำบัดรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมในโรงพยาบาล (In-hospital) และมีการติดตามเยี่ยมดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย (post-hospital) เพื่อลดการกลับมาเสพยาหรือไม่ก่อความรุนแรงซ้ำทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

๔.๒ ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่เน้นกระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จังหวัดอุบลราชธานี โดยรูปแบบการเก็บข้อมูลประกอบด้วย การวิจัยภาคตัดขวาง (Cross sectional study design) ในการศึกษาสถานการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จังหวัดอุบลราชธานี ในการมุ่งอธิบายสถานการณ์ความเสี่ยงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาแนวทางการบูรณาการด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study) ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่

๑. ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่สนใจศึกษาคือผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีอาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรที่ศึกษา (Selection Criteria)

(๑) เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

- มีประวัติการเป็นผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด
- อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี

(๒) เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

- มีประวัติภาวะแทรกซ้อน และมีโรคร่วมที่อยู่ในระยะวิกฤติ

๒. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับโรงพยาบาลชุมชน และในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๑๕ คน

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรที่ศึกษา (Selection Criteria)

(๑) เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

- มีประสบการณ์ในการทำงานด้านยาเสพติดอย่างน้อย ๒ ปีขึ้นไป
- ทำงานในสถานบริการของเครือข่ายจังหวัดอุบลราชธานี

(๒) เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

- ไม่สามารถเข้าร่วมการอภิปรายกลุ่มทุกครั้งได้

ขั้นตอนการดำเนินงาน

การศึกษานี้ได้ดำเนินการวิจัยและพัฒนาจังหวัดอุบลราชธานี ด้วยกระบวนการวิจัยและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จังหวัดอุบลราชธานี ด้วยการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบที่ประกอบด้วย การศึกษา ๔ ระยะดังนี้

ระยะที่ ๑ ศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล คือศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จังหวัดอุบลราชธานี

ระยะที่ ๒ การออกแบบ และการประเมิน ด้วยการนำผลการศึกษาในระยะที่ ๑ มาเป็นข้อมูลในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด จังหวัดอุบลราชธานี ไปสู่การดูแลสุขภาพที่เหมาะสม โดยเนื้อหาการวิจัยนี้ได้ประยุกต์ใช้เนื้อหาตามองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

ระยะที่ ๓ การทดลองใช้และประเมินรูปแบบกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ซึ่งเป็นการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่ได้พัฒนาขึ้นด้วยข้อมูลนำเข้าเรื่องสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีกระบวนการดำเนินการปรับปรุงครั้งที่ ๑ ซึ่งเป็นการทดสอบรูปแบบที่พัฒนา นำผลการประเมินมาพัฒนาและได้ดำเนินการตามรูปแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนาครั้งที่ ๒

ระยะที่ ๔ การปรับปรุงรูปแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เพื่อป้องกัน และจัดการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

๔.๓ เครื่องมือการวิจัย

๑) แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) เป็นแบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเอง และผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเวช อันจะเป็นประโยชน์ต่อการติดตามเฝ้าระวังและประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ป่วย ซึ่งข้อคำถามเป็นการสอบถามพฤติกรรมในช่วง ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่ประเมินว่า ผู้ป่วยมีอาการ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

หรือพฤติกรรมอย่างไร จำนวน ๔ ข้อ โดยแบบมาตรฐานส่วนประมาณค่า ๓ ระดับ (Rating Scale) ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย ปานกลาง และสูง ดังนี้

- คะแนน ๐-๕ คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย
- คะแนน ๖-๑๓ คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับปานกลาง
- คะแนน ๑๔-๓๒ คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับสูง

๒) แบบประเมินความพึงพอใจในการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้ประเมินความพึงพอใจของการนำแนวทางดังกล่าวฯ ไปใช้งาน โดยการประเมินความพึงพอใจเป็นกระบวนการในระยะเวลาที่ ๓ ด้วยแบบประเมินความพึงพอใจจำนวน ๔ ด้าน ได้แก่ ๑) ความครบถ้วนและความครอบคลุมของเนื้อหาแนวทางฯ ๒) ความเหมาะสมของรูปแบบการดำเนินงาน ๓) ความสะดวกของการใช้แนวทางปฏิบัติฯ ๔) ความหลากหลายของแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ข้อมูลความพึงพอใจจากแบบสอบถาม จำนวน ๕๐ ฉบับ ซึ่งเป็นตัวแทนในระดับอำเภอจำนวน ๒ ท่านต่ออำเภอ โดยเป็นตัวแทนจากโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำเสนอข้อมูลความพึงพอใจและวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) แปลผลค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเป็นแบบมาตรฐานส่วนประมาณค่า ๕ ระดับ (Rating Scale) ได้แก่ ระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มากและมากที่สุด

การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ซึ่งกำหนดช่วงระดับความพึงพอใจไว้ ๕ ระดับ ดังนี้

ความพึงพอใจระดับ น้อยที่สุด	มีคะแนนในระดับ ๑
ความพึงพอใจระดับ น้อย	มีคะแนนในระดับ ๒
ความพึงพอใจระดับ ปานกลาง	มีคะแนนในระดับ ๓
ความพึงพอใจระดับ มาก	มีคะแนนในระดับ ๔
ความพึงพอใจระดับ มากที่สุด	มีคะแนนในระดับ ๕

สำหรับการวิเคราะห์ความพึงพอใจ โดยการนำค่าคะแนนความพึงพอใจแต่ละข้อรวมกันจะได้ค่าคะแนนความพึงพอใจ ซึ่งแปลผลโดยการกำหนดเป็นช่วง ดังนี้

- ๑.๐๐ - ๑.๕๐ หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ระดับ **น้อยที่สุด**
- ๑.๕๑ - ๒.๕๐ หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ระดับ **น้อย**
- ๒.๕๑ - ๓.๕๐ หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ระดับ **ปานกลาง**
- ๓.๕๑ - ๔.๕๐ หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ระดับ **มาก**
- ๔.๕๑ - ๕.๐๐ หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ระดับ **มากที่สุด**

๔.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวางแผนรวบรวมข้อมูลที่จะใช้ในการวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง รวมถึงการแบ่งระดับความรุนแรงของความเสีย ประกอบด้วย อายุ เพศ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการเป็นโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยาเสพติด เพื่อวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

๑. หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้ดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีในการใช้ข้อมูลสุขภาพประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้โดยละเอียด อันจะนำไปสู่การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มประชากร

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๒. ผู้วิจัยรวบรวม ในช่วงปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ตุลาคม ๒๕๖๕ ถึง กันยายน ๒๕๖๖) ที่จะใช้ในการวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของความเสียหาย ประกอบด้วย อายุ เพศ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการเป็นโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยาเสพติด และจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

๓. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม และรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยผู้เชี่ยวชาญในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับโรงพยาบาลชุมชน และในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๑๕ คน เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

๔. ผู้วิจัยได้นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ไปขยายผลให้ทุกอำเภอได้รับนำไปปฏิบัติเพื่อเป็นแนวทางการสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพเฝ้าระวัง และป้องกันภาวะเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวทางปฏิบัติดังกล่าว จำนวน ๒ ท่านต่ออำเภอ ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ในระดับอำเภอ เป็นตัวแทนจากโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๕. ผู้วิจัยได้นำผลการประเมินการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และความพึงพอใจในการใช้แนวทางปฏิบัติ เพื่อปรับปรุงให้ได้แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

๔.๕ การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

๑. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ และร้อยละ เพื่ออธิบายคุณลักษณะของประชากรกลุ่มตัวอย่าง และใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสียหายต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) เพื่อจำแนกระดับความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

๒. สถิติการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อวิเคราะห์แนวทางการบูรณาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

๔.๖ จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ทำในมนุษย์ โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมในการวิจัย ผู้วิจัยได้ขออนุญาตจริยธรรมในมนุษย์ และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีมติเห็นชอบ อนุมัติให้ดำเนินการโครงการวิจัยโดยมีเอกสารรับรองเลขที่ SSIJ.UB ๒๕๖๖-๑๐๕ รหัสโครงการ SSIJ.UB.๑๐๕ วันที่รับรอง ๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๖

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีมาตรการในการป้องกันหรือลดความเสี่ยง ความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นด้วยการไตร่ตรองและตระหนักถึงวิธีการใช้ข้อมูลอย่างถูกต้องและเหมาะสม พร้อมทั้งจะแสดงผลการศึกษาอย่างสร้างสรรค์ เพื่อให้สามารถนำองค์ความรู้และข้อเสนอแนะที่ได้ไปต่อยอดให้เกิดประโยชน์สูงสุด

๔.๗ สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่เน้นกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแล เฝ้าระวัง และการป้องกันการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งมีกระบวนการขั้นตอนในการศึกษา ๔ ระยะ ได้แก่ ๑) ระยะศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล ๒) ระยะการออกแบบ และการประเมิน ๓) การทดลองใช้และประเมินแนวทาง ๔) ระยะการปรับปรุงแนวทาง ซึ่งทั้ง ๔ ระยะ มีรายละเอียดดังนี้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ระยะที่ ๑ ศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยทำการศึกษาศถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในจังหวัดอุบลราชธานี ด้วยรูปแบบการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross sectional study design) พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดจำนวน ๑,๐๐๘ คน ที่มีข้อมูลสุขภาพเบื้องต้นในการวิเคราะห์ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้ ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดเพศชายจำนวน ๖๒๙ คน (ร้อยละ ๖๒.๒๒) เพศหญิงจำนวน ๓๗๙ คน (ร้อยละ ๓๗.๗๘) เมื่อจำแนกกลุ่มความเสี่ยงทำร้ายตนเองจำนวน ๕๗๗ คน (ร้อยละ ๕๗.๐๗) กลุ่มความเสี่ยงทำร้ายคนอื่นจำนวน ๒๘๗ คน (ร้อยละ ๒๘.๓๙) ความเสี่ยงก่ออาชญากรรมจำนวน ๑๖ ราย (ร้อยละ ๑.๕๘) และกลุ่มที่ประเมินแล้วยังปกติไม่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจำนวน ๑๓๑ คน (ร้อยละ ๑๒.๙๖)

ระยะที่ ๒ การออกแบบ และการประเมิน ซึ่งในระยะนี้ ได้นำสถานการณ์ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เป็นข้อมูลบริบทของจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ในการสนทนากลุ่ม (Focus group) เป็นกระบวนการที่สำคัญของการดำเนินงาน ซึ่งการสนทนากลุ่มได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดสารเสพติดอย่างน้อย ๒ ปี ในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล จำนวน ๑๕ คน มาช่วยวิเคราะห์ และแสดงความคิดเห็น อันจะทำให้ได้ข้อมูลที่จะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางป้องกัน ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยผู้เชี่ยวชาญทุกระดับมีความเห็นตรงกันว่าควรมีการช่วยเหลือด้วยการขับเคลื่อนการบูรณาการ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด โดยมุ่งเน้นเพิ่มการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดสามารถจัดการปัญหาการก่อความรุนแรงทั้งการทำร้ายตนเอง การทำร้ายคนอื่น และมีแนวทางการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของตนเอง โดยจัดทำเป็นคู่มือ “แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง” เพื่อนำไปขยายผลให้ทุกอำเภอได้ใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานยกระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ระยะที่ ๓ การทดลองใช้และประเมินแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ซึ่งในระยะนี้ได้มีการนำแนวที่ได้พัฒนาขึ้นไปขยายผลใช้งานในทุกอำเภอ และประเมินผลการใช้งานด้วยแบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน ๔ ด้าน ได้แก่ ๑) ความครบถ้วนและความครอบคลุมของเนื้อหา แนวทาง ๒) ความเหมาะสมของรูปแบบการดำเนินงาน ๓) ความสะดวกของการใช้แนวทางปฏิบัติฯ ๔) ความหลากหลายของแนวการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

ระยะที่ ๔ การปรับปรุงแนวทาง ซึ่งได้นำผลการประเมินการใช้งานของแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และความพึงพอใจของผู้ใช้งานแนวทางดังกล่าว มาปรับปรุงแก้ไขแนวทางให้มีความกระชับ และตรงประเด็น รวมถึงให้สะดวกต่อการใช้งาน รวมถึงการปรับปรุงให้เนื้อหามีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

๔.๘ อภิปรายผลการวิจัย

ผลของการศึกษาศถานการณ์ความเสี่ยงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในจังหวัดอุบลราชธานี ชี้ชัดว่าผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในจังหวัดอุบลราชธานีมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองมากที่สุด ร้อยละ ๕๗.๐๗ ซึ่งสอดคล้องกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติใช้สารเสพติดมาก่อนจะไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ และส่งผลให้แสดงออกด้วยพฤติกรรมที่รุนแรง ซึ่งพบได้ทั้งการทำร้ายตนเอง และการทำร้ายผู้อื่นด้วย รวมถึงการก่ออาชญากรรม ซึ่งจำเป็นต้องมีแนวทางป้องกันความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น และดูแลให้ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ดำเนินการสนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการใช้ข้อมูลสถานการณ์ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และแนวทางสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขให้ดูแลรายกรณีในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สอดคล้องกับแนวทางการคำแนะนำ ดูแลที่กรมสุขภาพจิต

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ทั้งนี้แนวทางดังกล่าวนี้จะทำให้ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้น

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลของการศึกษาค้นคว้านี้ทำให้ทราบถึงความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในจังหวัดอุบลราชธานี รวมถึงแนวทางป้องกันและดูแลที่เหมาะสม

๕.๑ เชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
๑. Retention rate ของผู้ป่วย SMI-V ในหมู่บ้าน/ชุมชน คงอยู่ในการดูแลช่วยเหลือต่อเนื่อง	ร้อยละ ๘๐	๙๓
๒. ผู้ป่วย SMI-V ที่มีอาการรุนแรงได้ส่งต่อสำเร็จ	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐

๕.๒ เชิงคุณภาพ

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด อย่างน้อย ๒ ปี ในแต่ละระดับ ประกอบด้วย

๑. ผู้เชี่ยวชาญระดับจังหวัด ประกอบด้วย แพทย์, พยาบาล, นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ๕ ท่าน
๒. ผู้เชี่ยวชาญระดับเขต ประกอบด้วย พยาบาล, นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ๕ ท่าน
๓. ผู้เชี่ยวชาญระดับตำบล ประกอบด้วย พยาบาล, นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ๕ ท่าน

โดยผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจัดทำ “แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจังหวัดอุบลราชธานี” มุ่งเน้นข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการคัดกรอง การจำแนกระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง และแนวทางการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ในระบบสุขภาพ

๑) ด้านบริหาร ได้แก่การกำกับดูแลมาตรฐาน และป้องกันความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขวางแผนการทำงาน และส่งเสริมการตัดสินใจที่เหมาะสม รวมถึงการประสานงานเพื่อให้เกิดความร่วมมือในเครือข่าย และนำผลการประเมินไปใช้ในการปรับปรุงการปฏิบัติงาน

๒) ด้านบริการ ได้แก่ การค้นหาสถานการณ์ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากสถานบริการทุกแห่งในจังหวัดอุบลราชธานี ที่ผ่านการคัดกรอง ประเมินระดับความเสี่ยง เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงตามกระบวนการที่เหมาะสม รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในอนาคต

๖.๒ เป็นเอกสารสถานการณ์ที่ไปเพิ่มพูนความรู้ และเพิ่มทักษะการคัดกรอง หรือแนวคิดใหม่ๆ เกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

๖.๓ ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

- การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงด้วยระบบการคัดกรองต่อเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแล และการป้องกันการก่อความรุนแรง

- บทบาทการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของผู้สนับสนุนในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไปวางแผนได้สะดวกและรวดเร็ว พร้อมทั้งมีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

- แนวทางการวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่ไม่ชัดเจน เนื่องจากทีมสนับสนุนยังไม่ได้วางแผนอย่างเป็นระบบ ทำให้ขาดข้อมูลที่จะใช้ในการดูแล ป้องกันการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดคงสภาพของสุขภาพดีให้นานที่สุด และไม่ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น หรือก่ออาชญากรรม

- ข้อมูลไม่ครบถ้วนของที่เจ้าหน้าที่ในสถานบริการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ทำให้ข้อมูลไม่ครบองค์ประกอบในการวิเคราะห์ ส่งผลให้ไม่สามารถใช้ในการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่ครอบคลุม

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

๑. ควรนำการพัฒนาาระบบดังกล่าวนี้ ไปใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

๒. ควรสรุปผลการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดทุกเดือน หรือรายไตรมาส เพื่อให้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

๓. ควรมีการปรับปรุงเนื้อหาในเล่มแนวทางปฏิบัติให้เข้ากับสถานการณ์ล่าสุดในทุกๆ ปี เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำ และการเฝ้าระวัง รวมถึงนำไปออกแบบการเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดต่อไป

๙.๒ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. ควรมีการผลักดันให้เกิดตระหนักในการนำข้อมูลการตรวจสุขภาพเบื้องต้นไปใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ เพื่อการวางแผนการดูแลสุขภาพประชาชน

๒. ควรนำสู่การกำหนดนโยบายร่วมกัน ในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพระดับอำเภอ ภายใต้การดำเนินงานคณะกรรมการ พชอ. เพื่อให้ประเด็นการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพต่อการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดได้รับการแก้ไข และช่วยผลักดันให้เกิดแนวทางป้องกัน

๙.๓ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

๑. จากการศึกษาบ่งชี้ชัดเจนว่าผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงทั้งการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และก่ออาชญากรรม จึงควรศึกษารูปแบบการป้องกันการเกิดความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เหมาะสม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชให้ดีขึ้น

๒. การศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีภาวะเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ด้วยการวางแผนการปฏิบัติตัวในการลดความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางรัชนีพร เชื้อสระคู

สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางรัชนีพร เชื้อสระคู)

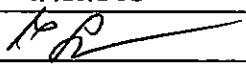
(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) 10 / มกราคม / ๒๕๖๑

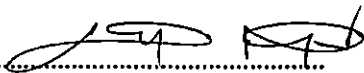
ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางรัชนิพร เชื้อสระคู	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวลิษา สุพรรณ)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

(วันที่) ๑๐ ม.ค. ๒๕๖๗ /

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายประทีป บุญธรรม)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

(วันที่) ๑๐ ม.ค. ๒๕๖๗ /

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาประสิทธิภาพการบูรณาการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลกของสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) พบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ประชากรทั้งโลกมีตัวเลขผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากการใช้ยาเสพติดและต้องได้รับการบำบัดฟื้นฟู รวมทั้งสิ้น ๓๕ ล้านคน และในจำนวนนี้มีเพียง ๑ ใน ๗ เท่านั้นที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟู จากรายงานนี้พบว่า จำนวนผู้ใช้ยาเสพติดจากสารโอปิออยด์ (กลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่น) อยู่ที่ ๕๓ ล้านคน เพิ่มขึ้นจากการประมาณการเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ถึง ๕๖% มีผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติด ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ จำนวน ๕๘๕,๐๐๐ คน โดยในจำนวนนี้มีสาเหตุมาจากโอปิออยด์ราว ๒ ใน ๓ สำหรับประเทศไทยมีผู้ที่มีปัญหาความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราและสารเสพติดโดยพบโรคร่วมทางจิตเวชเพิ่มขึ้นมาก อีกทั้งยังคงเป็นปัญหาสำคัญและเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากการสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ จากกลุ่มตัวอย่าง ๔,๗๒๗ คน พบว่า ความชุกชั่วชีวิตและความชุก ๑๒ เดือนของโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดสารใด ๆ ร้อยละ ๓๐.๘ และร้อยละ ๑๓.๔ ตามลำดับ โดยพบความชุกความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราสูงที่สุดทั้งความชุกชั่วชีวิต (ร้อยละ ๑๘.๐) และความชุก ๑๒ เดือน (ร้อยละ ๕.๓) ในผู้ที่มีโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดสารใดๆ เข้าถึงบริการด้วยปัญหาสุขภาพจิตใน ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ ๑๑.๕ เป็นบริการโดยบุคลากรสุขภาพเพียงร้อยละ ๓.๗ ผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดสารเสพติดเข้าถึงบริการสูงที่สุด (ร้อยละ ๒๔.๕) และผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราเข้าถึงบริการน้อยที่สุด (ร้อยละ ๖.๖) ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดมีความชุกสูง อัตราการเข้าถึงบริการต่ำ จึงต้องมีการวางแผนพัฒนางานบริการอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่องเพื่อให้ครอบคลุมการดูแลที่เหมาะสม

จากข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่า ผู้ป่วยสุรามักมีปัญหาการใช้สารเสพติดอื่นๆ ร่วมด้วยสูง จึงเป็นเหตุผลสนับสนุนให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยสุรานั้น ควรบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูปัญหาสารเสพติดไปด้วยกัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการทางจิตและป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำต้องใช้การบำบัดแบบผสมผสาน ทั้งการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางสังคมจิตใจที่มีการผสมผสานรูปแบบการบำบัดร่วมกันมีทีมสหวิชาชีพ ที่มีความเชี่ยวชาญจัดการดูแลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชพบว่าการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ กลุ่มบำบัด (Group Therapy) การบำบัดแบบมีเงื่อนไข (Contingency Management) และการดูแลบำบัดรักษาระยะยาวในสถานบำบัด (Long-term Residential Treatment) ซึ่งแนะนำให้ใช้ได้ร่วมกับการใช้วิธีการรักษาทางสังคมจิตใจ ได้แก่ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การทำครอบครัวบำบัด การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และพฤติกรรมบำบัดรักษาที่มีรูปแบบนี้มีความหลากหลายอย่างมาก โดยส่วนใหญ่จะใช้เวลาหนึ่งหรือสองครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาประมาณ ๔-๖ เดือนหรือมากกว่านั้น ทั้งนี้มีการศึกษา การใช้เทคนิครูปแบบการบำบัดหลากหลายร่วมกัน เช่น การให้ความรู้ (Psycho Education) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self-help Group) และเน้นที่การร่วมแรงร่วมใจกัน จัดการกับปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาการดื่มสุราหรือ การเสพติด ในกรณีผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน สามารถใช้การให้คำปรึกษารายบุคคล (Individual Counselling) ซึ่งใช้เทคนิคของการสัมภาษณ์เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจแบบเข้มข้น พบว่า ผลลัพธ์ด้านการลด ละ เลิกการใช้ สารเสพติดดีขึ้น

จากข้อมูล Health data center ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ร้อยละ ๒๖.๒๙ เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) นำไปสู่การวางแผนงานการดำเนินงานอย่างมีคุณภาพและผู้ป่วยปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติตามมาตรฐานเดียวกันได้ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง และเข้าสู่ระบบการดูแล และที่สำคัญป้องกันการก่อความรุนแรงต่อทั้งตนเองและผู้อื่น รวมถึงการกลับมาทำร้ายซ้ำที่อาจส่งผลเสียต่อครอบครัวและชุมชนได้ ซึ่งการนำแนวทางการดำเนินงานบูรณาการความร่วมมือของหลายภาคส่วนในการดูแลผู้ใช้สารเสพติด และผู้ป่วยจิตเวช เป็นภารกิจสำคัญที่ต้องดำเนินการร่วมกัน อาทิ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ รวมไปถึงภาคส่วนประชาชน ซึ่งการศึกษานี้มุ่งเน้นการพัฒนาแนวคิดการพัฒนาระบบการบูรณาการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จังหวัดอุบลราชธานี อันจะนำไปสู่การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ รวมถึงป้องกันการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นทั้งในครอบครัวและชุมชน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษารูปแบบการบูรณาการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จังหวัดอุบลราชธานี
๒. เพื่อศึกษาการพัฒนาการบูรณาการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จังหวัดอุบลราชธานี

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จังหวัดอุบลราชธานี จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน อีกทั้งยังต้องมีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V Value Chain) ที่ประกอบด้วย

๑. Pre-hospital ซึ่งในช่วงก่อนมาโรงพยาบาลจะมุ่งเป้าที่ชุมชนเป็นหลักในการดำเนินงาน ซึ่งมีองค์ประกอบของการดำเนินงานดังนี้
 - ๑.๑ SMI-V Scan เป็นกระบวนการค้นหาผู้ที่เข้าข่ายสงสัยในชุมชน
 - ๑.๒ การประเมิน Warning sign อันประกอบด้วย เดินไปเดินมา ไม่หลับไม่นอน พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว และเที่ยวหวาดระแวง
 - ๑.๓ Violence rescue เป็นระบบแจ้งเหตุวิกฤติจากความรุนแรง โดยการประสานความร่วมมือเพื่อลดความรุนแรงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การแพทย์ฉุกเฉิน สาธารณสุข ตำรวจ และ ผู้ดูแลรายกรณี
 - ๑.๔ Psychiatric home ward เป็นการสนับสนุนระบบการดูแลที่บ้าน โดย สปสช. เป็นหน่วยงานหลักในการวางระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน
๒. In-hospital
 - ๒.๑ บริการจิตเวชฉุกเฉินใน ER (Fast Track)
 - ๒.๒ บริการ Acute Care (หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด)
 - ๒.๓ ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดแบบไร้รอยต่อ (พรบ. สุขภาพจิต)

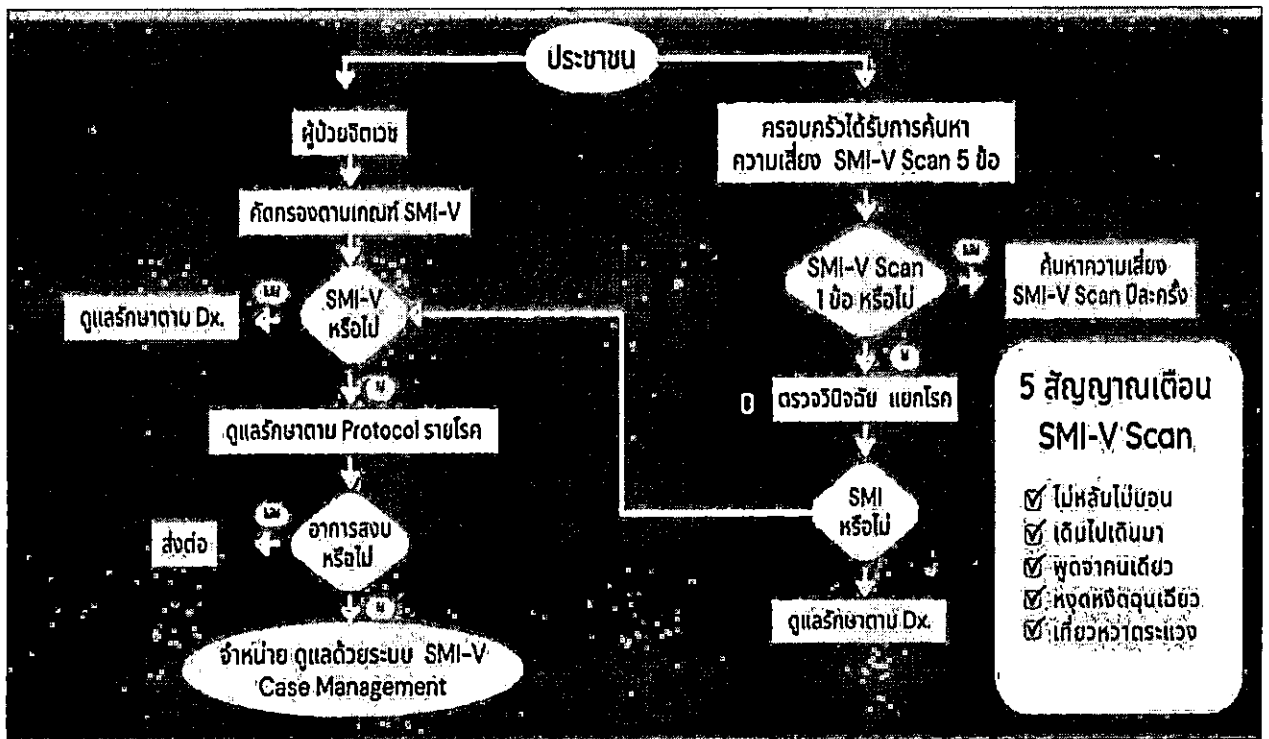
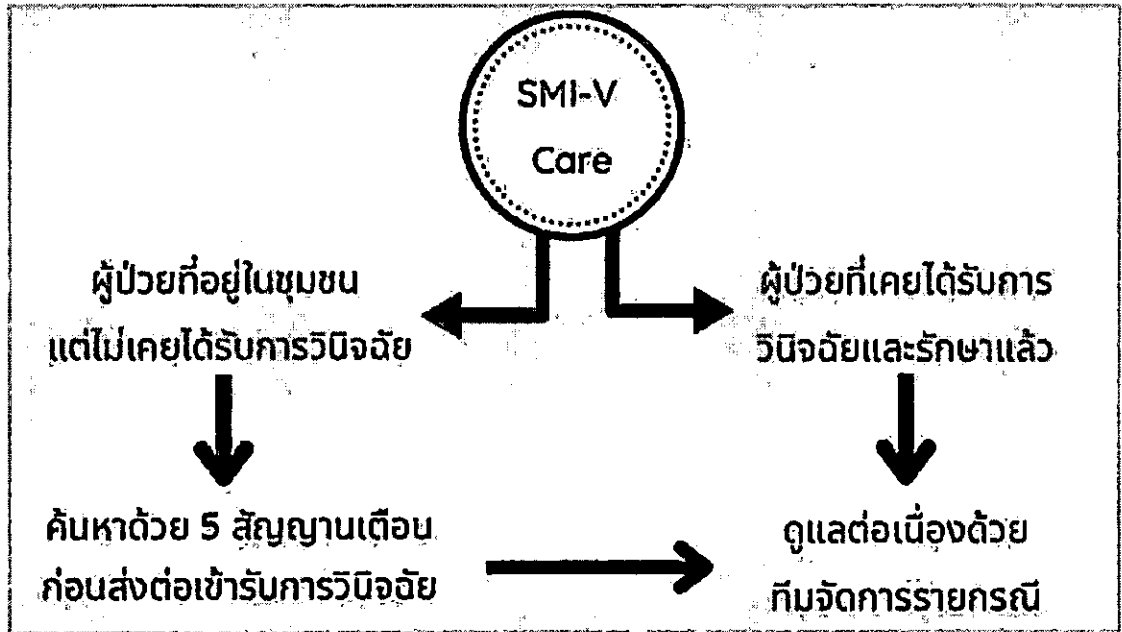
๓. Post-hospital

๓.๑ ดูแลต่อเนื่องในชุมชน (SMI-V Case management)

๓.๒ บริการจิตเวชฟื้นฟูในชุมชน (CBR)

๓.๒ แนวความคิด

การบูรณาการความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อาศัยแนวคิดกระบวนการค้นหาผู้ที่เข้าข่ายสงสัยในชุมชน (SMI-V Scan) และ การจัดการรายกรณี (SMI-V case management) ในการวางแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด



๓.๓ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

๑. ข้อเสนอในการดำเนินงานการบูรณาการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้เกิดความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ควรมีการร่วมมือของเครือข่ายในจังหวัดอุบลราชธานี อาทิ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยในการดำเนินงานการบูรณาการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จังหวัดอุบลราชธานี จำเป็นต้องอาศัยแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ PAOR มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ ๑ การวางแผน (Plan) เป็นการเริ่มต้นด้วยการสำรวจปัญหาที่ต้องการให้มีการแก้ไขโดยผู้เกี่ยวข้องร่วมกันวางแผน มีการสำรวจสภาพการณ์ของปัญหาว่าปัญหาที่ต้องการแก้ไขคืออะไร ปัญหานั้นเกี่ยวข้องกับใครบ้าง วิธีแก้ไขต้องปฏิบัติอย่างไร การแก้ไขต้องมีการแก้ไขในเรื่องใดบ้าง ผ่านกระบวนการวิเคราะห์สภาพการปัญหา เพื่อเป็นแนวทางในการหาโครงสร้างของปัญหาอย่างมีระบบ ทบทวนแง่มุมปัญหากับผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะทำให้เห็นปัญหาอย่างชัดเจน

ขั้นที่ ๒ การปฏิบัติ (Action) เป็นการนำเอาปัญหาที่ผ่านการตกลงร่วมกันในขั้นวางแผนมาดำเนินการอย่างระมัดระวังและควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดของสถานการณ์เวลานั้นได้ ด้วยเหตุนี้แผนปฏิบัติการที่ดีจะต้องมีลักษณะเป็นเพียงแผนชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องให้ผู้ปฏิบัติการสามารถปรับเปลี่ยนตามเงื่อนไขและปัจจัยที่เป็นอยู่ในขณะนั้น

ขั้นที่ ๓ สังเกตการณ์ (Observe) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป ด้วยการสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรค การดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติการตามแผนว่ามีสภาพหรือลักษณะเป็นอย่างไร การสังเกตการณ์ที่ดีจะต้องมีการวางแผนล่วงหน้า โดยจะต้องมีขอบเขต เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

ขั้นที่ ๔ การสะท้อนผล (Reflect) เป็นการประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการ ปัญหา หรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติการ รวมทั้งประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ การสะท้อนกลับจะอาศัยกระบวนการกลุ่มในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ จึงประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย จะเป็นวิธีการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทางดั้งเดิมไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่ ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทบทวนและปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการในกระบวนการศึกษาต่อไป

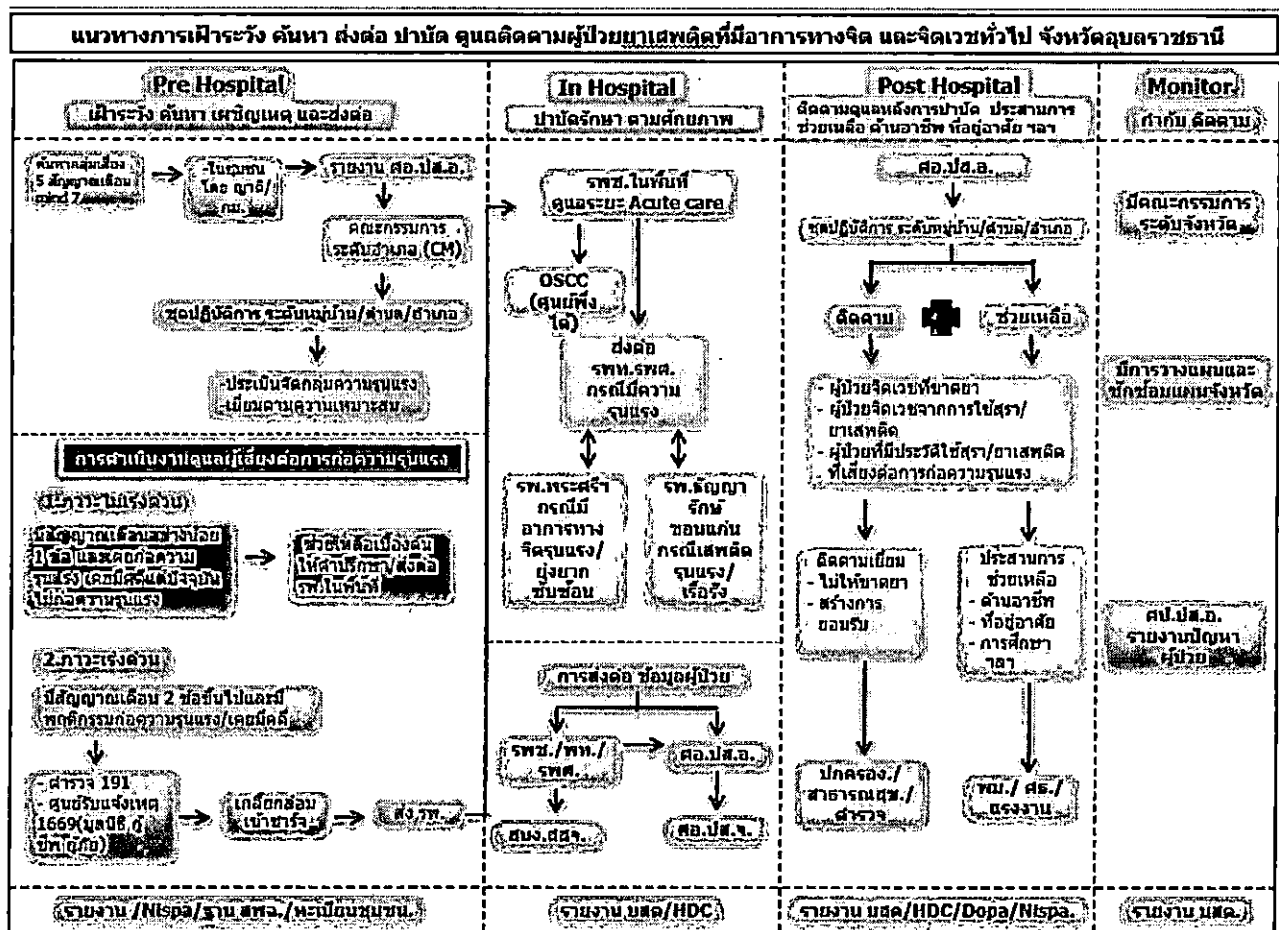
๒. ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นได้จากการศึกษาการดำเนินงานการบูรณาการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จังหวัดอุบลราชธานี สามารถเกิดขึ้นได้จากปัญหาความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ที่อาจมีข้อขัดข้องในการดำเนินการ อาจนำไปสู่การดูแลที่ไม่ทันต่อเหตุการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้น เช่น การช่วยเหลือในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรงต่อตนเองและต่อผู้อื่น รวมไปถึงการก่ออาชญากรรมในลักษณะต่าง ๆ ที่ทีมช่วยเหลืออาจจะไม่สามารถช่วยเหลือได้ทันถ่วงที

๓.๔ แนวทางแก้ไข

ดำเนินการทำความเข้าใจกับ ๑๕ หน่วยงานที่ได้รับการถ่ายทอดนโยบายจากหน่วยงานต้นสังกัด เพื่อจัดทำคำสั่งการดำเนินงาน และประสานงานการขับเคลื่อน โดยหน่วยงาน ๑๕ หน่วยงานที่สำคัญ ประกอบด้วย

๑. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดย สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
๒. กรมสุขภาพจิต
๓. กรมการแพทย์
๔. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
๕. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๖. กรมควบคุมโรค
๗. สำนักปลัดกระทรวงมหาดไทย
๘. กรมการปกครอง
๙. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
๑๐. สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๑๑. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
๑๒. กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ
๑๓. กรมประชาสัมพันธ์
๑๔. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๑๕. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีช่องทางการเชื่อมต่อการทำงานในทุกมิติ จังหวัดอุบลราชธานีควรดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงตามแนวคิดการดำเนินงานที่กล่าวมาแล้ว ด้วย Flow chart ที่มีรายละเอียดดังนี้



๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ทราบรูปแบบการดำเนินงานการบูรณาการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จังหวัดอุบลราชธานี
๒. ทราบการแนวทางการพัฒนารูปแบบการบูรณาการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จังหวัดอุบลราชธานี
๓. ยกระดับทางเลือกการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จังหวัดอุบลราชธานี

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. กลุ่มเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด และผู้ป่วยจิตเวช ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น ในหมู่บ้าน/ชุมชน ร้อยละ ๘๐
๒. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และส่งต่อเข้าระบบเพื่อการดูแลร้อยละ ๙๐
๓. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) มีความพึงพอใจในการบูรณาการการขับเคลื่อนการดูแลร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ)

(นางรัชนิพร เชื้อสระคู)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) 10 / มกราคม / 2567

ผู้ขอประเมิน

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๑). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัท พรอสเพอริสพลัสจำกัด
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. (๒๕๕๖). คู่มือดูแลทางจิตเวช สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๐). แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ระดับ รุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน (Super Specialist Service: SSS) สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัท วิคทอเรียอิมเมจ จำกัด.
- หวาน ศรีเรือนทอง และคณะ. (๒๕๕๙). การพัฒนาแบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงใน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, ๖๑(๓):๒๕๓-๒๖๖.
- Fazel, S., Långström, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. (๒๐๐๙). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *Jama*, ๓๐๑ (๑๙), ๒๐๑๖-๒๐๒๓.
- United States Department of Health and Human Services. (๒๐๑๒). Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. National Survey on Drug Use and Health. ICPSR๓๔๙๓๓-v๓. Ann Arbor, MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research [distributor], ๒๐๑๕-๑๑-๒๓. [https://doi.org/ ๑๐.๓๓๘๘๖/ICPSR๓๔๙๓๓.v๓](https://doi.org/10.3๓๘๘๖/ICPSR๓๔๙๓๓.v๓)

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ ข้าราชการพิเศษ)

๑. เรื่อง พัฒนาการดำเนินงานสถานที่ทำงานที่น่าอยู่ นำทำงาน สู่สมดุลชีวิต (องค์กรแห่งความสุข)

๒. หลักการและเหตุผล

ความหมายของ “สถานที่ทำงานที่น่าอยู่ นำทำงาน”

สถานที่ทำงานที่น่าอยู่ นำทำงาน หมายถึง สถานที่ทำงานที่มีการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของคนทำงานทุกคน ไม่ว่าจะเป็นผู้ประกอบกิจการ ผู้ปฏิบัติงาน หรือผู้มารับบริการ รวมทั้งจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เกิดความสุขภาพ สบายใจในการทำงาน

แนวทางการดำเนินงาน “สถานที่ทำงานที่น่าอยู่ นำทำงาน” ในสถานประกอบกิจการ มีดังนี้

๑. กำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยผู้บริหารขององค์กร พร้อมทั้งตีตราประกาศให้คนทำงานทุกคนรับทราบ

๒. กำหนดกฎระเบียบในการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพและความปลอดภัย เช่น ห้ามสูบบุหรี่ และห้ามดื่มสุราในสถานที่ทำงาน เป็นต้น

๓. ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของคนทำงานทุกคน ในการพัฒนาสถานที่ทำงานให้เป็นสถานที่ทำงานที่น่าอยู่ นำทำงาน เช่น สนับสนุนให้เกิดกลุ่มกิจกรรม หรือชมรมต่าง ๆ เป็นต้น

๔. ร่วมกันพัฒนาสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีและความปลอดภัย รวมทั้งการควบคุมมลพิษด้านต่าง ๆ จากกระบวนการทำงาน หรือกระบวนการผลิต เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อคนทำงาน และชุมชนโดยรอบ

๕. จัดกิจกรรมหรือโครงการจัดการสิ่งแวดล้อม และการส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆ ตามความต้องการของสถานที่ทำงานนั้นๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของคนทำงานทุกคน เช่น โครงการ ๕ ส, โครงการสถานที่ทำงานปลอดภัย, โครงการโรงงานสีขาว, โครงการรณรงค์เพื่องดสูบบุหรี่ สุรา หรือสารเสพติด, โครงการอาหารเพื่อสุขภาพ, โครงการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ, โครงการวางแผนครอบครัว/ อนามัยแม่และเด็ก, โครงการทันตสุขภาพ และโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตในการทำงาน เป็นต้น

๖. ประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อร่วมกันดำเนินการส่งเสริมให้คนทำงานมีสุขภาพที่ดี ทั้งกายและใจ

๗. มีการติดตาม ตรวจสอบการดำเนินงาน หากพบปัญหาต้องดำเนินการแก้ไขและทบทวนตลอดเวลา เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

หลัก ๔ ประการ (สะอาด ปลอดภัย สิ่งแวดล้อมดี มีชีวิตชีวา) สู่การเป็น “สถานที่ทำงานที่น่าอยู่ นำทำงาน”

๑. “สะอาด” เป็นจุดเริ่มต้นของการปรับปรุงสถานที่ทำงานโดยสามารถนำหลักการ ๕ ส (สะอาด สะดวก สะอาด สุขลักษณะ และสร้างนิสัย) มาประยุกต์ใช้ได้ ประกอบกับการจัดการแบ่งพื้นที่อย่างเหมาะสม เป็นสัดส่วน มีการจัดเก็บวัสดุอุปกรณ์อย่างเป็นระเบียบเรียบร้อย มีการจัดการห้องสุขา และการควบคุมสัตว์และแมลงนำโรคอย่างเหมาะสม เป็นต้น

๒. “ปลอดภัย” เป็นการสร้างความมั่นใจต่อการทำงาน เพราะหากเราสามารถทำให้สถานที่ทำงานมีความปลอดภัย ทั้งในด้านอาคาร สถานที่เครื่องจักร เครื่องมือ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน จะส่งผลให้คนทำงานเกิดความเชื่อมั่น และไม่มีความวิตกกังวลในระหว่างการทำงาน

๓. “สิ่งแวดล้อมดี” เป็นการสร้างความเชื่อมั่นต่อสถานที่ทำงานว่าเป็นสถานที่ที่ไม่ก่อให้เกิดมลพิษทั้งต่อสุขภาพของคนทำงาน และชุมชนโดยรอบ ด้วยการจัดการป้องกันและมีมาตรการลดผลกระทบสิ่งแวดล้อมทั้งในเรื่องมลพิษทางเสียง ฝุ่นละออง ความสั่นสะเทือน สารเคมี น้ำเสีย และมูลฝอย รวมถึงการจัดพื้นที่สีเขียว

๔. “มีชีวิตชีวา” เป็นการสร้างเสริมขวัญ กำลังใจ และความประทับใจต่อผู้ปฏิบัติงานด้วยการจัดกิจกรรมนันทนาการ การออกกำลังกายการบริโภคอาหารที่สะอาด ถูกสุขลักษณะตามหลักโภชนาการ และการส่งเสริมสุขภาพคนทำงานให้ปฏิบัติตนอย่างถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและคนทำงานมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันด้วย

๕. มีสมดุลย์ชีวิต สู่เป้าหมาย องค์กรแห่งความสุข

Healthy Workplace Happy for Life

happy ๘ หรือความสุข ๘ ประการ เป็นความสุขที่ทำให้คนเราเกิดสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตน ภายใต้ความเชื่อที่ว่า คน คือ หัวใจขององค์กร การสร้างคนที่มีความสุขให้อยู่ร่วมกัน จะเกิดเป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy workplace) โดยสำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กรได้นำเสนอแนวคิดองค์กรแห่งความสุข ว่าต้องประกอบด้วยความสุข ๘ ประการ (HAPPY ๘) ประกอบด้วย

Happy Body (สุขภาพดี) คือ สุขภาพแข็งแรงทั้งกายและจิตใจ มาจากการที่รู้จักใช้ชีวิต รู้จักกิน รู้จักนอน ชีวิตมีสุข เหมาะสมกับเพศ เหมาะสมกับวัย เหมาะสมกับสถานการณ์ เหมาะสมกับฐานะทางการเงิน

Happy Heart (น้ำใจงาม) ในองค์กรสิ่งที่เราจำเป็นที่สุดในการที่มนุษย์จะอยู่กับคนอื่นได้ต้องมีน้ำใจ คิดถึงคนอื่น มีน้ำใจเอื้ออาทรต่อกันและกัน คนเราเอาแต่ตัวเองอยู่คนเดียวไม่ได้ ต้องรู้จักการแบ่งปันอย่างเหมาะสม ต้องรับบทบาทของเจ้านาย บทบาทของลูกน้อง บทบาทของคุณพ่อ บทบาทของคุณแม่ กับผลสิ่งต่าง ๆ ที่จะเข้ามาในชีวิต

Happy Relax (การผ่อนคลาย) ต้องรู้จักการผ่อนคลายกับสิ่งต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต เมื่อชีวิตในการทำงานเครียดต้องมีวิธีผ่อนคลายในการทำงาน ขณะเดียวกันการใช้ชีวิตส่วนตัวก็ต้องรู้จักผ่อนคลายเช่นเดียวกัน เป็นการสร้างสมดุลชีวิต

Happy Money (ใช้เงินเป็น) การที่สามารถจัดการรายรับรายจ่ายของตนเองได้ คือ การใช้เงินเป็น มีเงินรู้จักเก็บรู้จักใช้เป็นที่ให้พอดี มีชีวิตที่เหมาะสมกับตนเอง วันนี้นักปฎิเสธเรื่องการเป็นหนี้ไม่ได้ การเป็นหนี้การใช้จ่ายที่เหมาะสมกับสถานะที่ตนเองหามาได้ ทุกคนต้องมีการบริหารจัดการรายรับและรายจ่ายของตนเอง และครอบครัว ต้องรู้จักการทำบัญชี หรือว่าถ้าเป็นระดับครอบครัว เรียกว่าบัญชีครัวเรือน

Happy Brain (หาความรู้) มนุษย์เราอยู่ได้ด้วยการศึกษาหาความรู้พัฒนาตัวเองตลอดเวลาจากแหล่งต่าง ๆ นำไปสู่การเป็นมืออาชีพเพื่อให้เกิดความมั่นคงก้าวหน้าในการทำงาน หรือพูดง่าย ๆ คือ เรียนเพื่อรู้ มีปัญญาก้าวหน้าในชีวิต ทั้งหมดนี้มาจากคำว่ามืออาชีพ มืออาชีพหมายถึงว่า คนเรา มนุษย์เราทุกคนต้องมีความรู้ในงาน มีความรับผิดชอบ มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง มีระเบียบวินัยตรงต่อเวลา และสอนคนอื่นได้ในงานที่ตนรู้จักคือต้องเป็นครูที่พร้อมจะสอนให้ความรู้กับคนอื่น

Happy Soul (การมีคุณธรรม หิริ โอตตัปปะ) หิริ โอตตัปปะ คุณธรรมเบื้องต้นพื้นฐานของการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ในสังคม ในการทำงานเป็นทีม คือ หิริ โอตตัปปะ ความละเอียดและเกรงกลัวต่อการกระทำของตนเอง โดยเฉพาะการกระทำที่ไม่ดี คนดี มีความศรัทธาต่อศาสนา มีศีลธรรมในการดำเนินชีวิต มีคุณธรรม มีความซื่อสัตย์ มีความสามัคคี และมีความเอื้ออาทรช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ย่อมนำความสุขสู่องค์กร

Happy Family (ครอบครัวที่ดี) มี ครอบครัวที่อบอุ่นและมั่นคงให้ความสำคัญกับครอบครัวเป็นกำลังใจที่ดีในการทำงาน เพราะครอบครัวเป็นเหมือนภูมิคุ้มกันเป็นกำลังใจ ในการที่เราจะสามารถเผชิญกับอนาคตหรืออุปสรรคในชีวิตได้ ทำให้เรามุ่งมั่นในการทำใช้ชีวิตเราดีขึ้น ฉะนั้นครอบครัวเข้มแข็ง สังคมก็ย่อมมั่นคงเสมอ

Happy Society (สังคมดี) หมายรวมถึงสองมิติ คือ สังคมในที่ทำงานกับสังคมนอกที่ทำงาน มนุษย์ทุกคนต้องมีความรักสามัคคีเอื้อเฟื้อต่อสังคมที่ตนเองทำงานและพัก อาศัย มีสังคมและสภาพแวดล้อมที่ดี

เป้าหมายองค์กรแห่งความสุข Happy for Life สู่สมดุลชีวิตการทำงาน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ เรื่องราวของความสำเร็จ (Success Story) การขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ของหน่วยงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี บทสรุปผู้บริหารในการพัฒนาและขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข

แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข มุ่งเน้นการพัฒนา “สู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” โดยใช้โมเดลการพัฒนาประเทศที่เรียกว่า ประเทศไทย 4.0 (Thailand 4.0) กระทรวงสาธารณสุขจึงดำเนินการจัดระบบขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข เพื่อให้สอดคล้องกับกรอบงานและแผนงานยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ตลอดจนสอดคล้องกับบริบทสุขภาพคนไทยที่เปลี่ยนแปลง สังคมสิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง รวดเร็ว ดังนั้นยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) เป็นยุทธศาสตร์ที่มีความสำคัญด้านพัฒนาความสุขของคนทำงาน พัฒนาสถานที่ทำงานน่าอยู่มีความสุข (องค์กรแห่งความสุข) ภายใต้แนวคิด “คนดี มีคุณค่า มีความผาสุก” โดยให้ความสำคัญเรื่องการพัฒนากระบวนการกำลังคนด้านสุขภาพให้พอเพียง พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีสมรรถนะที่เหมาะสม เตรียมผู้บริหารในการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น พัฒนาองค์กรให้น่าอยู่ น่าทำงาน มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้เป็นเป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ สำหรับดัชนีชี้วัดองค์กรใช้เครื่องมือแบบประเมิน (Happy Public Organization :HPI) ส่วนดัชนีชี้วัดความผาสุกบุคลากร ใช้เครื่องมือแบบการประเมิน (Happinometer) ซึ่งวัดความสุขรายด้านของบุคลากร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้ให้ความสำคัญเรื่องการพัฒนากระบวนการกำลังคนด้านสุขภาพไปพร้อมๆกับการพัฒนาสุขภาพขององค์กรให้เป็นองค์กรแห่งความสุข ได้นำเครื่องมือ HPI มาประเมินสุขภาพองค์กร ซึ่งวัดและประเมินผล ๕ ด้าน ได้แก่ ๑. S = Success (ความสำเร็จ) ๒. A = administration (การบริหาร) ๓. B:Body & Mind (สุขภาพกาย-ใจ) ๔. A: Atmosphere (บรรยากาศ) และ ๕. I : Investment (การลงทุน) ซึ่งผลการประเมิน HPI ภาพรวมขององค์กรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีระดับคะแนนและภาพการดำเนินการจัดกิจกรรม รายละเอียดตามตารางและภาพประกอบดังต่อไปนี้

ตารางที่ ตารางแสดงร้อยละ ผลการประเมินสุขภาพองค์กร (HPI)

หัวข้อ	สสจ.อบ.	รพ.สปส.	รพ.วารินา	รพ.50 พรรษา	รพ.เดชอุดม	รพช.	สสจ./รพ.สต	ภาพรวม
Success/ ความสำเร็จ	๘๗.๓๙	๘๔.๘๗	๗๘.๑๓	๙๑.๘๘	๗๙.๔๖	๘๖.๗๖	๘๕.๑๑	๘๕.๐๘
Administration/การบริหาร	๗๘.๕๗	๗๘.๑	๕๘.๗๕	๖๔.๗๕	๕๕.๗๑	๖๓.๖๖	๗๐.๖๐	๖๕.๑
Body & Mind สุขภาพกาย-ใจ	๘๑.๓๕	๗๔.๒๓	๗๑.๕๓	๖๘.๓๓	๕๕.๖๓	๖๕.๘๘	๖๙.๓๙	๖๖.๔
Atmosphere/ บรรยากาศ	๙๐.๗๑	๗๕.๕๙	๖๘.๗๕	๗๐.๗๕	๕๗.๑๔	๗๐.๘๘	๗๖.๑๒	๗๐.๒๗
Investment/การลงทุน	๘๔.๘๒	๘๙.๔๖	๕๙.๓๘	๖๘.๓๓	๕๒.๕๖	๖๑.๗๗	๖๙.๑๘	๖๓.๕๔
ค่าเฉลี่ยสุขภาพภาพรวม	๘๔.๗๗	๘๐.๔๕	๖๗.๓๑	๗๒.๘๑	๕๕.๑	๖๙.๗๕	๗๔.๐๘	๗๐.๓๔

จาก ข้อมูลกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล พบว่าสำหรับดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) มีผู้ตอบแบบประเมินจำนวน ๑๑,๑๖๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๖.๘๖ ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด จำนวน ๑๒,๘๕๕ คน ผลการประเมินพบว่า ความสุขรายด้านสูงสุด ๓ อันดับแรก คือ ครอบครัวดี (Happy Family) ร้อยละ ๗๔.๒๙, จิตวิญญาณดี (Happy Soul) ร้อยละ ๗๔.๑๒ และ น้ำใจดี (Happy Heart) ร้อยละ ๗๓.๘๓ ส่วนผลการประเมินที่มีค่าคะแนนต่ำสุดคือ พบว่าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้คะแนนสูงสุด (ร้อยละ ๖๘.๕๗) รองลงมาคือหน่วยงานใน สสจ.(ร้อยละ ๖๖.๐๑) และหน่วยงานใน รพ.สต.(ร้อยละ ๖๕.๙๙)

๓.๒ แนวทางกิจกรรมการแก้ไขปัญหา และพัฒนาความสุขบุคลากร ได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

๑. Happy body (สุขภาพกายดี) ได้มีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย ทุกวันพุธ ตั้งแต่เวลา 15.00-16.30 น. ได้แก่ การเดินบาสโลบ, การปั่นจักรยาน, การเดินเร็วรอบสำนักงาน ในช่วงการระบาดของ COVID-19 ได้ปรับกลวิธีโดยการให้บุคลากร ยืดเหยียดร่างกายอย่างง่าย ในห้องทำงาน เพื่อป้องกันปัญหาความเครียด และอาการ Office Syndrome ซึ่งได้รับความร่วมมือจาก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ เป็นแกนนำในการรณรงค์ การตรวจ ATK คัดกรอง COVID ของบุคลากรในหน่วยงานทุกสัปดาห์ โดยทุกกลุ่มงานส่งตรวจบุคลากรที่เสี่ยง กลุ่มงานละ 5 คน รายงานผลให้กลุ่มงานควบคุมโรคทุกสัปดาห์ในนอกจากนี้ ได้จัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปี ในกลุ่มบุคลากรปีละ 1 ครั้ง โดยกลุ่มงานการแพทย์สุขภาพจิตและยาเสพติดเป็นแกนหลักในการดำเนินการ

๒. Happy relax (ผ่อนคลายดี) มิติด้านนี้เน้นเรื่องการจัดการความเครียดในตนเอง และความสามารถ ในการบริหารจัดการเวลาได้อย่างสมดุล จะเชื่อมโยงกับมิติด้านสุขภาพกายดี มิติด้านน้ำใจดี (Happy Heart) และจิตวิญญาณดี (Happy Soul) ได้แก่ กิจกรรมการออกกำลังกายทุกวันพุธ การประเมินความเครียดอย่างง่าย การฝึกหัวเราะ, การทำบุญตักบาตรในวันสำคัญทางพุทธศาสนา หรือเข้าร่วมฟังเทศน์หรืองานทำบุญตามวัดในพื้นที่อำเภอเมือง มีหนังสือแจ้งเวียนหรือประชาสัมพันธ์หรือจัดโดยกลุ่มงานที่ได้รับมอบหมายในองค์กร เป็นต้น

๓. Happy Heart (ด้านน้ำใจดี) มิติด้านนี้เน้นการแสดงออกซึ่งความรู้สึกเอื้ออาทร ห่วงใยคนรอบข้าง ซึ่งในองค์กร มีไลน์กลุ่มรวมพลคน สสจ. ไว้สำหรับสื่อสาร บอกกล่าวระหว่างกันทุกเรื่อง เช่น วันเกิดการเจ็บป่วย การเสียชีวิต และกรณีอื่นๆที่เอื้อประโยชน์ในการแสดงน้ำใจ ไม่ตรีต่อกัน นอกจากนี้มิตินี้ยังเน้นถึงการสร้างคุณประโยชน์ให้กับสังคม ส่งเสริมบุคลากรที่เป็นจิตอาสาด้าน COVID มอบใบประกาศส่งเสริม ความดี ความเสียสละของบุคลากร การพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย น่าอยู่ น่าทำงาน ซึ่งองค์กร สสจ.อุบลราชธานี ได้ดำเนินการหลายอย่าง เช่น การจัดห้องทำงานเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการติด COVID -19 การปรับพฤติกรรมเรื่องการรับประทานอาหารของบุคลากร การคัดแยกขยะ การลดใช้ถุงพลาสติก การปลูกต้นไม้รักษาสิ่งแวดล้อม การร่วมรณรงค์ใช้ปิ่นโตมารับประทานอาหาร ดำเนินการโดยกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัยฯ การจัดห้องทำงาน การพัฒนาสิ่งแวดล้อมไม่ให้ปนเปื้อนแหล่งแพร่ของโรค การส่งเสริมเยาวชนให้เป็น คนดี คนเก่ง สร้างประโยชน์ต่อสังคมตามโครงการ TO BE NUMBER ONE การรณรงค์งดเหล้า บุหรี่ และสิ่ง เสพติด โดยกลุ่มงานการแพทย์สุขภาพจิตและยาเสพติด เป็นต้น

๔. Happy Soul (จิตวิญญาณดี) มิติด้านนี้จะเชื่อมโยงกับมิติด้านน้ำใจดี (Happy Heart) ดำเนินการให้ มีกิจกรรม ได้แก่ กำหนดให้มีการทำบุญตักบาตรทุกเช้าวันศุกร์ที่ ๓ ของเดือน หรือเข้าร่วมงานบุญตามวัด ในพื้นที่ต่างๆ ตามหนังสือแจ้งเวียนหรือประชาสัมพันธ์, การสนับสนุนบุคลากรอบรมหลักสูตรศีล ๕ หรือกิจกรรม อื่นๆด้านศาสนา คุณธรรม จริยธรรม ตามหนังสือแจ้งเวียนที่ประชาสัมพันธ์ทุกกลุ่มงาน ได้เชิญวิทยากร ผู้ทรงคุณวุฒิ จากหลายส่วนมาเป็นวิทยากรถ่ายทอด “บทบาทการเป็นพี่เลี้ยง MOPH และการสร้างคนดีให้ สังคม” ให้กับเครือข่ายงานองค์กรแห่งความสุข โดยดำเนินการต่อเนื่อง ๒ ปีที่ผ่านมาในช่วงเดือน พฤษภาคม ๒๕๖๓ และเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๔ เป็นต้น

๕. Happy Family (ครอบครัวดี) มิติด้านนี้จะเน้นถึงการให้เวลากับครอบครัว การมีกิจกรรมกับ ครอบครัวของตนเอง กล่าวได้ว่า การปฏิบัติงานในองค์กร ไม่ได้อยู่เวรเป็นรอบ ๘ ชั่วโมงเหมือน ในโรงพยาบาล หรือการดำเนินงานด่วนจะมีเข้ามาเป็นระยะ ไม่ตลอดเวลา ดังนั้นการจัดสรรหรือบริหารเวลา ให้กับครอบครัวของตนเองจะยังคงจัดสรรเวลาหรือมีกิจกรรมปฏิบัติร่วมกับครอบครัวได้เสมอ

๖. Happy Society (สังคมดี) มิติด้านนี้ดูรายละเอียดเรื่องการมีความสุขในสังคม ความปลอดภัย ในทรัพย์สินของตนเอง การปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับ ดังนั้นองค์กรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี จะปฏิบัติตามกฎระเบียบที่ตั้งไว้ ได้แก่ การมาบันทึกลายนิ้วมือ (Scan ลายนิ้วมือ) ทุกเข้าก่อนเข้า ทำงาน, ส่งเสริมวัฒนธรรมการแต่งกาย การใส่เสื้อทีมขององค์กรตามวันที่กำหนด เช่น วันจันทร์ สวมใส่ชุด ข้าราชการหรือฟอร์มสาธารณสุข วันอังคารสวมใส่ชุดผ้ากบับหรือนิยมไทย วันพุธและศุกร์ ชุดนิยมไทยวัน พุธที่สบดี ชุดนิยมไทยผ้าลายขอ เป็นต้น ซึ่งยึดปฏิบัติตามที่ได้รับหนังสือแจ้งเวียนจากส่วนกลาง

๗. Happy Brain (ใฝ่รู้อัจฉริยะ) มิติด้านนี้ดูรายละเอียดด้านการพัฒนาความรู้ใหม่ สำหรับการพัฒนาตนเอง หรือพัฒนาทักษะความสามารถของตนเอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีการพัฒนาทักษะและ องค์กรความรู้ให้กับบุคลากรทุกกลุ่มงาน เช่น หลักสูตรการพัฒนาผู้บริหารระดับต้น, ระดับกลาง, การอบรมโลก ดิจิทัล 4.0 ด้านระบบข้อมูล เป็นต้น และยังรวมถึงการสร้างกลุ่ม Line ได้แก่ Line HRD Clinic Ubon ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล เพื่อใช้ประชาสัมพันธ์ หรือสื่อสารเรื่องข่าวสารต่างๆ ที่เกี่ยวกับข้อมูล ความรู้ หลักสูตร การอบรม การเรียน ที่เป็นปัจจุบันเพื่อให้การประสานงานเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็วและเป็น ปัจจุบันที่สุด และสนับสนุนบุคลากรให้มีการพัฒนางานวิชาการวิจัย R2R การแก้ไขปัญหาในงาน ให้ขวัญ กำลังใจบุคลากรที่มีผลงานโดดเด่นได้รับรางวัลในแต่ละระดับ กระตุ้นบุคลากรให้ทำการประเมินผลงาน(อวช.) ตามรอบและเน้นการพัฒนาผลงาน อวช.ให้มีคุณภาพ (Smart อวช) โดยมีคณะกรรมการฯอ่านและคัดกรองงาน วิชาการเพื่อให้มีคุณภาพสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในงานได้

๘. Happy Money (สุขภาพเงินดี) สำหรับมิติด้านนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการขับเคลื่อนเพื่อตอบรับกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมด้วย โดยดำเนินการชี้แจง รายละเอียดธนาคารที่ร่วม MOU กับกระทรวงสาธารณสุข และรับหน้าที่เชื่อมต่อและประชาสัมพันธ์ อำนาจ ความสะดวกต่างๆตลอดจนรายละเอียดต่างๆระหว่างธนาคารกับบุคลากรที่สนใจ เมื่อมีการชี้แจงรายละเอียดที่เป็นปัจจุบัน จากกระทรวงสาธารณสุขหรือจากธนาคารต่างๆในเรื่องดอกเบี้ย การผ่อนชำระหนี้ ของบ้านที่อยู่อาศัย การฝากเงิน การทำประกันรถยนต์ หรือการใช้โปรโมชันของโทรศัพท์มือถือ และได้จัดโครงการ ประชาสัมพันธ์ นำร่อง เรื่องการเพิ่มรายได้ ให้กับเจ้าหน้าที่ในองค์กร คือ การขายของตลาดออนไลน์ และ เปิดตัวตลาดสร้างสุข ขายผักสด การขายเสื้อผ้า และการขายผลไม้ หรือดอกไม้ตามฤดูกาล เป็นต้น นอกจากนี้ มีการเพิ่มขวัญกำลังใจ ให้กับผู้เกษียณอายุราชการ ในการติดตามขอรับเงินเพิ่ม เบี้ยหวัด บำเหน็จ บำนาญ บำนาญพิเศษ บำเหน็จตกทอด ของข้าราชการ หรือลูกจ้าง กรณีปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ประกาศใช้ กฎอัยการศึก โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้รับหนังสือ เรื่องการตรวจสอบ และทบทวนการปฏิบัติงานใน เขตพื้นที่ที่ประกาศใช้กฎอัยการศึก ระหว่างวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ – ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ จาก ข้าราชการที่เกษียณ ฯ จำนวน ๓ ราย และลาออก ๑ ราย ดำเนินการตรวจสอบแล้ว พบว่า ไม่มีการบันทึกช่วง ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในขณะนั้นในแฟ้มประวัติข้าราชการ (ก.พ.๗) ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการนับเวลา ราชการทวีคูณ จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการฯร่วมตรวจสอบข้อเท็จจริง กรณีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ ที่ประกาศใช้กฎอัยการศึก ในช่วงเวลาดังกล่าว และดำเนินการให้ได้รับเงินบำนาญเพิ่มทุกคน สำหรับข้าราชการ ที่รอเกษียณอายุราชการ ก็ได้ดำเนินการให้ได้รับการเพิ่มเงินบำนาญอีกจำนวน ๓๗ ราย

๓. Happy Work Life (Happy Plus) การงานดี สำหรับมิติด้านนี้จะดูรายละเอียดโดยรวมทั้งหมดของ สิทธิสวัสดิการ ค่ารักษาพยาบาล ค่าเสี่ยงภัยโควิด-๑๙ ค่าเล่าเรียนบุตร หรือสิ่งที่จะได้รับในการปฏิบัติงาน ส่งเสริมบุคลากรให้มีความผูกพันต่อองค์กร ส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างเพื่อนร่วมงานเพื่อให้เกิด ความสุข ในการประสานงานและปฏิบัติงานร่วมกัน นอกจากนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีได้ ให้ความสำคัญกับเรื่องสวัสดิการ และสิทธิประโยชน์ที่บุคลากรในองค์กร พึงได้รับอย่างเป็นธรรม ซึ่งการ พิจารณาอยู่ในหลักการและเหตุผลที่มีเกณฑ์การประเมินหรือกฎหมายร่วมด้วย

๓.๓ ข้อเสนอแนะ

- ๑) ปรับปรุงพัฒนาสถานที่ทำงานน่ายุ่ น่านำทำงาน ยกกระดับสู่ความสมดุลชีวิต
- ๒) บูรณาการในระหว่างกลุ่มงาน/ฝ่าย แผนก ต่างในองค์กร มีแผนงาน/โครงการ หรือกิจกรรม เช่น การฝากเงิน สวัสดิการ ชมรมจิตอาสา ชมรมจริยธรรม
- ๓) มีระบบงานฐานข้อมูล บุคคล และสิ่งแวดล้อม มีการวางแผน ใช้เทคโนโลยีทันสมัยมาในการปฏิบัติงาน เช่น ศูนย์ราชการสะอาด
- ๔) องค์กรมีการวิเคราะห์องค์กรแห่งความสุข เป้าหมายร่วมกัน ลำดับความสำคัญของงาน ตรวจสอบประเมิน ตนเอง
- ๕) มีการประเมินความเสี่ยงสภาพแวดล้อมในการทำงานบุคลากร ตามกฎหมายอาชีวอนามัยและโรคจากการทำงาน
- ๖) พัฒนาขับเคลื่อนนโยบายสู่องค์กรสมรรถนะสูง

๓.๔ กลยุทธ์การพัฒนาสถานที่ทำงาน น่ายุ่ น่านำทำงาน สู่องค์กรแห่งความสุข มีการวิเคราะห์ Swot analysis จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนา อุปสรรค แล้วต่อยอดด้วยแนวคิดทฤษฎี TOWS Matrix TOWS Matrix คือ เครื่องมือเชิงกลยุทธ์ที่ใช้สร้างกลยุทธ์ใหม่ขึ้นมาตามสภาพแวดล้อมปัจจุบันขององค์กรทั้ง ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่ได้มาจากการทำ SWOT Analysis ซึ่งการวิเคราะห์ TOWS Matrix จะเป็นการจับคู่ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกเหล่านั้นแล้ววิเคราะห์เพื่อสร้างกลยุทธ์ใหม่ขึ้นมา

การวิเคราะห์ TOWS Matrix จะทำให้ได้กลยุทธ์ออกมา ๔ รูปแบบ ตามการจับคู่ระหว่างปัจจัยภายใน (Internal Factors) และปัจจัยภายนอก (External Factors) ที่วิเคราะห์ได้จาก SWOT Analysis ได้แก่ กลยุทธ์ เชิงรุก กลยุทธ์เชิงแก้ไข กลยุทธ์เชิงรับ และกลยุทธ์เชิงป้องกัน

- ๑) กลยุทธ์เชิงรุก (SO) เกิดจากการจับคู่ของ Strength กับ Opportunity (จุดแข็งกับโอกาส)
- ๒) กลยุทธ์เชิงแก้ไข (WO) เกิดจากการจับคู่ของ Weakness กับ Opportunity (จุดอ่อนกับโอกาส)
- ๓) กลยุทธ์เชิงรับ (ST) เกิดจากการจับคู่ของ Strength กับ Threat (จุดแข็งกับอุปสรรค)
- ๔) กลยุทธ์เชิงป้องกัน (WT) เกิดจากการจับคู่ของ Weakness กับ Threat (จุดอ่อนกับอุปสรรค)

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ มีกลยุทธ์และแผนงาน โครงการสถานที่ทำงานน่ายุ่ น่านำทำงาน สู่การเป็นองค์กรสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระยะสั้น ระยะกลาง ระยะยาว

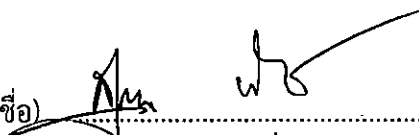
๔.๒ หน่วยงานมีแนวทางในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย กำหนดนโยบาย วางแผนเป้าหมาย ตามวัตถุประสงค์ขององค์กร และเจ้าหน้าที่ทุกระดับ

๔.๓ มีการปรับปรุงพัฒนา งานกิจกรรม ๕ ส ระบบขั้นตอนการทำงาน ระบบข้อมูลข่าวสารวิชาการ ตัวชี้วัด องค์กรแห่งความสุข โดยการบูรณาการ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๕.๑ การนำองค์กรที่ชัดเจนของผู้บริหาร และการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Formulation) มีการกำหนดนโยบายและการสนับสนุนอย่างเพียงพอ
- ๕.๒ การแปลงนโยบายสู่แผนการปฏิบัติ (Strategic Implementation)
- ๕.๓ การกำกับติดตาม การประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ (Strategic Measurement and Evaluation) ตามมาตรฐานคุณภาพงาน
- ๕.๔ มีส่วนร่วมความคิดสร้างสรรค์ และการทำงานเป็นทีม (Creative Team Work) ในสถานที่ทำงาน องค์กร
- ๕.๕ มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคิดเห็นและการบูรณาการความร่วมมือในการทำงานภายในองค์กร

(ลงชื่อ)



(นายสุรทิน ทมอินทร์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

๒๕ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระยะเวลา ทำการศึกษาตั้งแต่ เดือน สิงหาคม ๒๕๖๖ ถึง เดือนธันวาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease หรือ Stroke) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของระบบหลอดเลือดในสมองที่เกิดขึ้นกะทันหันส่งผลให้สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง อันมีสาเหตุมาจากการตีบ ตันหรือแตกของหลอดเลือดสมอง การประเมินอาการของโรคหลอดเลือดสมองแบบรวดเร็ว (Fast Stroke) ได้ดังนี้ กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงทำให้เกิดอาการใบหน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว น้ำลายไหลออกจากมุมปากข้างที่ตก (Face) อาการแขน ขาอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง (Arm) อาการพูดลำบากพูดไม่ชัดและนึกคำพูดไม่ออก (Speak) และระยะเวลา (Time) เมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันควรให้รีบนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลโดยด่วนและต้องได้รับการรักษาภายใน 4.5 ชั่วโมง เพื่อจะได้ช่วยรักษาชีวิตหรือฟื้นฟูให้กลับมาเป็นปกติได้ทันท่วงที อย่างไรก็ตามหากความผิดปกติทำให้เกิดระบบประสาททำงานบกพร่อง อาการเหล่านี้คงอยู่ยาวนานเกิน 24 ชั่วโมง เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิต (Wood D,2018)

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ มีดังนี้

๑. หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบได้ประมาณ ๘๐% หลอดเลือดสมองอุดตันเกิดได้จากลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นในบริเวณอื่นไหลไปตามกระแสเลือดจนไปอุดตันที่หลอดเลือดสมอง หรืออาจเกิดจากมีลิ่มเลือดก่อตัวในหลอดเลือดสมอง และขยายขนาดใหญ่อุดตันหลอดเลือดสมอง ส่วนสาเหตุของหลอดเลือดสมองตีบอาจเกิดจากการสะสมของไขมันในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบ มีความยืดหยุ่นและมีประสิทธิภาพในการลำเลียงเลือดลดลง

๒. หลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) พบได้ประมาณ ๒๐% ของโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากหลอดเลือดมีความเปราะบางร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้บริเวณที่เปราะบางนั้นโป่งพองและแตกออก หรืออาจเกิดจากหลอดเลือดเสียความยืดหยุ่นจากการสะสมของไขมันในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดปริแตกได้ง่าย ซึ่งอันตรายมากเนื่องจากทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงอย่างฉับพลันและทำให้เกิดเลือดออกในสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

สามารถพบอาการได้หลายรูปแบบ ขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เกิดการขาดเลือดหรือถูกทำลาย โดยอาการที่สามารถพบได้บ่อย ได้แก่

๑. อาการอ่อนแรง หรือมีอาการอัมพฤกษ์ที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยมักมักเกิดกับร่างกายข้างใดข้างหนึ่ง เช่น ครึ่งซีกด้านซ้ายเป็นต้น

๒. อาการชา หรือสูญเสียความรู้สึกของร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่นเดียวกับกับอาการอ่อนแรงที่มักเกิดกับร่างกายครึ่งซีกใดครึ่งซีกหนึ่ง

๓. มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด เช่น พูดไม่ได้ พูดติด เสียงไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด

๔. มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่น เดินเซ หรือมีอาการเวียนศีรษะเฉียบพลัน

๕. การสูญเสียการมองเห็นบางส่วน หรือเห็นภาพซ้อน

อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ในบางกรณีอาจเกิดเป็นอาการเตือนเกิดขึ้นชั่วขณะหนึ่งแล้วหายไปเอง หรือเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร เรียกว่าภาวะมีสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack) ซึ่งพบได้ประมาณ ๑๕%

สาเหตุทำให้เกิด โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

๑. อายุที่มากขึ้น เพราะความเสื่อมของหลอดเลือดสมองมีมากขึ้นตามอายุ

๒. โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

๓. โรคเบาหวาน เพราะจะทำให้หลอดเลือดสมองแข็งตัว ส่งผลให้หลอดเลือดตีบตัน

๔. โรคไขมันในเลือดสูง จะส่งผลให้หลอดเลือดแข็งตัวและเกิดการตีบ

๕. สูบบุหรี่เป็นประจำ

๖. การดื่มสุรา

๗. โรคอ้วน

อาการเฉียบพลันของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง ซึ่งเกิดได้ทั้งจากการที่หลอดเลือดตีบตัน หรือแตก ส่งผลให้เซลล์สมองตายในที่สุด ทำให้เกิด ๔ อาการเกิดขึ้นกับร่างกาย โดยสามารถแทนด้วยอักษรภาษาอังกฤษว่า FAST ซึ่งแสดงถึงอาการเฉียบพลันของโรคได้สมชื่อ โดยอาการเหล่านั้นได้แก่

F = Face เวลายิ้มพบว่ามุมปากข้างหนึ่งตก

A = Arms ยกแขนข้างใดข้างหนึ่งไม่ขึ้น

S = Speech มีปัญหาในการพูด แม้ประโยคง่ายๆ ก็พูดออกมาได้อย่างติดขัดจนฟังไม่รู้เรื่อง

T = Time หากเกิดอาการต่างๆ เหล่านี้ขึ้น ให้รีบไปโรงพยาบาลโดยด่วน และต้องได้รับการรักษาภายใน ๓ ชั่วโมง เพื่อจะได้ช่วยรักษาชีวิตหรือฟื้นฟูให้กลับมาเป็นปกติ หรือใกล้เคียงคนปกติให้ได้มากที่สุด

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยการผ่าตัด และการทำกายภาพบำบัด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏคือ นับอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไปเป็นเกณฑ์และเป็นวัยผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ ผู้สูงอายุตามคำจำกัดความของมติสมัชชาโลกองค์การสหประชาชาติ ซึ่งมีสมาชิกจากประเทศต่างๆ โดยประชุมที่นครเวียนนา ประเทศออสเตรียเมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๕ ให้ความหมายคำว่า ผู้สูงอายุว่าหมายถึง บุคคลที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป และใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก ดังนั้นใครก็ตามเมื่อมีอายุถึง ๖๐ ปี ก็ถือว่าเข้าสู่ ความเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้จำแนกวัยของผู้สูงอายุตามระดับอายุ ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ ผู้สูงอายุวัยเริ่มต้น (อายุ ๖๐-๗๐ ปี) ในวัยนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีสุขภาพอนามัย ที่อยู่ในสภาพช่วยตัวเองได้และเปี่ยมไปด้วยประสบการณ์ชีวิต จึงสามารถที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม โดยเฉพาะ การดูแลผู้สูงอายุในวัยอื่น ๆ โดยผ่านโครงสร้างกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ หรือโครงสร้างหลักทางสังคมอื่น ๆ

กลุ่มที่ ๒ ผู้สูงอายุในวัยกลาง (อายุ ๗๐-๘๐ ปี) ผู้สูงอายุในวัยนี้กว่าครึ่ง ยังมีสภาพทางสุขภาพที่ช่วยตัวเองได้ กิจกรรมที่ควรส่งเสริมได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลด้านอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน โดยผู้สูงอายุในวัยเริ่มต้น และบุตรหลานจะเป็นผู้ดูแลนอกเหนือจากการดูแลตนเอง

กลุ่มที่ ๓ ผู้สูงอายุวัยสุดท้าย (อายุมากกว่า ๘๐ ปีขึ้นไป) ผู้สูงอายุวัยนี้ไม่ว่าจะอยู่ในสถานที่ใดหรือแม้ ในครอบครัว จะมีความรู้สึกกดดันทางจิตใจที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ต้องทนต่อสภาวะเสื่อมถอยของสุขภาพ ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะต้องได้รับการดูแลจากผู้สูงอายุในวัยอื่น ๆ และบุตรหลาน ที่สำคัญที่จะต้องไม่ละเลย คือ การดูแลทั้งกายและจิตใจ ๔ ลักษณะ ดังนี้

๑. ความสูงอายุดังปฏิทินอายุ (chronological aging) หมายถึง การสูงอายุดังการใช้อายุตามกาลเวลาเป็นเครื่องบอกอายุ

๒. ความสูงอายุดังสภาพร่างกาย (biological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพ และหน้าที่การทำงานของร่างกายอย่างมาก จากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดน้อยลง

๓. ความสูงอายุดังสภาพจิตใจ (psychological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้ แนวคิด ความจำ สติปัญญา การแก้ปัญหา ลักษณะบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะต่าง ๆ ของชีวิตแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น

๔. ความสูงอายุดังสภาพสังคม (sociological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว ชุมชน ในหน้าที่การงาน เกณฑ์การพิจารณาผู้สูงอายุโดยให้พิจารณาจาก อายุจริงที่ปรากฏ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และ การเปลี่ยนแปลง บทบาททางสังคมสรุป ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปี ขึ้นไป ถือว่าเข้าสู่ความเป็นผู้สูงอายุ แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยเริ่มต้น อายุ ๖๐-๗๐ ปี กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง อายุ ๗๐-๘๐ ปี และกลุ่มผู้สูงอายุวัยสุดท้าย อายุมากกว่า ๘๐ ปีขึ้นไป

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๓ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) (ต่อ)

ระบบสุขภาพชุมชน หมายถึง ระบบที่ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สัมพันธ์กันที่ทำให้เกิด สุขภาวะของประชาชนในชุมชนโดยความร่วมมือกันของสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีสุขภาพดีทุกมิติ โดยชุมชนเป็นเจ้าของและเป็นผู้ดำเนินการร่วมกับท้องถิ่นและหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ (สถาบันวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน (สพช.), ๒๕๕๘)

องค์ประกอบและบทบาทของกลุ่มต่างๆ ในระบบสุขภาพชุมชน

ในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนนั้นจะต้องใช้ชุมชนเป็นฐาน ดึงเอากลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย

๑. กลุ่มหรือองค์กรประชาชน หมายถึง องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนหรือภาคเอกชนที่มีการรวมตัวกันเป็นกลุ่ม ชมรม สมาคม มูลนิธิ หรือองค์กรที่เรียกชื่ออื่นตั้งแต่ ๕ คน ขึ้นไป ซึ่งเป็นการรวมตัวกันดำเนินกิจกรรมโดยมีวัตถุประสงค์ไม่แสวงหาผลกำไร ทั้งนี้จะเป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ได้ ตัวอย่างเช่น แกนนำพัฒนาชุมชน คณะกรรมการต่างๆ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ชมรม/ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน กลุ่มหนุ่มสาว สภาดังและเยาวชน กลุ่มอาชีพและวิสาหกิจชุมชน (กลุ่มเกษตรกรผู้เลี้ยงไก่ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มจักสานงานฝีมือ กลุ่มเกษตรกรอินทรีย์ ฯลฯ) หรือชมรม/ กลุ่มแพทย์พื้นบ้าน เป็นต้น

๒. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง องค์กรบริหารส่วนตำบล เทศบาล หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้ง โดยร่วมกับทีมผู้บริหารในท้องถิ่นเช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น

๓. องค์กรด้านสุขภาพ หมายถึง หน่วยบริการ ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ เช่น หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) โรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งหน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งมีการกีดกันการสาธารณสุขโดยตรงแต่มีได้เป็นสถานบริการหรือหน่วยบริการ ได้แก่ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ส่วนสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เป็นต้น

๔. หน่วยงานอื่น หมายถึง หน่วยงานที่มีได้มีภารกิจด้านการสาธารณสุขโดยตรงแต่อาจดำเนินกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคได้ในขอบเขตหนึ่ง เช่น โรงเรียน สถาบันการศึกษา วัด หรือ ศาสนสถานของศาสนาต่างๆ เป็นต้น

๕. องค์กรทางวิชาการ เช่น สถาบันวิชาการ มหาวิทยาลัยรวมทั้งหน่วยงานที่มีบทบาทการศึกษาวิจัยพัฒนาองค์ความรู้ซึ่งมีบุคลากรที่ทำงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

๓.๔ ความรู้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วยทฤษฎีย่อย ๓ ทฤษฎี คือ (Orem, ๑๙๘๓) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self - care) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of Self - care Deficit) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

๓.๔.๑ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self - care)

อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่างๆ ทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง โดยอธิบายมโนทัศน์สำคัญได้แก่ มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self -care) มโนทัศน์เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self -care agency) มโนทัศน์เกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self - care demand) มโนทัศน์เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๔ ความรู้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม (ต่อ)

เคลื่อนไหวได้บางส่วน ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง ๓) ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติกรดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ระบบการพยาบาลทั้ง ๓ ระบบ โดยมีวิธีการกระทำได้ใน ๕ วิธีดังนี้ ๑. การกระทำให้หรือกระทำแทน ๒. การชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้ ๓. การสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายาม และป้องกันไม่ให้เกิด ความล้มเหลว ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย ๓ ขั้นตอนดังนี้ (Dennis, ๑๙๙๗) ขั้นตอนที่ ๑ ขั้นวินิจฉัยและพรรณนา (Diagnosis and Prescription) เป็นขั้นตอนที่ระบุถึงความพร่องในการดูแลตนเอง โดยมีขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการในการดูแลตนเองทั้ง ๓ ด้านรวมทั้งปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง แล้วจากนั้นจะพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถกับความต้องการการดูแลตนเองเพื่อบ่งชี้ถึงภาวะพร่องในการดูแลตนเอง และเขียนข้อวินิจฉัย ขั้นตอนที่ ๒ ขั้นวางแผน (Design and Plan) เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องเมื่อทราบถึงความพร่องในการดูแลตนเองแล้ว จากนั้นจะทำการเลือกระบบการพยาบาลที่เหมาะสม แล้วนำมาวางแผนโดยมีการกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Expected Outcome) และกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ขั้นตอนที่ ๓ ขั้นปฏิบัติการพยาบาลและควบคุม (Regulate and Control) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำกิจกรรมไปลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมาย คือการบรรลุความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (TSCD) และในตอนนี้ยังรวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่ และปกป้องหรือพัฒนาความสามารถหรือไม่ และนำข้อมูลย้อนกลับเข้าสู่การประเมินสภาวะอีกครั้ง

๓.๕ ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีระบบ (System Theory) เป็นกรอบในการพัฒนาการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน ผู้ป่วย และผู้ดูแล ที่ทำให้เกิดความสมดุลในปัจจัยและเรื่องราวต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาลโดยมีคำถามก่อนอื่นว่า “ปัจจัยอะไรที่ต้องมีการจัดการก่อน” เพื่อเป็นส่วนสนับสนุนเกื้อกูล ปัจจัยเหล่านี้เรียกว่า “ปัจจัยนำเข้า” การทำให้เกิดลำดับขั้นตอนของการพัฒนางานที่ดี เรียกว่า “กระบวนการ” สำหรับผลที่ส่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและผู้ป่วย เรียกว่า “ผลผลิตและผลลัพธ์” และส่วนที่ทำให้เกิดการตรวจสอบในระบบ เรียกว่า “ข้อมูลย้อนกลับ” ซึ่งทั้งหมดเป็นวงจรการขับเคลื่อนของทฤษฎีระบบ ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ๔ ส่วน ดังนี้

๑. ปัจจัยนำเข้า (Inputs) ซึ่งในที่นี้หมายถึงรวมถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ๑) นโยบาย เป็นส่วนสำคัญในการกำหนดทิศทางการดำเนินงาน ๒) เป็นทรัพยากรสำคัญที่ขับเคลื่อนให้มีการดำเนินงานตามเป้าหมาย ๓) วัสดุอุปกรณ์ เป็นเครื่องมือเครื่องใช้ในกระบวนการดำเนินงาน ๔) งบประมาณ ๕) เทคโนโลยีและสารสนเทศ

๒. กระบวนการ (Processes) เป็นขั้นตอนการพัฒนาระบบและการนำระบบสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ของระบบ

๓. ผลผลิตและผลลัพธ์ (Outputs and Outcomes) เป็นผลที่เกิดขึ้นจากระบบ เป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำผลลัพธ์มาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๕ ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีระบบ (System Theory) (ต่อ)

๔. ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เป็นการให้ข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับผลผลิตหรือกระบวนการขององค์กรในการกำหนดปัจจัยนำเข้า และปรับปรุงกระบวนการ ในการดำเนินการครั้งต่อไป ทฤษฎีระบบเป็นกรอบในการพัฒนางานที่ช่วยให้ผู้พัฒนาดำเนินงานอย่างเป็นระบบ การดำเนินงานสามารถกำหนดกิจกรรมที่จะปฏิบัติก่อน - หลัง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ที่ดีต่อประชาชนและผู้ป่วย

๓.๖ ความรู้เกี่ยวกับ ๗ aspect of care

หลักการ ๗ aspect of care ในการนำมากำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ถือเป็นหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ในการนำมาใช้ในการพัฒนาบริการพยาบาลเพื่อตอบสนองกับปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งหลักการ ๗ aspect of care มีรายละเอียดดังนี้

๑. การประเมินผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (Assessment) ดังต่อไปนี้

๑.๑ การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการอย่างถูกต้อง ครบถ้วนทันทีที่ได้รับไว้ในความดูแล การติดตามเฝ้าระวังและการประเมินปัญหา/ ความต้องการอย่างต่อเนื่องตลอดการดูแล จนกระทั่งจำหน่ายจากการดูแล

๑.๒ การรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแล/ การพยาบาลที่กำหนด และข้อมูลนั้นมีคุณภาพเพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแล รวมทั้งเพียงพอต่อการประเมินผลการพยาบาล

๒. การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ (Symptom Distress Management) หมายถึง การช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ ทั้งอาการรบกวนด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อาการที่คุกคามชีวิตและอาการรบกวนความ สุขสบาย เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การช่วยหายใจ การบรรเทาอาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ วิตกกังวล กลัว เป็นต้น

๓. การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety) ดังต่อไปนี้

๓.๑ การจัดการให้ผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี รังสี ความร้อน แสงและเสียง โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่างๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการผูกมัด การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

๓.๒ การจัดการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ และอุปกรณ์จำเป็นที่ใช้เพื่อการรักษาพยาบาลให้มีเพียงพอ พร้อมใช้ในภาวะฉุกเฉิน มีความปลอดภัยในการใช้งานกับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากอุปกรณ์ไม่พร้อมหรือไม่ปลอดภัย

๓.๓ การจัดการ การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานหรือแนวทางที่ กำหนดเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการทำงาน

๔. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล (Prevention of Complication) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลใดๆ ที่เป็นไปเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย แต่ละรายหรือ แต่ละกลุ่มโรค/ อาการ รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของการ รักษาด้วย เช่น การป้องกัน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๑ หลักการและเหตุผล (ต่อ)

การเข้าสู่สังคมสูงอายุกระทบต่อการพัฒนาประเทศและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทย ในระยะยาวทั้งด้านงบประมาณ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวม ซึ่งตามมาด้วยปัญหาสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs: Non-Communicable Diseases) ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและประเทศไทยก็เช่นกัน ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากข้อมูลของ ศูนย์วิจัยกสิกรไทยประเมินว่า จำนวนประชากรผู้สูงอายุไทยที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีในระดับปานกลางชั้นบน น่าจะมีสัดส่วนไม่ถึงร้อยละ ๒๐ ของจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ส่วนที่เหลือประมาณร้อยละ ๘๐ อาจมี รายได้เฉลี่ยต่อปีในระดับปานกลางลงล่าง ในขณะที่เดียวกันการใช้จ่ายของกลุ่มผู้สูงอายุน่าจะมีแนวโน้มขยายตัว เฉลี่ยมากกว่าร้อยละ ๕ ต่อปี หรืออาจอยู่ที่ไม่ต่ำกว่า ๓๕๐,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี โดยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะมี สัดส่วนเพิ่มสาเหตุจากการเสื่อมสมรรถภาพของร่างกายและความเจ็บป่วยจากโรค โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, ๒๕๖๔)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular Disease) เป็นโรคที่มีสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๓ รองจากโรคมะเร็ง และโรคปอดอักเสบ ถือเป็นปัญหาเฉียบพลันและวิกฤตในผู้สูงอายุ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีและเหมาะสมจะส่งผลต่อชีวิตและความพิการ อยู่ในภาวะพึ่งพิงสูง ส่งผลกระทบหลายด้าน (World Health Organization(WHO),๒๐๒๑) ประเทศไทยพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองแต่ละปีมากกว่า ๒๓,๐๐๐ ราย โดยความชุกของโรคจะสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง และสูงขึ้นอย่างชัดเจนในผู้ที่อายุมากกว่า ๖๐ ปี ทั้งนี้โรคหลอดเลือดสมองนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญลำดับต้น ๆ ที่คุกคามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุมีประมาณร้อยละ ๑.๒๙ และพบอัตราตายมากถึงร้อยละ ๒๑ หรือคิดเป็น ๔๗ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ โรคหลอดเลือดสมอง ยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ทำให้ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งนอกจากคุณภาพชีวิตที่ย่ำแย่แล้วยังแสดงให้เห็นถึงภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพส่วนบุคคลที่เพิ่มขึ้นด้วย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพและทันท่วงที กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ขึ้น โดยมีกรอบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายบริการภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิทุติยภูมิตติยภูมิและศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงเข้าด้วยกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้และหลงเหลือความพิการน้อยที่สุด ดำรงชีวิตอยู่ได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งต้องได้รับการบริหารอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานบริหารสาธารณสุข, ๒๕๖๐)

จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น ๒๗๘,๘๘๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๑๙ จากประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๑๘,๔๔๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๔.๙๓ ของ ประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดในจังหวัด (HDC อุบลราชธานี, ๒๕๖๖) ที่ผ่านมามีการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง กลุ่มผู้สูงอายุได้รับดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งทุกโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี มีการเปิดให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ การดำเนินงานดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยการบริหารจัดการโดยทีมสหวิชาชีพที่ต้องวางแผนให้สอดคล้องและเชื่อมโยงการดูแลในทุกมิติทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การติดตาม และการฟื้นฟูสุขภาพ ตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย และหลังป่วย แต่การดำเนินงาน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๒. กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาระบบฯ เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพ ๒ กลุ่มได้แก่

๑) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ดำเนินการในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในพื้นที่อำเภอ นำร่อง ๑๑ อำเภอ ประกอบด้วย ๑) อสม. ๒) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver; CG) ๓) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager; CM) ๔) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Community Care Giver; CCG) ๕) ตัวแทนผู้สูงอายุ ๖) ญาติที่ดูแลผู้สูงอายุ ๗) ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ ๘) ตัวแทนเจ้าหน้าที่กู้ชีพประจำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่

๒) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบบริการสุขภาพดำเนินการในระดับอำเภอและหน่วยบริการทุติยภูมิ สำหรับการสนทนากลุ่ม ๑๒ คน ได้แก่ ๑) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ๒) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ๓) เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน (๑๖๖๙) ๔) บุคลากรผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ๕) ตัวแทนบุคลากรผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ จาก สสอ. และ รพ. สด. ในพื้นที่ ๔ คน และ ๖) บุคลากรสาธารณสุขจาก สสจ. อุบลราชธานี อีก ๓ คน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ และผู้รับผิดชอบงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

๔.๔ ขั้นตอนหลักการดำเนินการ

๔.๔.๑ ดำเนินการวิจัยเป็น ๓ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ ระยะเตรียมการ ศึกษาบริบทระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดอุบลราชธานี

ระยะที่ ๒ ขั้นดำเนินการวิจัย การสร้างและการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดอุบลราชธานี ภายใต้แนวคิด Kemmis & McTaggart (๑๙๘๘) ๔ ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ ๑ การวางแผน (Planning)

๑.๑ สร้างและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดอุบลราชธานี

๑.๒ ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบ (Action Plan)

ขั้นที่ ๒ การปฏิบัติการ (Action) นำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติ โดยจัดกิจกรรมดังนี้

๑. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน เช่น การจัดตั้งคณะทำงาน การตั้งชุมชนจัดการตนเองฯ การคิดนโยบายชุมชน กิจกรรมก่อนเกิดเหตุ (เช่น การค้นหากลุ่มเสี่ยง การส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค การสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัย การส่งเสริมศักยภาพผู้เกี่ยวข้อง การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้) กิจกรรมระหว่างเกิดเหตุ (การขอความช่วยเหลือ ๑๖๖๙, การ CPR, การนำส่งด้วย EMS) กิจกรรมเมื่อผู้ป่วยกลับมาดูแลที่บ้าน (การเยี่ยมบ้าน การเฝ้าระวัง การให้ความรู้ การติดตามอาการ)

๒. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เช่น การดูแลรักษาผู้ป่วยใน รพช >> ศูนย์/ทั่วไป >> excellent center >> Post care เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน

๓. การพัฒนาระบบข้อมูล การเก็บข้อมูล การติดตามข้อมูล การใช้ข้อมูลในการขับเคลื่อน

๔) การติดตามการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ๑) การส่งเสริมป้องกันโรค (promotion & prevention) ๒) การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) ๓) การดูแลในโรงพยาบาล (in-hospital care) ๔) ระบบส่งต่อ (interfacility transfer) ๕) การดูแลหลังออกโรงพยาบาล (post-hospital care)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๔ ขั้นตอนหลักการดำเนินการ (ต่อ)

๔.๔.๔ การประเมินผล โดยการสำรวจข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การประมวลผลจากระบบฐานข้อมูล Data center จังหวัดอุบลราชธานี การคืนข้อมูลและถอดบทเรียน และประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ส่วนการประเมินผลระบบฯ ที่พัฒนาขึ้น เป็นการวัดการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ในช่วงเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม ๒๕๖๕ (ก่อนพัฒนาระบบ) เปรียบเทียบกับข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม ๒๕๖๖ (หลังพัฒนาระบบ) ในประเด็นการได้รับความรู้ การทราบช่องทางขอความช่วยเหลือ การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (๑๖๖๙) หรือมาด้วยรถ EMS (Emergency medical services) การได้รับยาละลายลิ่มเลือด Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ภายใน ๖๐ นาที และการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยได้รับการเยี่ยมบ้านจาก อสม. หรือ CG หรือบุคลากรสาธารณสุข

๔.๔.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล

๑) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

๑.๑) ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงพรรณนาโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

๑.๒) ประเมินคุณภาพการพยาบาลตาม หลักการ ๗ Aspects of care หน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ในการนำมาใช้ในการพัฒนาบริการพยาบาลเพื่อตอบสนองกับปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งหลักการ ๗ aspect of care มีรายละเอียดดังนี้

๑.๒.๑) Assessment คือ การประเมินผู้ป่วยเพื่อการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อสอดคล้องกับการรักษา

๑.๒.๒) Symptom distress management คือ การจัดการอาการรบกวนต่างๆ เช่น ความปวด

๑.๒.๓) Safety คือ การปฏิบัติตามมาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย และมีอุปกรณ์เพียงพอต่อการใช้งาน

๑.๒.๔) Disease specific clinical risk คือ การเฝ้าระวังความเสี่ยงเฉพาะโรค

๑.๒.๕) Continuing of care คือ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้มาตรฐาน

๑.๒.๖) Empowerment คือ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ หรือให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้

๑.๒.๗) Satisfaction คือ ความพึงพอใจ สัมพันธภาพและความเชื่อมั่นศรัทธาจากผู้ป่วย

๒) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย (Compare means) ภายในกลุ่มด้วยสถิติเชิงอนุมานคือ Paired Samples t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๕

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๕.๑.๑ ผลการศึกษาริบทการดำเนินงานระบบสุขภาพชุมชน และระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดอุบลราชธานี

๑) จำนวนและร้อยละประชากรผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานีและพื้นที่นำร่อง ๑๑ อำเภอ ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละประชากรผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานีและพื้นที่นำร่อง ๑๑ อำเภอ

อำเภอนำร่อง	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	ร้อยละ
จ.อุบลราชธานี	๓๖๑,๘๗๖	๑๘.๔๓
๑. อ.เขมราฐ	๑๔,๖๔๙	๑๔.๖๔๙
๒. อ.เดชอุดม	๓๑,๐๕๑	๘.๕๘
๓. อ.ตระการพืชผล	๒๕,๙๐๒	๗.๑๖
๔. อ.นาตาล	๗,๑๓๒	๑.๙๘
๕. อ.พิบูลมังสาหาร	๒๖,๑๓๙	๗.๒๒
๖. อ.ม่วงสามสิบ	๑๗,๔๒๖	๔.๘๒
๗. อ.เมืองอุบลราชธานี	๕๑,๕๑๖	๑๔.๒๔
๘. อ.วารินชำราบ	๓๔,๗๓๖	๙.๖๐
๙. อ.สว่างวีระวงศ์	๖,๒๐๕	๑.๗๑
๑๐. อ.สำโรง	๑๐,๑๒๒	๒.๘๐
๑๑. อ.สิรินธร	๘,๘๖๙	๒.๔๕
รวม: ๑๑ อำเภอนำร่อง	๒๓๓,๗๘๗	๖๔.๖๐

๒) ผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง ๒๒๐,๓๑๑ คน จากทั้งหมด ๒๗๒,๗๑๙ คน (ร้อยละ ๘๐.๗๘) พบความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๓,๗๕๕ ราย (ร้อยละ ๑.๘๐) บริบทการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ยังขาดการเชื่อมต่อบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วย Stroke ที่เป็นรูปธรรม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ (ต่อ)

๕.๑.๑ การส่งเสริมป้องกันโรค (promotion & prevention)

๑) คัดกรองประเมิน/ดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น วิเคราะห์ข้อมูลการคัดกรอง CVD Risk จาก HDC • แยกประเภทผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง • วางแผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

๒) ให้ความรู้และฝึกหมุดบ้านผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยใช้ AppSheet (สมาชิกฝึกได้ร้อยละ ๑๐๐.๐๐) (รพ.๕๐ พรรษาฯ)

๓) อบรมให้ความรู้แนวทางการจัดการเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

๔) พัฒนาศักยภาพ อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

๕) อบรม CPR/การประเมินความเสี่ยง

๖) ประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายในหมู่บ้านเพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักมากยิ่งขึ้นและเข้าถึงบริการที่เร็วขึ้น

๗) ป้ายประชาสัมพันธ์ Stroke STEMI และ Hip Fracture

๕.๑.๒ การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care)

๑) การให้บริการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ ร่วมกับหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินที่ประจำใน อปท.และมูลนิธิ

๒) การใช้ระบบ Smart ambulink และ Smart Refer

๓) ผลักดันให้มีรถกู้ชีพทุกตำบล

๕.๑.๓ การดูแลในโรงพยาบาล (in-hospital care) ตามหลัก ๗ Aspects of care

๕.๑.๔ ระบบส่งต่อ (interfacility transfer)

๕.๑.๕ การดูแลหลังออกโรงพยาบาล (post-hospital care)

ติดตามเยี่ยมบ้านโดย จนท. กลุ่มเสี่ยงสี่สี่ สี่แดง เดือนละ ๑ ครั้ง

๕.๑.๖ ผลการพัฒนาระบบฯ พบว่า

๑) ผู้สูงอายุได้รับความรู้ ทราบช่องทางขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน เข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้เร็วขึ้น และเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (P-value < ๐.๐๕) ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

๒) ผลการพัฒนาระบบฯ ตามหลักการ ๗ Aspects of care ดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ การพัฒนาระบบฯ ตามหลักการ ๗ Aspects of care

ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์
๑. Assessment การประเมินผู้ป่วย	-มีการคัดกรองประเมิน/ดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น -วิเคราะห์ข้อมูลการคัดกรอง CVD Risk จาก HDC แยกประเภทผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง วางแผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
๒. Symptom distress management คือ การจัดการอาการรบกวนต่างๆ เช่น ความปวด	-ร้อยละ ๕๐ ผู้สูงอายุที่มีอาการฉุกเฉิน Stroke เข้าถึง EMS -ร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วย Stroke ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๖๐ นาที -ร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วย Stroke ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๖๐ นาที

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ (ต่อ)

ตารางที่ ๓ ผลงานตามตัวชี้วัด การดำเนินงานระบบสุขภาพชุมชน และระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดอุบลราชธานี พื้นที่นำร่อง ๑๑ อำเภอ

ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์
๑. ร้อยละ ๘๐ ของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรค Stroke	ร้อยละ ๘๐.๗๘
๒. ร้อยละ ๘๐ ของผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสัญญาณเตือน และการร้องขอความช่วยเหลือ Stroke	รอบประเมิน
๓. ร้อยละ ๕๐ ผู้สูงอายุที่มีอาการฉุกเฉิน Stroke เข้าถึง EMS	ร้อยละ ๑๓.๕๒
๔. ร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วย Stroke ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๖๐ นาที	-
๕. อัตราตายของผู้ป่วย (รายใหม่) Stroke ร้อยละ ๗	ร้อยละ ๘.๐๑ (๑,๐๙๘ราย/ เสียชีวิต ๘๘ราย)
๖. อัตราการป่วยซ้ำของผู้สูงอายุ Stroke น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑๕	ร้อยละ ๒๐.๓๔ (๑,๑๑๖ ราย/ป่วยซ้ำ ๒๒๗)

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ มีระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดอุบลราชธานี เกิดจากการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน การพยาบาลตามระบบบริการ สอดคล้องตามหลักการ ๗ Aspects of care

๕.๒.๒ มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Pre-hospital care) ทั้ง Smart Ambulink และ Smart Refer ที่สามารถนำไปใช้ได้จริง

๕.๒.๓ มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Pre-hospital care) ทั้ง Smart Ambulink และ Smart Refer ที่สามารถนำไปใช้ได้จริง

๕.๒.๔ มี CPG โรค Stroke ที่สามารถใช้เป็นแนวทางการดูแลรักษาในสถานพยาบาล (In-hospital care)

๕.๒.๕ ระบบชุมชนที่เข้มแข็ง สามารถดูแลและจัดการตนเองและสมาชิกชุมชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง Stroke ได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดอุบลราชธานี ที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการดูแลอย่างไร้รอยต่อ เกิดนวัตกรรม ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถเอาระบบที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ ไปปรับใช้ในพื้นที่ตนเองได้

๖.๒ ระบบฯ ที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้รับการดูแลอย่างไร้รอยต่อ เกิดนวัตกรรม ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล สาธารณสุข ตลอดจนเครือข่ายชุมชนสามารถนำระบบฯ ที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ ไปปรับใช้ในพื้นที่ตนเองได้

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง ถือเป็นปัญหาเฉียบพลันและวิกฤตในผู้สูงอายุ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันเวลาที่และเหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อชีวิตและความพิการ อยู่ในภาวะพึ่งพิงสูง ส่งผลกระทบหลายด้าน การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน และระบบบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จึงต้องใช้ความรู้ และทักษะทางการแพทย์พยาบาล

๗.๒ ต้องบูรณาการความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ก่อให้เกิดความยุ่งยากซับซ้อน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้สูงอายุบางคนมีข้อจำกัดด้านร่างกาย เช่น ตามองไม่ชัด หูไม่ได้ยินเสีย และมีโรคประจำตัว การดำเนินกิจกรรมบางอย่างต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้สูงอายุ

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ควรมีการพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลในการตรวจประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๙.๒ ควรมีการศึกษาเชิงผลลัพธ์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้

๙.๓ ควรมีการทำกรวิจัยโดยการขยายเวลาในการศึกษาเป็นประมาณ ๖ เดือน ถึง ๑ ปี และวิเคราะห์ในส่วนของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอันตราย ที่ปกคลุมที่อยู่ไว้นั้นเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาทันเวลาหรือไม่ หรือผู้ป่วยสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

การนำเสนอผลงานวิจัย ความก้าวหน้าวิชาชีพพยาบาลในโครงการประชุมวิชาการเรื่องความก้าวหน้าและพัฒนาวิชาชีพพยาบาลในยุค BANI รุ่นที่๓ ประจำปี๒๕๖๖

โดยสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๖ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสายใจ นิปัจการสุนทร สัดส่วนผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

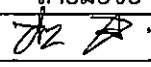
(นางสายใจ นิปัจการสุนทร)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ


(วันที่) ๑๐ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสายใจ นิปัจการสุนทร	
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

(วันที่) ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(.....)

(ตำแหน่ง)

(วันที่)/...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับ ข้าราชการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ๕ กลุ่มวัย

๒. หลักการและเหตุผล

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงจากปัจจัยภายนอกต่าง ๆ ได้แก่ด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี และทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพและวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนแทบทั้งสิ้น ทำให้สถานะสุขภาพของคนไทยเปลี่ยนไปจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อที่เรื้อรัง และมีภัยสุขภาพมากขึ้น โดยสาเหตุของปัญหาสุขภาพที่สำคัญพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลอย่างชัดเจน และสัมพันธ์กับบริบททางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้การจัดการกับปัญหาจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคีของบุคคลและองค์กรที่มีทรัพยากร ความรู้ ความเชี่ยวชาญ ในศาสตร์ต่าง ๆ รวมทั้งการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุม ดูแลปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพเพื่อช่วยให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) : การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการสร้างเสริม สนับสนุนด้านสุขภาพโดยให้บุคคลมีการปฏิบัติและการพัฒนาสุขภาพ ตลอดจนจัดการสิ่งแวดล้อม และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการหนึ่งที่ต้องอาศัยให้ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ซึ่งการจะเข้าถึงสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิตและสังคมนั้น บุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องสามารถระบุถึงสิ่งที่ต้องการบรรลุและสามารถบรรลุในสิ่งที่ต้องการได้รวมถึงสามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปได้ ทั้งนี้การกำหนดกลยุทธ์และแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพควรปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น และสอดคล้องกับบริบททางสังคมของพื้นที่นั้น ๆ ด้วย และจากกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย มุ่งหวังให้ประชาชนตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองหรือระบบสุขภาพ “สร้างนำซ่อม” และมีการเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวหลายประการ ตั้งแต่การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้คนไทยเข้าถึงสิทธิในการรับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน เกิดการทดลองกระจายอำนาจด้านสุขภาพโดยการถ่ายโอนสถานีนอนามัยไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เปลี่ยนสถานีนอนามัยทั่วประเทศเป็น “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)” เกิดการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่กลายเป็นแหล่งสนับสนุนการเคลื่อนไหวด้านการสร้างเสริมสุขภาพของทุกภาคส่วน รวมถึงการเปิดพื้นที่ให้ทุกภาคส่วนในสังคมในการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy: PHPPP) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ดังนั้น ทิศทางของระบบสุขภาพจึงมีความหลากหลาย เน้นให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยตระหนักในสุขภาพของตนเอง ลดปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยง ให้ความสำคัญกับสุขภาพในมิติที่กว้างกว่าการบริการทางการแพทย์ สร้างเสริมระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นบูรณาการการทำงานของภาคส่วนต่าง ๆ ในระบบสุขภาพเพื่อให้เกิดเอกภาพพัฒนาศักยภาพบุคลากรและหน่วยบริการในการรองรับสภาพปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไป และสร้างความ

เป็นธรรมชาติด้านสุขภาพแก่ประชาชนจากเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพข้างต้น กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขขึ้น โดยมีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ประเทศไทย ๔.๐ นโยบายรัฐบาล การปฏิรูปด้านสาธารณสุข ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) เพื่อถ่ายทอด และสร้างความเข้าใจร่วมกันในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้แก่ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมา หลายหน่วยงานในระดับพื้นที่ยังให้น้ำหนักกับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดที่ส่วนกลางกำหนดหรือของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหลัก และให้ความตระหนักถึงสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่แท้จริงในพื้นที่น้อย ซึ่งแสดงถึงการขาดการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ ทั้งนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากการขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ รวมถึงข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับจุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยต้าน แหล่งทรัพยากร ข้อมูลของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ จึงทำให้การกำหนดเป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์ แผนงาน และการนำแผนสู่การปฏิบัติจึงไม่อาจสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพ และบริบททางสังคมของพื้นที่ และมีการวิเคราะห์ตนเองขององค์กรเพื่อให้ทราบถึงจุดอ่อน จุดแข็ง ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยต้าน ทรัพยากร เป็นต้น รวมทั้งเปิดโอกาสให้ทุกคนในองค์กรได้มีส่วนร่วมในการวางแผนงานและพัฒนางานขององค์กรร่วมกัน และมีการสะท้อนผลการปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อนำไปสู่การพัฒนาต่อไป ซึ่งแนวคิดการพัฒนาดังกล่าวอาจต้องอาศัยแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องนำมาประยุกต์ใช้ อาทิเช่น การวิเคราะห์ SWOT ซึ่งเป็นเครื่องมือวิเคราะห์สภาพองค์กร หรือหน่วยงานในปัจจุบัน เพื่อค้นหาจุดแข็ง จุดเด่น จุดด้อย หรือสิ่งที่อาจเป็นปัญหาสำคัญในการดำเนินงานสู่สภาพที่ต้องการในอนาคต และการใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม Appreciation-Influence-Control (AIC) ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรในองค์กรได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับ ความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกขององค์กร รวมทั้งแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis&McTaggart ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observing) และการสะท้อนกลับ (reflecting) ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงการปฏิบัติงานที่ทันต่อเหตุการณ์ และสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ต้องการแก้ไขต่อไป ดังนั้น ผู้เสนอแนวคิดจึงขอเสนอแนวคิด เรื่องแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาแนวทางการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ และปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับบริบทขององค์กร โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในกลุ่มงาน ซึ่งจะเป็นโยบายในการพัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพต่อไป การมีสุขภาพดีของบุคคลเกิดจากการปรับพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตภายใต้ปัจจัยทางสังคม และ สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ซึ่งทั้งสองส่วนเป็นตัวกำหนดสุขภาพที่สำคัญต่อการใช้สุขภาพได้อย่างยั่งยืนของบุคคล อย่างไรก็ตาม ประชากรบางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงปัจจัยทางสุขภาพดังกล่าวได้ เนื่องจากข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ (economic) ภายภาพ (physical) หรือสังคม (social) ซึ่งนำไปสู่ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ รวมทั้งสถานการณ์และ ปัจจัยทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากร และส่งผลกระทบต่อปัจจัย ด้านสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinant of Health) โดยมีสถานการณ์สำคัญ และประเด็นท้าทายต่อ การสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้

๒.๑.๑ การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคม จากการวิเคราะห์ของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) คาดการณ์ว่าอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจของไทยจะมีอัตราลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ อัตราส่วนคนยากจนจะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางต่อการสูญเสียสุขภาพ อาทิ ผู้ที่มีรายได้น้อยมักได้รับ ผลกระทบจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่า เด็กในครอบครัวประสบปัญหาทุพโภชนาการมากกว่า และ มีความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มที่มีเศรษฐกิจฐานะสูง นอกจากนี้ โครงสร้างประชากรของสังคมไทยกำลังเปลี่ยนแปลงไปจากแนวโน้มการเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ส่งผลให้แรงงานลดลง ในขณะที่งบประมาณของรัฐในการจัดการสวัสดิการสังคมและ ความต้องการทรัพยากรด้านสาธารณสุขจะเพิ่มมากขึ้นซึ่งเป็นเหตุสำคัญของปัญหาทางสังคม เช่น การขาดความรู้ ในการดูแลผู้สูงอายุ ในครัวเรือน ความเหลื่อมล้ำ ทางดิจิทัล (digital divide) ปัญหาการเลือกปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ เป็นต้น

๒.๑.๒ การพัฒนาเมืองและสิ่งแวดล้อม สัดส่วนความเป็นเมืองและจำนวนประชากรในเขตเมืองของประเทศไทยยังอยู่ในระดับไม่สูง เมื่อเปรียบเทียบกับภาพรวมในระดับโลก แต่การพัฒนาความเป็นเมืองเชิงพื้นที่ ของประเทศไทย กลับมีการกระจุกตัวสูง ซึ่งส่งผลให้หลายเมืองหลักของไทยเผชิญความท้าทายด้านการจัดการ สภาพแวดล้อม และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เช่น การจัดการมลพิษ ระบบคมนาคม สิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้พิการ เป็นต้น รวมทั้งการบริการทางสาธารณสุขที่มีการกระจายของแพทย์ไม่ครอบคลุมโดยทรัพยากร ทางสาธารณสุขมีการกระจุกตัวอยู่ในพื้นที่ภาคกลาง โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร อีกทั้งผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง ของสภาพอากาศ (climate change) และภัยพิบัติทางธรรมชาติที่จะสร้างความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน และส่งผลเสียโดยตรงต่อสุขภาพของประชากรในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ

๒.๑.๓ การปรับเปลี่ยนสู่ยุคดิจิทัล (digital transformation) นวัตกรรมเทคโนโลยีใหม่ ๆ ส่งผลกระทบ รุนแรงจนถึงขั้นเปลี่ยนแปลงอย่างพลิกผัน (disruptive)ของผลิตภัณฑ์หรือบริการเดิม นำมาซึ่งพฤติกรรมทางสุขภาพ ของคนที่เปลี่ยนแปลงไป ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้สามารถสืบค้นและ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพต่างๆ ได้โดยสะดวก แต่ในทางตรงกันข้าม อาจทำให้ผู้ใช้เข้าถึงและหลงเชื่อในข้อมูลสุขภาพที่ผิด (fake) รวมถึงโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่หลอกลวงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มักขาด ทักษะด้านดิจิทัล นอกจากนี้ ภาครัฐได้นำช่องทางดิจิทัลมาเป็นสื่อในการส่งมอบบริการและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ในประเด็นต่าง ๆ รวมถึงด้านสุขภาพ ซึ่งอาจทำให้คนบางกลุ่มที่เข้าไม่ถึงเทคโนโลยีหรือไม่มีทักษะ เช่น ผู้มีรายได้น้อย เข้าไม่ถึงบริการภาครัฐไปด้วย

๒.๑.๔ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ และการสร้างเสริม สุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบางและผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่า ช่วงวัยอื่น อีกทั้งยังเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ ในระยะยาว ผู้หญิงและเด็กมีความเสี่ยงจากปัญหาความรุนแรงในครอบครัวสูงขึ้น ตลอดจนกลุ่มคนชายขอบที่มี ข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิ ข้อมูลสุขภาพ และบริการรักษาพยาบาลของรัฐ อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การแพร่ระบาด ดังกล่าวยังเป็นข้อพิสูจน์ถึงประสิทธิภาพและความเข้มแข็งของชุมชนต่อการรับมือการแพร่ระบาดในระดับพื้นที่ อีกด้วย

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

สำหรับแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีนั้น ผู้เขียนขอเสนอแนวคิดในการพัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis&McTaggartร่วมกับการวิเคราะห์ SWOT และเทคนิค

กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เพื่อใช้ในการจัดทำแผนงาน/ โครงการ/กิจกรรม ซึ่งเป็นประโยชน์ในการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานและปรับปรุงวิธีการดำเนินงาน ดังนี้
กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ตามวงจร PAOR ของ Kemmis และ McTaggart

๑. การวางแผน (planning) ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมาย และการวางแผนการดำเนินงาน ซึ่งมีวิธีการดังนี้

๑.๑ วิเคราะห์สภาพการณ์ขององค์กรโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ SWOT เพื่อให้ทราบถึงจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค ที่มีผลต่อการดำเนินงานของกลุ่มงาน เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบในการปรับปรุงแผนการดำเนินงานในปีต่อไป

๑.๒ การศึกษาสภาพการณ์ ทบทวนแผนการดำเนินงาน และผลการดำเนินงานของกลุ่มงาน จากข้อมูลสรุปผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา โดยพิจารณาว่าแผนการดำเนินงานที่ผ่านมาบรรลุตัวชี้วัดระดับแผนงานหรือไม่ และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานเทียบกับตามตัวชี้วัด เพื่อสรุปว่าผลการดำเนินงานด้านใดบ้าง ที่บรรลุเกณฑ์ตามตัวชี้วัด และผลการดำเนินงานด้านใดบ้างที่ไม่บรรลุผล

๑.๓ ดำเนินการจัดประชุมโดยการประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) โดยมีการเปิดโอกาสให้บุคลากรในกลุ่มงานได้เข้ามามีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น วิเคราะห์สาเหตุปัญหาการดำเนินงาน ที่ผ่านมา กำหนดความต้องการ ชักถามข้อสงสัย เรียนรู้ร่วมกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างหัวหน้างานและผู้รับผิดชอบงาน และกำหนดเป้าหมายที่ต้องการและทิศทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มงานและปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งทำให้ทราบถึงปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม รวมทั้งปัญหาอุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาแผนการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรมต่าง ๆ

๑.๔ นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากในข้อ ๑.๑- ๑.๓ เพื่อนำเข้าสู่การประชุมระดมสมองเพื่อร่วมกันจัดทำแผนงานของกลุ่มงาน รวมทั้งการกำหนดโครงการ/กิจกรรม ที่สอดคล้องกับแผนการดำเนินงาน และตัวชี้วัด

๒. การปฏิบัติการ (action) เป็นขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนงานหรือโครงการ ที่ได้จากการวางแผนร่วมกัน และต้องมีการติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะ ๆ

๓. ชั้นสังเกต (observation) เป็นขั้นตอนการควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล และสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น การประเมินผลระหว่างดำเนินการ โดยกำหนดผู้รับผิดชอบในการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เช่น ติดตามประเมินผลทุก ๑ เดือน หรือทุก ๆ ๓ เดือน เป็นต้น หรือมีการประชุมเพื่อทราบความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรค อาจมีการปรับแผนให้สอดคล้องกับสถานการณ์และความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน โดยอาจจะดำเนินการประเมินในลักษณะ การจัดประชุมติดตามงานโดยการใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม(A-I-C) หรือการประชุมกลุ่มย่อยตามลักษณะงาน/โครงการ/กิจกรรม หรืออาจจะให้พื้นที่/หน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการมีการประเมินตนเองเบื้องต้น เพื่อให้ทราบสถานการณ์การดำเนินงานของตนเองว่าเป็นไปตามแผนงานและบรรลุตัวชี้วัดหรือไม่

๔. การสะท้อนผล (reflection) เป็นขั้นตอนการประเมินผลสรุปเมื่อดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม เสร็จสิ้นตามกำหนดเวลา ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ผลของการปฏิบัติตามแผนงานหรือโครงการที่ได้ลงมือปฏิบัติแล้ว โดยอาศัยการคิดในเชิงวิพากษ์ของบุคลากรในกลุ่มงาน และผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจเป็นลักษณะการประชุมสรุปผลและการถอดบทเรียนการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อทบทวนและปรับปรุงแผนงาน/

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ) (ต่อ)

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ องค์กร/หน่วยงาน สามารถพัฒนาแผนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กรและปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

๔.๒ บุคลากรในองค์กร/หน่วยงาน มีส่วนร่วมในการวางแผนงาน/หาแนวทางปรับปรุงกลวิธีการดำเนินงาน ร่วมกัน และเกิดทักษะในการคิดวิเคราะห์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การกำหนดเป้าหมายและทิศทางการดำเนินงานร่วมกัน


๔.๓ เกิดกระบวนการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้ทราบถึงสภาพปัญหาและสามารถหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้ทันที่

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ แผนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กรและปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ มากกว่า ร้อยละ ๘๐

๕.๒ บุคลากรในองค์กร/หน่วยงาน มีส่วนร่วมในการวางแผนงาน/หาแนวทางปรับปรุงกลวิธีการดำเนินงาน ร่วมกัน และเกิดทักษะในการคิดวิเคราะห์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การกำหนดเป้าหมายและทิศทางการดำเนินงานร่วมกัน มากกว่าร้อยละ ๘๐

๕.๓ มีการนิเทศติดตามติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

(ลงชื่อ) 
(นางสายใจ นีปัจการสุนทร)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(วันที่) ๑๐ มกราคม ๒๕๖๗
ผู้ขอประเมิน

๔. ด้านการบริการ(ต่อ)

๔.๓ ดำเนินการจัดทำเอกสาร คู่มือ เอกสารสื่อเผยแพร่ในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อการเรียนรู้และความเข้าใจในระดับต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาเครื่องมือ อุปกรณ์ วิธีการ หรือประยุกต์เทคโนโลยีต่างๆมาใช้ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

๔.๔ จัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงาน หน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ เพื่อให้เป็นบุคลากรที่มีความชำนาญและปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

๔.๕ นิเทศงาน ติดตามการดำเนินงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข การบริหารเวชภัณฑ์ด้านยา ระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพระดับอำเภอ ตำบล ตามแบบประเมินยุทธศาสตร์สาธารณสุขของจังหวัดอุบลราชธานี โดยจังหวัดอุบลราชธานีมีเป้าประสงค์ วัดระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนระบบคุ้มครองผู้บริโภคอย่างเป็นรูปธรรม อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างถูกต้อง เป็นมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ปัญหาการใช้ยากลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม จังหวัดอุบลราชธานี (The problem of using high-risk medications in kratom-selling shops in Ubon Ratchathani Province).....

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การปฏิบัติงาน ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญหลายด้าน และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน โดยดำเนินการตามลักษณะงานที่ปฏิบัติในด้านต่างๆ ดังนี้

๓.๑) งานแผนยุทธศาสตร์และงบประมาณของงานคุ้มครองผู้บริโภค

- บรรจุกิจกรรมเพื่อจัดการปัญหาการใช้ยากลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม จังหวัดอุบลราชธานี ในแผนยุทธศาสตร์ งานคุ้มครองผู้บริโภค จังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖

- การจัดทำคำของบประมาณในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อปัญหาการใช้ยากลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม จังหวัดอุบลราชธานี ในแผนยุทธศาสตร์งานคุ้มครองผู้บริโภค จังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕-๒๕๖๖

๓.๒) งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ยากลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม)

- การจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อจัดการปัญหาการใช้ยากลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕-๒๕๖๖

- จัดประชุมชี้แจงนโยบายและแนวทางในการปฏิบัติงานฯ เพื่อจัดการปัญหาการใช้ยากลุ่มเสี่ยง ในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม จังหวัดอุบลราชธานี ให้แก่พนักงานเจ้าหน้าที่ในระดับอำเภอ ต่อเนื่องทุกปี (ปีงบประมาณ ๒๕๖๕-๒๕๖๖)

- การดำเนินกิจกรรมตามโครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ยากลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม) ทั้งที่เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และโครงการที่บูรณาการร่วมกับหน่วยงานสังกัดกระทรวงอื่น

๓.๓) งานพนักงานเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้งตามพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑. พระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม

๒. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.๒๕๒๒

๓. พระราชบัญญัติกระท่อม พ.ศ.๒๕๖๕

๔. พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. ๒๕๖๒

๕. พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ.๒๕๓๗

- การควบคุม กำกับ ดูแล บังคับใช้กฎหมายกับผู้ประกอบการร้านจำหน่ายพืชกระท่อม
- งานรับเรื่องรื้อรื้อร้องทุกข์ ร้องเรียน ตรวจสอบข้อเท็จจริงและดำเนินคดีตามกฎหมาย กรณีพบการจำหน่ายยากลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม
- งานส่งเสริม แนะนำ ร้านจำหน่ายพืชกระท่อม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกระทำผิดตามกฎหมาย

๓.๔) งานตรวจสอบเฝ้าระวัง (Post-Marketing Control)

- รับเรื่องรื้อรื้อร้องทุกข์จากประชาชนที่ได้รับความสะดวกจากการจำหน่ายยากลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม หรือพบเบาะแสการจำหน่ายยากลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม ในจังหวัดอุบลราชธานี

- ควบคุม กำกับ และตรวจสอบเฝ้าระวัง ร้านจำหน่ายพืชกระท่อม ให้ปฏิบัติตามอย่างถูกต้องตามกฎหมาย

- ลงพื้นที่เพื่อสำรวจข้อมูล ให้คำแนะนำผู้ประกอบการร้านจำหน่ายพืชกระท่อม รวมถึงตรวจเฝ้าระวัง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกระทำผิดตามกฎหมาย ทั้งด้านการจำหน่าย ตลอดจนการโฆษณา

- ดำเนินการเกี่ยวกับการดำเนินคดีแก่ผู้ประกอบการที่ผิดกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานในคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งประกอบด้วย ตำรวจ ทหาร ปกครอง หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- ประสานงานและให้ความร่วมมือกับ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านการให้ข้อมูลและการติดตามเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนด้านการจำหน่ายยากลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม ในจังหวัดอุบลราชธานี

- ประสานการทำงานร่วมกับภาคีหลายกลุ่ม ทั้งเชิงรุก คือ การมุ่งเน้นให้คำแนะนำ ความรู้ด้านกฎหมาย นำไปสู่การป้องกันไม่ให้เกิดการกระทำผิด และการดำเนินงานเชิงรับ คือ การรับเรื่อง/ส่งต่อเรื่องร้องเรียน การแจ้งเบาะแส จนนำไปสู่การพิจารณาดำเนินคดี

๑ กลุ่มผู้ขาย : ร้านขายกระท่อม, ร้านค้า/แหล่งกระจายยาอันตราย

๒ กลุ่มผู้บริโภค : นักเรียน/นักศึกษา

๓ กลุ่มเจ้าหน้าที่/พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตามกฎหมาย (พ.ร.บ.ยา พ.ศ.๒๕๑๐ และ พ.ร.บ.กระท่อม พ.ศ.๒๕๖๕) : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (รวมถึงหน่วยงานในสังกัดระดับอำเภอ/ตำบล), ปปส.ภาค ๓, เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง, เจ้าหน้าที่ตำรวจ

๔ กลุ่มเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาคีเครือข่าย: หน่วยงานนอกเหนือจากข้อ ๓ ที่เป็นคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประจำจังหวัดอุบลราชธานี

๕ กลุ่มภาคีเครือข่าย: อสม., ผู้นำชุมชน, เครือข่ายผู้บริโภค

๖ กลุ่มผู้บริโภค: ผู้ปกครอง, ประชาชนที่ได้รับผลกระทบ, ประชาชนทั่วไป

๓.๕) การนิเทศ กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

๑. การนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสาน ระดับจังหวัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
 - ติดตามกระบวนการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยมีความเชื่อมโยงกับนโยบายรัฐบาล นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับนโยบายเน้นหนักของจังหวัดอุบลราชธานีด้วย
 - รับทราบปัญหาอุปสรรคการทำงานในพื้นที่
 - ให้ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนางานให้บรรลุตามเป้าหมาย
 - ให้กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

๒. การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเภสัชสาธารณสุข ทุกอำเภอ
- ชี้แจง ทำความเข้าใจ กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน ทั้งในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน (รพศ./รพท./รพช./สสอ./รพ.สต./อสม.)

- รับทราบปัญหา อุปสรรคการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขในพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานฝ่ายปกครองและเจ้าหน้าที่ตำรวจในพื้นที่

- แลกเปลี่ยนข้อมูล และร่วมกันวางแผนหาแนวทางแก้ไข ให้เหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่

- ให้ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ตลอดจนการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่น ให้บรรลุตามเป้าหมาย รวมถึงการสนับสนุนการทำงานทุกด้าน ทั้งด้านการประสานงาน ด้านแหล่งข้อมูล และร่วมลงพื้นที่หากเป็นกรณีร้องซับซ้อน พื้นที่ไม่สามารถจัดการได้

- ให้กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนภาคีเครือข่ายในพื้นที่

๓.๖) งานยาเสพติด โดยรวบรวม วิเคราะห์ปัญหา และเสนอแนวทางให้ คณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดอุบลราชธานี ได้พิจารณาในการดำเนินการระดับจังหวัดอุบลราชธานี

๓.๗) งานสุขศึกษาประชาสัมพันธ์

- พัฒนาระบบช่องทางการประชาสัมพันธ์ของกลุ่มงานฯ เพื่อ ส่งเสริม สนับสนุน ให้ประชาชน/ผู้ประกอบการ ได้รับทราบข้อมูลข่าวสาร ตอบข้อสงสัย รับเรื่องร้องเรียน ได้อย่างรวดเร็ว และนำไปสู่การควบคุม กำกับ ตรวจสอบเฝ้าระวัง แก้ไขได้อย่างทันที่ ได้แก่ Line Official, Facebook, Website

- จัดทำสื่อสุขศึกษาประชาสัมพันธ์หลากหลายรูปแบบ เช่น Fact Sheet, ข่าวประชาสัมพันธ์, Infographic, แผ่นพับ, Poster รวมถึงสื่ออิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ นำเสนอทันเหตุการณ์ เพื่อให้ผู้บริโภค รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงเข้าใจและนำข้อมูลไปใช้ตรงตามกลุ่มเป้าหมาย

- พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคในจังหวัดอุบลราชธานี ให้เป็น “สื่อบุคคล” ตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้นซึ่งได้แก่ กลุ่มผู้บริโภค กลุ่มเจ้าหน้าที่/พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตามกฎหมาย (พรบ. ยา พ.ศ.๒๕๑๐ และ พรบ.กระท่อม พ.ศ.๒๕๖๕) : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (รวมถึงหน่วยงานในสังกัดระดับอำเภอ/ตำบล), ปปส.ภาค๓, เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง, เจ้าหน้าที่ตำรวจ กลุ่มเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาคีเครือข่าย ได้แก่ หน่วยงานนอกเหนือจากข้อ ๓ ที่เป็นคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประจำจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มภาคีเครือข่าย ได้แก่ อสม., ผู้นำชุมชน, เครือข่ายผู้บริโภค กลุ่มผู้บริโภค ได้แก่ผู้ประกอบการ, ประชาชนที่ได้รับผลกระทบ, ประชาชนทั่วไป รวมทั้ง กลุ่มผู้ขายเอง ได้แก่ ร้านขายกระท่อม, ร้านค้า/แหล่งกระจายยาอันตราย ทั้งนี้ เพื่อขยายผลงานสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ให้ครอบคลุมระดับชุมชน และการนำ “สื่อสุขศึกษาประชาสัมพันธ์” ไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพด้วย

๓.๘) การเป็นคณะกรรมการ/อนุกรรมการ นอกจากจะขับเคลื่อนงานในบทบาทหน้าที่ตามคำสั่งแล้ว ยังมีการบูรณาการงานเพื่อนำไปสู่การจัดการปัญหาการใช้ยากลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม จังหวัดอุบลราชธานี ให้ครอบคลุมทุกมิติ ภายใต้คณะกรรมการ/อนุกรรมการ ดังนี้

๑. คณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประจำจังหวัดอุบลราชธานี

๒. คณะกรรมการพิจารณาคดี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๓. คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ ๑๐

๔. คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ประจำจังหวัดอุบลราชธานี

๓.๙) ด้านการประสานงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ทั้งหน่วยงานในสังกัดทุกระดับ (จังหวัด/อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน) และหน่วยงานต่างสังกัด เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงการทำงานทั้งในด้านแหล่งข้อมูล ด้านการเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย ด้านความร่วมมือในการเฝ้าระวัง/ป้องปราม ตลอดจนการสะท้อนปัญหาอุปสรรค เพื่อนำไปสู่การวางแผนเพื่อจัดการปัญหาให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ บริบทสังคม และการคาดการณ์

จัดการปัญหาในอนาคต เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากที่สุด ทั้งนี้ การจัดการดังกล่าวที่ดำเนินการไปแล้วนั้น อาศัยบทบาทหน้าที่คณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ประจำจังหวัดอุบลราชธานีเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อน

จากที่ได้กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น การจัดการปัญหาการใช้ยากลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้ดำเนินการในระหว่าง ปีงบประมาณ ๒๕๖๕-๒๕๖๖ ไม่ได้อาศัยเพียงความชำนาญงาน ความเชี่ยวชาญ หรือประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานเท่านั้น ยังมีการนำนโยบาย “Data driven” ซึ่งเป็นนโยบายสำคัญของเขตสุขภาพที่ ๑๐ โดยการนำข้อมูลผลการปฏิบัติงาน มาใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา วางแผน และพัฒนาต่อยอดงานประจำที่ปฏิบัติอยู่ โดยอาศัยความรู้ด้านการประยุกต์ใช้หลักการ/ทฤษฎีการจัดการความเสี่ยง (Risk Management) มาใช้เป็นแนวคิดหลัก เพื่อนำไปสู่การค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ ประเมินความรุนแรงของปัญหา เพื่อนำมาวางแผนจัดการปัญหา และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดกลไกการแก้ไขปัญหาที่มีหลักการ และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างตรงเป้าหมาย และบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ปัจจุบันการนำไปใช้ในทางที่ผิดของกลุ่มเยาวชนมีเพิ่มขึ้น วิวัฒนาการที่เห็นได้ชัดเจน คือ ในกลุ่มยา Tramadol, dextromethorphan, ยาแก้แพ้/ยาแก้ไอชนิดน้ำเชื่อม เช่น Tramadol ในระยะแรกจะพบบ่อยในการนำไปผสมกับเครื่องดื่มต่างๆ เช่น น้ำหวาน น้ำรสโคล่า น้ำหวานกลิ่นชามะนาว ส่วน dextromethorphan, ยาแก้แพ้/ยาแก้ไอชนิดน้ำเชื่อม พบส่วนใหญ่นำไปประกอบกับยาหรือเครื่องดื่มอื่นๆ เป็นสูตร ๔ x ๑๐๐ ที่เป็นที่รู้จักอย่างดีในหมู่วัยรุ่น เมื่อกฎหมายเรื่องการปลดล็อกกระท่อม กัญชา ไม่มีสภาพเป็นยาเสพติด การบริโภคกระท่อม เปลี่ยนรูปแบบจากการบริโภคน้ำกระท่อมผสมน้ำหวานธรรมดา (เรียกว่า ประจี้กระท่อม) มาเป็นการผสมกับยาในกลุ่มยาแก้แพ้/ยาแก้ไอชนิดน้ำเชื่อม ยิ่งการบริโภคกระท่อมมีความนิยมกันอย่างแพร่หลาย ประกอบกับการโฆษณาทางสื่อโซเชียล ทำให้วัยรุ่นต้องการเข้าถึงน้ำกระท่อมและสารที่นำมาเป็นส่วนผสมมากขึ้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับยอดการซื้อยาในกลุ่มดังกล่าวสูงกว่าที่กฎหมายกำหนดในร้านยาแผนปัจจุบันหลายแห่ง แม้ว่าจังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมตัวยาและสารเคมี ร่วมกับคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งประกอบด้วย ตำรวจ ทหาร ปกครอง หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ก็ยังคงพบปัญหาวัยรุ่น เยาวชน มีพฤติกรรมนำ ยา แก้ปวดผสมกับ ยาน้ำเชื่อมแก้แพ้ แก้ไอ มาเสพ เพื่อหวังฤทธิ์มีเมา เคลิบเคลิ้ม บั่นทอนสุขภาพและสร้างปัญหาสังคม

ปัญหาการใช้ยาในกลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม จังหวัดอุบลราชธานี นับวันยิ่งทวีความรุนแรง และจำเป็นต้องเร่งแก้ไขปัญหาย่างเร่งด่วน เนื่องจากมีผลกระทบรอบด้าน นำไปสู่การจัดทำผลงานฉบับนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการจัดการปัญหาการใช้ยาในกลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งนี้ ยาในกลุ่มเสี่ยงที่ศึกษาคือยาอันตรายที่ศึกษาจำนวน ๓ ชนิด ได้แก่ Tramadol, Dextromethorphan และ Diphenhydramine เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการความเสี่ยง (Risk Management) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือข้อมูลร้านขายกระท่อมที่ถูกดำเนินคดี กรณี มีการจำหน่ายยาอันตราย ๓ ชนิด และข้อมูลผู้มารับบริการในโรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์ของ Tramadol, Dextromethorphan และ Diphenhydramine ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ และ ปี ๒๕๖๖ วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ

การดำเนินงานนี้ ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการส่งเสริมจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB๒๕๖๖-๑๖๕ ซึ่งได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการความเสี่ยง (Risk Management) ประกอบด้วย ๕ ส่วน คือ

๑.การระบุต้นเหตุของความเสี่ยง (Risk identification) โดยวิเคราะห์สถานการณ์การจำหน่ายยาอันตราย (Tramadol, Dextromethorphan และ Diphenhydramine) จากร้านขายกระท่อมทุกแห่งซึ่งเป็นแหล่งจำหน่ายที่กลุ่มเยาวชนเข้าถึงและมักนำไปใช้ในทางที่ผิด โดยรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑.๑ ข้อมูลการกระจายของร้านขายกระท่อม ทั้งที่มีและไม่มีจำหน่ายยาอันตราย (Tramadol, Dextromethorphan และ Diphenhydramine) จังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖

๑.๒ ข้อมูลร้านขายกระท่อมทุกแห่งที่ถูกดำเนินคดี กรณีมีการจำหน่ายยาอันตราย (Tramadol, Dextromethorphan และ Diphenhydramine) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖

๑.๓ ข้อมูลผู้มารับบริการในโรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์ของกระท่อม, Tramadol, Dextromethorphan และ Diphenhydramine ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ และ ปี ๒๕๖๖

๒.การประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) นำข้อมูลจากข้อ ๑ มาวิเคราะห์เพื่อประกอบการประเมินความเสี่ยง และกำหนดเป้าหมายและกลุ่มผู้เกี่ยวข้องที่จำเป็นในการวางแผนลดความเสี่ยง มีดังนี้

๒.๑ กลุ่มผู้ขาย : ร้านขายกระท่อม, ร้านค้า/แหล่งกระจายยาอันตราย

๒.๒ กลุ่มผู้บริโภค : นักเรียน/นักศึกษา

๒.๓ กลุ่มเจ้าหน้าที่/พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตามกฎหมาย (พรบ.ยา พ.ศ.๒๕๑๐ และ พรบ.กระท่อม พ.ศ.๒๕๖๕) : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (รวมถึงหน่วยงานในสังกัดระดับอำเภอ/ตำบล), ปปส.ภาค๓, เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง, เจ้าหน้าที่ตำรวจ

๒.๔ กลุ่มเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาคีเครือข่าย: หน่วยงานนอกเหนือจากข้อ ๓ ที่เป็นคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประจำจังหวัดอุบลราชธานี

๒.๕ กลุ่มภาคีเครือข่าย: อสม., ผู้นำชุมชน, เครือข่ายผู้บริโภค

๒.๖ กลุ่มผู้บริโภค: ผู้ปกครอง, ประชาชนที่ได้รับผลกระทบ, ประชาชนทั่วไป

๓.การลดความเสี่ยง (Risk reduction)

๓.๑ การพัฒนาศักยภาพและบูรณาการการทำงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเรียงลำดับตามแผนการปฏิบัติงานและห้วงเวลาที่ดำเนินการ

๓.๑.๑ พัฒนาศักยภาพกลุ่มเจ้าหน้าที่/พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตามกฎหมาย และหน่วยงานภาคีเครือข่ายในจังหวัดอุบลราชธานี โดยชี้แจงทำความเข้าใจ และหารือ ประเด็นแนวทางการจัดการปัญหาแบบบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในที่ประชุมคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประจำจังหวัดอุบลราชธานี

๓.๑.๒ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการจัดทำโครงการ “คส.อุบลฯ สัจจร ปีงบประมาณ ๒๕๖๖” โดยกลุ่มเป้าหมายที่ เข้าร่วมการประชุม ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ/ตำบล, อสม., ผู้นำชุมชน และองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคทุกอำเภอ ในห้วงเดือน กรกฎาคม-สิงหาคม ๒๕๖๖

๑) พัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ เพื่อเตรียมพร้อมการบูรณาการการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง และทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการขับเคลื่อนงานระดับอำเภอ

๒) พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ได้แก่ อสม.งานคุ้มครองผู้บริโภค, ผู้นำชุมชน และเครือข่ายองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อเป็นเครือข่ายเฝ้าระวัง แจ้งเบาะแส แก่เจ้าหน้าที่ในพื้นที่รับผิดชอบ

๓.๒ ลงพื้นที่ร่วมตรวจเฝ้าระวังและให้คำแนะนำผู้ประกอบการร้านขายกระท่อมทุกแห่ง

๑) ลงพื้นที่เพื่อสำรวจข้อมูลและให้คำแนะนำผู้ประกอบการร้านขายกระท่อมทุกแห่ง (๔๒ แห่ง)

๒) ลงพื้นที่ร่วมตรวจเฝ้าระวัง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกระทำผิดตามกฎหมาย

๓.๓ บูรณาการการเฝ้าระวังและกำกับดูแลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ศึกษาธิการจังหวัดอุบลราชธานี, สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา อุบลราชธานี เขต ๑-๕, สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต ๒๙ เพื่อบูรณาการมาตรการกำกับดูแลในโรงเรียนร่วมกับแนวทางของกระทรวงศึกษาธิการที่กำหนดไว้

๔.การสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) ประกอบด้วย การสื่อสารภายในองค์กร ชำมองค์กร และสู่สาธารณะ ดังนี้

๔.๑ การสื่อสารภายในองค์กร เป็นการสื่อสารภายในหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี คือการคืนข้อมูลให้พนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ เพื่อขยายผลการเฝ้าระวังและติดตามอย่างต่อเนื่อง ในการประชุมเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอที่ดำเนินการเป็นประจำทุกเดือน รวมถึงการสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ “ทีมงาน คบส.จ.อุบลฯ” เพื่อให้เกิดการสื่อสารและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างทัน่วงที

๔.๒ การสื่อสารข้ามองค์กร เป็นการสื่อสารกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หน่วยงานที่เป็นคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประจำจังหวัดอุบลราชธานี โดยชี้แจง และรายงานความก้าวหน้าผลการจัดการปัญหา ในวาระการประชุมคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประจำจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งกำหนดจัดขึ้นเป็นประจำทุกเดือน โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานีเป็นประธานในการประชุม

๔.๓ การสื่อสารสู่สาธารณะ เป็นการสื่อสารต่อภาคีเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภค ประชาชนทั่วไป รวมถึง ประชาชนผู้ได้รับผลกระทบ (เช่น ผู้ปกครองนักเรียนกลุ่มผู้บริโภค) โดยการจัดทำข่าวแจ้งเตือนภัย ข้อมูลประชาสัมพันธ์ รวมถึงการตอบปัญหาและให้คำปรึกษาข้อมูล ผ่านช่องทางการสื่อสารดังนี้

๑) Fanpage กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒) Facebook สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๓) จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ เพื่อสื่อสารแก่ประชาชน และกลุ่มเป้าหมายคือ เยาวชนได้รับทราบและตระหนักถึงภัยอันตราย เน้นย้ำ ชาวประชาสัมพันธ์เตือนภัย เพื่อสร้างความตระหนักแก่กลุ่มเป้าหมาย

๕.การติดตามความก้าวหน้าของมาตรการและการประเมิน (Risk monitoring and Evaluation) เพื่อติดตามสถานการณ์ผลการดำเนินการตามข้อ ๓ การลดความเสี่ยง (Risk reduction) ดังนี้

๕.๑ การพัฒนาศักยภาพและบูรณาการการทำงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๕.๑.๑ การพัฒนาศักยภาพกลุ่มเจ้าหน้าที่/พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตามกฎหมาย และหน่วยงานภาคีเครือข่ายในจังหวัดอุบลราชธานี

๕.๑.๒ การพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ/ตำบล, อสม., ผู้นำชุมชน และองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคทุกอำเภอ ภายใต้โครงการ “คบส.อุบลฯ สัญจร ปีงบประมาณ ๒๕๖๖”

๕.๒ การลงพื้นที่สุ่มตรวจเฝ้าระวังและให้คำแนะนำผู้ประกอบการร้านขายกระท่อม โดยเน้นลงพื้นที่ร้านขายกระท่อม

๕.๒.๑ มีประวัติถูกดำเนินคดี

๕.๒.๒ มีประวัติถูกร้องเรียน/แจ้งเบาะแส เสี่ยงกระทำผิด

ผลการดำเนินงาน พบว่า จังหวัดอุบลราชธานีมีร้านขายกระท่อมทั้งหมด ๔๒ ร้าน ถูกดำเนินคดีเนื่องจากขายยาอันตราย ทั้ง ๓ ชนิด จำนวน ๑๑ ร้าน (ร้อยละ ๒๖.๑๙) พื้นที่ที่พบการดำเนินคดีมากที่สุด คือ อำเภอเมือง ๖ แห่ง (ร้อยละ ๑๔.๒๙) รองลงมา คือ อำเภวารินชำราบ ๓ แห่ง (ร้อยละ ๗.๑๔) อำเภอเขมราฐ และ อำเภอบุณฑริก อำเภอละ ๑ แห่ง (ร้อยละ ๒.๓๘) ตามลำดับ ผลการสำรวจข้อมูล จาก โรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี พบผู้ป่วยจากอาการไม่พึงประสงค์ของยาอันตรายทั้ง ๓ ชนิด ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เปรียบเทียบกับ ปี ๒๕๖๖ ดังนี้ Tramadol พบอาการไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นมากที่สุด ในพื้นที่ อำเภอเมือง ๑๙ คน (ร้อยละ ๑๕.๒๐) รองลงมาคือ อำเภวารินชำราบ ๑๒ คน (ร้อยละ ๙.๖๐) อำเภอเขมราฐ และ อำเภอโขงเจียม อำเภอละ ๖ คน (ร้อยละ ๔.๘๐) ตามลำดับ สำหรับยา Dextromethorphan พบว่า ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นมากที่สุด ใน อำเภอเมือง ๒๐ คน (ร้อยละ ๗๑.๔๓) รองลงมา คือ อำเภวารินชำราบ และ อำเภอศรีเมืองใหม่ อำเภอละ ๑ คน (ร้อยละ ๓.๕๗) ตามลำดับ ส่วนยา Diphenhydramine พบเพิ่มขึ้นมากที่สุด ใน อำเภอเมือง ๑๘ คน (ร้อยละ ๘๑.๘๒) จากผลการศึกษา สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังปัญหาการใช้ยากลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชรกระท่อม จังหวัดอุบลราชธานีได้ โดยใช้ปัญหาที่พบในแหล่งกระจายยา และข้อมูลการเจ็บป่วยเนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลรัฐแต่ละแห่ง เป็นเป้าหมายในการพัฒนาเครือข่าย โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการความเสี่ยง (Risk Management) เพื่อจัดการปัญหาการจำหน่ายยาอันตรายที่มักนำไปใช้ในทางที่ผิดในกลุ่มเยาวชน จังหวัดอุบลราชธานี ในระยะแรก และขยายผลพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายที่นำไปใช้ในทางที่ผิดในกลุ่มเยาวชน จังหวัดอุบลราชธานี

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ พบว่า จังหวัดอุบลราชธานีมีร้านขายกระท่อมทั้งหมด ๔๒ ร้าน ถูกดำเนินคดีเนื่องจากขายยาอันตราย ทั้ง ๓ ชนิด จำนวน ๑๑ ร้าน (ร้อยละ ๒๖.๑๙) พื้นที่ที่พบการดำเนินคดีมากที่สุด คือ อำเภอเมือง ๖ แห่ง (ร้อยละ ๑๔.๒๙) รองลงมา คือ อำเภวารินชำราบ ๓ แห่ง (ร้อยละ ๗.๑๔) อำเภอเขมราฐ และ อำเภอบุณฑริก อำเภอละ ๑ แห่ง (ร้อยละ ๒.๓๘) ตามลำดับ, ผลการสำรวจข้อมูลจาก โรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง ใน จ.อุบลราชธานี พบผู้ป่วยจากอาการไม่พึงประสงค์ของยาอันตรายทั้ง ๓ ชนิด ใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เปรียบเทียบกับ ปี ๒๕๖๖ ดังนี้ Tramadol พบอาการไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นมากที่สุด ในพื้นที่ อำเภอเมือง ๑๙ คน (ร้อยละ ๑๕.๒๐) รองลงมาคือ อำเภวารินชำราบ ๑๒ คน (ร้อยละ ๙.๖๐) อำเภอเขมราฐ และ อำเภอโขงเจียม อำเภอละ ๖ คน (ร้อยละ ๔.๘๐) ตามลำดับ สำหรับยา Dextromethorphan พบว่า ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นมากที่สุด ใน อำเภอเมือง ๒๐ คน (ร้อยละ ๗๑.๔๓) รองลงมา คือ อำเภวารินชำราบ และ อำเภอศรีเมืองใหม่ อำเภอละ ๑ คน (ร้อยละ ๓.๕๗) ตามลำดับ ส่วนยา Diphenhydramine พบเพิ่มขึ้นมากที่สุด ใน อำเภอเมือง ๑๘ คน (ร้อยละ ๘๑.๘๒)

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ พบว่า ผลการศึกษานำมาใช้ในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังปัญหาการใช้ยากลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชรกระท่อม จังหวัดอุบลราชธานีได้ โดยใช้ปัญหาที่พบในแหล่งกระจายยา และข้อมูลการเจ็บป่วยเนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลรัฐแต่ละแห่ง เป็นเป้าหมายในการพัฒนาเครือข่าย โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการความเสี่ยง (Risk Management) เพื่อจัดการปัญหาการจำหน่ายยาอันตรายที่มักนำไปใช้ในทางที่ผิดในกลุ่มเยาวชน จังหวัดอุบลราชธานีในระยะแรก และขยายผลพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายที่นำไปใช้ในทางที่ผิดในกลุ่มเยาวชน จังหวัดอุบลราชธานี ในระยะยาวต่อไป

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

จากผลการดำเนินงาน สามารถสรุปได้ว่า

๖.๑ เป้าหมายและกลุ่มผู้เกี่ยวข้องที่จำเป็นในการวางแผนลดความเสี่ยง มีดังนี้

๑.กลุ่มผู้ชาย : ร้านขายกระท่อม, ร้านค้า/แหล่งกระจายยาอันตราย

๒.กลุ่มผู้บริโภค : นักเรียน/นักศึกษา

๓.กลุ่มเจ้าหน้าที่/พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตามกฎหมาย (พ.ร.บ.ยา พ.ศ.๒๕๑๐ และ พ.ร.บ.กระท่อม พ.ศ.๒๕๖๕) : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (รวมถึงหน่วยงานในสังกัดระดับอำเภอ/ตำบล), ปปส.ภาค ๓, เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง, เจ้าหน้าที่ตำรวจ

๔.กลุ่มเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาคีเครือข่าย: หน่วยงานนอกเหนือจากข้อ ๓ ที่เป็นคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประจำจังหวัดอุบลราชธานี

๕.กลุ่มภาคีเครือข่าย: อสม., ผู้นำชุมชน, เครือข่ายผู้บริโภค

๖.กลุ่มผู้บริโภค: ผู้ปกครอง, ประชาชนที่ได้รับผลกระทบ, ประชาชนทั่วไป

๖.๒ การพัฒนาศักยภาพกลุ่มเจ้าหน้าที่/พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตามกฎหมาย และหน่วยงานภาคีเครือข่ายในจังหวัดอุบลราชธานี หน่วยงานฝ่ายปกครองทุกอำเภอ และหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ระดับอำเภอ/ตำบล) หากมีการบูรณาการดำเนินการสำรวจข้อมูล และขยายผลการพัฒนาศักยภาพแก่ผู้จำหน่ายด้วยการชี้แจงกฎหมาย และเน้นย้ำกรณีที่เข้าข่ายการกระทำผิดกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงาน โดยรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานในที่ประชุมคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประจำจังหวัดอุบลราชธานี ทุกเดือน จะเกิดการเชื่อมโยงข้อมูลและการทำงานแบบบูรณาการต่างหน่วยงานที่ต่อเนื่องและเป็นระบบ โดยอาศัยกลไกคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประจำจังหวัดอุบลราชธานีในการสนับสนุนให้เกิดระบบดังกล่าว

๖.๓ การพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค ระดับอำเภอ/ตำบล, อสม., ผู้นำชุมชน และองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคทุกอำเภอ ภายใต้โครงการ “คปส.อุบลฯ สัญจร ปีงบประมาณ ๒๕๖๖” ส่งผลให้

๑) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ/ตำบลมีบทบาทในการเข้าร่วมวางแผน และหารือแนวทางการเฝ้าระวังการกระจายยาอันตรายในร้านขายกระท่อม ในที่ประชุมระดับอำเภอ (การประชุมทุกหน่วยงานในระดับอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นประธานการประชุม)

๒) ภาคีเครือข่าย ได้แก่ อสม.งานคุ้มครองผู้บริโภค, ผู้นำชุมชน และ เครือข่ายองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเครือข่ายเฝ้าระวัง แจ้งเบาะแส แก่เจ้าหน้าที่ในพื้นที่รับผิดชอบ นำไปสู่การตรวจสอบเฝ้าระวังร่วมกับหน่วยงานอื่น โดยส่งต่อข้อมูลไปยัง

๒.๑) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ (โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าไปประชุมระดับอำเภอ

๒.๒) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าไปประชุมคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประจำจังหวัดอุบลราชธานี ทุกเดือน

๗. ความยั่งยืนและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. การประสานงานระหว่างหน่วยงาน เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน ซึ่งในทางปฏิบัติจำเป็นต้องบูรณาการการทำงานร่วมกันภายใต้บทบาท และข้อจำกัดที่แตกต่างกันทำให้กระบวนการทำงานมีความยั่งยืนเพิ่มขึ้น ซึ่งจำเป็นจะต้องวางแผนและหารือแนวทางการทำงานร่วมกันบ่อยครั้ง

๒. พ.ร.บ.กระท่อม พ.ศ.๒๕๖๕ หากพิจารณาในรายละเอียด ประกอบกับช่วงเวลาได้ออกกฎหมาย ยังถือว่าเป็นเรื่องใหม่สำหรับทุกหน่วยงาน ดังนั้น ยังคงมีความซับซ้อนในการตีความตามกฎหมาย ทั้งในมิติ ของ พ.ร.บ.ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผลิตภัณฑ์ที่พบในร้านจำหน่ายพืชกระท่อมจัดเป็นผลิตภัณฑ์ประเภทใด เช่น หากตรวจสอบร้านจำหน่ายพืชกระท่อม พบน้ำดื่มใบกระท่อมอย่างเดียว พ.ร.บ.ที่เกี่ยวข้อง คือ พ.ร.บ.กระท่อม พ.ศ.๒๕๖๕ หากพบผลิตภัณฑ์อื่น ต้องพิจารณาตีความเพิ่มว่าเป็นผลิตภัณฑ์อะไร ถ้าหากผลิตภัณฑ์นั้นเข้าข่าย เป็นอาหาร พ.ร.บ.ที่เกี่ยวข้อง คือ พ.ร.บ.อาหาร พ.ศ.๒๕๖๒ แต่ถ้าผลิตภัณฑ์นั้นเข้าข่ายเป็นยา พ.ร.บ. ที่เกี่ยวข้อง คือ พ.ร.บ.ยา พ.ศ.๒๕๖๐ และฉบับที่แก้ไขเพิ่มเติม และยังเกี่ยวข้องกับ พ.ร.บ.วิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ.๒๕๓๗ ด้วย ซึ่งจากการพิจารณา พ.ร.บ.ที่เกี่ยวข้องดังกล่าวแล้ว ส่งผลถึงมิติของบทบาทพนักงานเจ้าหน้าที่ รวมถึงแนวทางปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนดด้วย

๓. ในด้านข้อมูลที่นำมาประกอบการดำเนินการในการพัฒนาระบบการแก้ไขปัญหา ทั้งข้อมูลร้าน ขายกระท่อมทั้งหมด, ข้อมูลร้านขายกระท่อมที่ถูกดำเนินคดีเนื่องจากขายยาอันตรายกลุ่มเสี่ยง, ข้อมูลผลการ สำรวจข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ของยาอันตรายกลุ่มเสี่ยงจากโรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี จำเป็นต้องประสานงานเพื่อขอข้อมูลจากหลายแหล่ง ซึ่งต้องผ่านกระบวนการรวบรวม ตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วน จากแหล่งข้อมูล เพื่อนำมาสกัด วิเคราะห์ และสังเคราะห์ ก่อนจะได้ข้อมูลที่เป็นจริง นำเชื่อถือ และสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อใช้ในการจัดการปัญหาได้

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. แม้ว่าจะมีการดำเนินคดีกับผู้กระทำผิด (ร้านจำหน่ายพืชกระท่อมที่พบการจำหน่ายยาอันตรายกลุ่ม เสี่ยง) แต่ยังไม่สามารถแก้ไขที่ต้นเหตุได้ เนื่องจาก ข้อมูลแหล่งกระจายยาอันตรายแก่ร้านจำหน่ายพืชกระท่อม ในจังหวัดอุบลราชธานี ไม่พบเป็นร้านยาในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี หรือเป็นร้านขายยาในพื้นที่จังหวัดอื่น แต่ เป็นแหล่งจำหน่ายทางออนไลน์ในกลุ่มเฉพาะ ซึ่งส่งผลให้จัดการแหล่งจำหน่ายต้นทางไม่ได้ ทำให้การกระทำผิด ยังอาจเกิดขึ้นต่อเนื่องต่อไป ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข เกิดปัญหาแบบเดิมซ้ำซาก

๒. หน่วยงานกระทรวงยุติธรรม ที่มีบทบาทหน้าที่และเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ.กระท่อม พ.ศ.๒๕๖๕ ในระดับภูมิภาคคือ ปปส.ภาค ๓ ดูแลพื้นที่หลายจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ถึงแม้จะเป็น หน่วยงานในคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประจำจังหวัดอุบลราชธานี แต่มี ที่ตั้งที่จังหวัดนครราชสีมา ไม่มีหน่วยงานในระดับจังหวัดที่ตั้งอยู่ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นปัญหา อุปสรรคในการประสานงาน ประสานข้อมูล รวมถึงเป็นหน่วยงานที่ปรึกษาในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ การ ดำเนินงานที่ผ่านมา มีเฉพาะหน่วยงานในคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประจำ จังหวัดอุบลราชธานีในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีที่ดำเนินการเอง

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการพัฒนาความรู้เรื่องกฎหมาย เรื่องยา (การอ่านฉลากยา/การสังเกตเบื้องต้นเพื่อดูประเภท ยาตามกฎหมาย) และข้อควรปฏิบัติตามกฎหมาย ให้กับผู้ประกอบการร้านขายกระท่อม

๒. ควรมีการพัฒนาและขยายเครือข่ายเฝ้าระวังการจำหน่าย และการใช้ยาที่ผิดกฎหมายในชุมชน

๓. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีต้องเสนอปัญหาปัญหาการนำยาไปใช้ในทางที่ผิดในกลุ่ม เยาวชน จังหวัดอุบลราชธานีให้กับผู้ว่าราชการจังหวัดใช้มาตรการทางปกครอง ในการพิจารณาออกใบอนุญาต ขายยา การต่ออายุใบอนุญาตขายยา โดยคำนึงถึงพฤติกรรมกระทำผิดเกี่ยวกับการขายยาของร้าน ขายยา

๔. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ต้องประสานและหารือกับสำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จังหวัดที่เป็นต้นทางของการกระจายยาในกลุ่มเสี่ยง

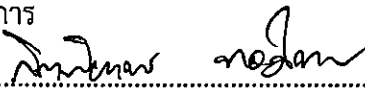
๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ส่งตีพิมพ์เรื่อง ปัญหาการใช้ยากลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม จังหวัดอุบลราชธานี (The problem of using high-risk medications in kratom-selling shops in Ubon Ratchathani Province) ในวารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Online) ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑ เดือน ม.ค.-มี.ย.๖๗ Journal of Health Consumer Protection (Online) ISSN: ๒๗๗๓-๘๖๔๗ (Online)

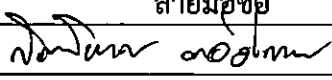
๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นางสาวกิตติยาพร ทองไทย สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐.๐%
- ๒)สัดส่วนของผลงาน.....
- ๓)สัดส่วนของผลงาน.....

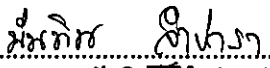
ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

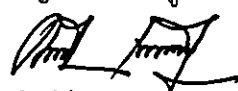
(ลงชื่อ) 
 (นางสาวกิตติยาพร ทองไทย)
 (ตำแหน่ง) เกสซ์กรชำนาญการ
 วันที่ ๑๕ /มกราคม /๒๕๖๗
 ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวกิตติยาพร ทองไทย	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
 (นางสาวนันท์กริษา จิตธาสา)
 (ตำแหน่ง) เกสซ์กรชำนาญการพิเศษ
 หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
 (วันที่) ๑๕ ม.ค. ๒๕๖๗
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
 (นายคำภีร์ เขตมนตรี)
 (ตำแหน่ง) เกสซ์กรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)
 (วันที่) ๑๕ ม.ค. ๒๕๖๗
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ วิชาการพิเศษ)**

๑. เรื่อง การจัดการปัญหาเครื่องสำอางในภาชนะบรรจุ Ampoule Vial ที่ใช้ผิดในคลินิกความงาม จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

เครื่องสำอาง เป็นปัจจัยสำคัญและจำเป็นต่อมนุษย์ที่เข้ามาใช้ชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการนำมาใช้เพื่อความสะอาด หรือความสวยงาม นอกจากนี้กระแสความนิยมเรื่องรูปลักษณ์ความงามมีมากขึ้น ผู้บริโภคจึงมีความต้องการผลิตภัณฑ์ที่สนองตอบความต้องการตนเองได้ ในด้านของผู้ประกอบการต้องอาศัยโอกาสในการพัฒนาผลิตภัณฑ์มากมายออกมาจำหน่ายในรูปแบบที่หลากหลายเพื่อตอบสนองผู้บริโภคแต่ละกลุ่ม โดยเฉพาะเครื่องสำอางที่อยู่ในภาชนะบรรจุคล้ายยา เช่น รูปแบบขวดแก้ว (Vial) หรือหลอดฉีดยา (Ampoule) ที่พบว่าบางครั้งมีการนำมาใช้ผิดวิธี ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเตือนผู้บริโภคให้ระมัดระวังในการใช้เพราะมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตราย

จากกรณีที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีการตรวจพบว่า มีการนำเครื่องสำอางที่บรรจุในภาชนะบรรจุคล้ายยา ได้แก่ ไวอัล (Vial) และแอมพูล (Ampoule) มาจัดแจ้งเป็นเครื่องสำอาง ระบุวิธีใช้ว่าใช้ทาหลังอาบน้ำ แต่กลับนำไปใช้ร่วมกับเข็มฉีดยา หรือเครื่องมือแพทย์อื่นๆ เพื่อผลักดันสารเข้าสู่ผิวหนัง ซึ่งเป็นการใช้ผิดวัตถุประสงค์ทางเครื่องสำอาง เนื่องจากผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่บรรจุในไวอัล และแอมพูล จะไม่สามารถนำมาใช้ฉีดเข้าสู่ร่างกาย หรือใช้ร่วมกับเครื่องมือแพทย์ได้ เพราะเป็นวิธีที่ใช้ผิดวัตถุประสงค์ มีความเสี่ยงที่ผู้บริโภคจะได้รับอันตราย เนื่องจากเครื่องสำอางไม่มีการประเมินความปลอดภัยในการใช้เมื่อเข้าสู่ภายในร่างกาย

นอกจากนี้ ผลจากการตรวจสอบเฝ้าระวังโฆษณาสถานพยาบาล ที่มีบริการเสริมความงาม (คลินิกเสริมความงาม) ทุกแห่งในจังหวัดอุบลราชธานี เปรียบเทียบระหว่าง พ.ศ.๒๕๖๕ กับ พ.ศ.๒๕๖๖ พบว่า มีการโฆษณาเครื่องสำอางที่บรรจุในภาชนะบรรจุคล้ายยา ได้แก่ ไวอัล (Vial) และแอมพูล (Ampoule) เพิ่มขึ้นจาก ๔๑ แห่ง (จากทั้งหมด ๙๒ แห่ง) เป็น ๕๗ แห่ง (จากทั้งหมด ๑๓๐ แห่ง) โดยเนื้อหาโฆษณาเป็นไปในลักษณะเดียวกัน คือ การโฆษณาเครื่องสำอางที่บรรจุในภาชนะบรรจุคล้ายยา ได้แก่ ไวอัล (Vial) และแอมพูล (Ampoule) นำไปใช้ในวัตถุประสงค์อื่นที่ไม่ใช่การใช้ภายนอก เหมือนนียบตามกฎหมายของเครื่องสำอาง เช่น ใช้ฉีดเป็นสารเติมเต็ม (Filling substance) ใช้ในทางเมโสเทอราปี ซึ่งผลิตภัณฑ์ที่พบในการโฆษณามีทั้งชนิดที่มีในฐานข้อมูลการจดแจ้งเครื่องสำอางของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแจ้งเตือนเป็นเครื่องสำอาง “ห้ามฉีด ห้ามใช้ร่วมกับเครื่องมือแพทย์ หรือห้ามใช้ในทางเมโสเทอราปี หรือห้ามใช้ร่วมกับเข็มขนาดเล็ก (micro-needle) หรือห้ามใช้ร่วมกับเครื่องมือใดๆ” และชนิดที่ไม่พบชื่อในฐานข้อมูลดังกล่าว

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ปัญหาการนำเครื่องสำอางที่มีภาชนะบรรจุเป็น แอมพูล (Ampoule) ไวอัล (Vial) และกระบอกฉีดยา (Syringe) นำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ เช่น การนำไปฉีด นับเป็นปัญหาทั้งในระดับประเทศทั้งยังเป็นปัญหาในจังหวัดอุบลราชธานีด้วย ซึ่งข้าพเจ้าเล็งเห็นความสำคัญที่มีความจำเป็นในการจัดการปัญหา ซึ่งหากมุมมองในฐานของผู้ปฏิบัติงาน เล็งเห็นถึงผลกระทบต่อหลายภาคส่วน ทั้งส่วนของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่มีภาชนะบรรจุเป็น แอมพูล (Ampoule) ไวอัล (Vial) และกระบอกฉีดยา (Syringe) ส่วนของบริการสุขภาพ (สถานพยาบาล)

ซึ่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ประกอบการสถานพยาบาล โดยเฉพาะสถานพยาบาลที่มีการใช้เครื่องสำอางที่มีภาชนะบรรจุเป็นแอมพูล (Ampoule) ไวลล์ (Vial) และกระบอกฉีดยา (Syringe) เพื่อบริการ/รักษาผู้มารับบริการ และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้แก่ ผู้ประกอบการด้านเครื่องสำอาง เจ้าหน้าที่ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ผู้บริโภค องค์กรอิสระด้านการคุ้มครองผู้บริโภค แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านตจวิทยา ตลอดจนอาจารย์ หรือบุคลากรภาคการศึกษา และที่สำคัญคือ เกิดผลกระทบต่อโดยตรงถึงความปลอดภัยของผู้บริโภค

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

สถานการณ์ภายหลังที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ออกเลขจดแจ้งให้แก่เครื่องสำอางที่มีภาชนะบรรจุเป็น แอมพูล (Ampoule) ไวลล์ (Vial) และกระบอกฉีดยา (Syringe) นอกจากพบว่ามีการนำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ เช่น การนำไปฉีดแล้ว ยังสามารถประเมินสถานการณ์โดยทางอ้อม ได้จากข้อมูลการโฆษณาผิดกฎหมายของคลินิกเสริมความงาม ในจังหวัดอุบลราชธานี ดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้นนั้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวนับวันเพิ่มมากขึ้น และเป็นปัญหาทั้งประเทศ ถึงแม้ว่าสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจะมีการควบคุมสถานการณ์โดยการแจ้งเวียนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศให้มีการตรวจสอบแหล่งจำหน่าย ตลอดจนสถานพยาบาล (คลินิก) ที่มีเครื่องสำอางที่มีภาชนะบรรจุเป็นแอมพูล (Ampoule) ไวลล์ (Vial) และกระบอกฉีดยา (Syringe) ใช้ในสถานพยาบาล รวมถึงการจัดทำสื่อเพื่อประชาสัมพันธ์แก่ผู้บริโภค ให้สามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อตรวจสอบผลิตภัณฑ์ด้วยตนเองได้ แต่ก็ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ดีเท่าที่ควร นำไปสู่ปัญหาภายหลังที่ผลิตภัณฑ์ได้รับเลขจดแจ้งไปแล้ว (Post-marketing)

จากสถานการณ์ปัญหาการนำเครื่องสำอางที่มีภาชนะบรรจุเป็น แอมพูล (Ampoule) ไวลล์ (Vial) และกระบอกฉีดยา (Syringe) นำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ เช่น การนำไปฉีด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจึงได้จัดทำ ร่าง ประกาศคณะกรรมการเครื่องสำอาง เรื่อง ฉลากของเครื่องสำอางที่ใช้ภาชนะบรรจุที่มีลักษณะเป็นกระบอกฉีดยา (Syringe) หรือแอมพูล (Ampoule) หรือไวลล์ (Vial) พ.ศ..... เพื่อเพิ่มนิยาม "เครื่องสำอางที่ใช้ภาชนะบรรจุที่มีลักษณะเป็นกระบอกฉีดยา (Syringe) หรือแอมพูล (Ampoule) หรือไวลล์ (Vial) ตามประกาศฉบับนี้ หมายถึง เครื่องสำอางที่ใช้กับภายนอกร่างกายมนุษย์ ยกเว้น ที่ใช้กับเส้นผม ที่ใช้ภาชนะบรรจุที่มีลักษณะเป็นกระบอกฉีดยา (Syringe) หรือแอมพูล (Ampoule) หรือไวลล์ (Vial)" และเพื่อเพิ่มข้อกำหนดการแสดงข้อความ "ห้ามฉีด เครื่องสำอางสำหรับใช้ทาภายนอกเท่านั้น" ที่ฉลากของเครื่องสำอางที่ใช้ภาชนะบรรจุที่มีลักษณะเป็นกระบอกฉีดยา (Syringe) หรือแอมพูล (Ampoule) หรือไวลล์ (Vial) ซึ่งผู้ได้รับผลกระทบจากร่างกฎหมายฉบับนี้ คือ ผู้ประกอบการด้านเครื่องสำอาง ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ประกอบการด้านเครื่องสำอาง เจ้าหน้าที่ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ผู้บริโภค องค์กรอิสระด้านการคุ้มครองผู้บริโภค แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านตจวิทยา ตลอดจนอาจารย์ หรือบุคลากรภาคการศึกษา

หากพิจารณารูปแบบการควบคุมเรื่องฉลากที่ผ่านมาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นการปิดกั้นระดับติดขอบด้าน การกำกับความเสี่ยงผลิตภัณฑ์ก่อนออกสู่ท้องตลาด การระงับหรือยับยั้งการผลิต/นำเข้า ก่อนสร้างปัญหาในระบบควบคุมกำกับภายหลัง ออกสู่ท้องตลาด (post-marketing) อาจถือได้ว่าเป็นจุดอ่อนของการคุ้มครองผู้บริโภคมาตลอด ด้วยการไม่อนุมัติอนุญาตรูปแบบภาชนะบรรจุที่เป็นปัญหาเหล่านี้ จึงน่าจะเป็นทางเลือกที่เหมาะสม ยกเว้น การสำแดงเหตุผลจำเป็นของผู้ประกอบการ ในการต้องใช้ packaging นั้นๆ มีข้อสังเกตว่า การขึ้นทะเบียนยาในประเทศไทยมีหลายขั้นตอน ใช้เวลาค่อนข้างมากในการพิจารณาขึ้นทะเบียนตำรับ และค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า ผู้ประกอบการใช้วิธีการหลีกเลี่ยงไปสู่การจดแจ้งเครื่องสำอาง คือ ทางออกของธุรกิจ ซึ่งมีความซับซ้อนยุ่งยาก และใช้เวลาน้อยกว่า การขึ้นทะเบียนตำรับยา (กรณีไบโฟูลินัม ท็อกซิน/เมโส/เมโสแพต/แพตมอลท์ จัดเป็นยาตามกฎหมาย) หรือการขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ (กรณีสารเติมเต็มหรือฟิลเลอร์ จัดเป็นเครื่องมือแพทย์ตามกฎหมาย) ดังนั้น แนวคิดในการจัดการปัญหา

เครื่องสำอางในภาชนะบรรจุ Ampoule Vial ที่ใช้ฉีดในคลินิกความงาม จังหวัดอุบลราชธานี ควรพิจารณา
ดำเนินการ

๑. สนับสนุนข้อมูลให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ระวังหรือยับยั้งการผลิต/นำเข้า
เครื่องสำอางที่มีภาชนะบรรจุเป็น แอมพูล (Ampoule) ไวอัล (Vial) และกระบอกฉีดยา (Syringe) เพื่อเป็น
ข้อมูลนำเข้าในการพิจารณาจัดทำ ประกาศคณะกรรมการเครื่องสำอาง เรื่อง ฉลากของเครื่องสำอางที่ใช้ภาชนะ
บรรจุที่มีลักษณะเป็นกระบอกฉีดยา (Syringe) หรือแอมพูล (Ampoule) หรือไวอัล (Vial) พ.ศ.....

๒. เสนอต่อสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐ บรรจุเรื่อง “การเฝ้าระวังเครื่องสำอางที่มีภาชนะบรรจุเป็น
แอมพูล (Ampoule) ไวอัล (Vial) และกระบอกฉีดยา (Syringe)” เป็นกิจกรรมสำคัญในแผนยุทธศาสตร์เขต
สุขภาพที่ ๑๐ โดยในระยะแรกจัดทำเป็นแผนระยะสั้น เพื่อจะได้ดำเนินการเฝ้าระวัง ควบคุมกำกับ ตลอดจน
การรับเรื่อง/ส่งต่อ เรื่องร้องเรียนไปในทิศทางเดียวกันทั้ง ๕ จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ โดยเฉพาะ
สถานพยาบาลที่มีหลายสาขา และมีที่ตั้งกระจายอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๐

๓. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการ

๓.๑ สะท้อนความคิดเห็นต่อร่างประกาศฯ และ ปัญหาเครื่องสำอางที่ใช้ภาชนะบรรจุที่มีลักษณะ
เป็นกระบอกฉีดยา (Syringe) หรือแอมพูล (Ampoule) หรือไวอัล (Vial) ในจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านช่อง
ทางการสำรวจความคิดเห็นต่อร่างประกาศฯ เพื่อกำหนดข้อความที่ฉลากของเครื่องสำอางรูปแบบ syringe
ampoule vial เพื่อกำกับดูแล และคุ้มครองผู้บริโภคจากการใช้ผลิตภัณฑ์รูปแบบดังกล่าว

๓.๒ เผยแพร่ประกาศคณะกรรมการเครื่องสำอาง เรื่อง ฉลากของเครื่องสำอางที่ใช้ภาชนะบรรจุ
ที่มีลักษณะเป็นกระบอกฉีดยา (Syringe) หรือแอมพูล (Ampoule) หรือไวอัล (Vial) พ.ศ..... แก่ผู้เกี่ยวข้อง
ได้แก่ ผู้ประกอบการผลิต/นำเข้าเครื่องสำอาง ผู้ประกอบการสถานพยาบาล และผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่
ผู้ประกอบการด้านเครื่องสำอาง เจ้าหน้าที่ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ผู้บริโภค องค์กรอิสระด้านการคุ้มครอง
ผู้บริโภค แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านตรวจวิทย์ฯ ตลอดจนอาจารย์ หรือบุคลากรภาค
การศึกษา รวมถึงผู้บริโภค

๓.๓ จัดเวทีเพื่อชี้แจง ทำความเข้าใจกับผู้ประกอบการสถานพยาบาล ซึ่งถือเป็นผู้ใช้ (User)
ผลิตภัณฑ์ ในมิติของนิยามผลิตภัณฑ์ตามกฎหมาย การนำไปใช้ โทษหรืออันตรายที่ผู้บริโภคจะได้รับหากนำไปใช้
ผิดวิธี และในมิติของกฎหมาย ได้แก่ บทลงโทษตามกฎหมายกรณีที่มีการนำไปโฆษณาผิดวัตถุประสงค์ของ
เครื่องสำอาง กรณีที่ผู้บริโภคได้รับความเสียหายจากการนำไปใช้ผิดวิธี เช่น นำไปฉีดแก่ผู้มารับบริการใน
สถานพยาบาล เป็นต้น

๓.๔ ลงพื้นที่สุ่มตรวจเฝ้าระวัง

๓.๔.๑ สถานพยาบาล ที่มีการใช้/โฆษณาเครื่องสำอางที่ใช้ภาชนะบรรจุที่มีลักษณะเป็น
กระบอกฉีดยา (Syringe) หรือแอมพูล (Ampoule) หรือไวอัล (Vial)

๓.๔.๒ สถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางที่ใช้ภาชนะบรรจุที่มีลักษณะเป็นกระบอกฉีดยา
(Syringe) หรือแอมพูล (Ampoule) หรือไวอัล (Vial)

๓.๕ พัฒนารฐานข้อมูล เครื่องสำอางที่ใช้ภาชนะบรรจุที่มีลักษณะเป็นกระบอกฉีดยา (Syringe)
หรือแอมพูล (Ampoule) หรือไวอัล (Vial) ให้สามารถเข้าถึงข้อมูล สืบค้นง่าย และนำไปใช้ประโยชน์ได้ทันห่วงที่

๓.๖ เพิ่มช่องทางการสืบค้นข้อมูล เครื่องสำอางที่ใช้ภาชนะบรรจุที่มีลักษณะเป็นกระบอกฉีดยา
(Syringe) หรือ แอมพูล (Ampoule) หรือไวอัล (Vial) ในช่องทางการสื่อสารกับผู้บริโภคและผู้เกี่ยวข้อง เช่น QR
code ประชาสัมพันธ์ทางสื่อออนไลน์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีและหน่วยงานในสังกัดทุก
ระดับ/ สื่อออนไลน์ของสถานพยาบาลและตำแหน่งที่ตั้งของสถานพยาบาล/ สื่อออนไลน์ของสถานที่จำหน่าย
เครื่องสำอาง และตำแหน่งที่ตั้งสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอาง เพื่อให้ผู้บริโภคเฝ้าระวัง ด้วยตนเองได้ และ
ผู้เกี่ยวข้อง สามารถเข้าถึงข้อมูล สืบค้นง่าย และนำไปใช้ประโยชน์ได้ทันห่วงที่

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ภายหลังประกาศคณะกรรมการเครื่องสำอาง เรื่อง ฉลากของเครื่องสำอางที่ใช้ภาชนะบรรจุที่มีลักษณะเป็นกระบอกฉีดยา (Syringe) หรือแอมพูล (Ampoule) หรือไวอัล (Vial) พ.ศ..... มีผลบังคับใช้ คาดว่าหากมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะข้างต้น จะมีผลดังนี้

๑. สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐ บรรจุเรื่อง “การเฝ้าระวังเครื่องสำอางที่มีภาชนะบรรจุเป็น แอมพูล (Ampoule) ไวอัล (Vial) และกระบอกฉีดยา (Syringe)” เป็นกิจกรรมสำคัญในแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ ๑๐ ซึ่งกำหนดแนวทางดำเนินการเฝ้าระวัง ควบคุมกำกับ ตลอดจนการรับเรื่อง/ส่งต่อ เรื่อง ร้องเรียนไปในทิศทางเดียวกันทั้ง ๕ จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ โดยเฉพาะสถานพยาบาลที่มีหลายสาขา และมีที่ตั้งกระจายอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๐

๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการดังนี้

๒.๑ ผู้ประกอบการ ได้แก่ ผู้ประกอบการผลิต/นำเข้าเครื่องสำอาง ผู้ประกอบการสถานพยาบาล ปฏิบัติตามประกาศคณะกรรมการเครื่องสำอาง เรื่อง ฉลากของเครื่องสำอางที่ใช้ภาชนะบรรจุที่มีลักษณะเป็นกระบอกฉีดยา (Syringe) หรือแอมพูล (Ampoule) หรือไวอัล (Vial) พ.ศ.....

๒.๒ ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ผู้บริโภค องค์กรอิสระด้านการคุ้มครองผู้บริโภค แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านตจวิทยา ตลอดจนอาจารย์ หรือบุคลากรภาคการศึกษา รวมถึงผู้บริโภค รับทราบและเข้าใจประกาศคณะกรรมการเครื่องสำอาง เรื่อง ฉลากของเครื่องสำอางที่ใช้ภาชนะบรรจุที่มีลักษณะเป็นกระบอกฉีดยา (Syringe) หรือแอมพูล (Ampoule) หรือไวอัล (Vial) พ.ศ.....

๒.๓ เกิดเวทีชี้แจง ทำความเข้าใจ และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น กับผู้ประกอบการสถานพยาบาล ซึ่งถือเป็นผู้ใช้ (User) ผลิตรภัณฑ์ ในมิติของนิยามผลิตรภัณฑ์ตามกฎหมาย การนำไปใช้ โทษหรืออันตรายที่ผู้บริโภคจะได้รับหากนำไปใช้ผิดวิธี และในมิติของกฎหมาย ได้แก่ บทลงโทษตามกฎหมายกรณีที่มีการนำไปโฆษณาผิดวัตถุประสงค์ของเครื่องสำอาง กรณีที่ผู้บริโภคได้รับความเสียหาย จากการนำไปใช้ผิดวิธี เช่น นำไปฉีดแก่ผู้มารับบริการในสถานพยาบาล เป็นต้น

๒.๔ กำหนดแผนลงพื้นที่สำรวจและสุ่มตรวจเฝ้าระวัง

๒.๔.๑ สถานพยาบาล ที่มีการใช้/โฆษณาเครื่องสำอางที่ใช้ภาชนะบรรจุที่มีลักษณะเป็นกระบอกฉีดยา (Syringe) หรือแอมพูล (Ampoule) หรือไวอัล (Vial)

๒.๔.๒ สถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางที่ใช้ภาชนะบรรจุที่มีลักษณะเป็นกระบอกฉีดยา (Syringe) หรือแอมพูล (Ampoule) หรือไวอัล (Vial)

๒.๕ จัดทำฐานข้อมูล

๒.๕.๑ เครื่องสำอางที่ใช้ภาชนะบรรจุที่มีลักษณะเป็นกระบอกฉีดยา (Syringe) หรือแอมพูล (Ampoule) หรือไวอัล (Vial) ตามที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแจ้งเวียน โดยจัดทำเป็นรูปแบบที่ปรับปรุงจากรูปแบบ pdf. ให้เป็นรูปแบบที่สามารถเข้าถึงข้อมูล สืบค้นง่าย และนำไปใช้ประโยชน์ได้ทันทีทั้งที่ เช่น Chat bot

๒.๕.๒ สำรวจข้อมูลเครื่องสำอางที่ใช้ภาชนะบรรจุที่มีลักษณะเป็นกระบอกฉีดยา (Syringe) หรือแอมพูล (Ampoule) หรือไวอัล (Vial) ที่มีจำหน่าย ณ สถานที่จำหน่ายเครื่องสำอาง และที่มีให้บริการในสถานพยาบาล (คลินิกเสริมความงาม) ในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อศึกษาสถานการณ์ ผลิตรภัณฑ์ที่พบบ่อย และนำมาวิเคราะห์เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการพัฒนาฐานข้อมูลตาม ข้อ ๒.๕.๑ เพื่อจัดเป็นลำดับผลิตรภัณฑ์ที่สืบค้นบ่อย ซึ่งทำให้สะดวกและง่ายต่อการสืบค้น

๒.๖ มีช่องทางการสืบค้นข้อมูลมากขึ้น ผ่านช่องทางการสื่อสารกับผู้บริโภคและผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ QR code ประชาสัมพันธ์ทาง

๒.๖.๑ สื่อออนไลน์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีและหน่วยงานในสังกัด ทุกระดับ (โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/รพ.สต.)

๒.๖.๒ สื่อออนไลน์ของสถานพยาบาล และตำแหน่งที่ตั้งของสถานพยาบาล โดยแสดง ณ สถานพยาบาลในตำแหน่งที่ผู้รับบริการสามารถมองเห็น และนำมาสืบค้นได้

๒.๖.๓ สื่อออนไลน์ของสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอาง และตำแหน่งที่ตั้งสถานที่จำหน่าย เครื่องสำอาง โดยแสดง ณ ตำแหน่งที่ผู้บริโภคสามารถมองเห็น และนำมาสืบค้นได้ เพื่อให้ผู้บริโภคเฝ้าระวัง ด้วยตนเองได้ และผู้เกี่ยวข้อง เช่น พนักงานเจ้าหน้าที่/เจ้าหน้าที่ สามารถเข้าถึงข้อมูล สืบค้นง่าย และ นำไปใช้ประโยชน์ได้ทันทั่วทั้งในขณะที่เข้าตรวจสอบเรื่องร้องเรียน เป็นต้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

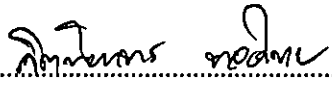
๕.๑ เครื่องสำอางที่มีภาชนะบรรจุเป็น แอมพูล (Ampoule) ไวอัล (Vial) และกระบอกฉีดยา (Syringe) ที่ได้รับเลขจดแจ้ง มีการแสดงฉลากถูกต้องตามกฎหมาย และไม่พบการนำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์

๕.๒ ผู้ประกอบการผลิต/นำเข้า เครื่องสำอางที่มีภาชนะบรรจุเป็น แอมพูล (Ampoule) ไวอัล (Vial) และกระบอกฉีดยา (Syringe) จัดทำและแสดงฉลากให้เป็นไปตามกฎหมาย

๕.๓ ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล และผู้เกี่ยวข้องในสถานพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจวัตถุประสงค์การใช้ ตลอดจนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้และการโฆษณา เครื่องสำอางที่มี ภาชนะบรรจุเป็น แอมพูล (Ampoule) ไวอัล (Vial) และกระบอกฉีดยา (Syringe)

๕.๔ ผู้บริโภค รับรู้ข้อมูล ข่าวดูสาร รู้เท่าทันวัตถุประสงค์การใช้และการโฆษณา เครื่องสำอางที่มี ภาชนะบรรจุเป็น แอมพูล (Ampoule) ไวอัล (Vial) และกระบอกฉีดยา (Syringe) และสามารถสืบค้นข้อมูลเพื่อ เฝ้าระวังด้วยตนเองได้

๕.๕ เกิดระบบการเฝ้าระวังเครื่องสำอางที่มีภาชนะบรรจุเป็น แอมพูล (Ampoule) ไวอัล (Vial) และ กระบอกฉีดยา (Syringe) ในระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวกิตติยาพร ทองไทย)

(ตำแหน่ง) เกสัชกรชำนาญการ

วันที่ ๑๕ /มกราคม /๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน